

Scriptie versie 1

Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding Logopedie

CommuniCatie

**Een kwalitatief behoefteonderzoek naar de
communicatiemogelijkheden tussen fysiotherapeuten en
volwassen patiënten op de intensive care.**

Naam student	Ilse Klijn
Student nummer	2162167
e-mail	ilse.klijn@student.fontys.nl
Begeleidster	Lotte Terwoert
Externe beoordelaar	Marijke Moonen
Opdrachtgever	Stijn Deckers
Datum	07-01-2014

Voorwoord

In het kader van de opleiding Logopedie aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven is er in de afstudeerfase 'het afstudeerproject' uitgevoerd. De student heeft onder professionele begeleiding een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd, waarbij de student onderzoeksvaardigheden heeft ontwikkeld.

Voor u ligt het artikel, waarin verslag wordt gedaan van het kwalitatief behoefteonderzoek naar de communicatiemogelijkheden tussen fysiotherapeuten en volwassen IC-patiënten. Er is tot op heden onvoldoende inzicht verkregen wat de behoeften zijn van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de intensive care in relatie tot volwassen IC-patiënten. Dit onderzoek richt zich op de beleving, visie en ervaring van fysiotherapeuten in relatie tot IC-patiënten betreffende communicatie. Er is geïnventariseerd hoe de communicatie verloopt op de IC tussen fysiotherapeuten in relatie met IC-patiënten. Er is ook in kaart gebracht welke communicatiemogelijkheden volwassen IC-patiënten hebben op de IC, welke vormen van communicatieondersteuning er worden ingezet op de IC en welke behoeften betreffende communicatie er spelen bij fysiotherapeuten. Dit kwalitatief onderzoek is verricht in ziekenhuizen binnen Nederland, in Brabant en Nijmegen. Ik kijk met een tevreden blik terug op het gehele onderzoekstraject. Ik bedank alle participanten die hebben deelgenomen aan dit kwalitatief behoefteonderzoek. Ik bedank hen voor hun bereidwilligheid, gastvrijheid en openhartigheid en het vertrouwen wat zij de onderzoekers gaven tijdens de afname van de interviews. Lotte Terwoert bedank ik voor de professionele begeleiding en mentale steun bij het verrichten van dit onderzoek en schrijven van het artikel. Als laatst bedank ik mijn drie medestudenten. Samen hebben wij hetzelfde afstudeeronderwerp gehanteerd, weliswaar met een individueel onderzoeksgedeelte. Ik bedank hen heel hartelijk voor deze fijne en prettige samenwerking, hun steun, praktisch- en theoretisch advies en bovenal warmte en gezelligheid in deze afstudeerfase.

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een kwalitatieve studie naar de communicatiemogelijkheden tussen fysiotherapeuten en volwassen IC-patiënten op de intensive care. De al bestaande literatuur toont aan dat er tot op heden beperkt onderzoek is gedaan betreffende communicatie en communicatieondersteuning op de IC tussen fysiotherapeuten en IC-patiënten. Batty (2009) beschrijft dat het verblijf op de IC zeer beangstigend kan zijn voor de patiënt, IC-patiënten zijn een zeer kwetsbare patiëntengroep. Om goede patiëntgerichte zorg op de IC aan te kunnen bieden is een vorm van communicatie voor IC-patiënten zeer belangrijk. Om inzicht te krijgen in deze problematiek is er een onderzoeksvraag geformuleerd; “Welke behoeften hebben fysiotherapeuten op de intensive care betreffende communicatieondersteuning in relatie tot volwassen IC-patiënten”? Het doel van dit onderzoek was te inventariseren wat de beleving, visie en ervaring van fysiotherapeuten is in communicatie met IC-patiënten. Bij tien participanten is een semigestructureerd interview gehouden met een combinatie van directieve- en non-directieve interviewstijl. De participanten betreffen allen fysiotherapeuten werkzaam op de IC-afdeling in ziekenhuizen binnen Nederland, in Brabant en één in Nijmegen. In de onderzoeksresultaten komt een verscheidenheid aan thema's naar voren die van invloed zijn op de wensen/behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de IC. Het merendeel van de fysiotherapeuten ervaart onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. Fysiotherapeuten hebben behoefte te willen weten wat de aanwezige/beschikbare vormen van communicatieondersteuning zijn, wat zijn de verschillen en wanneer kunnen ze worden ingezet. Daarnaast zijn er fysiotherapeuten die geen wensen en/of behoeften betreffende communicatie hebben. Vervolgens zijn er enkele fysiotherapeuten die specifieke behoeften hebben zoals een I-pad, lichter en makkelijkere apparatuur lijkt hen iets. Er kan geconcludeerd worden dat er een diversiteit is aan behoeften die fysiotherapeuten hebben betreffende communicatieondersteuning op de IC, voornamelijk uit onwetendheid van aanwezige- en beschikbare communicatiemiddelen. Dit kwalitatief onderzoek heeft mogelijk een bijdrage geleverd aan de vooralsnog matige 'evidence based' betreffende dit onderwerp. De bestaande literatuur toont veelal geen onderzoeksresultaten over de ervaring, wensen en behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de IC.

Abstract

This article reports on a qualitative study of communication possibilities between physiotherapists and adults (patients) on a hospital's intensive care. In current literature is written that only a limited research is done on communication and communication support between physiotherapist and patient. However, this is really important because of patient's vulnerability. Batty (2009) describes that hospitalization on intensive care can be frightened for patients. To get a clear picture the following research question is formulated: Which communication support needs do have physiotherapists on the intensive care in relation to adult patients on intensive care? The main goal of this research was investigating what the feeling, vision and experience of physiotherapists is in communicating with IC – patients. Chosen is for a high quality needs assessment with ten participants, a semi-structured interview in a directive and non-directive interview style. All participants are physiotherapists employed on hospital IC department in The Netherlands, Noord-Brabant and the city of Nijmegen. In the needs assessment a variety of themes will be faced, all affect wishes and physiotherapists needs in relation to communication on IC. The majority of physiotherapists experiences ignorance of the availability of communication instruments. This results in an important need. Physiotherapists have interest in all kind of communication support, what the differences are and when to use. A minority of physiotherapists doesn't have any kind of interest and needs at all, but some of them do have very specific needs of communications support, usage of handy devices like an I-pad. It can be concluded physiotherapists have a diversity of needs on IC communication support, mainly driven by the ignorance of available communication tools. Hopefully this qualitative assessment contributes to the poor current 'evidence based' on this subject. The existing literature shows often no research results on subjects of experience, wishes and needs of physiotherapists on IC communication tools.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
1. Inleiding	6
1.1 theoretisch kader	6
1.2 Probleemomschrijving	9
1.3 Probleemstelling	9
1.4 Onderzoeksvraag	10
1.5 Deelvragen	10
2. Methode.....	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Selectieproces participanten	11
2.3 Onderzoeksinstrument en dataverzameling.....	12
2.4 Dataverwerking.....	14
3. Resultaten.....	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Kenmerken onderzoekspopulatie	16
3.3 Thema's	17
3.3.1 Moeilijkheden in communicatie door fysieke en psychische gesteldheid patiënt	17
3.3.2 Verbale communicatiewijze	17
3.3.3. Non-verbale communicatiewijze.....	18
3.3.4 Technische en atechische communicatieondersteuning.....	18
3.3.5 Tijdgebrek tijdens fysiotherapeutische behandelingen	19
3.3.6 Samenwerking tussen fysiotherapeuten en verpleegkundigen.....	19
3.3.7 Ervaringen vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie	20
3.3.8 Behoeften vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie	20
3.4 Resultaatgebonden conclusie	21
4. Discussie	22
4.1 Doel onderzoek	22
4.2 Resultaten in relatie met reeds bestaande literatuur	22
4.3 Methodologie	24
4.4 Maatschappelijke relevantie	25
4.5 Aanbevelingen	26
5. Conclusie	28
6. Literatuur.....	29

Bijlagen I Informatiebrief.....	I
Bijlage II Toestemmingsverklaring	III
Bijlage III Geheimhoudingsverklaring	IV
Bijlage V Topiclijst	V
Bijlage IV interviewvragen	VI
Bijlage VI codeboom.....	VII
Bijlage VII Overeenkomst overdracht rechten.....	X
Bijlage VIII Beoordeling projectplan	XIV

1. Inleiding

1.1 theoretisch kader

Op de intensive care, verder in dit artikel IC te noemen, zijn patiënten opgenomen waarbij enkele of meerdere belangrijke lichaamsfuncties bedreigd zijn. Het kan zijn dat de ademhaling, bloedsomloop en nierfunctie gedeeltelijk of soms in zijn geheel worden ondersteund of overgenomen door apparatuur op de IC. Een grote operatie, een gecompliceerd ziekteverloop, ernstige brandwonden of een ongeval kunnen het gevolg zijn van een opname op de IC (www.rkz.nl 2013). Patiënten op de IC met een canule, tube of beademingsapparatuur zijn meestal niet in staat te praten en dit bemoeilijkt de communicatie. Oomkes (2000) beschrijft dat communicatie alle gedrag omvat, zowel verbaal als non-verbaal in de aanwezigheid van andere personen waarvan we ons bewust zijn. De onbereikbaarheid in communicatie tussen de patiënt en professional, het niet kunnen begrijpen of niet begrepen worden, zorgt voor emoties bij zowel de patiënt als professional. Daarom is communiceren met en door de IC-patiënt zeer belangrijk voor de patiënt, professionals en de omgeving. Naast de primaire zorg dienen IC-professionals ook in te springen op de psychische en emotionele gesteldheid van de patiënt. Dit zorgt ervoor dat de communicatie met de beademde ic-patiënt een stuk intensiever is geworden (Jacobi, 2002). Radtke, Baumann, Garret en Happ (2011) bevestigen dat beperkingen in de communicatie bij niet sprekende mensen op de IC zeer ernstige gevolgen kunnen hebben op de psychische en lichamelijke gesteldheid van de patiënt en de kwaliteit van zorg. Deze problematiek dient zich het meest aan bij patiënten die langdurig verblijven op de intensive care. Volgens Slatore et al. (2012) is communicatie het belangrijkste mechanisme dat wordt ingezet in de zorg door IC-professionals, patiënten en familie, dit om informatie te kunnen delen, voorkeuren uit te spreken en beslissingen te maken. Naast het inzetten van verbale communicatie tussen IC-professionals en IC-patiënten, kan er ook gecommuniceerd worden door middel van communicatieondersteuning of communicatie ondersteunende hulpmiddelen. Communicatieondersteuning bevat alle aspecten die worden ingezet naast het verbaal uiten van taal, hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan knikken met het hoofd, gebaren, aanwijzen en/of oogbewegingen (Happ et al., 2011). Daarnaast valt onder communicatieondersteuning ook ondersteunende hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen die kunnen worden ingezet om de communicatie te vergemakkelijken (Beukelman & Mirenda, 2005). Voorbeelden hiervan zijn pen en papier, communicator, I-pad of letterbord.

De Nederlandse IC-verpleegkundige en IC-informaticus, Addy Bianchi zegt veel frustratie te zien bij patiënten die niet kunnen spreken. Zij heeft een spraakapplicatie ontwikkeld in zeven talen. Dit is een I-pad met een programma waarin veelgebruikte woorden en zinnen staan. Er staan verschillende thema's op de I-pad en deze applicatie spreekt dit uit voor de niet sprekende patiënt. De applicatie is ook bruikbaar voor de motorisch aangedane IC-patiënt. De IC-professional kan dan de woorden en/of zinnen aanklikken en dan zullen deze worden uitgesproken. Deze app zal de communicatie tussen patiënt en professional mogelijk bevorderen (www.olvg.nl 2013). In Nederland heeft ook het Radboud UMC onderzoek verricht naar communicatie op de IC met niet of nauwelijks sprekende mensen. Willem Roudijk, adviseur patiëntenzorg IC, heeft de volCe ontwikkeld. Dit is een communicatie-app op

de I-pad voor IC-patiënten met communicatieve beperkingen. De volCe geeft IC-patiënten hun stem terug, en spreekt woorden en zinnen uit. De communicatie-app bestaat uit zes thema's die zijn onderverdeeld in subcategorieën. Ook is er de mogelijkheid voor een naaste om een persoonlijke videoboodschap in te spreken die door de patiënt kan worden afgespeeld als daar behoefte aan is. Naast de patiënten met beademingsapparatuur kunnen ook patiënten met een CVA en een spier- of spier-zenuwaandoening de volCe app gebruiken ([www. voice-intensivcare.nl](http://www.voice-intensivcare.nl) 2013). Radtke et al. (2011) beschrijven dat alternatieve en ondersteunende communicatie nog niet standaard wordt ingezet op de IC. Maar het gebruik van alternatieve en ondersteunende communicatie kan extra ondersteuning bieden en de communicatie op de IC verbeteren. Willem Roudijk, adviseur patiëntenzorg IC en ontwikkelaar van de volCe in Nijmegen beschrijft dat apps zoals de volCe en anatomie-apps werken zonder internetverbinding. Wanneer apps gebruik maken van wifi-verbinding, treden er alsnog geen storingen op omdat de signaalsterkte zeer minimaal is (± 10 mW). I-pads kunnen dragers zijn van bacteriën. Daarom zijn de I-pads van het Radboud UMC voorzien van een polyurethaan hoes, genaamd de Apple Smart case. Deze is te reinigen met alcoholdoekjes en het scherm is voorzien van een screenprotector (*Willem Roudijk, persoonlijke communicatie, 5-12-2013*).

Uit onderzoek op een IC in de Verenigde Staten van Happ et al. (2011) blijkt dat verpleegkundigen het meest aan het woord zijn tijdens het communiceren met de patiënt (86,2%). Patiënten gaven aan 40,0% van de interacties met verpleegkundigen als moeizaam te ervaren. Meer dan 1/3 deel van de communicatieve uitwisseling over het aangeven van pijn wordt als niet succesvol beschouwd. Ook blijkt dat er weinig tot geen gebruik gemaakt wordt van communicatieondersteuning. Daarnaast toont Slatore et al. (2012) aan dat er inzicht moet worden verkregen in hoe verpleegkundigen deelnemen aan patiëntgerichte communicatie op de IC, omdat de meeste communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten valt binnen de bio-psychosociale informatie-uitwisseling. Dit betekent ingaan op de psychologische en sociale factoren, de patiënt zien als persoon en de zorgverlener als persoon, in plaats van alleen in te gaan op het verlenen van primaire zorg. Er dient verbetering te komen in de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten op de intensive care unit, vooral het gebruik van communicatieondersteuning, dit zal leiden tot het beter aan kunnen geven van pijn Happ et al. (2011). Dit benadrukt Slatore et al. (2012) nog eens door te vermelden dat verpleegkundigen het meest communiceren met patiënten en hun families op de IC. Uit onderzoek van Merilainen, Kyngas en Ala-Kokko (2013) worden de ervaringen en herinneringen betreffende communicatie met IC-patiënten beschreven. Vier volwassen IC-patiënten werden gedurende 24 uur achter elkaar gefilmd. Er werd hierbij gelet op het verloop van interacties tussen IC-patiënten en IC-professionals, van uit het perspectief van de patiënt. Ook werden zij drie maanden en zes maanden na de IC-opname geïnterviewd. De communicatieve interacties tussen de IC-patiënt en IC-professionals waren van korte duur en deze werden als verwarrend en soms onbegrijpelijk ervaren door zowel de IC-patiënt als IC-professional. Het is belangrijk als IC-professionals bewust te zijn wanneer er verwardheid en/of onbegrip optreedt bij de patiënt tijdens de communicatieve interacties op de IC.

Echter wordt duidelijk dat de communicatieproblemen op de IC meerdere paramedici betreft. Revalidatiearts Dr. Schiemanck beschrijft dat het revalidatieproces voor IC-patiënten van groot belang is. Wanneer er sprake is van op de IC verworven spier- en zenuwzwakte, is het een noodzaak tijdig de revalidatiearts en fysiotherapeut in te schakelen. Naast het voorkomen of beperken van deze complicaties zoals decubitus en immobiliteit, is het belangrijk als fysiotherapeut in te gaan op het optimaliseren van het sociaal functioneren van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld het tijdig signaleren van cognitieve en emotionele problemen. Dit kan het herstel van de IC-patiënt bevorderen en restproblemen beperken (www.opeenicliggen.nl 2013). Fysiotherapeuten vervullen een belangrijke rol op de IC, patiënten op de IC kunnen op fysiek vlak fors achteruit gaan. Voornamelijk conditionele achteruitgang en het verlies van spierkracht. Fysiotherapeuten hebben als doel de conditionele achteruitgang en spierkracht te beperken. Goede en optimale communicatie met IC-patiënten is daarbij belangrijk om het herstel in totaliteit zoveel mogelijk te bespoedigen (www.geldersevallei.nl z.j.). Echter wordt de rol van fysiotherapeuten veelal omschreven als het bieden van preventie en behandeling van pulmonale complicaties (longcomplicaties) en preventie en behandeling van functiestoornissen van het bewegingssysteem (www.paramedisch.org 2013).

Uit onderzoek van Denehy en Berney (2006) blijkt dat fysiotherapeuten op de IC respiratoire- en neurologische aandoeningen behandelen. Zij beschrijven de functies van fysiotherapeuten op de IC en wat de doeltreffendheid is van deze behandelingen. Ditzelfde komt naar voren in het onderzoek van Morris et al. (2008). Zij tonen eveneens aan dat de functies van fysiotherapeuten liggen bij het mobiliseren van de IC-patiënt en het behandelen van respiratoire aandoeningen. Het blijkt dat alleen de fysieke werkzaamheden van fysiotherapeuten op de IC zijn onderzocht en beschreven. Er is niets vermeld over de communicatieve- en sociaal/emotionele component tussen fysiotherapeut en IC-patiënt. Fysiotherapeute van der Schaaf zegt ook dat grotendeels de taak van een fysiotherapeut is om ervoor te zorgen dat IC-patiënten tijdens een langer IC-verblijf fysiek niet te veel achteruitgaan, met gerichte oefeningen ervoor zorgen dat de spieren niet al te zeer verslappen (www.amc.nl 2009). De afdeling Revalidatie in het AMC beschrijft dat de gevolgen van een IC-opname vaak ernstiger en langduriger zijn dan er medisch gezien zou worden verwacht. Zij beschrijven dat van de 750 patiënten die langer dan twee dagen op de IC hadden gelegen, 54 tot 69 procent een jaar na de IC-opname nog lichamelijke-, psychologische restverschijnselen, functionele beperkingen en een verminderde kwaliteit van leven hadden (www.medischcontact.artsennet.nl 2011). Er zal door fysiotherapeuten in moeten worden gegaan op de communicatieve- en sociaal/emotionele component, wanneer fysiotherapeuten IC-patiënten op de IC activeren en mobiliseren en werken aan het communicatieve- en sociaal/emotionele component wordt de kans op blijvende schade verminderd (www.opeenicliggen.nl 2013).

1.2 Probleemomschrijving

Batty (2009) toont aan dat het inzetten van een goede en optimale communicatie tussen patiënt en professional de zorg en het welzijn van de patiënt zal bevorderen. Dit kan de duur van het verblijf op de IC terugdringen. Eenvoudige communicatievormen zoals gebaren, schrijven en afbeeldingen kunnen zeer effectief zijn. Het argument van Batty (2009) wordt ondersteund door Roberts, Whittle, Cleland en Wald (2013). Zij adviseren om als fysiotherapeut niet alleen in te gaan op de ziekte van de patiënt maar ook op de impact van de ziekte en wat daarbij echt belangrijk is voor de patiënt. Dit zal een positieve invloed hebben op het verloop van de therapie en zal het herstel bespoedigen. Patiënten op de IC kunnen namelijk last hebben van angstgevoelens, paniek, frustraties en slapeloosheid (Radtke et al., 2011). Volgens Roberts et al. (2013) wordt er nauwelijks openlijk gesproken over bijvoorbeeld emoties en het blijkt dat de fysiotherapeut meer aan het woord is dan de patiënt. Daarnaast wordt er ook vaak gelijktijdig gesproken en wordt de patiënt regelmatig onderbroken. Dit is niet wenselijk want gezien de belangrijke rol van communicatie en het streven naar positieve resultaten en ervaringen voor zowel de patiënt als fysiotherapeut, is het belangrijk te investeren naar het verder ontwikkelen van communicatie ondersteuning, communicatie hulpmiddelen en communicatieve vaardigheden, zoals verbale- en non-verbale communicatie, de inhoud en vertrouwensband. Tot slot zegt Roberts et al. (2013) dat de twee belangrijkste bekwaamheden waarover fysiotherapeuten horen te beschikken zijn, het vermogen om de patiënt te laten spreken en daadwerkelijk te laten uitspreken tijdens behandelmomenten en tevens begrijpen wat een patiënt probeert te zeggen. Ex IC-patiënten ervaren communicatie op de IC met professionals, waaronder fysiotherapeuten, als een zeer belangrijk onderdeel binnen de zorg. Een ex IC-patiënt geeft aan steun te willen ervaren. Hij wil te allen tijde gegroet worden op de IC en niet het gevoel krijgen dat hij alleen bekeken wordt maar ook echt wordt gezien als persoon en meetelt. Een andere ex IC-patiënt zegt vier weken beademd te zijn geweest. Daardoor had hij moeite met spreken. Familie en professionals konden hem nauwelijks verstaan, zij interpreteerden communicatieve uitingen vaak anders. Die miscommunicatie werd als zeer frustrerend ervaren door de ex IC-patiënt (www.opeenlicliggen.nl 2013).

1.3 Probleemstelling

Tot op heden is er beperkt onderzoek gedaan betreffende communicatie en communicatieondersteuning op de intensive care tussen fysiotherapeuten en patiënten. Roberts et al. (2013) zeggen dat studies naar verbale en non-verbale communicatie tussen fysiotherapeuten en patiënten schaars zijn en bovenal niet overtuigend. Batty (2009) beschrijft dat het verblijf op de IC zeer beangstigend kan zijn voor IC-patiënten. Het is daarom belangrijk dat IC-patiënten aan kunnen geven wat ze voelen en vinden, IC-patiënten zijn een zeer kwetsbare patiëntengroep. Om goede patiëntgerichte zorg op de IC aan te kunnen bieden is een vorm van communicatie voor IC-patiënten zeer belangrijk.

1.4 Onderzoeksvraag

Welke behoeften hebben fysiotherapeuten op de intensive care betreffende communicatieondersteuning in relatie tot volwassen IC-patiënten?

1.5 Deelvragen

Welke vormen van communicatieondersteuning zijn er tot op heden aanwezig op de IC?

Welke communicatieondersteuning worden tot op heden ingezet door fysiotherapeuten op de IC?

2. Methode

2.1 Inleiding

De opdrachtgever voor dit kwalitatief onderzoek is Stijn Deckers, docent en onderzoeker aan Fontys Paramedische Hogeschool in Eindhoven en promovendus bij het UMCN. Aangezien het om een inventarisatie gaat van de beleving, visie en ervaring van fysiotherapeuten in communicatie met IC-patiënten en daar nog weinig over bekend is, is er een kwalitatief onderzoek gedaan. Aan de hand van interviews is er geïnventariseerd hoe de communicatie verloopt op de IC tussen fysiotherapeuten in relatie met IC-patiënten. Er is ook in kaart gebracht welke communicatiemogelijkheden volwassen IC-patiënten hebben op de IC, welke vormen van communicatieondersteuning er worden ingezet op de IC en welke behoeften betreffende communicatie er spelen bij fysiotherapeuten. Dit kwalitatief onderzoek is verricht in ziekenhuizen binnen Nederland.

2.2 Selectieproces participanten

Voordat er is gestart met het werven van fysiotherapeuten voor dit kwalitatief onderzoek zijn er voorafgaand inclusie- en exclusiecriteria vastgesteld. Fysiotherapeuten moeten werkzaam zijn op de IC-afdeling binnen een ziekenhuis in Nederland. Het onderzoek richt zich namelijk op Nederlandse IC-fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten mogen niet korter dan één jaar werkzaam zijn op een IC en niet minder dan twee jaar in het bezit zijn van een diploma. Om als fysiotherapeut een duidelijke visie weer te kunnen geven over de communicatie op de IC in relatie met patiënten en concrete ervaringen te kunnen benoemen, is het belangrijk voldoende werkervaring te hebben als fysiotherapeut op een IC. Fysiotherapeuten moeten ook vloeiend Nederlands spreken. Hier is voor gekozen omdat er vanuit wordt gegaan dat de Nederlandse taal overwegend de voertaal is en het beheersen van de Nederlandse taal een vereiste is voor het hebben van optimale communicatie met Nederlandse IC-patiënten. Fysiotherapeuten moeten ook minimaal drie diensten per week op een IC draaien zodat er sprake is van een vaste routine. Bij minimaal drie diensten per week is er geen sprake van sporadisch contact met de IC-patiënt. Er wordt gestreefd naar het krijgen van een realistisch beeld van de communicatie op de IC. Fysiotherapeuten mogen geen gehoorproblemen hebben want als een IC-patiënt alleen kan communiceren door te fluisteren zou wellicht een fysiotherapeut met gehoorproblemen deze patiënt niet kunnen verstaan. Voor de werving van fysiotherapeuten, allen werkzaam op de IC, zijn tien willekeurige ziekenhuizen benaderd. Deze bevinden zich in Noord-Brabant en Nijmegen, allen binnen een reisafstand van twee uur met het openbaar vervoer. De volgende ziekenhuizen hebben deelgenomen aan dit onderzoek; Maxima Medisch Centrum in Veldhoven, St. Anna in Geldrop, Elkerliek ziekenhuis in Helmond, Amphia ziekenhuis in Breda, Jeroen Bosch ziekenhuis in Den Bosch, Elisabeth ziekenhuis in Tilburg, Tweesteden ziekenhuis in Tilburg, Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom, Catharina ziekenhuis in Eindhoven en het Radboud UMC in Nijmegen. Er is telefonisch contact gelegd met de IC-afdeling van ziekenhuizen. Dit was naar verwachting een snelle en effectieve werkwijze. Er is specifiek gevraagd in contact te kunnen komen met fysiotherapeuten werkzaam op de IC. Aan hen is kort en bondig uitgelegd wat het doel en belang

is van het onderzoek. Vervolgens is er per e-mail nadere informatie verschaft over het onderzoek. In de e-mail werd verwezen naar een uitgebreide informatiebrief over het onderzoek (bijlage I). Daarin stond expliciet de inhoud, het doel, de behoeften en het belang van het onderzoek beschreven. Ook is in de informatiebrief nadrukkelijk vermeld dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig was en dat de fysiotherapeuten te allen tijde konden afzien van het onderzoek. Verder stond er in de informatiebrief een streefdatum vermeldt waarop de fysiotherapeuten werden gevraagd te reageren voor deelname of afwijzing. Ook werd er nog beschreven wat de stappen waren nadat er door de fysiotherapeut was besloten deel te nemen aan het onderzoek. Er is voor de informatiebrief gekozen zodat er tijdens het eerste telefoongesprek niet direct veel informatie zou worden verschaft aan de deelnemers. Het verschaffen van veel informatie via een telefoongesprek leidt er vaak toe dat niet alle informatie wordt opgenomen. Met de informatiebrief hebben de fysiotherapeuten de ruimte gekregen om alle informatie op een voor hen geschikt moment eens rustig te lezen en een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. Wanneer de fysiotherapeuten instemden voor deelname aan het onderzoek werd er opnieuw telefonisch contact opgenomen voor het plannen van het interview. Daarnaast was er kort de gelegenheid voor het stellen van vragen met betrekking tot het onderzoek. Voorafgaand aan ieder interview is er een toestemmingsverklaring ondertekend door de fysiotherapeut (bijlage II). Hierin staat beschreven dat alle verkregen informatie uitsluitend voor onderzoeksdoeleinden wordt gebruikt. Alle gegevens en bandopnames zijn nadat het onderzoek is voltooid vernietigd. Deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig, er kon te allen tijde worden afgezien van deelname aan het onderzoek. Door de onderzoekers is voorafgaand aan de interviews een geheimhoudingsverklaring ondertekend (bijlage III). Daarin staat beschreven dat alle informatie als geheim en vertrouwelijk wordt beschouwd en dat de onderzoekers het onderzoek volgens geldende regels en voorschriften zouden uitvoeren. Er is gekozen voor het opstellen en laten ondertekenen van deze documenten omdat dit de privacy waarborgt voor zowel de onderzoekers als voor de participanten.

2.3 Onderzoeksinstrument en dataverzameling

Er is gekozen voor het houden van tien interviews omdat er binnen een kwalitatief onderzoek veelal een kleinere participantengroep wordt geselecteerd dan bij een kwantitatief onderzoek. Tevens wordt er met het houden van tien interviews vaak saturatie bereikt (Boeije, 2005). Alle interviews bevatten geen namen maar zijn voorzien van codes (fy-1, fy-2 etc.). Hier is voor gekozen om de privacy en de anonimiteit van elke fysiotherapeut te waarborgen. Voor het opstellen van de interviewvragen is er eerst een topiclijst opgesteld (bijlage V). In de topiclijst staan de belangrijkste onderwerpen en focuspunten genoteerd (topics), die van belang zijn voor het onderzoek. Deze topics zijn gerelateerd aan de onderzoeksvraag. Er zijn bij dit onderzoek zes belangrijke topics tot stand gekomen. De onderwerpen uit de topiclijst zijn verweven in de interviews. Uit de topiclijst zijn de interviews tot stand gekomen. De interviews bevatten vijf hoofdvragen en enkele sub vragen, die gebruikt kunnen worden om door te vragen (bijlage IV). Hier is voor gekozen omdat de topiclijst als leidraad en geheugensteun dient voor de onderzoeker. De interviews zijn tussentijds niet meer bijgesteld. Voorafgaand aan de interviews is er één pilot gehouden met een participant. Dit had als doel dat er mogelijk nieuwe

inzichten konden ontstaan. Met deze nieuwe inzichten is het uiteindelijke interview gemaakt, definitief vastgelegd en afgenomen bij alle fysiotherapeuten. Er is gekozen om bij elke fysiotherapeut dezelfde interviewvragen te stellen zodat er gelijksoortige antwoorden tot stand zouden kunnen komen. Wellicht zouden de interviewvragen en antwoorden anders teveel van elkaar afwijken en zou er een te grote diversiteit aan antwoorden ontstaan. Alle interviews zijn gehouden in een onderzoeksperiode van vier werkweken. Hier is voor gekozen omdat er een strakke tijdsplanning werd gehanteerd voor de onderzoeksperiode. De interviews vonden plaats in de ziekenhuizen waar de participanten werkzaam zijn, in een rustige kantoorruimte. Deze rustige setting creëerde een ontspannen sfeer tussen de geïnterviewde en onderzoekers. Tevens zijn er niet meer dan drie interviews per dag ingepland. Op deze manier bleef er voldoende ruimte over voor het analyseren van de interviews. Elk interview duurde maximaal twintig minuten. Er is hiervoor gekozen om niet teveel tijd van de professionals op de werkvloer in beslag te nemen en daarmee de bereidwilligheid van deelname te vergroten. Er zijn tien semigestructureerde interviews gehouden om meer te weten te komen over de mening, ervaring en beleving van de professional. De interviewvragen zijn voorafgaand aan het interviewen vastgesteld maar door het houden van semigestructureerde interviews is er meer ruimte voor speling binnen de vragen dan bij een gestructureerd interview. Hier is voor gekozen zodat er tijdens de interviews bij bepaalde vragen doorgevraagd kon worden afhankelijk van de wijze waarop het interview verliep. Doordat de interviews deels ongestructureerd waren kregen de onderzoekers een beter beeld vanuit het perspectief van de geïnterviewde (www.easability.nl 2008). De interviews bevatten een combinatie van directieve en non-directieve interview stijl volgens Hulshof (2007). Hier is voor gekozen omdat deze interviewstijlen een combinatie bevatten van sturende en weinig sturende elementen. Deze vorm is passend bij de semigestructureerde interviews. Fysiotherapeuten beschikken als professionals over feitenkennis en directief interviewen kan uitsluitend uitgevoerd worden wanneer de geïnterviewde veel feitenkennis heeft. De interviewer bepaalt hoe lang een antwoord mag duren, hoe lang er afgedwaald mag worden en wanneer er een nieuw thema wordt aangekaart. De interviewer treedt sturend op. Non-directief is het houden van een open gesprek, meegaan in de gedachtestroom van de geïnterviewde. Het interview wordt deels geleid door wat de geïnterviewde inbrengt, maar de interviewer blijft verantwoordelijk voor de gang van zaken tijdens de interviews en bepaalt welke thema's er besproken worden. Ook wordt er bij non-directief een ontspannen situatie gecreëerd en staat het ontvangen van oprechte antwoorden centraal. Per interview waren er twee onderzoekers aanwezig. Een was de interviewer (hoofdverantwoordelijke) en stelde de interviewvragen. Diegene benoemde ook de non-verbale reacties tijdens het interview. De ander was de observator. Hier is voor gekozen omdat de observator het interview kon aanvullen wanneer de hoofdverantwoordelijke relevante informatie miste tijdens het interviewen. De observator maakte ook aantekeningen van de verbale- en non-verbale communicatie op een laptop in Microsoft Word. De interviews zijn opgenomen met een dictafoon op de I-phones van beide onderzoekers. Er is gekozen voor een audio opname om de interviews nadien te kunnen transcriberen en analyseren.

2.4 Dataverwerking

Vervolgens is er gestart met de analysemethode. De gehouden interviews zijn verbatim uitgewerkt. Ieder getranscribeerd interview is digitaal teruggekoppeld naar de betreffende fysiotherapeut, dit wordt memberchecking genoemd. Hiermee kon de betrouwbaarheid op inhoudelijke informatie uit de interviews gecontroleerd worden door de fysiotherapeut en kon hij of zij mogelijk nog op- en aanmerkingen terugkoppelen. Met deze mogelijke op- en aanmerkingen gegeven door de participant zijn er mogelijk in samenspraak aanpassingen verricht aan het transcript. Nadat alle interviews zijn getranscribeerd er is gestart met open codering. Dit wil zeggen dat er gestreefd is codes, zijnde woorden, aan een stuk uit het transcript is te koppelen. Er is door de onderzoeker gekeken naar het doelwoord uit de gestelde vraag door de interviewer. Vervolgens zijn de belangrijkste stukken (antwoorden) uit het transcript geselecteerd en gemarkeerd die te maken hebben met het doelwoord van de gestelde vraag. Er is gestreefd achter ieder stuk uit het transcript open codes te plaatsen. Open codes zijn woorden en/of soms korte zinnen. Deze fungeren als belangrijke kernwoorden van een stuk uit een transcript. Open codering vindt plaats om een ordening aan te brengen in de hoeveelheid teksten van de transcripten. Vervolgens is er gestart met axiaal coderen. De vooraf opgestelde topiclijst bevat zes topics. Deze topics fungeren als axiale codes. Alle open codes van ieder individueel transcript verdeeld onder een passende topic uit de topiclijst. Dit betekent dat de open codes van elk transcript zijn gegroepeerd naar samenhang onder iedere topic. De open codes zijn geclusterd en vallen onder een topic, zijnde axiale code. Tijdens deze coderingsfase waarbij de open codes onder de vooraf opgestelde topics worden geplaatst, zijn er een aantal nieuwe topics (axiale codes) toegevoegd. Hier is voor gekozen zodat alle open codes van ieder transcript naar waarheidsgetrouw zijn ingedeeld bij een passende topic. De axiaal codes vormen de basis voor de beschrijving van de onderzoeksresultaten. In de laatste fase vindt selectieve codering plaats. Het doel van selectieve codering is verdere structuur aanbrengen in de veelheid van hoofd- en subcodes, respectievelijk de axiaal- en opencodes. Hiermee wordt inzicht verkregen in alle gegevens die tot nu toe zijn verzameld. Nadat alle open codes van ieder transcript zijn geplaatst onder de topics (axiale codes) en deze dus zijn gegroepeerd naar samenhang, is er tijdelijk afstand gedaan van alle codes. De axiale codes dekken de open codes nog niet volledig. Vanaf een afstand, met een open blik, zijn er specifiekere passende thema's bedacht. Deze thema's dekken de gegroepeerde open codes dan nog beter dan de topics (axiale codes) alleen. De onderzoeker heeft nagedacht wat de meest belangrijkste en aan de onderzoeksvraag gerelateerde onderwerpen waren, die tijdens alle gehouden interviews naar voren kwamen. De onderzoeker is bij zichzelf concreet nagegaan welke mogelijke nieuwe thema's toegevoegd konden worden aan de bestaande. De nieuwe ontwikkelde thema's zijn besproken en vergeleken met andere onderzoekers. Op deze manier is er een zo objectief mogelijke interpretatie van alle gegevens nagestreefd. Na deze controle zijn de nieuwe thema's toegevoegd aan de bestaande. Onder alle thema's zijn nu de meest voorkomende open codes geplaatst. Een codeboom heeft zich ontwikkeld (bijlage VI). Onder ieder thema zijn dus de meest voorkomende open codes geplaatst en daarbij is duidelijk aangegeven hoe vaak deze zijn voorgekomen/gezegd door de geïnterviewde. De frequentie werd achter de open code aangegeven door middel van fy-1, fy-2, fy-3 et cetera. Uiteindelijk is er een model ontstaan waarbij de belangrijkste onderwerpen (thema's) naar

voren zijn gekomen en is er inzicht verkregen welke open codes het meest zijn voorgekomen. Vervolgens zijn per thema de meest voorkomende open codes gearceerd. Met deze duidelijke weergave van de meest voorkomende open codes is er daarna teruggezocht in de transcripten van de interviews naar bruikbare citaten. Deze citaten dienen als resultaatbeschrijving en geven mogelijk een antwoord op de onderzoeksvraag.

3. Resultaten

3.1 Inleiding

De resultaten van het onderzoek 'communlCatie' worden in dit hoofdstuk beschreven. De onderzoeksvraag bij dit onderzoek luidt; "Welke behoeften hebben fysiotherapeuten op de intensive care betreffende communicatieondersteuning in relatie tot volwassen IC-patiënten?" Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag zijn er ook enkele deelvragen opgesteld. "Welke vormen van communicatieondersteuning zijn er tot op heden aanwezig op de IC?" "Welke communicatieondersteuning worden tot op heden ingezet door fysiotherapeuten op de intensive care?" De onderzoeksresultaten zijn door middel van codering geanalyseerd, gestructureerd en geclusterd. De belangrijkste axiale- en opencodes hebben geleid tot de uiteindelijk thema's. Dit is weergegeven in een codeboom (bijlage VI). Om een beeld te krijgen hoe de codeboom eruit ziet wordt in tabel 1 een vereenvoudigde codeboom weergegeven. Er zijn acht thema's zijn tot stand gekomen; tijdgebrek tijdens fysiotherapeutische behandelingen, communicatiemoeilijkheden door fysieke en psychische gesteldheid patiënt, technische- en atechische hulpmiddelen, verbale communicatiewijze, non-verbale communicatiewijze, ervaringen vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie, samenwerking tussen fysiotherapeuten en verpleegkundigen en de behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie. In de volgende paragraaf zijn de kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven.

Tabel 1. Vereenvoudigde weergave van de codeboom. Zichtbaar zijn enkele thema's met daaronder de meest voorkomende open codes. Achter de meest voorkomende open codes is de frequentie geplaatst. Deze frequentie geeft aan hoe vaak deze open code is voorgekomen.

Thema: tijd	Thema: moeilijkheden in communicatie door fysieke en psychische gesteldheid patiënt.
- tijdrovend (fy2) (fy4) - Communicatie later op gewone afdeling(fy1) - communicatie op 2e/3e plek(fy8)	- geen stem door; tube, beademingsbuis, canule, tracheostoma(fy1)(fy2)(fy3)(fy7) - eenrichtingscommunicatie(fy4)(fy5)(fy7)(fy8) - emoties/frustraties(fy2)(fy4)(fy6)(fy7)(fy9)

3.2 Kenmerken onderzoekspopulatie

Het streven was tien participanten deel te laten nemen aan dit kwalitatief behoefteonderzoek. Deze tien participanten zijn allen geïnccludeerd. In tabel 2 zijn de kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven. Alle participanten zijn voorzien van codes in plaats van namen (fy-1, fy-2 etc.) om de anonimiteit te waarborgen. De participanten zijn fysiotherapeuten werkzaam op de intensive care afdeling van ziekenhuizen binnen Nederland, in Brabant en Nijmegen. Allen zijn langer dan één jaar in het bezit van een erkend diploma.

Tevens zijn de participanten langer dan twee jaar werkzaam op de IC, zijn zij dagelijks actief op de IC-afdeling en hebben zij geen gehoorproblemen. Er is hiermee voldaan aan de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria.

Tabel 2. Kenmerken onderzoekspopulatie

Participanten:	Bezit diploma:	Werkzaam op IC sinds:	Hoe vaak per week actief op IC:	Gehoörproblemen
Fy-1	1999	2000	Dagelijks	Geen
Fy-2	2007	2007	Dagelijks	Geen
Fy-3	1991	2000	Dagelijks	Geen
Fy-4	1999	2003	Dagelijks	Geen
Fy-5	1978	2011	Dagelijks	Geen
Fy-6	2008	2009	Dagelijks	Geen
Fy-7	2006	2006	Dagelijks	Geen
Fy-8	1974	1975	Dagelijks	Geen
Fy-9	2008	2008	Dagelijks	Geen
Fy-10	1977	1993	Dagelijks	Geen

3.3 Thema's

3.3.1 Moeilijkheden in communicatie door fysieke en psychische gesteldheid patiënt

Bijna alle participanten geven aan dat de fysieke en psychische gesteldheid van de patiënt invloed heeft op de communicatie. "Het wordt pas lastiger als de patiënt bij kennis is, jou iets duidelijk wil maken en jij er niet achter kan komen wat de patiënt wil aangeven"(fy-7). "Ze kunnen toch te weinig communiceren of ze zijn niet helemaal helder van geest waardoor het niet kan"(fy-10). Fy-1 bevestigt dit en zegt; "Als iemand bijvoorbeeld neurologisch heel slecht zou zijn, dan wordt dat wel natuurlijk een lastig verhaal". "De patiënt kan beademd worden waardoor hij niet kan praten, de patiënt kan helemaal verlamd zijn waardoor hij belemmerd is in zich te uiten en de patiënt kan helemaal gesedeerd zijn"(fy-1). "Dan is hij helemaal niet aanspreekbaar"(fy-2). Participanten geven ook aan het lastig te vinden dat de communicatie vaak vanuit de professional komt. "Het is geen volledig evenwichtig tweerichtingsverkeer"(fy-8). "Dan weet je pas hoeveel je communiceert dat dat eigenlijk zinloos is"(fy-4). "Want dan ben jij de enige die probeert te communiceren en krijg je niks terug of bijna niks terug". "Je hoopt dat de patiënt doorheeft wat je gaat doen"(fy-7).

3.3.2 Verbale communicatiewijze

Wat opvalt, is dat fysiotherapeuten over het algemeen dezelfde wijze van communicatie inzetten bij de verzwakte IC-patiënt. Altijd blijven praten en benoemen heeft de eerste prioriteit zeggen zij. "Ik praat er altijd wel bij, ook al verstaan ze me niet, ik vertel altijd wat ik doe"(fy-1). Fy-2 sluit zich hierbij aan; "Het praten blijf ik altijd wel doen". "Ook al zegt ie niks terug, om te zeggen wat ik aan het doen ben". "Dat is ook het advies wat wordt gegeven over het algemeen, de patiënt blijven vertellen wat je doet"(fy-2). "Ik vertel altijd als ik binnen kom wie ik ben, wat ik kom doen". "Of ze het meekrijgen weet ik niet"(fy6).

3.3.3. Non-verbale communicatiewijze

Wanneer verbale communicatie beperkt of zelfs niet mogelijk is, zetten fysiotherapeuten vormen van communicatieondersteuning in om toch te kunnen communiceren met de IC-patiënt. Wat opvalt, is dat voornamelijk het ja/nee knikken, knijpen en de ogen volgen de meest voorkomende vormen zijn die worden ingezet door fysiotherapeuten. “Als iemand niet kan praten dan probeer je dus ja/nee vragen te gaan stellen en met simpele opdrachtjes dus die antwoorden te krijgen”. “Heb je pijn knijp dan één keer als het ja is of twee keer als nee is”(fy-2). “Er wordt vooral geprobeerd om met gesloten vragen te werken, mensen ja/nee te laten knikken en eventueel te laten knijpen als dat mogelijk is”(fy-9). Ook fy-4 zegt; “Ik begin eigenlijk altijd met knijpen in de hand”. “Ja/nee knijpen, twee keer knijpen en één keer knijpen, ja/nee er zo proberen uit te krijgen”(Fy-6). Fy-5 en Fy-7 maken veelal gebruik van ja/nee knikken en ogen volgen van de patiënt. “Probeer zodanig je vragen in te kleden met knikken of met de ogen, dat zijn eigenlijk de meest gebruikte communicatiemiddelen”(fy5). “We proberen ook afspraken te maken met patiënten die wel bij bewustzijn zijn, met ja/nee knikken en ook wel communicatie met de ogen, naar boven kijken en beneden kijken”(fy7).

3.3.4 Technische en atechnische communicatieondersteuning

Communicatieondersteuning die voornamelijk wordt ingezet door fysiotherapeuten zijn atechnische hulpmiddelen. De meest veelgebruikte vormen van atechnische hulpmiddelen zijn patiënten laten schrijven en de inzet van het letterbord. Fy-1 zegt; “Er zijn wel veel mensen die gewoon nog goed bij zijn en actief zijn terwijl ze aan de beademing liggen dat ze gewoon dingen op laat schrijven”. “Dat je gewoon een blocnote geeft waar ze dingen op kunnen schrijven”. Fy-3 ondersteunt deze uitspraak; “Toch vooral pen en papier wel en een letterbord ook wel eens inderdaad”. De letterkaart wordt ook regelmatig ingezet wanneer IC-patiënten niet of nauwelijks kunnen spreken. Fy-4 zegt hierover; “En dan hebben we inderdaad zo’n geplastificeerd stencil, waarop A t/m Z staat in hoofdletters”. “En dan zeg je tegen iemand wat hij wil zeggen, pak daar het specifieke woord uit en probeer het dan aan te wijzen”. Fy-10 zegt; “Ja ze hebben op de IC ook zo’n kaart met letters, letterkaart gebruik ik wel eens”. en fy-5 sluit zich hierbij aan; “Nou je hebt een letterkaart, nou op de eerste rij dan knikt de patiënt bij een letter of met z’n armen van deze letter en dan probeer je dus te bedenken welk woord het gaat worden”. Echter wordt er van technische hulpmiddelen weinig gebruik gemaakt op de IC door fysiotherapeuten. “Daar maak ik geen gebruik van en ik dacht ook dat er geen digitale middelen zijn op dit moment op de IC”. “Tenminste ik heb er nog niet mee gewerkt en ook niet tegengekomen”(fy5). “We hebben een soort spreekcomputer maar die heb ik zelf nog nooit gebruikt dus daar kan ik niet heel veel over zeggen”(fy-4).

3.3.5 Tijdgebrek tijdens fysiotherapeutische behandelingen

De fysieke en mentale status van de IC-patiënt heeft invloed op het communicatieverloop tussen fysiotherapeuten en patiënten, deze communicatieve belemmeringen kunnen veel tijd kosten tijdens behandelmomenten. Fy-2 zegt; “Als iemand aan de beademing ligt, dan ligt hij in een moeilijke positie om iets te kunnen schrijven”. “Een aanwijskaart is dan ook onhandig want dan moet je eigenlijk zelf gaan schrijven om het uiteindelijk een zin te laten worden en dat is gewoon tijdrovend”. Dit argument wordt ondersteund door fy-10; “Dan gaan ze met de vinger over de kaart en dan wordt het één grote brei en dan weet je nog niet wat ze zeggen”. “Dan wordt het echt, voor ons kost het heel veel tijd en dan weet je nog niks”. Fy-4 geeft ook aan dat belemmeringen in de communicatie tijdrovend kunnen zijn. “Je moet sowieso heel veel geduld hebben, echt wachten”. “De reactie kan soms echt wel een minuut of 1,5 later pas komen”. Naast dat IC-patiënten belemmerd zijn in het communiceren en dit tijdrovend is voor de fysiotherapeutische behandelingen tussen fysiotherapeut en IC-patiënt, zeggen participanten dat communicatie ook niet de eerste prioriteit heeft tijdens de therapie. “Wanneer er een tijdprobleem is dan is de behandeling die je moet doen het belangrijkste”. “En dan is communicatie vanuit mijn vak gezien belangrijk maar niet op de eerste plaats”. “Misschien op de tweede of derde plaats en zit je dus krap in je tijd, dan zal dat moeten wachten” (fy8). Fy-1 zegt; “Ik ben met name met slikken wel alert hoor, maar qua communicatie, de mensen liggen er ook van zo verschrikkelijk kort en gaan ze weer naar de afdeling, het echt veel communiceren wat later moet gebeuren als je dingen uit moet leggen en heel veel instructies moet geven”. Fy-3 sluit zich hierbij aan; “Communicatie is er wel, maar toch wel een soort 2^e plek”. Echter worden de hierboven genoemde citaten tegen gesproken door enkele andere participanten. “Wij kunnen gewoon de tijd nemen voor een patiënt, ik pak die gewoon”(fy6). Fy-10 zegt; “Ik probeer er altijd redelijk wat tijd in te stoppen omdat dat verdient zich wel weer terug”.

3.3.6 Samenwerking tussen fysiotherapeuten en verpleegkundigen

Fysiotherapeuten geven aan dat verpleegkundigen op de IC het aanspreekpunt zijn voor hen. “Ja, die verpleegkundige spreek je aan met vragen en dingen die je wilt weten en als je zelf bijzonderheden hebt dan regel je dat rechtstreeks met de verpleegkundige”(fy-1). “Er wordt altijd standaard vooraf contact opgenomen met de verpleegkundige die op de kamer staat”(fy-9). “De behandeling start altijd bij de verpleegkundige, bij mij dan eigenlijk”(fy-2). Naast de samenwerking tussen fysiotherapeuten en verpleegkundigen wordt het digitaal patiënten dossier ook ingezet om informatie te delen. “Natuurlijk hebben wij het computersysteem waar we elkaars adviezen kunnen lezen”(fy-7). “Ik kijk altijd in het dossier maar ik vraag altijd even van hoe is het nou vandaag waar moet ik op letten en heb je nog bijzonderheden”? “Want dossiervoering is lang niet altijd compleet”(fy-7). Fy-4 zegt: “we hebben in PMF, dat is dan wel voor de IC”. “Daar heeft iedereen z’n kopje”. “Maar ik moet wel zeggen dat niet altijd strak gelezen wordt”.

3.3.7 Ervaringen vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie

Fysiotherapeuten ervaren vooral onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. “En toen zei zij dat er schijnbaar een I-pad in de ronde is”(fy4). “Wij weten helemaal niet wat er allemaal is, mogelijk is op dat gebied, zeker nu qua technologie”. “Ik bedoel je kunt misschien wel heel veel dingen doen waar je nu nog allemaal een beetje zo met handen en voeten staat te werken”(fy-1). “Nee, ik weet dat er kaarten liggen en misschien liggen er ook wel kaarten met plaatjes maar verder word ik niet op de hoogte gehouden nee en ik vraag me af of de bekendheid van dat spul en de beschikbaarheid daar wel genoeg is zeg maar”(fy2). Naast de onwetendheid van beschikbare communicatiemiddelen vinden fysiotherapeuten het moeilijk om te gaan met heftige emoties van de IC-patiënt. “Als iemand iets duidelijk wil maken en die komt er niet uit, dat neemt veel frustratie op, dan zie je mensen ook echt wegstaren, op bed slaan en shit ik kom er niet uit”. “Die frustratie zou je graag wegnemen”(fy-2). “Dan merk je voornamelijk frustratie bij de patiënt, ja en ook uiteindelijk bij jezelf want het is vervelend als iemand je niet begrijpt en een zin gaat invullen terwijl die het heel anders bedoeld”(fy-7).

3.3.8 Behoeften vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie

De behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de IC in relatie tot een IC-patiënt lopen uit een. Er is onder andere behoefte om communicatie over patiënten tussen disciplines onderling aan te scherpen. “Het is zo dat we vaak over de patiënt heen praten terwijl de patiënt er zelf bij is”. “Het is een groot aandachtspunt, dat we echt de patiënt centraal stellen”. “Je merkt toch dat dat nog steeds heel belangrijk is en als je je daar al bewust van bent dat dat dan wel al tot verbetering kan leiden”(fy-7). Fy-3 sluit zich hier bij aan; “De communicatie tussen behandelaars, en dan de communicatie onderling”. Dan is het dus de uitwisseling van informatie i.p.v. de communicatie met de patiënt zelf”. Daarnaast zijn er fysiotherapeuten die geen wensen en/of behoeften hebben betreffende communicatie. “Het is niet zo zeer dat ik een communicatiemiddel nodig heb om beter met mijn patiënt te kunnen communiceren”(fy7). “Maar niet dat ik denk daar moeten hele moeilijke dingen voor aangeschaft worden om dit nu echt veel beter te maken, die behoefte heb ik eigenlijk niet zo”(fy-5). “De communicatie verloopt eigenlijk wel gewoon goed dus dan heb je zoiets ook eigenlijk niet echt nodig”(fy1). “Ik doe het met de dingen die ik heb”(fy2). Er zijn ook participanten die specifieke behoeften hebben betreffende communicatie. “Nou ik dacht zo’n I-pad, dat is wel iets”(fy-10). “Ik denk dat het misschien voor de patiënt wel makkelijker zou kunnen maken, in de zin van apps”(fy-9). “De I-pad vind ik echt fantastisch”(fy3).

Onder het thema ‘ervaringen vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie’ staan veelal citaten weergegeven van participanten die ervaren niet te weten welke communicatiemogelijkheden er allemaal zijn en ingezet kunnen worden. Hieruit vloeien enkele behoeften voort. “Ik denk dat er wel lichtere en makkelijkere dingen voor zijn maar dat staat weer net buiten onze disciplines, daar horen wij eigenlijk nooit echt veel over en ik zou het wel interessant vinden om te weten wat de mogelijkheden zijn natuurlijk”(fy-1). “En ik weet ook niet wat daar de verschillen in zijn”. “Ik weet

bijvoorbeeld niet waarom ze voor dit ding hebben gekozen, snap je. Nee, ik weet dat er kaarten liggen en misschien liggen er ook wel kaarten met plaatjes die je kunt aanwijzen maar verder wordt ik niet op de hoogte gehouden nee”(fy-2).

3.4 Resultaatgebonden conclusie

De resultaten uit dit onderzoek tonen aan dat fysiotherapeuten de communicatie met IC-patiënten als moeizaam ervaren, doordat IC-patiënten belemmerd worden door de fysieke en psychische gesteldheid. Neurologische problematiek, verlamming, beademing en/of sedering hebben invloed op de communicatieve interacties. De communicatieve belemmeringen vergen veel tijd tijdens behandelmomenten. Naast dat IC-patiënten belemmerd zijn in het communiceren en dit tijdrovend is voor de fysiotherapeutische behandelingen, zeggen participanten dat communicatie ook niet de eerste prioriteit heeft tijdens de therapie. De nadruk ligt op therapie geven. De wijze van communiceren wordt afgestemd op de status van de patiënt. Fysiotherapeuten hanteren verbale- en non-verbale communicatievormen. Altijd blijven praten en benoemen heeft grote prioriteit. De veelvoorkomende non-verbale communicatievormen zijn; het ja/nee knikken en ja/nee knippen. Ook zetten fysiotherapeuten communicatieondersteuning in. De meest veelgebruikte vormen zijn atechnische hulpmiddelen; patiënten laten schrijven en de inzet van het letterbord. Echter wordt er door de fysiotherapeuten van technische communicatieondersteuning (digitale middelen) nauwelijks gebruik gemaakt. Fysiotherapeuten ervaren vooral onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. Naast de onwetendheid van beschikbare communicatiemiddelen vinden sommige fysiotherapeuten het moeilijk om te gaan met heftige emoties van de IC-patiënt. Het blijkt dat verpleegkundigen op de IC het aanspreekpunt zijn voor fysiotherapeuten als het gaat om informatie-uitwisseling over IC-patiënten. Tevens wordt er ook gebruik gemaakt van het digitaal medisch patiënten dossier om informatie te delen. Wel blijkt dat dit niet altijd nauwkeurig wordt gelezen. De behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de IC in relatie tot een IC-patiënt lopen sterk uit een. Er is onder andere behoefte naar aan te scherpen van communicatie over patiënten tussen disciplines onderling. Het is zo dat er vaak over de patiënt heen wordt gepraat terwijl de patiënt er zelf bij is. Daarnaast zijn er fysiotherapeuten die geen wensen en/of behoeften betreffende communicatie hebben. Vervolgens zijn er enkele fysiotherapeuten die specifieke behoeften hebben zoals een I-pad, lichter en makkelijkere apparatuur lijkt hen iets. Uit de onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen vloeit ook een belangrijke behoefte. Fysiotherapeuten hebben behoefte te willen weten wat de aanwezige/beschikbare vormen van communicatieondersteuning zijn, wat zijn de verschillen en wanneer kunnen ze worden ingezet.

4. Discussie

4.1 Doel onderzoek

Er is geïnventariseerd aan de hand van interviews wat de beleving, visie en ervaring van fysiotherapeuten zijn in communicatie met IC-patiënten. Aangezien daar nog weinig over bekend is, is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Voor dit kwalitatief behoefteonderzoek is een onderzoeksvraag geformuleerd. “Welke behoeften hebben fysiotherapeuten op de intensive care betreffende communicatieondersteuning in relatie tot volwassen IC-patiënten” Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag zijn er ook enkele deelvragen opgesteld. “Welke vormen van communicatieondersteuning zijn er tot op heden aanwezig op de intensive care”? “Welke communicatieondersteuning worden tot op heden ingezet door fysiotherapeuten op de intensive care”?

4.2 Resultaten in relatie met reeds bestaande literatuur

Fysiotherapeuten hanteren onder andere verbale- en non-verbale communicatievormen om te kunnen communiceren met de zwakke en communicatief belemmerde IC-patiënt. Het merendeel van de geïnterviewde fysiotherapeuten zet in eerste instantie verbale communicatie in. Zij geven aan dat altijd blijven praten tegen de IC-patiënt en alles uitvoerig benoemen eerste prioriteit heeft. Vertellen wat je aan het doen bent wordt als belangrijk en waardevol beschouwd. Dat is het advies wat fysiotherapeuten aan elkaar geven. Deze wijze van communiceren en het belang daarvan kan in relatie worden gebracht met al bestaande literatuur. Zo beschrijft een ex IC-patiënt steun te willen ervaren. Hij wil te allen tijde gegroet worden op de IC en niet het gevoel krijgen dat hij alleen bekeken wordt maar ook echt wordt gezien als persoon en meetelt (www.opeeniceligger.nl 2013). Batty (2009) zegt dat het inzetten van een goede en optimale communicatie tussen patiënt en professional de zorg en het welzijn van de patiënt zal bevorderen. Dit kan de duur van het verblijf op de IC terugdringen. De geïnterviewde fysiotherapeuten zeggen ook non-verbale communicatie in te zetten wanneer gesproken communicatie beperkt- of niet mogelijk is. Wat opvalt, is dat voornamelijk het ja/nee knikken, knippen en de ogen volgen de meest voorkomende vormen zijn die worden ingezet. Er wordt vooral geprobeerd om met gesloten vragen te werken, mensen ja/nee te laten knikken en eventueel te laten knippen als dat mogelijk is. Naast verbale- en non-verbale communicatie blijkt dat fysiotherapeuten ook gebruik maken van communicatieondersteuning. Volgens Happ et al. (2011) omvat communicatieondersteuning alle aspecten die worden ingezet naast het verbaal uiten van taal, hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan knikken met het hoofd, gebaren, aanwijzen en/of oogbewegingen. Daarnaast valt onder communicatieondersteuning ook ondersteunende hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen die kunnen worden ingezet om de communicatie te vergemakkelijken (Beukelman & Mirenda, 2005). Voorbeelden hiervan zijn een pen en papier, communicator, I-pad of letterbord. Het valt op dat de geïnterviewde fysiotherapeuten veelal gebruik maken van atechnische communicatieondersteuning. De meest veelgebruikte vormen hiervan zijn patiënten laten schrijven en de inzet van het letterbord. Als patiënten goed bij kennis zijn en motorisch

redelijk in orde, laten fysiotherapeuten hen schrijven. Wanneer schrijven niet lukt wordt de letterkaart ingezet. IC-patiënten vormen het woord dat zij willen formuleren letter voor letter. De fysiotherapeut gaat met een vinger langs het alfabet en de IC-patiënt knikt bij een juist letter, vervolgens probeert de fysiotherapeut het woord te formuleren. Echter wordt naast het gebruik van atechnische communicatieondersteuning nauwelijks gebruik gemaakt van technische hulpmiddelen. Fysiotherapeuten geven aan deze technische communicatiemiddelen nog niet te zijn tegengekomen op de IC en/of deze zijn niet aanwezig op de IC. Het weinig tot geen gebruik maken van deze vormen van communicatieondersteuning kunnen mogelijk voortkomen uit de onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. Fysiotherapeuten zeggen niet te weten wat er allemaal mogelijk is qua inzet- en gebruik van communicatieondersteuning, zeker op het gebied van technologie. Ze geven ook aan niet op de hoogte te worden gehouden en fysiotherapeuten vragen zich af of de bekendheid en de beschikbaarheid daarover wel groot genoeg is. De onwetendheid die fysiotherapeuten hierover ervaren kunnen leiden tot het nauwelijks inzetten van technische communicatieondersteuning. Wanneer er geen weet is van communicatie mogelijkheden op de IC en beschikbare hulpmiddelen is het moeilijk dit toe te passen in de praktijk. Radtke et al. (2011) beschrijven dat alternatieve en ondersteunende communicatie nog niet standaard wordt ingezet op de IC. Maar het gebruik van alternatieve en ondersteunende communicatie kan extra ondersteuning bieden en de communicatie op de IC verbeteren. Uit dit kwalitatief onderzoek blijkt dat de fysieke en psychische gesteldheid van patiënt invloed heeft op de manier van communiceren met de IC-patiënt. Fysiotherapeuten tonen aan dat wanneer patiënten niet helder van geest zijn, zij weinig kunnen communiceren. Patiënten kunnen ook beademd worden, verlamd zijn of gesedeerd zijn waardoor ze niet- of nauwelijks aanspreekbaar zijn. Er komt vaak geen dialoog tot stand en de communicatie wordt ervaren als geen tweerichtingsverkeer. Op basis van de fysieke en psychische gesteldheid van de IC-patiënt wordt er gekeken welke vorm van communicatie het beste passend is. Het blijkt dat fysiotherapeuten vaak niet zelf de communicatievormen uitkiezen. De geïnterviewde fysiotherapeuten geven aan dat verpleegkundigen op de IC het aanspreekpunt zijn voor hen. Bijna alle fysiotherapeuten geven aan dat de behandeling start bij de verpleegkundige die op dat moment aanwezig is op de IC. Wanneer fysiotherapeuten vragen hebben betreffende communicatie of als zij dingen willen voorleggen aan de verpleegkundige, communiceren fysiotherapeuten rechtstreeks met verpleegkundigen. De literatuur toont aan dat verpleegkundigen veel betrokken zijn bij de IC-patiënt. Onderzoek van Westbrook, Duffield, Li en Creswick (2011) beschrijft dat verpleegkundigen 37% van hun tijd besteden aan directe zorg. Deze directe zorg omvat de tijd die verpleegkundigen één op één doorbrengen met patiënten. Het kan dus als logisch worden beschouwd dat fysiotherapeuten veelal leunen op de inbreng van verpleegkundigen omdat zij het meest intensief betrokken zijn bij de IC-patiënt. Maar de vraag is of fysiotherapeuten blindelings moeten vertrouwen op verpleegkundigen, als het gaat om het aanbieden van communicatieondersteuning. Zo wijst onderzoek van Radtke et al. (2011) uit dat verpleegkundigen niet routinematig zijn getraind in het gebruik van communicatieondersteuning en communicatiestrategieën. Naast de onwetendheid van beschikbare communicatiemiddelen ervaren fysiotherapeuten ook moeilijkheden betreffende het omgaan met emoties van de IC-patiënt. Radtke et al. (2011) beschrijven dat IC-patiënten vaak last hebben van

angstgevoelens, paniek, frustraties en slapeloosheid. Fysiotherapeuten zeggen veel frustraties waar te nemen bij IC-patiënten. Vaak ontstaan deze emoties doordat IC-patiënten belemmerd zijn in het communicatief uiten. Fysiotherapeuten geven aan deze frustraties graag weg te willen nemen maar niet weten hoe. Wanneer fysiotherapeuten weten hoe zij met emoties van de IC-patiënt om moeten gaan, kunnen deze misschien worden teruggedrongen en zal dat de duur van de IC-opname mogelijk verkorten. Roberts et al. (2013) adviseren om als fysiotherapeut niet alleen in te gaan op de ziekte van de patiënt maar ook op de impact van de ziekte en wat daarbij echt belangrijk is voor de patiënt. Dit zal een positieve invloed hebben op het verloop van de therapie en zal het herstel bespoedigen. De behoeften die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen lopen sterk uiteen. Er is behoefte naar het aanscherpen van communicatie over patiënten tussen disciplines onderling. Fysiotherapeuten geven aan dat er regelmatig letterlijk over de patiënt heen wordt gepraat. De IC-patiënt centraal stellen wordt toch wel als belangrijk gezien. Zij geven aan dat meer bewustwording hiervan al zou helpen. Een andere specifieke behoefte die een aantal fysiotherapeuten heeft is lichter en makkelijkere communicatieondersteuning, zoals I-pads. Daarnaast zegt een deel van de geïnterviewde fysiotherapeuten geen wensen en/of behoeften betreffende communicatie te hebben. Zij geven aan te handelen met de middelen die er zijn en niet persé een communicatiemiddel nodig te hebben om beter te kunnen communiceren met een patiënt. Zij vinden niet dat er hele moeilijke dingen betreffende communicatie aangeschaft hoeven te worden. De uitspraak over 'geen behoefte aan moeilijke dingen' kan voortvloeien uit de ervaringen die fysiotherapeuten hebben gezien de onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. Want een sterke behoefte die naar voren komt is het willen weten wat alle communicatiemogelijkheden zijn, wat de verschillen zijn tussen bepaalde communicatievormen, waarop keuzes worden gebaseerd. Fysiotherapeuten geven aan niet goed op de hoogte te worden gehouden. De bestaande literatuur en onderzoeksresultaten tonen aan dat er tot op heden onvoldoende inzicht is wat de communicatiemogelijkheden zijn op de IC, tussen fysiotherapeuten en IC-patiënten. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek, waarin dat ook sterk naar voren komt, sluiten dan ook aan op de bestaande literatuur.

4.3 Methodologie

De resultaten van dit onderzoek zijn beperkt generaliseerbaar, dit komt door het aantal geringe participanten (tien). Echter hoeft de beperkte generaliseerbaarheid niet gezien te worden als een tekortkoming. Dit is niet het belangrijkste streven bij kwalitatief onderzoek. Het doel van dit onderzoek was namelijk dieper inzicht krijgen in de visie, ervaring en beleving van fysiotherapeuten betreffende communicatie met IC-patiënten. Er zijn tien interviews gehouden met tien fysiotherapeuten binnen Brabant en één in Nijmegen. Deze matige variatie binnen de onderzoekspopulatie kan de interne validiteit mogelijk beperken. De resultaten komen voort uit een onderzoekspopulatie die werkzaam is in ziekenhuizen in eenzelfde regio met een uitzondering van één participant. De onderzoeksresultaten zijn niet verkregen over geheel Nederland. De onderzoeksresultaten zijn hierdoor mogelijk minder betrouwbaar. Het streven was tien participanten te includeren voor dit onderzoek. Dit streven is

behaald. Ook is het streven behaald participanten te includeren die aan de vooraf opgestelde in- en exclusie criteria voldeden. Bij kwalitatief onderzoek is de onderzoekspopulatie vaak klein en wordt er met het houden van tien interviews veelal saturatie bereikt (Boeije, 2005). Met het doel te streven naar saturatie van informatie, is er gekozen om dezelfde semigestructureerde interviewstijl en interviewvragen toe te passen bij elke participant. Het voordeel van het toepassen van dezelfde interviewstijl en –vragen was dat er daadwerkelijk na tien interviews saturatie is bereikt en dat er een duidelijk totaalbeeld is verkregen doordat dezelfde interviewvragen zijn gesteld aan iedere participant. Soms was er wel sprake van het stellen van suggestieve vragen, hierdoor werden participanten wellicht één bepaalde richting ingeduwd door de onderzoekers. Doordat er soms suggestieve vragen zijn gesteld, zijn er mogelijk enkele sociaal gewenste antwoorden verkregen. Dit kan de interne validiteit enigszins beperken. Toch is geprobeerd de interne validiteit zoveel mogelijk te waarborgen door semigestructureerde interviews te houden en daarmee voldoende ruimte te creëren voor de input van participanten. Het streven was elke participant individueel te interviewen. Echter betrof er één uitzondering. Eén fysiotherapeut is gelijktijdig geïnterviewd met een andere participant (logopedist). Deze participanten vonden het prettig gezamenlijk geïnterviewd te worden en zij dachten elkaar goed aan te vullen. Ondanks deze afwijking zijn deze participanten toch geïnccludeerd. De resultaten zijn meegenomen in de analyse omdat er relevante en bruikbare informatie is verschaft en het een waardevol interview bleek te zijn voor het onderzoek. Ook heeft dit kwalitatief onderzoek mogelijk een bijdrage geleverd aan de vooralsnog matige ‘evidence based’ betreffende dit onderwerp. De resultaten beschrijven vanuit het perspectief van fysiotherapeuten hun visie, ervaring, beleving en behoeften betreffende communicatie op de IC. De bestaande literatuur toont tot op heden veelal geen onderzoeksresultaten over de ervaring, wensen en behoeften van fysiotherapeuten. Dit onderzoek is het eerste wetenschappelijke kwalitatieve onderzoek dat is uitgevoerd door de onderzoekers. Hoewel er theoretische kennis is vergaard over het uitvoeren van kwalitatief onderzoek zijn zowel de theoretische- en praktische onderzoeksvaardigheden nog in ontwikkeling.

4.4 Maatschappelijke relevantie

Dit kwalitatieve onderzoek heeft zich gericht op de visie, beleving en ervaring van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de IC. Er is in kaart gebracht welke communicatiemogelijkheden volwassen IC-patiënten hebben op de IC, welke vormen van communicatieondersteuning er worden ingezet op de IC en welke behoeften betreffende communicatie er spelen bij fysiotherapeuten. Met antwoorden op deze onderzoeksvragen kan de totale communicatie (verbaal, non-verbaal, communicatieondersteuning) op de IC mogelijk verbeterd worden tussen fysiotherapeuten en IC-patiënten. Dit zal uiteindelijk leiden tot een hogere kwaliteit van patiënt gerichte zorg. Batty (2009) toont aan dat het inzetten van een goede en optimale communicatie tussen patiënt en professional de zorg en het welzijn van de patiënt zal bevorderen. Dit kan de duur van het verblijf op de IC terugdringen. Dit kwalitatieve onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan het inzicht krijgen van het communicatieverloop, de inzet van communicatievormen tussen fysiotherapeuten en IC-patiënten op de IC en inzicht krijgen in de wensen/behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie.

Gezien de resultaten van dit onderzoek zal er meer kennis moeten worden vergaard over alle mogelijkheden en vormen van communicatieondersteuning en de inzet en ervaring daarvan zal moeten worden vergroot, wellicht zullen fysiotherapeuten dan meer bekwaam en flexibeler worden in het gebruik en de inzet van communicatieondersteuning. Dit zal vervolgens leiden tot prettiger en makkelijker communiceren met IC-patiënten en zal hopelijk zorgen voor meer succesvolle communicatieve interacties. Het blijkt uit dit onderzoek dat fysiotherapeuten beperkt inzicht hebben wat de mogelijkheden qua communicatieondersteuning zijn, deze onwetendheid leidt mogelijk tot het relatief weinig inzetten van communicatieondersteuning. Het behandeltraject dat fysiotherapeuten hanteren kan ook mogelijk efficiënter worden gemaakt. Wanneer fysiotherapeuten weten wat de aanwezige/beschikbare communicatiemiddelen zijn en wanneer deze kunnen worden ingezet, kan het behandeltraject mogelijk worden versneld, wat tot tijd- en kostenbesparingen kan leiden. Door de inzet van goede en optimale communicatievormen door fysiotherapeuten kan tevens het herstelproces van de IC-patiënt worden bevorderd en wordt ervoor gezorgd dat de bedreigende, ingewikkelde en angstige IC-fase zo hanteerbaar mogelijk wordt voor de IC-patiënt. Uit dit kwalitatieve onderzoek blijkt dat de ervaringen en wensen/behoefte betreffende communicatie sterk variëren bij fysiotherapeuten. De tevredenheid zal mogelijk toenemen op medisch en sociaal gebied bij zowel fysiotherapeuten als IC-patiënten, wanneer de onderzoeksresultaten zullen worden gehanteerd voor dieper, grondiger en grootschaliger vervolgonderzoek over alle provincies van Nederland. De nadruk ligt dan op welke factoren daadwerkelijk van invloed zijn op het communicatieverloop en wat de exacte wensen/behoefte zijn van fysiotherapeuten.

4.5 Aanbevelingen

Voor het werkveld van fysiotherapeuten wordt er geadviseerd om fysiotherapeuten vaker logopedisten in te laten schakelen betreffende de inzet van communicatieondersteuning. Fysiotherapeuten zeggen dat verpleegkundigen voor hen het aanspreekpunt zijn op de IC als het gaat om de inzet van communicatieondersteuning. Volgens de fysiotherapeuten reiken veelal de verpleegkundigen communicatieondersteuning aan. Echter blijkt dat verpleegkundigen niet routinematig zijn getraind in het gebruik van communicatieondersteuning en communicatiestrategieën (Radtke et al. 2011). Logopedisten zijn vakbekwaam in het verstrekken van en adviseren over ondersteunende communicatie volgens Ballin, Baladin, Standcliffe en Togher (2011).

Tevens wordt voor het werkveld van fysiotherapeuten aanbevolen voorlichtingen en/of cursussen te geven aan fysiotherapeuten werkzaam op de IC. Er zullen voorlichtingen en/of cursussen moeten worden verschaft onder andere over de aanwezige en beschikbare communicatievormen. Tevens over hoe communicatieondersteuning te gebruiken is en wanneer communicatieondersteuning kan worden ingezet door fysiotherapeuten. Logopedisten zijn de aangewezen specialisten op communicatief gebied en in het geven van voorlichtingen en/of cursussen. Fysiotherapeuten ervaren onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. Zij geven aan niet te

weten wat er allemaal beschikbaar is, zeker op technologisch gebied. Tevens zeggen fysiotherapeuten ook niet op de hoogte te worden gehouden van communicatiemogelijkheden.

Aansluitend op de hierboven beschreven aanbeveling voor het werkveld van fysiotherapeuten over cursussen/voorlichtingen betreffende communicatieondersteuning, kan er ook een aanbeveling worden gedaan voor de toekomst. Er zal geïnventariseerd moeten worden wat de exacte aanwezige, beschikbare en bruikbare vormen van communicatieondersteuning zijn voor fysiotherapeuten op de IC in ziekenhuizen binnen alle provincies in Nederland. Het blijkt dat dit tot op heden onduidelijk is.

Een andere aanbeveling is nader onderzoek te verrichten naar het effect van de inzet van technische communicatieondersteuning op de IC, zoals I-pads met communicatieapps en wat de inzet hiervan betekent voor het herstel van de IC-patiënt. Fysiotherapeuten geven aan behoefte te hebben naar lichtere en makkelijker communicatie ondersteunende hulpmiddelen zoals I-pads.

Ook wordt er aanbevolen te onderzoeken of fysiotherapeuten angstgevoelens en/of frustraties van IC-patiënten kunnen beperken en terugdringen en hoe zij dat mogelijk kunnen doen. Fysiotherapeuten zeggen namelijk veel frustraties waar te nemen bij IC-patiënten. Vaak ontstaan deze emoties doordat IC-patiënten belemmerd zijn in het communicatief uiten. Fysiotherapeuten geven aan deze frustraties graag weg te willen nemen maar zij weten niet hoe. Roberts et al. (2013) adviseren om als fysiotherapeut niet alleen in te gaan op de ziekte van de patiënt maar ook op de impact van de ziekte en wat daarbij echt belangrijk is voor de patiënt. Dit zal een positieve invloed hebben op het verloop van de therapie en zal het herstel bespoedigen.

Vervolgens wordt er aanbevolen nader onderzoek te verrichten naar het communicatieverloop tussen IC-professionals onderling over IC-patiënten. Enkele fysiotherapeuten geven aan dat de communicatie over patiënten tussen disciplines onderling aangescherpt kan worden. Het is een aandachtspunt omdat er vaak over de patiënt wordt gepraat terwijl de patiënt erbij aanwezig is en er wordt over de patiënt heen gepraat in plaats van de IC-patiënt te betrekken bij een gesprek met professionals.

Ten slotte wordt er aanbevolen dieper en grootschaliger onderzoek in alle provincies van Nederland te verrichten naar de visie, beleving en ervaring van fysiotherapeuten, betreffende communicatie op de IC, in relatie tot IC-patiënten. Voor dit onderzoek is er een relatief kleine groep participanten geïnccludeerd. Wanneer er vervolgonderzoek plaatsvindt, is de aanbeveling een grotere onderzoekspopulatie te includeren. Dit zal de generaliseerbaarheid vergroten. Er kan gezien de resultaten van dit onderzoek vanuit worden gegaan dat op bepaalde punten dezelfde ervaringen en wensen/behoefte worden gedeeld door fysiotherapeuten. Toch zal er dieper inzicht moeten worden verkregen, aan de hand van een breder onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie, welke factoren daadwerkelijk van invloed zijn op het communicatieverloop en wat de exacte wensen/behoefte zijn van fysiotherapeuten.

5. Conclusie

Voor dit kwalitatief behoefte onderzoek is een onderzoeksvraag geformuleerd. “Welke behoeften hebben fysiotherapeuten op de intensive care betreffende communicatieondersteuning in relatie tot volwassen IC-patiënten”? Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag zijn er ook enkele deelvragen opgesteld. “Welke vormen van communicatieondersteuning zijn er tot op heden aanwezig op de IC”? en “Welke communicatieondersteuning worden tot op heden ingezet door fysiotherapeuten op de intensive care”?

Terugkijkend naar de onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat er een diversiteit is aan behoeften die fysiotherapeuten hebben betreffende communicatieondersteuning op de IC, voornamelijk uit onwetendheid van aanwezige- en beschikbare communicatiemiddelen.

Het merendeel van de fysiotherapeuten ervaart onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen. Fysiotherapeuten geven aan niet te weten wat er allemaal mogelijk is qua inzet- en gebruik van communicatieondersteuning. Tevens zeggen zij niet op de hoogte te worden gehouden en vragen ze zich af of de bekendheid en de beschikbaarheid van verscheidene communicatievormen wel groot genoeg is. De vormen van communicatieondersteuning die tot op heden worden ingezet door fysiotherapeuten zijn onder andere verbale- en non-verbale communicatievormen. Het merendeel van de geïnterviewde fysiotherapeuten zet in eerste instantie verbale communicatie in. De fysiotherapeuten geven aan dat altijd blijven praten tegen de IC-patiënt en alles uitvoerig benoemen eerste prioriteit heeft. Non-verbale communicatie wordt veel ingezet door fysiotherapeuten. Wat opvalt, is dat voornamelijk het ja/nee knikken, knijpen en de ogen volgen de meest voorkomende vormen zijn die worden ingezet. Ook maken fysiotherapeuten gebruik van atechnische hulpmiddelen. De meest veelgebruikte vormen hiervan zijn patiënten laten schrijven en de inzet van het letterbord. De behoeften van fysiotherapeuten betreffende communicatie op de IC in relatie tot een IC-patiënt lopen sterk uit een. Er is onder andere behoefte om communicatie over patiënten tussen disciplines onderling aan te scherpen. Het is zo dat er vaak over de patiënt heen wordt gepraat terwijl de patiënt er zelf bij is. Dit is een groot aandachtspunt. Ook zouden fysiotherapeuten angstgevoelens en frustraties willen wegnemen bij patiënten, echter weten zij niet hoe zij die moeten wegnemen. Daarnaast zijn er fysiotherapeuten die geen wensen en/of behoeften betreffende communicatie hebben. Vervolgens zijn er enkele fysiotherapeuten die specifieke behoeften hebben zoals een I-pad, lichter en makkelijkere apparatuur lijkt hen iets. Uit de onwetendheid over de aanwezigheid van beschikbare communicatiemiddelen vloeit ook een belangrijke behoefte voort. Fysiotherapeuten hebben behoefte te willen weten wat de aanwezige/beschikbare vormen van communicatieondersteuning zijn, wat zijn de verschillen en wanneer zet je ze in.

6. Literatuur

- AMC. (2009). *Revalidatie geneeskunde*. Op 22-12-13 verkregen via <http://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Zoek-op-specialisme/Revalidatiegeneeskunde/In-het-AMC-magazine/De-IC-laait-diepe-sporen-na.htm>
- Ballin, L., Balandin, S., Stancliffe, R. J., & Togher, L. (2011). Speech-language pathologists' views on mentoring by people who use speech generating devices. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 446–457.
- Batty, S. (2009). Communication, swallowing and feeding in the intensive care unit patient. *Journal compilation*, 14, 175-197.
- Berney, S., Haines, K., & Denehy, L. (2012). Physiotherapy in Critical care In Australia. *Cardiopulmonary physical care journal*, 23, 19-25.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2005). *Augmentative and Alternative Communication*. Baltimore: Brookes publishing.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Meppel: Boom onderwijs.
- Gelderse vallei. (z.j.). *Intensive care en fysiotherapie*. Op 8-11-13 verkregen via <http://www.geldersevallei.nl/informatie/659/intensive-care-en-fysiotherapie>
- Happ, M. B., et al. (2011). Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *School of Nursing, University of Pittsburgh, Pennsylvania, USA*, 2, 28-40.
- Hulshof, M. (2007). *Leren interviewen*. Hardegarijp: Noordhoff Uitgevers.
- Hurting, R. R., & Dowey, D. A. (2009). Augmentative and alternative communication in acute and critical care settings. *San Diego: Plural Publishing*, 3, 33-50.
- Ictwijs. (2006) *ictwijs*. Op 11-12-13 verkregen via <http://www.ictwijs.eu/index.cfm?ee=2|262>
- Jacobi, J. F. G. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medical*, 1, 119-141.
- Maas, A., Spoelstra, E., Brand, I., & Smits, T. (2003). *Samen op weg naar een betere communicatie*. Eindhoven: Fontys Paramedische Hogeschool.
- Medisch contact. (2011). *de ic-patiënt behoeft nazorg*. Op 22-12-13 verkregen via <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/98735/de-icpatient-behoeft-nazorg.htm>

Merilainen, M., Kyngas, H., & Ala-Kokko T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. *Intensive Care Medicine*, 2, 78-87.

Morris, P. E., et al. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical care medicine*, 36, 1-6.

Onze lieve vrouwen gasthuis. (2013). *Spraakcomputer op de intensive care we geven patiënten een stem terug*. Op 18-11-13 verkregen via http://www.olvg.nl/over_het_olvg/publicaties/entree/entree_mei_2013/spraakcomputer_op_de_intensiv_e_care_we_geven_patienten_een_stem_terug

Oomkes, F. R. (2000). *Communicatieleer*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Op een IC liggen. (z.j.). *ic beweging deel 3 slot*. Op 14-11-13 verkregen via <http://www.opeenicliggen.nl/restklachten/ic-beweging-deel-3-slot/>

Op een IC liggen. (z.j.). *revalidatie-lichamelijk*. Op 13-11-13 verkregen via <http://www.opeenicliggen.nl/na-de-ic/nazorg/revalidatie-lichamelijk/>

Paramedisch. (2013). *Fysiotherapie op de intensive care afdeling*. Verkregen op 14-11-13 via <http://www.paramedisch.org/cursussen/eventdetail/732/-/fysiotherapie-op-de-intensive-care-afdeling.html>

Radtke, J., Baumann, B., Garrett, K., & Happ, M. (2011). Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 791-795

Roberts, L. C., Whittle, C. T., Cleland, J., & Wald, M. (2013). Measuring Verbal Communication in Initial Physical Therapy Encounters. *Physical Therapy*, 93, 479-491.

Slatore, C. G., et al. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patiënt-centered care. *American Journal of Critical Care*, 21, 410-418.

UMC St Radboud. (z.d.). *VoICe geef patiënten hun stem terug!* Op 14-11-13 verkregen via <http://voice-intensivcare.nl/product/>

Westbrook, J., Duffield, C., Li, L., & Creswick, N.J. (2011). How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BioMed Central health services research*, 11, 1-12

Bijlagen I Informatiebrief

Afstudeeronderzoek: CommunICatie *Onderzoek naar de communicatiemogelijkheden op de intensive care.*

Geachte heer/mevrouw,

In opdracht van Fontys Paramedische Hogeschool zijn wij gestart met ons afstudeeronderzoek “communICatie”. In deze informatiebrief wordt het doel van het onderzoek uitgelegd. Ook wordt uitgelegd hoe het onderzoek plaatsvindt en wat er met uw gegevens gebeurt. Heeft u na het lezen van de informatie nog vragen, dan kunt u altijd terecht bij de onderzoekers. Onderaan deze brief vindt u de contactgegevens.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Volgens het NIVEL (2008) worden er in Nederland naar schatting jaarlijks zo’n 76.000 mensen opgenomen op een Intensive Care. Als gevolg van de vergrijzing, zal dit aantal in de toekomst nog groeien. Het gaat hier om ernstig zieke patiënten, bij wie vitale functies zijn verstoord of uitgevallen (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2002). Dit zorgt er voor dat er op de IC een grote diversiteit is aan stoornissen, waarbij de communicatie van de patiënten mogelijk wordt beperkt door hun aandoening. Een goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener en overige direct betrokkenen is belangrijk om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Problemen in de communicatie kunnen o.a. ontstaan wanneer patiënten beperkt worden in het spreken (Beukelman et al. 2007), door bijvoorbeeld verminderde fysieke belastbaarheid, intubatie, cognitieve problemen, trauma en/of operatie van mond- en keelgebied, of een respiratoire stoornis. Het is nog onvoldoende duidelijk welke mogelijkheden er zijn om de communicatie van deze zwakke doelgroep te ondersteunen op de IC en welke daadwerkelijk ingezet worden op de IC. Het is voor zorgverleners belangrijk te weten welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden om de communicatie te ondersteunen, op het moment dat verbale taalproductie onvoldoende toereikend is (Finke, Light, & Kitko, 2008).

Door middel van dit onderzoek willen we een beeld krijgen welke communicatiemogelijkheden volwassen patiënten hebben op de intensive care en inventariseren welke communicatie ondersteunende hulpmiddelen op dit moment ingezet worden en welke behoeften er spelen bij IC-personeel, familie/naasten en ex-patiënten omtrent communicatie.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Er zijn verschillende disciplines werkzaam op de intensive care. Voor dit kwalitatief onderzoek is een selectie van disciplines gemaakt die deel zullen nemen aan dit onderzoek. Namelijk logopedisten, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Daarnaast zullen ook ex IC-patiënten en de familieleden hiervan worden meegenomen in dit onderzoek. Er zullen open interviews worden gehouden waarin de visie van de participanten centraal staat. Er wordt hierin naar de mening van hen gevraagd. Er komen twee studenten (verder genoemd onderzoekers) van de Fontys Hogeschool op bezoek voor het interview. Dit interview duurt ongeveer 30 minuten. Het interview wordt opgenomen en na afloop

letterlijk uitgetypt. Een samenvatting van deze uitgetypte versie krijgt u te lezen en u kunt er op- of aanmerkingen bij plaatsen. De interviews worden vervolgens anoniem geanalyseerd. De gegevens die uit het onderzoek naar voren komen kunnen worden gebruikt om inzicht te krijgen in de communicatie tussen patiënt en discipline en patiënt en familie. En welke communicatiemogelijkheden er zijn. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

4. Wat wordt er van u verwacht?

Uw mening en ervaring zijn voor de onderzoekers van groot belang. Deelname aan het interview geeft u de mogelijkheid om uw ervaring te delen met de onderzoekers.

Uiteindelijk doel van het onderzoek is om een beeld te krijgen welke communicatiemogelijkheden volwassen patiënten hebben op de intensive care en inventariseren welke communicatie ondersteunende hulpmiddelen op dit moment ingezet worden en welke behoeften er spelen bij IC-personeel, familie/naasten en ex-patiënten omtrent communicatie.

5. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u mee wilt werken aan dit onderzoek. Deelname hieraan is geheel vrijwillig. Als u besluit niet deel te nemen aan dit onderzoek, is het gewenst een e-mail te sturen (zie onderstaand adres) met een afwijzing. U hoeft daarbij geen gegronde reden te vermelden. Wanneer u besluit deel te nemen aan dit onderzoek, kunt u altijd gedurende het onderzoek loopt nog besluiten af te zien van uw deelname.

6. Wilt u verder nog iets weten?

Indien u vragen heeft kunt u contact opnemen met de onderzoekers of begeleiders.

Gegevens onderzoekers:

Namen:

Linda de Wit, Lotte Farenhorst, Ilse Klijn en Diede Munnik

Email adressen:

linda.dewit@student.fontys.nl

l.farenhorst@student.fontys.nl

Ilse.klijn@student.fontys.nl

d.munnik@student.fontys.nl

Gegevens onderzoeksbegeleiders:

Namen:

Lotte Terwoert en Stijn Deckers

Email adressen:

l.terwoert@fontys.nl

stijn.deckers@fontys.nl

Bijlage II Toestemmingsverklaring

INFORMED CONSENT

Onderzoek `CommuniCatie` Communicatiemogelijkheden op de intensive care.

Verklaring deelnemer:

De looptijd van het gehele onderzoek is van oktober 2013 tot en met december 2013. Voor het onderzoek word ik eenmalig geïnterviewd. Het interview wordt opgenomen en vervolgens uitgewerkt. De onderzoeker maakt een samenvatting die ter controle aan mij wordt toegestuurd.

Al mijn gegevens worden anoniem verwerkt en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt. Na afloop van het onderzoek worden alle gegevens van de interviews en de bandopnames vernietigd. Ik heb voldoende informatie gekregen over het onderzoek en ik geef toestemming om deel te nemen. Ik weet dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder gewenst moment kan beslissen om van deelname af te zien. Daarvoor ben ik niet verplicht een gegronde reden te geven.

Naam:

Datum:

Handtekening:

(eventueel: emailadres):

Verklaring onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Email adres:

Bijlage III Geheimhoudingsverklaring



B8 Geheimhoudingsverklaring

Naam: Olse Klyn

Studentnr: 2162167

Titel:

Communicatie

Inhoud (omschrijving):

Communicatiemogelijkheden op de ic.

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Olse Klyn

(handtekening) Datum: 7/10/13

Begeleider:

Naam: J. Teunissen

(handtekening) Datum: 7/10/13

PGO-coördinator: voor ontvangst

Naam: J. Teunissen

(handtekening) Datum: 7/10/13

Bijlage V Topiclijst

1. Benaderwijze

Om de communicatie te onderzoeken op de IC is het van belang de benaderwijze in kaart te brengen tussen patiënt en disciplines, patiënt en familie en bij ex-patiënten zelf. Dit omdat communicatie over benaderen gaat. Hoe verloopt dit op momenteel en in het verleden?

2. Moeilijkheden die worden ervaren op het gebied van communicatie

Vanuit de moeilijkheden die worden ervaren omtrent communicatie kan een link gelegd worden met de behoeften die er nog zijn.

3. Communicatie ondersteuning

Om te inventariseren wat er nu en in het verleden ingezet wordt als totale communicatie.

4. Verschillende COH (welke worden gebruikt)

Om te inventariseren welke hulpmiddelen er op de IC aanwezig zijn en in welke mate het gebruikt wordt en wat de voor en nadelen zijn van elk hulpmiddel. Daarnaast is het van belang te weten welke hulpmiddelen er in het ziekenhuis aanwezig zijn en waarom deze bijvoorbeeld niet worden ingezet op de IC.

5. Communicatie met patiënt en tussen disciplines onderling.

Het is belangrijk te weten hoe disciplines onderling communiceren over de communicatiemogelijkheden met patiënten. Wordt er één lijn getrokken op het gebied van communicatie? Hoe wordt de communicatie door de patiënt zelf ervaren?

6. Behoeften

Door het inventariseren van de behoeften betreffende alle communicatiemogelijkheden van ex-patiënten, professionals en familie kunnen na dit onderzoek aanbevelingen worden gedaan voor het verbeteren van de communicatie, dit zal de kwaliteit van de zorg op de intensive care ten goede komen.

Alle hierboven genoemde punten zijn van belang om een totaal beeld te krijgen van de communicatie op een intensive care. Door al deze punten mee te nemen in de interviews tijdens het onderzoek zijn de onderzoekers in staat een overzicht te bieden van de gang van zaken in de praktijk op dit moment. Daarnaast kan er een overzicht gegeven worden van de behoeftes ten aanzien van communicatieondersteuning op de intensive care.

Bijlage IV interviewvragen

1. Vertelt u eens hoe de communicatie verloopt op de IC met een patiënt die belemmerd is in het communiceren?
 - Wanneer gesproken communicatie niet goed verloopt, welke vorm van communicatie zet u dan in? (Communicatie ondersteuning/ communicatie ondersteunende hulpmiddelen)
 - Wat is er aanwezig, waarom wel/niet gebruikt.
2. Hoe ervaart u de communicatie? (alle vormen van communicatie)
 - Tegen welke problemen loopt u aan omtrent communicatie tijdens de communicatie met een patiënt op de IC?
3. Er zijn veel verschillende disciplines betrokken bij een ic patiënt.
 - Hoe zorgen jullie ervoor dat jullie eenzelfde vorm van communicatie toepassen bij de patiënt.
4. Als u uitgaat van de huidige aanwezige communicatiemogelijkheden, welke behoeften zijn er dan nog bij u om de communicatie te verbeteren?

Bijlage VI codeboom

tijdgebrek tijdens fysiotherapeutische behandelingen

- communicatie veelal later op gewone afdeling (fy1)
- uitleg instructies later op de afdeling (fy1)
- tijdrovend (fy2)(fy4)
- duidelijkheid krijgen in communicatie kost veel tijd (fy3)
- 2 dingen tegelijk; oefeningen doen en communicatie is lastig (fy4)
- alleen communicatie aan begin van de behandeling (fy 5)
- fysio neemt genoeg tijd voor patiënt betreffende communicatie (fy 6)
- tegenstelling**
- behandeling belangrijker dan communicatie→ tweede/derde plek (fy 8)
- fysieke oefeningen en communicatie lastig samen (fy9)
- kost veel tijd wanneer communicatie niet lukt (fy4)(fy 10)
- fysio stopt veel tijd in patiënten, verdiend zich wel weer terug (fy10)
- tegenstelling**

Moeilijkheden in communicatie door fysieke en psychische gesteldheid patiënt

- geen stem door tube, beademingsbuis, canule of tracheostoma (fy1)(fy2)(fy3)(fy7)
- neurologische patiënt lastiger te communiceren (fy1)
- verminderd begrip, lastig dingen voor te doen (fy1) (fy4) (fy5) (fy 6) (fy10)
- verlamming, sedering of wakker, mate ernst (fy2) (fy6) (fy7)
- kap op mond (fy2)
- langliggers zijn verzwakt (fy2)(fy5)
- belemmering door buikoperatie, longproblemen (fy2)
- verloop communicatie beter bij beademde patiënt dan neurologische patiënten.(fy3)(fy6)
- prikkeloorsluiting verstoord→ geen reactie (fy4)
- motoriek verminderd→lastig met communicatieondersteuning (fy2) (fy3) (fy10)

- eenrichtingscommunicatie (fy4)(fy5)(fy7) (fy8)
- emoties/frustraties (fy2) (fy4) (fy6)(fy7)(fy9)
- communicatie hangt af van vermogen en conditie, niveau (fy7) (fy8)

Technische en a-technische communicatieondersteuning (roze)

a-technisch

- letterkaart (fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)(fy6)(fy7)(fy9)(fy 10)
- pen en papier(fy1)(fy2)(fy4)(fy5)(fy9)(fy10)
- cijferblad (fy2)
- pictogrammenboekje (plaatjes met situaties) (fy5)(fy6)(fy10)
- ! geen digitale middelen waar fysio gebruik van maakt **tegenstelling (fy5)(fy8)**

Technnisch

- vocalrate(fy6)
- ogenbesturingscomputer (fy2)(fy6)
- I-pad(fy3)(fy7)
- I-pad in ontwikkeling (fy9)
- communicator(fy3)(fy4)(fy6)(fy9)

Verbale en non-verbale benaderingswijze

Verbaal:

- altijd blijven praten(fy1)(fy2)(fy4)(fy6)(fy7)(fy8)(fy9)(fy10)
- benoemen(fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)(fy6)(fy7)(fy8)(fy10)
- familie/contactpersoon communiceren(fy1)(fy4)(fy5)(fy8)
- gesloten vragen(fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy6)(fy9)
- rass-score (verbale/lichamelijk stimulatie, bepalen bewustzijn patiënt fy2)
- verpleegkundige erbij halen(fy1)(fy2)(fy3)
- simpele vragen (fy2) (fy4)(fy6)(fy10)
- in gelaat(fy4)
- vocalrate (fy6)(fy7)

Non-verbaal

- ja/nee laten knikken(fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)(fy6)(fy7)(fy9)
- ogen bewegen(fy4)(fy5)(fy7)(fy8)(fy10)
- knijpen(fy2)(fy4)(fy6)(fy9)(fy10)
- oefeningen visueel voordoen(fy1)
- gebaren gebruiken(fy1)
- liplezen(fy2)(fy7)
- schrijven(fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)(fy6)(fy7)(fy9)(fy10)
- in gelaat(fy4)
- ogen dicht/open (fy4)
- VIN→ vroege intensieve neurostimulatie (fy4)
- grimas, lichaamstaal(fy5)(fy6)(fy7)(fy8)(fy9)

ervaringen vanuit fysiotherapeuten betreffende communicatie

Ervaringen

- korte ic-opname makkelijker communiceren(fy1)
- neurologische patiënt sneller naar afdeling(fy1)
- op IC weinig inzet hulpmiddelen, niet nodig in deze fase(fy1)(fy8)
- fysio vindt communicatie verloop goed→ communicatie in later stadium(fy1)(fy5)(fy8)

Belemmeringen

- buitenlandse patiëntengroep steeds groter(fy1)
- patiëntenpopulatie steeds ouder(fy1)(fy3)(fy7)
- fysio weet niet wat er beschikbaar is (com ondersteuning, coh's)(fy1)(fy2)
- frustratie niet weg kunnen nemen bij patiënt.(fy2)(fy3)(fy7)
- weinig ervaring met computers(fy2)
- niet bedreven in I-pad, geen cursus/uitleg(fy3)(fy4)(fy7)(fy10)
- fysio ziet communicatie ondersteuning als moeilijke dingen(fy5)
- niet kunnen liplezen(fy4)
- neurologische problemen vaak ontdekt in later stadium, moeilijk onderscheid maken (fy6)

- niet veel andere keus dan alleen letterkaart (fy6)
- zelf invullen als patiënt niet begrijpt (fy7)

samenwerking tussen fysiotherapeut, verpleegkundige (oranje)

- fysio schakelt verpleegkundige in (Fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)(fy6)(fy8)(fy9)(fy10)
- vragen stellen aan verpleegkundige (fy1)(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)
- verpleegkundige rijkt communicatie hulpmiddelen aan(fy2)(fy5)(fy6)(fy8)(fy10)
- hulpmiddelen voornamelijk ingezet door logopedist(Fy1)
- logo inschakelen voor slikproblemen, niet communicatie(fy1)(fy2)(fy3)(fy5)
- wel logo inschakelen voor communicatie (fy3)(fy5)(fy7)
- MDO'S (fy3)(fy7)(fy9)
- planbord(fy3)(fy4)
- diagnose boven bed(fy3)
- communicatie ook op gang, pauzes, koffieapparaat(fy3)
- fysio niet heel alert op communicatieve aspect(fy1)
- geen vaste afspraken in communicatie(fy1)(fy2)(fy5)(fy8)
- kleine zaken worden gecommuniceerd(fy1)
- direct overleg met verpleegkundige-fysio(fy1)
- dossier lezen(fy2)(fy3)(fy4)(fy5)(fy6)(fy7)(fy8)(fy9)
- logo legt hulpmiddelen uit(fy2)(fy3)
- soms wel communicatie op elkaar afstemmen (fy2)(fy3)(fy7)
- bij neuro communicatie beter afstemmen op elkaar dan bij beademde(fy3)(fy7)
- neuro patiënt hele paramedische team samen(fy3)
- langliggers meer disciplines inschakelen*(fy4)(fy5)(fy9)
- fysio, logo, verpleegkundige signaleren elkaar(fy3)(fy7)(fy9)
- fysio zelf uitzoeken(fy6)(fy5) (fy1)

- communiceren over bewegingschema, verder niks(fy1)
- niet communiceren over bewegingschema, daarna wel (fy6)

Behoeften vanuit fysiotherapeut betreffende communicatie

- Ipad vertaler voor niet sprekende mensen(fy1)(fy2)(fy3)(fy9)(fy10)
- behoefte duidelijkheid wat er allemaal aanwezig is(fy1)(fy5)(fy10)
- behoefte wanneer zet je iets in(fy1)(fy5)(fy10)
- touchscreen apparatuur(fy1)

- lichte, makkelijker apparatuur voor zwakke mensen(fy1)
- behoefte tolk-app(fy1)
- weinig behoeften, handelen met middelen die er zijn(fy2)(fy4)(fy5)(fy5)(fy6)(fy7)(fy8)
- communicatie tussen disciplines onderling aanscherpen/verbeteren(fy2)(fy7)
- lipleescursus(fy4)
- frustratie, angst, stress wegnemen(fy6)
- kaarten met afbeeldingen, niet teveel tekst(fy9)
- toch praten met canule(luchtstroom anders) fy 9
- virtueel(fy9)
- oogbesturingscomputer(fy10)

Bijlage VII Overeenkomst overdracht rechten

OVEREENKOMST

houdende overdracht van rechten en de plicht tot
overdracht/retournering van data, software en andere middelen

Ondergetekenden:

1. de heer/mevrouw _____ [volledige
namen als vermeld in paspoort], woonachtig te _____ [postcode,
woonplaats] aan de _____ [adres en huisnummer], hierna aan te
duiden als “Student”

en

2. Stichting Fontys h.o.d.n. Fontys Hogescholen, Rachelsmolen 1, 5612 MA Eindhoven, hierna
“Fontys”

CONSIDERANS

Student studeert aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven en heeft in het kader van
zijn/haar studie, al dan niet tezamen met derden en/of in opdracht van derden, (diverse) activiteiten
verricht, of zal deze nog verrichten, in het kader van onderzoeken die onder supervisie staan van het
lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool. Voornoemde activiteiten zullen hierna worden
aangeduid als “Lectoraat Studieactiviteiten”. Ten tijde van ondertekening van deze verklaring
superviseert het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool in ieder geval de onderzoeken die
zijn opgesomd in bijlage 1, maar deze opsomming is niet uitputtend en kan in de toekomst
veranderen.

Het is voor Fontys Paramedische Hogeschool van essentieel belang dat (uitwerkingen van) de
Lectoraat Studieactiviteiten ongehinderd en zonder enige beperking verder kunnen worden ontwikkeld
en toegepast door Fontys Paramedische Hogeschool en/of voor onderwijs van andere studenten
kunnen worden gebruikt. Fontys wil in ieder geval – maar niet uitsluitend – (uitwerkingen van) de
Lectoraat Studieactiviteiten (i) kunnen delen met en/of over te dragen aan derden, (ii) op eigen naam
kunnen publiceren, waarbij Student mogelijk als co-auteur kan worden vernoemd mits dit gezien de
omstandigheden redelijk is, (iii) kunnen gebruiken als basis voor nieuwe onderzoeksprojecten.
Als op (uitwerkingen van) Lectoraat Studieactiviteiten intellectuele eigendomsrechten (komen te)
rusten en/of daaraan verwante aanspraken van Student, wensen partijen – het onder (B) genoemde in
aanmerking nemend – dat Fontys Paramedische Hogeschool de enige rechthebbende ten aanzien
van deze rechten en aanspraken is. Student wenst dan ook al zijn/haar huidige en toekomstige
intellectuele eigendomsrechten alsook daaraan verwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen
van) de Lectoraat Studieactiviteiten aan Fontys over te dragen, onder de hierna te noemen
voorwaarden;

Student wenst voorts de verplichting op zich te nemen – wederom het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – om alle door hem/haar in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten door hem/haar verzamelde data aan Fontys over te dragen en geen kopieën daarvan te bewaren, en eveneens alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten aan hem/haar door Fontys verstrekte eerder verzamelde data, software en/of andere middelen, zoals meet- en testapparatuur, aan Fontys te retourneren zonder kopieën daarvan te bewaren, dit alles onder de hierna te noemen voorwaarden.

KOMEN OVEREEN ALS VOLGT

Overdracht intellectuele eigendomsrechten

1.1 Student draagt hierbij over aan Fontys Paramedische Hogeschool al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten en aanverwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten, voor de volledige duur van die rechten.

1.2 Onder intellectuele eigendomsrechten en/of daaraan verwante aanspraken wordt tenminste – maar niet uitsluitend – verstaan het auteursrecht, het databankenrecht, het octrooirecht, het merkenrecht, het handelsnamenrecht, het tekeningen- en modellenrecht, het kwekersrecht, bescherming van knowhow en bescherming tegen oneerlijke mededinging.

De in 1.1 omschreven overdracht is onbeperkt. Zodoende omvat de overdracht alle aan de overgedragen rechten en aanspraken verbonden bevoegdheden, en geldt de overdracht voor alle landen ter wereld.

Voor zover enige nationale wetgeving enige nadere medewerking van Student vereist voor de overdracht genoemd onder 1.1, zal Student deze medewerking op eerste verzoek van Fontys Paramedische Hogeschool onmiddellijk en zonder enig voorbehoud verlenen. Fontys aanvaardt de in 1.1 omschreven overdracht.

Afstand van persoonlijkheidsrechten

2.1 Voor zover toegestaan onder artikel 25 Auteurswet, en andere eventueel toepasselijke nationale wetgeving, doet Student afstand van zijn/haar persoonlijkheidsrechten, waaronder begrepen – maar niet uitsluitend – het recht op vermelding van de naam van Student en het recht zich te verzetten tegen wijzigen van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten. Indien en voor zover aan Student onder enige nationale wetgeving een beroep toekomt op persoonlijkheidsrechten ondanks het bovenstaande, zal Student zich niet op onredelijke gronden op deze persoonlijkheidsrechten beroepen.

2.2 In afwijking van hetgeen in 2.1 is bepaald kan Fontys Paramedische Hogeschool besluiten de naam van Student wel te vermelden als dit gezien de omvang van zijn/haar bijdrage en werkzaamheden redelijk is.

Vergoeding

Student gaat ermee akkoord dat hij/zij geen vergoeding voor de in deze verklaring omschreven rechtenoverdracht en -afstand van Fontys zal ontvangen.

Garantie ten aanzien van intellectuele eigendomsrechten

Student verklaart bevoegd te zijn tot de overdracht en afstand, en verklaart geen licentie(s) tot enigerlei wijze van gebruik van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen aan enige derde(n) te hebben verleend of in de toekomst te zullen verlenen. Student vrijwaart Fontys voor iedere aanspraak van derden in dit kader.

Plicht tot overdracht/retournering van data, software en andere middelen

5.1 Op het moment dat Student niet langer Lectoraat Studietoelichtingen verricht en/of niet langer student van Fontys is, verplicht Student zich tot overdracht aan Fontys van alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen door hem/haar verzamelde data, in de ruimste zin van het woord, daaronder begrepen – maar niet uitsluitend – onderzoeken en onderzoeksresultaten, tussentijdse notities, documenten, afbeeldingen, tekeningen, modellen, prototypes, specificaties, productiemethoden, procesbeschrijvingen en techniekbeschrijvingen.

Student garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de in 5.1 bedoelde data bewaard te hebben.

5.3 Student verplicht zich om aan Fontys te retourneren alle in het kader van de Lectoraat Studietoelichtingen aan hem/haar door Fontys verstrekte data, software en/of andere middelen, en garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de verstrekte software en/of andere middelen bewaard te hebben.

5.4 Student gaat ermee akkoord dat indien hij in strijd met de verplichtingen en garanties genoemd onder 5.1 tot en met 5.3 handelt en/of gehandeld blijkt te hebben, (a) hij/zij aansprakelijk is voor alle schade die Fontys hierdoor heeft geleden en/of nog zal lijden, en (b) dat dit als fraude kwalificeert en Fontys daaraan passende sancties mag verbinden. De door Fontys op te leggen sancties kunnen onder meer bestaan uit het niet toekennen van studiepunten, het tijdelijk uitsluiten van Ondergetekende van deelname aan examens, maar ook uit het definitief uitschrijven van Ondergetekende als student van Fontys.

Afstand

Student doet afstand van het recht op ontbinding van deze overeenkomst.

Overig

7.1 Voor zover deze overeenkomst afwijkt van het studentenstatuut geldt dat deze overeenkomst voor gaat.

7.2 Deze overeenkomst wordt beheerst door Nederlands recht. Alle uit deze verklaring voortvloeiende geschillen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam.

Student:
h.o.d.n. Fontys Hogescholen
begeleider:

Stichting Fontys

Naam: _____

Naam: _____

(handtekening)

Datum: __/__/____

Plaats: _____

(handtekening)

Datum: __/__/____

Plaats: _____

Bijlage VIII Beoordeling projectplan

B4 Beoordelingsformulier projectplan

Naam: De Klyn
 Begeleider: J. Teerwceet
 Interne beoordelaar: m. moeren
 Datum: 3/12/13
 Titel: Communicatie fysio herkans

Studentnr:

Vorm	Feedback
Taalgebruik is professioneel. Weinig tot geen schrijf-, spel- en taalfouten. Zinsbouw is correct.	lay out is helder
Het plan ziet er zorgvuldig uit. De lay-out is helder, en ondersteunend aan de inhoud.	
Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters, 2013)	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Inleiding	Feedback
De context met daarin de ervaren knelpunten / problemen zijn voldoende helder beschreven (probleembeschrijving).	geen aanpassingen gedaan tov. 1 ^e versie houd de opmerkingen van 1 ^e versie beoordeling goed in gedachten bij het schrijven van je verslag!!
Uit de probleembeschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie	
Uit de probleembeschrijving en probleemanalyse (probleemstelling) volgt een logische en relevante onderzoeksvraag (vraagstelling).	
De geformuleerde onderzoeksvraag is helder geformuleerd, voldoende afgebakend en haalbaar.	
Oordeel	
	Voldoende / onvoldoende

Methode	Feedback
De relevante elementen van het onderzoeksontwerp worden voldoende beschreven en uitgewerkt. Bij (kwantitatief of kwalitatief) praktijkonderzoek onder andere: • Selectieproces van deelnemers • Meetinstrumenten / meetprotocol	inclusie-exclusie & prima verbeterlag wat betreft analyse

- Analysemethode Bij systematisch literatuuronderzoek onder andere: - Zoekstrategie (databanken, zoektermen, selectiecriteria) - Analysemethode	
Het onderzoeksontwerp is geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden en wordt voldoende overtuigend beargumenteerd.	
Bij experimenteel onderzoek is tevens de ethische paragraaf inclusief de informatiebrief en het toestemmingsformulier toegevoegd. Ze voldoen aan de hiervoor geldende eisen.	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Projectproduct (indien van toepassing)	Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)
Het projectproduct sluit aan bij de probleembeschrijving en de onderzoeksvraag (vraagstelling).	
Het projectproduct is bruikbaar voor de gekozen doelgroep.	
Het projectproduct sluit aan bij de wens van de opdrachtgever.	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende / NVT

Tijdpad	Feedback
Het tijdpad geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een gedetailleerdere invulling, inclusief de belangrijke contact- en inlevermomenten.	Is in 1 ^{er} plan al goed gepland onder andere voor waarden waaraan nu voldaan
Het tijdpad is gezien de vraagstelling en de gekozen methode en de te verwachten uitkomsten realistisch	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Begrote kosten (indien van toepassing)	Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)
Er wordt een helder inzicht gegeven in de te verwachten soorten kostenposten en de	

ureninvestering van derden.	
Er wordt een helder inzicht gegeven in de verdeling van deze kosten (projectleider, opleiding, opdrachtgever, deelnemers e.d.).	
Oordeel	<u>Voldoende</u> / onvoldoende / NVT

Literatuur	Feedback
Gebruikte en nog te gebruiken literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd.	
De literatuur is relevant en recent genoeg.	
Oordeel	<u>Voldoende</u> / onvoldoende

N.B. elke afzonderlijke rubriek dient als geheel voldoende te zijn. Doch elk afzonderlijk punt kan aanleiding geven tot een onvoldoende beoordeling van de desbetreffende rubriek

Beoordeling: Toelichting: Methode is prima aangepast	<u>Voldoende</u> / Onvoldoende
---	--------------------------------

Naam begeleider:

L. Teunooert

Datum + Handtekening

3/12/13 L. Teunooert

Naam interne beoordelaar:

M. Moeren

Datum + Handtekening

3/12/13 M. Moeren