

**Overdracht van cliënten met dementie
in de palliatieve fase:
ervaring van
zorgprofessionals
in de thuiszorg en het verpleeghuis**



In opdracht van Zuyderland Zorgcentra

Auteurs:	Linda Weijers - 2100165 Elena Marchenko – 2228785
Opdrachtgever	Judith Meijers
Projectbegeleider:	Annemieke Bouman
Examinator:	Ingrid van Hulst
Opleiding:	Bacheloropleiding tot Verpleegkundige Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid
Opleidingsvariant:	Duaal
Datum van inlevering:	15 juni 2018

Voorwoord

Voor u ligt het praktijkonderzoek van Linda Weijers en Elena Marchenko, geschreven als afstudeeropdracht voor de bacheloropleiding verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd in opdracht van Zuyderland Zorgcentra in samenwerking met ZuidZorg.

Bij Zuyderland is in september 2017 een vierjarig project gestart met betrekking tot palliatieve zorg voor mensen met dementie in de palliatieve fase. Het project heet DEDICATED wat staat voor 'Desired Dementia Care Towards End of Life'. Het doel van het project is het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan mensen met dementie in de palliatieve fase, thuis en in het verpleeghuis.

Wanneer mensen met dementie in de palliatieve fase verhuizen van hun thuissituatie met thuiszorg naar een verpleeghuissetting, dan komt hier onder andere een verpleegkundige overdracht bij kijken. In dit praktijkonderzoek is op deze verpleegkundige overdracht ingezoomd om inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren. Vanuit deze inventarisatie is inzicht verkregen waar verbeteringen aangebracht kunnen worden. Door middel van aanbevelingen wordt een bijdrage te leveren aan de verbetering van de informatieoverdracht over mensen met dementie in de palliatieve fase van thuiszorg naar het verpleeghuis.

De onderzoekers willen graag de volgende personen bedanken.

- Alle geïnterviewde zorgprofessionals van Zuyderland Medisch en Zorgconcern en ZuidZorg voor hun tijd en inbreng.
- De opdrachtgever Judith Meijers voor de gelegenheid om dit onderzoek onder haar leiding uit te voeren in kader van het palliatieve zorg project DEDICATED van Zuyderland.
- De projectbegeleider Annemieke Bouman-Bosch voor haar betrokkenheid, informatieve consulten en snelle en grondige feedback op onze uitwerkingen.
- Examinator Ingrid van Hulst voor haar kritische feedback op de onderzoeksopzet en voor het beoordelen van het eindverslag van dit praktijkonderzoek.
- Phd student Sabine Pieters voor haar uitgebreide feedback en onderzoektips.
- Praktijkopleiders Lenny Pesgens (Zuyderland Medisch en Zorgconcern), Linda de Brouwer en Hanny van Diest (ZuidZorg) voor hun steun en meedenken.
- De referentiegroep voor hun feedback, discussies en ondersteuning.

Veel plezier met lezen!

Linda Weijers en Elena Marchenko

15 juni 2018

Eindhoven

Samenvatting

Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat de continuïteit van zorg bij de overdracht van kwetsbare ouderen niet voldoende gewaarborgd is. Van deze ouderen lijdt circa vijf procent aan dementie en heeft te maken met palliatieve zorg. De communicatie binnen de palliatieve zorg voor mensen met dementie gaat niet zoals gewenst. De verpleegkundige overdracht heeft hierbij een belangrijke rol. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat een groot deel van de verpleegkundigen informatie mist: de overdracht ontbreekt of is onvolledig. Deze belemmeringen rondom de verpleegkundige overdracht hebben een negatieve invloed op de continuïteit en kwaliteit van zorg, bij een verhuizing van een cliënt met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuissituatie met thuiszorg naar het verpleeghuis. Hoofdvraag van dit onderzoek is: “Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van verpleeghuis- en thuiszorgprofessionals bij verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”

Doelstelling

In juni 2018 hebben de onderzoekers een inventarisatie uitgevoerd van de ervaringen van de thuiszorgprofessionals van ZuidZorg en verpleeghuisprofessionals van Zuyderland Zorgcentra met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren rondom de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase. Daarbij worden er aanbevelingen gedaan ten behoeve van de verbetering van de verpleegkundige overdracht op de werkvloer.

Onderzoeksmethode

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn een literatuuronderzoek en twee kwalitatieve beschrijvende deelonderzoeken uitgevoerd. In totaal zijn er zestien semigestructureerde interviews met verpleeghuis- en thuiszorgprofessionals afgenomen. De verkregen data zijn aan de hand van thematische analyse model van Braun en Clarke (2006) verwerkt.

Resultaten

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat belemmerende en bevorderende factoren bij de verpleegkundige overdracht gericht zijn op inhoud van de overdracht en op coördinatie van de overdracht. Belemmerend is het ontbreken van informatie in de overdracht. Bevorderend is een contactmoment tussen thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional voor en na opname. Uit deelonderzoek 2 in de thuiszorg blijkt dat men de benaderingswijze en medicatie belangrijk vindt in de overdracht. Er is behoefte aan een gestandaardiseerde overdracht en een evaluatiemoment na opname met de verpleeghuisprofessional. Uit deelonderzoek 3 in het verpleeghuis blijkt dat de overdracht niet van de thuiszorgprofessional komt, maar van de zorgtrajectbegeleider, hoewel dit niet als storend wordt ervaren. Er is behoefte aan meer biografische informatie en informatie over gedrag. Hoewel over het laatste wordt gezegd dat dit na opname anders kan zijn dan in de thuissituatie.

Conclusie en aanbevelingen

Uit alle drie de onderzoeken blijkt dat de behoeften van de thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional niet op elkaar aansluiten. Door een contactmoment tussen beide voor en na opname ontstaat er een moment om vragen te stellen en is er een evaluatie. Tevens is er behoefte aan een gestandaardiseerde overdracht die uitgebreide informatie bevat die

aansluit bij de behoeften van de verpleeghuisprofessional. Beide interventies kunnen zorgen voor meer afstemming van behoeften tussen beide settingen, waarmee de continuïteit en kwaliteit van zorg bij de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase gewaarborgd kan worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding tot het onderzoek	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Onderzoeksdeelvragen	9
1.4 Doelstelling	9
2. Literatuuronderzoek: deelonderzoek 1	10
2.1 Zoekstrategie	10
2.2 Resultaten van literatuuronderzoek	11
2.3 Conclusie van literatuuronderzoek	13
3. Deelonderzoek 2 (Elena)	14
3.1 Onderzoeksmethode	14
3.1.1 Onderzoeksbenadering	14
3.1.2 Onderzoekspopulatie	14
3.1.3 Dataverzamelingstechniek	15
3.1.4 Data-analysemethode	15
3.1.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	16
3.2 Resultaten van het deelonderzoek	16
3.2.1 Benaderingswijze wordt als heel belangrijk gezien en biografische informatie als minder belangrijk	17
3.2.2 Overdracht bij crisisopname betekent werken onder extra tijdsdruk	18
3.2.3 Overdracht is gekenmerkt door inhoudelijke verschillen	19
3.2.4 Onduidelijkheid omtrent wie verantwoordelijk is voor de verpleegkundige overdracht	19
3.2.5 Communicatie tussen thuiszorg en verpleeghuis kan beter	20
3.3 Conclusie van het deelonderzoek	20
4. Deelonderzoek 3 (Linda)	22
4.1 Onderzoeksmethode	22
4.1.1 Onderzoeksbenadering	22
4.1.2 Onderzoekspopulatie	22
4.1.3 Dataverzamelingstechniek	23
4.1.4 Data-analysemethode	23
4.1.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	24
4.2 Resultaten van het deelonderzoek	24

4.2.1 Ontbrekende overdracht wijkverpleegkundige en overige zorgverleners	25
4.2.2 Zorgtrajectbegeleider	25
4.2.3 Inhoud van informatieoverdracht	26
4.3 Conclusie van het deelonderzoek	27
5. Conclusie	29
6. Discussie.....	30
7. Aanbevelingen.....	32
Bronnenlijst	33
Bijlage 1 Literatuurstudie zoektermen	35
Bijlage 2 Originele definities van de MeSH-termen	36
Bijlage 3 Informatiebrief deelonderzoek Thuiszorg.....	37
Bijlage 4 Interviewgide Thuiszorg	38
Bijlage 5 Informatie brief deelonderzoek Verpleeghuis	42
Bijlage 6 Informed consent deelonderzoek Verpleeghuis.....	43
Bijlage 7 Interviewgide Verpleeghuis	44
Bijlage 8 Beoordeling van de kwaliteit van de literatuurselectie	49
Bijlage 9 Thematische analyse van kwalitatieve data: theorie samenvatting.....	50

1. Inleiding

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015) geeft aan dat de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen op dit moment niet voldoende gewaarborgd is. Het gaat hierbij om de continuïteit van zorg bij de overdracht vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen. Van deze kwetsbare ouderen (ouder dan 65 jaar) lijdt circa vijf procent aan een vorm van dementie. Dat betekent dat in Nederland ruim 200.000 mensen lijden aan een vorm van dementie. Dementie is een toestandsbeeld waarbij de hersenen beschadigd zijn en bepaalde functies van de hersenen niet goed meer werken. Het toestandsbeeld is zo ernstig dat het dagelijks functioneren verstoord is (Hazelhof, Garenfeld & Verdonschot, 2011). Dementie is een levensbedreigende aandoening en niet te genezen, hierdoor is de zorg niet gericht op genezing, maar op kwaliteit van leven. De Wereldgezondheidsorganisatie zegt hierover het volgende:

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.
(Feldman, 2011, p.242)

Bij overname van een palliatieve cliënt met dementie in de thuissituatie naar het verpleeghuis gaat er veel informatie verloren, is de conclusie van project “Verbinding palliatieve zorg en dementie” (Stichting Drechtzorg, 2016).

Goede verslaglegging blijkt van belang voor de verpleegkundige overdracht van iedere cliënt, ook in de palliatieve fase. De Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (2011) zegt over de verpleegkundige of verzorgende overdracht dat dit een schriftelijke eindevaluatie van het zorgproces is. De zorgprofessional stelt de overdracht op bij overplaatsing van de cliënt naar een andere afdeling of instelling. De overdracht moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorg waarborgen door dié informatie door te geven die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten.

Uit een onderzoek van Schweitzer (2013) naar de communicatie binnen de palliatieve zorg, blijkt dat de overdracht van cliënten (met en zonder dementie) tussen zorgprofessionals door onder andere onvoldoende communicatie wordt bemoeilijkt. Van der Molen (2017) deed onderzoek naar de overdracht tussen verpleegkundigen in verschillende zorgsettings. Conclusie is dat vaak specifieke inhoud in de overdracht ontbreekt en dat geen concrete afspraken zijn over hoe de overdracht plaatsvindt (op papier, digitaal of mondeling). De meest genoemde knelpunten zijn onvolledige informatie, geen overdracht of een onduidelijke overdracht. Bij opname is niet de verpleegkundige overdracht, maar zijn de cliënten en hun mantelzorgers vaak de belangrijkste bron van informatie voor professionals die betrokken zijn bij de verpleegkundige overdracht naar de nieuwe zorgsetting. Ook uit een rapport over informatie-uitwisseling binnen de gezondheidszorg (van der Wal, 2011) blijkt dat een van de meest voorkomende knelpunten het ontbreken van informatie is.

De laatste jaren vinden er projecten plaats om de overdracht van palliatieve cliënten met dementie te verbeteren. In september 2017 is bij Zuyderland een vierjarig project gestart over de zorg voor mensen met dementie in de palliatieve fase. Het is een tweeledig project waarbij dit onderzoek aansluit op het deel dat zich richt op de samenwerking tussen disciplines betrokken bij mensen met dementie in de palliatieve fase. Met dit onderzoek willen de onderzoekers een bijdrage leveren aan de verbetering van de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase. Het gaat om de overdracht van de thuissituatie waarbij thuiszorg betrokken is, naar het verpleeghuis.

Het onderzoek is uitgevoerd in twee verschillende zorgsettings, beide bij een andere instelling en andere provincie. Deze keuze is gemaakt op basis van de haalbaarheid van het onderzoek, omdat beide onderzoekers in een andere instelling en provincie werkzaam zijn. Doordat cliënten met dementie in de palliatieve fase niet alleen binnen de eigen instelling en eigen regio verhuizen kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan het vormgeven van de verpleegkundige overdracht.

Een deel van het onderzoek vond plaats bij Zuyderland Zorgcentra in provincie Limburg. Zuyderland Zorgcentra is onderdeel van Zuyderland Medisch en Zorgconcern en bestaat uit verschillende locaties met verzorgings- en verpleeghuisafdelingen. Er zijn locaties met woningen voor psychogeriatrische cliënten en voor kortdurende opnames. Een onderzoeker werkt op locatie Hoogstaete in Sittard, op verpleeghuisafdeling kleinschalig wonen. Hier wonen 48 psychogeriatrische (PG) cliënten, verdeeld over acht woningen. Dit zijn zes cliënten per woning. Voor dit deelonderzoek zijn zorgprofessionals geïnterviewd werkzaam binnen locatie Hoogstaete, afdeling kleinschalig wonen.

De andere onderzoeker is een wijkverpleegkundige in opleiding bij ZuidZorg in Zuidoost Brabant, waar het andere deel van het onderzoek heeft plaats gevonden. ZuidZorg biedt allerlei soorten zorg, onder andere kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, huishoudelijke hulp en thuiszorg. Het spectrum van thuiszorg is groot en varieert van persoonlijke verzorging tot terminale thuiszorg. ZuidZorg telt 67 wijkteams, werkzaam in 17 steden/dorpen. Ieder wijkteam heeft 12 – 15 medewerkers die thuiszorg leveren aan 50 tot 60 cliënten. Voor dit onderzoeksdeel zijn leden van ZuidZorg wijkzorgteams geïnterviewd, waaronder twee teams uit Nuenen en drie teams uit Eindhoven, Stratum.

1.2 Probleemstelling

Uit de verschillende onderzoeken (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015; Schweitzer, 2013; Van der Molen, 2017) blijkt dat bij de overdracht van palliatieve cliënten met dementie van de ene instelling of zorgsetting naar de andere de continuïteit van zorg onvoldoende wordt gewaarborgd. Door ontbreken van informatie en continuïteit van zorg, wordt de kwaliteit van zorg negatief beïnvloed. Dit is een probleem voor cliënten met dementie, mantelzorgers, verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorgverleners. De cliënten en hun mantelzorgers ontvangen minder kwaliteit van zorg, omdat de verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorgverleners door onvoldoende informatie geen goede persoonsgerichte zorg kunnen leveren.

Hoofdvraag

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van verpleeghuis- en thuiszorgprofessionals bij verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?

1.3 Onderzoeksdeelvragen

Deelvraag literatuurstudie (Linda en Elena)

Welke bevorderende en belemmerende factoren worden in wetenschappelijke literatuur benoemd over de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg naar het verpleeghuis?

Deelvraag m.b.t. thuiszorg (Elena)

Hoe ervaren thuiszorgprofessionals binnen ZuidZorg de voorbereiding en de uitvoering van de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?

Deelvraag m.b.t. verpleeghuis (Linda)

Hoe ervaren verpleeghuisprofessionals binnen Zuyderland Zorgcentra de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?

1.4 Doelstelling

In juni 2018 hebben de onderzoekers een inventarisatie uitgevoerd van de ervaringen van de thuiszorgprofessionals van ZuidZorg en verpleeghuisprofessionals van Zuyderland Zorgcentra met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren rondom de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase. Daarbij worden er aanbevelingen gedaan ten behoeve van de verbetering van de verpleegkundige overdracht op de werkvloer.

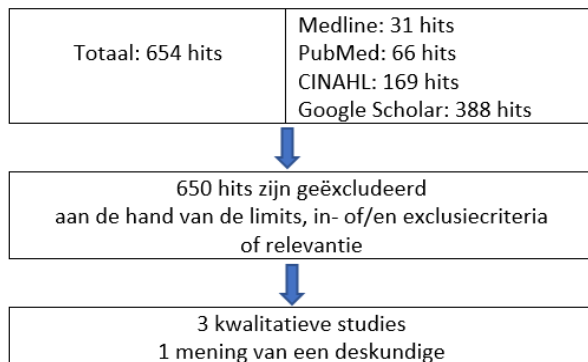
2. Literatuuronderzoek: deelonderzoek 1

Het literatuuronderzoek is gericht op beantwoorden van de volgende onderzoeksdeelvraag: “Welke bevorderende en belemmerende factoren worden in wetenschappelijke literatuur benoemd over de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg naar het verpleeghuis?”

2.1 Zoekstrategie

Er is gezocht naar wetenschappelijke literatuur waar het aspect van verpleegkundige overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuis naar een verpleeghuis wordt belicht. Om gericht te zoeken op de zorg zijn digitale databases die gezondheidszorg en verpleegkunde thematiek behandelen, geraadpleegd. Met name Medline, PubMed en CINAHL. Daarnaast is er in Google Scholar gezocht, omdat deze databank ook wetenschappelijke artikelen ter beschikking heeft.

Het toepassen van onderstaande zoek- en selectiestrategie heeft vier relevante artikelen opgeleverd (zie Figuur 1).



Figuur 1. Zoek- en selectiestrategie

Er is gezocht met behulp van de zoektermen uit de zoekvraag, de synoniemen en de bijbehorende Medical Subject Headings (MeSH). Omdat de meest recente literatuur nog niet altijd MeSH-termen bevat, is ook de Engelse vertaling van de zoektermen gebruikt (Bakker & van Buren, 2014). Alle zoektermen zijn in Bijlage 1 terug te vinden, extra informatie over de definities van de MeSH-zoektermen is in Bijlage 2 opgenomen. De inclusie- en exclusiecriteria staan in Tabel 1 vermeld.

Tabel 1

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriterium	Exclusiecriterium
Overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar een verpleeghuis.	Overdracht van of naar een ziekenhuis.

Hoewel deze criteria elkaars tegengestelde lijken te zijn, wordt door benoemen van bovenstaande exclusiecriterium specifiek aangegeven wat tijdens de literatuurzoektocht geëxcludeerd is geweest door middel van het toepassen van Booleaanse operator NOT en zoekwoord “ziekenhuis” of “hospital”. De overige zoektermen werden in combinatie met Booleaanse operator AND gebruikt om zoekopbrengst te beperken en in combinatie met OR - om zoekopbrengst te vergroten. Het gebruik van Booleaanse operatoren OR, AND en NOT

heeft meerwaarde, omdat deze operatoren de mogelijkheid bieden om zoektermen te combineren, om tegelijkertijd naar meerdere termen te zoeken en om bepaalde termen uit te sluiten.

Tijdens de zoektocht naar originele artikelen is beperkt tot de volgende limits: full tekst artikelen met abstracts, die via Fontys mediatheek gratis verkrijgbaar zijn. Gepubliceerd in het Nederlands, Duits of Engels, omdat deze talen door de onderzoekers beheerst worden. Om de validiteit te vergroten is ook een tijdslimiet toegepast: alleen artikelen die de afgelopen tien jaar zijn gepubliceerd, zijn in de literatuurstudie meegenomen.

Uit alle treffers hebben de onderzoekers een selectie van relevante literatuur gemaakt door onafhankelijk van elkaar titels en samenvattingen te lezen en te beoordelen om elkaars keuze niet te beïnvloeden en op die manier selectievertekening te voorkomen. Vervolgens werd gezamenlijk de relevantie en kwaliteit van artikelen gecontroleerd (Migchelbrink, 2014). Hierbij werd rekening gehouden met de Levels of evidence uit de CBO-beoordelingsformulieren (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007), zie Bijlage 8. Definitief besluit om gevonden literatuur wel of niet mee te nemen in de literatuurstudie is gemaakt aan de hand van relevantie (in hoeverre geeft het artikel een antwoord op de vraag van de literatuurstudie).

2.2 Resultaten van literatuuronderzoek

Uit literatuuronderzoek van vier artikelen blijkt dat de bevorderende en belemmerende factoren onder te verdelen zijn in inhoudelijke communicatie en in coördinatie van zorg (Heid-Grumban, 2013; Kuske et al., 2016; Robinson et al., 2009; Van Mierlo et al., 2015).

Inhoudelijke communicatie

Volgens Heid-Grumban (2013) draagt een persoonsgerichte benadering tijdens de voorbereiding en uitvoering van de overdracht bij aan goede zorg en goede kwaliteit van leven voor de cliënt met dementie in de palliatieve fase. Een persoonsgerichte benadering houdt onder andere in dat de zorgprofessional de cliënt met dementie kent als individu; zij weet bijvoorbeeld hoe de cliënt gekalmeerd kan worden bij onrust, hoe hij of zij getroost kan worden bij pijn en welke activiteiten iemand leuk vindt om te doen. Daarom is het belangrijk om zo veel mogelijk informatie over de cliënt te hebben voordat de overdracht plaats vindt. De meest besproken belemmering is daarentegen het ontbreken van informatie (Heid-Grumban, 2013; Robinson et al., 2009). Verpleeghuisprofessionals verantwoordelijk voor de opname vinden het ontbreken van uitgebreide overdrachtsinformatie belemmerend, onder andere omdat het veel tijd kost om aan deze informatie te komen. Zij geven daarnaast aan dat het ontbreken van uitgebreide informatie belemmerend is om passende zorg te kunnen leveren. Zij missen informatie over het functioneren in het dagelijks leven, gedrag, een medische voorgeschiedenis, medicatie en/of diagnose.

Uit onderzoek van Van Mierlo et al. (2015) blijkt dat het hebben van biografische informatie over de cliënt ervoor zorgt dat er een meer compleet beeld van de cliënt ontstaat en dat de zorgprofessionals zich beter kunnen inleven in de belevingswereld van de cliënt. De biografische informatie draagt bij aan een passende, persoonlijke benadering naar de cliënt met dementie. Ook uit onderzoek van Robinson et al. (2009) blijkt dat er behoefte is aan de biografische informatie van de cliënt met dementie. Met name demografische informatie, informatie over levensstijl en beroep dragen bij aan het afstemmen van de zorg voor de cliënt.

Volgens Heid-Grumban (2013) krijgen de zorgprofessionals die daadwerkelijk met de cliënt gaan werken zelden informatie over hoe de nieuw opgenomen cliënt als individu is en hoe dementie zich in het leven van de cliënt manifesteert. De informatie bestaat vaak alleen uit fysieke en functionele capaciteiten, zoals wat iemand in het dagelijks leven nog kan. In sommige situaties is meer persoonlijke informatie beschikbaar, maar wordt deze niet gedeeld met de zorgprofessionals die direct met de cliënt gaan werken.

Uit onderzoek van Robinson et al. (2009) blijkt dat wanneer informatie over de fysieke en functionele capaciteiten van de cliënt wordt overgedragen, het afstemmen van de zorg wordt bevorderd. Deze informatie draagt bij aan een goede plaatsing van de cliënt op een afdeling die bij diegene past. Om aan deze informatie te komen is het waardevol om de cliënt in zijn/haar eigen leefomgeving te observeren. Dit kan door middel van een huisbezoek voorafgaand aan de opname. Hierover wordt gezegd dat de cliënt dan meer ontspannen is en hierdoor beter gezien kan worden wat iemand nog kan.

Een andere bevorderende factor met betrekking tot de inhoudelijke communicatie is het verkrijgen van informatie van familieleden. Zeker bij het controleren of de informatie verkregen door de cliënt klopt, is de beschikbaarheid van familieleden bevorderend. Het komt namelijk regelmatig voor dat de cliënt met dementie onvoldoende ziekte-inzicht heeft en zijn/haar eigen capaciteiten niet goed kan inschatten (Robinson et al., 2009).

Coördinatie van zorg

Een factor in de overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase is op welke manier de informatie wordt overgedragen. Dit wordt bevorderd door ervoor te zorgen dat de overgedragen informatie begrijpelijk is voor alle zorgprofessionals en deze beschikbaar is vóór dat de cliënt opgenomen wordt. Het is belemmerend dat de schriftelijke overdracht niet consequent gelezen wordt en de mondelinge overdracht niet altijd gericht is aan de zorgprofessional voor wie deze bedoeld is. Daarnaast bereikt de informatie niet altijd alle teamleden, zoals parttime medewerkers of uitzendkrachten (Heid-Grumban, 2013). Uit onderzoek van Robinson et al. (2009) blijkt dat de verpleegkundige overdracht belemmerd wordt doordat disciplines vaak van elkaar niet weten dat ze betrokken zijn bij een cliënt. Hierdoor kan er dubbele zorg geboden worden en is er geen goed beeld van welke zorg iemand krijgt. Als deze informatie bekend zou zijn, dan zou er meer passende zorg geregeld kunnen worden voor de cliënt.

Van Mierlo et al. (2015) heeft onderzoek gedaan naar het effect van een contact moment tussen wijkverpleegkundige en verpleeghuisprofessional binnen zes weken na de overdracht. Dit face-to-face contactmoment draagt bij aan de coördinatie van zorg voor mensen met dementie in de palliatieve fase. De wijkverpleegkundigen geven aan dat de verpleeghuisprofessionals met name veel hebben aan de aanvullende informatie over hoe de cliënt was en hoe de thuissituatie was. Bij complexe thuissituaties kan de wijkverpleegkundige een beter beeld geven over de cliënt en de betrokken familie aan de verpleeghuisprofessional. Doordat familieleden vaak verschillend over de situatie denken en in eerste instantie terughoudend kunnen zijn naar de verpleeghuisprofessional, is deze aanvullende informatie waardevol. Belemmerend in dit onderzoek is dat verpleeghuisprofessionals niet op de hoogte zijn van het doel van het contact moment waardoor zij de evaluatie niet kunnen voorbereiden. Hierdoor wordt er minder informatie

overgedragen dan mogelijk is. Een andere belemmerende factor in de verpleegkundige overdracht is de manier waarop wijkverpleegkundigen en verpleeghuisprofessionals naar hun werk en naar samenwerking met elkaar kijken. Wijkverpleegkundigen zien de terugkoppeling met het verpleeghuis niet als een taak met hoge prioriteit, en verpleeghuisprofessionals zijn niet gewend een terugkoppelend overleg met wijkverpleegkundigen te hebben. Daarnaast kiezen verpleeghuisprofessionals vaak een consult met een interne discipline in het verpleeghuis, in plaats van het consulteren van een wijkverpleegkundige.

Uit onderzoek van Heid-Grumban (2013) blijkt ook dat bij alle zorgprofessionals behoefte is aan een eenduidig systeem en proces dat in elke instelling gebruikt wordt. Het ontbreken van dit systeem belemmert de overdracht, omdat iedere setting gefocust lijkt op eigen behoeftes. Hierdoor is de communicatie tussen instellingen beperkt.

2.3 Conclusie van literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de bevorderende en belemmerende factoren veelal betrekking hebben op de inhoud van de communicatie en op de coördinatie van zorg. De inhoud van de communicatie rondom de overdracht wordt bevorderd door een persoonsgerichte benadering, waarbij er informatie is over de cliënt als individu, zoals biografische informatie. Het ontbreken van informatie is een grote belemmering voor de verpleegkundige overdracht. Zorgprofessionals willen weten hoe dementie zich in het leven van de cliënt manifesteert, het functioneren in het dagelijks leven, gedrag, een medische voorgeschiedenis, medicatie en/of diagnose, betrokken disciplines. Door het ontbreken van deze informatie kunnen zij geen passende zorg leveren en zich niet goed inleven in de belevingswereld van de cliënt.

Met betrekking tot coördinatie van zorg worden verschillende factoren benoemd. De informatie die binnenkomt moet begrijpelijk zijn voor de zorgprofessional die deze gebruikt en moet alle teamleden bereiken. Het afstemmen van de zorg verbetert wanneer alle betrokken disciplines genoemd worden in het verpleegplan. Een contactmoment tussen wijkverpleegkundige en verpleeghuisprofessionals na opname van de cliënt bevordert de kwaliteit van de overdracht, omdat op deze manier meer informatie over de cliënt en de thuissituatie verworven wordt. Belemmerend is dat wijkverpleegkundigen de terugkoppeling met het verpleeghuis niet zien als een taak met hoge prioriteit, en verpleeghuisprofessionals zijn niet gewend een terugkoppelend overleg met wijkverpleegkundigen te hebben. Vaak wordt een interne discipline geconsulteerd, terwijl een wijkverpleegkundige meer informatie kan geven over de cliënt. Daarnaast is het belemmerend dat er een overstijgend systeem ontbreekt. Zorgprofessionals zijn alleen gefocust op hun eigen behoeften, en communiceren minder met andere instellingen.

3. Deelonderzoek 2 (Elena)

3.1 Onderzoeksmethode

Dit hoofdstuk presenteert de onderzoeksmethode van de volgende deelvraag: “Hoe ervaren thuiszorgprofessionals binnen ZuidZorg de voorbereiding en de uitvoering van de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”

3.1.1 Onderzoeksbenadering

Het doel van dit deelonderzoek is inzicht te verkrijgen op de manier waarop thuiszorgprofessionals binnen ZuidZorg de voorbereiding en de uitvoering van de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis ervaren. Aangezien dit onderwerp weinig onderzocht is en het over persoonlijke belevingen en ervaringen gaat, wat cijfermatig niet te beoordelen is, is voor kwalitatief beschrijvend onderzoek gekozen (Baarda, 2009).

3.1.2 Onderzoekspopulatie

Onder thuiszorgprofessionals worden verzorgenden, verpleegkundigen in de wijk, wijkverpleegkundigen en zorgtrajectbegeleiders verstaan. Omdat dit deelonderzoek binnen ZuidZorg is uitgevoerd, werd de doelpopulatie afgebakend tot ZuidZorg thuiszorgprofessionals. In 67 ZuidZorg wijkteams zijn circa 880 thuiszorgprofessionals werkzaam. Verpleegkundige overdrachten vanuit thuiszorg naar verpleeghuis, die betrekking hebben op cliënten met dementie in de palliatieve fase, worden door wijkverpleegkundigen en zorgtrajectbegeleiders voorbereid. Om deze redenen is de onderzoekspopulatie tot ZuidZorg wijkverpleegkundigen en de ingeschakelde zorgtrajectbegeleiders afgebakend.

Tabel 2

Inclusie- en exclusiecriteria voor ZuidZorg thuisprofessionals

Inclusie criterium	Exclusie criterium
- Wijkverpleegkundigen/ zorgtrajectbegeleiders. - Afgelopen 6 maanden minimaal één overdracht voorbereid en uitgevoerd voor een cliënt met dementie in de palliatieve fase van thuis naar verpleeghuis.	- Helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in de wijk.

In ieder ZuidZorg team werken twee tot vier wijkverpleegkundigen. Dat wil zeggen dat de feitelijke doelpopulatie circa 200 wijkverpleegkundigen telt. Om praktische redenen was er geen aselechte steekproef getrokken (Bakker & van Buren, 2014). In plaats daarvan waren er tien wijkverpleegkundigen uit vijf ZuidZorg teams in Nuenen en Eindhoven (Stratum) en de zorgtrajectbegeleiders, die met deze vijf teams samenwerken, benaderd. De keuze van de bovengenoemde teams is gemaakt, omdat de twaalf benaderde thuiszorgprofessionals een representatief beeld geven van de doelgroep betreffende werkervaring. Uit tien benaderde wijkverpleegkundigen hebben er drie werkervaring in die functie tot vijf jaar, vier – tot vijftien jaar, en een – tot dertig jaar. Deze verhouding komt overeen met de werkervaring van de wijkverpleegkundigen, die in november 2017 bij ZuidZorg in dienst waren. De zorgtrajectbegeleiders, die in november 2017 bij ZuidZorg werkzaam waren, hadden ervaring

tussen zes en vijftien jaar, waaronder de twee uitgenodigde zorgtrajectbegeleiders. De vraag was of ze de laatste zes maanden een verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar een verpleeghuis hadden uitgevoerd (zie inclusie- en exclusiecriteria in Tabel 2).

3.1.3 Dataverzamelingstechniek

Thuiszorgprofessionals zijn face-to-face geïnterviewd over hun ervaringen met betrekking tot de voorbereiding en uitvoering van bovengenoemde verpleegkundige overdracht. Om de verwerking van de interviews te vergemakkelijken zijn geluidopnames gemaakt. Vooraf hebben alle respondenten een brief ontvangen met voor hen relevante onderzoeksinformatie en de voorwaarden waarmee zij zouden instemmen bij deelname aan dit onderzoek (Zie Bijlage 3 voor de informatiebrief). Bij aanvang van de interviews werd aan alle respondenten mondeling toestemming gevraagd voor het maken van geluidopnames. Alle respondenten hebben hiermee ingestemd door hun toestemming in het begin van hun geluidopname te benoemen.

Tijdens het interviewen werd ruimte geboden om de persoonlijke belevingen en ervaringen te delen. Om van het onderwerp “verpleegkundige overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase” niet af te wijken en om sociaal wenselijke antwoorden te verminderen werd een semigestructureerd interviewtechniek toegepast (Migchelbrink, 2014). Bovendien is door individueel interviewen de vertrouwelijke omgang met de verkregen informatie gegarandeerd, wat in een focus-groep niet altijd het geval is (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009).

Semigestructureerde interviews van thuiszorgprofessionals zijn afgenomen aan de hand van een vooraf ontwikkelde interviewgide met een topiclijst (Baarda, van der Hulst en de Goede, 2012). De topiclijst en de vragen van de interviewgide zijn gebaseerd op een kwalitatief onderzoek van Robinson et al. (2009), welke op de informatieoverdracht over cliënten met dementie gericht is. Daarbij is rekening is gehouden met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017). Om inhoudsvaliditeit van het onderzoeksmeeinstrument te garanderen zijn de topiclijst en interviewvragen nagekeken door de andere onderzoeker, peers en een expert - een ZuidZorg wijkverpleegkundige, die kwaliteitsverbetering in het takenpakket heeft, en aan de opdrachtgever voorgelegd (Bakker & van Buren, 2014). De interviewgide is in Bijlage 4 terug te vinden.

3.1.4 Data-analysemethode

De verzamelde data zijn aan de hand van het thematische analyse model van Braun en Clarke (2006) verwerkt (zie Bijlage 9). Eerst waren de opgenomen interviews volledig getranscribeerd. Vervolgens zijn de transcripten apart van elkaar gecodeerd en daarna per thema en per subthema inductief geclusterd. Hierna werd opnieuw kritisch naar de geclusterde thema's gekeken om fragmenten met elkaar te vergelijken. Mogelijke gemiste fragmenten per thema op te sporen en nagegaan in welke mate deze fragmenten de deelonderzoeksvraag beantwoorden. Naderhand kreeg ieder thema een definitieve titel en korte definitie. De resultaten van dit deelonderzoek zijn gepresenteerd in vorm gedefinieerde thema's en toegelichte subthema's met illustratieve citaten, allemaal in relatie tot onderzoeksvraag.

3.1.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

De eerste afgenomen interviews werden als proefinterviews gebruikt om de volgende onderzoeksinterviews te optimaliseren. Na het afnemen van proefinterviews werden een aantal vragen specifieker gemaakt en sommige vragen, die als onnodige herhalingen werden ervaren, weggelaten. De resultaten van de proefinterviews zijn in dit onderzoek ook meegenomen.

Van alle interviews waren geluidsopnames gemaakt, die vervolgens volledig waren getranscribeerd. Hierna kregen de geïnterviewde de transcripties van hun eigen interviews te lezen en controleerden of alles klopt (membercheck). Dit verhoogt de geloofwaardigheid van het onderzoek (Baarda, 2009). Medestudenten van de onderzoeker hebben een deel van de ruwe data van dit onderzoek volgens de zes stappen van Braun en Clarke (2006) geanalyseerd tijdens een workshop “Thematische analyse”. Vervolgens waren de resultaten van de medestudenten en de onderzoeker met elkaar vergeleken. Op deze manier – peercheck - is de validiteit van de deelonderzoekanalyse gewaarborgd (Migchelbrink, 2014).

Om betrouwbaarheid, plausibiliteit, verifieerbaarheid en transparantie van het onderzoek te garanderen zijn onderzoeksstappen digitaal vastgelegd in een onderzoekslogboek, waarin feitelijk uitgevoerde acties met betrekking tot dataverzameling, databewerking en data-analyse zijn vermeld (Baarda, 2009). Iedere keer wanneer databestanden veranderingen ondergingen, werd elke bewerking als een ander bestand opgeslagen, waarbij in de bestandsnaam duidelijk is aangegeven in welke van de bewerkingsstadia (opmaak of ruwe data, eerste bewerking, tweede bewerking enz.) het bestand zich bevindt.

3.2 Resultaten van het deelonderzoek

Acht face-to-face interviews zijn gehouden (zie Tabel 3), waarbij de duur van de afgenomen interviews tussen 19 tot 49 minuten varieerde. Vanwege privacy redenen zijn geslacht en leeftijd van de geïnterviewde niet vermeld.

Tabel 3

Geïnterviewde thuiszorgprofessionals

Totaal 5 ZuidZorg wijkteams uit Nuenen en Eindhoven (Stratum)	Aantal zorgtrajectbegeleiders	Aantal wijkverpleegkundigen
0 t/m 5 jaar ervaring in de huidige functie	0	1
6 t/m 15 jaar ervaring in de huidige functie	2	4
16 t/m 30 jaar ervaring in de huidige functie	0	1
Totaal:	2	6

Vier uit tien benaderde wijkverpleegkundigen voldeden niet aan het inclusie criterium: binnen afgelopen zes maanden hadden ze geen overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar een verpleeghuis uitgevoerd.

Uit de interviews zijn vijf thema's naar voren gekomen. Deze vijf thema's zijn kort gedefinieerd en gesplitst in subthema's (zie paragraaf 3.2.1 – 3.2.5).

3.2.1 Benaderingswijze wordt als heel belangrijk gezien en biografische informatie als minder belangrijk

Er wordt veel waarde gehecht aan de benaderingswijze tijdens lichamelijke zorg

Veel thuiszorgprofessionals benoemen in de overdracht welke benaderingswijze bij lichamelijke verzorging van cliënten met dementie in de palliatieve fase door thuiszorg toegepast werd. Daarnaast wordt benoemd welke bijzonderheden omtrent gedrag van deze cliënten er zijn, omdat zij dit heel belangrijk vinden voor de goede voortzetting van de zorg.

“...Met name hoe doe je dat. Waar reageert de heer of mevrouw goed op. Moet je echt een beetje directief behandelen of juist met een grapje doen.” (Interview 8).

Overdracht over benaderingswijze tijdens medicatietoediening mag niet ontbreken

De meerderheid van de thuiszorgprofessionals vindt het belangrijk om cliënt-specifieke details door te geven met betrekking tot medicatietoediening. Zo kunnen ze ervoor zorgen dat het toedienen van medicatie in de andere setting ook optimaal verloopt.

“Bijvoorbeeld, transdermale pleister. Als we die op de voorkant... en hij pulkt en peutert dan willen we niet dat die op de voorkant geplakt wordt... Zulk soort dingetjes van die eigenaardigheden dat je zegt van nou als de zorg beter moet lopen moet je hier op passen, die dragen we dan over.” (Interview 5).

Overdragen van biografische informatie wordt als een mantelzorgerstaak gezien

Meerderheid van thuiszorgprofessionals verstaat onder biografische informatie een verhaal over levensloop van cliënt, waaronder info over ouders, broers, zussen, kinderen en wat de cliënt eventueel voor beroep heeft gehad. Thuiszorgprofessionals vinden biografische informatie van cliënt met dementie in de palliatieve fase niet altijd relevant voor de zorg die door de thuiszorg geleverd wordt. Biografische info staat voor hen los van de benaderingswijze.

“...Van die is opgegroeid in een gezin van vier kinderen en de is de oudste. Nee, thuiszorg maakt dat niet.” (Interview 3).

Zorgtrajectbegeleiders verzamelen biografische informatie via een heteroanamnese, maar niet iedereen benoemt het in de overdracht. Ze vinden dat biografische informatie het beste overgedragen kan worden door de originele bron van de heteroanamnese, met name, door de familie van de cliënt met dementie in de palliatieve fase.

“Dat vind ik ook echt een taak van de familie.” (Interview 8).

3.2.2 Overdracht bij crisisopname betekent werken onder extra tijdsdruk

Crisisopname gebeurt vaker en vereist een snelle overdracht

De meerderheid van de thuiszorgprofessionals heeft aangegeven dat ze vaak crisisopname van cliënten met dementie in de palliatieve fase van thuiszorg naar een verpleeghuis moeten meemaken.

“Heel veel mensen worden toch na een crisis opgenomen.” (Interview 4).

Crisisopname vindt plaats omdat er iets plotselings met cliënt met dementie in de palliatieve fase of met zijn of haar mantelzorger gebeurt. De meerderheid van thuiszorgprofessionals heeft aangegeven dat bij een crisisopname, zodra ze weten waar de cliënt naar overgeplaatst wordt, ze dezelfde dag een schriftelijke overdracht naar het verpleeghuis maken.

“Ik heb op zaterdag nog na mijn route de overdracht gemaakt en doorgestuurd. Zij is op zaterdag overgeplaatst.” (Interview 6).

Crisisopname maakt het de overdracht lastig

Een crisisopnamescenario houdt vaak in dat een huisarts bij een cliënt de diagnose dementie vaststelt, wanneer dementie al in een later stadium is. Er speelt veel, zoals probleemgedrag, trauma's of overbelasting van mantelzorger. De zorgtrajectbegeleider wordt dan te laat ingeschakeld. De zorgtrajectbegeleiding bestaat dan met de hoogste prioriteit uit het regelen van de indicatie en het zoeken naar een zo geschikt mogelijke verpleeghuisoptie. Dit scenario wordt door de respondenten als ongewenst ervaren.

“Als een huisarts aanmeldt dat een cliënt acuut moet worden opgenomen of zo. Ja, wij zijn niet voor acuut. Want ik kan niet acuut een indicatie aanvragen. Dat duurt toch altijd zes weken.” (Interview 2).

Overdracht in verband met een crisisopname ervaren sommige thuiszorgprofessionals als vervelend.

“Dat je pas op het laatste moment hoort wanneer iemand opgenomen wordt dus dan moet ik inderdaad meteen of meteen maar in ieder geval binnen een dag die overdracht klaar hebben en dat vind ik wel lastig.” (Interview 2).

3.2.3 Overdracht is gekenmerkt door inhoudelijke verschillen

Er zit veel variatie betreffende vorm en inhoud van de overdracht

Meerderheid van de thuiszorgprofessionals vindt het handig om ZuidZorg elektronisch cliënten dossier als bron van overdrachtsinformatie te gebruiken. Echter lijkt de inhoud van de verpleegkundige overdracht per situatie en per thuiszorgprofessional te verschillen, waarbij thuiszorgprofessionals zelf invulling geven aan welke informatie belangrijk is en wat in de overdracht naar het verpleeghuis komt te staan. Sommige thuiszorgprofessionals gebruiken voor de schriftelijke overdracht de informatie over het beeld van cliënt en het zorgplan precies zoals het in ZuidZorg elektronisch cliënten dossier staat opgeslagen. Andere thuiszorgprofessionals bereiden de schriftelijke overdracht voor door middel van het invullen van een formulier voor een transmurale overdracht aan de hand van elf patronen van Gordon. Andere thuiszorgprofessionals maken overdracht aan de hand van de vier domeinen, indien het verpleeghuis erom vraagt. Weer andere thuiszorgprofessionals vinden dat overdracht van wijkverpleegkundigen alleen over lichamelijke verzorging en verpleging en de benaderingswijze moet gaan, want dat is de zorg die thuiszorg werkelijk verleent, en dat de overdracht van zorgtrajectbegeleiders veel meer aspecten moet dekken, omdat zorgtrajectbegeleiders overstijgend werken. Soms sturen thuiszorgprofessionals hun overdracht met een begeleidende brief erbij om een en andere uit te leggen. Samenvattend, ieder thuiszorgprofessional volgt eigen gevoel over hoe de verpleegkundige overdracht moet zijn.

“Ik blijf het doen zoals ik denk dat het goed is.” (Interview 2).

Gestandaardiseerde overdrachtsformaat gewenst

Veel thuiszorgprofessionals hebben geen idee of er een gestandaardiseerde aanpak van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase van thuiszorg naar verpleeghuis bestaat.

“Ik weet niet of er een standaardisering binnen overdracht landelijk is. Zodat je landelijk overdracht meer uniform maakt.” (Interview 3).

Meerderheid van de thuiszorgprofessionals zou het prettig vinden als er eenduidige overdrachtseisen zouden zijn gesteld, omdat dit meer duidelijkheid schept.

“Nou het zou fijn zijn als alle verpleegthuizen eenzelfde format zouden hebben.” (Interview 2).

3.2.4 Onduidelijkheid omtrent wie verantwoordelijk is voor de verpleegkundige overdracht

Er is niet altijd eenduidigheid van mening over wie verantwoordelijk is voor de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase van thuis naar verpleeghuis. Meerderheid van de thuiszorgprofessionals geeft aan om zelf initiatief te nemen om de verpleegkundige overdracht te maken zodra verhuisdatum en verpleeghuis bekend zijn. Echter zeggen sommige respondenten dat de verantwoordelijkheid voor overdracht van de cliënten met dementie bij de zorgtrajectbegeleiders ligt, omdat ze meer met andere disciplines samenwerken en een completer beeld van de cliënt kunnen geven.

Een aantal thuiszorgprofessionals gaat ervanuit dat dit de taak van diegene is, die de cliënt het beste kent, bijvoorbeeld zorgcoördinator van de cliënt. Deze meningsverschillen omtrent verantwoordelijkheid geven bij aantal thuiszorgprofessionals onzekerheid.

“Was ook een beetje onduidelijkheid wie gaat dat doen.” (Interview 6).

3.2.5 Communicatie tussen thuiszorg en verpleeghuis kan beter

Initiatief van een van de zorgzettingen tijdens de voorbereiding van de overdracht

In het geval van een geplande opname worden thuiszorgprofessionals door het verpleeghuis benaderd. Zo niet, neemt de meerderheid van de thuiszorgprofessionals zelf het initiatief om een paar dagen voor de opname het verpleeghuis te bellen. Ze verplaatsen zich in de rol van een verpleeghuisprofessional en proberen voor te stellen wat de verpleeghuisprofessional zou willen weten over de nieuwe cliënt.

“Eén of twee dagen ervoor bel ik ze op. Dan kunnen zij zich voorbereiden, ik zou het zelf prettig vinden om me voor te bereiden op wie komt hier wonen.” (Interview 7).

Na de overdracht: thuiszorgprofessionals hebben een behoefte aan een terugkoppeling betreffende hun overdracht

Na de overdracht is een terugkoppeling vanuit verpleeghuis zeer zeldzaam. Op één na hebben alle geïnterviewde aangegeven dat ze na verpleeghuisopname van cliënt met dementie in de palliatieve fase geen terugkoppeling vanuit verpleeghuis hebben gehad met betrekking tot de thuiszorgoverdracht. Zonder terugkoppeling wordt door de meeste thuiszorgprofessionals geen zekerheid ervaren over de volledigheid van de informatie van hun verpleegkundige overdracht.

“Ik zou willen weten of wat ik doe voldoende is. Ik krijg geen terugkoppeling.” (Interview 2).

Aantal thuiszorgprofessionals beschouwen afwezigheid van een terugkoppeling als een teken dat hun verpleegkundige overdracht genoeg informatie bevat om de zorg van een cliënt met dementie in de palliatieve fase in een verpleeghuissetting te continueren.

“Als wij een goede overdracht schrijven dan moet het verpleeghuis daar eigenlijk gewoon voldoende handvaten hebben om die cliënt over te nemen.” (Interview 1).

3.3 Conclusie van het deelonderzoek

Aan de hand van de resultaten van dit deelonderzoek wordt een antwoord gegeven op de vraag: “Hoe ervaren thuiszorgprofessionals binnen ZuidZorg de voorbereiding en de uitvoering van de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”

Thuiszorgprofessionals zijn zich ervan bewust dat een goede overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase veel waarde heeft voor de voortzetting van de zorg in de nieuwe setting - verpleeghuis. Dit is terug te zien in het feit dat de meeste thuiszorgprofessionals hun initiatief benoemen om contact te maken met verpleeghuis zodra

de opnamedatum bekend is. Een ander argument hiervoor is dat de meerderheid van de thuiszorgprofessionals zegt dat ze in hun overdracht de benaderingswijze met betrekking tot lichamelijke verzorging en medicatietoediening beschrijven, wat voor mensen met dementie in de palliatieve fase essentieel is.

Echter zijn er aantal factoren, die thuiszorgprofessionals als vervelend ervaren. Ten eerste, moet de overdracht steeds vaker met spoed geschreven worden vanwege tijdsdruk gerelateerd aan steeds vaker voorkomende crisisopnames. Als gevolg hiervan bestaat een kans dat belangrijke informatie niet benoemd wordt in de overdracht.

Ten tweede, sommige thuiszorgprofessionals ervaren onduidelijkheid over wie eindverantwoordelijk is voor de volledige verpleegkundige overdracht: zorgtrajectbegeleider, wijkverpleegkundige of zorgcoördinator. Het gevolg hiervan is dat iedere zorgprofessional eigen keuzes maakt over de mate van eigen verantwoordelijkheid, waardoor volledigheid en prioriteit van de verpleegkundige overdracht van thuiszorg naar verpleeghuis mogelijk negatief kan worden beïnvloed.

Ten derde, veel thuiszorgprofessionals weten niet of er een gestandaardiseerde overdracht van thuiszorg naar verpleeghuis bestaat. Hierdoor wordt de verpleegkundige overdracht op diverse manieren geschreven, waarbij ieder thuiszorgprofessional vaak zelf bepaalt welke informatie van belang zou zijn voor het voortzetten van de zorg voor cliënt met dementie in de palliatieve fase na de opname in het verpleeghuis. Waarschijnlijk wordt daardoor biografische informatie door de meeste thuiszorgprofessionals niet in de overdracht beschreven, ook omdat veel thuiszorgprofessionals dit als taak voor de mantelzorger bestempelden. Vanwege ontbrekende standaardisatie van de overdracht van thuiszorg naar verpleeghuis, hebben de overdragende thuiszorgprofessionals onvoldoende duidelijkheid of alle onderwerpen die voor de overdracht naar verpleeghuis van belang zijn, volledig zijn toegelicht.

Bovendien, het feit dat er na de overdracht zo goed als nooit een terugkoppeling van het verpleeghuis komt geeft bij de ene thuiszorgprofessional onzekerheid, terwijl een ander een conclusie trekt dat de verpleegkundige overdracht goed genoeg is geweest om de continuïteit van zorg voor de pas opgenomen cliënt met dementie in de palliatieve fase te kunnen waarborgen.

4. Deelonderzoek 3 (Linda)

4.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek geeft antwoord op deelvraag drie: “Hoe ervaren verpleeghuisprofessionals binnen Zuyderland Zorgcentra de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”

4.1.1 Onderzoeksbenadering

Om deelvraag drie te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, er is gevraagd naar ervaringen van verpleeghuisprofessionals. Deze ervaringen gaan over een verpleegkundige overdracht die in het verleden uitgevoerd is, daardoor is het een retrospectief onderzoek. Het onderzoek is beschrijvend, omdat over het onderwerp, de verpleegkundige overdracht, nog niet veel bekend is binnen de instelling (Bakker & van Buuren, 2014).

4.1.2 Onderzoekspopulatie

Met dit onderzoek zijn uitspraken gedaan over zorgprofessionals in het verpleeghuis, betrokken bij de verpleegkundige overdracht. Het gaat om circa 95 zorgprofessionals werkzaam bij Zuyderland Zorgcentra, de feitelijke populatie (Bakker & van Buuren, 2014). Om tot een representatieve onderzoekspopulatie te komen zijn inclusiecriteria en een exclusie criterium opgesteld, zie Tabel 2.

Tabel 4

Inclusie- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie zorgprofessionals in het verpleeghuis.

Inclusiecriteria	Exclusie criterium
Zorgprofessionals werkzaam op de verpleegafdelingen bij Zuyderland Zorgcentra locatie Hoogstaete, kleinschalig wonen.	Zorgprofessionals betrokken bij een verpleegkundig overdracht vanuit andere setting dan de thuiszorg.
Zorgprofessionals welke het afgelopen 12 maanden minimaal één keer bij een verpleegkundige overdracht betrokken waren.	
Zorgprofessionals in de functie van Specialist Ouderengeneeskunde, unitmanager, zorgcoördinator, verpleegkundige, contactverzorgende.	

Er is gekozen alleen zorgprofessionals te includeren, die werkzaam zijn binnen locatie Hoogstaete kleinschalig wonen, en de afgelopen twaalf maanden betrokken zijn geweest bij een verpleegkundige overdracht. De locatie is gekozen vanwege praktische redenen en er is voor 12 maanden gekozen om te zorgen dat de onderzoekspopulatie groot genoeg was. Alleen de zorgprofessionals die direct betrokken zijn bij de verpleegkundige overdracht zijn geïnccludeerd, zij werken in de functie van: Specialist Ouderengeneeskunde, unitmanager, zorg coördinator, verpleegkundige, contactverzorgende. De Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) zorgt dat de medische voorgeschiedenis in het Elektronisch Cliënten Dossier staat en voert de medicatie in. Tevens geeft zij opdracht tot bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk van de cliënt. De unitmanager of zorg coördinator bereidt de opname voor op de afdeling en doet het opname gesprek. Zij zorgen er samen met de contactverzorgende of verpleegkundige

voor dat een eerste zorgleefplan en verzorgingsplan komt. Daarnaast regelen zij dat de opdrachten van de SOG uitgevoerd worden.

Nadat inclusiecriteria en exclusiecriteria zijn toegepast op de feitelijke populatie, bleven elf zorgprofessionals over. Deze onderzoekspopulatie is representatief voor de feitelijke populatie, omdat zij dezelfde werkwijze hanteren als andere locaties binnen Zuyderland Zorgcentra. Daarnaast zijn op andere locaties dezelfde disciplines vertegenwoordigd.

4.1.3 Dataverzamelingstechniek

Na bepalen van de onderzoekspopulatie kregen de zorgprofessionals een mail met informatie over het onderzoek en de vraag of zij willen deelnemen (bijlage 5). Nadat geen reactie is ontvangen op de eerste mail, is een tweede mail verstuurd. Vervolgens werden de zorgprofessionals die nog niet gereageerd hadden na de tweede mail persoonlijk benaderd. Voor dit kwalitatief onderzoek is gekozen om data te verzamelen via semigestructureerde interviews. Hiervoor is een interviewgide opgesteld, zie bijlage 7. Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews verkrijgt de onderzoeker diepgaande informatie over het onderwerp. Waarbij gebruikt wordt gemaakt van topics die vooraf vastgesteld zijn vanuit het literatuuronderzoek. Daarnaast is de mogelijkheid topics toe te voegen die uit voorgaande interviews belangrijk blijken. (Bakker & van Buuren, 2014). Tijdens het semigestructureerde interview is per topic een open beginvraag gesteld. Bijvoorbeeld: “Kunt u mij iets meer vertellen over het gebruik van checklists bij de verpleegkundige overdracht?”. Bij elk topic heeft de interviewer gevraagd naar de vooraf opgestelde subtopics als de geïnterviewde deze zelf niet spontaan aan de orde stelde (Bakker & van Buuren, 2014). Het interview werd afgenomen met deskundige professionals die goed geïnformeerd zijn over het onderwerp; zoals verpleegkundigen en verzorgenden, dit is een expertinterview (Baarda, van der Hulst en de Goede, 2012).

De interviews werden opgenomen als audiobestand en deze zijn bewaard door de onderzoeker. De deelnemers aan het onderzoek gaven mondeling toestemming voor het opnemen van het interview en schriftelijk voor het bewaren van de gegevens ten behoeve van dit onderzoek (informed consent), zie bijlage 6.

4.1.4 Data-analysemethode

Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van het zes-fasen model van Braun & Clarke (2006).

In de eerste fase zijn de audiobestanden uitgetypt, waarna niet relevante informatie is geschrapt. Niet relevante informatie is informatie die niet met het onderwerp te maken heeft. Na de bewerking is het bestand als een tweede versie opgeslagen. In de tweede fase is er door middel van post-its gecodeerd. De codes zijn delen van data die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Door de codes per onderwerp te groeperen zijn er thema's en sub thema's ontstaan, fase drie. In fase vier zijn de thema's herzien en zijn alleen thema's die de onderzoeksvraag beantwoorden overgebleven. Vervolgens is in fase vijf beschreven wat elk thema inhoudt. In fase zes is de deelvraag beantwoord door een samenhangend verhaal van de informatie te schrijven waarbij er gebruikt is gemaakt van de citaten die de thema's het best illustreren (Braun & Clarke, 2006).

4.1.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

De onderzoekspopulatie is per mail benaderd met informatie over het onderzoek en de vraag of zij willen deelnemen aan dit onderzoek (bijlage 5). Om te voorkomen dat er response-bias ontstaat zijn degenen die wel een mail hebben ontvangen, maar niet gereageerd hebben ook persoonlijk benaderd (Bakker & van Buuren, 2014). De geselecteerde onderzoeksgroep is een heterogene groep bestaande uit diverse disciplines met een verschil in opleiding en opleidingsniveau. Daarbij is een andere visie door het verschil in takenpakket rondom de verpleegkundige overdracht. Hierdoor heeft de onderzoeker meer diverse informatie verkregen, wat bijdraagt aan de externe validiteit van dit onderzoek (Bakker & van Buuren, 2014). De onderzoeksresultaten zijn hierdoor namelijk beter te generaliseren.

De interviewvragen die gesteld werden, zijn opgesteld aan de hand van topics die uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen (bijlage 7). De interviewvragen werden vervolgens nog beoordeeld door twee experts binnen Zuyderland Zorgcentra. Beide experts hebben ruime ervaring met het uitvoeren van onderzoek binnen de gezondheidszorg. Met deze expert validiteit is de inhoudsvaliditeit van interview vergroot (Bakker & van Buuren, 2014). De interviews zijn opgenomen als audiobestand en vervolgens is een transcriptie gemaakt. Deze transcriptie is voorgelegd aan de geïnterviewde. Deze membercheck verhoogt de validiteit van de verzamelde gegevens (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Vanuit het transcript werden fragmenten gecodeerd en vervolgens gethematiseerd. Bij elke stap in dit proces werden de interviews als nieuwe versie opgeslagen en de oude versies werden gearchiveerd. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat elke stap te controleren is (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

4.2 Resultaten van het deelonderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van het onderzoek dat antwoord geeft op deelvraag twee: Hoe ervaren verpleeghuisprofessionals binnen Zuyderland Zorgcentra de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?

Voor dit deelonderzoek zijn acht face-to-face interviews afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde interview guide, zie bijlage 7. De interviews duurden tussen 30 en 48 minuten en vonden plaats binnen locatie Hoogstaete.

Er zijn vier zorgprofessionals geïnterviewd met de functie contactverzorgende, drie daarvan zijn als verzorgende IG opgeleid (niveau drie), één als verpleegkundige (niveau zes). Twee zorgprofessionals met een coördinerende functie hebben deelgenomen, waaronder één unitmanager en één zorg coördinator. Er zijn twee Specialisten ouderengeneeskunde geïnterviewd, waarvan één nog in opleiding. De geïnterviewden hebben tussen de twee en 28 jaar werkervaring (gemiddeld 12,6 jaar) en de leeftijd is tussen de 26 en 48 jaar (gemiddeld 36,1 jaar).

Na het uitvoeren van de thematische analyse is de onderzoeker tot een aantal thema's gekomen. Deze zijn gericht op de overdracht van de verpleegkundige en andere zorgverleners, de zorgtrajectbegeleider en de inhoud van informatieoverdracht bij een opname vanuit de thuiszorg naar het verpleeghuis.

4.2.1 Ontbrekende overdracht wijkverpleegkundige en overige zorgverleners

Overdracht van wijkverpleegkundige ontbreekt in de meeste gevallen

Alle ondervraagden geven aan dat bij een opname vanuit de thuiszorg er in de meeste gevallen geen overdracht van een wijkverpleegkundige komt. De ondervraagden denken wisselend over het ontbreken van deze overdracht. Eén ondervraagde geeft aan de overdracht niet te missen, omdat er een overdracht van de zorgtrajectbegeleider is. Zij denkt wel dat het wel fijn is om een overdracht te krijgen wanneer de thuissituatie problematisch was. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt zorg mijdt, of wanneer er probleemgedrag was. Wat wel gemist wordt zijn de rapportages van de zorgprofessionals uit de thuiszorg. Bij interne opnames worden de rapportages met name geraadpleegd om meer te weten te komen over de verzorging en het gedrag van een cliënt. In tegenstelling tot een interne opname, is bij een opname vanuit de thuiszorg de rapportage niet ingevoerd in het Elektronisch Cliënten Dossier.

“Of wat misschien wel fijn zou zijn als je het één of twee dagen van te voren vanuit de thuiszorg kan inlezen. (Interview 2).

Bij één opname vanuit de zorgappartementen van de instelling kwam er een overdracht van de wijkverpleegkundige verbonden aan de zorgappartementen. De twee ondervraagden die de overdracht van de intramurale verpleegkundige hebben gekregen, gaven aan dat zij dit als prettig ervaarden. Hierdoor krijgen zij aanvullende informatie naast de intake van zorgservice (zorgtrajectbegeleider).

“De laatste mw. heb ik wel een overdracht gekregen vanuit de zorgappartementen, van de thuiszorg. Ik moet zeggen daar heb ik wel veel informatie uit kunnen halen”. (Interview 6)

Overdracht van overige betrokken zorgverleners wisselend

Alle ondervraagden geven aan dat zij geen overdracht ontvangen van overige betrokken zorgverleners, zoals een fysiotherapeut of diëtist. Wanneer de familie niet aangeeft dat andere zorgverleners betrokken zijn en het niet benoemd staat in het zorgleefplan dan is het voor de zorgprofessional op de afdeling niet bekend. Bij veel opnames is dit het geval, waardoor de zorg niet direct voortgezet wordt. De meeste ondervraagden vinden het storend dat er niet bekend is wie betrokken is. De helft van de ondervraagden benoemen dat het hierdoor wel eens voorkomt dat er “gaten in zorg” zijn. Dan krijgt iemand in de thuissituatie bijvoorbeeld bijvoeding van een diëtist, maar doordat er geen overdracht komt is dit niet bekend.

“Het zou fijn zijn als je weet welke discipline betrokken is en dat je daar dan ook een overdracht van krijgt. Dan weet je hoe je de zorg moet oppakken, ook voor de discipline die het hier overneemt.” (Interview 1).

4.2.2 Zorgtrajectbegeleider

Meningen over contact zorgtrajectbegeleider verschillen

Een aantal van de ondervraagden geeft aan dat zij voor opname contact hebben met de zorgtrajectbegeleider. Eén ondervraagde geeft aan maandelijks contact te hebben met de zorgtrajectbegeleider en de cliënten die bovenaan de wachtlijst staan te bespreken. Zij ervaart

dit contact als positief. Hierdoor heeft zij overzicht op wie mogelijk opgenomen gaan worden en wordt besproken of de cliënten op de wachtlijst passen binnen kleinschalig wonen. Hiermee wordt voorkomen dat iemand binnen de afdeling geplaatst wordt die beter op bijvoorbeeld een grootschalige afdeling kan worden opgenomen.

“Ze geeft al een stukje informatie over de casus, zodat ik al een beetje inzichtelijk krijg waar we mee te maken krijgen.” (Interview 7).

De meeste andere ondervraagden geven aan alleen een mutatiebericht van de zorgtrajectbegeleider te krijgen. Eén ondervraagde zou het fijn vinden voor de opname telefonisch contact te hebben met de zorgtrajectbegeleider. Tijdens dit gesprek kan zij aanvullende vragen stellen. Een ander geeft aan alleen een mutatie voldoende te vinden, omdat zij over het algemeen geen vragen heeft. In het mutatiebericht staat alleen algemene informatie over de cliënt, zoals naam en geboortedatum.

“Meestal, en dat is fijn, krijg ik een mail van de zorgtrajectbegeleider met informatie wie wordt opgenomen. (...) Word ik meestal niet gebeld, maar het zijn ook casussen waarbij ik niet zo veel vragen heb.” (Interview 8).

4.2.3 Inhoud van informatieoverdracht

Informatie overdracht is beperkt, maar wel voldoende voor opname

Alle ondervraagden geven aan dat er voldoende informatie aanwezig is om de opname te kunnen doen, maar dat het te beperkt is om een volledig beeld van de cliënt te krijgen. De informatie over het lichamelijk welbevinden ervaren de ondervraagden als voldoende. Alle ondervraagden geven aan dat wanneer iemand wordt opgenomen, opnieuw wordt geobserveerd wat iemand lichamelijk nog kan. Vaak blijkt dat iemand in de thuissituatie iets niet kan, ook doordat bepaalde hulpmiddelen ontbreken. Wanneer zij worden opgenomen wordt er soms een verbetering gezien, door de verandering van omgeving en doordat er hulpmiddelen zijn.

De meningen over informatie over het gedrag zijn tegenstrijdig. De meeste ondervraagden geven aan dat met name wanneer er gedragsproblemen ontstaan na de opname het wenselijk is dat over het gedrag in de overdracht meer informatie is. Zij vinden het storend dat deze informatie zo beperkt is. Wat men dan graag wil weten is hoe het gedrag in de thuissituatie was. Aan de andere kant geven alle ondervraagden ook aan dat doordat gedrag onvoorspelbaar is het niet nodig is om hier meer informatie over te krijgen in de overdracht.

“Dat krijg je wel op papier. Hoe een persoon echt is dat moet je toch de eerste weken uitvinden. Niet alles is te omschrijven denk ik.” (Interview 6).

De meeste ondervraagden geven aan behoefte te hebben aan meer biografische informatie over de cliënt. Er staat in de overdracht kort benoemd waar iemand gewoond heeft en of de cliënt getrouwd is (geweest), en of dat hij/zij kinderen heeft. En soms wordt het beroep nog genoemd. De ondervraagden komen vaak aan uitgebreide informatie door het aan de cliënt of de familie te vragen. Er wordt aangegeven dat deze informatie belangrijk is om aan te kunnen sluiten bij de belevingswereld van de cliënt.

“Maar je hebt vaak meer nodig dan een paar steekwoorden. Zeker als de mensen weer terug vallen, dan weet je waar ze het over hebben.” (Interview 2).

Proactieve zorgplanning geen onderdeel van verpleegkundige overdracht

Alle ondervraagden geven aan dat proactieve zorgplanning vrijwel niet in de overdracht van de zorgtrajectbegeleider is opgenomen. Alle ondervraagden geven aan dat zij dit niet storend vinden, omdat het ook na de opname besproken kan worden. Soms is wel een “Not To Be Reanimated” (NTBR) beleid in de thuissituatie besproken met de huisarts, dit staat dan in de overdracht. Andere beleidsafspraken dan het NTBR beleid worden vaak niet benoemd.

“Ik denk dat veel mantelzorgers het moeilijk vinden als iemand hier binnenkomt om het gelijk over de laatste levensfase te hebben. De opname zelf is al een hele drempel.” (Interview 1).

Huisbezoek is als prettig ervaren in verleden, maar wordt nu niet meer gedaan.

Bijna alle ondervraagden geven aan dat zij het een meerwaarde vinden als de contactverzorgende of zorg coördinator een cliënt voor opname thuis bezoekt. Zij geven aan dat dit een goede aanvulling kan zijn op de overdracht van de zorgtrajectbegeleider. Een aantal ondervraagden geeft aan dat zij dit als positief hebben ervaren op een andere werkplek. Cliënten zijn dan in hun vertrouwde omgeving, waardoor zij meer ontspannen zijn dan tijdens de opname. Een ondervraagde geeft aan dat zij vindt dat cliënt en familie dan meer informatie geven. Een aantal ondervraagden geven aan dat zij denken op die manier een beter beeld te krijgen van de cliënt, waardoor de overgang van thuis naar het verpleeghuis iets minder groot is. Doordat er een beter beeld van de cliënt ontstaat kan er beter geanticipeerd worden op de behoeften van de cliënt.

“Heeft het meerwaarde? Ja, want je weet dan vanuit welke situatie iemand dan komt. Dan kun je een beter beeld krijgen. (...) En dan zijn er dingen gezien je achteraf beter kan plaatsen.” (Interview 6).

4.3 Conclusie van het deelonderzoek

In dit deelonderzoek geeft de onderzoeker antwoord op deelvraag twee: “Hoe ervaren verpleeghuisprofessionals binnen Zuyderland Zorgcentra de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”.

Ten eerste wordt er geconcludeerd dat er bijna geen verpleegkundige overdracht plaats vindt. Dit wordt niet als storend ervaren, omdat er een overdracht van de zorgtrajectbegeleider komt. Wat wel belemmerend is tijdens een opname in het verpleeghuis is het ontbreken van de overdracht van overige disciplines. Zo is er vaak niet bekend wie er betrokken is en wat de behandeling in de thuissituatie was. Er wordt aangegeven dat het een meerwaarde zou zijn om

deze informatie wel te hebben, zodat de behandeling in het verpleeghuis voortgezet kan worden en de continuïteit van zorg gewaarborgd kan worden.

Ten tweede geven de ondervraagden aan dat het contact met de zorgtrajectbegeleider als prettig wordt ervaren. Het zou nog meerwaarde hebben als zij, naast het versturen van een mutatie bericht, ook telefonisch contact opneemt voorafgaand aan een opname.

Tot derde kan over de inhoud van de informatie van de zorgtrajectbegeleider geconcludeerd worden dat een aantal thema's meer aandacht nodig heeft. Over het algemeen kan men met de informatie de overdracht doen, maar is het te beperkt om een volledig beeld van de cliënt te krijgen. Met name over het gedrag in de thuissituatie en de biografische informatie wordt gezegd dat dit erg beperkt is. Een uitgebreidere beschrijving van dit thema zou er voor kunnen zorgen dat de verpleeghuisprofessionals beter om kunnen gaan met probleemgedrag. Aan de andere kant wordt over het gedrag gezegd dat dit kan veranderen na opname, waardoor het niet nodig is om hier meer informatie over te krijgen. Ook het lichamelijk functioneren kan anders zijn dan wat beschreven wordt in de overdracht van de zorgtrajectbegeleider. Hierover wordt aangegeven dat dit opnieuw beoordeeld wordt na opname en meer informatie niet verwacht wordt. Daarnaast wordt nog benoemd dat actieve zorgplanning op dit moment amper onderdeel is van de overdracht. De ondervraagden vinden dit niet storend, omdat zij van mening zijn dat dit ook na de opname besproken kan worden.

Tot slot wordt aangegeven dat een huisbezoek door een verpleeghuisprofessional als waardevol gezien wordt. Dit zou een goede aanvulling kunnen zijn op de bestaande overdracht. Het zou ervoor kunnen zorgen dat er een beter beeld van de cliënt gevormd wordt in de thuissituatie, waardoor men zich achteraf beter kan inleven in de cliënt. De cliënt heeft dan een eerste kennismaking met de professional van de afdeling, en door de ontspannen sfeer kan er meer informatie verkregen worden van de cliënt en de familie.

5. Conclusie

Door het samenvoegen van de bevindingen van de literatuurstudie de twee deelonderzoeken en wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: “Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van verpleeghuis- en thuiszorgprofessionals bij verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”.

Behoefte inhoud overdracht van thuiszorgprofessionals en verpleeghuisprofessionals sluit niet aan.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat verpleeghuisprofessionals willen weten hoe dementie zich in het leven van de cliënt manifesteert, het functioneren in het dagelijks leven, gedrag, een medische voorgeschiedenis, medicatie en/of diagnose en betrokken disciplines. Door de verpleeghuisprofessionals ondervraagd in deelonderzoek 3 wordt aangegeven dat zij graag uitgebreidere informatie zouden willen over biografische informatie en over het gedrag. Hoewel over het gedrag ook gezegd wordt dat dit kan veranderen na opname. Het functioneren vinden zij minder belangrijk, omdat dit na opname opnieuw beoordeeld wordt. Overeenkomstig met het literatuuronderzoek is dat zij meer informatie willen over betrokken disciplines, het is vaak niet bekend wie betrokken is en een overdracht ontbreekt. Uit deelonderzoek 2 blijkt dat thuiszorgprofessionals het belangrijk vinden om in hun overdracht de benaderingswijze met betrekking tot verzorging en medicatietoediening te benoemen. Beide onderwerpen worden ook in het literatuuronderzoek benoemd als belangrijke informatie. Uit het literatuuronderzoek en beide deelonderzoeken blijkt dat wat de thuiszorgprofessionals als belangrijk benoemen, niet goed aansluit bij wat de verpleeghuisprofessionals belangrijk vinden.

Contactmoment tussen thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional

Uit het literatuuronderzoek en beide deelonderzoeken is naar voren gekomen dat het voor de verpleegkundige overdracht bevorderend is dat er voor en na opname een contactmoment is tussen thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional. Uit beide deelonderzoeken blijkt dat er in de praktijk geen contactmoment is. Deze behoefte wordt door de thuiszorgprofessionals wel benoemd in deelonderzoek 2, waardoor het ontbrekende contactmoment een belemmerende factor is. In het literatuuronderzoek wordt benoemd dat dit een persoonlijk contactmoment is, uit beide deelonderzoeken blijkt dat dit ook telefonisch kan. Vóór de opname biedt het contact de mogelijkheid aan de verpleeghuisprofessional om vragen te stellen. Na de opname is dit contact een evaluatiemoment. Uit deelonderzoek 2 blijkt hier behoefte aan te zijn. Mede doordat er geen gestandaardiseerde overdracht is, zijn thuiszorgprofessionals onzeker over hun overdracht. Er is onduidelijkheid of alle onderwerpen die voor de verpleeghuisprofessional van belang zijn, volledig zijn toegelicht.

6. Discussie

In deze discussie beschrijven de onderzoekers de sterke en minder sterke kanten van het onderzoek.

Door het uitvoeren van het literatuuronderzoek, en onderzoek in zowel een thuiszorg setting en een verpleeghuis setting is er een vollediger beeld ontstaan van de verpleegkundige overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase. Door diverse zorgprofessionals met een andere opleiding, opleidingsniveau en takenpakket te interviewen is de heterogeniteit van de onderzoekspopulatie vergroot. Hierdoor hebben de onderzoekers meer diverse informatie verkregen, wat bijdraagt aan de externe validiteit van dit onderzoek (Bakker & van Buuren, 2014).

Door gebruik te maken van individuele interviews is ruimte geweest voor persoonlijke ervaringen van de ondervraagden en de mogelijkheid vragen toe te voegen naar aanleiding van voorgaande interviews. Bovendien is door individueel interviewen de vertrouwelijke omgang met de verkregen informatie gegarandeerd, wat in een focus-groep niet altijd het geval is (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009).

De onderzoekers hebben gemerkt dat wanneer naar ervaringen gevraagd wordt, vaak eerder een proces beschrijving van de gebeurtenis plaatsvindt in plaats van hoe iemand de gebeurtenis beleefd heeft. Wanneer de onderzoekers meer ervaring hadden gehad met interviewen was waarschijnlijk beter doorgevraagd. Hierdoor was meer diepgang in de interviews ontstaan.

Voorafgaand aan het onderzoek was bepaald dat geïnterviewd zou worden tot saturatie bereikt was. Dit is wanneer geen nieuwe informatie meer verkregen wordt (Bakker & van Buuren, 2014). Bij beide deelonderzoeken is geen saturatie bereikt, wat zorgt voor een verminderde validiteit. Dat geen saturatie is bereikt, komt in het deelonderzoek thuiszorg door weinig ervaring met interviewen en in het deelonderzoek verpleeghuis waarschijnlijk door de heterogeniteit van de onderzoekspopulatie. Er is een representatieve onderzoekspopulatie, maar het kan daardoor langer duren tot een saturatie bereikt wordt (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

Doordat beide deelonderzoeken bij een andere instelling, in een andere regio zijn uitgevoerd is de overdraagbaarheid van de onderzoeksresultaten discutabel. De onderzoekers weten niet of de resultaten hetzelfde zouden zijn geweest wanneer het onderzoek binnen eenzelfde instelling en regio zou hebben plaatsgevonden. De onderzoekers hebben door middel van expert review de inhoudsvaliditeit van de interviewvragen verhoogd (Bakker & van Buren, 2014). Daarnaast zijn van alle interviews geluidsopnames gemaakt en zijn de transcripties door de geïnterviewden gecontroleerd (membercheck). Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda, 2009). Alle stappen van de dataverzameling, bewerking en data-analyse zijn schriftelijk vastgelegd. Daarnaast zijn in de resultaten van het onderzoek de meest representatieve citaten uit de afgenomen interviews opgenomen. Beide zorgen voor het vergroten van de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009).

Bij deelonderzoek 2 hebben medestudenten van de onderzoeker een deel van de ruwe data volgens de zes stappen van Braun en Clarke (2006) geanalyseerd tijdens een workshop “Thematische analyse”. Vervolgens waren de resultaten van de medestudenten en de onderzoeker met elkaar vergeleken. Op deze manier – peercheck - is de validiteit van de deelonderzoekanalyse gewaarborgd (Migchelbrink, 2014).

Bij deelonderzoek 3 was in eerste instantie gekozen om alleen zorgprofessionals te selecteren die de afgelopen zes maanden betrokken waren bij een verpleegkundige overdracht. Doordat een te kleine onderzoekspopulatie ontstond is zes maanden gewijzigd naar twaalf maanden. Hierdoor kan re-call bias zijn ontstaan. Professionals zouden details over de overdracht niet goed meer kunnen herinneren (Bakker & van Buuren, 2014).

7. Aanbevelingen

Vanuit dit onderzoek geven de onderzoekers aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Contactmoment tussen thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional

Uit het onderzoek blijkt dat het wenselijk is dat er voor en na opname een contactmoment tussen thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional is.

Aanbeveling is om voorafgaand aan de opname naar het verpleeghuis de wijkverpleegkundige telefonisch contact op te laten nemen met het verpleeghuis. Hierbij is de gelegenheid om aandachtspunten te bespreken en vragen te beantwoorden. Binnen zes weken na opname wordt aanbevolen om de zorg coördinator of contactverzorgende van het verpleeghuis contact op te laten nemen met de wijkverpleegkundige. Ook dan kunnen vragen over de cliënt beantwoord worden, maar tevens is dit ook een evaluatie moment. Door deze aanbeveling kunnen de verpleeghuisprofessionals aanvullende informatie over de cliënt verkrijgen en krijgt de thuiszorgprofessional meer zekerheid over de overdracht doordat beter inzicht in de behoeften ontstaat.

Gestandaardiseerde overdracht

Uit dit onderzoek blijkt dat de thuiszorgprofessionals behoefte hebben aan een gestandaardiseerde verpleegkundige overdracht. Door het ontbreken hiervan ervaren zij onzekerheid over hun overdracht, omdat ze niet weten wat de behoeften zijn van de verpleeghuisprofessionals. Uit deelonderzoek 2 blijkt dat bij Zuidzorg geen gebruik wordt gemaakt van een gestandaardiseerde overdracht. Uit deelonderzoek 3 blijkt dat dit bij Zuyderland wel wordt gebruikt, maar dat de inhoudelijke informatie als beperkt wordt ervaren. Uit beide deelonderzoeken blijkt dat wat de thuiszorgprofessional belangrijk vindt, niet per se hetgeen is wat de verpleeghuisprofessional nodig heeft.

Aanbeveling is om een gestandaardiseerd overdracht formulier te ontwikkelen waarbij de behoeften van de thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional beter op elkaar aan sluiten. Door deze aanbeveling zou de continuïteit van zorg voor de cliënt met dementie in de palliatieve fase beter gewaarborgd kunnen worden. Tevens ontstaat hiermee een meer persoonsgerichte benadering, omdat er wordt voorzien in de informatie die nodig is om cliëntgerichte zorg te geven.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek was een beschrijvend onderzoek gericht op de verpleegkundige overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase. Een vervolgonderzoek zou gericht kunnen zijn op een best practice methode voor de verpleegkundige overdracht. Enerzijds kan onderzocht worden hoe het contactmoment tussen thuiszorgprofessional en verpleeghuisprofessional vormgegeven en geïmplementeerd kan worden. Anderzijds kan onderzocht worden hoe de overdracht gestandaardiseerd kan worden, waarbij deze passend is bij de behoeften van zorgprofessionals uit beide settings.

Bronnenlijst

- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (1e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., de Goede, M. & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. van der Hulst, M. & de Goede, M. (2012). *Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (3e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, E. & van Buren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp0630a
- Feldman, R. S. (2011). *Ontwikkelingspsychologie II. Levensloop vanaf de volwassenheid*. (5e ed.). Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Hazelhof, T., Garenfeld, W. & Verdonchot, T. (2011). *Dementie en psychiatrie*. (2^e ed.). Amsterdam: Reed Business.
- Heid-Grumban, J. (2013). Dementia, Care Transitions, and Communication: Sharing Information Is Key to Patient-Centered Care. *Journal of the American Society on Aging*, 37 (3), 97–99
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2015). *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd*. Geraadpleegd op 29 augustus 2017, op https://www.igz.nl/Images/2015-0608%20Rapport%20Continu%C3%AFteit%20van%20zorg%20voor%20kwetsbare%20ouderen%20ZH-VVT_tcm294-366374.pdf
- Kuske, S., Roes, M. & Bartholomeyczik, S. (2016). Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49 (5), 429–436. doi: 10.1007/s00391-015-0907-y
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 19 oktober 2017, op http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO_handl_totaal.pdf
- Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.
- Netwerk Palliatieve Zorg Waardenland en Ketenzorg Dementie Waardenland. (2016). *Notitie extra informatieoverdracht. Mensen met dementie van 1e naar 2e lijn*. Geraadpleegd op 29 augustus 2017, op <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/134/documenten/2015-09-03%20opzet%20memo%20def.docx>
- Robinson, A, Emden, C., Lea, E., Elder, J., Turner., P. & Vickers, J. (2009). Information

- issues for providers of services to people with dementia living in the community in Australia: breaking the cycle of frustration. *Health and Social Care in the Community*, 17 (2), 141–150. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00808.x
- Schweitzer, B. (2013). Op weg naar een nieuw model voor communicatie en overdracht in de palliatieve zorg. *Bijblijven*, 29 (7). doi: 10.1007/s12414-013-0066-2
- Stichting Drechtzorg. (2016). *Bestaande overdracht voor mensen met dementie uitgebreid*. Geraadpleegd op 29 augustus 2017, op <http://www.drechtzorg.nl/bestaande-overdracht-voor-mensen-met-dementie-uitgebreid/>
- Van Mierlo, L., Bootsma-Van der Wiel, A., Meiland, F., Van Hout, H., Stek, M. & Droes, R. (2015). Tailored mental health care after nursing home admission: improving transfers of people with dementia with behavioral problems. An explorative study. *Aging & Mental Health*, 19 (10), 902–911. doi: 10.1080/13607863.2014.977774
- Van der Molen, L. (2017). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Geraadpleegd op augustus 30, 2017, op <https://www.nictiz.nl/publicaties/rapporten/onderzoeksrapport-verpleegkundige-overdracht>
- Van der Wal, G. (2011). *Staat van de gezondheidszorg. Informatie-uitwisseling in de zorg*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geraadpleegd op augustus 30, 2017, op https://www.igz.nl/Images/2011-10%20Staat%20van%20de%20Gezondheidszorg%202011_tcm294-310059.pdf
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd op 29 augustus 2017, op <http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/20111129%20Richtlijn%20verslaglegging%208%20sept%202011.pdf>

Bijlage 1 Literatuurstudie zoektermen

Tabel 5

Literatuurstudie zoektermen

Nederlandse zoektermen uit de deelvraag	Nederlandse zoektermen/ Synoniemen	Engelse zoektermen	MeSH-termen
Verpleegkundige overdracht	Overdracht	Patient handover	Patient Handoff
Thuiszorg	Wijkzorg	Homecare	Home Care Services
Verpleeghuis	Instelling	Nursing Home	Residential Facilities
Cliënten met dementie in de palliatieve fase	Mensen met dementie in de palliatieve fase, Palliatieve cliënten met dementie	People with dementia	Patients Dementia Palliative Care
Ziekenhuis	Ziekenhuis	Hospital	Hospital

Bijlage 2 Originele definities van de MeSH-termen

Tabel 6

Originele definities van de MeSH-termen, gebruikt in de zoekstrategie van de literatuurstudie

MeSH-term	Definitie
Patient Handoff	The transferring of patient care responsibility from one health-care professional to another. Year introduced: 2013
Home Care Services	Community health and NURSING SERVICES providing coordinated multiple services to the patient at the patient's homes. These home-care services are provided by a visiting nurse, home health agencies, HOSPITALS, or organized community groups using professional staff for care delivery. It differs from HOME NURSING which is provided by non-professionals. Year introduced: 1967
Residential Facilities	Long-term care facilities which provide supervision and assistance in activities of daily living with medical and nursing services when required. Year introduced: 1968
Dementia	An acquired organic mental disorder with loss of intellectual abilities of sufficient severity to interfere with social or occupational functioning. The dysfunction is multifaceted and involves memory, behavior, personality, judgment, attention, spatial relations, language, abstract thought, and other executive functions. The intellectual decline is usually progressive, and initially spares the level of consciousness. Year introduced: 1981(1963)
Patients	Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures. Year introduced: /education was used for indexing 1966-1979
Palliative Care	Care alleviating symptoms without curing the underlying disease (Stedman, 25th ed.). Year introduced: 1996

Note. De tekst van de tabel is overgenomen van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Bijlage 3 Informatiebrief deelonderzoek Thuiszorg

Geachte mevrouw/heer, beste collega,
2018

Januari,

Graag vraag ik uw aandacht voor mijn afstudeer praktijkonderzoek over uw ervaring met de overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase, vanuit de thuiszorg.

Mijn naam is Elena van der Loop, ik ben wijkverpleegkundige in opleiding, werkzaam binnen ZuidZorg. Ter afronding van mijn opleiding tot hbo-verpleegkundige aan de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid doe ik samen met een onderzoekspartner een kwalitatief onderzoek naar de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie vanuit thuiszorg naar een verpleeghuis. Mijn deelonderzoek betreft de ervaringen van thuiszorgprofessionals, waaronder wijkverpleegkundigen en zorgtrajectbegeleiders.

De uitkomsten van ons onderzoek zullen bijdragen aan een vierjarig landelijk project over de zorg voor mensen met dementie in de palliatieve fase. Dit vierjarig project is in september 2017 bij Zuyderland Medisch Centrum (Limburg) van start gegaan. Het is een tweeledig project, waarbij een deel op de samenwerking tussen de verschillende disciplines betrokken bij mensen met dementie in de palliatieve fase zich richt. Dit deel willen mijn onderzoekspartner en ik nader gaan bekijken met een focus op de verpleegkundige overdracht tussen thuiszorg en verpleeghuis. Met dit onderzoek willen wij een bijdrage leveren aan de verbetering van de schriftelijke en mondelinge verpleegkundige overdracht van mensen met dementie. Het gaat om de overdracht van de thuissituatie, waarbij thuiszorg betrokken is, naar het verpleeghuis.

Via deze brief nodig ik u uit voor een interview over uw belevingen en ervaringen met betrekking tot de voorbereiding en uitvoering van de bovengenoemde overdracht. Door uw mening te delen helpt u om de overdracht van mensen met dementie van thuis naar verpleeghuis te verbeteren. Daarom stellen mijn onderzoekspartner en ik uw deelname aan dit interview zeer op prijs.

Het interview zal ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen. Tijdens het interview zal een geluidsopname worden gemaakt. De via de opnames verkregen informatie wordt geanonimiseerd zodat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem aan derden bekend gemaakt kunnen worden.

Graag zou ik een afspraak met u willen plannen om het interview met u af te nemen. Zou u dagen en tijdstippen van uw voorkeur naar mij willen mailen? Naar aanleiding hiervan ga ik binnen een week contact met u opnemen om het interview met u in te plannen.

Mocht u vragen hebben dan kunt u contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

Elena van der Loop - Marchenko

Wijkverpleegkundige i.o.

+31652444523

elenamarchenko@zuidzorg.nl

Bijlage 4 Interview guide Thuiszorg

Introductie	Doelgroep	De wijkverpleegkundigen die worden geïnterviewd zijn werkzaam bij ZuidZorg, locaties Nuenen en Eindhoven (Stratum). Zij hebben binnen afgelopen zes maanden minimaal één verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar een verpleeghuis uitgevoerd. Noteren: functie, werkervaring.
	Intro	Ten eerste, wil ik je bedanken dat ik jou mag interviewen. Zijn er nog vragen over de informatiebrief?
	Doel van het onderzoek	- Ik wil je kort toelichten over het interview en de onderwerpen. - Met dit interview neem jij deel aan een onderzoek over overdracht van mensen met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis. Mijn medestudente en ik gaan bij ZuidZorg en bij Zuyderland verschillende zorgprofessionals interviewen. In het deelonderzoek dat thuiszorg betreft wordt naar de ervaringen van wijkverpleegkundigen en zorgtrajectbegeleiders gekeken. Jouw verhaal is belangrijk voor dit onderzoek, het is een bijdrage aan de eventuele verbetering van de overdracht van de mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis.
	Onderwerpen	In dit interview komen volgende onderwerpen aan bod. ○ De voorbereiding van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis ○ De uitvoering van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase van thuiszorg naar verpleeghuis ○ Eerste beeldvorming: voorgeschiedenis en de huidige stand van zaken ○ Medische informatie: <i>Domein 3</i> ○ Informatie over gedrag: <i>Domein 4</i> ○ Biografische informatie/ persoonlijke informatie: <i>Domein 4 & 5</i> ○ Informatie over lichamelijk functioneren: <i>Domein 3</i> ○ Communicatie tussen verschillende zorgverleners: <i>Domein 1, principe 3 & 7</i> ○ Behoeftes m.b.t. verbetering van de overdracht
	Anonimiteit en vertrouwelijkheid	Alle gegevens van dit interview worden anoniem verwerkt. Jouw persoonlijke gegevens zullen niet gebruikt of genoemd worden. En alles wat jij tijdens dit interview vertelt gaat uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt worden.
	Opname	Ik ga vooral naar jou luisteren en af en toe doorvragen. Op mijn telefoon is een dictafoon app om dit gesprek op te nemen. Vanuit de wet is voorgeschreven dat ik jou eerst om toestemming vraag om dit interview op te kunnen nemen. Daarom vraag ik jou zo meteen, nadat ik de dictafoon-app aanzet, of jij toestemming geeft dat dit gesprek wordt opgenomen. Vind jij het goed dat dit gesprek wordt opgenomen?

Topics, centrale vragen en sub-vragen

	1. Algemeen (functie en voorbereiding)		Wat is jouw functie en hoe lang werk jij in die functie? Wat versta je onder palliatieve fase bij dementie? Wat is specifiek belangrijk in de palliatieve fase in transitie? Advanced care planning: <i>Domein 2.3</i> • Heb jij of je collega's gesprekken gevoerd over zorg in de laatste levensfase, behandelingen en wensen van de cliënten met dementie in de palliatieve fase? • Zijn deze vastgelegd? • Waar en hoe worden deze over gedragen? Hoe verloopt een overdracht normaal gesproken? Hoe ervaar jij de voorbereiding en uitvoering van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis? Zijn deze overdracht vaak in crisis of juist voorbereid? Wat is de belangrijkste rede voor opname in het verpleeghuis? Welke informatie is er volgens jou (minimaal) nodig om een goede overdracht te doen? <i>Domein 1, principe 1, 2, 3, 4, 5, 6 & 7</i>
	Verzamelen van de eerste beeldvormende informatie over cliënt met dementie in de palliatieve fase		Hoe verzamel jij de eerste beeldvormende informatie (voorgeschiedenis en de huidige stand van zaken) over cliënt met dementie? Welke informatiebronnen gebruik jij? En wanneer gebruik je ze? - Familie: - Mantelzorger <i>Domein 2.6</i> - Cliënt zelf (wordt de info gecontroleerd?) - HA (Hoe volledig is de verkregen medische info?) - Andere informatiebronnen Hoe en door wie wordt de verkregen informatie gecontroleerd? <i>Domein 1, principe 6 & 7,</i>
	Voorbereiding van de overdracht van	Informatie over diagnose en medische informatie	Als jij denkt dat jij medische info (diagnoses, behandelingen, voorgeschreven medicatie en eventuele opnames) mist, hoe ga je hier dan mee om? <i>2.1, criteria 6</i>
		Informatie biografische informatie	Hoe verzamel, check en verwerk jij biografische informatie van cliënt met dementie?
		Informatie over functioneren	Hoe verzamel, check en verwerk jij informatie over lichamelijk en cognitief functioneren van cliënt met dementie? <i>Domein 3 & 4</i>
		Informatie over overige zorgverleners	Hoe verzamel en verwerk jij informatie over andere zorgverleners van cliënt met dementie? <i>Domein 2.8</i>
		Communicatie tussen verschillende zorgverleners	Met wie werk jij samen tijdens het voorbereiden van de overdracht van thuiszorg naar verpleeghuis? Hoe ervaar jij de communicatie met andere zorgverleners? - Dubbele zorg - Dubbele informatieverzameling - 'Gaten' in de zorg of informatieverzameling <i>Domein 1, principe 2; Domein 2.7</i>
		Komt dat voor dat je een overdracht vanuit thuiszorg naar verpleeghuis moet voorbereiden en je zeer weinig/ alleen basisinformatie over cliënt hebt? Wat doe jij/wat zou jij doen?	
	Verbeterwensen m.b.t. voorbereiding van overdracht van mensen met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis		Wat zou jij het liefst verbeterd zien m.b.t. voorbereiding van de overdracht van mensen met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis? Hoe denk je dat die verbetering kan worden doorgevoerd?

Topics, centrale vragen en sub-vragen	2. Algemeen (uitvoering)		Hoe ervaar jij de uitvoering van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase van thuiszorg naar verpleeghuis? - Op welke manier gebeurt het hele proces van de daadwerkelijke overdracht? - Wat staat er precies in jullie overdracht? - Stuur jij info vooraf of op de officiële dag van de overdracht? - Hoe verloopt de dag van de overdracht? En wat is jouw deel daarin?
	Uitvoering van de overdracht	• <i>Medische informatie</i> • <i>Informatie over gedrag</i> • <i>Biografische informatie</i> • <i>Informatie over fysiek en lichamelijk functioneren</i>	Hoe wordt de overdracht van medische informatie van cliënt met dementie, de informatie over zijn gedrag, biografische informatie, informatie over fysiek en lichamelijk functioneren uitgevoerd en door wie?
		<i>Informatie over overige zorgverleners</i>	Hoe wordt de overdracht van de informatie over de afspraken met andere zorgverleners van cliënt met dementie uitgevoerd en door wie?
		<i>Communicatie tussen verschillende zorgverleners</i>	Met wie werk jij samen tijdens het uitvoeren van de overdracht van cliënt met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis? Hoe ervaar jij de communicatie met andere zorgverleners tijdens de uitvoering van de overdracht van cliënt met dementie in de palliatieven fase?
	Afsluiting overdracht	<i>Afhandeling eigen administratie</i>	Wordt de overdracht ook in binnen jullie eigen administratie opgeslagen? Zo ja, welke elementen dan?
		<i>Beschikbaar blijven voor verpleeghuis</i>	Kan het verpleeghuis na de overdracht nog terecht bij jullie met vragen? Zo ja, hoe is dit gecommuniceerd naar het verpleeghuis? Zo ja, hoe is dit intern afgesproken? Zo ja, hoe vaak komt dit voor? Zo nee, waarom niet?
	<i>Wensen m.b.t. verbetering van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg naar het verpleeghuis</i>		Wat zou jij graag verbeterd zien m.b.t. uitvoering van de overdracht van cliënten met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis? Hoe denk je dat die verbetering kan worden doorgevoerd?

Afsluiting	<i>Afsluiting interview</i>	Zou jij nog iets willen toevoegen aan dit gesprek? Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen, maar die jij wel belangrijk vindt? Wat vond jij van het interview?
	<i>Membercheck</i>	Het interview zal worden volledig uitgetypt. Als jij wil kan jij hier een uitdraai ervan ontvangen.
	<i>Bedanken</i>	Ik wil jou graag bedanken voor jouw tijd en jouw deelname aan het interview. Jouw verhaal is een belangrijke bijdrage aan het onderzoek naar de overdracht van mensen met dementie van thuis naar verpleeghuis.
	<i>Een telefoonnummer achterlaten voor als er nog vragen zijn</i>	Als jij nog vragen hebt, kan jij mij via e-mail of mijn mobielnummer bereiken.

1. Domein 1: kernwaarden en principes
2. Domein 2: structuur en proces
 - 2.1 markering
 - 2.2 gezamenlijke besluitvorming
 - 2.3 proactieve zorgplanning
 - 2.4 individueel zorgplan
 - 2.5 interdisciplinaire zorg
 - 2.6 mantelzorg
 - 2.7 coördinatie en continuïteit
 - 2.8 netwerk
 - 2.9 deskundigheid
 - 2.10 kwaliteit en onderzoek
3. Domein 3: fysieke dimensie
4. Domein 4: psychische dimensie
5. Domein 5: sociale dimensie
6. Domein 6: spirituele dimensie
7. Domein 7: stervensfase
8. Domein 8: verlies en rouw
9. Domein 9: cultuur
10. Domein 10: ethisch en juridisch

Bijlage 5 Informatie brief deelonderzoek verpleeghuis



Betreft informatiebrief over afstudeer praktijkonderzoek “Overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase: ervaring van zorgprofessionals in de thuiszorg en het verpleeghuis”.

Maart 2018, Sittard

Geachte heer/mevrouw, beste collega,

Graag vraag ik uw aandacht voor mijn afstudeer praktijkonderzoek over uw ervaring met de overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase, vanuit de thuiszorg.

Ik ben Linda Weijers en ik ben werkzaam als leerling verpleegkunde niveau zes binnen Zuyderland Zorgcentra, locatie Hoogstaete Kleinschalig Wonen. Voor het afronden van mijn bachelor verpleegkunde voer ik een praktijkonderzoek uit binnen Kleinschalig Wonen. Samen met mijn collega Elena Marchenko, werkzaam bij Zuidzorg in omgeving Eindhoven, doe ik onderzoek naar de ervaring van zorgprofessionals rondom de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuissituatie met thuiszorg naar het verpleeghuis. Voor mijn deel van het onderzoek wil ik graag antwoord gaan geven op de vraag: “Hoe ervaren verpleeghuisprofessionals binnen Zuyderland Zorgcentra de verpleegkundige overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis?”.

Daarvoor heb ik u als zorgprofessional nodig. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag wil ik graag een interview af gaan nemen. Het interview zal binnen locatie Hoogstaete plaatsvinden in een daarvoor gereserveerde ruimte. Tijdens het interview zullen vragen gesteld worden over onderwerpen met betrekking tot de overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg naar het verpleeghuis. Ik ben vooral geïnteresseerd in uw persoonlijke mening en ervaring, er bestaan daarbij geen verkeerde antwoorden. Het interview zelf duurt ongeveer een uur. Het interview zal met een audio recorder opgenomen worden en de gegevens zullen anoniem verwerkt worden in mijn afstudeer praktijkonderzoek. Na het interview krijgt u van mij een uitgeschreven samenvatting van het interview zodat u kunt controleren of het klopt wat opgeschreven is. De audio bestanden en schriftelijke uitwerking zullen nog zes maanden bewaard worden, waarna deze vernietigd worden.

Met de resultaten van mijn afstudeer praktijk onderzoek zou ik graag een bijdrage willen leveren aan de kwaliteit van zorg die wij als zorgprofessionals aan onze cliënten geven. Ik hoop dat u hier met mij aan wil meewerken door met mij in gesprek te gaan.

Graag zou ik u middels deze brief vragen om bij interesse om mee te werken, mij te contacteren via e-mail zodat we een interview kunnen inplannen.

Mocht u nog vragen hebben naar aanleiding van deze brief dan kunt u via onderstaand email adres, telefoonnummer of persoonlijk contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

Linda Weijers

Leerling verpleegkunde niveau 6

Zuyderland Zorgcentra, Hoogstaete Kleinschalig Wonen Telefoon: 06-13557218, Email:

l.weijers@zuyderland.nl

Bijlage 6 Informed consent deelonderzoek verpleeghuis



zuyderland



Informed Consent

Toestemmingsformulier

Indien u deelneemt aan een interview, dan zullen we u op het moment van het interview vragen om onderstaand formulier in te vullen.

“Overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase: ervaring van zorgprofessionals in het verpleeghuis”

Ik (ondergetekende) verklaar naar tevredenheid mondeling en schriftelijk (informatiebrief) geïnformeerd te zijn en geef hierbij toestemming om deel te nemen aan een interview voor het onderzoek naar de ervaring van zorgprofessionals met de overdracht van cliënten met dementie in de palliatieve fase, vanuit de thuiszorg.

Het staat mij vrij om deze toestemming op ieder door mij gewenst moment (schriftelijk) in te trekken.

Achternaam en voorletter(s):

Handtekening deelnemer:

Handtekening onderzoeker:

Datum: __/__/__

Datum: __/__/__

Bijlage 7 Interviewgide verpleeghuis

	Doelgroep	Zorgprofessionals die een uitnodiging hebben ontvangen zijn
--	------------------	---

		werkzaam op of verbonden met de verpleeghuisafdelingen van Zuyderland, locatie Hoogstaete. Zij waren de afgelopen zes maanden betrokken bij minimaal 1 opname van een cliënt met dementie in de palliatieve fase welke overgedragen is vanuit de thuissituatie met thuiszorg. De zorgprofessionals zijn werkzaam in de functie van; Specialist Ouderengeneeskunde, zorg coördinator, verpleegkundige, Eerste Verantwoordelijke Verzorgende, contactverzorgende. Noteren: functie, werkervaring, geslacht en leeftijd.
Introductie	Intro	Indien van toepassing, je voorstellen. Vraag of er nog vragen zijn over de informatiebrief. Informed consent laten tekenen
	Doel van het onderzoek	- Met dit interview neemt u deel aan een onderzoek over de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis. Mijn medestudente en ik gaan bij ZuidZorg en bij Zuyderland zorgprofessionals interviewen, die bij deze overdrachten betrokken zijn. - In het deelonderzoek dat het verpleeghuis betreft wordt naar de ervaringen van zorgprofessionals van het verpleeghuis gekeken. Uw ervaringen zijn belangrijk voor dit onderzoek, het is een bijdrage aan de verbetering van de overdracht van de mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit thuiszorg naar verpleeghuis. - Ik ga vooral naar u luisteren en af en toe doorvragen, om te zorgen dat we alle aspecten besproken hebben.
	Onderwerpen	In dit interview komen volgende onderwerpen aan bod. - o Omschrijving palliatieve zorg - o Algemene omschrijving overdracht - o Voorbereiding op overdracht - o Dag van de overdracht - o Na de overdracht - o Medische informatie - o Informatie over gedrag - o Biografische informatie - o Informatie over functioneren en welbevinden - o Informatie over overige zorgverleners - o Communicatie tussen verschillende zorgverleners - o Informatie over proactieve zorgplanning - o Behoeftes m.b.t. verbetering van de overdracht
	Anonimiteit en vertrouwelijkheid	Alle gegevens van dit interview worden anoniem verwerkt. De antwoorden gaan dus niet individueel naar u herleidbaar zijn. Alles wat u tijdens dit interview vertelt gaat uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt worden.
	Opname	Op mijn telefoon is een dictafoon app om dit gesprek op te nemen. Ik wil u eerst om toestemming vraag om dit interview op te kunnen nemen. Daarom vraag ik u zo meteen, nadat ik de dictafoon-app aanzet, of u toestemming geeft dat dit gesprek wordt opgenomen. Vind u het goed dat dit gesprek wordt opgenomen?
	Algemene doorvragen voor interviewer	Kunt u daar iets meer over vertellen? Kunt u daar een voorbeeld van geven? U zegt..., wat bedoelt u daar precies mee? Hoe ziet u dit terug?
	Omschrijving palliatieve	Wat verstaat u onder palliatieve zorg bij dementie?

<i>zorg</i>			(Toelichten dat in dit onderzoek palliatieve zorg begrepen wordt als: Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Bron: Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017) Het gehele interview heeft betrekking op palliatieve zorg voor mensen met dementie, ik wil u dan ook vragen om steeds deze populatie in gedachten te houden bij uw antwoorden op de vragen in dit interview.
<i>Algemene omschrijving overdracht</i>			Kunt u mij vertellen hoe een overdracht van een cliënt met dementie in de palliatieve fase, welke vanuit de thuissituatie met thuiszorg komt gaat?
<i>Vorbereiding op overdracht</i>			Hoe ervaart u de voorbereiding op een overdracht? Wat is de reden van opname (bijv. crisis of geplande opname) ?
<i>Dag van de overdracht</i>			Hoe ervaart u de dag van overdracht van een cliënt met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg?
<i>Topics</i>	<i>Dag van de overdracht van cliënt</i>	<i>Informatie over diagnose en medische informatie</i>	Welke informatie komt er over het algemeen binnen over de diagnose en overige medische informatie? Wat vindt u hiervan? In hoeverre is die informatie ook doorgekomen bij de cliënt en zijn mantelzorgers/naasten? Hoe ervaart u de verwachtingen van de cliënt en mantelzorger m.b.t. dementie?
		<i>Informatie over gedrag</i>	Krijgt u informatie over het gedrag van de cliënt? Waaruit bestaat die informatie? Wat wordt hiermee gedaan? Is dit voldoende om naar uw mening op goede manier zorg te kunnen geven?
		<i>Informatie biografische informatie</i>	Wordt er informatie gegeven over de sociaal culturele achtergrond van een cliënt? Hoe wordt hiermee omgegaan?
		<i>Informatie over functioneren en welbevinden</i>	Welke informatie krijgt u door over het fysiek functioneren of welbevinden van de cliënt? En over het psychisch functioneren of welbevinden? Wat wordt er met die informatie gedaan? Hoe ervaart u de informatie die gegeven wordt over het fysiek en psychisch functioneren en welbevinden van de cliënt? Heeft u het idee dat deze informatie: - up-to-date is? - Volledig is?
		<i>Informatie over overige zorgverleners</i>	Bij een cliënt zijn er verschillende zorgverleners betrokken, zoals bijvoorbeeld; mantelzorgers, thuiszorg, huisarts, POH somatiek/ggz, diëtiste, fysiotherapeut. Ziet u de betrokkenheid van verschillende zorgverleners terug in de

			overdracht? Op welke manier? Welke informatie krijgt u op de dag van opname over de betrokken zorgverleners bij deze cliënt? - Wat is de rol van de mantelzorgers voor de cliënt en tijdens de overdracht?
		Samenwerking en communicatie tussen verschillende zorgverleners	Met wie werkt u samen tijdens de overdracht van thuiszorg naar verpleeghuis? Op welke manier verloopt die samenwerking? (doorvragen, wat verloopt er goed, wat niet?) Hoe verloopt de communicatie met andere zorgverleners? En hoe ervaart u dat? - Doorvragen: dubbele zorg, dubbele informatieverzameling, “gaten” in de zorg (iedereen denkt dat het is geregeld, maar dit blijkt niet zo te zijn) Hoe ervaart u de communicatie met de mantelzorger/naasten tijdens de dag van overdracht?
		Informatie over proactieve zorgplanning	Kunt u mij vertellen wat proactieve zorgplanning inhoudt, ook wel bekend onder de naam Advance Care Planning? In dit onderzoek zien we pro-actieve zorgplanning als: “Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Bron: Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017) U kunt hierbij denken aan (niet-) behandel afspraken en andere levenseinde beslissingen, maar ook andere afspraken m.b.t. de stervensfase. Wordt er pro-actieve zorgplanning toegepast binnen deze organisatie? Zo ja, op welke manier? Welke plek heeft proactieve zorgplanning tijdens de overdracht? Hoe ervaart u de communicatie met de cliënt/mantelzorger over afspraken rondom proactieve zorgplanning? Zo nee, als we nog eens naar de uitleg kijken, zijn er misschien wel elementen van proactieve zorgplanning die terugkomen binnen deze organisatie? (kom met voorbeelden zoals niet-reanimeren beleid, evt. wilsverklaringen die in het verleden zijn opgesteld, gesprekken met familie over wat te doen bij verandering van gezondheidstoestand, ziekenhuisopnames of niet, sondevoeding of niet, etc. Worden deze afspraken ook vastgelegd?
		Spirituele dimensie, psychosociale ondersteuning	Als ik u vraag over de spirituele dimensie van zorg, waar denkt u dan aan? (Onder de spirituele dimensie van zorg verstaan we in dit onderzoek: Aandacht hebben voor, en patiënten en naasten ondersteuning bieden in de manier van omgaan met de ziekte, waarbij de confrontatie met de dood en beperkingen op fysiek, psychisch en/of sociaal gebied invloed hebben op

			het ervaren van doel en betekenis en levensbeschouwing.) Wordt hierbij stilgestaan bij de overdracht? Op welke manier? Welke informatie krijgt u hierover door in de overdracht? Hoe gaat u hiermee om? (opsplitsen hoe ze hiermee omgaan in de manier waarop zij zorg leveren aan de cliënt, met de naasten, en hoe ze dit overbrengen aan collega's of andere betrokken zorgprofessionals)
		Verbeterwensen m.b.t. dag van de overdracht van cliënt met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis	Wat vindt u dat er goed gaat tijdens de overdracht van cliënt met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis? Wat vind u dat er minder goed gaat tijdens de overdracht cliënt met dementie vanuit thuiszorg naar verpleeghuis? Wat zou u graag willen verbeteren? Hoe denkt u dat die verbetering kan worden doorgevoerd?
Na de overdracht			Hoe ervaart u de eerste weken na de overdracht van een cliënt met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg?
Topics	Terugkijkend op de overdracht	Informatie over diagnose en medische informatie	Is er in eerste instantie voldoende informatie of ontbreken er gegevens over de diagnose en overige medische gegevens? Hoe gaat u om met het ontbreken van gegevens?
		Informatie over gedrag	Is de omschrijving van het gedrag van de cliënt voldoende bij opname, of ontbreekt er informatie? Hoe gaat u om met het ontbreken van gegevens?
		Biografische informatie	Is er bij de opname voldoende informatie gegeven over de sociaal culturele achtergrond van een cliënt? o Doorvragen: waar blijkt dit uit?
		Informatie over functioneren en welbevinden	Is er voldoende informatie vanuit de thuiszorg gekomen over het fysiek en psychisch functioneren en welbevinden van de cliënt? - Is deze up-to-date?
		Informatie over overige zorgverleners	Blijkt achteraf na opname dat u een goed beeld hebt van alle zorgverleners die betrokken waren bij de cliënt in de thuiszorg? Komt het voor dat er na opname andere disciplines in consult gevraagd worden dan in de thuiszorg betrokken waren? Wat is de rol van de mantelzorgers de eerste weken na de overdracht?
		Communicatie tussen verschillende zorgverleners	Hoe ervaart u de communicatie met andere zorgverleners na de overdracht van cliënt met dementie in de palliatieve fase? - Doorvragen: dubbele zorg, dubbele informatieverzameling, “gaten” in de zorg (iedereen denkt dat het is geregeld, maar dit blijkt niet zo te zijn) Hoe ervaart u de communicatie met de mantelzorgers gedurende de eerste weken na de overdracht?
		Informatie over proactieve zorgplanning	Welke plek heeft proactieve zorgplanning in de eerste weken na de overdracht? Hoe ervaart u de communicatie over afspraken rondom

			proactieve zorgplanning in de eerste weken na de overdracht?
		Spirituele dimensie, psychosociale ondersteuning	Wordt er na de overdracht nog wel eens stilgestaan bij de spirituele dimensie van de cliënt? Op welke manier? (doorvragen, wordt er wel eens terug gegrepen op eerdere signalen? (van cliënt of van naasten) Worden er wel eens andere zorgprofessionals ingeschakeld bij bepaalde signalen (pastoraal werker, geestelijk verzorger, etc.)?
		Wensen m.b.t. verbetering van de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase vanuit de thuiszorg naar het verpleeghuis	Wat gaat er goed en wat gaat er minder goed de eerste weken na opname van een cliënt met dementie in de palliatieve fase? Wat zou u graag verbeterd zien in de eerste weken na de overdracht? Hoe denkt u dat dit aangepakt zou moeten worden?
Afsluiting	Afsluiting interview		Zou u nog iets willen toevoegen aan dit gesprek? Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel belangrijk vindt? Wat vond u van het interview?
	Membercheck		Het interview zal volledig uitgetypt worden en daarna samengevat. U ontvangt hier een kopie van waarbij ik bevestiging vraag of de uitwerking klopt.
	Bedanken		Ik wil u graag bedanken voor uw tijd en uw deelname aan het onderzoek. Uw verhaal is een belangrijke bijdrage aan het onderzoek naar de overdracht van mensen met dementie in de palliatieve fase van thuis naar het verpleeghuis. Wilt u dat ik u na het afronden van het onderzoek het verslag met daarin de resultaten en conclusie stuur?
	Een telefoonnummer achterlaten voor als er nog vragen zijn		Als u nog vragen hebt, kunt u mij via e-mail of mijn mobiele nummer bereiken.

Extra vragen n.a.v. afgenomen interviews

- Heeft u ervaring met een huisbezoek bij de cliënt door een zorg coördinator of contactverzorgende van de afdeling. Zo ja, hoe heeft u dit ervaren? Zo nee, zou dit meerwaarde hebben?
- Hoe ervaart u de rapportages op de dag van opname en daarna?

Bijlage 8 Beoordeling van de kwaliteit van de literatuurselectie

Gebaseerd op de Levels of Evidence
(Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007)

Databank	Auteurs	Titel	Jaartal	Level of evidence	Thema	Populatie
PubMed	Robinson, Emden, Lea, Elder, Turner & Vickers	Information issues for providers of services to people with dementia living in the community in Australia: breaking the cycle of frustration	2009	C (kwalitatief onderzoek met focus groep)	Multidisciplinaire informatieoverdracht over cliënten met dementie	Huisartsen/SOG, verpleeghuis personeel, thuiszorg verpleegkundigen/ verzorgenden, mantelzorgers
	Kuske, Roes & Bartholomeyczik	Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege	2016	C (Delphi survey)	Transitie naar verpleeghuis, relevantie van de overdrachtsinformatie verstrekt vóór de dag van opname, tijdige voorbereiding van de transitie.	1) Zorgprofessionals die betrokken zijn bij de overdracht m.b.t. de cliënten met dementie. 2) Mantelzorgers.

CINAHL	Van Mierlo, A. Bootsma-Van der Wiel, Meiland, Van Hout, Stek & Dröes	Tailored mental health care after nursing home admission: improving transfers of people with dementia with behavioral problems.	2014	C (Exploratief beschrijvend onderzoek)	Overdracht van informatie over probleemgedrag van mensen met dementie van thuiszorg naar verpleeghuis.	1)Wijkverpleegkundigen. 2) Verpleeghuis-professionals.
	Heid-Grubman	Dementia, Care Transitions, and Communication : Sharing Information Is Key to Patient-Centered Care	2013	D (mening van een deskundige)	Transitie van mensen met dementie van een andere setting.	Thuiszorg- en verpleeghuisprofessionals.

Bijlage 9 Thematische analyse van kwalitatieve data: theorie samenvatting

Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006)

Samenvatting door Shaun Cardiff, september 2012

Thematische analyse is een veel gebruikte, maar weinig beschreven analysemethode voor kwalitatieve data. Het is een methode voor het identificeren, analyseren en (in detail) rapporteren van patronen (thema's) binnen de data. De onderzoeker is actief in het identificeren en rapporteren van patronen/thema's waarvan hij/zij denkt dat die van interesse zijn voor de lezer. Een thema geeft betekenis aan de inhoud van de data in relatie tot de onderzoeksvraag. Idealiter komt een thema voor in meerdere data-eenheden (bijvoorbeeld in meerdere interviews), echter er is geen vaste regel over hoe vaak een thema terug te vinden moet zijn in de data. Het belang van een thema is niet gerelateerd aan frequentie van voorkomen, maar aan relevantie voor de overall beschrijving (het verhaal) die een antwoord geeft op de onderzoeksvraag. In rapportages wordt de frequentie van voorkomen meestal dan ook niet aangegeven met een getal, maar door uitdrukkingen zoals: "de meerderheid van de participanten ..."; "veel participanten..."; "een aantal participanten ...".

Thema's binnen de data kunnen geïdentificeerd worden op twee manieren: inductief en deductief. Bij een inductieve benadering is er een sterke link tussen het thema en de ruwe data. De data worden gecodeerd zonder een vooraf afgesproken/vooraf bepaald schema of raamwerk. 'Het komt uit de data zelf' als het ware. Daartegenover staat een meer deductieve (ofwel theoretische) benadering, waarbij de onderzoeker naar vooraf afgesproken/bepaalde items zoekt.

Normaliter blijft de onderzoeker bij wat de data zelf zegt en gaat hij niet verder zoeken of 'tussen de regels door lezen'. Het analyseproces loopt van het beschrijven van wat er gezegd is, naar het organiseren/cluseren van citaten om patronen te laten zien, om vervolgens een samenvatting en interpretatie te geven (betekenis en implicaties aan te brengen), vaak in relatie met wat bekend is vanuit literatuur.

In het afstudeerproject is er de overkoepelende probleemstelling, die richting geeft aan de deelvragen en project. Deze kan vrij breed zijn. Van hieruit komen de meer specifieke deelvragen/onderzoeksvragen. De samensmelting van de resultaten (antwoorden op de deelvragen/onderzoeksvragen) geven dan samen een antwoord op de probleemstelling. Het is belangrijk om dit voor oog te houden bij het analyseren van de data van een deelvraag.

Thematische data-analyse is NIET een opsomming of clustering van de antwoorden op de interviewvragen:

"Some of the worst examples of 'thematic' analysis we have read have simply used the questions put to participants as the 'themes' identified in the 'analysis' ... in such instances, no analysis has really been done at all!" (Braun & Clarke, 2008: 85-6)

Kortom, thematische analyse is het zoeken in de verschillende stukken data (interviews en/of observaties) naar terugkerende patronen van betekenis.

Fasen:

Het proces begint eigenlijk op het moment dat jij als onderzoeker op zoek gaat naar patronen/tendensen die betekenis hebben en een potentieel antwoord geven op de onderzoeksvraag. Dit kan zowel tijdens het verzamelen van de data als daarna. Het eindpunt is het rapporteren van de resultaten, met gedetailleerde beschrijvingen van de thema's.

Analyseren is het constant bewegen tussen onderdelen (wat iemand gezegd heeft en/of wat er geobserveerd is) en het gehele (alle interviews en/of observaties samen). Eerst worden onderdeeljes ‘gecodeerd’ en daarna worden de codes gebundeld tot thema’s. Er wordt veel geschreven, van de eerste fasen waarin de ideeën en potentiële codes worden genoteerd, tot het einde waar de thema’s worden beschreven en geïllustreerd met citaten uit de interviews/observaties.

Het gebruik van literatuur(studie) kan plaatsvinden in de beginfase om een idee te krijgen over wat men ‘zoekt’ binnen de data, of op het einde om te bevestigen/bevragen wat uit de data-analyse voortgekomen is. Vaak is het raadzaam om eerst de ruwe data te lezen en analyseren voordat men naar vergelijkbare thema’s in de literatuur gaat zoeken zodat je niet ‘geblindeerd’ wordt door wat je in de literatuur al gevonden hebt.

Analyseren van kwalitatieve data is niet een eenrichtingsverkeer, maar meer op en neer bewegen waar je steeds weer terug gaat naar de ruwe data. Zodoende is het tijdrovend; je moet er de tijd voor nemen om het goed te doen.

1. Verkennen van de data: Transcribeer de data (letterlijk woord voor woord uitschrijven), lezen, herlezen en noteren van ideeën/wat je opvalt. Het is heel belangrijk dat je jezelf volledig onderdompelt in de data, om bekend te raken met de diepte en breedte van wat er gezegd/geobserveerd werd. Meestal vraagt dit herhaaldelijk en ‘actief’ lezen, zoekend naar terugkerende betekenissen en patronen. Hoewel het transcriberen (letterlijk uittypen) van de interviews tijdrovend is, helpt het je wel begrijpen wat er gezegd is. Bij het lezen van de teksten is het een goed idee om notities te maken van wat jou opvalt. Stel jezelf continu de vraag: “Waar gaat dit stuk over?” Als je een heel goed beeld hebt van wat er gezegd is, ben je klaar om over te gaan naar coderen,

2. De eerste codes maken: Codeer interessante facetten van de data op een systematische wijze over de volledige data set en breng gelijkaardige codes (met hun citaten) in verband met elkaar (clusteren). Codes zijn segmenten van data die de onderzoeker als ‘relevant’ beschouwt (ze hebben betekenis in relatie tot de onderzoeksvraag). Gebruik text markers, gekleurde stiften, post-its enz. om de belangrijke stukken tekst uit te lichten/te markeren. Soms wordt eerst naar het geheel gekeken en worden codes benoemd voordat bijpassende tekststukjes worden gezocht. Soms wordt er andersom gewerkt. Het maakt niet uit welke benadering wordt gekozen, wat is wel van belang is dat relevante stukjes tekst worden uitgelicht en soort bij soort worden geclusterd om een code te vormen. Sommige mensen maken liever fotokopieën en knippen dan stukken tekst uit. Anderen doen dit liever met de computer (‘knip en plak’ functie in word). Belangrijke adviezen zijn:

(a) maak zoveel mogelijk (potentiële) codes, je weet nooit wat later van betekenis kan zijn of belangrijk blijkt te zijn,

(b) de stukjes tekst moeten betekenis hebben en soms is het noodzakelijk om een beetje extra tekst mee te nemen (of zelf erbij te schrijven) in het citaat zodat de context niet verloren gaat,

(c) een stukje tekst kan gebruikt worden in verschillende thema’s, het is niet zo dat één stuk slechts één keer gebruikt mag worden. Elke zin kan eenmalig, meermalig of niet gecodeerd worden.

3. Thema’s zoeken: Cluster codes door alle data relevant voor een (potentieel) thema bijeen te brengen. Misschien heb je een lange lijst van codes die verspreid zijn over de hele dataset (collectie interviews/observaties). Deze worden dan gesorteerd in (potentiële) thema’s, samen met de citaten uit de ruwe data. Overweeg hoe verschillende codes gelinkt kunnen zijn aan elkaar om een overkoepelend thema te creëren. Soms helpt het als je een mindmap of tabel om te ordenen gebruikt. Of als je de codes op individuele stukken papier schrijft en dan gaat puzzelen om te zien wat bij wat hoort.

Soms heb je codes over die nergens lijken bij te horen. Dit is niet erg; ze kunnen bijeen gebracht worden in een mapje ‘diverse overige/gemengde/losse codes’). Op het einde heb je een lijst thema’s (en sub-thema’s) met de bijbehorende citaten.

4. Herziening van thema’s: Check dat de thema’s werken in relatie tot de ruwe data en het overall beeld (alle data samen) en maak een themamap van de analyse.

Het zal waarschijnlijk evident worden dat sommige (potentiele) thema’s eigenlijk geen thema zijn – er is niet genoeg data om een thema ervan te maken; de data is te breed en oppervlakkig; de relevantie voor de onderzoeksvraag is ver te zoeken. Andere thema’s zullen in elkaar vallen en een nieuw thema creëren. De inhoud van elk thema moet een geheel vormen, en er moet een duidelijk onderscheid te maken zijn tussen thema’s.

Level 1 herziening is op het niveau van stukjes ruwe data (citaten). Lees alle stukjes bij een thema en vraag jezelf af of er een patroon te vinden is. “Ze gaan allemaal over ...” Als iets niet ertussen lijkt te passen, geen probleem, misschien kan het ergens anders geplaatst worden, een nieuw thema gemaakt worden of helemaal weggelaten worden. Als je ervan overtuigd bent dat de inhoud per thema vertegenwoordigt waar het over gaat, kan je door naar level 2.

Level 2 is ongeveer hetzelfde proces alleen deze keer in relatie tot het geheel. Overweeg in hoeverre de individuele thema’s iets met elkaar te maken hebben en in hoeverre ze bijdragen aan het grotere beeld dat een antwoord geeft op de onderzoeksvraag. Het hercoderen van stukken data is niet abnormaal in deze fase, evenals het uitlichten van nieuwe citaten uit de ruwe dataset.

5. Benoemen en definiëren van thema’s: Verfijn de specifieke betekenis van elk thema en het overkoepelende verhaal dat verteld wordt. Maak heldere definities en geef elk thema een naam. Met het definiëren en verfijnen van de thema’s bepaal je de ‘essentie’ van waar elk thema over gaat (evenals de thema’s als geheel). Een thema moet niet te breed, divers of complex zijn. Het is ook niet alleen een parafrasering van de ruwe data maar geeft weer wat interessant is en waarom het interessant is. Naast het kijken naar het verhaal dat elk thema vertelt, moet je ook kijken hoe dit bijdraagt aan het overkoepelende verhaal dat een antwoord op de onderzoeksvraag geeft. Het gebruik van ‘sub-thema’s’ kan helpen structuur te brengen in lange en complexe verhalen en/of kan een hiërarchie/proces aangeven. Het eindresultaat moet duidelijk maken voor de lezer wat het thema is en wat het niet is. Een test is om te kijken of je de essentie kan samenvatten in een paar zinnen. Dit is ook de tijd om te kijken naar de definitieve titel voor elke thema. Namen moeten kort, krachtig, betekenisvol zijn en de lezer helpen meteen een beeld te krijgen over waar het thema over gaat.

6. Rapporteren: Selecteer citaten die het thema het best illustreren, laatste analyse van geselecteerde citaten, relatie tussen thema’s en onderzoeksvraag en literatuur, een rapportage van de resultaten. Het is belangrijk dat de rapportage een beknopt, samenhangend, logisch en interessant verhaal vertelt zonder herhaling van informatie. Er moet voldoende bewijs vanuit de ruwe data (citaten) aanwezig zijn. Het verhaal gaat ook verder dan een beschrijving van de data, het geeft een beargumenteerd antwoord op de onderzoeksvraag.

Checklist:

- 1 De citaten zijn accurate transcripties van wat gezegd/geobserveerd is.
- 2 Elke stuk data heeft evenredig aandacht gehad tijdens de analyseproces. Vaak wordt dit gezien doordat citaten vanuit verschillende interviews/observaties komen en niet slechts vanuit een of twee.
- 3 Alle relevante citaten zijn uiteindelijk geclusterd en hebben bijgedragen tot het geheel.
- 5 Thema’s zijn tegen elkaar afgezet en tegen de oorspronkelijke data.
- 6 Thema’s zijn helder, consistent en onderscheidend.

- 7 Er is geanalyseerd en niet geparafraseerd of alleen omschrijvingen gegeven van de data.
- 8 De citaten illustreren (zijn een voorbeeld van) de themanaam en -beschrijving.
- 9 De resultatenrapportage is een overtuigend en goed gestructureerd verhaal over de data en onderwerp wat onderzocht is.
- 10 Er is een goede balans tussen beschrijving van het thema en illustratieve citaten.
- 11 Het is duidelijk dat er genoeg tijd en aandacht is besteed aan de analyse.
- 12 Het analyseproces is goed beschreven en verantwoord, met een goede match tussen wat er gezegd is gedaan en wat blijkt als eind resultaat.
- 14 Taalgebruik is passend bij het onderwerp en de benadering.
- 15 Er is erkenning dat de onderzoeker actief geweest is in de analyse en dat de thema's niet 'zomaar' uit de data verschenen zijn.

Literatuur

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), pp 77-101.

Tijdschrift is niet aanwezig in de mediatheek. Zie voor manuscript van het artikel evt.:

http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_%3Cstrong%3Eanalysis%3C/strong%3E_revised_-_final.pdf

http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/%3cstrong%3ethematic%3c/strong%3e_analysis_revised_-_final.pdf

-