

Het werk van de transferverpleegkundige

Een kwalitatief onderzoek naar de kwaliteit van het contact en samenwerking tussen transferverpleegkundigen en het sociale netwerk van de zorgvrager

Studenten

Gideon Paijens (00388373)
Sayra de Wit (00258942)

Uitstroomprofiel

AGZ

Studieonderdeel:

U3: Afstudeeronderzoek

Datum / Periode

Februari 2015 – Augustus 2015

Opleiding

Hbo-Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen

Docentbegeleider

Heleen Frieswijk

Opdrachtgever

Marie Louise Luttik, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)

Progresscode

HVVB14AFOU3

Voorwoord

Binnen het kader van het afstudeeronderzoek voor de opleiding Hbo-Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen, werd een lijst aangeboden met verschillende onderzoeksvragen. Vanuit deze lijst hebben wij vijf onderzoeksvragen geselecteerd die onze interesse wekte. Van deze vijf hebben wij uiteindelijk één onderzoeksvraag toegewezen gekregen. Deze vraag is gesteld vanuit het lectoraat verpleegkunde en aangedragen door het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dit afstudeeronderzoek betreft een kwalitatief onderzoek naar de kwaliteit van zorg die geleverd wordt door transferverpleegkundigen.

Na het uitwerken van het onderzoeksvoorstel zijn wij over gegaan tot de uitvoering van het onderzoek. Naar aanleiding van de resultaten presenteren wij hierbij onze afstudeeronderzoek.

Wij willen Heleen, Marie Louise en Karin bedanken voor hun begeleiding, vertrouwen en ondersteuning.

Gideon Paijens en Sayra de Wit

Groningen, Augustus 2015

Inhoudsopgave

1. SAMENVATTING	4
2. INLEIDING.....	5
3. VRAAGSTELLING, DOELSTELLING & BEGRIPPEN	7
4. ONDERZOEKSMETHODIEK.....	9
4.1 ONDERZOEKSDESIGN	9
4.2 POPULATIE EN STEEKPROEF.....	10
4.3 DATAVERZAMELING.....	10
4.4 DATA-ANALYSE	14
4.5 CRITERIA WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	15
4.6 ETHISCHE ASPECTEN	16
5. RESULTATEN.....	17
5.1 RESPONS	17
5.2 DEELVRAAG 1.....	18
5.3 DEELVRAAG 2.....	19
5.4 DEELVRAAG 3 & 4	21
5.5 DEELVRAAG 5.....	23
6. DISCUSSIE.....	24
7. CONCLUSIE	27
7.1 CONCLUSIE DEELVRAAG 1.....	27
7.2 CONCLUSIE DEELVRAAG 2.....	27
7.3 CONCLUSIE DEELVRAAG 3 & 4.....	28
7.5 CONCLUSIE DEELVRAAG 5.....	28
7.6 CONCLUSIE VRAAGSTELLING.....	29
8. AANBEVELINGEN	29
BRONVERMELDING	31
BIJLAGEN	34
BIJLAGE 1: SCHEMATISCHE WEERGAVE BOOMSTRUCTUUR	34
BIJLAGE 2: TABEL 10: 'CONTACT: COMPETENTIE, VARIABELEN EN INDICATOREN SELECTIE'	35
BIJLAGE 3: TABEL 11: 'SAMENWERKING: COMPETENTIE, VARIABELEN EN INDICATOREN SELECTIE'	36
BIJLAGE 4: TABEL 12: POSITIEF BEÏNVLOEDENDE EN/OF BELANGRIJKE FACTOREN INDICATOR OVERZICHT	37
BIJLAGE 5: TABEL 13: NEGATIEF BEÏNVLOEDENDE EN/OF BELANGRIJKE FACTOREN INDICATOR OVERZICHT	39
BIJLAGE 6: TOPICLIJST INTERVIEW.....	42

1. Samenvatting

Aanleiding: vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen is de vraag gekomen of de reorganisatie van zorg, de hogere eisen en toename van keuzevrijheid invloed heeft op kwaliteit van het contact en samenwerking tussen transferverpleegkundigen en het betrokken sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden.

Theoretisch kader: sinds januari 2015 is er veel veranderd omtrent de zorg en ondersteuning van zorgbehoefte. Dit vanwege toenemende vergrijzing, hogere pensioenleeftijd en personeelstekorten in de zorg. Om deze reden is er een reële dreiging dat langdurige zorg in de toekomst onbetaalbaar zou kunnen worden. De overheid heeft daarom besloten de zorg per 2015 anders te organiseren met als gevolg dat er nu en in de toekomst meer geparticipeerd verwacht wordt vanuit het sociale netwerk van de zorgvrager.

Vraag- en doelstelling: De vraagstelling luidt als volgt, hoe ervaren transferverpleegkundigen in het UMCG hun rol in het contact en de samenwerking met het betrokken sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden en welke factoren zijn van invloed op de werkzaamheden van de transferverpleegkundige op het gebied van contact en samenwerking? Met als doelstelling; Er is inzicht verkregen hoe de transferverpleegkundige hun rol in het contact en de samenwerking ervaren met het sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden en welke factoren van invloed zijn op dit contact en deze samenwerking, opdat het UMCG mogelijk maatregelen kan treffen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Methode: dit onderzoek kent een kwalitatief karakter. Aan de hand van een niet-gerichte aselecte steekproef zijn zeven transferverpleegkundigen uit verschillende sectoren binnen het UMCG geselecteerd en vervolgens geïnterviewd.

Resultaten: de communicatie en samenwerking met zorgvrager en diens netwerk worden over het algemeen door de transferverpleegkundige als positief ervaren. De transferverpleegkundigen hebben te maken met negatieve factoren zoals hoge werkdruk en hoge verwachtingen mede veroorzaakt door andere disciplines. De transitie van zorg heeft voor zowel positieve als negatieve veranderingen gezorgd.

Discussie: omdat het onderzoek een exploratief karakter heeft is er weinig vergelijking gevonden met andere literatuur. Mensen zijn door de jaren wel veeleisender en mondiger geworden. De transferverpleegkundigen geven aan het fijn te vinden dat zorgvragers en diens netwerk mondiger zijn en proberen mee te denken met het ontslagproces.

Conclusie: De transferverpleegkundigen hebben veel plezier in hun werk en proberen te regelen wat ze kunnen regelen voor de zorgvrager. Ze vinden het wel vervelend dat hun rol onderschat wordt door andere disciplines, waardoor er onjuiste verwachtingen geschept worden. Hierin kan meer duidelijkheid gecreëerd worden.

Aanbevelingen: bij dit onderzoek is er veel gekeken naar de rol en ervaringen van transferverpleegkundigen. Om een goed beeld te krijgen adviseren wij om een tevredenheidsonderzoek vanuit de zorgvragers uit te voeren om hiermee duidelijk in beeld te krijgen hoe de zorgvragers het ontslagproces hebben ervaren. Deze uitkomsten kunnen met elkaar vergeleken worden om te kijken of een nazorgtraject nog efficiënter kan worden ingevuld. Ook kan er een protocol gemaakt worden met duidelijk richtlijnen wanneer en hoe de transferverpleegkundigen ingeschakeld kunnen worden.

2. Inleiding

Sinds 2011 begint de baby-boom generatie van 1946-1970 de leeftijd van 65 te passeren. Ouderen, mensen van 65 jaar en ouder, willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en mensen met een beperking willen zo zelfstandig mogelijk blijven leven (Werk&Mantelzorg, 2015). Om dit waar te kunnen maken zijn zorgbehoefteafhankelijk van hun sociale netwerk en het Nederlandse zorgsysteem. Wanneer mogelijk komt er iemand vanuit het sociale netwerk naar voren om te fungeren als mantelzorger. Wanneer dit niet mogelijk is zal vanuit het Nederlandse zorgsysteem een andere oplossing aangedragen worden.

Sinds januari 2015 is er veel veranderd in de organisatie van zorg omtrent de zorg en ondersteuning van zorgbehoefteafhankelijk. Door de vergrijzing, de hogere pensioenleeftijd, de personeelstekorten in de zorg en de dreiging dat langdurige zorg zonder maatregelen onbetaalbaar zou kunnen worden, heeft de overheid besloten de zorg per 2015 anders te organiseren (Rijksoverheid. Voor Nederland, z.j.). Het wetsvoorstel om veranderingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning, verder afgekort als Wmo, door te voeren is op 8 juli 2014 goedgekeurd. Dit houdt in dat sinds januari 2015 de gemeenten bredere verantwoordelijkheden hebben gekregen om mensen met een beperking of psychische problematiek te ondersteunen en betrekken in de maatschappij. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het bieden van passende ondersteuning aan zorgbehoefteafhankelijk opdat zij in staat zijn zoveel mogelijk algemene dagelijkse levensverrichtingen kunnen uitvoeren en de kwaliteit van leven wordt gewaarborgd (Movisie, 2015).

Bij behoefte aan maatschappelijke ondersteuning van een inwoner, gaat diens gemeente na wat de burger en zijn mantelzorger zelf kunnen doen. Dit wordt gedaan aan de hand van een keukentafelgesprek waarbij een medewerker van het gemeentelijk sociale team bekijkt welke mogelijkheden een zorgvrager heeft voordat de zorg daadwerkelijk wordt uitbesteed. Voor de gemeente is deze manier van werken gunstig om de zorg efficiënt in te kunnen zetten en weinig zorg in te hoeven kopen. Hierbij worden ook de mogelijkheden en de ondersteuningsbehoefte van de zorgvrager betrokken (Rijksoverheid. Voor Nederland, z.j.).

Alles omvattend betekent dit dat er meer zorggebonden taken bij de mantelzorger komen te liggen. Aan het leveren van mantelzorg zitten veel belastende kanten voor de mantelzorger, zoals hoge (on)kosten, verminderde participatiemogelijkheden, grote regeldruk en hoge zorg last (In voor Mantelzorg, z.j.). Tegenwoordig heeft 71% van de mantelzorgers onder 65 jaar naast de mantelzorgtaken een betaalde baan. Uit een onderzoek van Werk&Mantelzorg (2015) bleek dat 40% van de mantelzorgers met een betaalde baan regelmatig tijdstekort ervaart, 30% vindt de combinatie van werk en mantelzorg tegen vallen en 7% vindt deze combinatie te zwaar. Visser, Verdonschot en Royers (2012) schrijven dat mantelzorg het risico op psychische of lichamelijke overbelasting vergroten. Tijdige ondersteuning vergroot de kans dat de zorgvrager thuis kan blijven wonen en vermindert het risico op overbelasting en maakt dat mantelzorgers die voldoening kunnen blijven ervaren en met een goed gevoel voor hun naaste kunnen blijven zorgen. Het bieden van ondersteuning is daarom een belangrijke stap in het zorgproces (Visser, Verdonschot, & Royers, 2012).

Om persoonlijke verzorging te kunnen ontvangen heeft de zorgvrager een indicatie nodig. In de thuiszorg wordt dit gedaan door een wijkverpleegkundige. Zij inventariseert welke zorg de zorgvrager nodig heeft en zal hier een bijpassende indicatie stellen met de daar bij behorende tijdsindicatie. Tot 2015 werden alle indicaties geregeld door het Centrum Indicatiestelling zorg, verder afgekort als CIZ. Per januari 2015 regelt het CIZ alleen nog maar de indicaties wanneer een zorgvrager langdurig of voor altijd in een instelling zoals een verpleeghuis wordt opgenomen (CIZ, z.j.). Hiervoor kan er een aanvraag worden gedaan voor de wet langdurige zorg. Om hiervoor in aanmerking te komen moet er een indicatie aangevraagd worden. Vanuit het ziekenhuis wordt er door de transferverpleegkundige contact opgenomen met het CIZ om deze indicatie te kunnen regelen voor de zorgvrager.

De doelstelling van het beroep van de transferverpleegkundige is op te delen in drie onderdelen. De transferverpleegkundige is de belangenhartige van de zorgvrager, zij streeft naar continuïteit van zorg waarbij ze de zorgvrager adviseert en begeleidt en zij werkt mee aan de optimalisering van doorstroom van zorgvragers naar vervolgvoorzieningen (V&VN, 2015). In het "beroepsdeelprofiel transferverpleegkundigen" van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2015) verder afgekort als V&VN worden deze drie onderdelen verder vormgegeven door zes taakgebieden te onderscheiden. V&VN benoemt de volgende taakgebieden: *"coördinatie van het ontslag proces, indicatie-/zorgadvies, consultatie, informatie en voorlichting, het ontwikkelen van en meewerken aan transmurale zorg en zorgproducten en het genereren van management informatie"* (V&VN, 2015).

De kwaliteit van de zorg die geleverd wordt door transferverpleegkundigen is sterk afhankelijk van de beoordeling en evaluatie van zorgvragers, hun sociale netwerk en mantelzorger. De toegenomen keuzevrijheid en hogere eisen die zorgvragers, hun sociale netwerk en mantelzorger hebben ten opzichte van de zorg die gewenst is spelen hier een grote rol in (Hoek, 2007). De toename in keuzevrijheid en hogere eisen kunnen voor transferverpleegkundigen daarom soms ingewikkelde situaties opleveren. Als gevolg van de reorganisatie van de zorg te samen met onder andere deze toename in keuzevrijheid en hogere eisen is vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen, verder afgekort tot UMCG, de vraag gekomen welke invloed dit heeft op de kwaliteit van het contact en de samenwerking tussen transferverpleegkundigen en het betrokken sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden.

Het doel van dit onderzoek is, aan de hand van de taakgebieden van het beroepsdeelcompetentie profiel van V&VN (2015) die betrekking hebben op contact en samenwerking, om deze invloeden in kaart te brengen. Het in kaart brengen van deze invloeden biedt het UMCG de mogelijkheid om eventuele knelpunten doel- en oplossingsgericht te benaderen om zo de kwaliteit van zorg te bevorderen. Deze bevorderingen kunnen bijdragen aan de doorontwikkeling van het transferverpleegkundig beroep en aan de kwaliteit van zorg aan de zorgvrager en diens betrokken sociale netwerk. Dit kan voordelige effecten hebben voor zowel de patiënt als de transferverpleegkundige zelf. Hierbij kan bijvoorbeeld nagedacht worden over een effectievere wijze van benadering van de patiënt en diens betrokken sociale netwerk. Hoe kan de transferverpleegkundige bijvoorbeeld haar taken en verantwoordelijkheden duidelijker overbrengen richting de patiënt en diens betrokken sociale netwerk om meer draagvlak te creëren voor een goede samenwerkingsrelatie?

Hierdoor is er bij het lectoraat van de Academie voor verpleegkunde van de Hanzehogeschool een vraag vanuit het UMCG ontstaan. Deze luidt als volgt: Welke factoren ervaren transferverpleegkundigen in het UMCG als invloed in het contact en de samenwerking met het betrokken sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden?

Opbouw scriptie

Deze scriptie is opgebouwd uit 8 hoofdstukken.

Het eerste hoofdstuk beschrijft het een samenvatting van het gehele onderzoek. Het tweede hoofdstuk bevat een inleiding waarin er achtergrond informatie genoemd wordt. Het derde hoofdstuk bevat de doelstelling, vraagstelling en deelvragen die ten grondslag liggen in dit onderzoek. Daarnaast worden er verschillende kernbegrippen gedefinieerd ter verduidelijking van de doelstelling, vraagstelling en deelvragen. Het vierde hoofdstuk bevat de onderzoeksmethodiek. Dit hoofdstuk is opgedeeld in 6 paragrafen; Het onderzoeksdesign, de populatie en steekproef, de wijze van dataverzameling, de data-analyse en wordt afgesloten met de ethische aspecten omtrent dit onderzoek. Het vijfde hoofdstuk bestaat uit de resultaten van het onderzoek, in dit hoofdstuk wordt met behulp van tabellen en diagrammen weergegeven welke resultaten het onderzoek opleverde. Het zesde hoofdstuk bevat conclusies, hierin worden de conclusies van de resultaten weergegeven. Het zevende hoofdstuk bestaat uit een discussie, hier wordt een mening weer gegeven van de onderzoekers. In het achtste en laatste hoofdstuk komen de aanbevelingen voor de opdrachtgever. Het onderzoek wordt afgesloten met een literatuurlijst.

3. Vraagstelling, doelstelling & begrippen

Vraagstelling

Hoe ervaren transferverpleegkundigen in het UMCG hun rol in het contact en de samenwerking met het betrokken sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden en welke factoren zijn van invloed op de werkzaamheden van de transferverpleegkundige op het gebied van contact en samenwerking?

Deelvragen:

- Hoe wordt de relatie met zorgvragers en het daarbij betrokken sociale netwerk ervaren door de transferverpleegkundige?
- Is de rol van de transferverpleegkundige veranderd sinds de transitie in de zorg na 1 januari 2015?
- Welke factoren beïnvloeden het contact en/of de samenwerking?
- Zijn er specifieke oorzaken die ten grondslag liggen voor het ontstaan van deze factoren?
- Kan het ontstaan van factoren in verband worden gebracht met bepaalde tijdstippen/momenten binnen het zorgtraject?

Doelstelling

Eind augustus 2015 is er inzicht verkregen hoe de transferverpleegkundige hun rol in het contact en de samenwerking ervaren met het sociale netwerk van zorgvragers voor wie

nazorg georganiseerd moet worden en welke factoren van invloed zijn op dit contact en deze samenwerking, opdat het UMCG mogelijk maatregelen kan treffen om de kwaliteit van zorg te verbeteren

Definiëring begrippen

Betrokken sociale netwerk:

Sociale netwerken zijn het geheel aan sociale relaties dat een persoon omringt. Het gaat om naaste contacten, zoals familie en vrienden, maar ook minder hechte relaties met bijvoorbeeld kennissen, burens en collega's (Savelkoul & Van Sonderen, 2014). Binnen dit onderzoek staat het betrokken sociale netwerk voor de personen die direct betrokken zijn bij het zorgproces van de zorgvrager. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de mantelzorger die samen met de transferverpleegkundige de zorg omtrent de zorgvrager helpt te organiseren.

Factoren:

Omstandigheden die invloed op iets uitoefenen (Van Dale, 2014). In dit onderzoek wordt met factoren bedoeld dat er omstandigheden zijn die invloed uitoefenen op het contact en de samenwerking tussen transferverpleegkundige en het betrokken sociale netwerk van de zorgvrager. Dit kunnen zowel positief of negatief beïnvloedende factoren zijn.

Kwaliteit:

Met kwaliteit wordt aangegeven of eigenschappen van een product of dienst overeenkomen met wat ervan verwacht wordt. Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren en vanuit verschillende perspectieven omschreven. Een veel gehanteerde definitie is: 'de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg) (Busch & Bovendeur, 2008). Binnen dit onderzoek betekent kwaliteit de mate waarin de zorgvrager en zijn netwerk worden betrokken bij de nazorg en keuzes daar omtrent.

Nazorg:

Het proces wat de zorgvrager intreed na ontslag uit een ziekenhuis. In het geval dat er sprake is van een sociaal netwerk die de zorgvrager opvangt wordt er gesproken van mantelzorg. Als dit niet het geval is betekent dit dat de zorgvrager opgevangen wordt door het Nederlands zorgsysteem.

Relatie:

Betrekking waarin zaken of personen tot elkaar staan (Van Dale, 2014). Binnen dit onderzoek staat het begrip relatie voor het onderlinge contact tussen de transferverpleegkundige en het betrokken sociale netwerk van de zorgvrager. Wat de verstandhouding is tussen de personen en hoe ze daar mee om gaan.

Samenwerking:

Samenwerking is gebaseerd op mensen die (meestal) naar een gezamenlijk doel werken. Hierbij zijn de betrokkene afhankelijk van anderen. Om goed samen te kunnen werken zijn goede communicatieve en sociale vaardigheden vereist (Medicinfo, 2013). Binnen dit onderzoek staat het begrip 'samenwerken' voor de samenwerking tussen transferverpleegkundige en zorgvrager en het diens betrokken sociale netwerk.

Transferverpleegkundigen:

De transferverpleegkundige is werkzaam in verschillende settings; in ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra. In alle situaties zal zij samenwerken met CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), zorgaanbieders, verzekeraars en in toenemende mate met zorgkantoren. De doelstelling van het beroep van transferverpleegkundige is te splitsen in drie onderdelen:

- Zij is de belangenbehartiger van de zorgvrager, de vraag van de zorgvrager staat centraal.
- Zij streeft naar continuïteit van zorg voor de zorgvrager en wijst hem of haar op de mogelijke vervolgotrajecten, zij begeleidt de zorgvrager van zorgvraag naar zorginzet.
- Zij werkt mee aan het optimaliseren van de doorstroom van zorgvragers naar de vervolgvoorzieningen

(V&VN, 2015)

Transitie:

De transitie houdt in dat verantwoordelijkheden van de provinciale en landelijke overheid worden overgedragen naar de gemeenten. Dit vanuit de overtuiging dat als je de zorg en dienstverlening allemaal op gemeentelijk niveau organiseert de kwaliteit door betere afstemming en de efficiency omhoog gaat (Bakker, 2013).

Zorgtraject:

Een zorgtraject is een beschrijving van een specifiek zorgproces dat uitgevoerd wordt op indicatie van in- en uitsluitcriteria. Dat proces betreft alle handelingen en acties van de relevante disciplines en hun interacties. Een zorgtraject wordt uitgevoerd door een multidisciplinair professioneel team. Een team kan verschillende zorgtrajecten uitvoeren (Akkerveeken, 2015).

4. Onderzoeksmethodiek

4.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is gedaan aan de hand van kwalitatief onderzoek. Het kenmerk van het kwalitatief onderzoek is voornamelijk het begrijpen. Hiermee verschilt kwalitatief onderzoek van kwantitatief onderzoek, wat gebaseerd is op het cijfermatig inzicht verkrijgen in een onderzoeksvraag (Baarda, et al., 2013, p. 29).

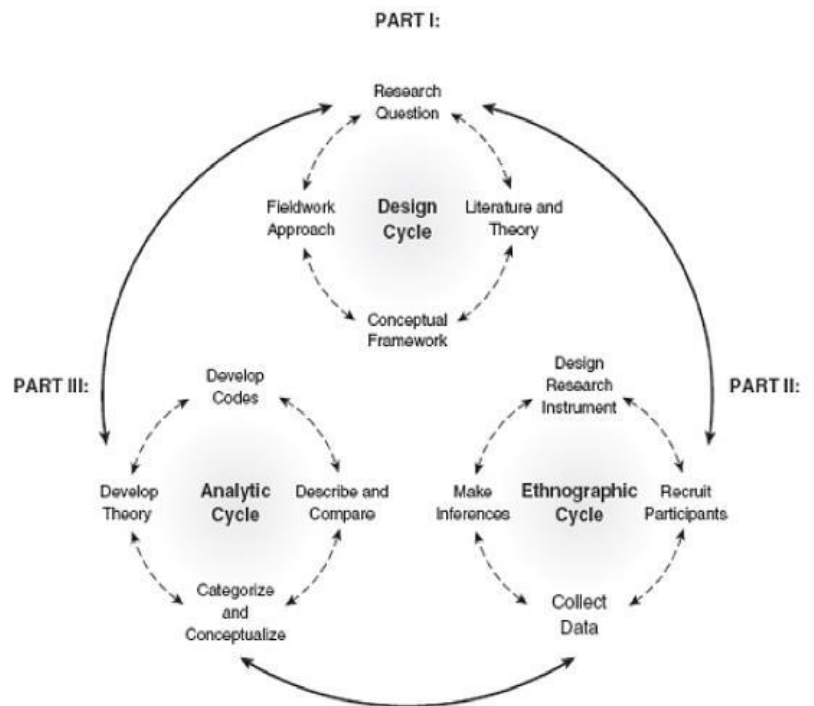
De onderzoeksvraag van dit onderzoek gaat niet over het cijfermatig inzicht krijgen rondom het werk van de transferverpleegkundige, maar over de problemen waar transferverpleegkundigen tegen aan kunnen lopen in de uitvoer van hun werk. Vanuit deze insteek is daarom gekozen voor een kwalitatief onderzoek.

Dit onderzoek heeft een explorerend/verkenkend karakter. Het ging in dit onderzoek over het verkennen van problemen in contact en samenwerking van transferverpleegkundigen met het sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden in het licht van de veranderingen in de zorg.

Hennink, Hutter en Bailey (2011) beschrijven de ‘cirkel van kwalitatief onderzoek’ (afbeelding 1.). Deze cirkel bestaat uit drie onderling verbonden cirkels: de ontwerp cirkel, de etnografische cirkel en analytische cirkel. In de ontwerp cirkel wordt de methodiek bepaald voor het onderzoeken van de onderzoeksvraag, op basis van literatuurstudie en veldwerk. De geselecteerde onderzoeksmethode is ‘veldwerkonderzoek’ doormiddel van interviews.

Deze onderzoeksmethode wordt verder beschreven in paragraaf 4.3 ‘dataverzameling’.

De etnografische cirkel beschrijft hoe de data verzameld zullen worden. De data zijn verzameld aan de hand van interviews met acht transferverpleegkundigen. Na de dataverzameling komt de laatste cirkel aan bod (Hennink, Hutter, & Bailey, 2011). In de laatste cirkel, de analytische cirkel, worden de resultaten van het onderzoek verwerkt waarna getracht wordt de vraagstelling te beantwoorden. Daarnaast wordt advies gegeven over mogelijk vervolg onderzoek (Hennink, Hutter, & Bailey, 2011).



Afbeelding 1: Hutter-Hennik qualative research cycle

4.2 Populatie en steekproef

De populatie binnen dit onderzoek bestond uit transferverpleegkundigen in het UMCG. In totaal zijn er 16 transferverpleegkundigen werkzaam in het UMCG.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een niet-gerichte aselekt enkelvoudige steekproef (Zee, 2012). Dit betekent dat de onderzoekspopulatie op basis van volledige willekeur is geselecteerd. Iedere transferverpleegkundige uit de populatie kreeg een eigen getal tussen de 1 en 16 toegewezen. Deze getallen diende als loten waarvan er voor de steekproef willekeurig acht getrokken zijn. De acht getrokken transferverpleegkundigen deden mee aan dit onderzoek. Het achttal vormt 50% van de werkende transferverpleegkundigen in het UMCG. De reden tot dit aantal respondenten is gebaseerd op de verwachting dat een achttal interviews tot een verzadigingspunt zou leiden. Gedurende dit onderzoek is er één respondent uitgevallen.

4.3 Dataverzameling

De data zijn verzameld aan de hand van diepte interviews. Het interviewschema is opgesteld op basis van het gekozen framework, het beroeps-competentieprofiel van de transferverpleegkundige.

Stap één: Research en verdeling van variabelen en indicatoren

Per deelvraag zijn er variabelen en indicatoren opgesteld. Deze variabelen en indicatoren zijn opgesteld op basis van wat er per deelvraag onderzocht moest worden.

Deelvraag 1 betreft de relatie ervaring van de transferverpleegkundige met het betrokken sociale netwerk van zorgvragers waarvoor nazorg geregeld moet worden. Tabel 1: 'Relatie ervaring transferverpleegkundigen' geeft een weergave van de opgestelde variabelen en indicatoren voor deze deelvraag.

Variabelen	Indicator
Relatie ervaring transferverpleegkundige	Positief Wisselend Negatief

Tabel 1: Relatie ervaring transferverpleegkundigen

Deelvraag 2 betreft de mate waarin de rol van de transferverpleegkundige verandert is sinds de transitie in zorg na 1 januari 2015. Tabel 2: 'Rol verandering sinds transitie zorg' geeft een weergave van de opgestelde variabelen en indicatoren voor deze deelvraag.

Variabelen	Indicator
Rol verandering sinds transitie in zorg	Rol verandert Rol niet verandert
Voor-/nadelige effecten van transitie in zorg	Voordelen Nadelen
Uitoefening van beroep sinds transitie in zorg	Makkelijker Moeilijker

Tabel 2: Rol verandering sinds transitie zorg

In dit onderzoek liggen deelvraag 3, 'Welke factoren beïnvloeden het contact en/of de samenwerking', en deelvraag 4, 'Zijn er specifieke oorzaken die ten grondslag liggen voor het ontstaan van deze factoren', erg dicht bij elkaar. In verband hiermee is er voor gekozen om deze twee deelvragen samen te voegen, en samen te behandelen. Allereerst is de methodiek voor dataverzameling van deelvraag drie uitgewerkt. Ten aanzien van de onderzoeksvraag en ter beantwoording van deze deelvraag is gekozen om te werken met twee competenties, namelijk contact en samenwerking. Deze competenties zijn geselecteerd vanuit het beroeps-competentieprofiel van de transferverpleegkundige. Deze competenties zijn vervolgens op basis van het beroeps-competentieprofiel onderverdeeld in de variabelen 'kennis', 'vaardigheden' en 'attitude'. De combinatie van deze drie variabelen maakt inzichtelijk wat een transferverpleegkundige aan kennis, vaardigheden en houdingsaspecten dient te bezitten om kwalitatief goed werk te verrichten zodat aan de hiervoor opgestelde competenties kan worden voldaan (V&VN, 2015).

In het beroeps-competentieprofiel van de transferverpleegkundige worden de variabelen kennis, vaardigheden en attitude onderverdeeld in indicatoren. Deze indicatoren geven een definitie van de variabelen. Vanuit het beroeps-competentieprofiel zijn een aantal indicatoren geselecteerd die betrekking hebben op de competenties contact en samenwerking. Bijlage 2: tabel 9: 'Contact: competentie, variabelen en indicatoren selectie' en bijlage 3: tabel 10: 'Samenwerking: competentie, variabelen en indicatoren selectie' geven een schematische weergave van geselecteerde indicatoren. Naast de selectie van indicatoren ter definitie van de variabelen zijn ook indicatoren geselecteerd die

betrekking hebben tot de rol ervaring van de transferverpleegkundige. Deze indicatoren zijn geselecteerd om meer verdieping te creëren om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Na het opstellen van de methodiek voor deelvraag drie is verder gegaan met de uitwerking van de methodiek voor deelvraag 4. Deze deelvraag bestaat uit de variabele factoren extern. Deze variabele is geselecteerd om inzicht te verwerven in mogelijk externe factoren waarop de transferverpleegkundige geen directe invloed uitoefent.

Aangezien deze deelvragen niet specifiek gericht zijn op positieve of negatieve factoren zijn deze beide los van elkaar onderzocht. Bijlage 2, tabel 10: 'positief beïnvloedende en/of belangrijke factoren' geeft een schematische weergave van de opgestelde competenties, variabelen en indicatoren die gebruikt zijn om de positief beïnvloedende en/of belangrijke factoren weer te geven. Bijlage 3, tabel 11: 'negatief beïnvloedende en/of belangrijke factoren' geeft een schematische weergave van de opgestelde competenties, variabelen en indicatoren die gebruikt zijn om de negatief beïnvloedende en/of belangrijke factoren weer te geven.

Deelvraag 5 betreft de vraag 'kan het ontstaan van factoren in verband worden gebracht met bepaalde tijdstippen binnen het zorgtraject?'. Deze deelvraag is op twee manieren onderzocht. Eerst is onderzocht op welke momenten in het zorgtraject factoren een rol speelden die de kwaliteit van contact en samenwerking beïnvloeden. Vervolgens is onderzocht wat de transferverpleegkundigen als wenselijk moment achten om betrokken te worden bij het zorgtraject van de zorgvrager. Voor deze deelvraag zijn de resultaten verdeeld over drie momentopnames, het moment waarop de transferverpleegkundige betrokken raakt bij het zorgtraject, gedurende de betrokkenheid bij het zorgtraject en wanneer de betrokkenheid bij het zorgtraject ten einde loopt. Tabel 3: 'ontstaan factoren in zorgtraject' geeft een weergave van de opgestelde variabelen en indicatoren voor deze deelvraag.

Variabele	Indicator
Zorgtraject.ontstaan.factoren	Zorg.begin Zorg.gedurende Zorg.eind
Zorgtraject.betrokk.wenselijk	Zorg.begin Zorg.gedurende Zorg.eind

Tabel 3: ontstaan factoren in zorgtraject

Nadat de variabelen, hoofd- en sub-indicatoren waren opgesteld is verder gegaan met de tweede stap van data verzameling, literatuurstudie.

Stap twee: literatuurstudie

Deze stap betrof dataverzameling aan de hand van literatuurstudie. Voor de literatuurstudie is gebruikt gemaakt van Pubmed en MEDLINE. Dit zijn twee databanken waar wetenschappelijke artikelen op te vinden zijn. Om de artikelen te selecteren zijn een aantal inclusiecriteria gehanteerd:

- Het artikel is in het Nederlands of Engels geschreven;

- Het artikel is na het jaar 2000 geschreven;
- Het artikel is gratis verkrijgbaar of te bereiken via de opdrachtgever;
- Het artikel heeft betrekking tot het onderzoek.

De volgende zoektermen worden gebruikt om de artikelen te zoeken:

Zoektermen	Searching terms
Transferverpleegkundige Communicatie	Family Centered Nursing
Transferverpleegkundigen SOFA	Family Centered Nursing Communication
Communicatietechniek Ontslag	Family Management Style framework
	Liaison Nurse Communication

Tabel 4: zoektermen

Het doel van deze literatuurstudie was om wetenschappelijke artikelen te vinden om de variabelen en indicatoren van deelvraag 3 wetenschappelijk te onderbouwen. Uiteindelijk is met behulp van vier wetenschappelijke artikelen de betrouwbaarheid van de indicatoren vergroot. In deze artikelen werd voor het merendeel van de indicatoren wetenschappelijk bewijs geleverd die de indicatoren valide maakte. Hierin werd het belang van de indicatoren met betrekking tot het correct functioneren ten aanzien van de hiervoor opgestelde competenties aangetoond. Bijlage 4, tabel 9: 'Contact: competentie, variabelen en indicatoren selectie' en bijlage 5, tabel 10: 'Samenwerking: competentie, variabelen en indicatoren selectie' geven een schematische weergave van de wetenschappelijke onderbouwing van de geselecteerde variabelen en indicatoren die gebruikt zijn voor de beantwoording van deelvraag 3.

Stap 3: Interview

De laatste stap van de dataverzameling was aan de hand van interviews. De interview methode is gebruikt om er achter te komen wat de transferverpleegkundigen binnen het UMCG weten, denken, voelen en willen ten opzichte van de hiervoor opgestelde competenties met bijkomende variabelen en indicatoren (Baarda, et al., 2013). Het doel van de interviews was om inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van het contact en de samenwerking tussen de transferverpleegkundige en het betrokken netwerk van de patiënt voor wie de nazorg georganiseerd moet worden.

Het interview had een semigestructureerd karakter en werd afgenomen aan de hand van een topiclijst dat gebaseerd was op de hiervoor opgestelde competenties met bijkomende variabelen en indicatoren (Baarda, et al., 2013). De gebruikte topiclijst is te vinden in bijlage 6: 'Topiclijst interview'. De interviews zijn afgenomen door beide onderzoekers en zijn tevens opgenomen met behulp van geluidsapparatuur. Tijdens het afnemen van het interview leidde één van de onderzoekers het gesprek en maakte de ander aantekeningen en bewaakte de continuïteit en voortgang van de topiclijst. De kwaliteit en volledigheid van het interview berustte op het doorvragen op de topics. De onderzoeker die de aantekeningen maakte en de topiclijst bewaakte had de leiding over het gesprek en gaf aan wanneer de interviewer door mocht naar het volgende topic. Voor de interviews waren drie weken uitgetrokken met nog een vierde week in het geval van uitloop of andere onvoorziene ontwikkelingen. Per week werden drie interviews afgenomen. Na het transcriberen zijn de interviews geanalyseerd. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 4.5 'Wijze van data-analyse'.

4.4 Data-analyse

Nadat alle interviews afgenomen waren, werden deze geanalyseerd om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het proces van data-analyse was een proces dat uit drie, elkaar voortdurend afwisselende, activiteiten bestond, namelijk: waarnemen, analyseren en reflecteren (Baarda, et al., 2013).

Waarnemen

De waarneemfase in dit onderzoek bestond uit het afnemen van interviews. De interviews zijn afgenomen conform de wijze zoals beschreven in paragraaf 4.3 'Dataverzameling'.

Analyseren

In de analysefase werden de transcripties van de interviews kritisch gelezen. Hierbij werd het materiaal ontleed en gesynthetiseerd om de betekenis van het materiaal te interpreteren. Het ontleden bestond uit het uiteenrafelen van het materiaal. De resultaten hiervan werden met behulp van het programma Atlas-ti 6.2 vastgelegd in de vorm van codes (Baarda, et al., 2013). Er is gewerkt met twee soorten codes, themacodes en variatiecodes. Themacodes geven aan over welk onderwerp of thema een fragment gaat (Baarda, et al., 2013). Bij de codering van interviews om de deelvragen te beantwoorden hebben de variabelen gediend als themacodes en de indicatoren als variatiecodes. Variatiecodes zijn gebruikt om verschillende opvattingen weer te geven die horen bij het thema. Deze variatiecodes zijn toegekend aan de gevonden informatie uit de analyse (Baarda, et al., 2013). Bijlage 1: 'schematische weergave codering methodiek' geeft de wijze van codering schematisch weer in de vorm van een boomstructuur. De analyse van de interviews is inductief gedaan. Hierbij zijn de coderingsleidraden die beschreven staan in paragraaf 4.3 'Data-analyse' naast de interviews gelegd (ScriptieAF, 2014). Op basis van deze coderingsleidraden zijn uitspraken van de respondenten gekoppeld aan de passende thema- en variatiecodes. De codering van de interviews is gedaan aan de hand van de vivo-methode en de gerichte methode (Baarda, et al., 2013). De vivo-methode is gebruikt om veel voorkomende woorden uit de interviews te filteren. Deze konden direct gekoppeld worden aan thema- en variatiecodes uit de coderingsleidraden. Op deze manier zijn de codes dicht bij het materiaal gebleven en was er geen interpretatie van de onderzoeker (Baarda, et al., 2013). De gerichte methode is gebruikt om uitspraken te zoeken die als relevant geacht konden worden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Hierbij is de tekst herhaaldelijk gelezen met telkens een andere deelvraag ernaast om zo systematisch elk stuk interview vanuit andere benadering te analyseren (Baarda, et al., 2013). De gerichte methode berustte op meningen, normen en ervaringen van de respondenten die in verband konden worden gelegd met de coderingsleidraden. Het gebruik van twee verschillende coderingstechnieken is gedaan om nieuwe inzichten te creëren. Door het gebruik van de vivo-methode werd een hiërarchie zichtbaar waarmee kon worden vastgesteld wat de meest voorkomende en belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek waren. Het gebruik van de gerichte methode zorgde voor verdieping in de uitkomsten van de vivo-methode. Aan de hand van de resultaten van de gerichte methode konden de resultaten van de vivo-methode onderbouwd worden met meningen, normen en ervaringen.

Nadat al het materiaal gecodeerd was werden deze gesynthetiseerd. In deze fase werden de codes samengevoegd om ze te ordenen en naar samenhang te zoeken (Baarda, et al., 2013). Met behulp van het coderingsprogramma Atlas-ti 6.2 zijn alles codes in één bestand

gevoegd. Dit bestand gaf een duidelijk overzicht van alle uitspraken die als relevant geacht konden worden ter beantwoording van de vraagstelling en deelvragen. Al de uitspraken zijn gekoppeld aan de passende thema en variatiecodes. Vervolgens zijn al deze codes per deelvraag verwerkt in Excel bestanden. Met behulp van deze Excel bestanden werd per deelvraag inzichtelijk welke indicatoren een belangrijke rol spelen ter beantwoording van de vraagstelling. Op basis van deze uitkomsten werd het mogelijk om de resultaten te beschrijven.

Reflecteren

In de reflectiefase is gekeken naar de hoeveelheid codes die waren opgesteld, of er mogelijk codes synoniem aan elkaar waren en of er niet te snel conclusies waren getrokken door de onderzoekers (tunnelvisie) (Baarda, et al., 2013). Na de afrondingen van de reflectie zijn de codes gesynthetiseerd om te zoeken naar samenhang (Baarda, et al., 2013).

4.5 Criteria wetenschappelijk onderzoek

Er zijn een aantal criteria gesteld aan het doen van wetenschappelijk onderzoek waar de onderzoeker zich aan dient te houden. Deze criteria bepalen het wetenschappelijk gehalte van het onderzoek. Allereerst was het onderzoek onafhankelijk. Dit houdt in dat het onderzoek onafhankelijk was van meningen en voorkeuren van de betrokkenen, in dit geval het UMCG en onderzoekers. Dit om te voorkomen dat interventies in een bepaalde richting werden geleid waar de betrokken partijen baat bij hadden in plaats van daar waar de werkelijke problemen lagen (Verhoeven, 2011). De onafhankelijkheid werd gewaarborgd door de meningen en voorkeuren van betrokkenen zoveel mogelijk buiten beschouwing te laten waardoor het onderzoek objectief bleef.

Daarnaast is een criterium dat de resultaten waarneembaar zijn in de werkelijkheid. Dit wilt zeggen dat een uitspraak of vraag toetsbaar is. Dit betekent dat een idee of verwachting door middel van goed onderzoek moet kunnen worden bevestigd of weerlegd (Verhoeven, 2011). De toetsbaarheid van uitspraken werd gewaarborgd door geen normatieve of speculatieve uitspraken te doen.

Een belangrijk criterium voor dit onderzoek was de betrouwbaarheid. Dit kwalitatief onderzoek zal moeilijk zijn om te herhalen (Verhoeven, 2011). Er werd slechts één organisatie onderzocht, dit betekent dat vergelijking van materiaal niet mogelijk zal zijn (Verhoeven, 2011). De beleving van de geïnterviewde transferverpleegkundigen stond centraal. Deze beleving kan op andere momenten in de tijd anders zijn. Daarnaast kunnen er tijdens het onderzoek toevallige fouten zijn gemaakt. Deze toevallige fouten zouden het gevolg zijn van menselijk handelen (Verhoeven, 2011). Fouten waar in dit onderzoek mogelijk tegenaan gelopen kan zijn, zijn bijvoorbeeld transferverpleegkundigen die een vraag niet wisten te beantwoorden of het verkeerd verwerken van onderzoeksgegevens. De betrouwbaarheid in dit onderzoek wordt gewaarborgd aan de hand van rapportage en verantwoording. Alle onderzoekshandelingen zijn bijgehouden in een logboek. Hierin werden alle hiaten en ontwikkelingen omtrent het onderzoek bijgehouden. Dit creëerde inzicht in eventuele toevallige fouten (Verhoeven, 2011).

De betrouwbaarheid vormt een voorwaarde voor de validiteit van het onderzoek. De validiteit berust op het ontbreken van systematische fouten (Verhoeven, 2011). Een

voorbeeld van een systematische fout kan zijn dat een transferverpleegkundige een verkeerd antwoord gaf omdat het een meer sociaal wenselijk antwoord was. Binnen dit onderzoek is gestreefd naar een intern valide resultaat zodat de juiste conclusies getrokken konden worden. Er zijn twee factoren die de validiteit van het onderzoek bepaalden. Deze twee factoren waren: de geldigheid van het meetinstrument en de geldigheid van de onderzoeksgroep. Het meetinstrument in dit onderzoek was de interviewmethode. De onderzoeksgroep in dit onderzoek bestond uit acht transferverpleegkundigen waarvan er uiteindelijk één is uitgevallen. De onderzoeksmethode en onderzoeksgroep sluiten goed op elkaar aan (Verhoeven, 2011).

In dit onderzoek is een specifiek deel van de ‘werkelijkheid’ geanalyseerd waarover vervolgens uitspraken zijn gedaan. Deze uitspraken zijn precies volgens de voorwaarden getoetst. Hierdoor kunnen deze als gegeneraliseerd verklaard worden voor een grotere groep. Dit betekent dat er in dit onderzoek uitgegaan werd van ‘inhoudelijke generalisatie’ (Verhoeven, 2011). Inhoudelijke generalisatie gaat over de overdraagbaarheid van concepten en samenhangen op vergelijkbare of overeenkomstige situaties (Mertens, v. Schaardenburgh-Verhoeve, & Sillem, 2012). Dit onderzoek betrof slechts de transferverpleegkundigen van het UMCG. Vanuit dit oogpunt werd daarom verwacht dat de resultaten overdraagbaar zijn op vergelijkbare en overeenkomende situaties wat de representativiteit voor alle transferverpleegkundigen binnen het UMCG creëert (Verhoeven, 2011). Een belangrijke kanttekening is wel dat de resultaten van dit onderzoek niet kunnen worden doorgetrokken naar organisaties met een vergelijkbare structuur. Er is in dit onderzoek één specifieke organisatie onderzocht. Vanwege verschillende werkwijzen tussen organisaties zijn de resultaten van dit onderzoek dus niet weerlegbaar naar andere organisaties. Daarnaast stond de beleving van specifieke personen centraal, op andere momenten in de tijd is de beleving misschien anders, of zijn er weer andere personen bij het proces betrokken (Verhoeven, 2011).

4.6 Ethische aspecten

Om dit onderzoek ethisch te verantwoorden is er voldaan aan een aantal eisen. Baarda et al. 2013 Beschrijven de volgende eisen die zowel tot de onderzoekers als de respondenten betrekking hadden:

- Vrijwillige medewerking
- Juiste voorlichting
- Anonimiteit
- Afwezigheid van negatieve effecten

De bovengenoemde eisen zijn op de volgende methoden gewaarborgd. De respondenten hebben expliciet toestemming gegeven om te participeren in het onderzoek (Baarda, et al., 2013).

De respondenten zijn bij de introductie van het onderzoek op de hoogte gesteld van de doelen werkwijze en verwachtingen van de onderzoekers ten aanzien van hun medewerking. De gegevens van de respondenten zijn anoniem gebleven (Baarda, et al., 2013). Na de selectie van respondenten hebben zij op basis van willekeur een code naam gekregen. De namen die toegewezen zijn, zijn als volgt: respondent 1, respondent 2, respondent 3, etc. Op basis van deze toegewezen namen zal de verstrekte informatie en gegevens niet direct terug te leiden zijn naar de respondenten. Er zijn er geen directe negatieve effecten die een deelnemende

partij kan schaden (Baarda, et al., 2013). Dit was een onderzoek met een explorerend karakter en was bedoeld om factoren die als knelpunten ervaren worden te ontdekken, niet om de oorzaken op een deelnemende partij af te schuiven.

Van de onderzoeker werd verwacht dat ze ethisch verantwoord te werk gingen. Dit betekende dat de onderzoeker het onderzoek op een eerlijke en wetenschappelijk verantwoorde manier uitvoerde. De onderzoeker heeft geen bewuste fouten gemaakt om de onderzoeksresultaten gunstiger te maken. De onderzoeker vermeldde te allen tijden de bronnen die hij heeft gebruikt voor zijn onderzoek, er is geen plagiaat gepleegd (Baarda, et al., 2013).

De onderzoeker heeft geen gegevens verstrekt aan derden wanneer de opdrachtgever hier niet mee akkoord is gegaan in verband met eigendomsrechten. Aangezien dit onderzoek dient als afstudeerscriptie en deze openbaar dient te zijn, zijn hier tevoren duidelijke afspraken over gemaakt met de opdrachtgever (Baarda, et al., 2013).

Tot slot hebben de onderzoekers volledig onafhankelijk van de opdrachtgever gefunctioneerd. De opdrachtgever mocht te allen tijden inzage hebben in, en overleggen over de onderzoeksopzet. De opdrachtgever heeft bepaald of het onderzoek mocht worden uitgevoerd; de onderzoeker heeft bepaald hoe het onderzoek werd uitgevoerd (Baarda, et al., 2013).

De Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het Hbo (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010) stelt een aantal gedragscodes waaraan de Hbo onderzoeker moet voldoen. De volgende gedragscodes zijn opgesteld:

1. Onderzoekers aan het Hbo dienen het professionele en maatschappelijke belang;
2. Onderzoekers aan het Hbo zijn respectvol, zij houden rekening met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en van collega onderzoekers;
3. Onderzoekers aan het Hbo zijn zorgvuldig, zij nemen meerdere wetenschapsopvattingen in overweging, zij houden zich aan de beroepscode en honoreren de beroepsethiek.
4. Onderzoekers aan het Hbo zijn integer, zij zijn kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities, onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, autonoom in hun analyses en onpartijdig in hun rapportages.
5. Onderzoekers aan het Hbo verantwoorden hun keuzes en gedrag.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk bevat de resultaten die uit dit onderzoek zijn gekomen. De resultaten zijn per deelvraag beschreven. Allereerst is de respons van dit onderzoek behandeld. Vervolgens zijn de belangrijkste resultaten beschreven die worden gevolgd door de overige resultaten.

5.1 Respons

Voor aanvang van dit onderzoek zijn acht uitnodigingen voor een interview verstuurd. Een contactpersoon van de afdeling van het UMCG heeft de emailadressen van de totale groep transferverpleegkundigen verstrekt aan de onderzoekers. Vanuit deze lijst zijn op aselecte

wijze acht transferverpleegkundigen geselecteerd. Deze acht transferverpleegkundigen zijn per email uitgenodigd voor een interview. De respons op deze uitnodiging was 87,5%. Dit betekent dat zeven van de acht transferverpleegkundigen hebben gereageerd. De achtste transferverpleegkundige is nogmaals gemaild waarop geen antwoord is gekomen. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten is overwogen om een nieuwe achtste transferverpleegkundige uit te nodigen voor een interview. Op basis van de resultaten uit de eerdere interviews is uiteindelijk besloten dit niet te doen. Deze keuze is gebaseerd op de verwachting dat er een verzadigingspunt bereikt was.

5.2 Deelvraag 1

Hoe wordt de relatie met zorgvragers en het daarbij betrokken sociale netwerk ervaren door de transferverpleegkundige?

De resultaten van de analyse van de interviews is te vinden in tabel 5: 'relatie ervaring transferverpleegkundige resultaten'. Uit de analyse van de interviews is gebleken dat de relatie met zorgvragers en diens betrokken netwerk over het algemeen goed wordt bevonden. In totaal zijn in alle zeven interviews 49 uitspraken gedaan met betrekking tot de relatie ervaring. In totaal zijn er 22 uitspraken gedaan over het positief ervaren van een relatie en 8 over het negatief ervaren van een relatie. Hoewel er 22 keer naar voren kwam dat de relatie positief werd ervaren, werd wel duidelijk aangegeven dat dit heel wisselend kan zijn (19 uitspraken).

Respondent: "over het algemeen goed met wat uitzonderingen natuurlijk"

Variabele	Indicator	Totaal	%
Relatie ervaring transferverpleegkundige	Positief	22	45%
	Wisselend	19	39%
	Negatief	8	16%
Totaal benoemde indicatoren		49	100%

Tabel 5: relatie ervaring transferverpleegkundige resultaat

De wisseling in positieve en negatieve relatie ervaring is volgens de respondenten afhankelijk van de mate van betrokkenheid van het sociale netwerk. Zes van de zeven respondenten (85,7%) geeft aan dat betrokkenheid de belangrijkste factor is in verband met relatie ervaring. De betrokkenheid van het sociale netwerk is volgens de respondenten afhankelijk van de kwaliteit van samenwerking, de mate van participatie van het sociale netwerk, de mate van het nemen van verantwoordelijkheid van het sociale netwerk en de mate van acceptatie van het sociale netwerk.

Alle respondenten (100%) geven aan samenwerking een belangrijke factor te vinden voor een goede relatie ervaring. De meningen over verandering in samenwerking sinds de transitie in zorg wordt zeer variërend ervaren. Vier van de zeven respondenten (57,1%) vinden dat de samenwerking met het sociale netwerk verandert is. Hiervan ervaart één respondent dit als negatief. De overige drie respondenten (42,9%) merken geen verandering in de samenwerking met het sociale netwerk sinds de transitie in zorg.

Participatie wordt door drie van de zeven respondenten (42,9%) benoemd als belangrijke factor in de relatie ervaring, het nemen van verantwoordelijkheid wordt door twee van de zeven respondenten (28,6%) benoemd. Mede door de transitie in zorg en toename van

mantelzorg gebonden taken wordt participatie en verantwoordelijkheid van het sociale netwerk verwacht en doorgaans gewaardeerd.

Respondent: "in de nazorg moeten mensen meer zelf nadenken en regelen."

De meeste mensen weten dat de zorg is veranderd en proberen mee te denken aan de mogelijkheden die er zijn. Soms zijn families vooruitstrevend en hebben al wat taken van transferverpleegkundige op zich genomen. De respondenten geven aan dat actieve participatie en het nemen van verantwoordelijkheid door het sociale netwerk de relatie ervaring ten goede komt. Hierbij wordt wel gesteld dat het sociale netwerk hier niet in moet doorslaan.

Respondent: "Er zijn ook mensen dat je voor gesprek komt die dan al van alles hebben geregeld. En dat is niet altijd handig."

De respondenten hebben lang niet altijd de controle op wat er geregeld wordt door het sociale netwerk. Het komt voor dat het sociale netwerk zorg gebonden dingen regelt die niet haalbaar of te realiseren zijn binnen de gestelde indicatie. Dit levert frustraties op bij familie. Vanuit dit aspect benoemen twee van de zeven respondenten (28,6%) het belang van acceptatie van het sociale netwerk. De respondenten geven aan dat zij in hun werk als transferverpleegkundige soms geconfronteerd worden met families die niet altijd accepteren dat zij tegenwoordig meer zelf moeten doen voor de patiënt. Zij hebben hoge verwachtingen van transferverpleegkundigen en denken dat alles geregeld kan worden door de transferverpleegkundigen.

Respondent: "dat mensen denken dat ze ergens recht op hebben en dat is dus niet zo en zeker sinds dit jaar de zorg zo verandert is moeten wij gewoon heel vaak nee verkopen en dat pikt niet iedereen."

In het geval van een dergelijke situatie met het sociaal netwerk van een zorgvrager wordt er vaak even afstand genomen om er in een later gesprek weer op terug te komen. Dit soort situaties zijn binnen het team goed bespreekbaar. Tijdens de relatie met zorgvragers en het sociale netwerk worden dingen goed bespreekbaar gemaakt.

Een laatste opvallend detail is dat drie van de zeven respondenten (42,9%) dochters benoemen als factor in de relatie ervaring. Dochters worden soms als berucht of vervelend ervaren omdat ze veel willen en verwachten van de transferverpleegkundigen.

Respondent: "Dochters zijn bij ons een berucht begrip. Die zijn het ergst. Ja, dat is heel erg om te zeggen, dochters die, ja, natuurlijk uit goede bedoelingen maar die hebben vaak voor hun ouders heel duidelijk voor ogen wat ze willen hebben en die kunnen soms heel boos worden over dat iets niet kan of dat is anders kan dan dat zij gedacht hadden. Maar dat is juist wel heel erg betrokken."

5.3 Deelvraag 2

Is de rol van de transferverpleegkundige veranderd sinds de transitie in de zorg na 1 januari 2015?

De resultaten van de analyse van de interviews is te vinden in tabel 6: 'transferverpleegkundige rol verandering sinds transitie in de zorg'.

Uit de analyse van de interviews zijn 53 uitspraken naar voren gekomen met betrekking tot rol verandering van de transferverpleegkundige na 1 januari 2015. Deze 53 uitspraken hebben betrekking op de, voor deze deelvraag opgestelde, drie variabelen.

Variabele	Indicator	Totaal	%
Rol verandering sinds transitie in zorg	Rol niet verandert	9	27
	Rol verandert	24	73
Voor-/nadelige effecten van transitie in zorg	Voordelen	6	75
	Nadelen	2	25
Uitoefening van beroep sinds transitie in zorg	Makkelijker	9	75
	Lastiger	3	25
Totaal benoemde indicatoren		53	✗

Tabel 6: transferverpleegkundige rol verandering sinds transitie in de zorg

Alle respondenten (100%) geven aan dat hun rol is veranderd sinds de transitie in zorg. Deze verandering berust op de duur van het zorgproces waar de transferverpleegkundige bij betrokken is, de wijze van zorg indicatie, de aanscherping van de wetgeving en de mate van uitleg die door de transferverpleegkundige moet worden verlegd naar de patiënt en diens betrokken sociale netwerk.

De duur van het zorgproces is volgens de respondenten zowel voor- als nadelig veranderd. Vier van de zeven respondenten (57,1%) geven aan dat de duur van het zorgproces voordelig is veranderd vanwege de nieuwe wet- en regelgeving omtrent het indiceren van zorg. Het wordt als fijn ervaren dat de thuiszorg nu zelf indicaties moet doen.

Respondent: "Voor ons, ik vind als transferverpleegkundige is het eigenlijk ook nog wel makkelijker geworden."

Nu dat de indicatie door externe organisaties gesteld wordt, wordt de zorg beter ingezet en worden er kosten bespaard omdat er geen onnodige zorg wordt gegeven.

Respondent: "en wij melden de patiënt nu gewoon als anders bij een thuiszorg organisatie aan alleen zij indiceren nu zelf. En ja in die zin is het voor ons dus eigenlijk makkelijker geworden"

Drie van de zeven respondenten (42,9%) geven als nadeel aan dat het zorgproces langer is geworden. Ten grondslag van deze verandering ligt dat zorg beter moet worden verantwoord door de transferverpleegkundigen en dat er meer informatie geleverd moet worden aan thuiszorgorganisaties. Dit levert in de meeste gevallen extra administratief werk op voor de transferverpleegkundigen.

Respondent: 'Maar je moet wel meer aanleveren, meer informatie aanleveren ook over het sociale netwerk wat de patiënt heeft en wat die kan betekenen en waarom niet.'

Daarnaast wordt aangegeven dat de gemeentes niet klaar waren voor de veranderingen in de zorg. De veranderingen in de zorg zijn te snel doorgevoerd waardoor de gemeentes zich niet goed hebben kunnen voorbereiden.

Respondent: "de gemeentes er niet klaar voor zijn, je moet heel veel moeite doen voordat je de juiste persoon te pakken krijgt, niemand durft een beslissing te nemen. Je wordt van het kastje naar de muur gestuurd. Het kost je gewoon enorm veel tijd."

Alle zeven respondenten (100%) geven aan dat wetgeving omtrent de zorgdiensten die zij leveren strenger is geworden. Hoewel de wetgeving strenger is geworden merken de transferverpleegkundigen hier niet veel van in de uitvoer van hun beroep. Het belangrijkste

wat gemerkt wordt in de uitvoer van het transferverpleegkundig beroep is dat de zorg die zij leveren veel strikter moet worden verantwoord. De respondenten geven aan dat het moeilijker is geworden om bepaalde zorg voor zorgvragers te regelen en dat zij vaker 'nee' moeten verkopen aan de zorgvrager. Hoewel dit nadelig ervaren wordt door de respondenten snappen zij hier wel de noodzaak van.

Respondent: "vorig jaar kon je ook veel meer mensen een indicatie geven voor een verzorgingshuis en dat is nu minder en dat vind ik een groot nadeel."

Alleen sector C, psychiatrie en kinderen, merkt veel van de transitie in zorg. Deze sector heeft te maken met alle veranderingen omtrent de transitie in zorg. Er wordt duidelijk aangegeven dat het soms nog zoeken is, met name bij gemeentes. Er wordt aangegeven dat de gemeentes duidelijk nog niet klaar waren voor de veranderingen in de zorg. Als gevolg hiervan weten gemeentes nog niet goed hoe zij met de veranderingen om moeten gaan.

Respondent: "de psychiatrie dat is een puinzooi."

Dit heeft als gevolg dat het tijdspad in het zorgproces in deze sector langer kan duren omdat het lastiger is om bepaalde zorg voor een patiënt te organiseren.

5.4 Deelvraag 3 & 4

3. Welke factoren beïnvloeden het contact en/of de samenwerking?

4. Zijn er specifieke oorzaken die ten grondslag liggen voor het ontstaan van deze factoren?

De resultaten van de analyse van de interviews zijn te vinden in tabel 7: 'positief beïnvloedende factoren in contact en/of samenwerking'. Deze tabel geeft een schematisch overzicht van factoren die een positieve invloed uitoefenen op het contact en de samenwerking. Tabel 8: 'negatief beïnvloedende factoren in contact en/of samenwerking' geeft een schematisch overzicht van factoren die een negatieve invloed uitoefenen op het contact en de samenwerking.

Competentie	Variabele	Totaal	%
Contact	Kennis	50	13
	Vaardigheden	129	33
	Attitude	114	30
Samenwerking	Kennis	13	3
	Vaardigheden	53	14
	Attitude	26	7
Factoren	Extern	0	0
Totaal benoemde indicatoren		385	100%

Tabel 7: positief beïnvloedende factoren in contact en/of samenwerking

Uit de analyse van de interviews zijn in totaal 385 uitspraken naar voren gekomen die het contact en/of de samenwerking tussen transferverpleegkundigen en het betrokken sociale netwerk van een patiënt positief beïnvloeden. Deze uitspraken hebben betrekking op de, voor deze deelvraag, opgestelde zeven variabelen.

Het contact en de samenwerking wordt niet positief beïnvloed vanuit externe factoren. In de analyse van de interviews worden geen externe factoren benoemd die een positieve invloed uit zouden oefenen op het contact en de samenwerking. De kwaliteit van contact en

samenwerking berust volgens alle zeven respondenten (100%) op verschillende vormen van kennis, vaardigheden en attitudes. Gemiddeld voldoen de respondenten aan 70,5% van de indicatoren die betrekking hebben tot de variabelen van de competentie contact. De respondenten voldoen gemiddeld aan 51,7% van de indicatoren die betrekking hebben tot de variabelen van de competentie samenwerking. De betreffende indicatoren zijn te vinden in bijlage 4: Tabel 12: 'Positief beïnvloedende en/of belangrijke factoren indicator overzicht'.

In totaal zijn er 50 uitspraken gedaan over factoren die het contact en de samenwerking negatief beïnvloeden. 80% van deze beïnvloedende factoren zijn extern. De benoemde externe factoren zijn hoge werkdruk, hoge verwachtingen jegens transferverpleegkundigen en het rechtbreien van foutief verstrekte informatie vanuit andere disciplines. De exacte verdeling van uitspraken over indicatoren is te vinden in bijlage 5: tabel 13: 'Negatief beïnvloedende en/of belangrijke factoren indicatoren overzicht'.

Competentie	Variabele	Totaal	%
Contact	Kennis	5	10
	Vaardigheden	3	6
	Attitude	2	4
Samenwerking	Kennis	0	0
	Vaardigheden	0	0
	Attitude	0	0
Factoren	Extern	40	80
Totaal benoemde indicatoren		50	100%

Tabel 8: negatief beïnvloedende factoren in contact en/of samenwerking

Vijf van de zeven respondenten (71,4%) geven aan dat er periodes zijn waarin een hoge werkdruk wordt ervaren.

Respondent: "We hebben ook heus wel rustige perioden ertussen maar het is toch vaak ook wel druk."

Als gevolg van een hoge werkdruk hebben de respondenten minder tijd om echt tijd te vinden om rustig met een zorgvrager goed in gesprek te gaan. Daarnaast in het geval van veranderingen in een zorgvrager zijn situatie is het voor de transferverpleegkundige lastig om tijd vrij te maken om de veranderingen goed door te nemen met de zorgvrager. Dit wordt dan vaak telefonisch gedaan via een verpleegkundige van de desbetreffende afdeling. Hierdoor is het lastig voor de transferverpleegkundige om zorgvuldig informatie te verleggen richting de betreffende zorgvrager.

Respondent: "en als er iets verandert dat je nog even terugloopt om ze zelf uit te leggen hoe en wat. In plaats van dat je de verpleegkundige belt 'O wil je even zeggen dat het zo en zo gaat worden'. Hè, want daar heb je dan niet altijd de tijd voor om het zorgvuldig uit te leggen"

Vijf van de zeven respondenten (71,4%) geven aan soms te maken te hebben met hoge verwachtingen van zorgvragers en het betrokken sociale netwerk. Veel van deze verwachtingen komen voort uit het idee dat mensen denken recht te hebben op een bepaalde vorm van zorg terwijl dit dan niet mogelijk is. Daarnaast gaan sommige mensen er van uit dat het ziekenhuis alles omtrent de nazorg zal regelen en nemen dan een afwachtende houding aan.

Respondent: "Nou ik denk dat een heleboel families zo denken van dat wij het wel even."

Respondent: "voor ze oplossen. Ik denk dat verwachting van familie vooral meer is van dat zij een beetje een afwachtende houding kunnen hebben."

Vijf van de zeven respondenten (71,4%) geven aan dat andere disciplines soms foutieve informatie verstrekken richting de patiënt en diens familie. Drie van de vijf respondenten (42,9%) legt dit neer bij het ontbreken van kennis bij andere disciplines over het transferverpleegkundig beroep.

Respondent: "Informatievoorziening vanuit andere disciplines over ons, onze discipline die niet altijd juist is. Toezeggingen van artsen die niet altijd juist zijn of niet mogelijk is"

Andere disciplines lijken niet altijd op de hoogte lijken te zijn van nieuwe regelingen. Zo worden er bijvoorbeeld dingen toegezegd aan patiënten die niet meer haalbaar zijn zoals 24-uurs zorg in terminale fase. Verwachtingen zijn hoog als ze al eenmaal toegezegd zijn.

Respondent: "Het rechtbreien van foutieve informatie die door anderen is verstrekt omdat zij de regels eigenlijk niet kennen en dat is niet erg. Dat ze de regels niet kennen, daar zijn wij voor maar dan moeten ze ook geen beloften doen."

Nazorg regelen lijkt soms een ondergeschoven kindje te zijn. Er wordt te weinig over nagedacht door verpleegkundigen van de afdeling en andere disciplines over hoe en wanneer een transferverpleegkundige ingeschakeld kan worden.

Respondent: "Nou de nazorg is wel een ondergeschoven kindje dat absoluut. Daar is de verpleegkundige weinig mee bezig."

Communicatie vanuit afdelingen en andere discipline verloopt ook niet altijd even duidelijk in het ontslag proces. Het komt voor dat er dingen dubbel aangevraagd worden door verschillende disciplines die niet op de hoogte waren dat een collega al wat had geregeld, of er lopen dingen langs elkaar heen doordat er miscommunicatie is opgetreden.

"Als de overdrachten onderling bij ons zeg maar niet goed lopen, dan krijg je dat je of dubbel werk hebt of dat dingen te laat opgepakt worden."

5.5 Deelvraag 5

Kan het ontstaan van factoren in verband worden gebracht met bepaalde momenten binnen het zorgtraject?

De resultaten van de analyse van de interviews zijn te vinden in tabel 9: 'Ontstaan van factoren in verband met bepaalde momenten binnen het zorgtraject'. Geeft een schematische weergave van het ontstaan van factoren ten opzichte van bepaalde momenten binnen het zorgtraject.

Variabele	Indicator	Totaal	%
Zorgtraject positief	Begin wenselijk	4	100
	Gedurende wenselijk	0	0
	Eind wenselijk	0	0
Zorgtraject negatief	Begin	1	7
	Gedurende	8	57
	Eind	5	38
Totaal benoemde indicatoren		18	

Tabel 9: Ontstaan van factoren in verband met bepaalde momenten binnen het zorgtraject

Vijf van de zeven respondenten (71,4%) geven aan te maken te krijgen met factoren gedurende het zorgtraject. Vier van de zeven respondenten (57,1%) geven aan factoren te

ervaren aan het eind van het zorgtraject. Een moment binnen het zorgtraject waar de factoren ontstaan is onder anderen bij de aanmelding. Er wordt soms te laat of er wordt (door de verpleging) niet goed over de aanvraag nagedacht waardoor er dingen langs elkaar heen lopen wat extra werk oplevert of onduidelijkheid veroorzaakt. Ook moet er verder vooruit worden gedacht over waarom iemand met ontslag gaat, wat is er nodig om met ontslag te kunnen, hoe is thuissituatie. Van de verpleegkundigen wordt er verwacht dat ze hier meer bij stilstaan bij het aanmelden van zorgvrager.

Respondent: "Ze hoeven helemaal geen dingen te regelen, maar ze moeten wel meer nadenken over de patiënt in de thuissituatie. Kijk als een patiënt nou in een flat woont waar geen lift is en op de bovenste verdieping woont waarbij je 15 trappen op moet lopen en die patiënt leert hier geen traplopen na de ingreep. Ja dat is natuurlijk niet haalbaar. Maar ze zeggen wel; op donderdagmorgen mag die man naar huis. Maar ja hij moet wel 15 trappen op."

Daarnaast worden transferverpleegkundigen soms vrij laat ingeschakeld terwijl er al veel voorwerk gedaan had kunnen worden. Voldoende tijd voor voorwerk kan zoekwerk of onduidelijkheid voor zorgvragers voorkomen.

Respondent: "Dan hadden wij ook beter eerder ingelicht kunnen worden zodat we eerder betrokken zijn. Dan voorkom je al, dat er veel zoekwerk of onduidelijkheid is bij patiënten."

Dit levert onduidelijk situaties op bij families als ze opeens horen dat de patiënt naar huis mag.

Het UMCG kent de regeling dat een zorgvrager minimaal 48 uur voor ontslag moet worden aangemeld. Deze regeling wordt niet altijd nageleefd. Hierdoor neemt tijds- en werkdruk.

Respondent: "Ja, toch de tijdsdruk. Maar ja dat doe ik mezelf natuurlijk ook aan ik kan er ook meer tijd voor nemen en dan gaat de patiënt maar een dag later naar huis."

De transferverpleegkundigen geven aan het liefst zo snel mogelijk betrokken te worden in het zorgtraject.

6. Discussie

Belangrijkste resultaten. Als positief punt kwam naar voren dat de samenwerking en het contact met zorgvrager en betrokken sociale netwerk over het algemeen goed verloopt. Aanvankelijk verwachte de onderzoekers dat de transitie van de zorg sterk van invloed zou zijn op het contact en de samenwerking. In verband met de toegenomen verwachtingen jegens het betrokken sociale netwerk werd verwacht dat dit moeilijk geaccepteerd zou worden door het betrokken sociale netwerk in verband met de hoge (on)kosten, verminderde participatie mogelijkheden, grote regeldruk en hoge zorg last (In voor Mantelzorg, z.j.). Uit het onderzoek is gebleken dat dit doorgaans niet het geval is. Uit het onderzoek blijkt dat betrokken sociale netwerken vaak goed participeren in het zorgproces. Dit zou mede verklaard kunnen worden door de inzet die de transferverpleegkundigen van het UMCG tonen. Mede door de betrokkenheid en participatie van het betrokken sociale netwerk te samen met de inzet en overtuiging waarmee de transferverpleegkundigen van het UMCG hun werk uitvoeren wordt er doorgaans een goede werk relatie opgebouwd. Dit is voor de transferverpleegkundigen een belangrijke factor in de goede rol ervaring die zij beleven in de uitvoer van hun beroep.

De transitie in zorg heeft zowel positieve als negatieve invloed uitgeoefend op de uitvoer van het transferverpleegkundig beroep. Het onderzoek heeft uitgewezen dat de duur van het zorgproces zowel voor- als nadelig is veranderd. Er is veel van het werk van de transferverpleegkundige uit handen genomen op het gebied van indiceren van de zorg. Doordat tegenwoordig de indicaties voor zorg gesteld worden door thuiszorg organisaties wordt zorg beter ingezet en worden onnodige kosten bespaard. Daarnaast blijkt uit de interviews dat dit door de transferverpleegkundigen als een positieve ontwikkeling wordt gezien. Een negatieve kant in de duur van het zorgproces is dat de transferverpleegkundigen meer informatie moeten verstrekken richting de thuiszorg organisaties. Dit levert de transferverpleegkundigen meer administratief werk op. Dit heeft als mogelijk gevolg dat transferverpleegkundigen sneller te maken krijgen met tijdsgebrek waardoor de werkdruk hoger wordt.

De onderzoekers wilden gedurende dit onderzoek te weten komen welke factoren van invloed waren op het contact en samenwerking tussen transferverpleegkundigen en het betrokken sociale netwerk. Positief beïnvloedende factoren konden allemaal neergelegd worden bij de kwaliteiten van de transferverpleegkundigen ten aanzien van het beroeps-, competentie profiel op de gebieden contact en samenwerking. De transferverpleegkundigen scoren hier goed op. Op één na zijn alle indicatoren die de variabelen definieerden meerdere malen naar voren gekomen uit de analyse. Dit getuigt van goede vakbekwaamheid. Dit resultaat gaat gepaard met de verwachtingen van de onderzoekers. Gedurende de interviews was hoge mate van professionaliteit en vakbekwaamheid merkbaar. Uit nauwkeurige analyse blijkt deze aanname dan ook zeker waar.

Uit het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat vooral externe factoren van invloed zijn op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt door transferverpleegkundigen. In eerste instantie verwachtte de onderzoekers dat de meeste externe factoren zich zouden uiten in de vorm van hoge verwachtingen als gevolg van de toegenomen keuzevrijheid van zorgvragers, de steeds meer toereikende informatiebronnen en de toenemende mate van mondigheid van de patiënt. Uit het onderzoek is inderdaad naar voren gekomen dat de transferverpleegkundigen inderdaad soms met hoge verwachtingen te maken krijgen. Opvallend en onverwacht hierin was wel dat dit niet snel het gevolg was van toereikende informatiebronnen en toenemende mondigheid. Deze twee factoren worden vaak zelfs als positief ervaren omdat dit het niveau van participatie en betrokkenheid van het betrokken sociale netwerk verhoogd.

Uit de analyse van de interviews kwam naar voren dat er voornamelijk twee factoren bijdragen aan de hoge verwachtingen van de zorgvrager en diens betrokken netwerk. De eerste factor kan mogelijk verklaard worden doordat er met de net nieuwe regeling van zorg veel is veranderd omtrent de verwachtingen die gesteld worden aan mantelzorgers. Een reden hiervan is mogelijk dat de huidige maatschappij nog moet wennen aan het feit dat er meer van hen zelf wordt verwacht ten opzichte van eerdere tijden.

De tweede factor wordt door de respondenten geweid aan hoge verwachtingen geschepd door toezeggingen van andere disciplines. Uit het onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat andere disciplines niet altijd voldoende kennis bezitten over de het transferverpleegkundig beroep, niet op de hoogte zijn van wat er voor de transferverpleegkundige allemaal mogelijk is en wanneer de transferverpleegkundige moet worden ingeschakeld. De mate waarin dit werd aangekaart in de interviews was door de onderzoekers niet voorzien.

De respondenten geven daarbij aan vaak te laat te worden ingeschakeld. Het UMCG kent de regeling dat patiënten 48 uur voor ontslag te moeten worden aangemeld. Deze regel wordt niet altijd gehonoreerd door andere disciplines waardoor de werkdruk voor de transferverpleegkundigen hoger wordt. De transferverpleegkundigen geven aan het liefst zo snel mogelijk met een zorgvrager in contact te willen komen voor het daadwerkelijke ontslag.

Resultaten in vergelijking met actuele literatuur. De resultaten van het onderzoek zijn lastig te vergelijken met andere onderzoeken omdat het onderzoek exploratief van aard is. Momenteel is er nog te weinig bekend over transitie van zorg omdat dit slechts recent is ingevoerd. Actuele literatuur wijst uit dat er wordt verwacht dat de nieuwe transitie van zorg er voor zorgt dat zorg beter wordt ingezet waardoor onnodige kosten bespaard worden. Uit de resultaten van dit onderzoek kan de verwachting worden gesteld dat dit op lange termijn ook daadwerkelijk het geval zal zijn.

Ook wordt er sinds de transitie in zorg meer verwacht van familie en vrijwilligers waardoor op langer termijn verwacht wordt dat de kosten in de zorg omlaag gebracht worden. De transferverpleegkundigen beamen dat hoewel de transitie in zorg soms erg lastig kan zijn voor het betrokken sociale netwerk van de zorgvrager dit uiteindelijk wel kosten bespaard.

Er waren geen artikelen vindbaar over ervaringen met betrekking tot de transitie van zorg omdat de transitie zelf nog te recent is. Wat wel uit het literatuuronderzoek naar voren kwam is dat patiënten door de jaren heen steeds mondiger zijn geworden. Patiënten hebben meer informatie tot hun beschikking en weten beter wat ze willen.

“Patiënten zijn de laatste jaren mondiger geworden. Dat is althans het beeld dat vaak in overheidsstukken en in media wordt neergezet. We hebben dankzij internet immers meer informatie tot onze beschikking. Dat leidt impliciet tot de gedachte dat we ook mondiger zijn geworden in situaties van ziekte en zorg: dat we beter weerwoord kunnen geven aan artsen en meer weten over ziekten, behandelingen. En dat we meer regie en zeggenschap willen en kunnen hebben over de kwaliteit van het eigen leven en de kwaliteit van de zorg” (Egmond, Heerings, & Munnichs, 2014).

Uit antwoorden van de transferverpleegkundigen blijkt dat patiënten inderdaad mondig zijn en weten wat ze willen. Dit wordt doorgaans als een positief punt ervaren door de transferverpleegkundigen mits de zorgvrager en het betrokken sociale netwerk hier niet in doorslaat.

Methodologische discussie. Bij aanvang van het onderzoek is er uitgegaan van interviewgesprekken met acht transferverpleegkundigen. Op de uitnodiging tot deelname aan dit onderzoek is er één respondent uitgevallen. Op basis van de resultaten uit de eerdere interviews is uiteindelijk besloten geen nieuwe respondent uit te nodigen. Deze keuze is gebaseerd op de verwachting dat er een verzadigingspunt bereikt was. Een achtste interview zou naar aanname van de onderzoekers geen nieuwe relevante informatie op leveren.

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen is er getracht geen persoonlijke meningen van de onderzoekers te benoemen in het gesprek waardoor de transferverpleegkundigen geen mogelijkheid kregen om een sociaal wenselijk antwoord te geven. Dit is moeilijk te achterhalen maar de onderzoekers hebben de indruk dat de transferverpleegkundigen eerlijke antwoorden hebben gegeven. Voorafgaand het afnemen

van de interviews is aan de transferverpleegkundigen uitgelegd dat zij vragen konden overslaan in het geval dat zij deze niet wilde beantwoorden. Hier heeft geen transferverpleegkundige gebruik van gemaakt.

De interpretaties van beide onderzoekers kunnen beïnvloedend zijn geweest op de resultaten. Waardoor het selecteren van relevante informatie wellicht niet hetzelfde is geweest. Dit kon voorkomen worden door meer tijd te nemen om elkaars conclusies te beoordelen. Echter was hier te weinig tijd voor en is elkaars vertrouwen voldoende geweest om er vanuit te gaan dat de conclusies juist zijn getrokken. Dit vertrouwen werd mede gewaarborgd door het feit dat beide onderzoekers bij de interviews aanwezig waren waardoor zij gelijke interpretaties hebben gehad.

Bij aanvang van het onderzoek zijn er 5 deelvragen opgesteld. Bij het analyseren en verwerken van de resultaten bleek dat de deelvragen 3, 'Welke factoren beïnvloeden het contact en/of de samenwerking', en 4, 'Zijn er specifieke oorzaken die ten grondslag liggen voor het ontstaan van deze factoren', erg dicht bij elkaar lagen. In verband met deze nauwe verbintenis is besloten bij analyse en verwerking van resultaten deze twee deelvragen samen te voegen. De combinatie van deze twee deelvragen maakte het spectrum om conclusies te trekken nauwkeuriger.

7. Conclusie

Dit hoofdstuk bevat de conclusies die getrokken zijn met betrekking tot dit onderzoek. De conclusies zijn beschreven per deelvraag. Dit hoofdstuk sluit af met de beantwoording van de centrale vraagstelling van dit onderzoek

7.1 Conclusie deelvraag 1

Hoe wordt de relatie met zorgvragers en het daarbij betrokken sociale netwerk ervaren door de transferverpleegkundige?

De respondenten geven aan geen moeite te hebben in de communicatie en samenwerking naar zowel het betrokken sociale netwerk als andere disciplines en kunnen hun grenzen goed bewaken.

Samenwerking wordt als belangrijke factor gezien voor een goede relatie ervaring. Situaties zijn over het algemeen goed bespreekbaar zowel naar collega's als naar zorgvragers en diens sociale netwerk. Dit bevordert een goed werkklimaat.

De meeste zorgvragers weten dat de zorg sinds januari is veranderd en weten dat ze niet meer overal recht op hebben. De respondenten geven aan dat de meeste zorgvragers hier begrip voor hebben en meedenken over de mogelijkheden die er wel zijn.

In sommige gevallen hebben de zorgvrager en diens sociale netwerk zelf al dingen geregeld. Dit wordt wisselend ervaren door de transferverpleegkundigen mede omdat zij in dat geval geen controle hebben op wat er geregeld is.

7.2 Conclusie deelvraag 2

Is de rol van de transferverpleegkundige veranderd sinds de transitie in de zorg na 1 januari 2015?

De respondenten geven aan dat hun rol zowel positief als negatief veranderd is sinds de transitie van zorg.

Positieve verandering is dat de thuiszorgorganisaties het indiceren nu zelf moeten doen. Hiermee wordt er het verstrekken van onnodige zorg voorkomen waardoor er kosten worden bespaard.

Negatieve verandering is het tijdsproces. Zorg moet beter verantwoord worden door de transferverpleegkundigen en er moet meer informatie aangeleverd worden naar thuiszorgorganisaties. Dit levert in de meeste gevallen extra administratief werk op.

In het begin was het erg zoeken naar een juiste invulling van de transitie van zorg en hoe de samenwerking en het contact met de zorgvrager en diens sociale netwerk zou gaan verlopen. Deze invulling blijkt onveranderd te zijn ten opzichte van vorig jaar.

7.3 Conclusie deelvraag 3 & 4

3. Welke factoren beïnvloeden het contact en/of de samenwerking?

4. Zijn er specifieke oorzaken die ten grondslag liggen voor het ontstaan van deze factoren?

Uit de analyse van de resultaten komen een aantal specifieke oorzaken naar voren die ten grondslag liggen in de beïnvloeding van het contact en de samenwerking tussen transferverpleegkundigen en het betrokken sociale netwerk.

Onder deze externe factoren wordt verstaan, een hoge werkdruk, hoge verwachtingen en het rechtbreien van foutieve informatie dat verstrekt is door andere disciplines. Hoge werkdruk wordt wisselend ervaren omdat er ook rustige periodes zijn.

Hoge verwachtingen van de zorgvrager en diens sociale netwerk blijft een moeilijk punt. Deze verwachtingen worden doorgaans door andere disciplines bevestigd zonder overleg met transferverpleegkundigen. Dit leidt er toe dat transferverpleegkundigen foutief verstrekte informatie van andere disciplines moeten recht breien. Er liggen daarom verbeterpunten op het gebied van communicatie tussen de transferverpleegkundigen, andere afdelingen en disciplines. Verbetering van onderlinge communicatie kan mogelijk een positieve uitwerking hebben op de kwaliteit, snelheid en doeltreffendheid waarmee het nazorg traject wordt georganiseerd.

Als positieve factor kan worden geconcludeerd dat de transferverpleegkundigen goed voldoen het beroeps-, competentieprofiel. Uit de resultaten blijkt dat de respondenten allen hoog scoren op de verschillende gebieden die geassocieerd kunnen worden met het correct functioneren op de competenties contact en samenwerking. Dit draagt sterk bij aan de kwaliteit en professionaliteit van de transferverpleegkundige van het UMCG.

7.5 Conclusie deelvraag 5

Kan het ontstaan van factoren in verband worden gebracht met bepaalde tijdstippen/momenten binnen het zorgtraject?

De respondenten geven aan dat de aanmelding van een zorgvrager als struikelblok wordt ervaren. De verpleegkundigen van de afdelingen kunnen wat meer stilstaan of iemand echt ontslagvaardig is en per wanneer. Hierdoor lopen zaken minder langs elkaar heen omdat er meer wordt stilgestaan over waarom iemand met ontslag gaat, kan de zorgvrager het thuis redden al dan niet met extra hulp of moeten er nog dingen aangeleerd worden? Wat is er nodig om met ontslag te kunnen, hoe is thuissituatie? Als verpleegkundigen van de afdelingen hier meer bij stil staan profiteren de transferverpleegkundigen hiervan en kunnen zij het nazorgtraject efficiënter en sneller tot stand brengen. Dit heeft mogelijk een positieve uitwerking op de hoge werkdruk waar de transferverpleegkundigen van tijd tot tijd mee te kampen hebben. Daarnaast verhoogd dit de kwaliteit van zorg richting de zorgvrager.

De respondenten geven zelf aan het liefst zo snel mogelijk bij bekend making van ontslag datum betrokken te willen worden. Niet dat ze dan gelijk in actie komen, maar in sommige gevallen kan er al wat informatie opgezocht worden of voorbereidend werk worden gedaan. Dit is afhankelijk van het in te zetten ontslag proces en de mogelijkheden van de transferverpleegkundige op dat moment.

7.6 Conclusie vraagstelling

Hoe ervaren transferverpleegkundigen in het UMCG hun rol in het contact en de samenwerking met het betrokken sociale netwerk van zorgvragers voor wie nazorg georganiseerd moet worden en welke factoren zijn van invloed op de werkzaamheden van de transferverpleegkundige op het gebied van contact en samenwerking?

Uit de gesprekken met de respondenten viel op dat de transferverpleegkundigen binnen het UMCG met veel plezier en toewijding hun werk uitoefenen. Zij geven aan het een uitdaging te vinden om samen met de zorgvrager en diens betrokken sociale netwerk een ontslag te kunnen regelen en proberen hierbij zoveel mogelijk rekening te houden met wensen van de zorgvrager tot zover zij deze tegemoet kunnen komen.

De combinatie van het ontslagproces coördineren en het contact met de zorgvrager wordt gezien als leuke afwisseling. Zodra de werksfeer negatief beïnvloed wordt, bijvoorbeeld als er problemen zijn met familie en/of disciplines die niet stil staan bij de taken van de transferverpleegkundigen wordt de kwaliteit van contact en/of samenwerking beïnvloed. Dit kan uiteindelijk ten koste gaan van de zorgvrager. Daarom is het belangrijk dat er binnen het UMCG duidelijkheid ontstaat over de werkzaamheden van de transferverpleegkundige.

8. Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is gebleken dat de samenwerking tussen de transferverpleegkundige, zorgvrager en diens betrokken sociale netwerk met over het algemeen goed verloopt. Echter is er nu alleen vanuit de transferverpleegkundige kant bekeken hoe het contact en de samenwerking met de zorgvrager en diens betrokken sociale netwerk ervaren wordt. Om de kwaliteit van contact en samenwerking nog beter in kaart te kunnen brengen wordt er geadviseerd om ook de kant van de zorgvrager en diens betrokken sociale netwerk te onderzoeken. Om het onderzoek laagdrempelig en tijdbesparend te houden voor de zorgvrager kan er gekozen worden om een anoniem tevredenheidsonderzoek uit te voeren. Dit om een groter respons te kunnen verwachten.

In dit tevredenheidsonderzoek kan er onder andere bekeken worden;

- Hoe het contact met de transferverpleegkundigen verloopt.
- Hoe de bereikbaarheid van de transferverpleegkundigen is.
- Hoe situaties opgelost worden door de transferverpleegkundigen.

Dit kan gedaan worden door middel van een open enquête. Het doel van een open enquête is dat mensen beter na gaan denken over de evaluatiepunten en dat er daardoor meer feedback gegeven kan wordt waar gericht naar gekeken kan worden ter verbetering in het contact van de transferverpleegkundige met de familie en patiënt. Deze enquête kan bij ontslag worden meegegeven samen met een retourenvelop.

Uit de interview gesprekken blijkt onder anderen dat de transferverpleegkundigen het idee hebben dat hun werk onderschat wordt en dat het aanmelden van een zorgvrager niet altijd goed verloopt. Met deze conclusie wordt het UMCG geadviseerd om de werkzaamheden van de transferverpleegkundigen duidelijker in kaart te brengen op afdelingen en bij andere disciplines.

Om de werkzaamheden van de transferverpleegkundige duidelijker in kaart te brengen kan er gekozen worden om een protocol op te stellen waarin de taken van de transferverpleegkundige staat beschreven en welke gegevens belangrijk zijn bij het aanmelden van een zorgvrager. Dit protocol kan in samenwerking met een transferverpleegkundige opgesteld worden voor alle disciplines die met zorgvragers en/of ontslagprocedures te maken hebben binnen het UMCG.

In het protocol kunnen onder andere de volgende punten opgenomen worden.

- Wat de taken van de transferverpleegkundige zijn.
- Wanneer ze ingeschakeld kunnen worden
- Dat patiënten minimaal 48 uur van te voren aangemeld moeten zijn.
- Welke gegevens belangrijk zijn bij het aanmelden van een patiënt.
- Eisen waaraan een patiënt moet voldoen voordat ontslag ingezet kan worden.

De werkzaamheden van de transferverpleegkundigen kunnen nog beter in kaart gebracht worden met ondersteuning van de transferverpleegkundigen en eventueel met behulp van de regieverpleegkundigen van de afdeling als tussenpersoon.

Zij kunnen op elke verpleegafdeling een klinische les geven. In deze klinische les kan er aandacht besteed worden aan bovenstaande punten. Het voordeel van een klinische les is dat er gelijk meer mondelinge informatie en uitleg gegeven kan worden op belangrijke aandachtspunten bij het aanmelden van een zorgvrager en aan welke eisen een aanmelding moet voldoen zodat de rol van de transferverpleegkundige optimaal uitgevoerd kan worden.

Bronvermelding

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). *Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward*. Opgehaald van Wiley Online Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x/full>

Akkerveeken, P. v. (2015). *Pieter van Akkerveeken, De Patiëntgerichte Team Organisatie zonder Managers*. Opgeroepen op 04 03, 2015, van Pieter van Akkerveeken: <http://www.pietervanakkerveeken.nl/teamorganisatie/vanuit-de-positie-van-de-zorgprofessional/zorgprogramma-en-zorgtraject/>

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010, 08 30). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo .

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van de Velden, T., et al. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. In B. Baarda. Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, L. (2013, 11 12). *Transitie, Kanteling, WMO en AWBZ*. Opgehaald van De Participatie Formule: <http://departicipatieformule.nl/participatiekennis/transitie-kanteling-wmo-en-awbz/>

Busch, M., & Bovendeur, I. (2008, 12 12). *Wat is kwaliteit*. Opgeroepen op 2015, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/themas/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>

CIZ. (z.j.). *Zorg vanuit Wlz*. Opgeroepen op 03 2015, van CIZ: <https://www.ciz.nl/zorg-uit-wlz/Paginas/default.aspx>

Egmond, S. v., Heerings, M., & Munnichs, G. (2014). *Sterke verhalen uit het ziekenhuis*. Den Haag: Rathenau Instituut.

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd.

Hoek, H. (2007, 03). *Governance van de gezondheidszorg*. Opgeroepen op 2015, van http://www.blauwbv.nl/images/stories/documenten/Governance%20in%20de%20zorg%20in%20MO_hans_hoek%20april07.pdf

In voor Mantelzorg. (z.j.). *Bibliotheek* . Opgeroepen op 2015, van Vereniging Bedrijfstak Zorg: <http://vbz-kam.nl/index.php?CID=276&p=3&file=591>

Klein, E. (2005, 09). Effective Communication with Patients. *The Pennsylvania Nurse* .

Lambregts, J., & Grotendorst, A. e. (2012, 03 08). *V&V 2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. Opgeroepen op 2015, van In voor zorg:
<http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Beroepsprofiel%20verpleegkundig%20specialist.pdf>

Medicinfo. (2013, 08 16). *Goed samenwerken*. Opgeroepen op 2015, van Medicinfo:
<http://www.medicinfo.nl/%7B16f80504-e78a-4789-923a-cf15ff91952e%7D>

Mertens, F., v. Schaardenburgh-Verhoeve, K., & Sillem, S. (2012). *Methodische aspecten van het onderzoek naar ongevallen*. Den Haag: Eburon.

Movisie. (2015, 01 25). *Wmo 2015: wat is er veranderd?* Opgeroepen op 2015, van movisie.nl: <https://www.movisie.nl/artikel/wmo-2015-wat-er-veranderd>

Rijksoverheid. Voor Nederland. (z.j.). *Zorg en ondersteuning thuis*. Opgeroepen op 2015, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/langdurige-zorg-aan-huis>

Savelkoul, M., & Van Sonderen, F. (2014, 06). *Wat is sociale steun*. Opgeroepen op 2015, van Nationaal Kompas Volksgezondheid:
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/leefomgeving/social-e-steun/wat-is-sociale-steun/>

ScriptieAF. (2014). *Onderzoek opzetten*. Opgehaald van ScriptieAF:
<http://scriptieaf.nl/kwalitatief-onderzoek/onderzoek/>

V&VN. (2009, 06). *Competentieprofiel transferverpleegkundigen*. Opgehaald van V&VN Transferverpleegkundigen: <http://transferverpleegkundigen.venvn.nl/Landelijke-dagen/Publicaties>

V&VN. (2015). *V&VN Transferverpleegkundigen*. Opgeroepen op 2015, van V&VN:
<http://transferverpleegkundigen.venvn.nl/Portals/26/Publicaties/Documenten/beroepsdeelprofiel%20transferverpleegkundige.pdf>

Van Dale. (2014). Dikke van Dale. In *Dikke van Dale*. Van Dale Uitgevers.

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek. In N. Verhoefen, *Wat is onderzoek* (Vol. 3, p. 334). Den Haag, Noord-Holland, Nederland: Boom onderwijs.

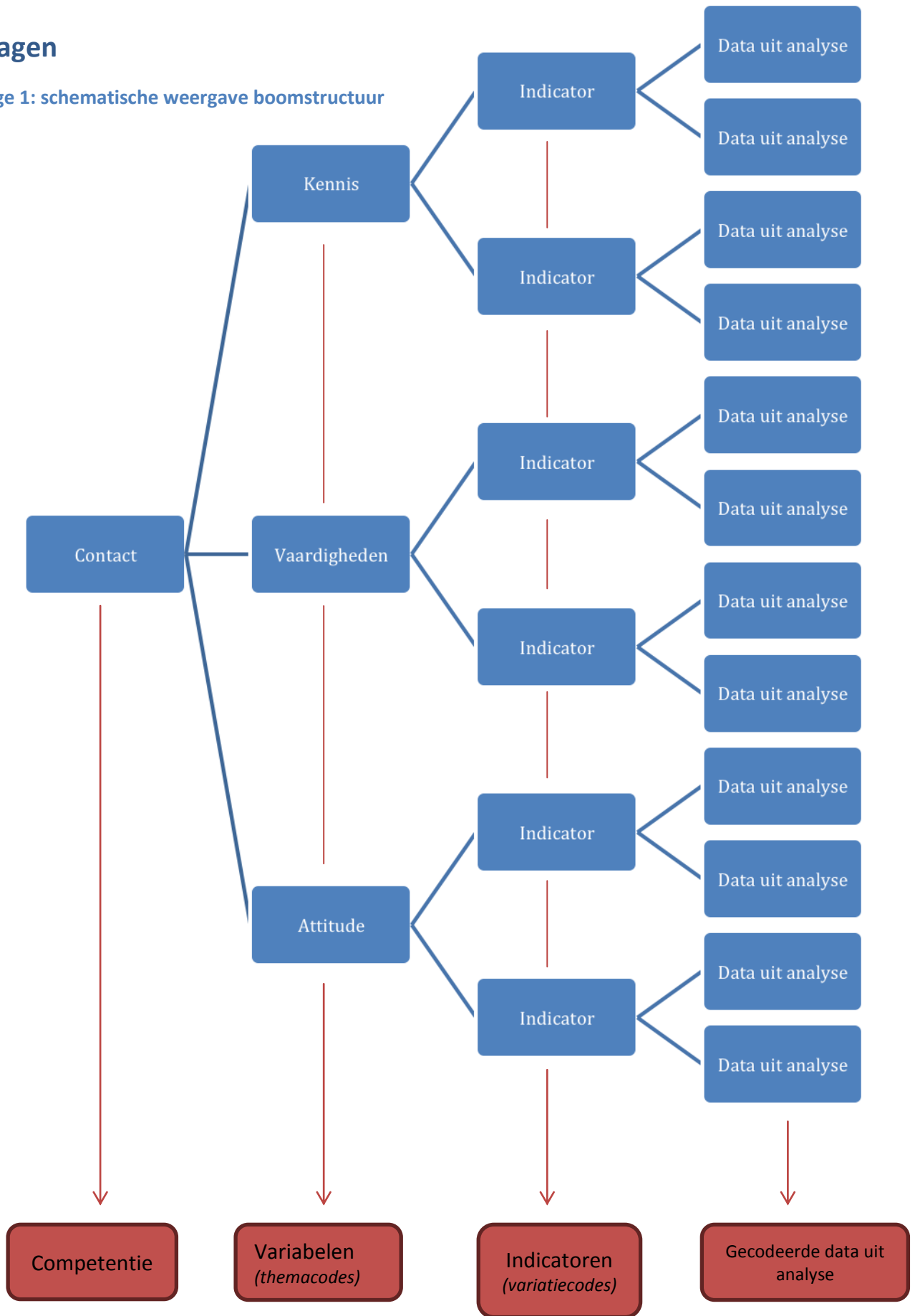
Visser, G., Verdonschot, A., & Royers, T. (2012, 07). *Formulier Mantelzorg in het zorg(leef)plan*. Opgeroepen op 2015, van expertisecentrum mantelzorg:
http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Instructie_Formulier_Mantelzorg.pdf

Werk&Mantelzorg. (2015, 03). Feiten en cijfers mantelzorg (en werk). *Maak werk van mantelzorg* .

Zee, F. v. (2012). *Steekproef trekken*. Opgeroepen op Maart 19, 2015, van Hulp bij onderzoek: <http://www.hulpbijonderzoek.nl/steekproef-trekken/>

Bijlagen

Bijlage 1: schematische weergave boomstructuur



Bijlage 2: tabel 10: 'Contact: competentie, variabelen en indicatoren selectie'

Competentie	Variabelen	Indicatoren
Contact (Communicatie)	Kennis	<ul style="list-style-type: none"> • heeft kennis van de plaatselijke en regionale hulpverleningsmogelijkheden (sociale kaart), hun organisatie en werkwijze • heeft kennis van juridische en ethische aspecten van de gezondheidszorg • heeft kennis en inzicht in de landelijke ontwikkelingen en richtlijnen op het gebied van de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen te worden uitgedragen en geïmplementeerd in de eigen organisatie • verschillende gesprekstechnieken en niveaus van communiceren • wet- en regelgeving inzake informatieoverdracht • heeft actuele kennis van de intra- en extramurale zorgprocessen, beroepsontwikkelingen en regelgeving en houdt dit door middel van bijscholing op peil.
	Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • kan als gespreksleider optreden • is vaardig in onderhandelen • kan eigen standpunten en argumenten effectief communiceren • heeft vaardigheden in het geven van voorlichting en/of adviezen • kan een samenwerkingsrelatie met patiënt en diens naasten opbouwen en onderhouden • zich in het perspectief van de patiënt verplaatsen • uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk, vaktaal in gewone mensentaal omzetten • gesprekstechnieken aanpassen aan de zorgvrager (begripsniveau, achtergrond, lichamelijke en psychische toestand, beleving) • op basis van haar expertise vertrouwen creëren bij de patiënt
	Attitude	<ul style="list-style-type: none"> • hanteert een respectvolle bejegening • is eerlijk • is tactvol • stelt zich vriendelijk en open op • geeft duidelijk aan welke stappen er genomen worden in het proces van dienstverlening

(Lambregts & Grotendorst, 2012), (V&VN, 2009), (Klein, 2005)

Bijlage 3: tabel 11: 'Samenwerking: competentie, variabelen en indicatoren selectie'

Competentie	Variabelen	Indicatoren
Samenwerking	Kennis	<ul style="list-style-type: none"> • heeft kennis van de plaatselijke en regionale hulpverleningsmogelijkheden (sociale kaart), hun organisatie en werkwijze • heeft kennis van juridische en ethische aspecten van de gezondheidszorg • heeft kennis en inzicht in de landelijke ontwikkelingen en richtlijnen op het gebied van de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen te worden uitgedragen en geïmplementeerd in de eigen organisatie
	Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • de transferverpleegkundige beschikt over goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden waarbij rekening moet worden gehouden met de communicatie vaardigheden en het kennisniveau van de cliënt en diens mantelzorg • heeft kennis van conflict hantering • zoekt steeds opnieuw naar gemeenschappelijke belangen en naar oplossingen die voor alle partijen acceptabel zijn • is zich bewust van effecten van eigen gedrag • zoekt naar alternatieven om hetzelfde doel te bereiken • blijft zakelijk en kalm, ook als er fors weerstand wordt geboden • Biedt emotionele ondersteuning en begeleiding
	Attitude	<ul style="list-style-type: none"> • adviseert gevraagd en ongevraagd • onderzoekt wensen en behoeften van de cliënt en handelt hiernaar • kan protocollen toepassen en verliest hierbij het individu niet uit het oog

(Lambregts & Grotendorst, 2012) (V&VN, 2009), (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001)

Bijlage 4: Tabel 12: Positief beïnvloedende en/of belangrijke factoren indicator overzicht

Competentie	Variabele	Indicator	Indicatoren	
Contact	Con.Kenn.	heeft kennis van de plaatselijke en regionale hulpverleningsmogelijkheden (sociale kaart), hun organisatie en werkwijze	11	
		heeft kennis van juridische en ethische aspecten van de gezondheidszorg	16	
		heeft kennis en inzicht in de landelijke ontwikkelingen en richtlijnen op het gebied van de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen te worden uitgedragen en geïmplementeerd in de eigen organisatie	4	
		verschillende gesprekstechnieken en niveaus van communiceren	10	
		wet- en regelgeving inzake informatieoverdracht	4	
		heeft actuele kennis van de intra- en extramurale zorgprocessen, beroepsontwikkelingen en regelgeving en houdt dit door middel van bijscholing op peil.	5	
		Con.Vaar.	kan als gespreksleider optreden	19
	is vaardig in onderhandelen		8	
	kan eigen standpunten en argumenten effectief communiceren		22	
	heeft vaardigheden in het geven van voorlichting en/of adviezen		21	
	kan een samenwerkingsrelatie met patiënt en diens naasten opbouwen en onderhouden		18	
	zich in het perspectief van de patiënt verplaatsen		16	
	uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk, vaktaal in gewone mensentaal omzetten		2	
	gesprekstechnieken aanpassen aan de zorgvrager (begripsniveau, achtergrond, lichamelijke en psychische toestand, beleving)		16	
	Con.Atti.	op basis van haar expertise vertrouwen creëren bij de patiënt	7	
		hanteert een respectvolle bejegening	16	
			is eerlijk	45

		is tactvol	10
		stelt zich vriendelijk en open op	26
		geeft duidelijk aan welke stappen er genomen worden in het proces van dienstverlening	17
Samenwerking	Sam.Kenn.	heeft kennis van de plaatselijke en regionale hulpverleningsmogelijkheden (sociale kaart), hun organisatie en werkwijze	4
		heeft kennis van juridische en ethische aspecten van de gezondheidszorg	7
		heeft kennis en inzicht in de landelijke ontwikkelingen en richtlijnen op het gebied van de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen te worden uitgedragen en geïmplementeerd in de eigen organisatie	2
	Sam.Vaar.	de transferverpleegkundige beschikt over goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden waarbij rekening moet worden gehouden met de communicatie vaardigheden en het kennisniveau van de cliënt en diens mantelzorg	2
		heeft kennis van conflict hantering	11
		zoekt steeds opnieuw naar gemeenschappelijke belangen en naar oplossingen die voor alle partijen acceptabel zijn	8
		is zich bewust van effecten van eigen gedrag	5
		zoekt naar alternatieven om hetzelfde doel te bereiken	7
		blijft zakelijk en kalm, ook als er fors weerstand wordt geboden	13
		biedt emotionele ondersteuning en begeleiding	7
	Sam.Atti.	adviseert gevraagd en ongevraagd	7
		onderzoekt wensen en behoeften van de cliënt en handelt hiernaar	18
		kan protocollen toepassen en verliest hierbij het individu niet uit het oog	1
	Factoren extern	positief	0

Tabel 7: Positief beïnvloedende en/of belangrijke factoren

Bijlage 5: Tabel 13: negatief beïnvloedende en/of belangrijke factoren indicator overzicht

Competentie	Variabele	Indicator	Indicatoren
Contact	Con.Kenn.Neg.	heeft kennis van de plaatselijke en regionale hulpverleningsmogelijkheden (sociale kaart), hun organisatie en werkwijze	1
		heeft kennis van juridische en ethische aspecten van de gezondheidszorg	1
		heeft kennis en inzicht in de landelijke ontwikkelingen en richtlijnen op het gebied van de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen te worden uitgedragen en geïmplementeerd in de eigen organisatie	
		verschillende gesprekstechnieken en niveaus van communiceren	2
		wet- en regelgeving inzake informatieoverdracht	1
	Con.Vaar.Neg.	heeft actuele kennis van de intra- en extramurale zorgprocessen, beroepsontwikkelingen en regelgeving en houdt dit door middel van bijscholing op peil.	
		kan als gespreksleider optreden	
		is vaardig in onderhandelen	1
		kan eigen standpunten en argumenten effectief communiceren	1
		heeft vaardigheden in het geven van voorlichting en/of adviezen	1
		kan een samenwerkingsrelatie met patiënt en diens naasten opbouwen en onderhouden	
		zich in het perspectief van de patiënt verplaatsen	

		uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk, vaktaal in gewone mensentaal omzetten	
		gesprekstechnieken aanpassen aan de zorgvrager (begripsniveau, achtergrond, lichamelijke en psychische toestand, beleving)	
		op basis van haar expertise vertrouwen creëren bij de patiënt	
	Con.Atti.Neg.	hanteert een respectvolle bejegening	
		is eerlijk	1
is tactvol			
stelt zich vriendelijk en open op		1	
		geeft duidelijk aan welke stappen er genomen worden in het proces van dienstverlening	
	Sam.Kenn.Neg.	heeft kennis van de plaatselijke en regionale hulpverleningsmogelijkheden (sociale kaart), hun organisatie en werkwijze	
		heeft kennis van juridische en ethische aspecten van de gezondheidszorg	
		heeft kennis en inzicht in de landelijke ontwikkelingen en richtlijnen op het gebied van de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen te worden uitgedragen en geïmplementeerd in de eigen organisatie	

Samenwerking	Sam.Vaar.Neg.	de transferverpleegkundige beschikt over goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden waarbij rekening moet worden gehouden met de communicatie vaardigheden en het kennisniveau van de cliënt en diens mantelzorg	
		heeft kennis van conflict hantering	
		zoekt steeds opnieuw naar gemeenschappelijke belangen en naar oplossingen die voor alle partijen acceptabel zijn	
		is zich bewust van effecten van eigen gedrag	
		zoekt naar alternatieven om hetzelfde doel te bereiken	
		blijft zakelijk en kalm, ook als er fors weerstand wordt geboden	
		biedt emotionele ondersteuning en begeleiding	
	Sam.Atti.Neg.	adviseert gevraagd en ongevraagd	
		onderzoekt wensen en behoeften van de cliënt en handelt hiernaar	
		kan protocollen toepassen en verliest hierbij het individu niet uit het oog	
	Factoren extern	negatief	40

Tabel 8: negatief beïnvloedende en/of belangrijke factoren

Bijlage 6: Topiclijst interview

Opening:

- Korte bondige uitleg van onderzoek
 - Het stellen van vragen tussendoor is altijd mogelijk
 - Beschrijving van begrippen:
 - Familie: het betrokken sociale netwerk dat direct betrokken is bij de zorg.
- Voorlichting ethische aspecten
 - Anonimiteit
 - Toestemming om interview op te nemen met voice-record
 - Keuze om vragen te beantwoorden
- Heeft u nog vragen voor we beginnen?

Topic: rol ervaring transferverpleegkundige		
Interview vragen	Aandachtspunten	
Wat is uw leeftijd?		
Hoelang bent u al werkzaam als transferverpleegkundige?		
Waarom heeft u ervoor gekozen om transferverpleegkundige te worden?	Let op evt. benoeming van contact en samenwerking patiënten! Doorvragen	
Wat zijn zoal de werkzaamheden die u uitvoert?		
Wat vindt u de belangrijkste werkzaamheden die u uitvoert?	Let op evt. benoeming van contact en samenwerking! Doorvragen	
Wat vindt u de leukste werkzaamheden van uw beroep?		
Wat vind u de minder leuke werkzaamheden van uw beroep?		
Hoeveel tijd heeft u gemiddeld nodig om het ontslag van een patiënt te regelen? Is dit voldoende?		
Wat is de reden dat dit (on)voldoende is?		
Als u iets in de tijd voor het regelen van het ontslag kon veranderen, wat zou dat dan zijn?		

Topic: transitie zorg		
Interview vragen	Aandachtspunten	
Sinds Januari 2015 is de regelgeving omtrent de Wmo verandert, bent u bekend met deze veranderingen?	Zo ja: vragen om korte uitleg daarna door naar volgende vraag Zo niet: uitleg geven over veranderingen	
Hoe heeft u uzelf voorbereid op de veranderingen van januari 2015?		

Wat vindt u ervan dat de Wmo verandert is?		
Hoe gaat u om met de (actuele) veranderingen in de zorg?		
Merkt u in de uitvoer van uw beroep dat er veranderingen zijn doorgevoerd omtrent de Wmo?	Bijv.: verandering in werkzaamheden of kwaliteit van zorg die geleverd wordt.	
Wat zijn de voor- en/of nadelen van deze veranderingen voor u?	Benadruk: U!	
Was er sprake van deze voor- en/of nadelen voor de veranderingen in de zorg?		
Wat zijn de voor- en/of nadelen van deze veranderingen voor de patiënt?	Benadruk: De patiënt!	
Was er sprake van deze voor- en/of nadelen voor de veranderingen in de zorg?		
Als u iets zou kunnen veranderen in de huidige regeling van zorg, wat zou dat dan zijn?		

Topic: Contact		
Interview vragen	Aandachtspunten	
Wat vormt volgens u de basis van "contact" met familie van zorgvragers?		
Hoe maakt u uw taken en verantwoordelijkheden duidelijk aan patiënten en familie?		
Wat zijn de verwachtingen die u stelt aan de familie van zorgvragers?		
Welke verwachtingen denkt u dat de familie van patiënten richting u hebben?		
Wat vindt u van deze verwachtingen?	Te hoog, haalbaar of laag?	
Hoe komt u deze verwachtingen tegemoet?		
Hoe en wanneer komt u voor het eerst in contact met de patiënt en/of de betrokken familie?		
Met welke mensen wordt er gesproken tijdens het eerste gesprek?	Waarom deze mensen? Doorvragen	
Hoe ziet een opname gesprek er ongeveer uit met patiënten en familie?	Wie zijn er bij betrokken? Wat is het doel van het opname gesprek?	

Hoe bereidt u zich voor op het eerste gesprek?		
Met welke kernbegrippen zou u uw attitude naar de patiënt en familie omschrijven op het gebied van contact?		
Hoe ervaart u de betrokkenheid van familie?		
Wat doet u zelf om de familie in uw werk te betrekken?		
Wordt u in uw werk wel eens geconfronteerd met hoge eisen die gesteld worden door familie van patiënten?		
Hoe benaderd u te hoge eisen van de patiënt en familie?	Doorvragen op: grenzen stellen, mondigheid van patiënt, klachten vanuit de patiënt en familie en evt. scholing hiervoor.	
Hoe ervaart u het contact met de familie van de patiënt?		
Wat zijn volgens u vaardigheden op het gebied van contact die een transferverpleegkundige moet bezitten om kwalitatief te kunnen communiceren?		
Welke vaardigheden vind u dat u goed beheerst?		
Welke vaardigheden zou u graag beter willen door ontwikkelen?		
Kunt een aantal factoren benoemen waardoor het contact met patiënten en familie beïnvloed wordt?	Waar zijn deze factoren van afhankelijk?	
Hangt het ontstaan van deze factoren samen met een bepaalde fase in het zorgtraject?	Verduidelijking: bij opname, gedurende de opname, bij ontslag.	
Heeft u het idee dat de transitie van zorg in 2015 het contact tussen u, de patiënt en diens familie beïnvloed.		

Topic: Samenwerking		
Interview vragen	Aandachtspunten	
Wat vormt volgens u de basis van goede samenwerking met familie van zorgvragers?		
Hoe maakt u uw taken en verantwoordelijkheden duidelijk aan patiënten en familie?		

Wat zijn de verwachtingen die u stelt aan de familie van zorgvragers?		
Welke verwachtingen denkt u dat de familie van patiënten richting u hebben?		
Wat vindt u van deze verwachtingen?	Te hoog, haalbaar of laag?	
Hoe komt u deze verwachtingen tegemoet?		
Hoe ervaart u de samenwerking met familie?		
Wat zijn volgens u vaardigheden op het gebied van samenwerking die een transferverpleegkundige moet bezitten om een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen?		
Welke vaardigheden vind u dat u goed beheerst?		
Welke vaardigheden zou u graag beter willen door ontwikkelen?		
Met welke kernbegrippen zou u uw attitude naar de patiënt en familie omschrijven op het gebied van samenwerking?		
Wat zijn volgens u belangrijke factoren die bijdragen aan goede samenwerking?		
Kunt een aantal factoren benoemen waardoor de samenwerking met patiënten en familie beïnvloed wordt?	Waar zijn deze factoren van afhankelijk?	
Hangt het ontstaan van deze factoren samen met een bepaalde fase in het zorgtraject?	Verduidelijking: bij opname, gedurende de opname, bij ontslag.	
Heeft u het idee dat de transitie van zorg in 2015 de samenwerking tussen u, de patiënt en diens familie beïnvloed.		