

De ervaringen van zorgprofessionals als het gaat om de samenwerking tussen zorgprofessionals en familie.

Een kwalitatief onderzoek.

Module analyseren en verbeteren van zorg

Osiriscode: HVVB18MAVZ

Docentbegeleider: mw. drs. J.E. Schoemaker,
docent & trainer Familiezorg | Hanzehogeschool
Groningen | Academie voor Verpleegkunde

Opdrachtgevers: mw. dr. M.L.A. Luttik, senior
onderzoeker Familiezorg | Hanzehogeschool
Groningen | Academie voor Verpleegkunde |
Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek I & mw.
A. Oud, projectleider Familiezorg | ZINN

Verpleegkundigen in opleiding:

Anne-Maaike de Jong 355266

Jiska Soepenbergh 355285

Studiejaar: 2019/2020

Hanzehogeschool Groningen,
Academie voor Verpleegkunde

Leerjaar: 4

Inleverdatum: 24 januari 2020

Samenvatting

Aanleiding: Vanuit Zorgorganisatie in Noord-Nederland (ZINN) en het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool te Groningen, is er een initiatief ontstaan voor het opzetten van een grootschalig project Familiezorg. Binnen dit project wordt er onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen cliënt, familie en zorgprofessional binnen ZINN. Dit initiatief is ontstaan als gevolg van een continue zoektocht naar verbetering van de samenwerking in de zorgdriehoek. In de zorgdriehoek staan familie, zorgprofessional en cliënt continu in verbinding.

Doelstelling: Het doel van dit onderzoek, is het inventariseren van de ervaringen van de zorgprofessionals als het gaat om de samenwerking tussen zorgprofessional en familie. Dit onderzoek is onderdeel van het project Familiezorg wat loopt binnen ZINN en zet dus een beginsituatie neer.

Vraagstelling: Hoe ervaren de zorgprofessionals de samenwerking tussen familie en zorgprofessionals binnen ZINN? Met als deelvragen: Wat zijn de verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie? Wat zijn de wensen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie?

Methode: In dit kwalitatieve onderzoek zijn negen half-gestructureerde interviews gehouden met zorgprofessionals. De projectgroep heeft de onderzoekspopulatie en steekproef aangeleverd. De steekproef bestaat uit achttien zorgprofessionals van twee verschillende woongroepen. Tijdens de interviews (die in koppels van twee respondenten zijn gehouden) is er gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde topiclijst. De verzamelde data is getranscribeerd en later geanalyseerd middels het programma ATLAS.ti.

Resultaten: Het blijkt dat in gesprek gaan met familie een belangrijk middel is, in de wederzijdse communicatie en het vertrouwen naar familie toe. Het komt regelmatig voor dat zorgprofessionals die in gesprek zijn met familie, meerdere keren moeten herhalen wat ze hebben gezegd. De invloed die familie heeft op het maken van beslissingen voor de cliënt, hangt af van de woongroep waar de cliënt woont. Wanneer de cliënt woont op een PG-woongroep zullen beslissingen meer samen met de familie moeten worden genomen dan wanneer een cliënt op een somatiek-woongroep woont. Wanneer het gaat om vertrouwen, geven de zorgprofessionals aan dat met name de eerste indruk heel belangrijk is voor de opbouw van de vertrouwensband. Deze vertrouwensband groeit met de tijd. De zorgprofessionals vinden dat familieleden soms te hoge verwachtingen hebben en dat ze soms te veeleisend zijn. Verschillende zorgprofessionals verwachten dat familie zich als bezoek opstelt en zich niet na verloop van tijd gaat bemoeien met andere cliënten. Een aantal zorgprofessionals willen graag dat er meer kennisoverdracht plaatsvindt, van zorgprofessional naar familie toe over het ziektebeeld van de cliënt. Daarnaast hebben een paar zorgprofessionals ook aangegeven dat er steeds meer op hun bordje komt en dat tijd soms een spelbreker is om voldoende aandacht te kunnen geven aan familie.

Conclusie: Uit het onderzoek blijkt, dat alle zorgprofessionals de huidige samenwerking met familie hebben beoordeeld met een ruim voldoende. Hieruit kan opgemaakt worden, dat de zorgprofessionals over het algemeen tevreden zijn over de samenwerking met familie. Zorgprofessionals verwachten dat familieleden reëlere verwachtingen van de zorgprofessionals krijgen. Daarnaast wensen de zorgprofessionals: dat ze goede ideeën uitwisselen, dat vooraf de verwachtingen van zorgprofessionals en familie helder zijn, dat ze de levensgeschiedenis van de cliënt volledig in beeld hebben en dat er adequate kennisoverdracht plaatsvindt van het ziektebeeld.

Aanbeveling: Eén van de adviezen is dat in een gesprek tussen zorgprofessional en familie, wederzijdse verwachtingen worden uitgesproken. Ook is het belangrijk dat goede en inspirerende ideeën van verschillende woongroepen met elkaar uitgewisseld worden. Ten derde is het belangrijk dat scholing wordt gegeven over de ziektebeelden van de cliënt. Tevens is het van belang, dat de levensgeschiedenis van de cliënt volledig wordt ingevuld. Tot slot is er vervolgonderzoek nodig om iets te kunnen zeggen over mogelijke acties die uitgevoerd kunnen worden om de samenwerking met familie nog beter te laten verlopen.

Voorwoord

Voor de totstandkoming van dit onderzoek willen wij een aantal mensen bedanken die hier een bijdrage aan geleverd hebben. Om te beginnen is dat mevrouw drs. E. Schoemaker. Zonder uw begeleiding, adviezen en feedback was dit onderzoeksvoorstel niet tot stand gekomen. Ook willen wij mevrouw H. van der Veen bedanken voor haar gegeven feedback op dit onderzoek.

Daarnaast willen wij een aantal mensen bedanken die namens de opdrachtgevers betrokken zijn geweest bij het onderzoek: mevrouw A. Oud, mevrouw H. van Kins, mevrouw S. Kock, mevrouw dr. M.L.A. Luttik en de overige leden van de projectgroep.

Tot slot willen wij mevrouw P.C.J. de Jong en mevrouw J. Soepenbergh bedanken voor het nakijken van het onderzoek en het geven van feedback.

Anne-Maaike de Jong en Jiska Soepenbergh

Groningen, 24 januari 2020

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
H1. Inleiding.....	4
1.1. Aanleiding.....	4
1.2. Theoretisch kader	5
1.3. Verpleegkundige relevantie	6
H2. Probleemdefiniëring.....	7
2.1. Doelstelling	7
2.2. Onderzoeksvraag	7
2.2.1. Deelvragen.....	7
2.3. Definiëring van begrippen.....	7
H3. Methode	8
3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef	8
3.2. Grondvorm en design	8
3.3. Data-verzamelmethode	8
3.4. Data-analysmethode.....	9
3.5. Validiteit en betrouwbaarheid.....	9
3.6. Onderzoeksethiek.....	10
H4. Resultaten	12
H5. Discussie	15
5.1. Inhoudelijke discussie.....	15
5.2. Methodologische discussie	16
H6. Conclusie en aanbeveling.....	17
6.1. Conclusie.....	17
6.2. Aanbeveling.....	18
Literatuurlijst	19
Bijlagen	22
Bijlage I: 6W-formule	22
Bijlage II: Topiclijst.....	23
Bijlage III: Acht stappen voor kwalitatieve analyse.....	25
Bijlage IV: Planning	26
Bijlage V: Uitnodiging interview	28
Bijlage VI: Logboek.....	30
Bijlage VII: Antiplagiatverklaring	37

H1. Inleiding

Wereldwijd is er steeds meer sprake van vergrijzing, hierbij vormen de ouderen een steeds groter deel van de samenleving. Dit komt door een aanhoudende daling van de vruchtbaarheidscijfers en een toenemende levensverwachting (World Health Organization, 2010). Volgens de Verenigde Naties zullen er in 2060 ongeveer tien miljard wereldbewoners zijn, waarvan 1,8 miljard 65 jaar of ouder. Met name in Zuid-Europese landen en Japan is dit aan de orde. Door de stijging van ouderen en de toenemende zorgvraag, zal er een steeds groter beroep worden gedaan op familie(zorg) (Ekamper & Van Nimwegen, 2018).

In Nederland is er op dit moment sprake van dubbele vergrijzing: ouderen vormen een relatief groot deel van de samenleving en ze worden steeds ouder door betere gezondheidszorg (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Deze ontwikkeling heeft effect op de zorgvraag van ouderen. Deze zorgvraag wordt namelijk steeds groter en complexer. De rol van familie is hierdoor de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). In 2015 heeft er in Nederland een verschuiving van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving plaatsgevonden. Als gevolg van deze verschuiving wordt van iedereen, die dat kan, gevraagd om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen leven en dat van zijn omgeving (Tweede Kamer, 2014). Dertig jaar geleden was aandacht voor de mantelzorger/familie nog ongewoon (Vermeer, 2012). Tegenwoordig speelt familiezorg een grote rol bij veel Nederlanders. Door de dubbele vergrijzing en de toename van complexiteit van zorg, zal ook de vraag naar intramurale verpleging en verzorging de komende jaren toenemen (Woittiez, Eggink, Jonker, & Sadiraj, 2009).

Dit onderzoek is gericht op twee woongroepen binnen ZINN. Deze zorgorganisatie biedt welzijn, wonen en (thuis)zorg in Groningen, Haren en Hogeveen. ZINN telt meer dan 2000 medewerkers en 400 vrijwilligers en heeft ruim 2000 bewoners en thuiswonende cliënten (Zinnzorg, 2019a). ZINN staat voor zo prettig mogelijk oud worden. Dit houdt in dat ze helpen bij het leven zo gewoon mogelijk voort te zetten, ondanks ziekte of beperking. Ze vinden respectvolle en hoogwaardige zorg belangrijk en staan open voor vernieuwingen. Nauw contact met de cliënt en de familie/mantelzorger staat bij ZINN hoog op de agenda (Zinnzorg, 2019b).

1.1. Aanleiding

Vanuit ZINN en het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool te Groningen is een initiatief ontstaan voor het opzetten van een grootschalig project naar de samenwerking tussen cliënt, familie en zorgprofessional binnen ZINN. Dit initiatief is ontstaan als gevolg van een continue zoektocht naar verbetering van de samenwerking in de zorgdriehoek. De zorgdriehoek bestaat uit cliënt, mantelzorger (familie) en zorgverlener (zorgprofessional) en laat zien dat zij continu in verbinding zijn. Volgens het proefschrift van Hagedoorn (2019) kan op deze manier optimale zorg geleverd worden. Het kan voorkomen dat er 'storingen' ontstaan in de onderlinge verbinding van de zorgdriehoek, zoals bijvoorbeeld miscommunicatie. Als dat het geval is, is het van belang dat het probleem duidelijk in beeld wordt gebracht. Dit kan gedaan worden met behulp van de 6W-formule (Verhoeven, 2014). De aanleiding van dit onderzoek is aan de hand van de 6W-formule verduidelijkt (zie bijlage I).

De cliëntenraden van ZINN hebben in het meest recente kwaliteitsverslag aangegeven dat de informatievoorziening richting bewoners en familie beter kan (ZINN, 2018). Dit betekent dat er 'storingen' waren gesignaleerd in de onderlinge verbindingen van de zorgdriehoek. Dit onderzoek is gericht op de verbindingen tussen zorgprofessionals en familie binnen deze zorgdriehoek. De ervaringen van de zorgprofessionals als het gaat om samenwerking met familie zullen hierbij centraal staan. De andere verbindingen uit de zorgdriehoek zullen onderzocht worden door vier andere onderzoekers (medestudenten). Zij zullen de ervaringen van de samenwerking tussen familie en zorgprofessionals en de ervaringen van de samenwerking tussen zorgprofessionals en cliënt onderzoeken. ZINN wil uiteindelijk als het gaat om familiezorg, een optimale samenwerkingsrelatie gecreëerd hebben tussen cliënt, familie en zorgprofessional.

1.2. Theoretisch kader

Hagedoorn (2019) beschrijft in haar proefschrift drie onderwerpen die centraal staan binnen een samenwerkingsrelatie tussen zorgprofessional en familie: de ervaren toegankelijkheid, de invloed op beslissingen en het onderlinge vertrouwen. De ervaren toegankelijkheid is de toegankelijkheid die zorgprofessionals ervaren richting de familie. De invloed op beslissingen is de mate waarin de zorgprofessionals de familie betrekken bij het nemen van beslissingen over de cliënt. Het onderlinge vertrouwen, is het vertrouwen dat de zorgprofessionals ervaren tussen hen en de familie. De onderlinge samenwerking tussen zorgprofessional en familie is niet alleen belangrijk voor de zorgprofessional, maar ook voor de cliënt. Zo blijkt uit onderzoek van Roberts & Ishler (2017), dat communicatie tussen familie en zorgprofessional binnen de zorg voor een cliënt van groot belang is. De kwaliteit van leven van de cliënt neemt toe wanneer de familie adequaat communiceert met de zorgprofessionals. De communicatie tussen familie en zorgprofessional wordt daarom ook aangemoedigd, zodat de wensen en behoeften van weerszijden duidelijk naar voren komen (Roberts & Ishler, 2017).

Deze aanmoediging komt onder andere door de huidige participatiesamenleving, waardoor er veel beroep wordt gedaan op familie en mantelzorgers. Familie speelt een belangrijke rol binnen het welzijn van de cliënt. Ze vormt een groot deel van de zingeving, aandacht, warmte en levensvreugde van de cliënt. Ook vormt familie vaak een belangrijke bron van informatie voor zorgprofessionals als het gaat om kennis over de cliënt (Zorg voor Beter, 2018). Wanneer een naaste ziek of hulpbehoevend wordt, kiest familie er niet altijd bewust voor om zorg te verlenen. Vaak is de onderlinge (familie)band al voldoende motivatie om te zorgen voor de naaste. Zorgen voor een familielid, kost vaak veel energie en kan gepaard gaan met verscheidene emoties (Luttik, Zuidersma, Schoemaker & Paans, 2016).

Volgens Josten & De Boer (2015) is het aantal overbelaste mantelzorgers, mede door recente overheidsmaatregelen, gestegen. Deze maatregelen hebben de druk om een naaste te helpen mogelijk vergroot. Door deze toename van overbelaste mantelzorgers is het van cruciaal belang dat zorgprofessionals naast de cliënt ook aandacht hebben voor de sociale omgeving van de cliënt (Luttik et al., 2016). De zorgprofessional heeft een ondersteunende en begeleidende rol binnen het sociale netwerk van de cliënt. Het kan echter ook voorkomen, dat een cliënt geen familie of mantelzorgers heeft. In dat geval helpt de zorgprofessional bij de invulling hiervan (Lambregts, Grotendorst & Van Merwijk, 2016).

In het beroepsprofiel van de verpleegkundige staan verschillende *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS) rollen beschreven. Dit zijn rollen waar de zorgprofessional in de praktijk mee in aanraking komt. Eén van deze rollen is de samenwerkingspartner. Deze rol is belangrijk bij het aangaan van een samenwerkingsrelatie met de familie van de cliënt. De zorgprofessional werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de cliënt en de familie. Het delen van kennis en informatie met de cliënt en de familie is een continu proces en vergt permanente onderlinge afstemming om te voorkómen dat de zorg gefragmenteerd raakt. De informatie die nodig is om de juiste zorg te kunnen geven, wordt door de zorgprofessional vastgelegd. Dit kan schriftelijk, digitaal, via mondelinge communicatie of op een andere manier gebeuren. Op deze manier kan de statusvoering adequaat worden bijgehouden (Lambregts, Grotendorst & Van Merwijk, 2016). De zorgprofessional is in eerste instantie gericht op de samenwerking met de cliënt en diens familie, omdat deze relatie de basisvoorwaarde vormt voor de verpleegkundige zorgverlening. Deze relatie is gebaseerd op onder andere het tonen van inlevingsvermogen en begrip jegens de familie en de cliënt. Ook het tonen van respect voor de normen en waarden van de cliënt en de familie horen hierbij. Dit draagt bij aan het vergroten van het vertrouwen binnen de samenwerkingsrelatie (Zorginstituut Nederland, 2017).

De onderzoekers kiezen ervoor, om de drie onderwerpen van Hagedoorn (2019): de ervaren toegankelijkheid, de invloed op beslissingen en het onderlinge vertrouwen, als topics bij langs te gaan tijdens de interviews (zie bijlage II).

1.3. Verpleegkundige relevantie

Aangezien familie­zorg, maatschappelijk gezien, een fenomeen is dat steeds frequenter voorkomt, is dit voor verpleegkundigen een belangrijk aandachtspunt. Eén van de vele ontwikkelingen die verpleegkundigen tegenwoordig frequenter zien, is dat de aangeboden zorg steeds meer gericht is, op de zorgvraag van het individu. Het perspectief van de cliënt en de familie wordt binnen de zorg als uitgangspunt genomen (Lambregts, Grotendorst & Van Merwijk, 2016).

De zorgdriehoek ontstaat wanneer familie de zorg voor een naaste niet meer alleen kan dragen en daarom beroep doet op zorgprofessionals. Het doel van de zorgdriehoek is dat cliënt, familie en zorgprofessional de krachten samenbundelen om op zoek te gaan naar de beste zorg voor de cliënt. Het is belangrijk om voor ogen te houden, dat de zorg die geleverd wordt aan de cliënt en de familie deel van hun leven is, terwijl het voor de professional zijn of haar vak is (Van Montfort & Van Oorschot, 2016).

De vraag die centraal zal staan tijdens dit onderzoek luidt als volgt: Hoe ervaren de zorgprofessionals de samenwerking tussen familie en zorgprofessionals binnen ZINN?

H2. Probleemdefiniëring

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de volgende onderdelen van het onderzoek: de doelstelling, de onderzoeksvraag, deelvragen en de begrippendefiniëring.

2.1. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek, is het inventariseren van de ervaringen van de zorgprofessionals als het gaat om de samenwerking tussen zorgprofessionals en familie. Dit onderzoek is onderdeel van het project Familiezorg wat loopt binnen ZINN en zet dus een beginsituatie neer.

2.2. Onderzoeksvraag

Hoe ervaren de zorgprofessionals de samenwerking tussen familie en zorgprofessionals binnen ZINN?

2.2.1. Deelvragen

De twee deelvragen luiden als volgt:

- I. Wat zijn de verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie?
- II. Wat zijn de wensen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie?

2.3. Definiëring van begrippen

In deze paragraaf worden de begrippen gedefinieerd die in de onderzoeksvraag voorkomen:

Zorgprofessionals: Hieronder vallen in dit onderzoek de eerst verantwoordelijke verzorgenden (EVV-ers), verzorgenden, helpenden, woonassistenten, specialisten ouderengeneeskunde, een psycholoog en een maatschappelijk werker en de leidinggevendenden. Al deze zorgprofessionals zijn werkzaam op één van de twee geselecteerde woongroepen.

Samenwerking: In dit onderzoek wordt onder samenwerking verstaan: de ervaren toegankelijkheid, de invloed op beslissingen en het vertrouwen (Hagedoorn, 2019).

Familie: Alle betrokkenen die de cliënt als familie beschouwt. Zij hoeven geen familieband te hebben met de zorgvrager, zoals bijvoorbeeld een buurvrouw, een kennis of goede vriend(in) (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010). Wanneer in dit onderzoeksvoorstel wordt gerefereerd naar 'familie' dan wordt iedereen bedoeld die de cliënt als familie beschouwt.

ZINN: ZINN staat voor Zorgorganisatie In Noord-Nederland. ZINN levert intra- en extramurale zorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd op twee verschillende intramurale woongroepen binnen ZINN: een psychogeriatrische (PG) woongroep en een somatiek-woongroep.

H3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven. Verschillende aspecten van de onderzoeksmethode worden toegelicht: de onderzoekspopulatie en steekproef, grondvorm en design, de data- verzamelingsmethode, de data-analysemethode, de validiteit en betrouwbaarheid en tot slot de onderzoeksethiek.

3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een selecte steekproef. Tijdens dit onderzoek wordt samengewerkt met de projectgroep Familiezorg. Deze bestaat uit: een projectleider, een expert familiezorg, twee experts scholing, twee uitvoerende leden die op de woongroepen werkzaam zijn en een ambassadeur familiezorg. ZINN heeft in totaal ruim 2000 medewerkers intra- en extramuraal (Zinnzorg, 2019a). De projectgroep heeft voor dit onderzoek twee woongroepen geselecteerd met in totaal 35 zorgprofessionals. De twee intramurale woongroepen zijn een somatiek- en een PG-woongroep. Op deze woongroepen wonen in totaal achttien cliënten. Uit de 35 zorgprofessionals is een steekproef getrokken door de projectgroep. Deze steekproef bestaat uit achttien zorgprofessionals: vier EVV-ers, twee verzorgenden, twee helpenden, vier woonassistenten, twee specialisten ouderengeneeskunde, één psycholoog, één maatschappelijk werker en twee leidinggevendenden (zie Tabel 1).

3.2. Grondvorm en design

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek, waarbij ervaringen worden onderzocht van zorgprofessionals als het gaat om de samenwerking tussen zorgprofessionals en familie binnen ZINN. De projectgroep Familiezorg is samen met het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool te Groningen de opdrachtgever van dit kwalitatieve onderzoek.

Voor dit onderzoek is het belangrijk om de ervaringen en meningen van de zorgprofessionals te horen. Het afnemen van interviews bij zorgprofessionals is daarom de aangewezen manier voor dataverzameling (Baarda et al., 2013). Tijdens de interviews worden er zo veel mogelijk open vragen gesteld. Op deze manier kan er meer doorgevraagd worden en kan een vraag verhelderd worden wanneer deze niet duidelijk is voor de respondent. Aangezien bij een enquête de open vragen tot een minimum worden beperkt, is dit geen geschikt hulpmiddel voor dit onderzoek (Verhoeven, 2014). Met interviews bereikt men een kleiner aantal deelnemers dan met een enquête, maar de respons op interviews is een stuk hoger dan de respons op enquêtes (Verhoeven, 2014).

De steekproef, bestaande uit achttien zorgprofessionals, is in tweetallen verdeeld (zie Tabel 1). Er is door de projectgroep gekozen voor het interviewen van tweetallen zorgprofessionals, omdat er dan met twee dezelfde disciplines in één interview gesproken kan worden. Op die manier kunnen meerdere verschillende zorgprofessionals geïnterviewd worden in korte tijd, zodat er een completer beeld ontstaat van de betrokken disciplines op de woongroep. Er worden in totaal negen interviews afgenomen, vier op de ene woongroep en vijf op de andere woongroep.

Er wordt gekozen voor het afnemen van half-gestructureerde interviews. Deze zitten tussen open interviews en gestructureerde interviews in, waardoor gebruik gemaakt kan worden van een topiclijst en een aantal van tevoren opgestelde vragen (Verhoeven, 2014). Hierbij laat de interviewer zich inspireren door hetgeen dat de geïnterviewde zegt, maar houdt de interviewer ook in de gaten of alle topics aan bod komen (Baarda et al., 2013). Voor het afnemen van deze interviews is een topiclijst samengesteld (zie bijlage II).

3.3. Data-verzamelingsmethode

Alle zorgprofessionals uit de steekproef krijgen een uitnodiging van de onderzoekers voor een interview (zie bijlage V). Alle interviews worden, binnen drie weken, op een locatie van ZINN afgenomen in

groepen van twee personen. Deze interviews vinden plaats in een rustige ruimte waar men niet gestoord kan worden. Op deze manier hebben de respondenten het idee dat ze vrijuit kunnen spreken zonder onderbroken te worden. Dit komt de betrouwbaarheid ten goede. De interviews duren ongeveer een half uur tot driekwartier. Er wordt voor elk interview één uur ingepland zodat er een uitloopmogelijkheid is. Er zijn in totaal negen interviews, op de ene woning vier en op de ander woning vijf. De interviews worden in koppels afgenomen. De indeling is te zien in Tabel 1.

Woongroep 1	Woongroep 2
2 EVV-ers	2 EVV-ers
1 verzorgende & 1 helpende	1 verzorgende & 1 helpende
2 woonassistenten	2 woonassistenten
1 specialist ouderengeneeskunde & 1 maatschappelijk werker	1 specialist ouderengeneeskunde & 1 psycholoog
1 leidinggevende van de ene woongroep en 1 leidinggevende van de andere woongroep	

Tabel 1: Indeling koppels

De interviews zullen met beeld en geluid worden opgenomen zodat deze gegevens later geanalyseerd kunnen worden. Voor de planning van de interviews en het analyseren van de data, zie bijlage IV. Voordat de daadwerkelijke interviews worden afgenomen, zal er een proefinterview plaatsvinden.

Tijdens de interviews zullen beide onderzoekers een verschillende rol hebben. De ene onderzoeker zal het interview leiden en de topiclijst bij langs gaan. De andere onderzoeker zal naast de digitale opnamen een notulerende functie hebben, de tijd bewaken en wanneer nodig de andere onderzoeker aanvullen en/of helpen.

Gezien de hoeveelheid interviews (negen) in dit onderzoek is er een kans op het ontstaan van datasaturatie. Datasaturatie houdt in, dat er net zo lang zal worden doorgedaan met dataverzameling totdat deze verzameling geen nieuwe informatie meer oplevert (Creswell, 2007).

3.4. Data-analysemethode

Voor de analyse van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de acht stappen voor kwalitatieve analyse die in Verhoeven (2014) beschreven staan. Deze stappen zijn: uiteenrafelen, waarde toekennen en interpreteren, coderen, groeperen, hiërarchie aanbrengen, verbanden zoeken, structuur aanbrengen met behulp van een model en tot slot het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Verdere toelichting op deze stappen staat in bijlage III. ATLAS.ti wordt gebruikt tijdens deze acht stappen voor kwalitatieve analyse. ATLAS.ti is een programma om kwalitatieve gegevens te analyseren. Hierbij kan gedacht worden aan grote hoeveelheden tekstuele-, grafische-, audio- en videogegevens. Geavanceerde hulpmiddelen helpen om het verkregen materiaal op een creatieve en systematische manier te ordenen, opnieuw samen te stellen en te beheren (Scientific Software Development GmbH, 2019).

Voor de data-analyse worden de geluid- en beeldopnamen van de interviews volledig getranscribeerd. Dit betekent dat de opnamen volledig worden uitgetypt. Deze gegevens worden geanonimiseerd: iedere respondent krijgt een eigen letter, zodat alleen de onderzoekers weten welke respondent wat heeft gezegd. Het anonimiseren is een belangrijk onderdeel van dit onderzoek en wordt ook genoemd in de onderzoeksethiek (zie 3.6.).

3.5. Validiteit en betrouwbaarheid

Onder betrouwbaarheid van een onderzoek wordt verstaan: de mate waarin een onderzoek vrij is van toevallige fouten. Het onderzoek moet herhaald kunnen worden (Verhoeven, 2014). Bij validiteit wordt er gekeken in hoeverre het onderzoek geldig is en of het onderzoek vrij is van systematische fouten

(Verhoeven, 2014; Van Zwieten & Willems, 2004). In dit onderzoek wordt rekening gehouden met de betrouwbaarheid en validiteit, door nauwkeurig een logboek bij te houden, een topiclijst op te stellen, een proefinterview te houden, geluid- en beeldopnamen te maken en (peer)feedback te krijgen op het onderzoeksvoorstel.

In het logboek is terug te lezen hoe het onderzoek stap voor stap is uitgevoerd en hoe bepaalde beslissingen tot stand zijn gekomen (zie bijlage VI). De twee onderzoekers raadplegen relevante literatuur en denken samen na over de thema's die in de interviews naar voren moeten komen. Deze staan in de topiclijst (zie bijlage II). De topiclijst zal van tevoren niet worden opgestuurd naar de deelnemende respondenten. Hierdoor kunnen de respondenten van tevoren niet in overleg gaan over de topics. Voorgevormde of sociaal wenselijke antwoorden worden hiermee zoveel mogelijk voorkomen. Tevens wordt er een proefinterview gehouden, om te zien of alle gespreksonderwerpen adequaat aan bod komen en of alle topics op goede volgorde staan. Ook kunnen de onderzoekers op deze manier het interview van tevoren oefenen, zodat ze voorbereid zijn op de daadwerkelijke interviews.

Er wordt gebruik gemaakt van geluid- en beeldopnamen om later alle informatie nog een keer terug te kunnen luisteren en te bekijken. Dit om de gegevens te kunnen transcriberen en analyseren. Ook worden er aantekeningen gemaakt tijdens de interviews en worden tegelijkertijd de interacties van de respondenten op beeld vastgelegd. Dit draagt bij aan de vergroting van de betrouwbaarheid van het onderzoek (Hak, 2004).

Voorafgaande aan het onderzoek, is het onderzoeksvoorstel van feedback voorzien door medestudentonderzoekers en de twee begeleidende docenten. De verkregen feedback is verwerkt ter verbetering van het onderzoeksvoorstel en het onderzoek zelf.

De steekproef van dit onderzoek is redelijk klein: achttien zorgprofessionals. Onder hen zijn een aantal verschillende disciplines betrokken, waardoor er diverse ervaringen zouden kunnen zijn met betrekking tot de samenwerking met de familie van de cliënt. Verhoeven (2014) zegt dat de steekproefomvang niet relevant is voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek, maar het informatiegehalte van de gegevens wel. Het doel van het onderzoek is dus medebepalend voor de steekproefomvang.

Om de betrouwbaarheid van een onderzoek te verhogen kan *memberchecking* worden toegepast. Dit houdt in, dat de respondenten worden betrokken bij het analyseren en interpreteren van hun gegeven antwoorden tijdens het onderzoek. Op deze manier kan worden nagegaan of de interpretaties van de onderzoekers overeenkomen met die van de respondenten, zodat eventuele vertekening kan worden voorkomen (Van Zwieten & Willems, 2004). In dit onderzoek vindt geen *memberchecking* plaats omdat er geluid- en beeldmateriaal wordt gemaakt van de respondenten. Hierdoor wordt er al extra gelet op dat wat er op papier staat ook daadwerkelijk is gezegd door de respondent.

3.6. Onderzoeksethiek

In deze paragraaf staat de onderzoeksethiek beschreven. Dit is een belangrijk onderdeel binnen kwalitatief onderzoek. Wanneer aandacht wordt besteed aan ethische aspecten binnen kwalitatief onderzoek, is het onderzoek betrouwbaarder (Poelman, 2015).

Voorafgaand aan het daadwerkelijk afnemen van de interviews, zullen alle respondenten een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan het onderzoek. In de uitnodiging wordt het doel en verloop van het onderzoek toegelicht (zie bijlage V). Ook zal aan een ieder van hen schriftelijk toestemming worden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek en voor het gebruik van beeld- en geluidmateriaal. Dit heet *informed consent* (Universiteit van Amsterdam, 2018). Tevens hebben de respondenten altijd het recht om, als zij dit willen, te stoppen met deelname aan het onderzoek zonder dat hier consequenties aan verbonden zijn. De anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd, door iedere respondent een code te geven in plaats van diens persoonsgegevens te gebruiken. De

gemaakte beeld- en geluidopnamen van de interviews zullen na het onderzoek direct worden vernietigd. Echter, de transcripties van de opnamen zullen na het onderzoek worden bewaard door het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek. Dit onderzoek is een nulmeting: er wordt een beginsituatie neergezet. Daarna kan er mogelijk vervolgonderzoek worden gedaan.

Om een wetenschappelijk onderzoek goed te laten functioneren, is wetenschappelijke integriteit van essentieel belang (Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen et al., 2018). Daarom is er een gedragscode ontwikkeld waaraan onderzoekers zich moeten houden. Deze gedragscode heet: de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. De onderzoekers hebben kennis van deze gedragscode en zullen zich hier conform de regels aan houden.

Wanneer een onderzoek medisch wetenschappelijk is en als deelnemers binnen dat onderzoek zich aan gedragsregels moeten houden, moet dat onderzoek vooraf door een erkende Medisch Ethische Toets Commissie (METC) of de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) worden getoetst. Het onderzoek valt dan onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) met mensen en is dan een WMO-plichtig onderzoek (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, 2018). Doordat er in dit onderzoek geen sprake is van beide bovenstaande voorwaarden, is dit onderzoek niet WMO-plichtig.

H4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de negen afgenomen interviews. In totaal zijn er achttien zorgprofessionals in tweetallen geïnterviewd. Op basis van de drie topics (ervaren toegankelijkheid, invloed op beslissingen en vertrouwen) zijn vragen opgesteld. Deze vragen zijn tijdens de interviews aan bod gekomen. Onderstaande kopjes zijn gebaseerd op de drie topics en de deelvragen.

Ervaren toegankelijkheid

Familie wordt altijd even aangesproken wanneer ze op de woning zijn. Familie wordt gehoord en betrokken bij beslissingen over de cliënt. Er wordt op veel verschillende manieren met de familie gecommuniceerd door middel van e-mail, telefoon, per post of *face-to-face*.

De zorgprofessionals hebben aangegeven, dat de familie in de meeste gevallen weet wie ze moeten bereiken bij vragen of onduidelijkheden. Ook weet familie dat de EVV-er het aanspreekpunt is voor de familie. Het komt regelmatig voor dat zorgprofessionals die in gesprek zijn met familie, meerdere keren moeten herhalen wat ze hebben gezegd. Respondent L zei er het volgende over:

“Ze halen er bepaalde flarden uit, ze horen onbewust wat ze willen horen. Dat de familie eruit kan lopen en dan een week later met een vraag komt en dat je dan denkt: dat heb ik toch verteld.”

Alle zorgprofessionals hebben aangegeven, dat het in gesprek gaan met familie belangrijk is en dat elke zorgprofessional in principe een gesprek kan voeren met familie. Volgens alle zorgprofessionals speelt het aangaan van een gesprek met familie een grote rol in de toegankelijkheid naar familie. Zo zei respondent A over in gesprek gaan met de familie het volgende:

“Dan bereik je het meeste.”

Invloed op beslissingen

De invloed die familie heeft op het maken van beslissingen voor de cliënt, hangt af van de woongroep waar de cliënt woont. Wanneer de cliënt woont op een PG-woongroep, zullen beslissingen vaker samen met de familie moeten worden genomen dan wanneer een cliënt woont op een somatiek-woongroep. Cliënten op een somatiek-woongroep kunnen namelijk vaker nog hun eigen beslissingen maken in vergelijking tot cliënten op een PG-woongroep. Daar worden alle beslissingen samen met de familie genomen. Wanneer het om belangrijke medische beslissingen gaat, dan worden meerdere disciplines betrokken. Wanneer kleine beslissingen genomen moeten worden, kan dit samen met het zorgpersoneel en waar nodig kan de EVV-er betrokken worden. Zo zei respondent E over het samen maken van beslissingen met familie het volgende:

“Ze (familie) willen ook heel graag onze ervaring horen. Het is wel fijn om wel te merken dat de familie ook wel oor voor ons verhaal heeft.”

Vertrouwen

De zorgprofessionals hebben aangegeven dat met name de eerste indruk heel belangrijk is voor de opbouw van de vertrouwensband. Deze vertrouwensband groeit met de tijd. Wanneer deze vertrouwensband wordt geschonden, is het lastig om deze weer te herstellen. Het onderlinge vertrouwen tussen de zorgprofessional en familie, wordt door alle zorgprofessionals als zeer belangrijk ervaren. Alle zorgprofessionals ervaren het onderlinge vertrouwen als goed. Respondent R zei het volgende over vertrouwen:

“Ik denk dat de werksfeer, de relatie, dat alles met vertrouwen valt en staat. Dus ik vind dat eigenlijk het allerbelangrijkste.”

Wensen en verwachtingen ten aanzien samenwerking met familie

Ongeveer de helft van de zorgprofessionals heeft aangegeven, dat ze het prettig zouden vinden om zich meer te verdiepen in de achtergrond van de cliënt. Op dit moment is er van elke cliënt een levensgeschiedenis ingevuld, alleen zijn deze gegevens soms niet volledig. Zorgprofessionals vinden het waardevol om deze levensgeschiedenis samen met familie in te vullen, omdat de familie vaak informatie heeft over het verleden van de cliënt. De cliënt kan dit niet altijd meer zelf vertellen.

De zorgprofessionals vinden dat familie soms te hoge verwachtingen van de zorgprofessionals heeft en dat ze soms te veeleisend zijn. Zorgprofessionals hopen dat familie reëlere verwachtingen krijgt van de cliënt en van de zorgprofessionals. Zo zei respondent M over de verwachtingen van familie naar de cliënt:

“Dat ze (familie) soms de cliënt benadert, waarbij ze teveel verwachten, teveel eisen, teveel denken dat de cliënt nog wel heel normaal denkt. Terwijl dat gewoon niet meer zo is. Dus dat vind ik nog wel een uitdaging hoor.”

Over de verwachtingen van de familie naar de zorgprofessional zei respondent R:

“Soms hebben ze (familie) misschien iets te hoge verwachtingen van ons: dat wij aan beide kanten twee paar vleugeltjes erbij hebben. Maar dat kan je ook wel weer uitleggen en dan zeggen ze: oh ja ja dat snap ik ook wel.”

Ook verwachten verschillende zorgprofessionals, dat familie zich als bezoek opstelt en dat ze zich niet na verloop van tijd gaat bemoeien met andere cliënten. Het is wel belangrijk dat familie zich welkom blijft voelen.

Een aantal zorgprofessionals hebben aangegeven, dat ze graag meer adequate kennisoverdracht willen over het ziektebeeld naar de familie toe. Zo zei respondent L hierover:

“Ik verwacht dat ook niet van familie (verdiepen in ziektebeeld), maar dat zou het communiceren over ziektebeelden soms wel wat makkelijker maken.”

Betrekken van familie op de woongroep

Op de woongroep wordt familie op verschillende manieren betrokken. Zo wordt familie uitgenodigd om te koken of af en toe mee te eten op de woongroep. Tevens wordt familie uitgenodigd bij activiteiten zoals bloemschikken en bingo. Daarnaast worden er regelmatig algemene activiteiten georganiseerd in het huis waaraan familie ook mee kan doen.

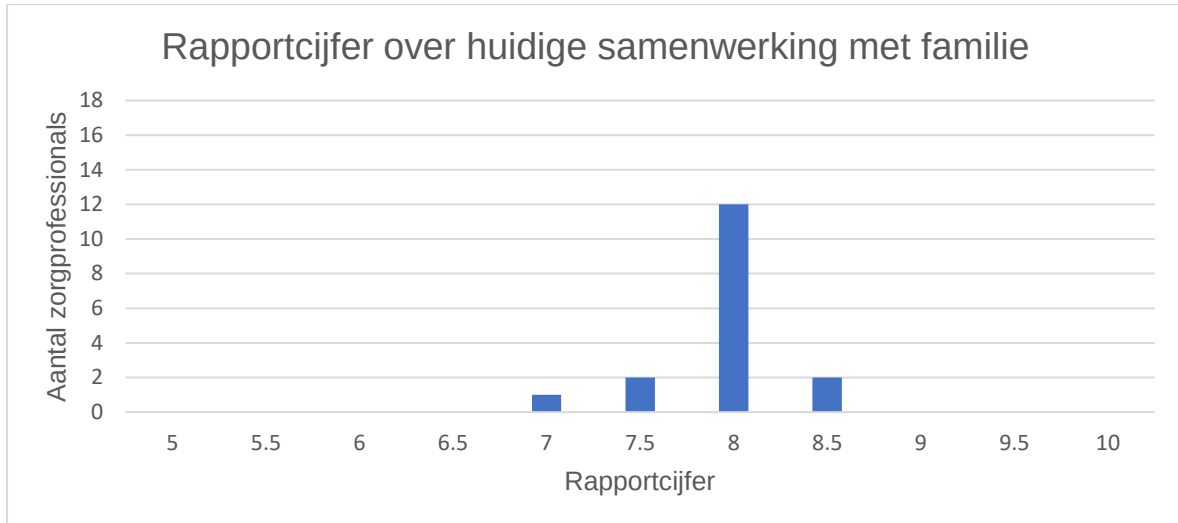
De zorgprofessionals hebben aangegeven dat ze het fijn vinden om familie op informelere manier te spreken tijdens activiteiten. Ook de familieavonden vinden bijna alle zorgprofessionals waardevol, omdat het een mooi moment is om familie op een andere manier contact met elkaar te zien hebben.

De eerste contactpersoon is het aanspreekpunt voor de zorgprofessionals. De eerste contactpersoon kan in het zorgdossier meekijken, wordt uitgenodigd voor zorgleefplangesprekken en heeft toegang tot Familienet. Meerdere familieleden kunnen op Familienet. Daar worden foto's en verhaaltjes gedeeld van sommige activiteiten.

De zorgprofessionals streven ernaar een huiselijke sfeer te hebben op de woongroep en willen dat familie en de cliënt zich thuis voelen. Overdag is er een woonassistent op de woongroep aanwezig. Dit betekent dat er op de woning altijd een aanspreekpunt is voor familie. Volgens driekwart van de

zorgprofessionals is familie al aardig goed betrokken op de woongroep. Iedere familie is anders dus kan de samenwerking met iedere familie ook anders zijn.

Rapportcijfer



Figuur 1: Rapportcijfer over huidige samenwerking met familie

Verreweg de meeste zorgprofessionals, namelijk twaalf in totaal, hebben de samenwerking met familie een acht gegeven (zie Figuur 1). Geen enkele zorgprofessional gaf als rapportcijfer een onvoldoende. Dit betekent, dat de zorgprofessionals over het algemeen tevreden zijn over de huidige samenwerking met familie.

De zorgprofessionals hebben aangegeven dat voor een cijferverhoging het volgende nodig zou zijn: dat goede ideeën aan elkaar doorgegeven worden in verschillende woongroepen. Dat de verwachtingen vooraf helder zijn van beide kanten (zorgprofessional en familie) en dat er meer tijd is voor familie. Ook hebben twee zorgprofessionals aangegeven dat er steeds meer op hun bordje komt en dat tijd soms een spelbreker is om voldoende aandacht te geven aan familie. Zo zei respondent O het volgende over samenwerking met familie:

“Ik wil wel even benoemd hebben dat het allemaal niet rozengeur en maneschijn is.”

H5. Discussie

In dit hoofdstuk is een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten. Daarnaast is de inhoudelijke- en methodologische discussie beschreven.

Zorgprofessionals hebben aangegeven dat het in gesprek gaan met familie een belangrijk middel is, in de wederzijdse communicatie en het vertrouwen naar familie toe. Het komt regelmatig voor dat zorgprofessionals die in gesprek zijn met familie, meerdere keren moeten herhalen wat ze hebben gezegd. Familie wordt altijd even aangesproken wanneer ze op de woning zijn en ze worden gehoord en betrokken bij beslissingen over de cliënt. De invloed die familie heeft op het maken van beslissingen voor de cliënt, hangt af van de woongroep waar de cliënt woont. Wanneer de cliënt woont op een PG-woongroep zullen beslissingen meer samen met de familie moeten worden genomen dan wanneer een cliënt op een somatiek-woongroep woont.

Wanneer het gaat om vertrouwen, hebben de zorgprofessionals aangegeven, dat met name de eerste indruk heel belangrijk is voor de opbouw van de vertrouwensband. Deze vertrouwensband groeit met de tijd. Om deze vertrouwensband te onderhouden, is het belangrijk om verwachtingen naar elkaar uit te spreken. De zorgprofessionals vinden dat familieleden soms te hoge verwachtingen hebben en dat ze soms te veeleisend zijn. Ook verwachten verschillende zorgprofessionals dat familie zich als bezoek opstelt en zich niet na verloop van tijd gaan bemoeien met andere cliënten.

Zorgprofessionals hebben aangegeven dat er meer adequate kennisoverdracht moet plaatsvinden van zorgprofessional naar familie, over het ziektebeeld van de cliënt. Ook hebben de zorgprofessionals aangegeven, dat ze de levensgeschiedenis graag samen volledig zouden willen invullen met de familie. Daarnaast hebben een paar zorgprofessionals aangegeven dat er steeds meer op hun bordje komt en dat tijd soms een spelbreker is om voldoende aandacht te geven aan familie. Het uitwisselen van goede en opbouwende ideeën met betrekking tot samenwerken met familie binnen verschillende woongroepen van ZINN, is een wens van de zorgprofessionals die een aantal keren naar voren is gekomen.

Uit de interviews is gebleken dat zorgprofessionals al verschillende activiteiten hebben waarbij familie wordt betrokken. Zo worden familieavonden georganiseerd, kan familie meelezen in Familienet en het zorgdossier. De zorgprofessionals streven ernaar een huiselijke sfeer te hebben op de woongroep en willen dat familie en de cliënt zich thuis voelen.

5.1. Inhoudelijke discussie

Veel zorgprofessionals hebben in het onderzoek aangegeven dat communicatie noodzakelijk is voor een goede samenwerking met familie. Tijdens de interviews gaven veel zorgprofessionals aan, dat het in gesprek gaan met familie belangrijk is om de wederzijdse wensen en verwachtingen duidelijk te krijgen. Dat communicatie tussen familie en zorgprofessional binnen de zorg voor een cliënt van groot belang is, wordt bevestigd door Roberts en Ishler (2017). De kwaliteit van leven van de cliënt neemt toe wanneer de familie adequaat communiceert met de zorgprofessionals. De communicatie tussen familie en zorgprofessional wordt daarom ook aangemoedigd, zodat de wensen en behoeften aan weerskanten duidelijk naar voren komen (Roberts & Ishler, 2017).

Wanneer zorgprofessionals in gesprek zijn met familie, zijn ze regelmatig genooddaakt om de gegeven informatie later weer te herhalen. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Hertzberg en Ekman (2000). Zorgprofessionals worden benaderd door familie met een vraag waarvan ze al zeker weten dat ze op deze vraag al antwoord hebben gegeven. Ook komt het bij zowel familie als zorgprofessional soms voor, dat bepaalde informatie niet op de manier wordt geïnterpreteerd zoals het bedoeld is (Hertzberg & Ekman, 2000).

Tijdens het onderzoek hebben de zorgprofessionals aangegeven dat wanneer het gaat om de vertrouwensband, deze groeit met de tijd. Het uitspreken van wederzijdse verwachtingen is een

belangrijk aspect bij het opbouwen van een vertrouwensband. Onderzoek van McHale en Deatrck (2000) bevestigt dit. Het vertrouwen tussen zorgprofessional en familie is een proces dat bestaat uit verschillende niveaus. Vertrouwen ontwikkelt zich geleidelijk en is gebaseerd op wederzijdse intenties, wederkerigheid en verwachtingen (McHale & Deatrck, 2000).

In dit onderzoek zijn de onderzoekspopulatie en steekproef niet een adequate afspiegeling van de gehele zorgorganisatie van ZINN. Aangezien er twee woongroepen door de projectgroep van tevoren zijn geselecteerd, is de steekproefomvang te klein om iets over de gehele organisatie te zeggen. Het is echter wél een goede afspiegeling van de twee woongroepen zelf. Er is namelijk 100% respons geweest op de interviews en veel verschillende disciplines die contact hebben met familie zijn meegenomen in het onderzoek. De zorgprofessionals die deel hebben genomen aan dit onderzoek, hebben nagedacht over hun rol als samenwerkingspartner met familie. Dit onderzoek heeft dus bijgedragen aan bewustwording van deze rol. Doordat het onderzoek te kleinschalig is om het organisatiebreed te trekken, is het ook te klein om het over meerdere organisaties of over de gehele maatschappij te trekken.

5.2. Methodologische discussie

Tijdens het onderzoek hebben de onderzoekers rekening gehouden met de validiteit en betrouwbaarheid. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten hebben de onderzoekers onder andere individueel van elkaar codes en codegroepen gegeven aan de transcripties. Later hebben de onderzoekers de verkregen codes en codegroepen met elkaar vergeleken en zijn zij tot overeenstemming gekomen. Dit is gedaan overeenkomstig het onderzoek van Willems en Zwieten (2004). Volgens dit onderzoek is het belangrijk dat er individueel gecodeerd wordt, wanneer meerdere onderzoekers betrokken zijn bij hetzelfde onderzoek. Wanneer de codes vergeleken worden, is het van belang dat deze met elkaar overeenkomen. Voorafgaande aan de opnames is toestemming gevraagd voor het opnemen van geluid- en beeldmateriaal van de respondenten, waarbij duidelijk uitleg is gegeven over wat er zou gebeuren met het beeldmateriaal. Doordat de interviews met zowel geluid- als beeldmateriaal zijn opgenomen, heeft het bijgedragen aan een vergroting van de betrouwbaarheid. Op deze manier kon gekeken worden wie wat gezegd heeft tijdens het transcriberen van de interviews. Er is rekening gehouden met de validiteit binnen het onderzoek. Er is namelijk gebruik gemaakt van een topiclijst (zie bijlage II). Hierbij zijn in elk interview steeds dezelfde onderwerpen aan bod gekomen.

Er zijn een aantal aspecten die wellicht invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid en validiteit. Bij ongeveer de helft van de interviews was de docentbegeleider betrokken. Het kan zijn, dat dit de gegeven antwoorden van de respondenten heeft beïnvloed. De respondent kon wellicht meer de neiging hebben gehad om sociaal wenselijke antwoorden te geven wanneer de docentbegeleider aanwezig was. Daarnaast hebben de onderzoekers bij drie interviews ervaren dat ze onderwerpen vervroegd hebben moeten afronden, vanwege tijdstekort. Echter, wanneer dit het geval was, zijn wel alle vragen aan bod gekomen, maar kon dus niet altijd de gewenste tijd besteed worden aan elk onderwerp.

H6. Conclusie en aanbeveling

In dit hoofdstuk staan de conclusie en de aanbevelingen beschreven. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal heeft gestaan luidt als volgt: Hoe ervaren de zorgprofessionals de samenwerking tussen familie en zorgprofessionals binnen ZINN? Met als deelvragen: Wat zijn de verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie? Wat zijn de wensen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie?

6.1. Conclusie

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden, dat alle zorgprofessionals de huidige samenwerking met familie hebben beoordeeld met een ruim voldoende. Hieruit kan opgemaakt worden dat de zorgprofessionals over het algemeen tevreden zijn over de samenwerking met familie. Echter geven zij aan dat iedere familie anders is en dat daardoor ook de samenwerking steeds veranderd.

Alle zorgprofessionals vinden adequate communicatie noodzakelijk voor een goede samenwerking met de familie. Door goede communicatie en terugkoppeling van de gemaakte afspraken wordt het vertrouwen tussen zorgprofessionals en familie vergroot. Wanneer het vertrouwen groter wordt, durft familie ook sneller met vragen naar de zorgprofessional te komen. Wederzijds vertrouwen en het betrekken van familie bij beslissingen vinden de zorgprofessionals belangrijk. Vertrouwen hangt dus samen met de communicatie en de invloed op beslissingen en het betrekken van de familie hierbij. De mate waarin familie betrokken wordt bij beslissingen over de cliënt, hangt af van de woongroep waar de cliënt woont. Wanneer de cliënt woont op een PG-woongroep zullen beslissingen meer samen met de familie moeten worden genomen dan wanneer een cliënt op een somatiek-woongroep woont. Driekwart van de zorgprofessionals hebben aangegeven dat de eerste indruk belangrijk is voor het opbouwen van een vertrouwensband en dat een vertrouwensband kan groeien met de tijd. In een gesprek tussen familie en zorgprofessional, komt het regelmatig voor dat maar een deel van de gegeven informatie door de familie wordt onthouden. Het is dus belangrijk om te beseffen dat niet alle gegeven informatie de eerste keer overkomt.

Deelvraag één heeft betrekking op de verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie. De zorgprofessionals hopen dat familie reëlere verwachtingen krijgt van de cliënt en van de zorgprofessionals zelf. Op dit moment vinden de zorgprofessionals dat familieleden soms te hoge verwachtingen hebben en dat ze soms te veeleisend zijn. Ook verwachten de zorgprofessionals, dat familie zich als bezoek opstelt en zich niet na verloop van tijd gaat bemoeien met andere cliënten. Daarnaast hebben een paar zorgprofessionals aangegeven dat er steeds meer op hun bordje komt, waardoor ze het gevoel hebben dat het allemaal teveel wordt en dat tijd soms een spelbreker is om voldoende aandacht te kunnen geven aan familie. Ze vinden dat er op dit moment al genoeg wordt gedaan met het betrekken van familie. Wat hun betreft hoeft familie niet nog intensiever betrokken te worden bij de zorg van de cliënt.

Deelvraag twee gaat in op de wensen van de zorgprofessionals ten aanzien van de samenwerking met familie. Vanuit de zorgprofessionals zijn een aantal wensen naar voren gekomen. Ten eerste is het wenselijk om goede ideeën met betrekking tot familiezorg, uit te wisselen binnen verschillende woongroepen. Ten tweede is het belangrijk dat verwachtingen vooraf helder zijn van beide kanten (zorgprofessional en familie). Ten derde is het wenselijk om de levensgeschiedenis van de cliënt volledig in beeld te hebben. Tot slot is het van belang dat, wanneer het nodig is, er adequate kennisoverdracht plaatsvindt over het ziektebeeld van de cliënt van zorgprofessional naar familie.

6.2. Aanbeveling

Naar aanleiding van de bevindingen uit de resultaten, discussie en conclusie, worden de volgende aanbevelingen gedaan richting de projectgroep Familiezorg:

Ten eerste is het belangrijk dat in een gesprek tussen zorgprofessional en familie, wederzijdse verwachtingen worden uitgesproken. Op die manier krijgt familie reële verwachtingen van de zorgprofessionals, de cliënt en andersom. Ten tweede is het belangrijk dat goede en inspirerende ideeën van verschillende woongroepen met elkaar uitgewisseld kunnen worden, door bijvoorbeeld bij elkaar mee te lopen op de woning. Op deze manier kunnen ontwikkelpunten en goede punten aan elkaar doorgegeven worden. Ten derde is het aan te bevelen dat er scholing plaatsvindt over de ziektebeelden van de cliënt. Deze scholing vindt zowel tussen zorgprofessionals onderling plaats, als naar de familie toe. Deze scholing wordt vergoed wanneer deze buiten de werktijden valt. Tot slot is het aan te bevelen, dat de levensgeschiedenis van de cliënt volledig wordt ingevuld. De genoemde aanbevelingen (behalve scholing) kunnen binnen de normale werktijd uitgevoerd worden, waardoor er geen extra kosten aan verbonden zijn. Hier moet echter wel tijd voor worden gemaakt.

De bovengenoemde aanbevelingen kunnen relevant zijn voor de onderzochte woongroepen. Echter, de bevindingen van dit onderzoek kunnen niet organisatie breed getrokken worden, omdat de onderzoekspopulatie te klein is in verhouding tot de gehele organisatie. Er is daarom vervolgonderzoek nodig om uiteindelijk de onderzoeksresultaten organisatiebreed te trekken en voor het concreet maken van mogelijke acties om de samenwerking met familie nog beter te laten verlopen.

Literatuurlijst

- Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bremekamp, R., Kaats, E., & Opheij, W. (2009). Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerken. Geraadpleegd op 15 oktober 2019, van <https://commoneye.nl/wp-content/uploads/2019/02/Een-nieuw-kijkglas-voor-een-heldere-blik-op-samenwerken-Bremekamp-Kaats-en-Opheij-HMR127-2009-1.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016, 6 juli). Vergrijzing. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisatie/2016/6/vergrijzing>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (2018, 12 oktober). Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet? Geraadpleegd op 28 september 2019, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Creswell J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research design*. Thousand Oaks, Londen, New Delhi: Sage publications
- Ekamper, P., & Van Nimwegen, N. (2018, 29 juni). Vergrijzing. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <https://www.nidi.nl/shared/content/demos/2018/demos-34-06-ekamper.pdf>
- Hagedoorn, E. (2019). *Collaborative partnership between family caregivers and nurses in the care of older hospitalized persons* (dissertatie). Groningen: Research Institute Share.
- Hak, T. (2004). *Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek*. Huisarts en Wetenschap, 47(11), 205–212. <https://doi.org/10.1007/BF03083720>
- Hertzberg, A., & Ekman, S. (2000). “We, not them and us?” Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 614–622. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01317.x>
- Josten, E., & De Boer, A. (2015 maart). Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van https://www.utrecht-monitor.nl/sites/www.utrecht-monitor.nl/files/documenten/concurrentie_tussen_mantelzorg_en_betaald_werk._2015_scp.pdf
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, Vereniging Hogescholen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, TO2-federatie, & Vereniging van Universiteiten. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van <https://www.vsnul.nl/files/documenten/Nederlandse+gedragscode+wetenschappelijke+integriteit+2018.pdf>
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of Nursing 2020: een toekomstbestendig opleidingsprofiel*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek, mw. dr. M.L.A. Luttik. (2018, maart). Richtlijn Familiegesprek. Groningen.

- Luttik, M.L.A., Zuidersma, J., Schoemaker, E., & Paans, W. (2016, 1 augustus). Familiegerichtte zorg. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van https://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wp-content/uploads/2016/09/TvZ_onderzoek-praktijk_luttik.pdf
- Lynn-McHale, D. J., & Deatrick, J. A. (2000). Trust Between Family and Health Care Provider. *Journal of Family Nursing*, 6(3), 210–230. <https://doi.org/10.1177/107484070000600302>
- Poelman, T. (2015, maart). Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <http://www.minerva-ebm.be/NL/Article/1319>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>
- Roberts, A. R., & Ishler, K. J. (2017). *Family Involvement in the Nursing Home and Perceived Resident Quality of Life*. *The Gerontologist*, 58(6), 1033–1043. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx108>
- Scientific Software Development GmbH. (2019). What is ATLAS.ti? Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti/>
- Tweede Kamer. (2014). Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Geraadpleegd op 17 oktober 2019, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorgingsstaat
- Universiteit van Amsterdam. (2018, 3 oktober). Informed consent. Geraadpleegd op 8 oktober 2019, van <https://rdm.uva.nl/plannen/informed-consent/informed-consent.html?1570531477295Van>
- Van Montfort, K., & Van Oorschoot, A. (2016 maart). Werken met familie­zorg, wat betekent dat nou eigenlijk? Geraadpleegd op 19 september 2019, van https://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wp-content/uploads/2018/01/Werken_met_familiezorg_wat_betekent_dat_nou_eigenlijk_25-01-2017.pdf
- Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). *Waardering van kwalitatief onderzoek*. *Huisarts en Wetenschap*, 47(13), 38–43. <https://doi.org/10.1007/BF03083653>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken* (5de druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vermeer, K. (2012, 1 oktober). Professioneel én flexibel omgaan met patiënten en mantelzorgers. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12468-012-0038-z>
- Willems, D., & Van Zwieten, M. (2004, 10 december). Waardering van kwalitatief onderzoek. Geraadpleegd op 18 december 2019, van <https://www.henw.org/artikelen/waardering-van-kwalitatief-onderzoek>
- Woittiez, I., Eggink, E., Jonker, J. J., & Sadiraj, K. (2009 december). Vergrijzing, verpleging en verzorging. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2009/Vergrijzing_verpleging_en_verzorging
- World Health Organization . (2010, 30 november). Population ageing. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <https://www.who.int/features/qa/72/en/>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families; A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- ZINN. (2018). Kwaliteitsverslag 2018. Geraadpleegd op 15 oktober 2019, van <https://www.zinnzorg.nl/zoeken?q=kwaliteitsverslag>

Zinnzorg. (2019a, 24 juni). Maatschappelijk verantwoord ondernemen. Geraadpleegd op 17 september 2019, van <https://www.zinnzorg.nl/zinn/over-zinn>

Zinnzorg. (2019b, 24 juni). Waar wij voor staan. Geraadpleegd op 17 september 2019, van <https://www.zinnzorg.nl/zinn/over-zinn>

Zorg voor Beter. (2018, 13 oktober). Wat is familieparticipatie? Geraadpleegd op 19 september 2019, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/familieparticipatie/ouderenzorg>

Zorginstituut Nederland. (2017, 13 januari). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

Bijlagen

Bijlage I: 6W-formule

De 6W-formule bestaat uit zes W-vragen. Deze zijn: Wat, Wie, Wanneer, Waarom, Waar en Waardoor. Door deze vragen te beantwoorden wordt de aanleiding van het onderzoek duidelijk en kan gebruikt worden als hulpmiddel om de inleiding van het onderzoeksvoorstel te schrijven (Verhoeven, 2014).

Wat (is het probleem): De onderlinge samenwerking tussen zorgprofessional en familie is niet optimaal.

Wie (heeft problemen): Zowel vanuit de cliënt, familie, als de zorgprofessional is er de behoefte om de samenwerkingsrelatie tussen zorgprofessional en familie te verbeteren.

Wanneer (is het een probleem): Wanneer er tussen zorgprofessional en familie sprake is van miscommunicatie en dit voor problemen zorgt.

Waarom (is het een probleem): Wanneer de onderlinge samenwerking tussen cliënt, familie en zorgprofessional niet adequaat verloopt, kan het zorgproces daar belemmeringen van ondervinden.

Waar (doet het probleem zich voor): Binnen ZINN is de behoefte aanwezig om toe te werken naar een optimale samenwerkingsrelatie tussen cliënt, familie en zorgprofessional. Het onderzoek vindt plaats op twee verschillende woongroepen binnen ZINN: een PG-woongroep en een somatiek-woongroep.

Waardoor (is het probleem ontstaan): Door observatie en signalering. In het kwaliteitsverslag van 2018 zijn onder andere klachten over communicatie en bejegening gerapporteerd.

Bijlage II: Topiclijst

Voor het half-gestructureerde interview is een topiclijst opgesteld. Met behulp van deze topics/steekwoorden vindt het interview plaats. Deze topics geven deels een vooropgestelde structuur aan het onderzoek. Aan de hand van deze steekwoorden kunnen alle topics aan bod komen.

Introductie:

Voorstellen. Naam, vierdejaars hbo-v. Dit onderzoek is een deel van het project Familiezorg wat momenteel loopt binnen ZINN. Dit onderzoek is een samenwerking tussen ZINN en het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool te Groningen. Wij onderzoeken jullie ervaringen als het gaat om de samenwerking tussen jullie en de familie van de cliënt.

Ons onderzoek vindt plaats op 2 verschillende woongroepen binnen ZINN. Dit interview wordt opgenomen d.m.v. beeld en geluid. Het gaat met name om het geluid, maar voor ons het tijdens het uitschrijven van het interview belangrijk om precies te weten wie wat heeft gezegd. (Deze transcripties zullen na dit onderzoek worden bewaard door het Lectoraat Verpleegkundige diagnostiek voor vervolgonderzoek.) De opnames zullen na het onderzoek vernietigd worden.

Het interview zal 45 minuten duren met uitloop tot maximaal een uur. Eén van ons zal het interview leiden en de vragen stellen. De ander zal notuleren en de tijd in de gaten houden en de ander aanvullen als dit nodig is.

Is alles tot zover duidelijk? Dan zouden we nu graag willen beginnen met het interview.

- Wat voor manieren van samenwerking met familie hebben jullie al op de woongroep?
 - Wat vinden jullie daarvan?
- Wat wordt er al gedaan aan het betrekken van familie op de woongroep?
 - Wat vinden jullie daarvan?
- **Ervaren toegankelijkheid**
 - Communicatie (schriftelijk, mondeling)
 - Punten die beter kunnen en die goed gaan
 - Als er contact is met de familie wordt dat nog ergens opgeschreven/genoteerd?
 - Zijn de wensen en behoeften van familie duidelijk bij jullie?
- **Invloed op beslissingen**
 - Hoe hebben jullie invloed op beslissingen
 - Helpen jullie de familie en bewoner met het maken van beslissingen?
- **Vertrouwen**
 - Hoe vergroten jullie het vertrouwen?
 - Wat heb je daarvoor nodig?
- Wat zijn jullie verwachtingen ten aanzien van de samenwerking met familie?

- Is er nog iets niet aan bod gekomen wat volgens jullie wel belangrijk is?
- Als jullie een rapportcijfer zouden moeten geven over hoe de samenwerking tot nu toe gaat wat zou dit dan zijn? (tussen 0 en 10)
 - Wat zou er gedaan moeten (nodig zijn) worden om van ... naar (punt hoger)... te gaan. (wensen)

Bijlage III: Acht stappen voor kwalitatieve analyse

In deze bijlage staan acht stappen voor kwalitatieve analyse beschreven. Deze stappen staan beschreven in het boek van Verhoeven (2014).

Stap 1: Eerst worden de gegevens verkend. Lees de teksten (interviewverslagen enz.) goed door en verdeel ze in kleine fragmenten die men in één woord kan samenvatten (*uiteenrafelen*).

Stap 2: Vervolgens evalueert men de gebruikte termen. Welke *waarde* kennen de onderzoekseenheden (de onderzochte personen) aan de gebruikte termen toe? en interpreteren de betekenis ervan. Zijn deze termen negatief van toonzetting of juist positief?

Stap 3: Dan bedenkt men met welk woord dit fragment het beste omschrijven kan worden, men *codeert* het. Meestal zet de onderzoeker deze code in de kantlijn van de tekst of hij maakt een code aan in het daarvoor bestemde softwareprogramma. Gebruik het liefst één code (woord) voor de omschrijving van het fragment; het is onder andere bedoeld om het materiaal samen te vatten (Boeije, 2012). Deze wijze van coderen wordt ook wel *open coderen* genoemd; dit is het feitelijke *uiteenrafelen*. Het vindt plaats aan het begin van het analyseproces en het is een eerste vorm van definiëring van de gevonden begrippen. Het is nog heel exploratief; waar nodig verzamelt men nieuwe gegevens.

Stap 4: Vervolgens gaat men termen *groeperen*. Wat hoort bij elkaar? Er wordt als het ware een eerste ordening aangebracht.

Stap 5: Nu noteert men de gecodeerde begrippen en brengt een *hiërarchie* aan: wat is de belangrijkste code, welke komt daarna, enzovoorts.

Stap 6: Zoeken naar *verbanden* tussen begrippen, naar associaties en/of combinaties. Er worden hoofdgroepen en subgroepen gemaakt door te kijken welke codes bij elkaar horen en op welke wijze ze kunnen worden geordend. Denk goed na over de redenen om begrippen te groeperen, zoek bewijs voor de groepering in de tekst. In deze fase kan men natuurlijk ook besluiten om codes op te splitsen. Het proces dat hier beschreven wordt, wordt ook *axiaal coderen* genoemd (Boeije, 2012). Dit is veel minder exploratief in vergelijking met het eerdergenoemde open coderen.

Stap 7: Dan brengt men structuur aan in de begrippen, men zoekt naar relaties tussen begrippen en beantwoordt de vraag waarom men bepaalde begrippen en bepaalde volgordes van begrippen hebt aangetroffen. Dit structureren wordt ook wel *selectief coderen* genoemd. Deze verbanden en volgordes worden samengebracht in een *model*, ofwel een *diagram* en/of *codeboom*.

Stap 8: Tenslotte brengt men het gevonden model in verband met de probleemstelling: Kan er een antwoord op de vraag worden gegeven? Zijn er aanvullende vragen? Ontbreekt er nog informatie? Zo ja, dan gaat men opnieuw gegevens verzamelen, totdat een volledig antwoord op de probleemstelling geformuleerd is.

Bijlage IV: Planning

Hieronder staat de planning weergegeven over wanneer en wat er op welk moment wordt uitgevoerd.

Week in project	Kalen der week	Dag	Wat wordt er uitgevoerd	Wat is er nodig om dit uit te kunnen voeren	Door wie wordt het uitgevoerd/ wie is aanwezig
1	37	09-09	Ontmoeting docent begeleider. Opstart project		Docentbegeleider, de twee onderzoekers. 4 andere onderzoekers met hetzelfde onderwerp maar andere hoofdvraag.
1	37	10-09	Ontmoeting projectgroep Familiezorg ZINN		Docentbegeleider, de twee onderzoekers. projectgroep Familiezorg ZINN. 4 andere onderzoekers met hetzelfde onderwerp maar andere hoofdvraag.
1	37	12-09 13-09	Ontmoeting deel zorgprofessionals, cliënten en familieleden. Beide dagen een andere woongroep.	Er werd informatie gegeven over het project door iemand van de projectgroep Familiezorg aan de cliënt, familieleden en aanwezige zorgprofessionals.	Cliënten, familieleden, zorgprofessionals de twee onderzoekers, projectgroep, 4 andere onderzoekers met hetzelfde onderwerp.
2 t/m 7	38 t/m 43	16-09 t/m 25-10	Opstellen onderzoeksvoorstel en topiclijst	Research naar onderwerp, informatie van projectgroep Familiezorg, goed overleg tussen de twee onderzoekers.	De twee onderzoekers, docentbegeleider voor nodige begeleiding. Projectgroep Familiezorg wanneer er vragen zijn.
5	41	07-10	Colleges interview(s) maken		De twee onderzoekers. Een docent die deze lessen geeft.
6	42		Maken en versturen Uitnodigingen voor interviews en planning maken wanneer interviews gehouden worden.		De respondenten waar de uitnodiging heen gestuurd wordt, de twee onderzoekers, in overleg met projectgroep.
8	44		Proefinterview afnemen bij iemand	Topiclijst moet dan af zijn. Een geschikte ruimte moet gevonden worden. Een proefpersoon moet gevonden worden. Het interview wordt opgenomen zodat terug gekeken kan worden hoe bepaalde dingen anders zouden kunnen.	De twee onderzoekers, proefpersonen.

9	45	05-11	Kritisch dialoog (toets)		Docent, individueel per onderzoeker.
9 t/m 13	45 t/m 49		Afnemen interviews	Topic lijst, geschikte ruimte, opname apparatuur, pen en papier.	Deelnemers aan dit onderzoek. De twee onderzoekers.
9 t/m 15	45 t/m 51		Gegevens analyseren en verwerken met behulp van ATLAS.ti en hieruit resultaten halen.	ATLAS.ti, de opgenomen interviews, aantekeningen van de interviews.	De twee onderzoekers
13	49	03-12	College over gebruik ATLAS.ti.		De twee onderzoekers. Een docent die deze les geeft.
15 en 16	51 en 52		Conclusie, discussie en aanbevelingen schrijven.	Verkregen informatie uit ATLAS.ti	De twee onderzoekers.
17 t/m 19	1 t/m 3		Verslag voor feedback inleveren en feedback aanpassen		De twee onderzoekers, medestudenten voor peerfeedback en docentbegeleiders.
20	4	24-01	Inleveren onderzoeksrapportage.		De twee onderzoekers.
22	6	06-02	Presentatie over onderzoek.	Onderzoek is af. Presentatie is gemaakt. Geschikt lokaal.	Alle betrokkenen die meegewerkt hebben aan dit project. En alle geïnteresseerden.

Bijlage V: Uitnodiging interview

Uitnodiging deelname pilot familieonderzoek

Groningen, oktober 2019

Geachte zorgprofessional,

Via deze brief willen wij u uitnodigen voor een interview in het kader van het project Familiezorg.

Inleiding

Wij zijn Jiska Soepenbergh en Anne-Maaike de Jong en wij zijn vierdejaars hbo-verpleegkunde studenten aan de Hanzehogeschool te Groningen. Van september 2019 tot februari 2020 zijn wij bezig met het analyseren en verbeteren van zorg. Wij doen hiervoor onderzoek naar de ervaringen van zorgprofessionals als het gaat om samenwerking tussen zorgprofessionals en familie binnen ZINN. Dit onderzoek wordt gedaan in opdracht van de projectgroep Familiezorg vanuit ZINN en het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool te Groningen.

Doel van het onderzoek

Het doel van ons onderzoek is erachter komen wat de ervaringen van zorgprofessionals zijn, als het gaat om de samenwerking tussen zorgprofessionals en familie binnen ZINN. Dit onderzoek wordt op twee woongroepen uitgevoerd, waaronder de woongroep waar u werkzaam bent. Dit willen wij onderzoeken door middel van het houden van interviews in tweetallen. Er zullen in totaal negen interviews plaatsvinden, op de ene woongroep vier en op de andere woongroep vijf.

Ethische verantwoording

Tijdens het onderzoek zullen wij zorgvuldig met uw gegevens omgaan en rekening houden met uw privacy. Bij publicatie van de gegevens blijft u volledig anoniem. Hierbij zullen uw naam, functie en andere persoonlijke gegevens niet openbaar gemaakt worden. U mag zich te allen tijde terugtrekken uit het onderzoek. Ook vragen wij u om toestemming om een opname (video) te maken van het interview om deze te gebruiken bij het analyseren van de gegevens. Deze opnamen zullen na het onderzoek vernietigd worden. Het interview zal maximaal één uur duren.

Planning interviews

De interviews worden gehouden tussen 4 en 22 november (week 45 t/m 47).

Graag horen wij binnen 5 dagen na ontvangst van deze uitnodiging uw voorkeur (dag en tijdstip). Wij horen dit graag via de mail van u. Mocht u vragen hebben kunt u altijd contact met ons opnemen via onderstaande telefoonnummers.

Jiska Soepenbergh

e-mail adres: j.soepenbergh@st.hanze.nl

Telefoonnummer: 06-38 69 67 97

Anne-Maaikede Jong

e-mail adres: a.t.de.jong@st.hanze.nl

Telefoonnummer: 06-30 80 19 66

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Jiska Soepenbergh en Anne-Maaikede Jong

Bijlage VI: Logboek

Datum	Onderwerp	Opmerkingen	Aantal uren
9-9-2019 en 16-9-2019	Oriëntatie op onderwerp	Georiënteerd op het onderwerp Deze sites bezocht: Link 1: https://www.zinnzorg.nl/ Link 2: https://hbo-kennisbank.nl/details/hanze_pure_rest:b7e76ae3-6b1f-43fe-acaa-15c43946e3bd Link 3: file:///C:/Users/jiska/Downloads/Kwaliteitsverslag%202018%20(1).pdf Flits en Digi colleges van blackboard van de Hanze bekeken.	8 uur totaal
10-09-2019	Afspraak met opdrachtgever/project groep	Voorstelronde projectgroep en kennis gemaakt met opdrachtgever. Informatie over onderzoek gekregen. Zoals aantal bewoners, op welke 2 woongroepen steekproef.	0,5 uur
12-09-2019	Kennismaking familie, cliënten en zorgverleners met onderzoek	Introductie onderzoek bij familie, cliënten en aanwezige zorgprofessionals. Daarna gezamenlijke bbq (was al geregeld voordat wij van project af wisten). Kennismaking met familie, cliënten en zorgprofessionals op 1 woongroep	1 uur
13-09-2019	Kennismaking familie, cliënten en zorgverleners met onderzoek	Introductie onderzoek bij familie, cliënten en aanwezige zorgprofessionals. Daarna gezamenlijke bbq (was al geregeld voordat wij van project af wisten). Kennismaking met familie, cliënten en zorgprofessionals op andere woongroep	1 uur
16-9-2019 en 18-9-2019	Doelstelling, vraagstelling en deelvragen formuleren+ definiëring begrippen	Formuleren van doelstelling, vraagstelling en de deelvragen. Start met het formuleren van de definiëring van de begrippen uit de vraagstelling	1,5 uur
17-9-2019 en 18-9-2019 en 19-9-2019	Schrijven inleiding en definiëren van begrippen uit vraagstelling	Gestart met het schrijven van de inleiding. Relevante sites en artikelen: Link 1: https://www.zinnzorg.nl/ Link 2: https://expertisecentrumfamiliezorg.nl/ Link 3: https://doi.org/10.1093/geront/gnx108 Link 4: https://www.ensie.nl/redactie-ensie/samenwerken Link 5: https://www.zorgvoorbeter.nl/communiceren-in-de-zorg/zorgverleners	2uur 2,5uur 1 uur

		Link 6: https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf	
19-9-2019	Schrijven methode	Steekproef beschreven, validiteit en betrouwbaarheid beschreven Boek van Verhoeven (2014) gebruikt voor informatie, Wat is onderzoek? Pagina: 39 betrouwbaarheid, 41, validiteit, 155 interviews.	1 uur
26-9-2019	Schrijven methode en inleiding	Steekproef en uitvoering onderzoek uitgebreid beschreven. Inleiding verder beschreven.	1,75 uur
27-9-2019	Afronden methode en inleiding. Beschrijven ethiek	Verder formuleren van theoretisch kader en ethiek.	2 uur
28-9-2019	Invullen planning en formuleren ethiek	Verder schrijven steekproef en uitvoering onderzoek, inleiding & ethiek verder beschreven	1 uur
1-10-2019	Conceptversie creëren	Inleiding bijgewerkt, begrippendefiniëring afgerond, vraagstelling aangepast, deelvragen verwijderd, validiteit & betrouwbaarheid en onderzoeksethiek aangevuld. Relevante sites: Link 1: https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet Link 2: https://www.nidi.nl/shared/content/demos/2018/demos-34-06-ekamper.pdf Link 3: https://www.encyclo.nl/begrip/ervaring Link 4: https://academic.oup.com/ije/article/41/6/1639/750456#13192511 Link 5: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health Link 6: https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisatie/2016/6/vergrijzing Verhoeven (2014) pag. 331-332, betrouwbaarheid	4,5 uur
2-10-2019	Conceptversie creëren	Verder met theoretisch kader, stappen beschreven hoe analyse, start topiclijst gemaakt, uitnodiging geschreven voor deelnemers onderzoek. Relevante sites: Link 1: https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/010003001.pdf Link2: https://www.vsnu.nl/files/documenten/Nederlandse+gedragscode+wetenschappelijke+integriteit+2018.pdf Link 3: https://www.utrecht-monitor.nl/sites/www.utrecht-monitor.nl/files/documenten/concurrentie_tussen_mantelzorg_en_betaald_werk_2015_scp.pdf Link 4: https://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wp-content/uploads/2016/09/TvZ_onderzoek-praktijk_luttik.pdf Boek van Verhoeven (2014) gebruikt voor informatie, Wat is onderzoek? Pagina: 228 verwacht respons, 317 t/m 319 stappen in kwalitatieve analyse	4,25 uur

4-10-2019	Conceptversie creëren	Laatste hand aan theoretisch kader, opnieuw gekeken naar validiteit en betrouwbaarheid. Beoordelingsformulier naast onderzoeksvoorstel gehouden. Link 1: https://www.researchgate.net/profile/Ilse_Mesters/publication/313752237_Het_focusgroep-interview_een_stappenplan/links/58c11a7992851c2adfee786b/Het-focusgroep-interview-een-stappenplan.pdf Link 2: https://doi.org/10.1188/19.CJON.540-542 Link 3: https://doi.org/10.1007/BF03083653	2,25 uur
7-10-2019	Conceptversie bijwerken	N.a.v. werkcollege en peerfeedback is de conceptversie opnieuw aangepast. De steekproef wordt nu kleiner (2 focusgroepen), structuur hoofdstuk 3 aangepast en grammaticale fouten eruit gehaald.	4 uur
8-10-2019	Conceptversie afronden	Conceptversie verder afgerond. Betrouwbaarheid en validiteit verder aangevuld met memberchecking, datasaturatie en proefinterview. In- en exclusiecriteria zijn toegevoegd. EBP-bron toegevoegd bij beeldmateriaal. Bron toegevoegd bij informed consent. Anonimiseren en transcriberen toegelicht in data-analyse. Link 1: https://rdm.uva.nl/plannen/informed-consent/informed-consent.html?1570531477295Van Link 2: https://doi.org/10.1007/BF03083653 Link 3: https://www.ensie.nl/betekenis/saturatie Link 4: https://doi.org/10.1007/BF03083720	4,25 uur
12-10-2019	Conceptversie bijwerken na feedback 1e docent	Conceptversie deels bijgewerkt na feedback eerste docent. Deze bronnen bekeken pas de 14 e gebruikt. Link 1: https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf Link 2: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg	2 uur
14-10-2019	Conceptversie afronden na eerste feedback ronde docent	Conceptversie afgerond. Alle feedback is verwerkt. Link 1: https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf Link 2: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg Link 3: https://link.springer.com/article/10.1007/s12468-012-0038-z Link 4: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2009/Vergrijzing_verpleging_en_verzorging	3 uur
15-10-2019	Conceptversie afgerond en opnieuw opgestuurd naar tweede docent	Laatste aanpassingen gedaan na het verwerken van de feedback van eerste docent. Een aantal bronnen verwijderd en nieuwe relevantere bronnen toegevoegd, tekstcontrole op zinsopbouw.	4,5 uur

		Boek: Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). <i>Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek</i>. Groningen: Houten: Noordhoff Uitgevers. Link 2: https://commoneye.nl/wp-content/uploads/2019/02/Een-nieuw-kijkglas-voor-een-heldere-blik-op-samenwerken-Bremekamp-Kaats-en-Opheij-HMR127-2009-1.pdf Boek: Kaats, E., & Opheij, W. (2012). <i>Leren samenwerken tussen organisaties</i>. Deventer: Kluwer.	
16-10-2019	Informatie van projectgroep gekregen	Aanpassing doelstelling, hoofdvraag, toevoeging deelvragen, aanpassing definiëring van begrippen. Verandering van focusgroepinterviews naar interviews. Bekend wie steekproefgroep is. Topics zijn veranderd Afspraak met mede onderzoekers en docent voor overleg moment. Proefschrift Ellen Hagedoorn gekregen van docent Bron 1: Proefschrift Hagedoorn 2019: <i>Collaborative partnership between family caregivers and nurses in the care of older hospitalized persons</i> (dissertatie). Groningen: Research Institute Share.	3,5 uur
17-10-2019	Verder met aanpassingen onderzoeksvoorstel + opnieuw inleveren conceptversie	Vorige conceptversie is niet nagekeken vandaag nieuwe versie inleveren voor feedback. Aanpassingen aan steekproef, beschreven wie er in steekproef zaten hoe de interviews worden afgenomen. Informatie beschreven over interviews afnemen. Nieuwe topics meegenomen en onderbouwd in inleiding. Link 1: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorgingsstaat Bron 1: Proefschrift Hagedoorn 2019: <i>Collaborative partnership between family caregivers and nurses in the care of older hospitalized persons</i> (dissertatie). Groningen: Research Institute Share. Bron 2: Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). <i>Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek</i>. Groningen: Houten: Noordhoff Uitgevers.	2 uur
17-10-2019	Afspraak voor planning van interviews	Om tafel met twee EVV-ers van de woongroep(en) en projectleider voor het maken van afspraken en voor de planning van de interviews.	1 uur
18-10-2019	Feedback aanpassen	Vooraf bronnen aanpassen, paar in inleiding aangepast naar meer wetenschappelijke bronnen. Bron 1: Richtlijn 'het familiegesprek'	2 uur

		Bron 2: Proefschrift Hagedoorn 2019: <i>Collaborative partnership between family caregivers and nurses in the care of older hospitalized persons</i> (dissertatie). Groningen: Research Institute Share. Bron 3: Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). <i>Nurses and Families; A Guide to Family Assessment and Intervention</i>. Philadelphia: F.A. Davis Company	
21-10-2019	Laatste puntjes in verslag verbeteren en laatste puntjes uitnodiging aangepast	Laatste puntjes in verslag verbeteren na het nog een keer doorgelezen te hebben. Twee verschillende familieleden het verslag laten doorlezen om van feedback te voorzien. Deze feedback aangepast. Opzet mail voor versturen uitnodigingen gemaakt. Uitnodiging aangepast Bron 1: Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). <i>Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research</i>. Philadelphia: F.A. Davis Company.	4,5 uur
22-10-2019	Nieuwe en laatste feedbackronde aangepast	Laatste feedback aangepast, het voorstel nog een laatste keer doorgelezen en ingeleverd.	3 uur
23-10-2019 25-10-2019	Uitnodigingen opgesteld en verstuurd naar de zorgprofessionals	De uitnodigingen voor de interviews zijn opgesteld en verstuurd naar de zorgprofessionals.	1 uur
4-11-2019	Herinneringsmails opgesteld en verstuurd	In totaal zijn er 6 herinneringsmails opgesteld en verstuurd naar de zorgprofessionals die nog niet gereageerd hadden. Daarnaast zijn mails verstuurd naar de docentbegeleider en projectleider i.v.m. de indeling van de interviews.	1 uur
5-11-2019	Proefinterview gehouden	Proefinterview gehouden met twee familieleden van de onderzoekers en mails beantwoord als gevolg van de herinneringsmail die gestuurd is	2,5 uur
7-11-2019 8-11-2019 12-11-2019 15-11-2019 20-11-2019 21-11-2019 25-11-2019 26-11-2019 4-12-2019	Afnemen interviews	Op de genoemde data zijn de interviews afgenomen bij de geselecteerde zorgprofessionals.	9 uur (voor elk interview is een uur uitgetrokken)
7-11 t/m 6-12-2019	Transcriberen interviews	Alle 9 interviews zijn letterlijk uitgetypt van het beeld- en geluidmateriaal.	45 uur (elk)

5-12 t/m 16-12-2019	Coderen interviews	1 interview samen gecodeerd om te kijken of wij overeenkwamen. Voor de rest de andere 8 interviews individueel van elkaar gecodeerd, daarna vergeleken. En vervolgens hoofdthema's gegeven aan de codegroepen met ATLAS.ti	25 uur (elk)
16-12-2019	Resultaten en methode	Start schrijven thema's voor resultaten, aanpassen steekproefgrootte en aantal gehouden interviews.	1,5 uur
17-12-2019	Resultaten en discussie	Schrijven resultaten en samenvatting schrijven resultaten voor in discussie. Start inhoudelijke discussie schrijven + opzoeken relevante literatuur: Bron 1: Hertzberg, A., & Ekman, S. (2000). "We, not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. Journal of Advanced Nursing, 31(3), 614–622. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01317.x	5,5uur
18-12-2019	Discussie	Verder met schrijven inhoudelijke discussie + opzoeken relevante literatuur en schrijven methodologische discussie, start schrijven samenvatting voor zover dat nu al mogelijk is, start schrijven conclusie Bron 1: Willems, D., & Van Zwieten, M. (2004, 10 december). Waardering van kwalitatief onderzoek. Geraadpleegd op 18 december 2019, van https://www.henw.org/artikelen/waardering-van-kwalitatief-onderzoek Bron 2: Lynn-McHale, D. J., & Deatrick, J. A. (2000). Trust Between Family and Health Care Provider. Journal of Family Nursing, 6(3), 210–230. https://doi.org/10.1177/107484070000600302	4,5uur
20-12-2019	Conclusie en aanbeveling en samenvatting	Verder met schrijven conclusie en schrijven aanbeveling. Verder met schrijven samenvatting. Verslag doorlezen.	5 uur
04-01-2020	Feedback familielid verwerken	Feedback van de samenvatting, resultaten, discussie, conclusie en aanbeveling is verwerkt.	3 uur
9-01 en 10-0-2020	Feedback docent verwerken	Verwerken van gekregen feedback	4,5 uur
13-01-2020	Feedback familielid verwerken	Theoretisch kader aangepast, resultaten en discussie feedback verwerkt.	4 uur
15-01-2020	Feedback familielid verwerken en verslag doorlezen	Andere bron beroepsprofiel gebruikt, discussie, conclusie een aanbeveling feedback verwerkt, samenvatting aangepast. Bron 1: Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2016). Bachelor of Nursing 2020: Een Toekomstbestendig Opleidingsprofiel. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.	3,5 uur

20-01-2020	Feedback docent verwerkt en laatste puntjes op de i	Feedback van docentbegeleider is verwerkt. Het verslag is doorgelezen en kleine foutjes uitgehaald. Laatste puntjes op de i gezet.	1,25 uur
21-01-2020	Beoordelingsformulier naast rapportage gehouden	Het beoordelingsformulier is naast de onderzoeksrapportage gelegd en alle inclusiecriteria zijn bij langs gegaan en gecheckt.	1 uur
23-01-2020	Laatste grammaticale feedbackpuntjes verwerkt	Gekregen feedback op grammaticaal vlak is verwerkt. De onderzoeksrapportage is ingeleverd ter beoordeling.	1,5 uur.



Antiplagiaatverklaring

Hierbij verklaar ik, dat ik bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van anderen dan de door mij aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt heb. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, heb ik kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Groningen
Datum: 5-12-2019

Naam student 1:
Anne-Maaike de Jong

Handtekening student 1:

Naam student 2:
Jiska Soepenbergh

Handtekening student 2: