

Een onderzoeksrapportage met de
resultaten van een kwalitatief
onderzoek over de meningen van
verpleegkundigen van de afdeling
Interne Geneeskunde die gaan over
de kansen en barrières van
familievisite

Familievisite in het UMCG

Studenten:	Léonie Drent 367529 l.drent@st.hanze.nl Sanne Uil 369268 sa.uil@st.hanze.nl
Opdrachtgevers:	Prof. dr. R.O.B. Gans en mw. dr. M.L. Luttik
Docentbegeleider:	Mw. drs. G. Steggerda
Opleiding:	HBO-verpleegkunde
Onderwijsinstelling:	Hanzehogeschool Groningen
Studieonderdeel:	Module analyseren en verbeteren van zorg
Osiriscode:	HVVB18MAVZ
Studiejaar:	2019-2020, semester 1
Datum:	23-02-2020



umcg



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences

Samenvatting

Aanleiding

De afdeling Interne Geneeskunde in het UMCG wil met behulp van de uitkomsten van dit onderzoek achterhalen of de familievisite een effectieve samenwerkingsmethode is. Het doel is om de zorg voor de patiënt te verbeteren. Opdrachtgever prof. dr. Gans van het UMCG heeft benoemt dat de samenwerking in de zorgtriade moeizaam verloopt. Met zorgtriade wordt bedoelt: de patiënt, de zorgverleners en de familie (Van Montfort & Van Oorschot, 2016). Ook is duidelijk geworden dat familie zich meer bemoeit met de zorg. Tot slot heeft de opdrachtgever aangegeven dat het doel van het familiegesprek door emoties af en toe gemist wordt. De opdrachtgevers willen de kansen en barrières onderzoeken voor het realiseren van een nieuw samenwerkingsmodel. Dit samenwerkingsmodel wordt 'de familievisite' genoemd. Bij de familievisite zijn de artsen, verpleegkundigen, patiënt en familie betrokken.

Over familievisite in het ziekenhuis is in het afgelopen jaar een literatuurstudie uitgevoerd. Deze literatuurstudie heeft als onderwerp 'familievisite in de ziekenhuissetting'. Verder is nog niks bekend over de percepties van de zorgverleners over de familievisite. Daarom richt dit onderzoek zich op de mogelijke voor- en nadelen van familievisite. Hierin staan de meningen van de verpleegkundigen centraal. Dit praktijkgericht onderzoek is uitgevoerd op de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het UMCG.

Vraagstelling

"Welke kansen en barrières zien de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het Universitair Medisch Centrum Groningen over de samenwerking met de familie tijdens de artsensite, genaamd familievisite?"

Doelstelling

Het doel is om erachter te komen welke kansen en barrières de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde in het UMCG zien, als het gaat om samenwerken in de zorgtriade tijdens de artsensite.

Onderzoeksmethode

Er is kwalitatief onderzoek in de praktijk uitgevoerd. De onderzoekspopulatie bestond uit ongeveer 30 verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde. Daaruit is een steekproef genomen van elf verpleegkundigen. Deze respondenten zijn geïnterviewd door middel van semigestructureerde interviews. Met behulp van een topic- en vragenlijst zijn deze interviews afgenomen. Van de interviews zijn audio-opnames gemaakt en deze zijn vervolgens getranscribeerd. Deze gegevens zijn aansluitend gecodeerd met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti.

Resultaten

De resultaten zijn beschreven aan de hand van zeven thema's: 'persoonlijke gegevens', 'familiebetrokkenheid', 'communicatie met familie', 'familiegesprekken', 'familievisite', 'verpleegkundige rol' en 'taakverdeling en samenwerking'. Uit het onderwerp 'familiebetrokkenheid' geven de verpleegkundigen aan dat de familie in de afgelopen jaren een steeds grotere rol in het zorgtraject van de patiënt is gaan spelen. Ook is er gezegd dat het wisselend is hoe de familie zich over het algemeen profileert. Verscheidene verpleegkundigen geven bij het thema 'communicatie' aan dat de familie veel vragen stelt wanneer ze op bezoek zijn. Volgens de verpleegkundigen kan de familie het moment van de familievisite als kans gebruiken om dan haar vragen te stellen. Als barrières van de familievisite wordt het tekort aan tijd en de uitwerking in de praktijk genoemd. Bij het onderwerp 'de verpleegkundige rol' wordt duidelijk dat het merendeel van de verpleegkundigen hun rol meer familiegericht vind worden. Ook blijkt uit het thema 'taakverdeling en samenwerking' dat negen van de elf verpleegkundigen de taakverdeling op de afdeling duidelijk vindt, als het gaat om het betrekken van de familie. Daarnaast komt naar voren dat familiegesprekken waardevol geacht worden. Op de vraag of familievisite een goed idee is wordt vaak "ja, maar" geantwoord. Dus over het algemeen vinden de verpleegkundigen de familievisite een goed idee, maar zien wel barrières.

Conclusie

Kansen die de respondenten het vaakst benoemen zijn: familie kan tijdens de familievisite haar vragen kwijt, de zorgtriade is op de hoogte van de situatie van de patiënt en de familievisite maakt het toegankelijker om aanvullende informatie over de patiënt via de familie te winnen.

De barrières van de familievisite zijn: de familievisite is lastig haalbaar voor de familie, organisatorisch zal de familievisite moeizaam in de praktijk te implementeren zijn en de respondenten geven aan dat de familievisite meer tijd zal gaan kosten.

Aanbeveling

Een aanbeveling voor de organisatie is het maken van een concreet plan met betrekking tot familievisite. Verder zijn meerdere aanbevelingen opgesteld voor het uitvoeren van vervolgonderzoek. Als eerst wordt er als advies gegeven om de percepties van de familie en patiënt over familievisite te achterhalen door middel van kwalitatief onderzoek. Om een concreet plan te maken, is het belangrijk om de voorwaarden van familievisite te ontdekken. Deze voorwaarden kunnen achterhaald worden door een kwalitatief onderzoek. Tot slot wordt geadviseerd om kwalitatief onderzoek uit te voeren over overbelasting van families.

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven door de onderzoekers Léonie Drent en Sanne Uil van de opleiding hbo-verpleegkunde en onder begeleiding van drs. Steggerda. Het onderzoek richt zich op de meningen van verpleegkundigen over het onderwerp familievisite. Deze scriptie is geschreven in opdracht van het UMCG onder leiding van prof. dr. Gans (Internist) en het Lectoraat Verpleegkundig Diagnostiek onder leiding van dr. Luttik. De aanleiding voor dit onderzoek zijn enkele obstakels waar prof. dr. Gans tegen aanloopt met betrekken van de familie bij de zorg.

In deze onderzoeksperiode zijn wij als verpleegkundigen in opleiding erg gegroeid. In een half jaar tijd hebben wij onder andere geleerd om professionele e-mails te versturen, een professionele houding aan te nemen, literatuur te analyseren, interview- en onderzoekvaardigheden te ontwikkelen en tot slot hebben wij geleerd om samen te werken. Deze kennis en vaardigheden zullen wij gebruiken om ons te ontwikkelen tot een bachelor verpleegkundige.

Hierbij bedanken wij een aantal mensen die het schrijven van deze scriptie mogelijk hebben gemaakt. Allereerst bedanken wij drs. Steggerda en drs. Sprenger, zij waren onze docentbegeleiders en hebben ons voorzien van begeleiding en feedback. Daarnaast willen wij graag onze opdrachtgevers: prof. dr. Gans en dr. Luttik bedanken voor het aanbieden van deze opdracht en de begeleiding tijdens dit onderzoeksproces. Ten slotte bedanken wij de respondenten. Zonder hen was het niet mogelijk om dit onderzoek uit te voeren.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Léonie Drent en Sanne Uil

Groningen, 28 december 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	3
Inleiding	5
1. Probleemdefiniëring	7
1.1 Probleemstelling.....	7
1.2 Doelstelling.....	7
1.3 Vraagstelling	7
1.4 Definiëring van begrippen	7
2. Onderzoeksmethodologie	8
2.1 Onderzoeksdesign	8
2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	8
2.3 Dataverzamelmethode	8
2.4 Data-analyse	9
3. Onderzoeksresultaten	12
3.1 Respondenten.....	12
3.2 Thema: Familiebetrokkenheid.....	12
3.3 Thema: Communicatie met familie	13
3.4 Thema: Familievisite	14
3.5 Thema: Verpleegkundige rol	15
3.6 Thema: Taakverdeling en samenwerking	16
3.7 Thema: Familiegesprekken.....	17
3.8 Thema: Uitspraak familievisite	18
3.9 Overige informatie uit de interviews	18
4. Discussie	21
4.1 Inhoudelijke discussie	21
4.2 Methodologische discussie	23
4.3 Klinische relevantie	24
5. Conclusie	25
6. Aanbeveling	26
6.1 Aanbeveling voor de organisatie.....	26
6.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek.....	26
Literatuurlijst.....	27
Bijlage A: Topic- en vragenlijst.....	30
Bijlage B: Informed consent en toestemmingsformulier	32
Bijlage C: Flyer	33
Bijlage D: Informatiebrief.....	34
Bijlage E: Antiplagiatverklaring	35

Inleiding

In Nederland is de samenleving langzaam veranderd van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving (Tweede kamer der staten-generaal, 2014). Een participatiesamenleving houdt in dat de overheid zich richt op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in relatie tot ziekte en gezondheid. De overheid verwacht nu meer van de sociale omgeving van de patiënt. Er wordt geanticipeerd op de hulp van de familie om voor de patiënt te zorgen (Luttik, Zuidersma, Schoemaker & Paans, 2016).

Een ander actuele ontwikkeling in Nederland is dat de bevolking aan het vergrijzen is. Dit betekent dat het aantal 65-plussers onder de totale bevolking aan het toenemen is (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Daarenboven is in Nederland sprake van een dubbele vergrijzing: het aantal 80-plussers neemt toe (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Nog een andere verandering in de bevolkingssamenstelling is het toenemend aantal mensen met dementie. De prevalentie van mensen met dementie was in 2016 ongeveer 260.000 personen. Deze hoeveelheid zal door de vergrijzing tussen 2015 en 2040 verdubbelen (NIVEL, 2018). Zorgen voor mensen met dementie is een zware taak dat kan leiden tot psychische en lichamelijke problematiek (Van Mierlo, Meiland, Van der Roest & Dröes, 2011). Deze doelgroepen zijn de verwachte patiënten op de afdeling Interne Geneeskunde (E3).

Naarmate men ouder wordt, neemt de comorbiditeit toe. Comorbiditeit houdt in dat er meerdere aandoeningen gerelateerd zijn aan een (chronische) ziekte. Dit leidt vaak tot kwetsbaarheid (Pel-Littel, z.d.). De opkomst van de participatiesamenleving, de toenemende vergrijzing, toenemende aantal mensen met dementie en de stijgende comorbiditeit zorgen ervoor dat er meer van de mantelzorgers verwacht wordt en zij hierdoor sneller overbelast raken (Mezzo, z.d.). Een mantelzorger is iemand die voor een onbetaalde en vaak langdurige tijd voor een familielid of vriend zorgt (Rijksoverheid, z.d.). Door de familie goed te begeleiden en te ondersteunen kan overbelasting in het familiesysteem worden voorkomen. Familiegerichte zorg wordt een belangrijk onderdeel in de zorgverlening (Luttik, et al., 2016). Familiegerichte zorg wil zeggen dat de familie actief wordt betrokken in de behandeling van de patiënt (Radboudumc, z.d.). Het zelfmanagement van de patiënt kan op verschillende gebieden door de familie gestimuleerd worden (Simmes, Gielen, Manders & Verharen, 2015).

Door de opkomst van familiegerichte zorg kan de rol van de verpleegkundige veranderen. De verpleegkundige richt zich niet alleen meer op de patiënt, maar ook op de familie. Er wordt uitleg, verduidelijking en antwoorden op de vragen van de familie gegeven (Radboudumc, z.d.). De artsensite wordt vaak als een belangrijk moment van de dag gezien, omdat de patiënt, verpleegkundige en de arts hun wederzijdse verwachtingen kunnen bespreken (Weber, Stöckli, Nübling & Langewitz, 2007). De verpleegkundige als communicator en samenwerkingspartner is tijdens de artsensite van belang (V&V, 2012). De verpleegkundige speelt dagelijks een grote rol tijdens de artsensite. De verpleegkundige beschikt over veel informatie betreft de patiënt en zijn naasten/familie, omdat de verpleegkundige hen het meeste zien. Deze informatie is van belang tijdens de artsensite.

De familie krijgt tegenwoordig de mogelijkheid om een actieve bijdrage te leveren aan de zorg om meer bij de patiënt te raken (ETZ, 2019). Het zorgen voor een familielid die ernstig of langdurig ziek is, wordt ook wel familiezorg genoemd (Expertisecentrum familiezorg, z.d.). Vaak wordt de zorg na een tijd voor de naasten te zwaar en komen de professionele zorgverleners in beeld. Er is dan sprake van een zorgtriade met de patiënt, familie en de zorgverleners (Van Montfort & Van Oorschot, 2016). Alle partijen zoeken samen naar de beste zorg met de patiënt. Dit doen ze door middel van shared decision making (gezamenlijke besluitvorming). Echter wordt volgens Broersen (2011) de familie hier niet altijd actief bij betrokken. De betrokkenheid van de familie bij besluitvorming en de zorg voor de patiënt wordt ook wel 'family centered care' genoemd (Maaskant, de Neef & Wielenga, 2012).

Om een holistisch beeld van de patiënt te kunnen schetsen is de familie van groot belang. Relaties zijn voor de patiënt belangrijk om tot een goed herstel te komen (Raphael-Grimm & Zuccarini, 2015). Familie wordt tegenwoordig mondiger en kritischer naar de zorgverleners toe (Prof. dr. Gans, persoonlijke communicatie, 18 september 2019). De verpleegkundigen proberen de familie om deze redenen vaker bij de zorg voor de patiënt te betrekken (Vos, 2011). Op deze manier kunnen ze de familie steunen in de nieuwe zorgsituatie (Luttik, z.d.). Een mogelijke optie om de familie meer bij het zorgproces te betrekken, is volgens prof. dr. Gans (persoonlijke communicatie, 18 september 2019) het toepassen van familievisites in het ziekenhuis. Dit is de artsensite aan het bed van de patiënt waarbij

de familie van de patiënt ook aanwezig is (Boers, Klok, Frenkel & Pols, 2017). Familievizite is op interne afdelingen nog pril. De opdrachtgever wil de familievizite graag daarom op zijn afdeling onderzoeken.

1. Probleemdefiniëring

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling beschreven. In paragraaf 1.1 staat de aanleiding van het onderzoek beschreven. Verder worden de doel- en vraagstelling van dit onderzoek geformuleerd. Als laatste worden enkele begrippen uit de doel- en vraagstelling gedefinieerd.

1.1 Probleemstelling

Volgens de opdrachtgever zijn er een aantal situaties op de afdeling waar aandacht aan geschonken kan worden (persoonlijke communicatie, 18 september). Eén van die punten is de huidige samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen, patiënten en de familie. De samenwerking loopt volgens de opdrachtgever niet altijd even soepel, dit zorgt voor onduidelijkheid bij alle partijen (persoonlijke communicatie, 18 september). Verder wordt de familie tegenwoordig steeds mondiger en kritischer naar de zorgprofessionals toe. Daarnaast beschikt de familie over veel vragen die ze willen stellen tijdens het familiegesprek. Ook spelen emoties bij dit gesprek een grote rol. Hierdoor wordt de kern van het gesprek gemist. Dit resulteert in vragen bij de familie en niet afgesloten zorg (Prof. dr. Gans, persoonlijke communicatie, 18 september 2019).

Het UMCG wil daarom in samenwerking met het Lectoraat Verpleegkundig Diagnostiek van de Hanzehogeschool Groningen, de meningen van de verpleegkundigen over de familievisite op de afdeling Interne Geneeskunde onderzoeken.

1.2 Doelstelling

Het doel is om door middel van kwalitatief onderzoek in 20 weken erachter te komen welke kansen en barrières de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het UMCG zien, als het gaat om samenwerken in de zorgtriade tijdens de artsenvisite. Deze kansen en barrières worden inzichtelijk gemaakt om op langere termijn eventueel een nieuw samenwerkingsmodel te realiseren.

1.3 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

“Welke kansen en barrières zien de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het Universitair Medisch Centrum Groningen over de samenwerking met de familie tijdens de artsenvisite, genaamd familievisite?”

1.4 Definiëring van begrippen

Artsenvisite = Dit is een dagelijkse gelegenheid waarbij de arts en verpleegkundige bij de patiënt langs gaan. Hier wordt de situatie van de patiënt en de verdere behandeling besproken. De behandeling stemt de arts met name medisch maar ook verpleegkundig af (Levi, 2014).

Familie = In dit onderzoek wordt familie als volgt gedefinieerd: ‘diegenen die de patiënt beschouwt als familie’ (Kaakinen, Padgett Coehlo, Steele, Tabacco & Harmon Hanson, 2010).

Familievisite = De artsenvisite aan het bed van de patiënt waarbij de familie van de patiënt ook aanwezig is (Boers, Klok, Frenkel & Pols, 2017).

Dit hoofdstuk heeft de aanleiding en de doel- en vraagstelling van dit onderzoek weergegeven. Tot slot zijn relevante begrippen geformuleerd. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethodologie beschreven die aan de hand van de onderzoeksvraag is gekozen.

2. Onderzoeksmethodologie

In dit hoofdstuk wordt als eerste het onderzoeksdesign van dit onderzoek toegelicht. In de tweede paragraaf worden de onderzoekspopulatie en de steekproef beschreven. Vervolgens wordt de dataverzamelmethode behandeld. Tot slot wordt uitgelegd op welke manier de data van dit onderzoek geanalyseerd is.

2.1 Onderzoeksdesign

Als onderzoeksdesign is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek richt zich op de meningen en ervaringen van de onderzochte doelgroep. De onderzoekers zijn betrokken bij de geïnterviewden, doordat zij hen ontmoeten en met hen converseren.

De keuze voor een kwalitatief onderzoek heeft een aantal redenen. De eerste reden is het type onderzoek. Het onderzoek is namelijk beschrijvend van aard. Dit houdt in dat het in woorden uitgedrukt wordt en niet in cijfers. In dit onderzoek zijn woorden relevant, omdat er meningen en ervaringen worden uitgevraagd (Baarda, Bakker, Boullart, Fischer, Julsing, Peters, & Van der Velden, 2013). De tweede reden is dat het onderzoek in de praktijk wordt uitgevoerd. De onderzoekers zijn geïnteresseerd in de meningen en ervaringen van de onderzochte personen. Als laatste is de verzamelde data subjectief en dat maakt het onderzoek kwalitatief van aard (Verhoeven, 2018).

2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De populatie van dit onderzoek bestaat uit de verpleegkundigen die op dit moment werkzaam zijn op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde (E3) in het UMCG. Het gaat hierbij om ongeveer 30 verpleegkundigen van de afdeling. De inclusiecriteria zijn de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde. Prof. dr. Gans (persoonlijke communicatie, 18 september 2019) heeft aangegeven dat verder geen inclusie- en exclusiecriteria noodzakelijk bij dit onderzoek zijn.

Er is een aselechte steekproef getrokken. De steekproef is aselekt, omdat de verpleegkundigen op een willekeurige manier uitgekozen zijn voor het onderzoek. Om respondenten te benaderen, is een e-mail gestuurd en een presentatie gegeven. Dertien verpleegkundigen hebben hun enthousiasme geuit om deel te nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk zijn hiervan elf verpleegkundigen geïnterviewd. Dit komt doordat de planning van de twee verpleegkundigen niet overeen zijn gekomen met die van de onderzoekers. De verpleegkundigen hebben nachtdiensten in de onderzoeksperiode gedraaid, hierdoor is het niet mogelijk geweest om interviews met hen te plannen.

Het steekproefkader bestaat uit elf verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde. Na negen interviews was er sprake van datasaturatie. Dit wil zeggen dat er geen nieuwe informatie meer binnenkomt na het houden van nieuwe interviews (Baarda, et al., 2013).

2.3 Dataverzamelmethode

De methode om data te verzamelen is het afnemen van interviews geweest. Bij de interviews staat de beleving van de verpleegkundige voorop. De interviews zijn semigestructureerd. Dit type interview bestaat zowel uit gesloten als open vragen (Verhoeven, 2018). De keuze voor de semigestructureerde interviews is op verschillende manieren onderbouwd, namelijk: met behulp van gestructureerde vragen wordt vorm aan de interviews gegeven. De topic- en vragenlijst hebben deze structuur aan de interviews gegeven (bijlage A). Hierdoor is de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek verhoogd (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016). Alle onderwerpen zijn aan bod gekomen om de validiteit te verhogen. Verder is door middel van de open vragen diepgang in het gesprek gebracht. Deze diepgang is nodig geweest om de ervaringen en meningen van de geïnterviewde goed in kaart te kunnen brengen (Verhoeven, 2018).

Interviews in de praktijk

De opdrachtgever heeft halverwege september voorgesteld om met de hoofdverpleegkundige van de afdeling te spreken over de benaderingswijze van de verpleegkundigen. Eerst is een e-mail naar de hoofdverpleegkundige gestuurd met informatie over het onderzoek en hierbij is een flyer meegestuurd (bijlage C). Deze e-mail heeft de hoofdverpleegkundige doorgestuurd naar de verpleegkundigen op de afdeling. Verder is de flyer met informatie en contactgegevens van de onderzoekers op de afdeling gehangen. Met behulp van de flyer hebben de onderzoekers geprobeerd de verpleegkundigen te enthousiasmeren om deel te nemen aan het onderzoek. Om de respons voor de deelname aan de interviews zo hoog mogelijk te krijgen, zijn de verpleegkundigen ook mondeling benaderd. Dit is gedaan tijdens een werkbespreking op de afdeling. Directe benadering zorgt ervoor dat iemand eerder open staat voor deelname (Verhoeven, 2018).

De onderzoekers hebben aan het eind van de presentatie een formulier uitgedeeld. Op dit formulier hebben de verpleegkundigen zich kunnen aanmelden voor het onderzoek. Tot 25 oktober is gewacht op verdere respons van de verpleegkundigen. Tot die tijd hebben de verpleegkundigen de kans gehad om zich aan te melden via de mail. Daarna zijn de interviews gepland en in circa drie weken tijd afgenomen.

De interviews zijn afgenomen op de verpleegafdeling in het UMCG. Hierdoor is het voor de verpleegkundigen gemakkelijk gemaakt om deel te nemen aan het onderzoek (Verhoeven, 2018).

Vormgeving van de interviews

Om te zorgen voor consistente en kloppende informatie zijn de interviews afgenomen door de twee onderzoekers. Eén hiervan heeft de vragen gesteld en de andere heeft gezorgd dat de opname apparatuur goed werkte. Opnameapparatuur zorgt voor de volledige aandacht naar de respondent. Hierdoor is het terugluisteren en transcriberen van de interviews mogelijk gemaakt (Munten, et al., 2016). Verder noteerde de tweede onderzoeker bijzonderheden en heeft een vraag gesteld waar nodig. Deze rolverdeling is bij elk interview hetzelfde geweest om de betrouwbaarheid te verhogen. Tijdens de interviews heeft de geïnterviewde schuin tegenover de interviewer gezeten. Dit heeft het gesprek minder confronterend gemaakt (Verhoeven, 2018). Een aantal gesprekstechnieken, die vaak zorgen voor een goed lopend gesprek zijn: luisteren, doorvragen en samenvatten (LSD), oogcontact, knikken, goede toon en volume aanhouden, hummen en parafraseren (Verhoeven, 2018). Deze technieken zijn toegepast wanneer het interview hierom heeft gevraagd.

Om de meest betrouwbare informatie van de respondent te verkrijgen, is het belangrijk om het vertrouwen van de geïnterviewde te winnen. Dit werd gedaan door in het begin van het interview over 'koetjes en kalfjes' te praten (Verhoeven, 2018).

Voorafgaand aan elk interview is een informed consent (bijlage B) doorgenomen. Hierbij zijn de belangrijkste punten toegelicht door de interviewer. De respondent heeft de tijd gekregen om het informed consent door te lezen en toestemming te geven. Het interview is begonnen met enkele gestructureerde vragen over persoonlijke gegevens om een beeld te schetsen van de respondent. Daarna zijn de resterende topics uitgevraagd. Gemiddeld hebben de interviews 20 minuten geduurd.

2.4 Data-analyse

Transcriberen van interviews

Voorafgaand aan de daadwerkelijke data-analyse zijn alle audio-opnames van de interviews getranscribeerd. Het transcriberen is binnen twaalf uren na het interview gedaan. Het transcriberen is binnen het UMCG gedaan, zodat de persoonlijke informatie op het audioapparaat het gebouw niet verlaten heeft. De interviews zijn op een woordelijke manier getranscribeerd (Swaen, 2018). Deze manier geeft een goede weergave van de relevante informatie uit het gesprek. Het eerste interview is door de twee onderzoekers samen getranscribeerd. Tijdens het uittypen is duidelijk geworden of beide onderzoekers de informatie op dezelfde manier interpreteren. Ook is het samen transcriberen belangrijk om te kijken of de interviews op dezelfde manier geschreven worden. Dit heeft de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verhoogd (Munten, Verhoef, Kuiper, 2016).

Thematische analyse

Om de verkregen data in dit onderzoek te analyseren, is gebruik gemaakt van de thematische analysemethode. Er is gekozen om gebruik te maken van deze analyse, omdat de standaardisatie de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd (Verhoeven, 2018).

Stap 1. Verkennen

De eerste stap van de thematische analyse bestaat uit het verkennen van de gegevens. Er worden teksten doorgelezen en de relevante tekstfragmenten worden uitgekozen om te coderen (Verhoeven, 2018).

Stap 2. Coderen

De volgende fase van de data-analyse is het coderen. Dit houdt in dat per tekstdeel een kernwoord omschreven wordt. Dit woord is een samenvatting van dit tekstdeel. Het gekozen woord wordt ook wel een code genoemd (Verhoeven, 2018).

Stap 3. Thematiseren

Om de codes structuur te geven, worden deze gegroepeerd. De groepen worden samengevat tot thema's waar deze groepen het beste omschreven worden (Verhoeven, 2018).

Stap 4. Reviseren en verfijnen

Bij stap vier van de analyse wordt nog eens kritisch gekeken naar de gekozen thema's. Daarna wordt een ordening aangebracht. Op het laatst wordt gekeken welke code het belangrijkste is binnen het thema (Verhoeven, 2018).

Stap 5. Vaststellen en structuren

Deze fase zal bestaan uit het zoeken naar verbanden tussen de thema's. Dit wordt gedaan door hoofd- en subgroepen te creëren (Verhoeven, 2018).

Stap 6. Presenteren

Tot slot wordt de gevonden structuur in de gegevens beschreven. De onderlinge relaties tussen de begrippen worden duidelijk gemaakt. Er wordt beschreven waarom voor de bepaalde volgorde in begrippen is gekozen (Verhoeven, 2018).

ATLAS.ti

Gedurende de stappen 2 t/m 6 van de thematische analyse is gebruik gemaakt van het softwareprogramma ATLAS-ti. ATLAS-ti helpt bij het ordenen van gegevens. De uitgewerkte transcripten zijn met behulp van de thematische analyse in het programma verwerkt. Door middel van ATLAS-ti zijn de resultaten inzichtelijk gemaakt.

Validiteit

Validiteit geeft aan in hoeverre het meetinstrument meet wat het moet meten (Van der Zee, 2017). Om de validiteit in dit onderzoek zo hoog mogelijk te houden zijn er een aantal maatregelen genomen:

Ten eerste is het juiste onderzoeksdesign gekozen. Namelijk een kwalitatief onderzoek. Met kwalitatief onderzoek worden de meningen en ervaringen van de verpleegkundigen uitgevraagd. De validiteit wordt verhoogd (Verhoeven, 2018);

De tweede maatregel is het voorleggen van de vragenlijst aan een professional (Van der Zee, 2017). De vragenlijst is voorgelegd aan zorgprofessionals. Zij hebben beoordeeld of de vragenlijst meet wat er gemeten moet worden;

De derde maatregel is dat alle ondervraagden in het onderzoek anoniem blijven. Op deze manier wordt de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind. Ook wordt de privacy door anonimiteit gewaarborgd (Verhoeven, 2018);

Een andere maatregel is het afnemen van een proefinterview bij een verpleegkundige. Door het uitvoeren van een pilot wordt gekeken of de vraagstellingen correct zijn om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag (Verhoeven, 2018);

Het opnemen van de interviews verhoogt de validiteit doordat het terug te luisteren is. Dit maakt de kans groter dat op een juiste manier getranscribeerd wordt (Verhoeven, 2018);

Daarnaast wordt een vaste taakverdeling tijdens de interviews gehanteerd. Eén onderzoeker stelde de vragen en de andere onderzoeker noteerde aantekeningen en regelde de voicerecorder;

Tot slot is het analyseren van data met twee personen gedaan. De validiteit wordt verhoogd omdat de data via meerdere invalshoeken beoordeeld wordt (Verhoeven, 2018).

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid is de mate waarin er geen toevallige fouten in het onderzoek aanwezig zijn (Jansen & Jansen, 2016). Dit houdt in dat als iemand anders het onderzoek zal gaan uitvoeren, hij/zij op hetzelfde resultaat uitkomt (Verhoeven, 2018).

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen zijn er verschillende maatregelen getroffen:

Ten eerste wordt gebruikt gemaakt van een semi-gestructureerde interview. De interviews bestaan uit een topic- en vragenlijst. Met behulp van deze lijst krijgt het interview een vaste vorm en zal de mate waarin toevallige fouten ontstaan verkleind worden (Verhoeven, 2018);

Verder wordt een rustige ruimte gecreëerd, zodat de geïnterviewde de vragen goed kan horen en zich kan concentreren. Dit verhoogt de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2018);

Ook wordt gebruikt gemaakt van peer feedback. Dit houdt in dat een collega-onderzoeker meekijkt met het onderzoek en de verslaglegging hiervan. Dit verkleint de mogelijkheid op het ontwikkelen van toeval (Jansen & Jansen, 2016);

De vierde maatregel om de betrouwbaarheid te verhogen, is het opnemen van het gesprek. De interviews kan dan teruggeluisterd worden. Zo wordt de kans verkleint dat er fouten in de transcriptie worden gemaakt (Verhoeven, 2018);

Om de betrouwbaarheid verder te vergroten wordt gebruik gemaakt van member checking. De organisatie en opdrachtgever mogen meekijken bij het onderzoek. Er wordt tussentijds een mail gestuurd met het onderzoeksvoorstel naar de docent en opdrachtgever. Zij kunnen hier feedback op geven, wat vervolgens weer verwerkt wordt in het onderzoeksvoorstel (Verhoeven, 2018);

Daarnaast wordt het interview gehouden door twee onderzoekers. Bij elk interview is de taakverdeling hetzelfde zodat dezelfde vraagstellingen worden gehanteerd. Dit verhoogt de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2018).

De laatste maatregel is het toepassen van de thematische analyse. Deze methode wordt gebruikt om de betrouwbaarheid van de resultaten te achterhalen. Door dit stappenplan te volgen wordt de betrouwbaarheid verhoogd (Verhoeven, 2018).

Generaliseerbaarheid

In dit onderzoek is één afdeling (Interne Geneeskunde) van het UMCG geanalyseerd. De meningen en ervaringen van de verpleegkundigen kunnen verschillen met andere afdelingen in het UMCG. De gegevens zijn hierdoor niet te generaliseren naar een andere afdeling.

Representativiteit

Representativiteit betekent dat de steekproef die je trekt de populatie moet vertegenwoordigen (Van der Zee, 2016). Er werken zo'n 30 verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde in het UMCG. Deze verpleegkundigen zijn aselekt gekozen. Er zijn verpleegkundigen geïnterviewd totdat de informatie verzadigd is. Op deze manier is aannemelijk dat de groep verpleegkundigen die ondervraagd zijn, een goed beeld schetsen van alle verpleegkundigen op deze afdeling. Er komt namelijk geen nieuwe informatie meer bij (Van der Zee, 2016).

Hoofdstuk 2 is begonnen met een beschrijving van het onderzoeksdesign. Vervolgens zijn de onderzoekspopulatie en steekproef omschreven. In paragraaf 2.3 is beschreven hoe de data verzameld is. Als laatste is aangeduid hoe de data van dit onderzoek geanalyseerd is. In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven.

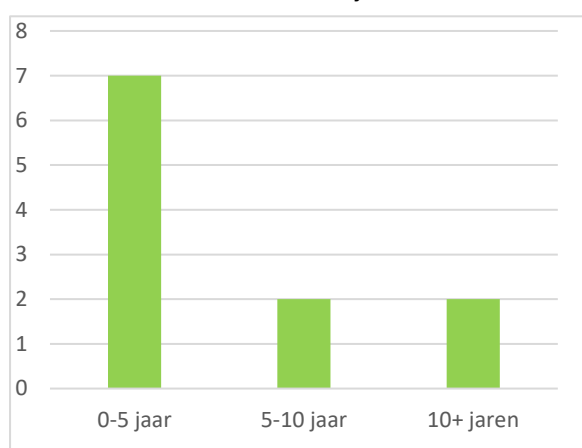
3. Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk zijn de onderzoekresultaten beschreven. Paragraaf 3.1 geeft een weergave van de respondenten. Vanaf paragraaf 3.2 zijn de volgende zeven thema's uitgewerkt: familiebetrokkenheid, communicatie met familie, familievisite, verpleegkundige rol, taakverdeling en samenwerking, familiegesprekken en uitspraak familievisite. Tot slot bestaat de laatste paragraaf uit overige informatie die de verpleegkundigen gegeven hebben over familievisite die relevant zijn voor het onderzoek.

3.1 Respondenten

Er zijn ongeveer 30 verpleegkundigen benaderd met een respons van elf verpleegkundigen. Het opleidingsniveau van de respondenten varieert. De opleidingen die de verpleegkundigen hebben gevolgd zijn: hbo-v (4), mbo-v (5) en inservice opleiding (2).

Figuur 1 geeft het aantal jaren werkervaring van de geïnterviewde verpleegkundigen in het UMCG weer. Zeven respondenten werken er korter dan 5 jaren, twee van hen werken er 5-10 jaren en de andere twee werken er meer dan 10 jaren.



Figuur 1: Aantal jaren werkervaring van de geïnterviewde verpleegkundigen in het UMCG

3.2 Thema: Familiebetrokkenheid

Tabel 1 bestaat uit een thema en uitspraken van respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview

Thema	Uitspraken van respondenten
Familiebetrokkenheid	➤ Aanvullende informatie verkrijgen via familie (n=2); ➤ Drukker met de familie dan met de patiënt; ➤ Familie kent de patiënt het beste; ➤ Familie komt met meer vragen (n=3); ➤ Familie wordt mondiger (n=3); ➤ Patiënt soms afhankelijk van familie; ➤ Veel communicatie met familie; ➤ Familie vindt dat andere problematiek ook behandeld moet worden; ➤ Familie wil meer betrokken worden; ➤ Nuttig om de familie bij besluitvorming te betrekken; ➤ Verbetering mogelijk met het betrekken van de familie;

- Fijn dat familie bijdrage in besluitvorming kan leveren.

Tabel 1: Familiebetrokkenheid

Het eerste thema gaat over familiebetrokkenheid. Bij dit thema wordt de rol van de familie tijdens het zorgtraject inzichtelijk gemaakt. Er is gevraagd of de verpleegkundigen ervaren dat de familie een grote rol gaat spelen bij het zorgtraject. Ook is aandacht besteed aan de attitude van de familie. Dit thema is afgesloten met de vraag hoe gedacht wordt over het actief betrekken van de familie tijdens het zorgtraject.

De verpleegkundigen hebben aangegeven dat zij over het algemeen merken dat de familie een grotere rol is gaan spelen. Eén respondent ervaart dit niet. Drie van de elf verpleegkundigen geeft aan dat de familie steeds meer vragen stelt. Verder ervaren drie verpleegkundigen dat de familie steeds mondiger wordt. Ook is er door twee verpleegkundigen als argument gegeven dat aanvullende informatie over de patiënt via de familie komt. Eén verpleegkundige sluit hierop aan door te zeggen dat de familie de patiënt immers het beste kent. Verder geeft één respondent aan dat hij/zij het soms drukker heeft met de familie dan met de patiënt. Ook wordt gezegd dat op de afdeling Interne Geneeskunde veel met de familie gecommuniceerd wordt. Tot slot benoemt een verpleegkundige doordat de familie een grote rol speelt, zij sneller overbelast raken. Dit wordt toegelicht met:

“Je ziet steeds meer mantelzorgers. Mensen die toch veel op de familie gericht zijn en die de patiënt toch wel door en door kennen. Ja eigenlijk 24-uurs zorg leveren. Maar je merkt ook steeds meer dat mensen daardoor meer overbelast raken. Je ziet gewoon aan de gezichten van de familie dat ze er eigenlijk wel klaar mee zijn. Dat ze niet meer weten wat ze zelf moeten doen. En dat ze dan ook wel aangeven aan ons dat de zorg eigenlijk te zwaar is. Wij kunnen zo niet verder.”

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de familie zich wisselend profileert bij het zorgtraject van de patiënt. Eén respondent geeft aan dat hij/zij ervaart dat de familie meer betrokken wil worden bij de zorg. Ook heeft een verpleegkundige als argument gegeven dat familie steeds nieuwsgieriger wordt. Tot slot verklaart één verpleegkundige dat familie over het algemeen beschikt over veel vragen.

Over het actief betrekken van de familie bij de zorg, denkt men over het algemeen positief. Vier verpleegkundigen zijn het met elkaar eens dat het goed is om de familie bij de zorg te betrekken. Twee respondenten hebben aangegeven dat het goed is om de familie erbij te betrekken, maar dan in de zin van een familiegesprek. Ook maakt één verpleegkundige duidelijk dat het goed is om de familie erbij te betrekken, omdat de familie de patiënt het beste kent. Daarbij is aangegeven dat het goed is om de familie erbij te betrekken, maar dat het organisatorisch lastig is. Ook vindt een andere verpleegkundige het een goed initiatief is om de familie bij de zorg te betrekken, maar heeft als tegenargument gegeven dat de familievisite misschien wel te uitgebreid kan worden. Als laatste is aangegeven dat het verlichtend voor de patiënt kan zijn als de familie aanwezig is bij de artsensite. Echter maken twee respondenten duidelijk dat wel verbetering mogelijk is met het betrekken van de familie.

3.3 Thema: Communicatie met familie

Tabel 2 bestaat uit een thema en uitspraken van de respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview.

Thema	Uitspraken van respondenten
Communicatie met familie	➤ Aanvullende informatie verkrijgen via familie; ➤ Dwingende familie; ➤ Familie komt met veel vragen (n=3); ➤ Klagen over artsen bij verpleegkundigen; ➤ Drukker met de familie dan met de patiënt;

	➤ Te veel familieleden tijdens bezoeken aanwezig.
--	---

Tabel 2: Communicatie met familie

In het tweede thema wordt de vraag: 'Wat is uw ervaring met de familie tijdens bezoeken?' beantwoord. De helft van de verpleegkundigen heeft duidelijk gemaakt dat de ervaring met familie tijdens bezoeken als wisselend ervaren wordt. Drie verpleegkundigen waren het met elkaar eens dat de familie veel vragen heeft. Eenmaal wordt aangegeven dat soms sprake is van een dwingende familie. Ook meldt een verpleegkundige dat soms door familie ook geklaagd wordt over artsen tegen de verpleegkundigen. Verder wordt door een verpleegkundige benoemd dat familieleden vaak met te veel aanwezig zijn tijdens een bezoek, of dat er niet aan bezoektijden wordt gehouden. Daarnaast geeft een respondent aan dat er soms meer werk is van de familie dan van de patiënt zelf. Ter afsluiting heeft een respondent aangegeven dat met behulp van de familie aanvullende informatie verkregen wordt. Een respondent licht dit antwoord toe:

"Ik vind het wel prettig dat familie er is. Heel vaak wat aanvullende informatie. Ik probeer ook wel contact met ze te maken. Je ziet ook wel heel veel verpleegkundigen die denken: oh nu is de familie er dan hoef ik er niet bij te zijn. Maar ik vind het juist wel even goed om contact te maken".

3.4 Thema: Familievisite

Tabel 3 bestaat uit een thema en uitspraken van de respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview.

Thema	Voordelen genoemd door respondenten	Nadelen genoemd door respondenten
Familievisite	➤ Aanvullende informatie verkrijgen via familie (n=2); ➤ Biedt duidelijkheid voor zorgtriade (n=3); ➤ Biedt rust in gedachtegang voor patiënt; ➤ Familie heeft direct contact met zorgverleners; ➤ Familie kan vragen kwijt (n=6); ➤ Familie kent de patiënt het beste (n=2); ➤ Familie tevredenstellen; ➤ Familiegesprek wordt overbodig; ➤ Patiënt en familie meer regie; ➤ Rustiger voor de arts; ➤ Scheelt uiteindelijk tijd (n=3); ➤ Steunend voor patiënt; ➤ Familie is op de hoogte (n=3) ➤ Wordt één lijn in behandeling getrokken.	➤ Het is een belasting voor de familie; ➤ Familie krijgt te veel informatie mee; ➤ Kost meer tijd; ➤ Meer bemoeienis vanuit familie; ➤ Niet haalbaar voor familie; ➤ Organisatorisch lastig haalbaar; ➤ Patiënt moet stabiel zijn; ➤ Er wordt te veel naar de familie geluisterd; ➤ Het wordt te druk.

Tabel 3: Familievisite

In het derde thema staat de kern van dit onderzoek centraal, namelijk de familievisite. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er aan de verpleegkundigen gevraagd welke voor- en nadelen zij zien aan de familievisite. De respondenten hebben meerdere voor- en nadelen benoemd. Acht van de elf verpleegkundigen vinden de familievisite een goed idee.

- Voordelen: Meer dan de helft van de verpleegkundigen geeft aan als voordeel te zien dat de familie zijn vragen kwijt kan. Een respondent zegt hierover het volgende:

“Dan denk ik zeker dat er minder vragen zullen zijn. Want dan weten ze wat er met de patiënt aan de hand is. Dat roept bij de familie minder vragen op denk ik. Dat zou zeker wel voordelen hebben. Want vanaf 3 uur komt er best wel veel bezoek. Ik merk dat we vaak nog gebeld worden met vragen dus dat zal ons zeker nog tijd besparen.”

Drie verpleegkundigen leggen uit dat de familievisite uiteindelijk tijd zal schelen. Zo geven ook drie respondenten aan dat de familie tijdens de visite gelijk op de hoogte is. Verder benoemen drie verpleegkundigen dat de familievisite duidelijkheid zal bieden voor de zorgtriade. Een kleine groep geeft aan dat aanvullende informatie over de patiënt makkelijk via de familie verkregen kan worden. Ook is een familiegesprek steunend voor de patiënt. Daarnaast wordt duidelijk dat de familie de patiënt goed kent en dat als voordeel kan werken tijdens de artsenvisite. Daarbij kwamen nog andere voordelen van de familievisite aan het licht: het biedt rust in de gedachtegang van de patiënt, de familie heeft direct contact met zorgverleners, familie wordt tevredengesteld, het familiegesprek wordt overbodig, het is fijn voor de patiënt, de patiënt en familie hebben meer regie, het is rustiger voor de arts omdat er minder familiegesprekken gehouden kunnen worden en er wordt één lijn in de behandeling getrokken.

- Nadelen: De meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan dat de familievisite te veel tijd gaat kosten. Hier wordt het volgende over gezegd:

“Hier liggen dan 25 patiënten op de afdeling. En als je dan een rondje moet lopen en er zit familie bij, dat worden het hele uitgebreide gesprekken. Dus ik denk wel dat je dat moet gaan kanaliseren tot iets. En misschien skip je dan andere dingen wel omdat je goed geïnformeerd bent. Maar niet bij elke patiënt is er elke dag zoveel nieuws te vertellen. Dus eigenlijk zou je het ook een beetje moeten clusteren. En je kan niet van 25 patiënten tegelijk zoals je nu visite loopt dat vervangen door familievisite. Dat lijkt mij ondoenlijk, voor iedereen”.

Vier verpleegkundigen leggen uit dat het organisatorisch lastig haalbaar gaat worden. Twee respondenten maken duidelijk dat het niet haalbaar is voor de familie. Verder benoemt een enkeling dat het te druk wordt. Ook wordt de belasting voor de familie als nadeel benoemt. Eén verpleegkundige denkt dat de familie te veel informatie mee krijgt. Daarnaast wordt aangegeven dat er meer bemoeienis vanuit de familie zal gaan plaatsvinden. Eén respondent geeft aan dat er dan te veel naar familie geluisterd wordt. Tot slot wordt als nadeel benoemt dat het belangrijk is dat de patiënt stabiel moet zijn.

3.5 Thema: Verpleegkundige rol

Tabel 4 bestaat uit een thema en uitspraken van respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview.

Thema	Uitspraken van respondenten
Verpleegkundige rol	➤ Duidelijker grenzen aangegeven (n=5); ➤ Meer bemoeienis vanuit familie; ➤ Meer coachende rol; ➤ Meer coördinerende rol; ➤ Meer voorlichtende rol (n=3); ➤ Meer familiegericht (n=4); ➤ Toegenomen assertieve houding (n=2); ➤ Afhankelijk van de familie; ➤ Familie eist meer; ➤ Familie is emotioneel betrokken; ➤ Familie heeft andere opvattingen (n=2); ➤ Familie heeft weinig vertrouwen; ➤ Geen moeilijkheden; ➤ Meer dilemma's;

	➤ Moeizame familiebanden (n=2); ➤ Niet alle informatie kunnen geven; ➤ Vastzittende thuissituatie.
--	--

Tabel 4: Verpleegkundige rol

In het vierde thema wordt iets geschreven over de verpleegkundige rol. Tijdens dit onderwerp is er gevraagd of de verpleegkundigen op de afdeling ervaren of hun rol door de familieparticipatie is veranderd. Ook is er gevraagd of zij ook moeilijkheden ondervinden tijdens het actief betrekken van de familie bij de zorg.

Negen van de elf respondenten ervaren dat hun rol als verpleegkundige is veranderd doordat de familie een grotere rol is gaan spelen. Een merendeel van deze verpleegkundigen geeft aan dat hun rol meer familiegericht is geworden. Verder geeft ongeveer de helft aan een meer voorlichtende rol aan te nemen. Ook wordt door een aantal verpleegkundigen benoemd dat hun houding assertiever is geworden. Vijf verpleegkundigen ervaren dat de familie mondiger wordt en hierdoor moeten ze steviger in hun schoenen staan. Een verpleegkundige zegt hierover het volgende:

“Ik denk dat je als verpleegkundige meer assertief moet zijn, dat je niet over je heen laat lopen. En duidelijk je grenzen aangeven, wat je wel en niet kunt.”

Tot slot heeft een verpleegkundige aangegeven dat hij/zij een meer coachende- en coördinerende rol toepast.

Op de vraag of de verpleegkundigen moeilijkheden ervaren bij het betrekken van de familie tijdens het zorgtraject is divers geantwoord. Twee respondenten lopen er tegenaan dat de familie andere opvattingen heeft dan de zorgverleners. Denk hier bijvoorbeeld aan de behandeling, de familie ziet dit soms anders voor zich dan haalbaar is. Ook vindt een verpleegkundige het lastig dat hij/zij niet alle informatie direct kan geven aan familieleden, omdat dit een taak van de arts is. Eén respondent vindt het lastig wanneer voor de patiënt sprake is van een vastzittende thuissituatie. Hiernaast wordt er door twee verpleegkundigen benoemd dat zij het lastig vinden wanneer een patiënt een moeizame relatie heeft met zijn/haar eerste contactpersoon. Hierdoor wordt het lastiger te communiceren met de familie van de patiënt. Een andere respondent ervaart dat de familie soms weinig vertrouwen heeft in de zorgverleners. Verder is de familie emotioneel betrokken, dit vindt een verpleegkundige af en toe ook lastig om mee om te gaan. Als laatste geeft een verpleegkundige aan geen moeilijkheden te ondervinden met betrekking van de familie.

3.6 Thema: Taakverdeling en samenwerking

Tabel 5 bestaat uit een thema en uitspraken van respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview.

Thema	Uitspraken van respondenten
Taakverdeling en samenwerking	➤ Taakverdeling tussen zorgverleners is duidelijk (n=9); ➤ Taakverdeling kan beter; ➤ Er is soms sprake van miscommunicatie; ➤ Familie heeft een ander doel voor ogen; ➤ Familie voelt zich gehoord; ➤ Familievisite kan voor verbetering in samenwerking zorgen; ➤ Niveau van visite verbeterd; ➤ Wordt één lijn in behandeling getrokken; ➤ Zorgtriade is op de hoogte.

Tabel 5: Taakverdeling en samenwerking

In thema vijf wordt ingegaan op het onderwerp taakverdeling en samenwerking. Er is gevraagd of de respondenten de taakverdeling tussen de verpleegkundigen en de artsen op de afdeling duidelijk vinden, als het gaat om de betrekking van familie bij het zorgtraject. Hiernaast is er gevraagd hoe zij denken dat de familievisite deze samenwerking kan beïnvloeden.

Negen van de elf verpleegkundigen vinden de samenwerking tussen de zorgverleners duidelijk. Eén persoon vindt dat er hierin verbetering kan plaatsvinden. Een andere respondent geeft aan dat er wel eens sprake is van miscommunicatie tussen hen en de artsen.

De verpleegkundigen denken verschillend over de eventuele invloed van de familievisite op de samenwerking tussen de zorgverleners. Zeven respondenten denken dat de familievisite de samenwerking positief kan beïnvloeden. Hun argumenten hiervoor zijn: het biedt duidelijkheid, familie voelt zich gehoord, niveau van de visite verbeterd, er wordt één lijn in de behandeling getrokken en de gehele zorgtriade is gelijk op de hoogte van informatie. Eén verpleegkundige vindt goede- en minder goede punten aan de familievisite zitten en zegt hierover het volgende:

“Ik denk wel dat je meer duidelijkheid creëert van zo staan we ervoor en dit gaan we doen met z’n allen en we zijn het er ook allemaal mee eens. Dan dat je iets gaat doen en je de familie informeert en die moeten het er maar mee eens zijn. Maar aan de andere kant denk ik wel dat het juist heel veel tijd kost, ook omdat familie natuurlijk af en toe steeds meer wil en dan denk ik is dat haalbaar? Ja of nee.”

Twee respondenten zijn er minder over te spreken. Zij vinden dat het ‘ziekenhuiscultuur’ af en toe botst met de verwachtingen van de familie. Dit kan de samenwerking lastiger maken.

3.7 Thema: Familiegesprekken

Tabel 6 bestaat uit een thema en uitspraken van respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview.

Thema	Uitspraken van respondenten
Familiegesprekken	➤ Belangrijk; ➤ Waardevol; ➤ Nuttig; ➤ Duidelijk (n=3); ➤ Heeft een natuurlijk beloop; ➤ Meerdere mensen horen meer; ➤ Ophelderend gesprek; ➤ Prettig voor de familie (n=2); ➤ De verpleegkundige aanwezigheid is belangrijk; ➤ Vervelend dat het niet altijd doorgaat.

Tabel 6: Familiegesprekken

Thema zes gaat over familiegesprekken. Er is in het interview gevraagd wat de meningen van de verpleegkundigen hierover zijn.

Acht van de elf verpleegkundigen zijn erg positief over de familiegesprekken. Zij vinden het een belangrijk en nuttig gesprek. Zij geven ook aan dat het prettig is voor de familie, het geeft vaak een opheldering voor alle partijen van de zorgtriade, ook wordt aangegeven dat het fijn is dat er meerdere mensen aanwezig zijn. Echter zijn er ook drie verpleegkundigen die wisselend over de familiegesprekken denken. De argumenten die zij hierbij geven zijn: “het gaat niet altijd door omdat de arts niet kan, dat is vervelend”. Ook geven zij aan dat het belangrijk is dat een verpleegkundige aanwezig is, dit is nu niet altijd het geval. Een respondent vindt het volgende over de aanwezigheid van een verpleegkundige tijdens een familiegesprek:

“Soms kiezen we daar zelf ook bewust voor, omdat het tijd technisch gewoon niet uitkomt, omdat je zit met een overdracht of omdat je een zieke patiënt hebt. Of naja noem het maar op. Soms heeft het ook niet heel veel meerwaarde omdat er dan medische besluiten worden genomen waar ik als verpleegkundige, kan er wel bij gaan zitten maar ik heb geen invloed op het gesprek. En soms vind ik het ook heel vervelend als wij er niet bijzitten, omdat het juist om belangrijke beslissingen gaat waarbij ik graag wil weten hoe de patiënt en de patiënt en familie hierover denkt en wil ik graag weten wat daar uitkomt. En dan vraag ik zelf altijd wel aan de arts om dan een terugkoppeling te geven.”

3.8 Thema: Uitspraak familievisite

Tot slot bestaat tabel 7 uit een thema en uitspraken van respondenten. Het thema is gebaseerd op de topics van dit onderzoek. De uitspraken van de respondenten geven aan wat door de verpleegkundigen gezegd is tijdens het interview.

Thema	Uitspraken van respondenten
Uitspraak familievisite	➤ Goed idee, maar de uitvoering is lastig (n=3); ➤ Goed idee, maar intens; ➤ Goed idee, maar niet te vaak; ➤ Goed idee, uitwerking onzeker; ➤ Heel goed idee (n=3); ➤ Neutraal (n=5); ➤ Niet ter vervanging van de artsensite; ➤ Voor minder mondige patiënten goed.

Tabel 7: Uitspraak familievisite

In het laatste thema worden de verschillende meningen over de familievisite benoemd. In het interview is een afsluitende vraag gesteld over dit onderwerp. Deze vraag is: “Familievisite: een goed idee of niet?”. De meningen hierover zijn divers. Twee respondenten zijn overtuigd en vinden het een goed idee. Verder vinden twee personen het idee het proberen waard. Vier verpleegkundigen vinden het een goed idee, maar zien de uitvoering van de familievisite nog niet voor zich. Drie verpleegkundigen zijn neutraal. Zij vinden de familievisite een goed idee, maar weten niet of het haalbaar is om het te organiseren. Zij wegen het argument van de organisatorische kant zwaarder dan het goede idee.

3.9 Overige informatie uit de interviews

Uitspraken over structuur familievisite

Een respondent vraagt zich af hoe lang de familievisite gaat duren. Hij/zij gaf aan dat de visite niet te lang moet duren, vanwege de indeling van de dagdienst. Een andere verpleegkundige vraagt zich af of bij iedere patiënt de familievisite wel nodig is. Voor mensen die kortdurend op de afdeling verblijven is het misschien overbodig. Bij ouderen en patiënten die langdurig op de afdeling verblijven is de familievisite wel nuttig. Verder benoemt een verpleegkundige dat de uitwerking lastig zal worden. Ook is door een verpleegkundige aangegeven dat een dagelijkse familievisite niet haalbaar is. Dat kost teveel tijd en het is voor de familie niet haalbaar om elke dag aanwezig te zijn. Hij/zij gaf verder nog aan dat de familievisite praktisch lastig zal worden. De respondent geeft als suggestie:

“Misschien wel goed om familievisite als een optie te bieden of mensen daar gebruik van willen maken. Dat je dan een beetje kan managen, zoveel familievisites gaan we vandaag doen. Dat je dat wat kadert. En ik denk dat het in sommige gevallen heel goed is, maar in sommige hoeft het ook niet.”

Verder gaf hij/zij aan dat de taakverdeling duidelijk moet zijn. Ook is het belangrijk de reikwijdte van het gesprek te managen. De familievisite moet niet te lang duren. Er is aangegeven dat de artsensite niet vervangen moet worden door de familievisite. Tot slot is aangegeven dat er duidelijke afspraken

moeten komen als de familievisite geïmplementeerd wordt. Ook naar de familie toe. Het is belangrijk dat er structuur wordt aangebracht tijdens de visite.

Overige uitspraken

Er zijn een aantal uitspraken gedaan door de geïnterviewden die nuttig zijn voor dit onderzoek. Deze staan los van de thema's hierboven. Deze uitspraken kunnen over verschillende onderwerpen gaan.

Miscommunicatie

Twee verpleegkundigen hebben in een interview aangegeven dat soms familiegesprekken of artsenvisites worden gehouden zonder verpleegkundige. Dit zorgt vaak voor miscommunicatie. De verpleegkundigen moeten hierdoor extra werk doen om op de hoogte te blijven over de gemaakte afspraken. De geïnterviewde verpleegkundige verwacht dat dit d.m.v. familievisite verbeterd kan worden.

Overbelasting van familie

Een verpleegkundige zegt het volgende:

“Je ziet gewoon aan de gezichten van de familie dat ze er eigenlijk wel klaar mee zijn. Dat ze niet meer weten wat ze zelf moeten doen. En dat ze dan ook wel aangeven aan ons dat de zorg eigenlijk te zwaar is. Wij kunnen zo niet verder.”

Hij/zij vertelt iets over de overbelasting van de familie van de mensen die worden opgenomen op de afdeling. De respondent benoemt dat het regelmatig voorkomt wanneer hun familielid wordt opgenomen, de familie vaak aangeeft dat het niet meer gaat thuis. Dit wordt door meerdere verpleegkundigen in dit onderzoek aangegeven. Door middel van de familievisite hopen de verpleegkundigen rust te kunnen bieden bij de familie en samen een goede oplossing voor thuis te bedenken. De volgende uitspraak sluit aan bij het hierboven genoemde standpunt. Een verpleegkundige benoemt het volgende:

“Nou kijk op deze afdeling is het zo, we nemen veel oudere patiënten op, die functioneren soms nog zelfstandig maar met behulp van familie, mantelzorgers. Je merkt ook dat als dat systeem in duigen valt, dat het hele systeem in duigen valt. Dus dat heeft vaak heel veel consequenties ook voor het nazorgtraject.”

Hij/zij geeft aan dat wanneer verandering in het systeem plaatsvindt, de sociale kring uit balans is. Wanneer een familielid wordt opgenomen in het ziekenhuis, merken de familieleden soms dat het eigenlijk niet meer ging. De familie is overbelast.

Familie heeft andere opvattingen

Een verpleegkundige geeft aan het soms lastig te vinden dat familie andere opvattingen heeft. De verpleegkundige zegt in gesprek te gaan met de familie om samen tot een goed besluit te komen. Ook geeft hij/zij aan dat de familievisite een goed moment kan zijn om dit gesprek met familie aan te gaan.

Hogere werkdruk

De familie heeft tegenwoordig meer vragen aan de zorgverleners. Een respondent geeft aan hierdoor extra werkdruk te ervaren. Hij/zij vertelt dat de familie geregeld naar de afdeling belt. Hierdoor moet soms een verpleegkundige uit het werk gehaald worden. Door de nieuwe privacywetgeving mogen de verpleegkundigen alleen nog informatie geven aan de eerste contactpersoon. Eerst moet goed gekeken worden wie deze eerste contactpersoon is. Dit kost extra tijd. Hij/zij gaf ook aan dat het tijd zal schelen als een familievisite op de afdeling wordt gehouden. De vragen van familie kunnen op deze manier namelijk gelijk beantwoord worden.

Familievisite

Een respondent zei het volgende over familievisite:

“Voor sommige patiënten is het goed. Niet voor iedereen. Voor mondige patiënten moet je dat niet doen. Alleen maar extra ballast. Maar voor minder mondige patiënten is het wel goed.”

Meerdere verpleegkundigen geven tijdens het interview aan dat zij het een goed idee vinden om voor sommige patiënten de familievisite aan te bieden. Zij kunnen op deze manier zelf aangeven of zij hier behoefte aan hebben.

Dit hoofdstuk is begonnen met een weergave van de respondenten. Na deze weergave zijn zeven thema's beschreven. Het hoofdstuk is afgesloten met overige informatie uit de interviews. In hoofdstuk 4 wordt het onderzoek ter discussie gesteld.

4. Discussie

In dit hoofdstuk is de discussie van dit onderzoek te lezen. Om te beginnen is de inhoudelijke discussie geformuleerd. Vervolgens wordt een discussie vanuit methodologisch perspectief beschreven. Tot slot is er ingegaan op de klinische relevantie van dit onderzoek.

4.1 Inhoudelijke discussie

Samenvatting resultaten

Om te beginnen valt het op dat de geïnterviewde verpleegkundigen het unaniem met elkaar eens zijn dat de familie een grotere rol is gaan spelen bij de zorg van de patiënt. De familie is volgens de verpleegkundigen mondiger naar de zorgverleners geworden. Verder wordt er tijdens het thema 'familiegesprekken' door de grote meerderheid benoemd dat de familiegesprekken op dit moment nuttig en waardevol zijn. Over de taakverdeling en samenwerking tussen de zorgverleners hebben de verpleegkundigen het volgende aangegeven: de taakverdeling is over het algemeen duidelijk. Een enkeling was het hier niet mee eens. Door de opkomst van de familieparticipatie geven de verpleegkundigen aan dat hun rol als verpleegkundige hierdoor veranderd is. De rol is namelijk meer familiegericht geworden. Verder vinden de meeste verpleegkundigen het belangrijk om de familie actief te betrekken tijdens het zorgtraject van de patiënt.

Er zijn een aantal voor- en nadelen van de familievisite naar voren gekomen. Namelijk: een groot deel van de respondenten vinden het een voordeel dat de familie tijdens de visite hun vragen bij de zorgverleners kwijt kan. Verder wordt door een aantal respondenten benoemd dat de familievisite uiteindelijk tijd zal gaan schelen. Een ander positief argument dat eruit springt, is dat de familievisite duidelijkheid zal gaan bieden voor de zorgtriade. Hierdoor kan één lijn in de behandeling getrokken worden. Een tegenargument dat vaak voorkomt is het tekort aan tijd tijdens een dagdienst wanneer de familievisite geïmplementeerd wordt. Ook wordt regelmatig aangegeven dat de familievisite organisatorisch een lastig punt zal worden. Verder is het belangrijk te benoemen dat de familievisite voor de familie lastig haalbaar kan zijn.

Resultaten vergelijken aan de hand van literatuur

Familiebetrokkenheid

Het onderzoek van Klunder, Lenferink & Sahbaz (2014) geeft aan dat familie behoefte heeft aan het verkrijgen van vaardigheden om te kunnen leren omgaan met de problematiek van hun familielid. Verder wil de familie hun mening naar zorgprofessionals uiten. De verpleegkundigen uit dit huidig onderzoek geven aan dat ze denken dat de familievisite zorgt voor één lijn in de behandeling. Hierdoor zal de zorgtriade op de hoogte van de taken van iedereen zijn. Zoals Klunder et al. (2014) eerder hierboven heeft vermeld, verwachten de verpleegkundigen uit huidig onderzoek dat het participeren van de familie meer tevredenheid zal brengen. Het onderzoek van Klunder et al. (2014) geeft namelijk aan dat familie het fijn vindt om te kunnen samenwerken met de zorgprofessionals. Om deze redenen sluit het huidig onderzoek aan op het onderzoek van Klunder et al. (2014).

Het onderzoek van Middelkoop & Van der Vegte (2011) geeft aan dat de familie behoefte heeft aan participatie. De familie wil meer met de verpleegkundigen afstemmen over hun aandeel in de zorg. Volgens Middelkoop & Van der Vegte (2011) wordt verwacht dat de familie hierdoor minder snel overbelast raakt. Een aantal verpleegkundigen uit dit onderzoek geven hierover aan dat sommige familieleden het prettig vinden dat zorgverleners de zorg van hun overnemen. Dit heeft als reden dat de familie thuis al regelmatig overbelast is. Aan de ene kant wordt dus duidelijk dat familie juist behoefte heeft aan participatie en dat kan overbelasting voorkomen. Aan de andere kant blijkt dat het de familie soms teveel wordt om deel te nemen aan de zorg. Kortom, door de genoemde redenen komt het onderzoek van Middelkoop & Van der Vegte (2011) deels overeen met het huidig onderzoek.

Communicatie met familie

Het onderzoek van Kaemingk, Heinen, Vriens & Bossema (2016) geeft aan dat de helft van de mantelzorgers behoefte heeft om informatie te geven over hun familielid. Ook toont het onderzoek aan dat 66% van de familieleden betrokken wil worden bij een behandelplan. Verder wordt duidelijk dat 75% van de mantelzorgers behoefte heeft aan een open bezoekuur. Zij willen dan zelf bepalen hoe lang en wanneer zij aanwezig zijn. Deze gegevens sluiten aan bij de verkregen resultaten uit de interviews. Hieruit blijkt namelijk dat familie vaak veel vragen heeft en betrokken wil worden bij de zorg. Ook bevestigt een verpleegkundige indirect het citaat uit het artikel: "mantelzorgers hebben behoefte om informatie te geven". Want een verpleegkundige geeft aan dat via de familie aanvullende informatie

wordt verkregen. Daarnaast wordt het laatste gegeven uit het artikel ook bevestigd door enkele verpleegkundigen. De familie komt soms met te veel familieleden tijdens een bezoekuur of buiten bezoeken om.

Familiegesprekken

Onderzoek van Middelkoop & Van der Vegte (2011) toont aan dat familie veel behoefte heeft aan een familiegesprek en aan het ontvangen van informatie. Familie vindt dat voor het stellen van vragen er genoeg ruimte is in een familiegesprek, volgens Middelkoop & Van der Vegte (2011). Deze data komt overeen met de resultaten van dit onderzoek. De verpleegkundigen geven aan dat de familie veel vragen heeft en deze graag kwijt wil tijdens een familiegesprek.

Wanneer een familielid in het ziekenhuis terecht komt, moet de familie leren omgaan met een nieuwe situatie. Onderzoek van Luttik, Zuidersma, Schoemaker & Paans (2016) toont aan dat de verpleegkundigen de familieleden hierin kunnen steunen door middel van een familiegesprek. In de inleiding is benoemd dat ondersteuning van verpleegkundigen overbelasting van mantelzorgers kan voorkomen. Verpleegkundigen uit dit onderzoek bevestigen dit standpunt. Zij geven aan dat het familiegesprek een zinvol gesprek is voor de familie. De familie voelt zich door het gesprek gehoord. Ook is de familie goed op de hoogte van de behandeling. De verpleegkundigen geven aan dat de familie dit ook fijn vindt.

Familievisite

Na onderzoek gedaan te hebben blijkt dat familievisite nog in de ontwikkelingsfase zit. Op de kinderafdelingen wordt familievisite al wel toegepast (Bos & Pat, 2019). Op interne afdelingen is familievisite een nieuw begrip. In dit afstudeeronderzoek is geïnventariseerd hoe de interne afdeling over de familievisite denkt. De afgenomen interviews voegen daarom waarde toe aan de ontdekking naar familievisite op interne afdelingen.

Onderzoek van Sisterhen, Blaszk, Woods & Smith (2007) geeft aan dat er nieuwe modellen ontwikkeld moeten worden voor familiegerichte zorg. Zij denken hierbij aan een familiegerichte ronde. Dit zou het genezingsproces van de patiënt kunnen verbeteren. Daarnaast moeten de zorgverleners, patiënt en de familie toestemming geven om zulke visites te gaan uitvoeren. Enkele verpleegkundigen kwamen tijdens de interviews met het idee om voor een aantal patiënten de familievisite als mogelijkheid te bieden. Zij kunnen op deze manier aangeven of zij behoefte hebben aan familievisite. De doelgroep patiënten voor wie dit geldt is bijvoorbeeld delirante patiënten, zij kunnen informatie niet altijd goed overbrengen op hun familie. Echter wordt er door de verpleegkundigen in het onderzoek van Sisterhen et al. (2007) aangegeven dat zij bezorgd zijn dat de visites langer gaan duren waardoor er tijdsgebrek zou kunnen ontstaan. Dit gaven de verpleegkundigen uit dit onderzoek ook aan. Zij denken dat de visites hierdoor langer gaan duren. Hierdoor verwachten veel verpleegkundigen dat de planning tijdens de dagdiensten uit zal lopen, waardoor de verpleegkundigen in de problemen kunnen komen.

Verpleegkundige rol

Luttik (2016) schrijft dat verpleegkundigen een belangrijke rol hebben in het voorkomen en signaleren van overbelasting van families. De respondenten van dit onderzoek hebben benoemd dat de verpleegkundige rol veranderd is door de opkomst van familieparticipatie. Ongeveer de helft van de verpleegkundigen geeft aan dat zij meer een voorlichtende/coördinerende rol zijn gaan toepassen. In de interviews is niks gezegd over het voorkomen van overbelasting. Echter hebben meerdere respondenten aangegeven dat de verpleegkundigen regelmatig families signaleren op overbelasting, omdat de verpleegkundigen een signalerende functie hebben. Daarom ondersteund dit artikel op het gebied van signalerende functie van de verpleegkundigen het onderzoek. Daarentegen wordt de uitspraak van Luttik (2016) over voorkomen van overbelasting niet ondersteund.

Taakverdeling en samenwerking

Een onderzoek in opdracht van 'Medisch Contact en vakblad 'Nursing' uitgevoerd door MWM2 (2008) beweert het volgende: "Maar liefst 95 procent van de verpleegkundigen en ruim driekwart van de artsen vindt dat de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen moet verbeteren". De resultaten van dat onderzoek komen niet overeen met de meningen van de verpleegkundigen van dit onderzoek. Zij zijn het er op één collega na unaniem over eens dat de samenwerking tussen de artsen en verpleegkundigen met het betrekken van de familie goed verloopt en er dus geen verbetering nodig is.

4.2 Methodologische discussie

In deze paragraaf worden de sterke- en zwakke punten met betrekking tot de betrouwbaarheid en validiteit beschreven. Verder wordt ingegaan op de representativiteit van dit onderzoek.

Sterke punten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een aselechte steekproef. Elke verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde heeft hierdoor een gelijke kans gehad om aan het onderzoek deel te nemen. Doordat de respondenten willekeurig geselecteerd zijn, wordt de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd (Verhoeven, 2018).

Om de betrouwbaarheid verder te vergroten is gebruik gemaakt van member checking. De docentbegeleider en opdrachtgever hebben meegekeken tijdens het onderzoek. Er is tussentijds een mail gestuurd met het onderzoeksvoorstel. Zij hebben hier feedback op gegeven. Deze feedback is vervolgens weer verwerkt in het onderzoeksvoorstel (Verhoeven, 2018).

Elk interview is met beide onderzoekers afgenomen. Eén onderzoeker heeft telkens dezelfde vragen gesteld. De andere onderzoeker heeft gecontroleerd of er daadwerkelijk antwoord op de vraag wordt gegeven en heeft extra aantekeningen gemaakt. Deze vaste taakverdeling zorgt voor een hogere betrouwbaarheid (Verhoeven, 2018).

De interviews zijn opgenomen met behulp van een voicerecorder. Met behulp van de voicerecorder zijn de gesprekken teruggeluisterd tijdens het transcriberen. Dit heeft de kans op het maken van fouten tijdens het transcriberen kleiner gemaakt (Verhoeven, 2018). Daardoor konden de onderzoekers de resultaten uit een feitelijke transcriptie halen.

Daarnaast is het analyseren van data met de twee onderzoekers tegelijkertijd gedaan. Deze manier heeft er voor gezorgd dat de onderzoekers de data op dezelfde manier hebben geanalyseerd. Hierdoor zijn er geen verschillen geweest tijdens de data-analyse (Van der Zee, 2016).

Verder was er na het negende interview sprake van datasaturatie. Dit wil zeggen dat de verpleegkundigen het over het algemeen eens waren over de vragen. Echter gaven zij soms andere suggesties. Er kwam geen nieuwe informatie meer binnen na deze negen interviews. Toch is ervoor gekozen om de twee resterende interviews nog af te nemen om de betrouwbaarheid te verhogen.

Om de betrouwbaarheid van de data-analyse te verhogen, heeft een professional met betrekking tot AtLAS ti geholpen om de gegevens op een juiste manier te coderen. Dit zorgt voor zo min mogelijk fouten in het coderen.

Zwakke punten

Er is voorafgaand aan de interviews een proefinterview gehouden. Op deze manier wordt duidelijk of de juiste vragen zijn gesteld en of je meet wat je wilt meten (Verhoeven, 2018). Dit proefinterview was vanwege kort tijdsbestek niet volledig uitgevoerd. Dit resulteerde in het interview dat sommige respondenten bij een aantal vragen verduidelijking nodig hadden om de vraag goed te kunnen beantwoorden. Hierdoor hebben een aantal respondenten niet passend geantwoord op de gestelde vraag.

Een andere maatregel dat genomen is om de validiteit van dit onderzoek te verhogen, is het voorleggen van de vragenlijst aan professionals. De vragenlijst is voorafgaand aan de interviews toegestuurd aan professionals. Echter is er weinig feedback op de vragenlijst gegeven. Hierdoor is geen volledige bevestiging gekregen of de juiste vragen gesteld zijn.

De interviews zijn in totaal in twee ruimtes gehouden. Eén van deze ruimtes was de familiekamer op de afdeling. Dit was een afgesloten ruimte waar niet gestoord kon worden. De tweede locatie was op het balkon van de afdeling. Dit was af en toe rumoerig. Deze situatie kan voor afleiding bij de respondent hebben gezorgd, waardoor de kans op toevallige fouten toegenomen is (Verhoeven, 2018).

Tot slot kwam tijdens de interviews naar voren dat er enige onduidelijkheid heerste over de structuur van de familievisite. Deze onduidelijkheid heeft mogelijk invloed gehad op de validiteit. Omdat de structuur van de familievisite onzeker is, vinden verpleegkundigen het lastig om een beeld te vormen van de familievisite. Hierdoor kan het zijn dat er niet gemeten is wat er gemeten moet worden.

Representativiteit

Van de dertig verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde zijn er elf geïnterviewd. De informatie is verzadigd vanaf negen verpleegkundigen. Op deze manier kan er worden aangenomen dat de groep verpleegkundigen die ondervraagd zijn, een goed beeld schetsen van alle verpleegkundigen op deze afdeling (Van der Zee, 2016).

4.3 Klinische relevantie

Organisatie

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de verpleegkundigen de familievisite een goed idee vinden, maar nog veel vragen hebben over de praktische kant van de familievisite. Daarom is het aanzienlijk voor het UMCG om een structuur in de familievisite aan te brengen.

Beroepspraktijk

Uit de elf afgenomen interviews blijkt dat de verpleegkundigen stevig in hun schoenen moeten staan tegenover de mondigheid van de familie. Enkele verpleegkundigen geven aan dat zij het soms lastig vinden om assertief te zijn. Als de familievisite geïmplementeerd wordt, krijgen de verpleegkundigen nog meer met de familie te maken. Het is dus voor de verpleegkundigen van belang dat zij zelfverzekerd tegenover familie zijn.. Enkele verpleegkundigen geven aan dat familie af en toe de neiging heeft om te beslissen over de patiënt zonder dat de patiënt daar altijd mee eens is. Het is voor de beroepspraktijk belangrijk om te realiseren dat familie een grote rol speelt bij de zorg voor de patiënt, maar dit moet niet ten koste gaan van de verpleegkundige haar zelfvertrouwen.

Maatschappij

Eerder is benoemd dat de samenleving langzaam is veranderd naar een participatiesamenleving. De overheid verwacht meer van de sociale omgeving van de patiënt (Luttik et al., 2016). Kortom, de regie ligt meer in handen van de patiënt en familie. De familie speelt namelijk vaak voor de ziekenhuisopname van de patiënt al een belangrijke rol. Verder geven de verpleegkundigen veel bij de interviews aan dat de familie in het ziekenhuis ook grote voor de patiënt speelt. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat familieleden soms al overbelast zijn bij de ziekenhuisopname van hun familielid. Voor de maatschappij is het van belang om overbelasting van mantelzorgers in een vroeg stadium te signaleren.

In dit hoofdstuk is de discussie opgesteld. Deze discussie is verdeeld in een inhoudelijke- en een methodologische discussie. De klinische relevantie van dit onderzoek is ook geformuleerd. In hoofdstuk 5 wordt het antwoord op de hoofdvraag beschreven.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt het antwoord op de vraag “Welke kansen en barrières zien de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het Universitair Medisch Centrum Groningen over de samenwerking met de familie tijdens de artsensite, genaamd familievisite?” gegeven.

Gezien de sterke- en zwakke punten van dit onderzoek kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de elf geïnterviewde verpleegkundigen verschillende meningen hebben over de kansen en barrières van de familievisite. De kansen die de respondenten zien over de familievisite lopen uiteen. De verpleegkundigen zijn het over het algemeen meer eens over de barrières van de familievisite.

De respondenten benoemen een aantal voordelen tijdens de interviews. De eerste is dat de familie tijdens de familievisite haar vragen kwijt kan. Verder wordt benoemd dat het op lange termijn tijd voor de zorgverleners zal gaan opleveren. Ook zal het volgens de verpleegkundigen duidelijkheid in de zorgtriade opleveren. Dit wil zeggen dat alle partijen van de zorgtriade de situatie van de patiënt en zijn/haar behandeling weten. Ook is het voor elke partij duidelijk welke rol zij spelen in het zorgtraject.

De verpleegkundigen zijn het eens over de barrières. Zij denken dat de familievisite tijd zal gaan kosten. Verder denken ze dat het organisatorisch lastig haalbaar zal zijn. De verpleegkundigen denken dat het voor de familie ook lastig haalbaar kan worden.

Een voorstel voor een vervolgonderzoek is dat de familie en de patiënt over dit onderwerp geïnterviewd worden. Hierdoor wordt inzichtelijk gemaakt wat alle leden van de zorgtriade van de familievisite vinden.

Hierboven is de conclusie opgesteld. De hoofdvraag is in dit hoofdstuk beantwoord. Verder is al voorzichtig een voorstel voor vervolgonderzoek gedaan. De verdere aanbevelingen voor de vervolgonderzoeken en voor de organisatie is in het volgende hoofdstuk te lezen.

6. Aanbeveling

Het laatste hoofdstuk betreft de aanbevelingen. Als eerst is een aanbeveling geschreven voor de organisatie, hier is aandacht besteed aan de organisatorische, financiële en economische belangen voor de afdeling. Verder wordt advies gegeven voor eventuele vervolgonderzoeken.

6.1 Aanbeveling voor de organisatie

De respondenten vinden een goede structuur van de familievisite een voorwaarde voor het implementeren van de familievisite. Het is van belang dat de afdeling Interne Geneeskunde een plan gaat maken voor de structuur van een familievisite en de verpleegkundigen hierbij te betrekken. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen op de afdeling beter hun mening vormen over het toepassen hiervan. Op deze manier kan realistischer gekeken worden naar de uitvoering van de familievisite op de afdeling. In paragraaf 6.2 staat een vervolgonderzoek beschreven over de voorwaarden van de familievisite. Met behulp van deze uitkomsten kan er een pilot studie worden uitgevoerd. De pilot studie laat blijken of de structuur van de familievisite in de praktijk gaat werken.

6.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek

Met behulp van dit onderzoek zijn de meningen van de verpleegkundigen over de familievisite geïnterviewd. In dezelfde periode is er ook onderzoek gedaan naar de meningen van de artsen over de familievisite. Om de familievisite mogelijkheid te geven om geïmplementeerd te worden op de afdeling, is het belangrijk dat vanuit alle perspectieven van de zorgtriade de meningen geïnterviewd worden. Dit houdt in dat de meningen van de patiënt en familie in kaart moeten worden gebracht. Uit het onderzoek van Anjema & Hoekstra (2020) dat gaat over de meningen van artsen over familievisite, is ook aanbevolen om een onderzoek uit te voeren naar de percepties van patiënten en families. Daarom is een suggestie voor een vervolgonderzoek het interviewen van patiënten en familieleden over het implementeren van de familievisite.

De laatste aanbeveling voor een vervolgonderzoek is het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek met artsen en verpleegkundigen. In dit onderzoek kan onderzocht worden welke voorwaarden aan de familievisite gesteld moet worden. Dit is van belang om de familievisite te kunnen implementeren in de praktijk. Uit de afgenomen interviews blijkt dat de verpleegkundigen behoefte hebben aan structuur van de familievisite. Tijdens de interviews zijn al goede suggesties gedaan. Het is belangrijk deze suggesties mee te nemen in het vervolgonderzoek. Uit onderzoek van Anjema & Hoekstra (2020) blijkt het onderzoek doen naar de voorwaarden van familievisite ook van belang.

Een ander suggestie voor een vervolgonderzoek is het voorkomen van overbelasting bij families. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat er regelmatig overbelaste familieleden in het ziekenhuis komen. Dit wordtesignaleerd door de verpleegkundigen. Echter is uit de interviews niet gebleken hoe overbelasting bij families voorkomen kan worden. Omdat dit onderwerp een belangrijk onderdeel is van de familievisite, wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar overbelasting bij families. Dit onderzoek kan worden uitgevoerd door middel van een kwalitatief onderzoek.

Het laatste hoofdstuk heeft bestaan uit de aanbeveling van dit onderzoek. Vervolgens is de literatuurlijst met de geraadpleegde bronnen van dit onderzoek weergegeven. Daarna zijn de bijlagen opgesteld. In de bijlagen zijn onder andere de topic- en vragenlijst van de interviews te vinden.

Literatuurlijst

- Anjema, H., & Hoekstra, E. (2020). Familievisite in het UMCG, wat vinden artsen er van? (Afstudeeropdracht). HBO-verpleegkunde Hanzehogeschool Groningen
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. van der (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Boers, S., Klok, T., Frenkel, J., & Pols, J. (2017, 3 mei). Familie erbij betrekken is lastiger dan het lijkt. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/familie-erbij-betrekken-is-lastiger-dan-het-lijkt.htm>
- Bos, L., & Pat, S. (2019, 31 mei). Familievisite in de ziekenhuissetting (Afstudeeropdracht). HBO-verpleegkunde Hanzehogeschool Groningen
- Broersen, S. (2011, 29 juni). Shared decision making voor beginners. Geraadpleegd op 27 september 2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/shared-decision-making-voor-beginners.htm>
- ETZ (2019). Familie kan zorg aan patiënt in ETZ voortzetten. Geraadpleegd op 23 september 2019, van <https://www.etz.nl/Over-ETZ/Nieuws/2019/04/Familieparticipatie-bij-ETZ>
- Expertisecentrum familiezorg (z.d.). Wanneer spreken we over familiezorg? Geraadpleegd op 23 september 2019, van <https://expertisecentrumfamiliezorg.nl>
- Kaakinen, J.R., Padgett Coehlo, D., Steele, R., Tabacco, A., & Harmon Hanson, S.M. (2010). Family Health Care Nursing. Geraadpleegd op 23 september 2019 van, <http://www.sbm.ac.ir/uploads/FamilyHealthCare2010,Book.pdf>
- Kaemingk, M., Heinen, M., Vriens, M., & Bossema, E. (2016). Mantelzorg, samen werkt het. Geraadpleegd op 14 december 2019, van <https://link.springer-com.nlhgw.idm.oclc.org/article/10.1007/s40884-016-0039-3>
- Klunder, E., Lenferink, W., & Sahbaz, C. (2014). Ook de familie centraal. Geraadpleegd op 15 oktober 2019, <https://hbo-kennisbank.nl/details/saxionhogeschool:CCDFB529-336B-47BD-8E60D8B59B0D0F9C?q=familieparticipatie&has-link=yes&has-link=yes>
- Levi, M. (2014, 21 mei). Visite. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/column/visite-marcel-levi.htm>
- Luttik, M.L. (2016). Familiezorg en verpleegkundige zorg. Geraadpleegd op 14 december 2019, van <https://link.springer-com.nlhgw.idm.oclc.org/article/10.1007/s12632-016-0022-3>
- Luttik, M.L. (z.d.). Familiezorg. Geraadpleegd op 30 september 2019, van <https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/speerpunten/healthy-ageing/familiezorg?r=https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/overzichten/innovatiewerkplaatsen>
- Luttik, M.L., Zuidersma, J., Schoemaker, E. & Paans, W. (2016). Familiegerichte zorg. Geraadpleegd op 12 september 2019, van <https://link.springer-com.nlhgw.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs41184-016-0096-1.pdf>
- Maaskant, J., de Neef, M. & Wielenga, J. (2012). Family presence on rounds: a systematic review of literature. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s12468-012-0035-2>
- Mezzo (z.d.). Mantelzorg en overbelasting. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van <https://mantelzorg.nl/uploads/content/file/Advieskaart%20Mantelzorg%20en%20Overbelasting.pdf>

- Munten, G., Verhoef, J. & Kuiper, C. *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (4de ed.). Amsterdam, Nederland: Boom
- NIVEL (2018). Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Geraadpleegd op 2 oktober 2019 van, https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Thema_rapportage_dementie_beveiligd.pdf
- Pel-Littel, R. (z.d.). Een ziekte komt zelden alleen. Geraadpleegd op 19 september 2019, van https://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/multimorbiditeit_literatuurverkenning_pdf.pdf
- Radboudumc (z.d.). Persoons- en familiegerichte zorg. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van <https://www.radboudumc.nl/werken-bij/meelooptag-ic-verpleegkundige/waarom-werken/persoons-en-familiegerichte-zorg>
- Raphael-Grimm, T., & Zuccarini, M. (2015). The art of communication in nursing and health care: an interdisciplinary approach. Geraadpleegd op 3 oktober 2019, van <https://ebookcentral-proquest-com.nlhgw.idm.oclc.org/lib/hanzen-ebooks/reader.action?docID=1812572>
- Rijksoverheid (z.d.). Mantelzorg. Geraadpleegd op 23 september 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg>
- Simmes, F., Gielen, S., Manders, W., & Verharen, L. (2015). Familiegerichte zelfmanagementondersteuning. Geraadpleegd op 14 oktober 2019, van https://www.han.nl/onderzoek/nieuws/familie-zelfmanagement/_attachments/publicatie_zelfmanagementondersteuning_kenniscentrum_duurzame_zorg_hr_def.pdf
- Sisterhen, L. L., Blaszak, R. T., Woods, M. B., & Smith, C. E. (2007, 5 december). Defining Family-Centered Rounds. Geraadpleegd op 16 oktober 2019, van <https://www.tandfonline-com.nlhgw.idm.oclc.org/doi/full/10.1080/10401330701366812>
- Swaen, B. (2018, 31 december). Transcriberen interview: 6 tips. Met voorbeeld transcript. Geraadpleegd op 6 november, 2019 van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/transcriberen-van-een-interview-6-tips>
- Tweede kamer der staten-generaal (2014, 2 juli). Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorging_sstaat
- V&V (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Van der Vegte, H. & Middelkoop, M. (2011). Familieparticipatie. Geraadpleegd op 15 oktober 2019, van https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_che:oai:surfsharekit.nl:e20a9054-e152-415d-8512-c3f1b51003d5?q=familieparticipatie&has-link=yes&has-link=yes&p=2
- Van der Zee, F. (2016, 2 februari). Representativiteit. Geraadpleegd op 3 oktober 2019, van https://hulpbijonderzoek.nl/wp-content/upload_folders/hulpbijonderzoek.nl/2016/10/White-Paper-Representativiteit.pdf
- Van der Zee, F. (2017). Validiteit, wat is het en hoe stel je het vast? Geraadpleegd op 3 oktober 2019 van <https://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/validiteit/>
- Van Mierlo, L.D., Meiland, F.J.M., van der Roest, H.G. & Dröes, R.M. (2011). Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. Geraadpleegd op 3 oktober 2019, van <https://onlinelibrary-wiley-com.nlhgw.idm.oclc.org/doi/full/10.1002/gps.2694?sid=worldcat.org>

- Van Montfort, K. & van Oorschot, A. (2016, maart). Werken met familie­zorg, wat betekent dat nou eigenlijk. Geraadpleegd op 26 september 2019, van https://www.expertisecentrumfamiliezorg.nl/wp-content/uploads/2018/01/Werken_met_familiezorg_wat_betekent_dat_nou_eigenlijk_25-01-2017.pdf
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6de ed.). Amsterdam, Nederland: Boom
- Volksgezondheidszorg.info (z.d.). Bevolking, Cijfers & Context en Vergrijzing. Geraadpleegd op 19 september 2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/vergrijzing>
- Vos, A. (2011, 2 februari). Patiëntgerichte zorg. Geraadpleegd op 30 september 2019, van <https://www.nursing.nl/blog/patientgerichte-zorg-nurs006706w/>
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. Geraadpleegd op 14 oktober 2019 van, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17553652>
- Zorgvisie (2008). Samenwerking arts en verpleegkundige moet beter. Geraadpleegd op 15 oktober 2019, van <https://www.zorgvisie.nl/samenwerking-arts-en-verpleegkundige-moet-beter-zvs003616w/>

Bijlage A: Topic- en vragenlijst

In deze bijlage is de topic- en vragenlijst van de interviews te vinden.

Topics	Literatuur	Vragen
Persoonlijke gegevens	x	- Welke opleiding heeft u gevolgd? - Hoe lang bent u werkzaam in het UMCG?
Familiebetrokkenheid	- Klunder, Lenferink & Sahbaz, 2014 - Van der Vegte & Middelkoop, 2011	- Ervaart u dat de familie een grotere rol gaat spelen bij de zorg voor de patiënt? - Hoe profileert de familie zich tijdens het zorgtraject van de patiënt? - Hoe denkt u over het actief betrekken van de familie tijdens het zorgtraject van de patiënt?
Communicatie met familie	Kaemingk, Heinen, Vriens & Bossema, 2016	Wat is uw ervaring met de familie tijdens bezoeken?
Familiegesprekken	- Van der Vegte & Middelkoop, 2011 - Luttik, Zuidersma, Schoemaker & Paans, 2016	Wat is uw mening over het familiegesprek? (een gesprek met de arts, verpleegkundige, familie en patiënt)
Familievisite	Sisterhen, Blaszak, Woods & Smith, 2007	- Weet u wat het begrip familievisite inhoudt? - Mocht de familievisite geïmplementeerd worden op de afdeling, wat ziet u als voordelen? - Denkt u dat het toepassen van de familievisite ook een keerzijde heeft?
Verpleegkundige rol	Luttik, 2016	- Is uw rol als verpleegkundige door de opkomst van de familieparticipatie veranderd? - Waar loopt u als verpleegkundige tegenaan als het gaat om het actief betrekken van de familie bij het zorgtraject?
Taakverdeling en samenwerking	Zorgvisie, 2008	Vindt u dat de taakverdeling op de afdeling tussen u en de artsen duidelijk als het gaat om het betrekken

		van de familie in het zorgtraject? • Hoe denkt u dat de familievisite de samenwerking tussen zorgverleners en familie beïnvloedt?
Afsluiting	x	• Familievisite, goed idee of niet? • Wilt u nog iets kwijt waar we het niet over hebben gehad? • Hoe heeft u dit interview ervaren?

Bijlage B: Informed consent en toestemmingsformulier

Informed consent

Graag willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan een onderzoek. Het onderzoek gaat over de meningen en ervaringen van verpleegkundigen ten aanzien van de samenwerking met de familie tijdens de artsenvisite. Het onderzoek bestaat uit een afname van een anoniem interview.

Het doel is om erachter te komen welke mogelijkheden en belemmeringen de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het UMCG zien, als het gaat om samenwerken met familie tijdens de artsenvisite. Zodat er op langere termijn eventueel een nieuw samenwerkingsmodel tussen de artsen, verpleegkundigen, patiënt en familie opgesteld kan worden.

Het interview zal ongeveer 30 minuten duren. U heeft het recht om ten alle tijde het interview te beëindigen. Uw gegevens blijven volledig anoniem. U hoeft nergens uw naam in te vullen. Gegevens in dit onderzoek zijn daardoor niet te herleiden tot individuele deelnemers en worden ook anoniem opgeslagen. Zodra de gegevens getranscribeerd zijn, worden de audio opnames vernietigd. Ook heeft u het recht om het uitgeschreven interview terug te lezen. Deze sturen wij u achteraf op via de mail. De getranscribeerde gegevens worden op een beveiligde locatie op de Hanzehogeschool bewaard. Uiteindelijk worden de gegevens gebruikt om een beeld van de meningen van de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde over familievisite te krijgen.

Toestemmingsformulier:

Ik verklaar hierbij op duidelijk wijze mondeling en schriftelijk te zijn geïnformeerd over de aard en belasting van het onderzoek.

- Ik stem vrijwillig in met deelname aan het onderzoek
- Ik geef akkoord voor audio opnames van de interviews
- Ik ben op de hoogte dat mijn gegevens anoniem verwerkt zullen worden
- Ik weet dat ik mijn deelname ten aller tijden mag staken

Naam respondent:

Namen onderzoekers: Sanne Uil & Léonie Drent

Datum:/...../.....

Datum:/...../.....

Handtekening respondent:

Handtekeningen onderzoekers:

.....

.....

.....

Bijlage C: Flyer

Familie visites in het UMCG

Door de opkomst van de participatiesamenleving vinden er nieuwe ontwikkelingen plaats in de gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is dat de familie tegenwoordig een grotere rol speelt in de zorgverlening. Studenten van de Hanzehogeschool onderzoeken in samenwerking met het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek en het UMCG een nieuwe methode: het samenwerken met de familie tijdens de artsensite: de familie visite.

Prof. dr. Gans van de afdeling Interne Geneeskunde ervaart wanneer de familie niet goed bij de zorg betrokken wordt, ze vaak met vragen blijven zitten en de zorg niet goed afgesloten wordt. Verder verloopt de samenwerking tussen de zorgprofessionals, familie en de patiënt niet altijd soepel. Dit zijn enkele redenen om te kijken naar een mogelijke manier van samenwerken met de familie. In dit onderzoek is dat de familie visite. Tijdens de familie visite wordt er niet alleen overlegd met de patiënt, maar ook met de familie.

Het doel is om erachter te komen welke mogelijkheden en belemmeringen de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde (E3) in het UMCG zien, als het gaat om samenwerken met familie tijdens de artsensite. Zodat er op langere termijn eventueel een nieuw samenwerkingsmodel opgesteld kan worden.

Uit deze doelstelling is een onderzoeksvraag geformuleerd: "Welke kansen en barrières zien de verpleegkundigen van de afdeling interne geneeskunde in het Universitair Medisch Centrum Groningen over de samenwerking met de familie tijdens de artsensite: familie visite?"

Wij als onderzoekers zijn benieuwd naar de meningen en ervaringen van u als verpleegkundige over dit onderwerp. Wij zouden graag door middel van een interview, onder het genot van een kopje koffie/thee, een gesprek hierover willen voeren.



Daarom zijn wij op zoek naar enthousiaste verpleegkundigen die deel willen uitmaken van eventuele ontwikkeling op de afdeling. Voelt u zich geroepen om een steentje bij te dragen? Laat het ons weten voor vrijdag 25 oktober via de onderstaande e-mail.

Ook hebben wij via Janny van der Ploeg u een e-mail gestuurd. Mocht u interesse hebben kunt u hier ook op reageren. Heeft u nog vragen of opmerkingen, stel deze dan gerust via de onderstaande e-mail. Begin november starten wij met het interviewen, hopelijk tot dan!

Léonie Drent e-mail: l.drent@st.hanze.nl

Sanne Uil e-mail: sa.uil@st.hanze.nl



Bijlage D: Informatiebrief

Beste verpleegkundigen,

Wij als studenten van de Hanzehogeschool zijn bezig met een praktijkonderzoek.

Om ons te introduceren hebben wij een korte video gemaakt, klik hiervoor op deze link:

<https://youtu.be/uSBX8YiQu2I>

Prof. dr. Gans hoofd Interne Geneeskunde is onze opdrachtgever. Dit onderzoek zal op deze afdeling in de eerste twee weken van november worden uitgevoerd. Om ons onderzoek uit te voeren zijn er circa 10 verpleegkundigen nodig die ons willen helpen. Wij zijn van plan om interviews af te nemen. Deze interviews zullen ongeveer 30 minuten duren. Deze gesprekken blijven volledig anoniem.

Hieronder staat een link bijgevoegd dat leidt naar een introductiefilmpje over ons onderzoek. Ook is er een flyer bijgevoegd wat u meer informatie geeft over het onderwerp. In deze flyer staat relevante informatie wat van belang is voor deelname aan het onderzoek. Deze flyer wordt ook op de afdeling gehangen. Verder komen wij nog op de afdeling langs om ons voor te stellen en uw uit te nodigen voor deelname.

Als u interesse heeft om mee te doen aan ons onderzoek, kunt u reageren op deze mail voor 25 oktober 2019. Mocht u niet geïnteresseerd zijn in deelname, horen wij dit ook graag.

Ook kunt u ons altijd mailen voor vragen en/of opmerkingen. Zie de flyer voor onze e-mailadressen.

Wij kijken er naar uit om met enthousiaste verpleegkundigen in gesprek te gaan.

Graag zien wij uw reactie tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Léonie Drent

Sanne Uil

Bijlage E: Antiplagiaatverklaring



Antiplagiaatverklaring

Hierbij verklaar ik, dat ik bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere 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: 23 januari 2020

Naam student:

Sanne Uil

Handtekening student:

Naam student:

Léonie Drent

Handtekening student: