

Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen

A. J. B. M. de Vos · R. van Balen · R. J. J. Gobbens · T. J. E. M. Bakker

Samenvatting

Achtergrond Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is kortdurende, geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op herstel van functioneren en maatschappelijke participatie bij relatief laag belastbare ouderen. Gezien de complexe zorgvragen van geriatrische cliënten dienen verpleegkundigen (NLQF 4 en 6) en verzorgenden (NLQF 3) (in het vervolg verpleegkundigen genoemd) over voldoende en juiste competenties te beschikken om klinisch relevante signalen te herkennen, op juiste waarde in te schatten en effectief aan te pakken. Verpleegkundigen ervaren echter een grote mate van handelingsverlegenheid en geven aan moeite te hebben om multidisciplinaire communicatie en samenwerking structureel vorm te geven. Dit onderzoek geeft inzicht in de wijze waarop verpleegkundigen hun rol in het GRZ-proces ervaren in relatie tot handelingsverlegenheid. Daarnaast is inzichtelijk gemaakt hoe cliënten en mantelzorgers hun eigen inbreng in het GRZ-proces ervaren.

Methoden/opzet Dit beschrijvende onderzoek is opgebouwd uit een kwantitatieve en kwalitatieve component. De kwantitatieve component betreft het afnemen van vragenlijsten onder vier doelgroepen: cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en teamleiders. De kwalitatieve component richt zich op het verkrijgen van diepgaande informatie over meningen, betekenissen en reflecties van de vier doelgroepen over de besluitvorming in en uitvoering van de GRZ aan de hand van open vragen (in de vragenlijsten) en semigestructureerde interviews.

Resultaten Cliënten en mantelzorgers ervaren de GRZ op een aantal cruciale thema's negatiever dan de verpleegkundigen en de teamleiders. Deze thema's zijn de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis, de betrokkenheid van cliënten en mantelzorgers bij het opstellen van de behandeling en de revalidatie doelen, de GRZ als 24/7 activiteit van verpleegkundigen en het rekening houden met belangrijke gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Met name de laatste drie bevindingen worden veroorzaakt door handelingsverlegenheid onder verpleegkundigen.

Discussie Verpleegkundigen in de GRZ ervaren een zekere mate van handelingsverlegenheid. Onzekerheid over de reactie van de cliënt of angst dat gevoelige informatie de vertrouwensrelatie met de cliënt schaadt, leidt er toe dat verpleegkundigen cliënten en mantelzorgers niet of onvoldoende betrekken bij het opstellen van de revalidatie doelen. Handelingsverlegenheid uit zich ook in het onvoldoende rekening houden met andere gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Dit kan veroorzaakt worden door het ontbreken van ervaring of specifieke competenties die nodig zijn voor het adequaat omgaan met probleemsituaties. De geformuleerde aanbevelingen richten zich met name op deze aspecten.

Trefwoorden geriatrische revalidatiezorg · gedeelde besluitvorming · handelingsverlegenheid

Geriatric rehabilitation care: Doing the right things right

Abstract

Background Geriatric rehabilitation concerns short-term integrated multidisciplinary care aimed at functional recovery and social participation for relatively frail elderly. Given the geriatric clients' complex care issues, nurses should possess sufficient and appropriate competencies in order to identify and assess the relevant symptoms and intervene effectively. Yet, nurses experience a certain apprehensiveness to perform their tasks and express difficulties in multidisciplinary communication and collaboration in a constructive manner. In addition to the client's and informal care giver's perception of their input in the geriatric rehabilitation process, this study provides an in-depth understanding of the way nurses perceive their role in geriatric rehabilitation.

Methods/design This descriptive study entails a quantitative and a qualitative component. The quantitative component concerns questionnaires for clients, informal care givers, nurses, and team leaders. The qualitative component aims to obtain in-depth information (i. e. opinions, meanings, and reflections) with regard to the decision making process and the performance of the rehabilitation care by means of open-ended questions (in the questionnaire) and semi-structured interviews.

Results Clients and informal care givers rate specific themes in geriatric rehabilitation in a more negative light than nurses and team leaders do. These themes concern the provision of information in the hospital (prior to admission in the rehabilitation facility), involvement in the draw-up of the treatment plan and rehabilitation goals, geriatric rehabilitation as a 24/7 activity, and taking into account the client's other life events. The latter three findings in particular, are caused by nurses' apprehensiveness to perform their tasks adequately.

Discussion Nurses working in geriatric rehabilitation, experience apprehensiveness to perform their tasks adequately. Uncertainty about the client's reaction or fear of damaging the relationship of trust, results in nurses not involving the clients and informal care givers in the draw-up of the rehabilitation goals. Apprehensiveness also submerges as the lack of experience or specific competences in considering the client's other life events. The recommendations address these aspects in particular.

Keywords rehabilitation care · shared decision making · apprehensiveness to perform

Achtergrond

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) betreft kortdurende, geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op verwacht herstel van functioneren en maatschappelijke participatie bij relatief laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang [1]. In Nederland wordt GRZ aangeboden aan ongeveer 45.000 cliënten per jaar [2]. GRZ wordt geleverd door een multidisciplinair team, bestaande uit verpleegkundigen, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, diëtist, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger en mogelijk andere therapeuten, zoals een muziektherapeut, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde [3]. Voorwaarde voor de aanvang van GRZ is dat een Comprehensive Geriatric Assessment is uitgevoerd of dat het – binnen een week – volgt op verblijf in het ziekenhuis in verband met geneeskundige zorg door een medisch specialist.

Er zijn een aantal specifieke kenmerken die geriatrische revaliderende cliënten onderscheidt van medisch specialistische revaliderende cliënten. Bij de geriatrische revaliderende cliënt is er sprake van 'comorbiditeit', 'kwetsbaarheid' en een relatief hogere leeftijd in vergelijking met medisch specialistische revaliderende cliënten. De geriatrische revaliderende cliënten hebben gemiddeld vier nevenaandoeningen. Daarnaast hebben geriatrische revaliderende cliënten frequent problemen op het gebied van communicatie, gedrag, algemene dagelijkse levensverrichtingen, mobiliteit en stemming [4].

Gezien de complexe zorgvragen van geriatrische cliënten dienen verpleegkundigen over voldoende en juiste competenties te beschikken om klinisch relevante signalen te herkennen, op juiste waarde in te schatten en effectief te handelen. Daarnaast is er een maatschappelijke trend met betrekking tot toenemende inbreng van cliënten en mantelzorgers en Shared Decision Making (i. e. gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt en verpleegkundige gericht op het informeren van de cliënt en het vergroten van zijn controle over besluiten betreffende zijn gezondheid) [5]. Echter, verpleegkundigen in de GRZ ervaren

Digitaal aanvullende content Vragenlijsten en topiclijst zijn te raadplegen als elektronisch aanvullend materiaal bij de online versie van dit artikel <https://doi.org/10.1007/s12439-017-0232-6>.

A. J. B. M. de Vos (✉) · T. J. E. M. Bakker
Stichting Wetenschap Balans, Rotterdam, Nederland
e-mail: jbmdevos@gmail.com

R. van Balen
Leiden University Medical Center, Leiden, Nederland

R. J. Gobbens
InHolland Hogeschool, Amsterdam, Nederland

T. J. E. M. Bakker
Hogeschool Rotterdam, Rotterdam, Nederland

een grote mate van handelingsverlegenheid en geven aan moeite te hebben om multidisciplinaire communicatie en samenwerking structureel vorm te geven [6, 7]. Bij handelingsverlegenheid gaat het om een situatie waarin de verpleegkundige niet handelt of weet te handelen, ondanks dat er zorgen of signalen zijn over een cliënt. Deze handelingsverlegenheid ontstaat uit onvermogen om adequaat te handelen en komt voort uit aarzelingen bij de verpleegkundige zelf [8]. Handelingsverlegenheid komt vooral voor in situaties waarin de verpleegkundige lastige beslissingen moet nemen bij complexe, gevoelige en vaak verborgen problematiek, zoals vermoedens van psychiatrische problemen.

In veel gevallen gaat om een *aarzeling of onvermogen*, dat onbewust aanwezig is en waar de verpleegkundige zelf geen grip op heeft of geen duidelijk inzicht in heeft. Verschillende factoren kunnen daarbij een rol spelen. Het kan de verpleegkundige ontbreken aan voldoende *ervaring*, aan *kennis* over de GRZ of aan specifieke *competenties* die nodig zijn bij bijzondere probleemsituaties. Ook kan er *onzekerheid* zijn over de reactie van de cliënt op het bespreken van het onderwerp, of angst dat de gevoeligheid van het onderwerp de vertrouwensrelatie met de cliënt schaadt. Daarnaast kunnen er organisatorische factoren zijn die handelingsverlegenheid beïnvloeden, zoals voorgeschreven protocollen waarmee de verpleegkundige niet uit de voeten kan, of juist het ontbreken van een duidelijke voorgeschreven aanpak. Ook kan er te *weinig ondersteuning* zijn vanuit de zorgorganisatie, intercollegiaal of vanuit het management, waardoor er onvoldoende gelegenheid is om gedeelde verantwoordelijkheid te creëren door twijfels en dilemma's te bespreken en advies te vragen. Vaak spelen begrijpelijke maar oneigenlijke factoren een rol bij het ontstaan van handelingsverlegenheid [8-10].

Samenvattend belemmert handelingsverlegenheid adequaat optreden van de verpleegkundige. Dit gaat uiteindelijk ten koste van de effectiviteit van de GRZ voor de cliënt. Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de wijze waarop verpleegkundigen hun rol in het GRZ-proces ervaren in relatie tot handelingsverlegenheid. Daarnaast wordt inzichtelijk gemaakt hoe cliënten en mantelzorgers hun eigen inbreng in het GRZ-proces ervaren. De resultaten van dit onderzoek vormen de input voor een gerichte bijscholing – voor verpleegkundigen en teamleiders – gericht op het optimaliseren van multidisciplinaire samenwerking binnen de GRZ.

Methoden

Onderzoeksdesign

Dit beschrijvende onderzoek maakt gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. De kwantitatieve component betreft het afnemen van vragenlijsten onder vier doelgroepen: (1) cliënten, (2) mantelzorgers, (3) verpleegkundigen en (4) team-

leiders met als doel het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop verpleegkundigen hun rol in het GRZ-proces ervaren in relatie tot handelingsverlegenheid. De kwalitatieve component richt zich op het verkrijgen van diepgaande informatie over meningen, betekenissen en reflecties van de vier doelgroepen met betrekking tot besluitvorming in en uitvoering van de GRZ [11]. Open vragen (in de vragenlijsten) en semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij geselecteerde cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en teamleiders van geriatrie revalidatie-afdelingen van drie verpleeghuizen.

Onderzoekssetting

Het onderzoek is uitgevoerd op vijf revalidatie-afdelingen binnen drie verpleeghuizen:

1. *Zonnehuis Amstelveen* biedt verpleging (langdurige zorg), revalidatie en palliatieve zorg aan cliënten, die lichamelijke zorg nodig hebben en cliënten met demantie.
2. *Antonius Binnenweg* richt zich op alle doelgroepen in de GRZ en heeft gespecialiseerde afdelingen voor neurologische aandoeningen, orthopedische aandoeningen, COPD revalidatie, oncologische revalidatie en psychogeriatrische revalidatie.
3. *Rijkshoeve* biedt verpleeghuis- en revalidatiezorg.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft de cliënten, de mantelzorgers, de verpleegkundigen en de teamleiders. De cliënten verblijven – na ontslag uit het ziekenhuis – op één van de beschreven afdelingen om te revalideren na een CVA, orthopedische ingreep of ziekenhuisopname voor COPD. Op alle betrokken afdelingen is het streven dat cliënten met behulp van GRZ binnen maximaal zes maanden, maar meestal binnen drie maanden, weer zelfstandig – of met hulp – thuis kunnen functioneren.

De mantelzorgers zijn mensen (ouder, ander familielid, vriend of buur), die onbetaald zorgen voor de geriatrie cliënt. Zij geven die zorg omdat ze een persoonlijke band hebben met de cliënt. De verpleegkundigen zijn verpleegkundigen (NLQF 4 en 6) en verzorgenden (NLQF 3), die werkzaam zijn op één van de revalidatie-afdelingen binnen de drie verpleeghuizen. De teamleiders zijn verpleegkundigen (NLQF 4 en 6) en verzorgenden (NLQF 3).

Dataverzameling

De dataverzameling werd uitgevoerd door middel van aparte vragenlijsten voor cliënten, mantelzorgers, teamleiders en verpleegkundigen. De vragenlijsten zijn ontwikkeld door een expertgroep bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde, een psychogeriatr,

twee afdelingsmanagers (Rijckehove), twee teamleiders (Antonius Binnenweg) en een senior onderzoeker en een Lector van het Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam. De expertgroep is samengesteld op basis van kennis en ervaring op het gebied van GRZ, multidisciplinariteit en beschikbaarheid van de groepsleden. Tijdens de bijeenkomst van de expertgroep werd het doel van het onderzoek toegelicht en potentiële items ingebracht en geïnventariseerd. Aan de hand van de resultaten van de bijeenkomst werden de concept-vragenlijsten samengesteld en rondgestuurd voor individuele feedback. Vervolgens werden de opmerkingen en aanvullingen verwerkt in de vragenlijsten. Tijdens een tweede bijeenkomst werden de definitieve vragenlijsten vastgesteld door de expertgroep.

Vervolgens werden de vragenlijsten in een pilot getest door vertegenwoordigers van de vier doelgroepen. Naar aanleiding van de feedback werd het begrip GRZ en het doel van het onderzoek beter omschreven. Tevens werden andere uitstroombmogelijkheden dan naar huis (andere locatie/andere instelling) toegevoegd en werd de term 'manager' vervangen door 'teamleider'. Verpleegkundigen gaven aan dat de invultijd van 40 minuten voor cliënten en mantelzorger te lang was. Derhalve werd onderzocht of vragen weggelaten konden worden, maar dit bleek niet het geval. Om de tijdsinvestering voor de verpleegkundigen te beperken, werd hen geadviseerd de mantelzorger te vragen om de cliënt te ondersteunen in de beantwoording van de vragenlijst.

De definitieve vragenlijsten bestonden uit twee delen. Deel 1 betrof elf stellingen over de informatievoorziening, handelingsverlegenheid bij de verpleegkundige, multidisciplinaire communicatie, transitie en ervaren effectiviteit van de GRZ. Door middel van Likert-schalen kon voor elke stelling 1–5 punten gescoord worden (1 – zeer mee oneens; 2 – beetje mee oneens; 3 – noch mee oneens, noch mee eens; 4 – beetje mee eens; 5 – zeer mee eens). Deel 2 betrof tien open vragen om verdiepende informatie te verzamelen over genoemde thema's.

Goedkeuring voor de uitvoering van het onderzoek werd verkregen van de Wetenschappelijke OnderzoeksCommissie Laurens, Rotterdam.

Na de schriftelijke instructie aan teamleiders en verpleegkundigen over de inhoud en het doel van het onderzoek, werden de vragenlijsten uitgezet in de periode september 2015–februari 2016 bij 25 cliënten (vijf cliënten per afdeling), 25 mantelzorgers (vijf mantelzorgers per afdeling), 75 verpleegkundigen (vijftien verpleegkundigen per afdeling) en vijf teamleiders (één teamleider per afdeling).

Semigestructureerde interviews werden gehouden in mei–juni 2016 met tien cliënten (twee cliënten per afdeling), drie mantelzorgers (allen familieleden), zes verpleegkundigen (twee verpleegkundigen per ver-

pleeghuis) en drie teamleiders (één teamleider per verpleeghuis) met als doel te reflecteren op de kwantitatieve resultaten. De geïnterviewde cliënten verbleven op één van de revalidatie-afdelingen van de beschreven verpleeghuizen en varieerden in leeftijd van 60 tot en met 89 jaar. De geïnterviewde mantelzorgers hadden allen een familielid, die op de geriatrische revalidatieafdeling verbleef. De geïnterviewde verpleegkundigen en teamleiders werkten allen op één van de geriatrische revalidatie-afdelingen en teamleiders gaven leiding aan een team van 10,2–40 fte.

De interviews werden individueel afgenomen in de vertrouwde omgeving, zoals de kamer van de cliënt of het kantoor van de afdeling. Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze werd samengesteld uit thema's, die uit de geanalyseerde gegevens van de vragenlijsten naar voren kwamen. Alle interviews werden opgenomen met audioapparatuur en vervolgens getranscribeerd. Vragenlijsten en topiclijst zijn te raadplegen als elektronisch aanvullend materiaal bij de online versie van dit artikel.

De respondenten, zowel voor de vragenlijsten als voor de semigestructureerde interviews, werden geselecteerd door middel van een gemakssteekproef [12]. Dit betekent dat de groep potentiële respondenten (cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en teamleiders), die gemakkelijk voorhanden en beschikbaar was, gevraagd werd voor deelname. Om dit proces te faciliteren werd op elke afdeling een onderzoeksverantwoordelijke aangesteld, die er voor zorgde dat op de dag van de interviews, de cliënten op de hoogte werden gesteld, mantelzorgers aanwezig waren en collega's tijd vrijmaakten voor het interview.

Data analyse

De kwantitatieve data analyse werd uitgevoerd met behulp van het programma IBM SPSS™ Versie 24. Beschrijvende analyses (gemiddelde en standaarddeviatie) werden uitgevoerd om inzicht te krijgen in de verdeling van de antwoorden per vraag. Frequentietabellen werden samengesteld om inzicht te verkrijgen in de mate van voorkomen van de onderzochte thema's. De kwalitatieve data analyse werd uitgevoerd door middel van thematische analyse. De transcripten werden gecodeerd, gevolgd door de identificatie van thema's en sub-thema's.

Resultaten

De respons op de vragenlijst varieerde van 60 % (verpleegkundigen [$n = 45$]) en 64 % (mantelzorgers [$n = 16$]) tot 80 % (cliënten [$n = 20$] en teamleiders [$n = 4$]). Non-respons werd veroorzaakt door weigering om deel te nemen (cliënten/mantelzorgers) of tijdelijke afwezigheid (verpleegkundigen/teamleider) door ziekte of verlof. De onderzochte cliëntengroep was samenge-

Tabel 1 Beoordeling GRZ door cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en teamleiders

	Cliënten Mean ± SD*	Mantelzorgers Mean ± SD*	Verpleegkundigen Mean ± SD*	Teamleiders Mean ± SD*
Voldoende informatie over GRZ in ziekenhuis	3,3 ± 1,6	3,9 ± 1,5	3,2 ± 0,9	4,0 ± 0,9
Betrokkenheid bij keuze revalidatiedoelen	3,6 ± 1,5	3,9 ± 1,3	–	–
Zelf bepalen revalidatiedoelen	3,5 ± 1,4	3,1 ± 1,5	3,3 ± 1,0	3,7 ± 0,6
Rekening houden met belangrijke gebeurtenissen	3,2 ± 1,2	3,6 ± 1,3	4,6 ± 0,6	4,8 ± 0,5
Trainingsbelasting passend	4,1 ± 1,3	4,5 ± 0,8	3,9 ± 0,9	4,5 ± 1,0
24/7 bezig met herstel	3,7 ± 1,5	3,8 ± 1,2	2,6 ± 1,1	4,0 ± 1,4
GRZ is teamwork	4,3 ± 1,0	4,0 ± 1,2	4,8 ± 0,4	4,5 ± 1,0
Alle behandelingen uitgevoerd	4,0 ± 1,3	4,3 ± 0,9	3,1 ± 1,3	3,3 ± 2,1
Overdracht revalidatie naar huisarts, thuiszorg en familie	3,8 ± 1,2	4,3 ± 0,9	3,9 ± 0,9	4,5 ± 1,0
Thuis goed geregeld	4,1 ± 1,3	4,1 ± 1,3	3,6 ± 1,0	3,3 ± 0,6
GRZ aanbevelen aan anderen	4,1 ± 1,4	4,4 ± 1,0	–	–
Genoeg aandacht voor mantelzorger	–	4,1 ± 1,1	–	–
Voldoende opleiding	–	–	4,4 ± 0,9	4,8 ± 0,5
Cliënten worden voldoende geïnformeerd over doel en inhoud GRZ	–	–	3,5 ± 1,1	4,0 ± 1,4
Cliënt is volledig op de hoogte van zijn revalidatiedoelen	–	–	3,7 ± 1,0	4,0 ± 1,4
Kwaliteit leven verbetert door GRZ	–	–	4,3 ± 0,6	4,8 ± 0,5

*1 = zeer mee oneens; 2 = beetje mee oneens; 3 = noch mee oneens, noch mee eens; 4 = beetje mee eens; 5 = zeer mee eens

steld uit 32 % mannen ($n = 6$) en 68 % vrouwen ($n = 13$) met een gemiddelde leeftijd van 79 jaar (bereik 60–89; SD ± 8,1). De groep mantelzorgers bestond uit 27 % mannen ($n = 4$) en 73 % vrouwen ($n = 11$) met een gemiddelde leeftijd van 57 jaar (bereik 39–78; SD ± 11,4) (ontbrekende waarden voor geslacht in beide groepen).

In de onderzochte instellingen zijn de cliënten, mantelzorgers en verpleegkundigen matig positief over de geleverde GRZ (cliënten gemiddelde 3,8; SD ± 0,9; mantelzorgers gemiddelde 4,0; SD ± 0,9; verpleegkundigen gemiddelde 3,8; SD ± 1,0). Van de vier onderzochte groepen zijn de teamleiders het meest positief over de door hun team geleverde zorg (gemiddelde 4,2; SD ± 0,8).

De cliënten ($n = 20$) ervaren dat GRZ teamwork tussen de therapeuten en verpleegkundigen is en zijn het er over eens dat de trainingsbelasting passend is (gemiddelde 4,1; SD ± 1,3) (tab. 1). Cliënten zijn het eens noch oneens met de stelling dat ze tijdens de ziekenhuisopname voldoende informatie over de GRZ ontvangen (gemiddelde 3,3; SD ± 1,6). Tevens zijn cliënten het eens noch oneens met de stelling dat tijdens de revalidatiebehandeling rekening wordt gehouden met

andere belangrijke gebeurtenissen in hun leven (gemiddelde 3,2; SD ± 1,2).

De mantelzorgers ($n = 16$) zijn het eens met de stelling dat alle revalidatiebehandelingen uitgevoerd worden (gemiddelde 4,3; SD ± 0,9). Daarentegen zijn de mantelzorgers het eens noch oneens met de stelling dat rekening gehouden wordt met andere belangrijke gebeurtenissen in het leven van hun familielid (gemiddelde 3,6; SD ± 1,3).

De verpleegkundigen ($n = 45$) ervaren GRZ als teamwork (gemiddelde 4,8; SD ± 0,4) en houden daarin rekening met andere gebeurtenissen in het leven van de cliënt (gemiddelde 4,6; SD ± 0,6). Desalniettemin rapporteren de verpleegkundigen dat ze niet 24/7 bezig zijn met GRZ (gemiddelde 2,6; SD ± 1,1) en zijn het eens noch oneens met de stelling dat alle voorgeschreven behandelingen worden uitgevoerd (gemiddelde 3,1; SD ± 1,3).

De teamleiders ($n = 4$) vinden dat de verpleegkundigen in hun team voldoende zijn opgeleid om kwetsbare ouderen met complexe problematiek te revalideren (gemiddelde 4,8; SD ± 0,5). Tevens ervaren ze dat hun verpleegkundigen rekening houden met andere

gebeurtenissen in het leven van de cliënt (gemiddelde 4,8; SD \pm 0,5) en vinden ze dat de GRZ de kwaliteit van leven van cliënten verbetert (gemiddelde 4,8; SD \pm 0,5).

De kwalitatieve resultaten van de vragenlijsten en de semigestructureerde interviews worden geïntegreerd beschreven aan de hand van de twee hoofdthema's van dit onderzoek, i. e.:

1. de wijze waarop verpleegkundigen hun rol in het GRZ-proces ervaren en welke rol handelingsverlegenheid daarin speelt;
2. de wijze waarop cliënten en mantelzorgers hun inbreng in het GRZ-proces ervaren.

Vervolgens worden de thema's gepresenteerd, die door zowel de cliënten als de mantelzorgers gemiddeld 4 of lager werden gescoord (tab. 1). Deze thema's betreffen:

3. de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis;
4. de betrokkenheid van cliënten en mantelzorgers bij het opstellen van de behandeling en de revalidatie-doelen;
5. GRZ als 24/7 activiteit van verpleegkundigen; en
6. rekening houden met belangrijke gebeurtenissen in het leven van de cliënt.

Rol van verpleegkundigen in GRZ-proces

Multidisciplinair teamwork

Verpleegkundigen ervaren GRZ als teamwork. Het multidisciplinair overleg vindt men zinvol, informatief, noodzakelijk en verhelderend. De teamleiders ervaren het multidisciplinair overleg als goed, gedisciplineerd en gestructureerd en vinden de betrokkenheid van de verpleegkundigen en behandelaars belangrijk.

De rol van de teamleiders in de GRZ richt zich op het faciliteren en het bewaken van de afdelings-processen. Tevens zien de teamleiders het netwerken, coachen en waarborgen van de kwaliteit van het revalidatieproces als hun taak. Over het algemeen zijn de verpleegkundigen tevreden met de sturing van de teamleiders.

“De teamleider stuurt, stimuleert en heeft een heldere kijk. De teamleider heeft geen inhoudelijke kennis en stuurt alleen het werkproces, niet het revalidatieproces.”

Zeven van de tien cliënten geven aan dat alle disciplines op de hoogte zijn van zijn behandeling en voortgang, maar kunnen niet verwoorden waaruit dit blijkt. Volgens de cliënten weten de diverse disciplines met name wat de cliënt moet kunnen voordat hij naar huis mag.

Uitvoering voorgeschreven revalidatiebehandelingen

Teamleiders en verpleegkundigen zijn het er over eens dat niet alle voorgeschreven revalidatiebehandelingen worden uitgevoerd. Inpraak van de cliënt draagt po-

sitief bij aan de motivatie om de voorgeschreven revalidatiebehandelingen uit te voeren, volgens de teamleiders. Bovendien hangt de revalidatiebehandeling af van de individuele verpleegkundigen.

“Sommige verzorgers richten zich echt alleen op de zorg. Zij vinden dat revalidatie iets voor de fysiotherapeut is.”

De mantelzorgers kunnen niet goed aangeven in hoeverre de opgestelde behandeling daadwerkelijk uitgevoerd wordt. Eén van de drie geïnterviewde mantelzorgers geeft aan geen idee te hebben van de uitvoering. Een ander geeft aan dat de 'zusters' vooral bezig zijn met de verzorging van zijn familielid en niet zozeer met de revalidatiebehandeling.

Communicatie

Verpleegkundigen vinden de communicatie naar cliënten goed en geven aan dat de Eerste Verantwoordelijke Verpleegkundige (EVV) cliënten op de hoogte brengt van nieuwe ontwikkelingen. De bejegening naar cliënten toe kan soms beter volgens een teamleider, met name bij agressieve en emotionele cliënten.

“Soms zijn cliënten agressief of erg emotioneel en niet iedereen weet hier juist mee om te gaan.”

Vier van de zes verpleegkundigen zijn tevreden over de communicatie met de mantelzorgers. Wel wordt door een verpleegkundige aangegeven dat familie zich teveel bemoeit met het proces, waardoor tijdnood ontstaat bij de verzorging. De teamleiders zijn over het algemeen negatief over de communicatie met de mantelzorgers. Mantelzorgers houden zich niet altijd aan de afspraken, ondanks dat ze op de hoogte gehouden worden over het revalidatieproces.

Drie verpleegkundigen en de teamleiders vinden dat de interdisciplinaire communicatie niet soepel verloopt en geven aan dat winst te behalen valt op het gebied van communicatie tussen de arts en de verpleegkundigen.

“De verpleegkundigen geven gesignaleerde problemen door aan de arts (of psycholoog), maar deze luistert hier niet naar.”

Daarnaast geven twee van de zes verpleegkundigen aan dat de rapportage in de dossiers van cliënten niet goed wordt bijgewerkt en onvoldoende wordt gelezen. Hierdoor zijn verpleegkundigen onvoldoende op de hoogte van de voortgang van het revalidatieproces van de cliënt.

Beïnvloedende factoren voor effectieve GRZ

Het tekort aan personeel, tijdgebrek en gebrekkige interdisciplinaire communicatie belemmeren optimale geriatrische revalidatie volgens de verpleegkundigen. Zowel verpleegkundigen als teamleiders vinden dat eenduidige afspraken en meetbare doelen vastgesteld

moeten worden, waarvan iedereen op de hoogte is en zich aan houdt. Een verpleegkundige geeft aan dat zij graag meer zeggenschap zou krijgen over het revalidatieproces, omdat ze vanuit haar rol vroegtijdig veranderingen kan signaleren.

Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat kennis en vaardigheden, op het gebied van gezondheidszorg-aspecten van kwetsbare ouderen en interdisciplinaire samenwerking en communicatie, vergroot moeten worden door gerichte scholing. Sommige collega's richten zich te veel op de verzorging en te weinig op de revalidatie, omdat zij niet weten hoe dit proces te begeleiden.

Ook cliëntgebonden factoren spelen een rol. Met name onvoldoende motivatie en zwakke conditie van de cliënt, door dementie of delier hebben een negatieve invloed op de optimale uitvoering van de revalidatie.

Door de toepassing van de Canadian Occupational Performance Measure of de Barthel Index is de voortgang van het revalidatieproces duidelijk zichtbaar voor de verpleegkundigen [13, 14]. Hierdoor ervaren verpleegkundigen meer zicht op het verschil tussen opname en ontslag. Echter, vier van de zes verpleegkundigen hebben geen idee wat het effect is van de toepassing van deze instrumenten op de revalidatie-uitkomsten.

Inbreng cliënten en mantelzorgers in GRZ-proces

De rol van de cliënt in het GRZ-proces varieert. Sommige cliënten ervaren dat ze alleen betrokken worden in de behandeling, omdat het moet.

“Als ik zeg: ‘Stop!’, dan stoppen ze en daardoor voel ik me betrokken bij de behandeling.”

Acht van de tien cliënten vinden de interdisciplinaire communicatie goed. Daarnaast vinden de meeste cliënten de communicatie tussen henzelf en de verpleegkundigen ook goed. Vier van de tien cliënten vinden echter dat de communicatie beter kan, omdat zij niet op de hoogte worden gehouden over de behandeling en de voortgang hiervan. Enkele verpleegkundigen herkennen dit. Zij brengen cliënten niet actief op de hoogte over het revalidatieproces, omdat ze willen voorkomen dat cliënten zich te veel vasthouden aan uitspraken van de verpleegkundigen.

Cliënt-evaluatie overleg

Het cliënt-evaluatie overleg wordt gevoerd door de EVV en door de teamleiders beschreven als gedisciplineerd en gestructureerd. Zowel cliënten (zes van de tien) als mantelzorgers (alle drie), die ervaring hebben met het cliënt-evaluatie overleg, zijn hier tevreden over. Er zijn ook kritische noten. Eén cliënt geeft aan dat er vóór hem beslist is en niet mét hem en dat te snel conclusies worden getrokken.

Transitie van GRZ naar huis

De periode van voorbereiding op de transitie naar huis of een vervolglocatie varieert van één tot vier weken. De voorbereiding betreft volgens de cliënten een gesprek, oefeningen in een oefenappartement, of een huisbezoek door de fysiotherapeut en ergotherapeut.

De mantelzorgers worden door middel van een gesprek of proefverlof – variërend van een maand tot een week van tevoren – voorbereid op de transitie van de GRZ naar huis of vervolglocatie. Ondanks deze voorbereidingen weten twee van de drie mantelzorgers niet hoe – en door wie – de zorg thuis of in de vervolglocatie geregeld wordt.

Volgens de teamleiders wordt thuis alles geregeld voor de cliënten.

“Er wordt – indien nodig – thuiszorg geregeld en er wordt een verpleegkundige overdracht aan de cliënt meegegeven. Alleen de aanpassingen in huis moeten wel door de cliënt of zijn familie worden geregeld. Hiervoor krijgen zij advies mee van de ergotherapeut.”

Ondanks het regelen van de thuiszorg, het meegeven van de verpleegkundige overdracht en het advies met betrekking tot aanpassingen in huis zijn cliënten en familie niet tevreden over de overdracht van de geriatrische revalidatie naar de huisarts en de thuiszorg.

Informatievoorziening vanuit ziekenhuis

Zowel cliënten, mantelzorgers als verpleegkundigen zijn niet positief over de hoeveelheid en kwaliteit van de verstrekte informatie over de GRZ in het ziekenhuis. Cliënten vinden het belangrijk om te weten wat de herstel mogelijkheden zijn. Een groot aantal cliënten kreeg deze informatie echter alleen, toen ze er zelf om vroegen. Ook mantelzorgers vinden dat ze onvoldoende informatie over GRZ in het ziekenhuis krijgen. Als gevolg hiervan komen zowel de mantelzorgers als de cliënt met verkeerde verwachtingen naar de GRZ-afdeling.

De verpleegkundige informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis naar de GRZ-afdeling wisselt sterk. Vier van de zes verpleegkundigen geven aan dat de hoeveelheid informatie varieert van minimaal tot zeer uitgebreid, de kwaliteit van prima tot vrij slecht. De verpleegkundigen vinden het belangrijk dat de verpleegkundige en medische overdracht vanuit het ziekenhuis tijdig (voor of bij opname van de cliënt), eenduidig (gelijke doelen en afspraken) en juist (bijvoorbeeld afspraken die met cliënten gemaakt zijn) is, zodat de betrokken disciplines en cliënten op één lijn zitten qua afspraken en verwachtingen.

Betrokkenheid cliënten en mantelzorgers bij opstelling van behandeling en revalidatiedoelen

Revalidatiedoelen worden opgesteld tijdens het tweewekelijks multidisciplinair overleg in samenspraak tussen de arts en de verpleegkundigen. Cliënten worden hier niet of nauwelijks bij betrokken, maar worden achteraf geïnformeerd door de EVV aan de hand van een schriftelijk behandelplan. Drie van de tien cliënten geven aan dat ze graag zelf de keuze van behandeling hadden gemaakt. Anderen echter, hebben geen behoefte aan inbreng, doordat ze zichzelf niet deskundig genoeg vinden.

Ook mantelzorgers worden niet betrokken bij het opstellen van de revalidatiedoelen of het behandelplan. Twee mantelzorgers geven aan dat er niets naar hen werd gecommuniceerd over het behandelplan. Desalniettemin vinden zowel cliënten als mantelzorgers dat ze voldoende weten over de revalidatiedoelen en de inhoud hiervan. De verpleegkundigen bevestigen dit. Zij vinden dat ze voldoende informatie – over het revalidatieproces, de revalidatiedoelen en het behandelplan – verstrekken.

Tijdens de behandeling worden de mantelzorgers niet op de hoogte gehouden van de voortgang van het revalidatieproces van hun familielid. Twee van de drie mantelzorgers hebben geen enkel contact met de verpleegkundigen. Het probleem is dat mantelzorgers – in het begin van de behandeling – vaak niet weten bij wie zij terecht kunnen voor informatie omtrent hun familielid. Daarnaast vinden mantelzorgers dat de communicatie tussen het personeel onderling beter kan. Als voorbeeld wordt gegeven dat zaken vergeten worden of niet goed worden doorgegeven. Het inloopsprekuur met informatie over een bepaalde aandoening wordt door de mantelzorgers als nuttig ervaren.

GRZ als 24/7 activiteit van verpleegkundigen

Verpleegkundigen geven ze aan dat ze gedurende de dag-, avond- en nachtdienst veel bezig zijn met de revalidatie van de cliënt. Er wordt gewerkt aan de doelen en vanaf de dagelijkse verzorging in de ochtend stimuleren de verpleegkundigen de cliënt om zoveel mogelijk activiteiten zelfstandig te doen.

“Wij zijn de hele dag bezig met de revalidatie, maar de cliënt beseft dit niet altijd. Cliënten hebben soms namelijk niet door dat zelf een boterham smeren of zelf naar het toilet lopen ook een revalidatieoefening is.”

De teamleiders bevestigen dit en geven aan dat de verpleegkundigen bezig zijn met de revalidatie door cliënten activiteiten zelf te laten doen, te werken volgens afspraak en door gesprekken met cliënten te voeren. De cliënten echter ervaren dit niet als GRZ en ervaren daardoor dat de verpleegkundigen niet continue bezig zijn met hun herstel. Een verpleegkundige

geeft aan dat de revalidatie meer gestimuleerd kan worden door de cliënt meer zelf laten doen. Dit gebeurt nu te weinig door tijdgebrek.

GRZ en belangrijke gebeurtenissen in leven van cliënt

In tegenstelling tot de verpleegkundigen en de teamleiders vinden zowel de cliënten als de mantelzorgers dat weinig rekening wordt gehouden met andere belangrijke gebeurtenissen in hun leven. Onder belangrijke gebeurtenissen vallen bijvoorbeeld de ziekte van de partner of de geboorte van een kleinkind. Sommige cliënten geven echter aan dat zij zelf ook geen behoefte hebben om erover te praten. Twee van de tien cliënten geven aan dat er wel rekening wordt gehouden met andere gebeurtenissen, met name omdat ze er over kunnen praten met de maatschappelijk werker of psycholoog als ze daar behoefte aan hebben.

De verpleegkundigen geven aan dat zij een luisterend oor bieden voor cliënten en met hen over gebeurtenissen in hun leven praten. Ook de teamleiders geven aan dat de verpleegkundigen in hun team rekening houden met andere gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Dit doen de verpleegkundigen door gesprekken te voeren met de cliënt, de zorg aan te passen, de mantelzorgers bij het proces te betrekken en eventueel psychische hulp in te schakelen. Twee van de drie teamleiders geven aan dat een maatschappelijk werker beschikbaar is voor zowel de cliënt als hun familie. Daarnaast is er een vragen-sprekuur voor cliënten en familie, waarin informatie verstrekt wordt.

Discussie

Handelingsverlegenheid belemmert adequaat optreden van verpleegkundigen in de GRZ. Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de wijze waarop verpleegkundigen hun rol in het GRZ-proces ervaren en welke rol handelingsverlegenheid daarin speelt. Daarnaast wordt inzichtelijk gemaakt hoe cliënten en mantelzorgers hun eigen inbreng in het GRZ-proces ervaren. De resultaten tonen aan dat een viertal onderzochte thema's gedeeld worden door de cliënten en de mantelzorgers, maar niet consistent door de verpleegkundigen en teamleiders.

De cliënten en mantelzorgers krijgen in het ziekenhuis onvoldoende en onjuiste informatie over de GRZ, waardoor ze verkeerde verwachtingen hebben van het revalidatieproces. Ook teamleiders en verpleegkundigen vinden dat de voorlichting in het ziekenhuis gebrekkig is, waardoor onrealistische verwachtingen ontstaan. Deze resultaten vertonen raakvlakken met de bevindingen in het SINGER onderzoek [15]. In de regio Maastricht is dit probleem aangepakt door middel van de ontwikkeling en implementatie van een GRZ-zorgpad met afspraken over afstemming van zorg tussen ziekenhuis, GRZ en eerstelijns zorgaanbieders. Met

dit zorgpad wordt beoogd de kwaliteit, doelmatigheid en samenhang in de GRZ te verbeteren [16].

Cliënten en mantelzorgers hebben weinig tot geen inspraak in het opstellen van de revalidatiedoelen en worden niet betrokken bij de gedeelde besluitvorming rondom het GRZ-proces. Het door de arts en verpleegkundigen opgestelde behandelplan wordt overhandigd aan de cliënt en toegelicht door de EVV. Mantelzorgers weten niet of en in welke mate de behandeling wordt uitgevoerd, aangezien ze niet actief op de hoogte worden gehouden. Het niet of onvoldoende informeren van cliënten en mantelzorgers kan voortkomen uit onzekerheid over de reactie van de cliënt, of angst dat de gevoeligheid van de informatie de vertrouwensrelatie met de cliënt schaadt. Daarnaast kunnen organisatorische factoren deze handelingsverlegenheid beïnvloeden, zoals voorgeschreven protocollen waarmee de verpleegkundige niet uit de voeten kan, of juist het ontbreken van een duidelijke voorgeschreven aanpak [10]. Uit eerder onderzoek blijkt, dat het goed inrichten van het besluitvormingsproces over de behandeling, bijdraagt aan het bewustzijn van cliënten omtrent de voor- en nadelen van bepaalde keuzes. Daarnaast zijn cliënten beter geïnformeerd, voelen zich vaker tevreden en twijfelen minder over de genomen beslissingen [17].

In tegenstelling tot de teamleiders en de verpleegkundigen ervaren cliënten en mantelzorgers dat verpleegkundigen niet altijd bezig zijn met de geriatrische revalidatiebehandeling. Mogelijkerwijs realiseren cliënten zich niet dat activiteiten, als koffie/thee zetten, bed opmaken, lichamelijke verzorging en zelfstandig naar het toilet gaan, onderdeel zijn van de behandeling. Hierdoor ervaren cliënten verpleegkundige begeleiding bij deze activiteiten niet als geriatrische revalidatiebehandeling. Verpleegkundigen vinden dat de meeste behandelingen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Ziekte of weigering door de cliënt kan de behandeling echter voortijdig afbreken.

Cliënten en mantelzorgers vinden dat er weinig rekening gehouden met belangrijke gebeurtenissen in het leven van de cliënt, ondanks dat juist een individuele revalidatie-aanpak gericht op het terugkrijgen van zelfredzaamheid, essentieel is voor een effectieve revalidatie [18]. Het onvoldoende rekening houden met belangrijke gebeurtenissen in het leven van de cliënt kan voortkomen uit handelingsverlegenheid, bijvoorbeeld door het ontbreken van ervaring of specifieke competenties die nodig zijn voor het adequaat omgaan met probleemsituaties. Ook kunnen ethische dilemma's meespelen rondom de gebeurtenis en de achterliggende problematiek, zoals normatieve opvattingen over de autonomie die de cliënt heeft om zijn leven naar eigen inzicht in te richten, of tegenstrijdige persoonlijke gevoelens over de ernst van het probleem voor de cliënt en de directe leefomgeving [10]. Echter, de teamleiders vinden dat de verpleegkundigen wel rekening houden met andere gebeurtenissen in het leven

van de cliënt, door met de cliënt hier over te praten en, indien nodig, psychische hulp aan te bieden. Daarnaast is er voor zowel de cliënt als de mantelzorger maatschappelijk werk beschikbaar. Bovendien is er een spreekuur met informatie over verschillende aandoeeningen.

De validiteit van dit onderzoek is geoptimaliseerd door gebruikmaking van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Deze gecombineerde methode zorgt voor een multidimensionaal en breed perspectief van de onderzochte thema's en includeert de verschillen tussen de afdelingen en instellingen. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarom ook waardevol zijn voor andere instellingen die GRZ leveren (externe validiteit). Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen werd gebruik gemaakt van anonieme vragenlijsten en werd – voor en tijdens de interviews – de vertrouwelijkheid van de dataverzameling benadrukt.

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. De respondenten, zowel voor de vragenlijsten als voor de semigestructureerde interviews, zijn geselecteerd door middel van een gemakssteekproef. Dit betekent dat de groep potentiële respondenten (cliënten, mantelzorgers, verpleegkundigen en teamleiders), die gemakkelijk voorhanden en beschikbaar was, gevraagd werd voor deelname. Deze methode heeft mogelijkerwijs door selectiebias de betrouwbaarheid van de resultaten negatief beïnvloed [12]. Door tijdgebrek onder de mantelzorgers zijn slechts drie van de zes uitgenodigde mantelzorgers geïnterviewd. Zowel het kleine aantal geïnterviewde mantelzorgers als het feit dat allen familieleden waren heeft mogelijk de resultaten beïnvloed. Aangenomen wordt echter dat de spreiding van het onderzoek over vijf afdelingen in drie instellingen, het afnemen van 85 vragenlijsten en 22 interviews, heeft bijgedragen aan een betrouwbare weergave van de werkelijkheid.

De resultaten van dit onderzoek vormen de input voor het optimaliseren van de GRZ (i.e. Kwaliteit door cliënt- en mantelzorger gestuurde revalidatie) en leiden tot aanbevelingen.

Aanbevelingen

De informatievoorziening in het ziekenhuis dient verbeterd te worden, zodat cliënten en mantelzorgers met realistische verwachtingen starten met de GRZ. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een informatiefolder, die wordt samengesteld en verstrekt door de betreffende GRZ-afdeling. Een combinatie van voorlichtingsmethoden is effectiever dan een enkele methode. Het wordt dan ook aanbevolen om de cliënten, naast de mondelinge informatievoorziening, schriftelijke ondersteuning aan te bieden [19].

Daarnaast wordt aanbevolen duidelijke afspraken met de cliënt en mantelzorger te maken over hun rol in het GRZ-traject, de wijze waarop de cliënt en man-

telzorg meer 'in the lead' kunnen zijn en in hoeverre zij betrokken zijn in de besluitvorming (inclusief de coördinerende rol in het besluitvormingsproces).

Gezien het feit dat een groot deel van de verpleegkundigen zich met name richt op de verzorging en in mindere mate op de revalidatie wordt aanbevolen de verpleegkundigen een gerichte scholing aan te bieden. Deze scholing betreft verdiepende kennis en specifieke competenties (gebaseerd op evidence based richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek) op het gebied van GRZ en multidisciplinaire samenwerking (o. a. shared decision making, multidisciplinair overleg, advanced care planning). Daarnaast dient een structuur ontwikkeld te worden, bijvoorbeeld een wekelijks multidisciplinair

overleg, waarin gedeelde besluitvorming gefaciliteerd wordt.

Om aantoonbaar rekening te houden met belangrijke gebeurtenissen in het leven van de cliënt dient de behandeling en zorg aangepast te worden aan zijn wensen en behoeften. De mate van cliëntgerichtheid kan inzichtelijk gemaakt worden met behulp van Patient Reported Outcome Measures van het fysiek, mentaal en sociaal functioneren, de kwaliteit van leven en de tevredenheid met de GRZ.

Dankbetuiging. De auteurs danken Anouk van Dam voor haar bijdrage aan dit onderzoek.

Literatuur

1. Verenso. Behandelkaders Geriatrische Revalidatie. Utrecht: Verenso; 2010. pag. 1–40.
2. Schippers EI. Overheveling geriatrische revalidatiezorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
3. Verenso. Triage Instrument Revalidatiezorg. Utrecht: Verenso; 2012. pag. 1–36.
4. Achterberg, WP. Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg. Consortium Geriatrische Revalidatie LUMC, MUMC, VUmc, 2013;1–73.
5. Ouwens M, Burg S van der, Faber M, Weijden T van der. Shared Decision Making & Zelfmanagement – Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. UMC St Radboud: Scientific Institute for Quality of Healthcare; 2013. pag. 1–68.
6. Dam A van, Bakker T. Kwaliteit van Geriatrische Revalidatie Zorg. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam – Kenniscentrum Zorginnovatie; 2016. pag. 1–46.
7. Bakker TJEM. Er is disciplinebreed sprake van relatieve onbevoegdheid en onbekwaamheid op het gebied van kwetsbare ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2016;47(5):185.
8. Meer M van der. Handelingsverlegen professionals. 2010. <https://www.zorgwelzijn.nl/blog/handelingsverlegen-professionals-zwz015372w/> (Gecreëerd: 18 mei 2010). Geraadpleegd op: 11 October 2016.
9. FCB (Dienstverleners in Arbeidsmarktzoekstukken). Rapport peiling Handelingsverlegenheid WJK. Utrecht: FCB; 2011. pag. 1–53.
10. Jonkers A, Machielse A. Handelingsverlegenheid als hinderpaal bij het signaleren van sociaal isolement. Universiteit Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie; 2012. pag. 1–103.
11. Baarda B, Bakker E, Fischer T, et al. Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen, Houten: Noordhoff Uitgevers BV; 2013.
12. Nieswiadomy RM, Maten-Speksnijder A ter, Hoogerdun J. Verpleegkundige onderzoeksmethoden. Amsterdam: Pearson Benelux; 2013.
13. Post MWM, Asbeck FW van, Dijk AJ van, Schrijvers AJ. Nederlandse interview versie van de Barthel index onderzocht bij dwarslaesiepatiënten. Ned Tijdschr Geneesk. 1995;139(27):1376–80.
14. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: a research and clinical literature review. Can J Occup Ther. 2004;71(4):210–22.
15. Holstege MS, Caljouw MAA, Zekveld G, et al. Successful geriatric rehabilitation: effects on patients' outcome of a national program to improve quality of care, The SINGER study. J Am Med Dir Assoc. 2016;18(5):383–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.011>.
16. Everink I, Haastregt J van, Kempen G, et al. Uitdagingen in de geriatrische revalidatiezorg: de ontwikkeling van een zorgpad. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2015;46:104. <https://doi.org/10.1007/s12439-015-0125-5>.
17. Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2014; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>.
18. Haastert C van. Geriatrische revalidatiezorg: wat vinden patiënten belangrijk? Utrecht: Nederlandse patiënten consumenten federatie; 2012. pag. 1–21.
19. Wachters-Kaufmann C, Schuling J, The H, Meyboom-de JB. Actual and desired information provision after a stroke. Patient Educ Couns. 2005;56(2):211–7.