

Samen werkt 't beter!

*Analyse complexe zorgsituatie over integrale samenwerking
bij een cliënt met dementie en dreigend overbelaste
mantelzorger*



Naam student:

Studentnummer:

Naam opleiding: Opleiding tot Verpleegkundige
Hogeschool Rotterdam

Code afstudeerproduct:

Afstudeervariant: Analyse Complexe Zorgsituatie

Naam en titel eerste beoordelaar:

Naam en titel tweede beoordelaar:

Naam en titel begeleider:

Datum van inleveren: 15-06-2021

Aantal woorden: 5979

Samenvatting

Inleiding:

De analyse complexe zorgsituatie betreft een casus over meneer H. met matig ernstige Alzheimer, diabetes en evenwichtsstoornissen. Echtgenote is mantelzorger, zij blijkt dreigend overbelast te zijn.

Meneer H. wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen, echter met de aanwezige gezondheidsrisico's is de situatie erg kwetsbaar. De integrale samenwerking blijkt niet optimaal te zijn.

Doel:

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in het verbeteren van de integrale samenwerking bij deze casus en welke rol de wijkverpleegkundige hierin had, zodat de cliënt met dementie en zijn mantelzorger zich ondersteund voelen.

Methode:

Er was gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Via semigestructureerde interviews zijn de cliënt en zijn mantelzorger en 6 verschillende betrokken disciplines geïnterviewd. Hierbij was gevraagd naar de ervaringen, knelpunten en verbeterpunten in de samenwerking.

Resultaten:

De ervaringen waren verschillend. Een ecogram was opgesteld waarbij de losse samenwerkingen zichtbaar werden. Er werd onderling weinig frequent contact ervaren. Het contact was vooral op 'ad hoc' basis. Door tijdsgebrek en corona had het MDO stil gestaan. Andere knelpunten waren de verschillende systemen en communicatiewijzen die per discipline verschilden. Verbeterpunten als frequent overleg, effectieve communicatie, zichtbaarheid en leiderschap werden aangedragen. De verbetering van de samenwerking en het stimuleren van een actieve, centrale rol als mantelzorger hierin kan mogelijk bijdragen aan mantelzorgondersteuning.

Discussie:

Veel knelpunten kwamen overeen met andere onderzoeken. De discrepantie in de samenwerking bleek te maken te hebben met de regiefunctie en expertise per discipline. Als aanbeveling wordt geadviseerd om een vast aanspreekpunt voor de cliënt op te stellen die haar rol als leider oppakt en frequent contact onderhoudt.

Conclusie:

De wijkverpleegkundige heeft een actieve rol om zichzelf zichtbaar te maken in de wijk en als leider te fungeren. Frequent contact, een goede taakverdeling en effectieve communicatie blijken hierbij erg belangrijk.

Trefwoorden

Dementie, thuiszorg, (overbelasting bij de) mantelzorger, integraal samenwerken

Abstract

Introduction

The analysis complex care situation concerns a case about Mr. H. with moderately severe Alzheimer's disease, diabetes, and balance disorders. His wife is a caregiver, she seems to be threateningly overloaded.

Mr. H. wants to stay at home as long as possible, however with the present health risks the situation is very fragile. The integral cooperation is apparently not optimal.

Purpose

The purpose of this research was to gain insight into improving the status of the integral cooperation in this case and which was the role of the district nurse, in order to improve the level of feeling supported of the client with dementia and his caregiver.

Methods

A qualitative research method was chosen by means of semi structured interviews. The client, his wife and six different disciplines involved were interviewed. This involved questions about experiences, bottlenecks, and points for improvement in the cooperation.

Results

The experiences were different. An ecogram was drawn up in which loose cooperation became visible. Little frequent contact was experienced also, especially on an ad hoc basis. Due to lack of time and because of Covid19 the MDO had stagnated. Other bottlenecks were the different systems and communication methods that differed per discipline. Points for improvement such as frequent consultation, effective communication, visibility, and leadership were suggested. The improvement of the cooperation and stimulating an active, central role as a caregiver could potentially contribute to informal care support.

Discussion

Many bottlenecks matched other investigations. The discrepancy in the cooperation turned out to be related to the control function and expertise per discipline. As a recommendation it has been advised to set up a permanent contact person who takes up her role as a leader and maintains frequent contact.

Conclusion

The district nurse has an active role in making herself visible in the district and acting as a leader. Frequent contact, a good division of tasks and effective communication appear to be very important here.

Keywords

Dementia, home care, (overload on the) caregiver, integral cooperation

Inleiding

Aanleiding en context

Dementie, zo lang mogelijk veilig thuis wonen, overbelasting van de mantelzorger... Het zijn veel voorkomende onderwerpen in de wijkverpleging. Zo ook in het thuiszorgteam op het eiland Goeree Overflakkee. Het doel is om de cliënt zo lang mogelijk veilig thuis te laten wonen. Hoe complexer de situatie, hoe meer verschillende disciplines betrokken zijn met ieder hun eigen visie op de situatie. Zo ook bij meneer H. met dementie en zijn dreigend overbelaste echtgenote als mantelzorger. De zorgverleners van dezelfde organisatie werken met één systeem en kunnen het zorgplan en dossiervoering van de cliënt gemakkelijk inzien. Omdat andere disciplines weer met andere systemen werken, kan informatie gemist worden. Dit belemmert de directe samenwerking. Hoe kan de cliënt en zijn mantelzorger in deze situatie het beste ondersteund worden? Dit probleem is de aanleiding voor deze analyse complexe zorgsituatie.

Het onderzoek in deze afstudeerstage vindt plaats in één van de vier thuiszorgteams op het eiland Goeree Overflakkee. Dit team bestaat uit zo'n 16 zorgmedewerkers met verschillende deskundigheden (niveau 2 tot 6). Zij levert zorg aan ongeveer 70 cliënten met een korte of langdurige zorgvraag. De grootste doelgroep bestaat uit ouderen boven de 65 jaar. Het werkgebied van de organisatie is Utrecht, de Zuid Hollandse eilanden en Delft. Er wordt zowel intramurale als extramurale zorg geboden. Het is de visie van de zorgorganisatie dat er ondersteuning wordt geboden aan cliënten waar een verminderd vermogen ervaren wordt om een 'thuis' te creëren. Hierbij is samenwerking met elkaar als team en andere zorgverleners, mantelzorgers, vrijwilligers en buurtbewoners een essentieel onderdeel. 'Samen werkt 't beter!'

Casusbeschrijving

'Meneer Hanse (91) woont samen met zijn echtgenote. Twee jaar geleden is meneer gediagnosticeerd met matig ernstige Alzheimer. Dit uit zich door: woordvindstoornissen, concentratieproblemen, desoriëntatie in tijd, verlies van organisatie en planning, apraxie en karakterveranderingen. Het kortetermijngeheugen is verminderd, waardoor meneer zijn hulpmiddel vergeet. Meneer heeft een verhoogd valrisico door evenwichtsstoornissen en duizelingen. Regelmatig vangen de zorgverleners meneer op omdat hij zijn evenwicht verliest. Meneer is moeilijk te corrigeren in het juiste gebruik van hulpmiddelen en vindt dit niet nodig omdat hij zegt nooit te vallen. Ook is meneer bekend met diabetes mellitus type 2 (insulineafhankelijk), polyneuropathie en urine-incontinentie. Meneer heeft ook regelmatig last van hoofdpijn en trillingen. De neuroloog is hiervoor in consult geweest maar heeft niets kunnen vinden.

Het echtpaar heeft drie kinderen waarmee ze goed contact hebben. Er is een subjectieve (Ervaren Druk door Informele Zorg) en objectieve vragenlijst over de mantelzorgtaken afgenomen bij mevrouw, zie bijlage 1.. De uitkomst was dat er sprake is van dreigende overbelasting, echter geeft mevrouw aan dat zij zich niet overbelast voelt. Mevrouw zegt vooral de onbepaalde zorgmomenten (toiletgang, transfers) lastig te vinden en durft haar man ook niet alleen te laten thuis. Omdat dagbesteding geen optie was voor meneer is individuele thuisbegeleiding ingezet, zodat mevrouw even weg kan. Mevrouw zegt hier nu voldoende aan te hebben en wenst geen andere ondersteuning. Naast de begeleiding krijgt het echtpaar hulp in huishouding en wordt meneer tweemaal daags ondersteund in de ADL en hulp bij steunkousen. Ook wordt meneer begeleid in het toedienen van de insuline. Door cognitieve achteruitgang, polyneuropathie, verminderde kracht en energie kan meneer de ADL en medicatie niet zelfstandig. Door kennistekort bij mevrouw is hulp nodig bij het toedienen van de medicatie. Mevrouw ziet het niet zitten dit aan te leren.

De casemanager is betrokken bij het echtpaar. Meneer heeft 24 uren toezicht nodig. De zorg wordt geïndiceerd vanuit de WLZ. Een paar maanden geleden is hij op de wachtlijst geplaatst voor een verpleeghuis, in overleg met mevrouw. Meneer wil echter absoluut zijn huis niet uit en mevrouw twijfelt, omdat ze bang is dat dit zijn 'dood' zal worden. Ze zijn daarom weer van de wachtlijst gehaald. Mevrouw geeft aan graag zelf de regie te willen behouden in de gezondheid voor haar man, echter wordt zij onzeker bij het maken van keuzes hierin en is zij sterk beïnvloedbaar. De vraag is of zij voldoende inzicht heeft in de kwetsbaarheid van de situatie. Crisisopname of risico op letsel is niet uit te sluiten. De casemanager geeft aan de situatie erg lastig te vinden en mist de multidisciplinaire samenwerking.

De MDO's horen iedere zes weken plaats te vinden, maar dit is nu niet het geval. Naast de casemanager en de zorgverleners van het team zijn de huisarts, diabetesverpleegkundige, fysiotherapeut, thuisbegeleider en wijkverpleegkundige betrokken. Het contact onderling is incidenteel. Er is weinig contact met de huisarts.

De casemanager, individuele thuisbegeleider en zorgverleners van meneer werken in hetzelfde systeem, maar de andere betrokkenen kunnen hier niet in.'

De probleemanalyse

Om bovenstaande problemen in een breder perspectief te plaatsen is een breder begrip nodig.

De probleemanalyse is onderbouwd en uitgewerkt met de 11 gezondheidspatronen van Gordon. Zie bijlage 1. Deze ordeningsmethodiek geeft een goed en volledig overzicht, zodat er geen gegevens over het hoofd worden gezien. Alhoewel het Omaha systeem voornamelijk gebruikt wordt in de wijkverpleging is deze niet gekozen, omdat het niet stuurt hoe de gegevens verzameld moeten worden. (Van Haaren, Mast, De Graaf-Waar & Martijn, 2017). Uit de probleemanalyse blijken de verpleegkundig diagnoses vooral aanwezig te zijn in het patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding, cognitie- en waarnemingspatroon en stressverwerkingspatroon, welke in de casusbeschrijving benoemd zijn.

De integrale samenwerking verloopt niet optimaal, zoals in de casusbeschrijving vermeld is. Als de domein overstijgende samenwerking goed zou verlopen draagt dit bij aan een efficiënte, effectieve en preventieve ondersteuning voor zowel meneer als mevrouw, waarbij hun waarden als uitgangspunt worden genomen. (IWW, 2018) Het belang van samenwerken als professionals wordt ook benoemd in de richtlijn Mantelzorg van de V&VN (2020). Mogelijk kunnen hiermee de aanwezige gezondheidsrisico's ook verminderd worden. Verder vraagt de complexiteit van deze casus om een goede samenwerkende aanpak. (Nieuwboer, Richters & van der Marck, 2016)

Uit de probleemanalyse komen de volgende kernbegrippen naar voren die vervolgens theoretisch kort belicht zullen worden: dementie, (overbelasting van de) mantelzorger en integraal samenwerken.

Dementie

Dementie is een onomkeerbare vermindering van het geestelijk functioneren. Geleidelijk aan nemen het geheugen en verstandelijke vermogens af, doordat de zenuwcellen of de verbindingen hiervan in de hersenen beschadigd worden. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes. Ongeveer 70 procent heeft 'de ziekte van Alzheimer'. Het begin van de ziekte kenmerkt zich door geheugenproblemen, problemen in denken en taal en veranderingen in karakter en gedrag. Naarmate de ziekte vordert, verliest diegene steeds meer eigen regie over zijn leven en wordt hij/zij steeds afhankelijker van de hulp van anderen. Symptomen als desoriëntatie in tijd, plaats en soms persoon, langetermijngeheugenverlies, apraxie, visuele agnosie, psychische instabiliteit, decorumverlies, initiatiefverlies, hallucinaties en wanen zijn de meest voorkomende symptomen bij iemand met dementie. (Alzheimer Nederland, 2019) (Van Heycop ten Ham, 2013)

De belangrijkste risicofactor voor de ziekte van Alzheimer is leeftijd. (Van der Flier & Bouwman, 2019)

Volgens het CBS (2017) was dementie in 2016 de belangrijkste oorzaak van de sterfte onder Nederlanders. De komende 25 jaar zal door de vergrijzing het aantal verdubbelen van 260.000 (in 2016) tot meer dan een half miljoen. (Alzheimer Nederland, 2019) De incidentie in 2018 van dementiepatiënten was: 5,2 per 1000 mannen en 8 per 1000 vrouwen. (Volksgezondheidszorg.info, 2019) Van der Flier en Bouwman (2019) geven aan dat de incidentie van dementie lijkt te dalen, terwijl de prevalentie wel toeneemt de komende jaren. Wellicht komt dit door een betere behandeling van de risicofactoren.

(Overbelasting van de) mantelzorg

Mantelzorg is informele zorg en ondersteuning die door partners, kinderen, familie of andere bekenden verleend wordt aan een naaste met een beperking. Deze zorg is vrijwillig en onbetaald en mag in redelijkheid van hen verwacht worden omdat zij een emotionele band hebben met diegene. (Zorgvoorbeter, 2017)

Volgens de richtlijn mantelzorg van de V&VN (2020) is de groep oudere mantelzorgers boven de 67 jaar vaak een 'stille' groep, omdat zij niet snel om hulp vragen en het moeilijk vinden aan te geven welke ondersteuning nodig is.

Het aantal thuiswonende 75-plussers zal van 1,35 miljoen in 2020 stijgen naar 2,46 miljoen in 2040, wat betekent dat er meer mantelzorgers nodig zullen zijn. (V&VN, 2020) Uit de dementiemonitor Mantelzorg van Alzheimer Nederland (2020) blijkt dat op de Zuid Hollandse Eilanden 69% van de mantelzorgers dag en nacht zorgdraagt voor hun naaste (landelijk is dit 53%).

Het verlenen van mantelzorg vraagt veel veerkracht en organisatievermogen. De rollen en verantwoordelijkheden van mantelzorgers en zorgprofessionals blijken in de praktijk niet eenduidig te zijn. De verschillende professionals bieden vanuit hun eigen perspectief en identiteit hulp en ondersteuning. Samen spel en gezamenlijke besluitvorming is daarom essentieel in het zorgnetwerk van de cliënt en vereist creatief organisatietalent. (Van Groenoe et al., 2017) Helaas blijkt dat de ondersteuning van mantelzorgers en samenwerking niet voldoende geïntegreerd en op elkaar afgestemd worden. (De Bruin et al., 2018) In de dementiezorg in de wijk blijkt de belasting van de mantelzorgers vaak niet gemonitord te worden. (Nieuwboer et al., 2017)

Integraal samenwerken

Integraal samenwerken in de wijk is volgens Vilans (z.d.): "In samenhang en afstemming domein overstijgend (multidisciplinaire/interprofessioneel) samenwerken aan efficiënte en effectieve ondersteuning van en met de inwoner in de wijk bij hulpvragen en ter preventie van (escalatie van) problematiek." Belangrijk hierin is met name de relatie met de cliënt en regisseur: 1 huishouden, 1 plan en 1 regisseur/aanspreekpunt, vertrouwen en veiligheid, gelijkwaardigheid en respect, alliantie, zorg en ondersteuning moet bijdragen aan het ontwikkelen van een vertrouwensband en motivatie van de cliënt. (IWW, 2018) Als professional moet je beschikken over generieke competenties om in staat te zijn om effectief op lokaal niveau integraal te samenwerken. De regie moet zoveel mogelijk bij de cliënt liggen. Gevraagde competenties zijn onder meer: contact leggen en aangaan, signaleren, eigen regie ondersteunen, verbindingen maken tussen mensen, afstemmen en samenwerken met elkaar en hanteren van verschillende beroepsrollen. (IWW, 2018) Dit komt ook overeen met de competenties van het beroepsprofiel verpleegkundige, waarbij ook benadrukt wordt dat zij vooral als generalist in de wijk effectief moet kunnen samenwerken. (V&VN, 2020)

Het onderzoek van Zonneveld, Driessen, Stüssgen en Minkman (2018) heeft tot 23 waarden geresulteerd aan geïntegreerde zorg. Daaronder zijn: collaboratief, gecoördineerd, continu, doelgericht, persoonlijk, empowering en gedeelde verantwoordelijkheid. Deze waarden vormen de

basis voor een beter begrip van besluitvorming en samenwerking in de integrale zorg. Ook zijn deze waarden weer gerelateerd aan de Triple-Aim filosofie, waarbij cliëntervaring, bevolkingsgezondheid en kosteneffectiviteit de drie hoofddoelen zijn voor integrale zorg. Het model 'Rainbow of Integrated Care' beschrijft hoe op drie verschillende niveaus de samenwerking plaats kan vinden: van wet- en regelgeving tot de zorgrelatie met de cliënt. (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013) In dit onderzoek zal worden ingegaan op de relatie met meneer en mevrouw en tussen de verschillende betrokkenen.

Verschillende factoren zijn van invloed in de eerstelijnszorg als het gaat over interprofessionele samenwerking, zie tabel 1.

Tabel 1: Factoren samenwerking

Patiënt-gerelateerde factoren	Actieve rol, zelfmanagement, doelen en wensen, lidmaatschap van het team
Professioneel gerelateerde factoren	Individuele bevoegdheid, domein overstijgend denken, motivatie
Interpersoonlijke factoren	Taalverschillen, elkaar kennen, vertrouwen, respect, motivatie
Organisatorische factoren	Structuur, samenstelling, tijd, gedeelde visie, leiderschap, administratieve ondersteuning
Externe factoren	Scholing, cultuur, hiërarchie, domein overstijgend denken, regels, financiën, technologie en ICT

(Van Dongen, Lenzen, Van Bokhoven, Daniëls, van der Weijden & Beurskens, 2016)

Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat de dementiezorg thuis voor de mensen met dementie en hun mantelzorgers met name gericht moet zijn op informatie, communicatie en samenwerking. Een goed functionerende interprofessionele communicatie voorkomt dat de mensen met dementie en hun mantelzorger zelf de boodschapper moeten zijn tussen professionals en organisaties. (Karlsson, Bleijlevens, Roe, Saks, Martin, Stephan, Suhonen, Zabalegui & Hallberg, 2014)

Om tot een goed begrip te komen van de situatie en mogelijke oplossingen, is het nodig om inzichtelijk te hebben hoe de samenwerking bij meneer verloopt, hoe dit ervaren wordt en welke verbeterpunten er aangedragen worden. Hierbij is ook het perspectief van meneer en de mantelzorger van belang, omdat zij ook één van de factoren zijn in het verbeteren van de interprofessionele samenwerking. Een centrale en proactieve rol is belangrijk, zodat zij zich betrokken voelen en daarbij het zelfmanagement en eigen regie ondersteund wordt. Op deze manier kunnen doelen gezamenlijk goed worden afgestemd. (Van Dongen et al, 2016)

Doel- en vraagstelling

Probleemstelling:

Er kan geconcludeerd worden na deze probleemanalyse dat de integrale samenwerking niet optimaal verloopt in de zorg en ondersteuning voor meneer H. en zijn mantelzorger. Door de dreigende overbelasting en het verhoogde valrisico is de situatie kwetsbaar.

Doelstelling:

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen en oplossingen aan te dragen hoe de wijkverpleegkundige de integrale samenwerking bij de cliënt met dementie en zijn dreigend overbelaste mantelzorger kan verbeteren, zodat zij zich ondersteund voelen en mogelijk hierdoor de gezondheidsrisico's verminderd worden.

Onderzoeksvraag:

Hoe kan je als wijkverpleegkundige de integrale samenwerking in regio Oost-Flakkee verbeteren bij meneer H. met zijn dreigend overbelaste mantelzorger, zodat zij ondersteund worden in hun zorgbehoefte en gezondheidsrisico's verminderd worden?

Methode

Onderzoeksmethode

Om duidelijk te krijgen wat de ervaringen en inzichten zijn in de integrale samenwerking van de betrokken disciplines uit de casus, is er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Kwalitatief onderzoek richt zich op het begrijpen van sociale verschijnselen in hun natuurlijke context, waarbij ervaringen, meningen, betekenissen, belevingen en verwachtingen van de personen achterhaald worden. (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2019)

Participanten

De participanten zijn gekozen op basis van de mate van betrokkenheid bij de casus en deskundigheid. Verder zijn de cliënt en zijn mantelzorger benaderd om hun ervaringen en inzicht in de huidige zorgverlening helder te krijgen. Er is vooraf onderzocht wie er betrokken is bij de casus. Als criteria voor de doelgerichte steekproef is gesteld dat zorgverleners minimaal twee maanden bij meneer betrokken moeten zijn en minimaal maandelijks contact hebben met meneer en mevrouw. Dit resulteerde tot de volgende participanten:

❖ Meneer H. en mevrouw
❖ Casemanager dementie
❖ Huisarts
❖ Wijkverpleegkundige
❖ Individuele thuisbegeleider
❖ Zorgcoördinator
❖ Fysiotherapeut

Dataverzameling

De gegevens zijn verzameld via semigestructureerde interviews. Interviews zijn een zeer geschikte manier om gegevens te verzamelen over ervaringen, belevingen, betekenis, kennis en vaardigheden en attitudes. (Verhoef et al., 2019)

Bij het opstellen van de topiclijst voor het interview van meneer en zijn mantelzorger is gekozen voor een gedeelte uit de vragenlijst Consumer Quality Index, zodat inzichtelijk wordt wat zij belangrijk vinden. (Nivel, 2021) Ook is er een topic lijst voor de andere participanten opgesteld met open vragen die dienen als uitgangspunt voor de individuele interviews. Als structuur is het doel van het onderzoek aangehouden en is er gebruik gemaakt van de literatuur uit de inleiding. In tabel 2 zijn de topics te vinden, in bijlage 2 is er een uitgebreidere versie met vraagstellingen te vinden.

Tabel 2: Topics

Introductie/ Functieomschrijving

Het verloop van de samenwerking in de casus

Ervaring in de samenwerking

Belang van samenwerking

Knelpunten in de samenwerking

Verbetering in de samenwerking

Mantelzorgondersteuning

Data-analyse

De interviews zijn volledig getranscribeerd. Daarna zijn met zes stappen alle gegevens geanalyseerd. De tekst is eerst uiteengegafeld in relevante tekstfragmenten, waarna deze fragmenten open gecodeerd zijn met passende codes om het fragment samen te vatten. Vervolgens is er axiaal gecodeerd door de fragmenten met elkaar te vergelijken en bij elkaar horende codes samengevoegd

zijn tot een overkoepelend thema. De codeboom met hoofdthema's en bijbehorende codes die ontstaan is, is vervolgens in de laatste stap selectief gecodeerd. De gegroepede codes zijn met elkaar in verband gebracht per thema. (Boeije, 2016) (Verhoeven, 2018) De gevonden codes zijn per thema verwoord bij het kopje 'Resultaten' met kenmerkende citaten uit de interviews.

Kwaliteitsaspecten

Als richtlijn voor dit afstudeeronderzoek is aangegeven vijf interviews uit te voeren, zodat binnen het gegeven tijdsbestek het onderzoek op vereist niveau kan worden uitgevoerd. Ook wordt hiermee de betrouwbaarheid en validiteit vergroot.

Gedurende het hele onderzoek is geprobeerd om het aantal fouten te minimaliseren en betrouwbaarheid te vergroten. Daarom is er een proefinterview gehouden met een medestudent zodat gecontroleerd kon worden of voldoende informatie verkregen werd om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Ook is de peerfeedback van medestudenten meegenomen gedurende het onderzoek. Met verkregen toestemming van de participanten zijn de interviews opgenomen en letterlijk uitgetypt, zodat geen informatie gemist wordt, het onderzoek reproduceerbaar is het perspectief van de participanten voorop staat.

De validiteit vertelt iets over de geldigheid en zuiverheid van de onderzoeksresultaten en de mate waarin er afwezigheid is van systematische fouten waardoor het af kan wijken van de werkelijkheid. (Verhoef et al., 2019) De participanten voldeden aan de gestelde criteria, zodat het onderzoek specifiek gericht is op de gekozen casus. Ook zijn de open vragen in de interviews voldoende afgebakend en gericht op de probleemstelling.

Ethische aspecten

Voorafgaand aan het interview is toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen en is mondeling toegelicht wat het doel is van het onderzoek en hoe de informatie verwerkt wordt. Ook zijn de participanten geïnformeerd en gewezen op hun anonimiteit in het onderzoek, zodat zij niet terughoudend waren in het geven van informatie en privacy gewaarborgd wordt. Er is aangegeven na afronding van het onderzoek dat de gegevens vernietigd zullen worden. Met een onderzoekende en nieuwsgierige houding zijn de interviews afgenomen, waarbij de onderzoeker haar rol als zorgverlener bewust naast zich neer heeft gelegd om zo objectief mogelijk te blijven.

Resultaten

Participanten in hun context

De participanten zijn in de onderstaande tabel met beroepsomschrijving, werkervaring en opleidingsniveau opgenomen, zie tabel 3.

Tabel 3: Context participanten

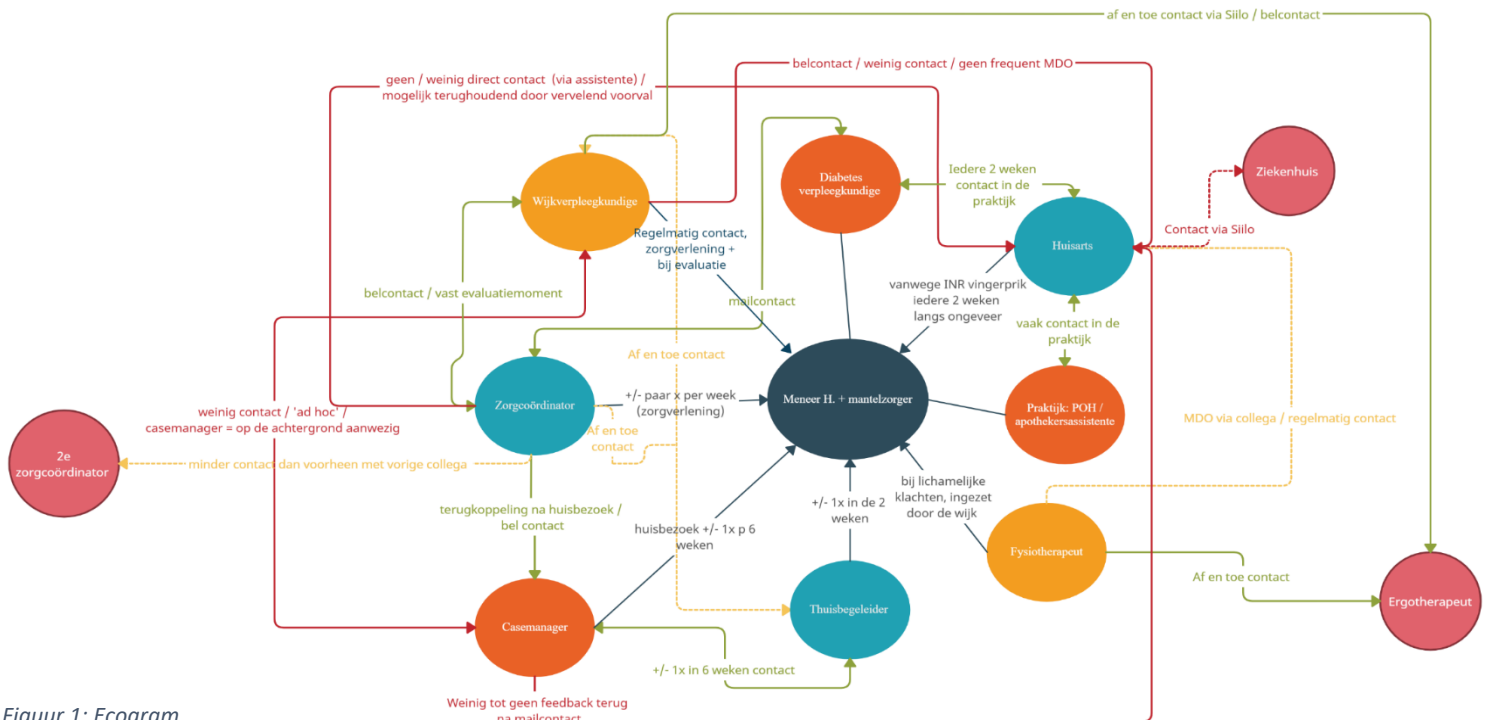
Afkorting	Functie	Ervaring / opleidingsniveau
1.CM	Casemanager	< 1 jaar / 5
2.WV	Wijkverpleegkundige	>5 jaar / 5
3.HA	Huisarts	>5 jaar / 6
4.TB	Thuisbegeleider	5 jaar / 2 (in opleiding tot 4)
5.ZC	Zorgcoördinator	>5 jaar / 3
6.FT	Fysiotherapeut	>5 jaar / 5
7.M + MZ	NVT	NVT

Het verloop van de samenwerking bij meneer H.

De samenwerking bij meneer werd wisselend ervaren, bleek uit de interviews. Participant 1, 2 en 3 gaven aan dat het beter kan en samenwerking met bepaalde disciplines gemist wordt.

‘Ik vind dat er samenwerking is, maar niet altijd zichtbaar. Het zijn vaak losse samenwerkingen. Dus de wijkverpleegkundige heeft contact met de huisarts, de casemanager heeft bijvoorbeeld contact met de thuisbegeleider’ (WV)

De losse samenwerkingen zijn ook zichtbaar in het ecogram waarbij op basis van reacties van de participanten inzichtelijk is gemaakt hoe de samenwerking bij meneer verloopt met frequentie van contact onderling, zie figuur 1 (en bijlage 3). De rode lijnen geven aan dat er weinig tot geen contact is onderling, wat dus als eerste knelpunt is te benoemen in de samenwerking. De rood gestippelde lijnen vormen een mogelijk knelpunt, daar is te weinig informatie over om een conclusie te trekken. Hier wordt dan ook niet verder op ingegaan. De groene lijnen geven aan dat onderling goed contact wordt ervaren.



Figuur 1: Ecogram

Frustratie omtrent gebrek aan communicatie

Het blijkt dat er vooral met de huisarts weinig contact ervaren werd, volgens de participanten 1, 2 en 5:

‘Het MDO was een tijdje geleden op m’n vrije dag en ik had een afspraak dus ik denk ja, dan mail ik alles en vraag ik het later, en krijg ik geen reactie terug. Niks. En later had ik de zorgcoördinator aan de telefoon en zeg ‘Goh, is er wat besproken over de opname? Want toen was hier sprake van.’ En dan wordt er verder niks over gezegd en dan denk ik ja, maar goed. Ik snap het niet, laat ik het zo zeggen.’ (CM)

Incidenteel contact onderling

Het contact onderling is vaak op ‘ad hoc’ basis, volgens participanten 1 en 2. Ook de samenwerking tussen deze 2 participanten verliep niet soepel, er is geen frequent contact en er is onderling niet afgesproken wie wat doet. Participant 2 gaf aan dat afgesproken is binnen de organisatie dat de casemanager regievoerder is, maar uit een ander interview bleek dat de casemanager juist op de achtergrond blijft als er ook thuiszorg en individuele thuisbegeleiding betrokken is bij de cliënt.

‘Ik heb dat ook nooit echt afgesproken met de casemanager van ‘joh, ik ben wijkverpleegkundige en jij bent regievoerder’. Voor mij is dat zo omdat ja, je heet niet voor niets casemanager denk ik dan dus jij bent degene die deze casussen managet.’ (CM)

Echter gaf de andere helft van de participanten (4, 5 en 6) aan dat de samenwerking wel goed gaat en een enkele had spaarzaam contact onderling. Ze ervaren ook geen knelpunten momenteel. Het bleek dat deze participanten dan maar met enkele disciplines samenwerkten, maar niet met iedereen, de losse samenwerkingen werden hiermee weer zichtbaar. Participant 4 en 6 hadden hier ook (nog) niet mee te maken gehad. De meesten weten de anderen wel te benaderen, maar hadden incidenteel contact:

‘Als het nodig is bel ik.’ (CM + ZC)

‘We weten wel wie we kunnen benaderen en waarvoor en wanneer, maar het wordt gewoon alleen gedaan wanneer het nodig is zeg maar of incidenteel.’ (WV)

Ontevredenheid over de manier van samenwerken

Participant 6 die aangeeft nagenoeg geen contact te ervaren onderling, benoemde hier wel de meerwaarde van te zien, echter was dit bij meneer H. nu niet van toepassing omdat er geen actieve behandeling was bij meneer. De participant gaf aan dat de weinig communicatie onderling dan een knelpunt kon zijn.

Dat er veelal losse samenwerkingen waren, heeft ook te maken met het feit dat het MDO niet frequent uitgevoerd werd en daarmee ook als knelpunt benoemd werd onder participanten 1, 2, 3 en 5. Dit was mede door de corona crisis. Participant 2 benoemde hierbij ook de hiaten:

‘Er is geen planning van en het is altijd vrij kort van tevoren wanneer het is, in vergelijking met de andere huisartsen. Het is minder frequent dan bij andere dat ik weet.’ (CM)

‘Vanuit de huisarts worden er wel MDO’s gehouden, maar daar sluit dan weer de thuisbegeleiding niet bij aan. En omdat mijn caseload te groot is, sluit daar in plaats van de wijkverpleegkundige de zorgcoördinator bij aan.’ (WV)

Gebrek aan ‘makkelijk’ communiceren

Andere knelpunten die benoemd werden door participanten 1, 2 en 3 waren de verschillende systemen en dossiervoeringen die gebruikt werden en niet van elkaar kon inzien, waardoor

onderlinge samenwerking moeizamer verliep. De versplintering die participant 3 benoemde sloot hierbij ook aan, de verschillende zorgorganisaties werden als belemmering ervaren. Ook in de communicatiewijze onderling werden er knelpunten ervaren:

‘Vooral technisch, vooral het niet even makkelijk snel via... Kijk ik heb ook altijd een beetje beperking om te bellen, want als jij mij belt ben ik bezig en als ik jou bel ben je waarschijnlijk ook meestal bezig of onderweg. Dus bellen kan altijd wel, maar een makkelijke online manier, een Siilo (beveiligde Whatsapp) o.i.d. mis ik een beetje’ (HA)

Participant 2 vond dat de meeste disciplines laagdrempelig bereikbaar waren, alhoewel de wijze van communicatie weer per discipline en per dorp verschilde. Het 06 nummer van elkaar was niet bij iedereen bekend, er was zelfs een enkele participant die alleen het algemene 088 nummer van de zorgorganisatie had. Het bleek over het algemeen wel bekend hoe de participanten anderen konden bereiken, maar participant 3, 5 en 6 hadden vaak geen direct contact: Via een cliënt, via een assistente van de huisartsenpraktijk of via de klantenservice van de zorgorganisatie. Dit werd als knelpunt benoemd.

Tijdsgebrek werd onder de participanten vaak benoemd als knelpunt.

‘Het is allemaal geen onwil, het is niet eh..., we zijn ook gewoon bezig met onze dingen, en al die communicatiedingen kost ook tijd en energie. Maar het kan anders denk ik vaak.’ (HA)

Doelgerichte zorg wordt gemist

Op de vraag of de taken en verantwoordelijkheden van de andere disciplines bekend waren bij de participanten kwam geen duidelijk antwoord. Het was wel bekend bij alle participanten wie er betrokken waren, maar niet wie wat doet. Een enkele participant gaf dit ook als knelpunt aan:

‘Ik denk dat een knelpunt is dat we niet allemaal naar dezelfde doelstelling toewerken, omdat we allemaal ons eigen ding doen. Kijk, natuurlijk willen we allemaal meneer zo lang mogelijk thuis laten wonen maar dat hebben we nooit naar elkaar uitgesproken. Dus klopt dit inderdaad?’ (WV)

Onbewuste manier van werken

Participant 2 benoemde dat er mogelijk ook een stukje methode was gemist de afgelopen periode. Bij iedere halfjaarlijkse evaluatie werden dan de betrokken disciplines in kaart gebracht en benaderd. Ook gaf zij aan:

‘Ik denk dat we in de wijk ook te weinig gebruik maken van elkaars discipline, dus dat we als wijkverpleging allemaal denken van nou dat doen wij zelf wel. Maar we weten ondertussen dat we andere disciplines nodig hebben om iemand ook dat stukje welzijn, kwaliteit van leven en dat stukje begeleiding op cognitief vlak te geven.’ (WV)

Samenwerking kan beter!

Bijna alle participanten benadrukten het belang van een soort MDO als het gaat over samenwerken. Met elkaar kunnen overleggen, elkaar makkelijk kunnen vinden, open en eerlijk zijn, naar elkaar luisteren en heldere communicatie waren de meest belangrijkste kenmerken die benoemd werden hierbij.

De participanten (4, 5 en 6) die geen knelpunten ervaarden, waren wel van mening dat de samenwerking meer kan verbeteren.

‘Vooral zo’n casus waarbij ook meerdere disciplines betrokken worden is het ook gewoon nodig denk ik dat het frequent besproken wordt.’ (WV)

4 van de 6 participanten gaven als verbeterpunt aan om het MDO frequent en optimaal te benutten met alle betrokkenen. Dit werd ook meerdere keren benoemd in het interview. Verder werd genoemd dat elkaars communicatiewijze kenbaar moesten zijn zodat de lijnen korter waren en er direct contact was. Een soort centrale, online, veilige plaats om te communiceren met elkaar over meneer H., zoals een zorgdossier, werd ook gezien als verbeterpunt. Het MDO of contact via Siilo met elkaar leken dan voor nu de meest toereikende hulpmiddelen hiervoor.

'Dat is het grote voordeel van het MDO, je kan rustig in de diepte over iemand praten en ten tweede kan je ook eens een keer een andere invalshoek erbij vragen die toevallig ook aan tafel zit.' (HA)

Participant 2 vulde hierbij aan om zich voor te stellen, zodat elkaars verantwoordelijkheden bekend waren. Uit onderzoek bleek ook dat dit 1 van de eerste competenties voor interprofessionele samenwerking in Nederland is; Elkaar duidelijk maken waar je werkt en met wie en wat je taken en verantwoordelijkheden zijn. (Smit, Dikken, van Wijk, Pool, Schuurmans, de Wit & Bleijenberg, 2020)

De belangrijke rol van de wijkverpleegkundige

De rol van de wijkverpleegkundige in de samenwerking kwam ook duidelijk naar voren in het verbeteren van de samenwerking:

'Het is een stukje bewustwording bij collega's en wijkverpleegkundige en dus die cliëntbespreking met de evaluaties volgens een bepaalde methodiek. Dat zou de samenwerking wel kunnen verbeteren. En daarnaast is het voor de discipline zelf om zichzelf zichtbaar te maken in de wijk. Ik moet als wijkverpleegkundige daar natuurlijk ook een actieve rol in spelen om bij elke casus te kijken welke disciplines er nodig zijn.' (WV)

Volgens wijkverpleegkundigen werd de multidisciplinaire samenwerking, met name met huisartsenpraktijken en professionals in de thuisverzorging, als belangrijkste randvoorwaarde gesteld om goed te kunnen functioneren in de wijk. (Schönenberger, Visser, Duijsters & de Dood, 2015) Het was de rol van de wijkverpleegkundige om de zichtbare schakel te zijn in de wijk en gezondheid te bevorderen in de wijk, volgens het expertisegebied was zij immers ook gezondheidsbevorderaar en samenwerkingspartner. (Hoeijmakers, 2014)

Resultaten uit de literatuur: Hoe kan de samenwerking beter?

Voor het ontwikkelen van geïntegreerde dementiezorg bleek netwerkleiderschap een belangrijk onderdeel. (Nieuwboer, van der Sande, van der Marck, Rikkert & Perry, 2018) In het onderzoek van Van Dongen et al (2016) werd ook de nadruk van een leider benoemd die zich voorbereid, structuur geeft en vergaderingen organiseert. Elkaar kennen, zowel op professioneel gebied als persoonlijk gebied, was hierbij van belang.

Onderling vertrouwen werd als belangrijkste bevorderende factor gezien voor effectieve communicatie. Een goed gestructureerd multidisciplinair overleg zorgde voor meer persoonlijk contact. (Nieuwboer, Perry, van der Sande, Maassen, Rikkert & van der Marck, 2018) De huidige praktijk liet ook zien dat wijkverpleegkundigen baat kunnen hebben bij communicatieprotocollen, zoals SBAR. Ook empowerment in hun zelfvertrouwen richting huisartsen zou effectief kunnen zijn voor verbetering van de communicatie. (Nieuwboer, 2020)

De DementieNet aanpak ondersteunt eerstelijnsprofessionals in de samenwerking. Dit blijkt een positief effect te hebben. Factoren die bijdroegen hieraan waren: adequaat leiderschap, actieve bijdrage van gemotiveerde huisartsen, netwerkparticipanten die elkaar goed kennen en netwerk dat in de omgeving is gelokaliseerd. (Richters, Nieuwboer, Perry, Rikkert, Melis & van der Marck, 2017)

Mantelzorgondersteuning

De meeste participanten waren van mening dat een goede samenwerking mogelijk bij kan dragen aan mantelzorgondersteuning. Participanten 3 en 6 hadden hier niet goed zicht op bij mevrouw om daar goed antwoord op te kunnen geven, maar waren wel van mening dat als de samenwerking goed verliep dit ter ondersteuning zou kunnen zijn.

‘Ik denk juist als je als verschillende disciplines goed samenwerkt dat je mekaar aanvult dus dat dan zeker de mantelzorgondersteuning ten goede komt, omdat je dan allemaal met je neuzen dezelfde richting op staat en dan dat iedereen dan met hetzelfde doel werkt. En dat doel is dan natuurlijk die mantelzorgondersteuning of in ieder geval voorkomen van overbelasting. Als je weet dat je allemaal aan datzelfde doel werkt dan komt dat doel natuurlijk ook ten goede. Want als je niet goed samenwerkt dan kan je mogelijk allemaal een ander doel in je hoofd hebben, dat gaat dan ten koste denk ik van de mantelzorgondersteuning.’ (WV)

Positieve ervaring van mantelzorger

De inzet van de thuisbegeleider bij meneer was de mantelzorger erg blij en dankbaar mee. Mantelzorger ervaaarde dit als ontlasting. Mevrouw en meneer gaven aan erg tevreden te zijn met de zorg van de wijkverpleging (cijfer 8). Mevrouw vertrouwde de zorgverleners helemaal en kon haar wensen kenbaar maken. Haar eerste aanspreekpunt was de zorgcoördinator met wie zij het meest contact ervaaarde, met vragen ging zij eigenlijk altijd naar haar toe. Mevrouw zag de casemanager soms en wist dat zij een beroep kan doen op haar als er andere zorgvorm nodig was. De huisarts kwam wel eens, maar was ook snel weer weg.

Op de vraag hoe zij de samenwerking ervaaart tussen de verschillende disciplines, gaf zij aan daar niet van op de hoogte te zijn. Wel wist mevrouw dat er overleg is met elkaar, maar niet of iedereen hier ook bij betrokken was. De verschillende taken en verantwoordelijkheden onderling waren niet geheel bekend, mantelzorger gaf aan:

‘Ja, het is meestal hetzelfde wat ze doen eh’. (MZ)

De vele gezichten thuis kan de mantelzorger wel eens als druk ervaren. Of ze zich meer ondersteund zou voelen als de samenwerking goed verloopt was lastig te zeggen, want dit verschilde per dag. Mantelzorger gaf als antwoord op de vraag wat haar ervaring was met al de verschillende betrokkenen bij meneer en haar:

‘Ja..., het is niet anders. Ik leef maar bij de dag. Je weet niet wat de toekomst brengt.’ (MZ)

Uit onderzoek naar de ervaringen van zorgverleners in het ondersteunen van ouderen in de wijk met meerdere chronische aandoeningen bleek dat het ondersteunen van mantelzorgers één van de aanbevelingen was om de complexe ouderengroep de best mogelijke kwaliteit van leven te geven en thuis te blijven wonen. Er bleek te weinig thuiszorg te zijn om mantelzorgers te ondersteunen. Continuïteit van zorgverleners zoals een persoonlijk begeleider zou bij kunnen dragen aan een betere ondersteuning, wat ook bij de mevrouw was ingezet. (Ploeg, Yous, Fraser, Dufour, Baird, Kaasalainen, McAiney & Markle-Reid, 2019)

Discussie en aanbevelingen

Praktijkresultaten

In het onderzoek van Nieuwboer et al. (2017) bleek de samenwerking in de wijk wat betreft dementiezorg in Nederland ver van optimaal te zijn. Knelpunten als beperkte communicatie onderling en ad hoc samenwerking kwamen overeen met de knelpunten die ervaren werden bij meneer H. In het onderzoek van Smit et al. (2020) bleken de taken en verantwoordelijkheden onderling vaak niet bekend en bleek hierin overlap te zijn. In dit onderzoek werd hier niet duidelijk op geantwoord. Mogelijk was dit dan ook onbekend voor velen. Ook andere knelpunten uit het onderzoek van Smit et al. (2020) kwamen overeen met dit onderzoek: weinig overleg, coördinatie en samenwerking door tijdgebrek, communicatieproblemen en te hoge caseload. Aanvullend werd benoemd dat er vaak een tekort was van kennis over samenwerking bij sommige professionals. Beroepen met een lager opleidingsniveau waren bijvoorbeeld minder actief dan anderen en dat kon leiden tot problemen die dan niet gesignaleerd en gecommuniceerd werden. Ook bij meneer H. bleek dat disciplines met een lager opleidingsniveau minder actief waren in de samenwerking (ad hoc basis, losse samenwerkingen, niet betrokken bij het MDO).

Wat ook opviel was de discrepantie in ervaring in de samenwerking bij meneer: de helft van de participanten ervaaarde deze als goed en de andere helft ervaaarde juist veel knelpunten. Mogelijk had dit te maken met het verschil van context in de functieomschrijvingen. De participanten met een meer overstijgende regiefunctie als rol ervaaarden meer knelpunten, waaruit geconcludeerd kan worden dat zij meer overstijgend behoren samen te werken.

Er zou volgens IWW (2018) één professional, oftewel ‘casemanager’ als eerste aanspreekpunt moeten zijn die de regisserende rol oppakt bij de cliënt met dementie. Opvallend was dat in dit geval de mantelzorger de zorgcoördinator (verzorgende) als aanspreekpunt beschouwde terwijl zij deze rol niet volledig vervult, maar dus wel met haar blijkbaar het meeste vertrouwen ervaaarde. Mogelijk dat het contact met casemanager, wijkverpleegkundige en huisarts te weinig frequent was om dat vertrouwen met de mantelzorger op te bouwen. De rol van de verzorgende moet niet worden onderschat volgens een onderzoeksrapportage van ZonMw, omdat zij onmisbaar is en van grote toegevoegde waarde. (Van Wieringen, Kee, Beersma, Groenewegen & Nies, 2018)

De mantelzorger ervaaarde geen knelpunten en had niet voldoende zicht op de samenwerking. In het onderzoek van Smit et al. (2020) ervaaarden de ouderen in de wijk met name het gebrek aan onderlinge communicatie. Door de mantelzorger in de casus werden de vele verschillende gezichten ook als niet prettig ervaren.

Uit de interviews was de centrale rol van meneer en zijn mantelzorger niet expliciet naar voren gekomen, evenals de gezamenlijke besluitvorming. Ook bleek dat de mantelzorger geen actieve rol had in de samenwerking. Dit waren ook factoren in de samenwerking. (Van Dongen et al, 2016)

Aanbevelingen

Als aanbeveling aan de praktijk is geadviseerd om bij meneer H. met gezamenlijke besluitvorming 1 plan en 1 vast aanspreekpunt als regisseur in de samenwerking op te stellen. Bij meneer H. zou de casemanager deze rol dan op kunnen pakken, omdat dit binnen de organisatie de afspraak is. Frequent onderling contact, de actieve en centrale rol van meneer en mantelzorger hierin en directe communicatie met elkaar kunnen mogelijk ter ondersteuning dienen. Het programma DementieNet houdt zich hier specifiek mee bezig en wordt dan ook aanbevolen.

Reflectie op methode

Het onderzoek had veel opgeleverd, omdat via individuele interviews de onderzoeker zich als wijkverpleegkundige in de wijk zichtbaar maakte. Dit was dan ook een sterk punt. De rol van onderzoeker en zorgverlener lagen nauw bij elkaar, wat het wel lastig maakte. Echter is geprobeerd als onderzoeker neutraal en onbevooroordeeld te blijven en bevindingen achterwege te laten. De onderzoekende houding was hiermee wel versterkt als onderzoeker, omdat de bereidheid om het in de praktijk te veranderen groot was. (Verhoef et al., 2019)

Als zwak punt was te benoemen dat de interviews meer op de samenwerking met de cliënt met dementie en zijn dreigend overbelaste mantelzorger had kunnen ingaan. Het ging wel over meneer H. maar de knelpunten en verbeterpunten werden al snel algemeen benoemd onder de participanten. Ook het cliëntperspectief had meer uitgediept kunnen worden. Mogelijk had dit te maken met het feit dat samenwerking een algemeen begrip was en onbewust de onderzoeker hier ook in mee gegaan was. Om dit te voorkomen had de methode gestructureerde interviews mogelijk meer structuur geboden, wat de betrouwbaarheid verhoogd. Dit neigt dan echter meer naar kwantitatief onderzoek. (Verhoef et al, 2019)

Een ander sterk punt was dat meerdere perspectieven belicht waren, door verschillende betrokkenen van meneer te interviewen die aan de criteria voldeden.

Conclusie

De vraagstelling luidde hoe je als wijkverpleegkundige de integrale samenwerking kan verbeteren bij meneer H en zijn dreigend overbelaste mantelzorgers. Er kon geconcludeerd worden na dit onderzoek dat de wijkverpleegkundige hierin een actieve rol heeft volgens haar beroepsprofiel, waarin zij zichzelf zichtbaar maakt en interdisciplinair leiderschap laat zien. Onderling vertrouwen, elkaar goed kennen, frequent multidisciplinair overleg en een effectief communicatiemiddel bleken hierbij belangrijk. Door bepaalde methodiek te gebruiken en bewustwording onder collega's te vergroten kan de samenwerking versterkt worden. Door frequent contact met elkaar kunnen losse samenwerkingen bij elkaar komen en hiaten voorkomen worden.

Ook de communicatiewijze bleek een belangrijk punt om dit bekend te maken, omdat iedere verschillende discipline weer op een andere manier benaderbaar was.

De knelpunten die ervaren werden bij meneer H. bleken bekende knelpunten in Nederland te zijn. Met elkaar frequent aan tafel zitten, waarbij eenieder vanuit zijn opleidingsniveau en deskundigheid elkaar aanvult, bleek erg belangrijk. Ook een duidelijke taakverdeling en afstemming in het zorgproces was hierbij van belang. Uitgangspunt was dat er 1 plan en 1 vast aanspreekpunt was voor de cliënt met zijn mantelzorger, waarbij hun wensen en behoeften centraal staan, en het aanspreekpunt ook het voortouw behoort te nemen in de samenwerking. Wanneer meerdere disciplines met een regiefunctie betrokken waren, is afstemming hierin noodzakelijk. Dit alles zou kunnen leiden tot betere ondersteuning van de cliënt met dementie en zijn mantelzorger.

Literatuurlijst:

- Alzheimer Nederland (2020). *Dementiemonitor Mantelzorg 2020 Regionaal rapport*. PDF bestand! Alzheimer Nederland. (z.d.). *Wat is dementie?* Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie#dementie>
- Alzheimer Nederland. (2019, 27 mei). *Factsheet feiten en cijfers over dementie*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Carpenito, L.J. (2018). *Zakboek verpleegkundige diagnosen*. Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017, 19 juli). *Dementie oorzaak een op de tien sterfgevallen*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/29/dementie-oorzaak-een-op-de-tien-sterfgevallen>
- Van Dongen, J.J.J., Lenzen, S.A., Van Bokhoven, M.A., Daniëls, R., Van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2016, 28 mei). Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Family Practice*, 17, 58. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0456-5>
- Van Haaren, E., Mast, J., de Graaf-Waar, H. & Martijn, R. (2017). *Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Hoofdstuk 5, 5.5.1 (pagina 118)
- Hoeijmakers, M. (2014). Preventie: de verborgen kracht van de wijkverpleegkundige. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 92. 210.
- Integraal Werken in de Wijk. (2018). *Kennisbouwstenen voor professionals die integraal werken in de wijk*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van https://www.integraalwerkenindewijk.nl/sites/integraalwerkenindewijk.nl/files/iww_imce/bestanden/iww-kennisbouwstenen-2019.pdf
- Integraal Werken in de Wijk. (2018). *Wat werkt bij integraal werken in de wijk*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van https://www.integraalwerkenindewijk.nl/sites/integraalwerkenindewijk.nl/files/iww_imce/bestanden/wat-werkt-bij-integraal-werken-wijk.pdf
- Karlsson, S., Bleijlevens, M., Roe, B., Saks, K., Martin, M.S., Stephan, A., Suhonen, R., Zabalegui, A., & Hallberg, I.R. (2018, 20 oktober). Dementia care in European countries, from the perspective of people with dementia and their caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1405-1416. doi: 10.1111/jan.12581
- Nederlandse Huisartsen Genootschap. (2012). *NHG-Standaard Dementie*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dementie>
- Nieuwboer, M. (2020). Zijn wijkverpleegkundigen klaar om samen te werken? *Tijdschrift Verpleegkunde*, 35(3), 23-27.
- Nieuwboer, M.S., Richters, A., Van der Marck, M.A. (2017). Triple aim improvement for individuals, services and society in dementia care. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 50, 78-83. doi: 10.1007/s00391-017-1196-4.
- Nieuwboer, M.S., Van der Sande, R., Van der Marck, M.A., Rikkert, M.G.M., & Perry, M. (2018). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*. doi: 10.1080/13814788.2018.1515907
- Nieuwboer, M.S., Perry, M., Van der Sande, R., Maassen, I.T.H.M., Rikkert, M.O., & Van der Marck, M.A. (2018). Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study. *Family Practice*, 2018, 1-7. doi: 10.1093/fampra/cmy009
- Nivel. (2021). *Consumer Quality Index (CQI)*. Geraadpleegd op 14 mei 2021, van <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/CQI-form.pdf>

- Nivel. (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016*. Geraadpleegd op 12 mei 2021, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Dementiemonitor_Mantelzorg_2016.pdf
- Ploeg, J., Yous, M-L., Fraser, F., Dufour, S., Baird, L.G., Kaasalainen, S., McAiney, C., & Markle-Red, M. (2019, november). Healthcare providers' experiences in supporting community-living older adults to manage multiple chronic conditions: a qualitative study. *BMC Geriatric*, 19: 316 (2019). <https://doi-org.ezproxy.hro.nl/10.1186/s12877-019-1345-2>
- Richters, A., Nieuwboer, M.S., Perry, M., Rikkert, M.G.M.O., Melis, R.J.F., & Van der Marck, M.A. (2017). Evaluation of DementiaNet, a network-based primary care innovation for community-dwelling patients with dementia: protocol for a longitudinal mixed methods multiple case study. *BMJ Open* 2017; 7(8).
- Schönenberger, M., Visser, M.A., Duijsters, M.J.G., & de Dood, B. (2015, 2 juli). Wijkverpleegkundige zorg in de wijk: waar let je op? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93, 183-190. <https://doi-org.ezproxy.hro.nl/10.1007/s12508-015-0075-x>
- Smit, L.C., Dikken, J., van Wijk, M., Pool, I.A., Schuurmans, M.J., de Wit, N.J., & Bleijenberg, N. (2020). The Methodological Development of an Interprofessional Educational Program to Prove Proactive Integrated Care for Elders. *Journal o Research in Interprofessional Practice and Education*, 9, 2 (2020). <http://dx.doi.org/10.22230/jripe.2019v9n2a295>
- V&V. (2020). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Beroepsprofiel%20verpleegkundige.pdf>
- V&VN. (2020). *Richtlijn mantelzorg*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van https://www.venvn.nl/media/jsjmcewl/richtlijn-mantelzorg_conceptversie_praktijktest.pdf
- Valentijn, P., Schepman, S.M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13: e010. doi: 10.5334/ijic.886
- Van der Flier, W., & Bouwman, F. (2019, 24 mei). De ziekte van Alzheimer. *Bijblijven*, 35(4), pp 17-30. <https://doi-org.ezproxy.hro.nl/10.1007/s12414-019-0034-6>
- Van Heycop ten Ham, C.B. (2013). *Klinische pathologie*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Vilans. (z.d.). *Integraal werken in de wijk (IWW)*. Geraadpleegd op 14 mei 2021, van <https://www.vilans.nl/projecten/integraal-werken-in-de-wijk-iww>
- Volksgezondheidszorg.info. (2019, 4 september). *Dementie > Cijfers & Context > Huidige situatie*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie>
- Van Wieringen, M., Kee, K., Beersma, b., Groenewegen, P., & Nies, H. (2018, augustus). *Onderzoeksrapportage: Ambassadeurstraject Verzorgenden in de Wijk*. Geraadpleegd op 17 mei 2021, van https://mediator.zonmw.nl/fileadmin/mediator/documenten/m-30/VU_Onderzoeksrapportage_Ambassadeurstraject_Verzorgenden_in_de_wijk_Publ....pdf
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, René A.J. & Minkman, Mirella.M.N. (2018). Values of Integrated Care: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4). doi: 10.5334/ijic.4172
- Zorg voor beter. (2017, 24 mei). *Wat is mantelzorg?* Geraadpleegd op 25 februari 2021, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg/wat-is-mantelzorg>

Bijlage 1: Gezondheidspatronen van Gordon en Omaha

1. Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding

Subjectieve gegevens

Meneer Hanse is 91 jaar, echtgenote is 80 jaar. Beide vallen onder de groep kwetsbare ouderen.

Meneer is bekend met de ziekte van Alzheimer.

Meneer geeft aan het lastig te vinden dat hij lichamelijk achteruit gaat, kan dit soms moeilijk accepteren. Door de cognitieve achteruitgang heeft meneer niet voldoende ziekte-inzicht, denkt het vaak zelf nog te kunnen en vindt hulp niet nodig. Mevrouw moet hem vaak corrigeren om een hulpmiddel te gebruiken bij het lopen en neemt bepaalde handelingen over als het meneer niet lukt. Zo ook met het meten van de bloedsuiker en het toedienen van de insuline, meneer heeft hier sturing en begeleiding in nodig. Mevrouw durft hem niet alleen thuis te laten. Mevrouw wil graag de regie houden en neemt niet snel adviezen aan, meneer al helemaal niet. Zo heeft het een hele poos geduurd voor dat meneer eindelijk met rollator ging lopen, vanwege het verhoogde valrisico. Ook is vaak geadviseerd om het vloerkleed weg te halen en de trippelstoel te gebruiken bij evenwichtsstoornissen, maar het echtpaar weigert dit en ziet hier het nut niet van in. Beiden zien niet altijd het gevaar van de situatie in (verhoogd valrisico).

Het advies van de casemanager was om meneer in te laten schrijven in een verpleeghuis. Mevrouw had het idee dat dit nog een hele poos zou duren, maar door miscommunicatie dacht mevrouw dat er al een plek was aangeboden. Dochter had namelijk een brief gekregen ter bevestiging dat meneer op de wachtlijst is gezet, maar zij begreep hieruit dat er al een plekje is aangeboden. Meneer wilde dit absoluut niet, werd er emotioneel van. Mevrouw twijfelde en had niet verwacht dat het al zo snel mogelijk was. Haar nicht en zus gaven aan dat het meneer 'zijn dood' wordt als hij naar een verpleeghuis gaat. Mevrouw geeft aan zelf de regie te willen en dat ze dat niet zo ervaarde in deze situatie, ze ervaart ook geen klik met de casemanager. Ze heeft dit aan de casemanager laten weten en vervolgens een nieuwe controle afspraak pas na 4 maanden vastgesteld. Eerder wilde mevrouw niet. Het nadenken over de toekomst lijkt het echtpaar moeilijk te vinden en vermijden liever dit onderwerp. Meneer wil ook niet gereanimeerd worden, maar dit moet besproken worden met de huisarts. Echter is dit nog steeds niet gebeurd...

Mevrouw heeft de medicatie van haar man in beheer, dit lukt goed en mevrouw zegt therapietrouw te zijn. Vanwege kennistekort bij mevrouw is er ondersteuning en begeleiding bij het toedienen van de insuline, mevrouw ziet het niet zitten om dit nog aan te leren. Ook bij de andere medicatie heeft mevrouw soms informatie en advies nodig. Meneer kan dit niet in eigen beheer houden vanwege cognitieve achteruitgang.

Meneer en mevrouw zeggen een gezonde leefstijl te hebben, beide roken en drinken niet.

Objectieve gegevens

Tijdens de zorgmomenten gebruikt meneer de rollator, echter loopt hij soms ook stukjes zonder rollator. Bij het wijzen hierop om de rollator te gebruiken, geeft meneer aan dat het wel lukt dat kleine stukje. Meneer is hierin lastig te corrigeren, loopt dan al door zonder rollator waarbij hij soms gevaarlijk uit kan wijken (evenwichtsstoornis). Meneer houdt wel goed vast om zich heen (de muur, wastafel, beugels). Meneer wil geen trippelstoel gebruiken bij het mobiliseren.

Er is sprake van apraxie bij meneer, volgorde van handelingen en het uitvoeren van de ADL lukt meneer niet meer goed. Er moet gezegd worden tegen meneer wat hij moet doen (bv gezicht wassen / gaan staan), anders snapt meneer het niet. Bij het meten van de bloedsuiker gebruikt meneer de verkeerde objecten waarvoor het bedoeld is (apraxie), probeert bv met het teststripje in zijn vinger te prikken.

Meetinstrumenten:

BEM (Beheer Eigen Medicatie) en valrisico score lijst, er is sprake van verhoogd valrisico. Zie valrisico score lijst aan het eind van deze bijlage.

Verpleegkundige diagnoses:

Ineffectief omgaan met gezondheid / Risicovol gedrag voor de gezondheid

Risico op letsel

Risico op vallen

(Risico op) belemmerde zorgparticipatie

2. Voedings- en stofwisselingspatroon

Subjectieve gegevens

Meneer is bekend met diabetes mellitus type 2, insuline afhankelijk. Meneer geeft aan goede eetlust te hebben. De bloedsuikerwaarden worden iedere maand 2 dagen gemeten (dagcurve) en aan de huisarts doorgegeven. Diabetes verpleegkundige is bij meneer betrokken.

Meneer heeft een stabiel gewicht en is niet onbedoeld afgevallen, wordt regelmatig gewogen.

Gewicht gemiddeld: 89 kilo.

Mevrouw kookt 5 van de 7 dagen nog zelf en 2 dagen krijgen ze maaltijden van Tafeltje Dekje.

Meneer is zelf boer geweest, zijn zoon heeft dat nu overgenomen. Ze hebben de verse producten van de landbouw makkelijk tot hun beschikking. Meneer en mevrouw geven aan goed en gezond te eten.

Soms drinkt meneer te weinig, heeft stimulans nodig.

Meneer heeft een onder- en bovengebitysprothese, onderhoudt dit zelf m.b.v. echtgenote.

Objectieve gegevens

Meneer ziet er goed uit, heeft een stevig postuur. Bloedsuikerwaarden zijn stabiel en acceptabel, in de middag en avond verhoogd (meneer had dan net zoetigheid op bv).

Om 8 uur en 17 uur wordt insuline gespoten: 12 EH Novo Rapid, 14 EH lantus.

Verpleegkundige diagnoses:

Risico op vochttekort

3. Uitscheidingspatroon

Subjectieve gegevens

Meneer is incontinent van urine (is soms te laat bij het toilet, voelt wel aandrang), waarvoor hij incontinentiemateriaal draagt. Hij voelt wel aandrang, maar kan dan soms net te laat zijn. Vooral 's nachts gaat meneer regelmatig naar het toilet. Omdat meneer wankel loopt is de optie besproken om een condoomkatheter te proberen, echter was dit geen oplossing want meneer leek hier alleen maar meer door van streek te raken.

Ongeveer iedere 2 maanden gaat meneer naar de uroloog voor dilatatie van de urethra, om de vernauwing te verhelpen / te voorkomen.

Meneer zegt geen problemen te ervaren bij de ontlasting, dit komt goed op gang en doet meneer zelfstandig.

Objectieve gegevens

Bij wissel van incontinentiemateriaal blijkt deze goed verzadigd te zijn van urine in de ochtend. In de avond soms nog een spoor van ontlasting. Bij de douchebeurt blijkt regelmatig dat meneer nog niet helemaal schoon is (ontlasting). Meneer wordt iedere dag gedoucht, er zijn geen huidproblemen. Soms heeft meneer smetplekken op de stuit en in de liezen, welke met sudo behandeld worden.

Verpleegkundige diagnoses:

Functionele incontinentie

4. Activiteitenpatroon

Subjectieve gegevens

Overdag zegt meneer niet erg actief te zijn, zit voornamelijk in zijn stoel of ligt op bed als hij hoofdpijn heeft. Meneer kan niet lang lezen of andere activiteiten doen, want hij kan zich niet lang concentreren en door de prikkels krijgt hij hoofdpijn. Hij vindt het wel gezellig om een praatje te houden als hij zich goed voelt, vertelt dan veel over vroeger. Dagbesteding had een optie kunnen

zijn, maar door de vele prikkels met hoofdpijn tot gevolg was dat niet wenselijk. Om mevrouw te ontlasten is er toen individuele begeleiding gestart.

Als meneer zich goed voelt vindt hij het erg leuk om een rondje te doen buiten en bij de dieren te kijken. Meneer is altijd veel buiten geweest als boer en houdt van dieren. Zijn zoon woont naast hen die nu boer is. Meneer kan ook erg genieten van zijn eigen groentetuintje, samen met zijn dochter gaat hij daar regelmatig heen. Meneer geniet van de rust, is tevreden zo met zijn daginvulling. Kleinzoon van meneer is fysiotherapeut die soms de schouder van meneer behandelt als hij er erg last van heeft, dit helpt altijd goed.

Objectieve gegevens

Tijdens de zorgmomenten mobiliseert meneer traag en langzaam. Door verminderde energie en vermoeidheid en geheugenstoornis kan meneer zich niet zelfstandig verzorgen. Meneer wil graag zijn gezicht en bovenlichaam zelf wassen, dit lukt goed op langzaam tempo. Omdat meneer beide handen nodig heeft om vast te houden kan hij zich niet goed van onderen wassen en kleding aan- en uittrekken, wat dus overgenomen is door de wijkzorg. Meneer heeft ook niet voldoende kracht om zijn steunkousen aan en uit te trekken. Meneer wil wel graag meehelpen, doet dan bijvoorbeeld zijn steunkousen al een stuk naar beneden. Het is zichtbaar vermoeiend, meneer wordt kortademig en zijn gezicht loopt rood aan bij het bukken om bv zijn steunkous uit te trekken.

Verpleegkundige diagnoses:

Inactieve leefstijl

Risico op doorligplekken / decubitus

Beperkte inspanningstolerantie

Verminderde mobiliteit

Moeilijk kunnen staan / Moeilijk kunnen zitten / Moeite met transfer

Loopstoornis

Zelfzorgtekortsyndroom

5. Slaap- en rustpatroon

Subjectieve gegevens

Meneer is 's nachts soms onrustig en moet dan vaak naar de toilet, mevrouw geeft hem dan een oxazepam waar hij goed op reageert. Het is een periode erger geweest wat betreft de onrustige nachten, maar dit lijkt nu beter te gaan. Overdag gaat meneer naar bed als hij last heeft van hoofdpijn of zich erg moe voelt, niet volgens structuur maar net hoe hij zich voelt.

Objectieve gegevens

Het is bij de zorgmomenten zichtbaar dat de douchebeurt en ADL vermoeiend is voor meneer (kortademiger, vertraagd bewegen). In rust zakt dit af.

Verpleegkundige diagnoses:

Verstoorde slaap

6. Cognitie- en waarnemingspatroon

Subjectieve gegevens

Cognitie van meneer is achteruit gegaan vanwege de diagnose Alzheimer. Dit uit zich bij meneer in: woordvindstoornissen, verminderd korte termijngeheugen, concentratieproblemen (soms lijkt meneer apathisch, soms is hij spraakzaam) verlies van organisatie en planning, desoriëntatie in tijd, karakterveranderingen en stemmingsproblemen (meneer verlies initiatief, voelt zich niet altijd vrolijk meer, heeft last van prikkelbaarheid). Daarbij heeft meneer verminderd ziekte inzicht (volgt adviezen niet op, gebruikt hulpmiddel niet altijd op de juiste manier, onderneemt zelf niet de juiste actie bij bijvoorbeeld een hyper of hypo). Meneer is moeilijk te corrigeren hierin, denkt zelf dat het namelijk nog wel goed gaat en lukt.

Objectieve gegevens

Als meneer zich niet goed voelt herhaalt hij vaak de zin 'Wat een toestand is het toch' en 'Ik weet het niet meer'. Hij grijpt dan naar zijn hoofd en maakt kreun- en huilgeluiden. Het is lastig te achterhalen wat er dan is. Meneer is dan wankel en lijkt soms verward. Als meneer weer even gaat liggen of een pijnstiller neemt gaat het vaak weer wat beter. Bij verwardheid wordt urine weggebracht om te kunnen bepalen of er een urineweginfectie is, regelmatig heeft meneer hier last van.

Verpleegkundige diagnoses:

Geheugenstoornis

Chronische verwardheid

Risico op acute verwardheid

7. Zelfbelevingspatroon

Subjectieve gegevens

Meneer geeft aan heerlijk te kunnen genieten van zijn leventje thuis, de rust en de dieren buiten. Hij vindt het moeilijker dat hij lichamelijk steeds meer achteruit gaat, maar zegt dit wel te kunnen accepteren. Meneer is wisselend in zijn stemming: Soms is meneer apathisch (kijkt dan in gezelschap voor zich uit) en kan hij snel emotioneel worden (meneer ziet het dan niet meer zitten), soms is hij spraakzaam en maakt meneer grapjes.

Objectieve gegevens

Als meneer zich goed voelt is hij belangstellend naar anderen, maakt hij grapjes en is meneer spraakzaam. Als hij last heeft van hoofdpijn en duizelingen kan meneer emotioneel zijn.

Verpleegkundige diagnoses:

Angst

8. Rollen- en relatiepatroon

Subjectieve gegevens

Het echtpaar heeft 3 kinderen waarmee ze goed contact hebben: 2 zoons, 1 dochter en 6 kleinkinderen. Hun zoon woont naast hen die ook een gezin hebben. Hun dochter komt ook vaak langs. Schoondochter is betrokken bij de huisbezoeken met de casemanager. Meneer en mevrouw vinden het erg fijn dat ze regelmatig langskomen, ervaren veel steun van hen.

De buurt is bekend voor meneer en mevrouw, ze zijn er opgegroeid en wonen er al lange tijd. Ze hebben voldoende sociaal contact.

Meneer komt zelf uit een groot gezin van 7 kinderen en hij is de enige die nog leeft. Dat vindt hij verdrietig, praat hier dan over maar kan het wel een plekje geven aldus meneer. Zijn hoge leeftijd maakt hem ergens ook trots, hij vertelt vaak dat hij de oudste man van het dorp is waar hij woont. Meneer geeft aan het wel eens moeilijk te vinden dat hij niet alles meer kan zoals voorheen.

Objectieve gegevens:

Meneer is wisselend qua stemming, soms is meneer spraakzaam en soms apathisch. Geen beperkingen in de communicatie en spraak, meneer is goed verstaanbaar.

Verpleegkundige diagnoses:

Rouwen

9. Seksualiteits- en voortplantingspatroon

Niet van toepassing.

10. Stressverwerkingspatroon

Subjectieve gegevens

Bij teveel prikkels krijgt meneer hoofdpijn. Als hij dan gaat liggen en/of een paracetamol/oxazepam inneemt, neemt de hoofdpijn weer af. Meneer weet hier redelijk goed mee om te gaan, heeft wel sturing hierin nodig.

Echtgenote is mantelzorger, zij zorgt 24 uur per dag voor meneer wat soms veel vergt (met name de onbepaalde zorgmomenten). Ze durft niet weg als meneer thuis zit. Een poosje geleden is mevrouw gevallen buiten waarbij ze haar pols heeft gebroken. Hun dochter is toen in huis ingetrokken ter ondersteuning. Nu de pols weer genezen is, is zij weer uit huis gegaan. Ondanks de uitkomst van de CSI (er is sprake van overbelasting), geeft mevrouw echter aan dat ze het nog goed aankan. Mogelijk zegt mevrouw dit omdat meneer absoluut niet weg wil naar een verpleeghuis en haar familieleden hier ook hun mening over gaven. Meneer werd heel erg emotioneel toen hij hoorde dat hij mogelijk gaat verhuizen, wil echt het huis niet uit. Contact met de casemanager wordt afgehouden en is uitgesteld naar over een paar maanden pas, ondanks de kwetsbaarheid van de situatie.

Objectieve gegevens

Tijdens de zorgmomenten is meneer gebaat bij structuur en rust. Als het hem te snel gaat, kan hij emotioneel worden. Meneer is dan moeilijk aanspreekbaar, kan niet goed aangeven wat er dan aan de hand is. Ook is meneer door vermoeidheid sneller uit balans na he douchen, verschilt per dag. Mevrouw ziet er soms vermoeid uit, zegt het aan te kunnen geven als er extra hulp en ondersteuning nodig is. Ook ten tijde van haar val is extra ondersteuning geboden. Mevrouw (en meneer) zijn gehecht aan hun zorgcoördinator, willen graag een bekende zorgverlener waarmee vertrouwen is opgebouwd.

Meetinstrument:

Er zijn 2 vragenlijsten afgenomen volgens het Model Mantelzorgondersteuning, zie afbeeldingen hieronder: De objectieve en subjectieve vragenlijst. De objectieve vragenlijst geeft meer inzicht in kenmerken van de mantelzorgverlening zelf. De subjectieve vragenlijst is de veelgebruikte lijst: 'Ervaren Druk door Informele Zorg', waarbij het gaat om de druk de mantelzorger zelf ervaart. De uitkomst van beide vragenlijsten geeft een globale inschatting van de belasting en kan worden ingezet om de belasting te meten en eventueel extra ondersteuning in te zetten.

Kenmerken mantelzorg

	Groen	Oranje	Rood
1. Hoeveel uur per week verleent u zorg en ondersteuning?	<input type="checkbox"/> 0 - 2 uur	<input type="checkbox"/> 2-7 uur	<input type="checkbox"/> 8 uur of meer
2. Hoeveel dagen in de week verleent u zorg en ondersteuning?	<input type="checkbox"/> 0-1 dag	<input type="checkbox"/> 1-2 dagen dagen	<input type="checkbox"/> 3 of meer
3. Hoe lang zorgt u al?	<input type="checkbox"/> 1 maand	<input type="checkbox"/> 2 maanden	<input type="checkbox"/> 3 maanden of meer, nl. _____
4. Hoe vaak doet u huishoudelijke taken, zoals stofzuigen, wassen, strijken, boodschappen doen?	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
5. Hoe vaak verleent u begeleidende taken, zoals regelen van afspraken met de arts en vervoer, financiële administratie, emotionele steun?	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
6. Hoe vaak doet u verzorgende taken, zoals helpen bij wassen en aankleden, medicijnen toedienen, tillen of wondverzorging?	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Regelmatig	<input type="checkbox"/> Vaak
7. Combineert u de zorg voor uw (_____) met eigen huishouden, zorg voor kinderen, betaald of vrijwillig werk, opleiding, andere mantelzorg?	<input type="checkbox"/> 0-1 andere activiteiten, nl. _____	<input type="checkbox"/> 2-3 andere activiteiten, nl. _____	<input type="checkbox"/> 4 of meer andere activiteiten, nl. _____
8. Hoe ervaart u de fysieke beperkingen in het dagelijks functioneren van uw naaste?	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
9. Hoe ervaart u de psychische beperkingen van uw naaste?	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
10. Is er sprake van gedragsproblemen?	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
11. Kunt u uw naaste langer dan een half uur alleen laten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Nee
12. Deelt u uw mantelzorg met familieleden, buren of vrienden	<input type="checkbox"/> Ja, regelmatig	<input type="checkbox"/> Ja, soms	<input type="checkbox"/> Nee
13. Zorgt u ook nog voor andere mensen uit uw omgeving?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Ja
Subtotaal	... x1 = <input type="text"/>	... x2 = <input type="text"/>	... x3 = <input type="text"/>
Totaalscore	<input type="text"/>		

Vragen	Neel	Nee	Min of meer	Ja	Ja!
1. Door de situatie van mijn _____ kom ik te weinig aan mijn eigen leven toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid voor mijn _____ en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Door mijn betrokkenheid bij mijn _____ doe ik anderen tekort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik moet altijd maar klaarstaan voor mijn _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De situatie van mijn _____ eist voortdurend mijn aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn _____ krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De situatie van mijn _____ laat mij nooit los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aantal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totaalscore	<input type="text"/>				

De uitkomst bij mevrouw was:

Objectieve lijst: 27 van totaal 39 -> De mantelzorger dreig overbelast te raken
 EDIZ: 5 van totaal 9 -> Matige druk.

De scores kleuren beide oranje, wat wil zeggen dat de mantelzorg de zorg als een redelijke belasting ervaart.

Verpleegkundige diagnoses:

Inadequate coping

Labiele emotionele controle

(Risico op) overbelasting van de mantelzorg

Risico op overplaatsingsstress

11. Waarden en levensovertuigingpatroon

Subjectieve gegevens

Meneer en mevrouw zijn gelovig en luisteren thuis mee naar de kerk. Meneer is zelf ook lang ouderling geweest, vindt het fijn hierover te praten. Meneer ervaart veel steun van de kerk en het geloof, vindt het jammer dat de kerk zo klein is geworden in het dorp.

Casemanager:

CM heeft het idee dat mevrouw overbelast begint te raken, mevrouw geeft aan dat vooral de ongeplande zorgmomenten erg moeilijk zijn (als meneer bv naar de toilet of naar bed gaat, heeft hij hulp hierbij nodig). CM geeft aan het een erg lastige situatie te vinden, erg kwetsbaar ook. Ze heeft aan mevrouw geadviseerd om meneer op de wachtlijst te zetten, om crisis hiermee ook te voorkomen. Uiteindelijk wilde mevrouw dit toch wel, ze twijfelde erg. Het misverstand rondom een plek voor het verpleeghuis was erg vervelend, er is namelijk een brief verstuurd naar dochter van het echtpaar waarop stond dat meneer actief op de wachtlijst is geplaatst (als bevestiging). Dochter begreep deze brief verkeerd en had hieruit verstaan dat er al een plek is aangeboden, waardoor het echtpaar geschrokken was. Maar er is helemaal geen plek aangeboden... Het was niet de bedoeling dat die brief naar dochter verstuurd is, schoondochter is namelijk 1^e contactpersoon en zij is ook aanwezig bij de huisbezoeken met de CM. Meneer is nu van de wachtlijst gehaald.

CM heeft het idee dat mevrouw zich snel laat overhalen door anderen en daardoor onzeker wordt, er zijn veel verschillende meningen waardoor ze weer gaat twijfelen. Mevrouw heeft het contact met CM nu afgehouden en heeft aangegeven meneer niet meer op de wachtlijst te plaatsen.

CM mist ook erg het contact met de huisarts, ze had hem gemaïld over het feit dat meneer op de wachtlijst gezet zou worden, maar heeft hier geen reactie op gehad. Het is ook niet op het MDO besproken, CM kon niet aanwezig zijn omdat zij een vrije dag had. De huisarts gaat ook erg weinig naar meneer toe.

Er is ingezet aan zorg: Huishoudelijke hulp en individuele begeleiding 1x in de week. Eventueel kan dit nog uitgebreid worden.

Kortom: Een erg kwetsbare situatie...

Bijlage 2: Uitgebreide topic lijsten

Topics	Hoofdvragen	Aanvullende vragen
Introductie	Wat zijn uw taken en verantwoordelijkheden zoal?	Wat doet u op een dag? Kan u hier wat meer over vertellen?
Samenwerking in de regio	Hoe verloopt de samenwerking met andere disciplines en betrokkenen (in het bijzonder bij meneer H.)?	Met wie werkt u samen? Hoe werkt u samen? Wanneer spreekt u de andere disciplines en betrokkenen? (frequent contact of incidenteel?) Is bekend wie er betrokken is bij meneer en wie wat doet?
	Zijn de andere hulpverleners goed te bereiken en weet u hen te vinden?	Bent u op de hoogte van de sociale kaart in de regio en maakt u daar gebruik van? Zijn elkaars taken en expertise bekend? Als het nodig is, kan u hen dan goed bereiken?
Ervaring in de samenwerking	Wat is de meerwaarde van samenwerken met elkaar in de wijk? (integrale samenwerking) Wat draagt dit bij aan de ondersteuning van de mantelzorger?	Wat vindt u belangrijk in samenwerking? Wat verstaat u onder samenwerking? Waar draagt de samenwerking aan bij?
	Wat is uw ervaring in de samenwerking in uw regio?	Doorvragen. Kan u hier wat meer over vertellen? Heeft u voorbeelden hiervan?
Knelpunten in de samenwerking	Ervaat u momenteel knelpunten in de samenwerking?	Zo ja, welke? Kan u hier wat meer over vertellen?
Verbetering samenwerking	Denkt u dat de samenwerking in de regio verbeterd kan worden? Mantelzorgondersteuning?	Op welke manier? Met welke disciplines / specialisten kan de samenwerking verbeterd worden? Hoe zou u dit willen zien? Wat zou een ideale situatie zijn?
	Wat is hier voor nodig?	Kosten / tijd / inzet van middelen? Hoe kan dit gerealiseerd worden?

Meneer H. + mantelzorger :

Topics:	Hoofdvragen:	Aanvullende vragen
Introductie	Hoe lang krijgt u thuiszorg van deze zorginstelling?	Hoe lang zijn ze bij u betrokken? Zijn er tussendoor veranderingen geweest van zorgverleners / case managers?
Afspraken	Kunt u meebeslissen over de inhoud van zorg die u krijgt? (over de soort taken, werkzaamheden en zorgplan)	Hoe kunt u meebeslissen? Krijgt u de zorg zoals u dat zou willen? Kan u hier wat meer over vertellen?
	Komt de zorginstelling de afspraken over de zorg goed na?	Waar blijkt dit uit?
Communicatie	Weet u bij wie u terecht kunt met vragen en problemen?	Wie is uw eerste aanspreekpunt? Bent u op de hoogte van onderlinge taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners?
	Wordt er voldoende naar uw wensen geluisterd?	Wordt er gevraagd naar uw wensen? Voelt u zich gehoord en gesteund hierin?
Professionaliteit	Zijn de zorgverleners goed op de hoogte van uw ziekte of gezondheidsproblemen?	Waar blijkt dit uit? Heeft u het idee dat alle zorgverleners weten om te gaan met dementie?
	Vertrouwt u de zorgverleners en wordt er aandachtig naar u geluisterd?	Voelt u zich gehoord en gezien? Kunt u alles kwijt? Wat zou u graag anders willen?
	Werken de zorgverleners goed met elkaar samen? (casemanager, zoco, huisarts, specialist)	Waar blijkt dit uit? Bent u tevreden of de manier van samenwerken? Vertrouwt u erop dat er duidelijk gecommuniceerd wordt met elkaar als er iets veranderd? Of krijgt u het idee alles opnieuw te moeten uitleggen aan de verschillende zorgverleners? Denkt u dat de samenwerking beter kan?
Mantelzorg-ondersteuning	Denkt u dat als de samenwerking goed verloopt u hiermee zich beter ondersteund voelt?	Voelt u zich ontlast? Wat is belangrijk in het samenwerken voor u? Waar blijkt dit uit?
Tevredenheid	Hoe tevreden bent u met de huidige zorginzet en zorgverleners die bij u betrokken zijn?	Zorginstelling, huisarts, specialisten Schaal van 1 tot 10 : cijfer benoemen Kan u hier wat meer over vertellen? Hoe kan dit beter?

Bijlage 3: Ecoqram samenwerking bij meneer H.

