



Een beroerte overleefd, wat nu met het mentaal welbevinden?

Mentale zorg na het doormaken van een beroerte, bij 65 plussers tijdens de revalidatie.

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2019-2020

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Chelsea Cle

Voorwoord

De keuze van het onderwerp "Mentale zorg, na het doormaken van een beroerte" werd geïnspireerd door iemand uit mijn naaste omgeving. In september 2018 werd mijn opa getroffen door een hemorragisch herseninfarct. Ook zijn broer, werd reeds enkele malen getroffen door een TIA. Op deze manier kwam ik voor het eerst persoonlijk in zeer nauw contact met beroertes. Hierdoor heb ik heel wat informatie verkregen omtrent het onderwerp. Tijdens mijn opleiding ben ik via stages en hoorcolleges al enkele keren geconfronteerd met het onderwerp, maar nooit eerder in mijn naaste omgeving.

Gedurende mijn opleiding kwam ik voornamelijk in contact met de lichamelijke aspecten en gevolgen van een beroerte. Specifieke mentale en emotionele zorg heb ik nooit waargenomen.

Door de vergrijzing zullen beroertes in de oudere generaties alsmear meer voorkomen. Anderzijds zal het aantal overlevenden van deze aandoening steeds toenemen. Hierdoor verwacht ik dat de nood aan emotionele ondersteuning van deze personen ook immens zal toenemen. Tijdens mijn opleiding heb ik hier jammer genoeg erg weinig informatie over verkregen.

Mijn studies zijn nu bijna voltooid en ik vind dat we als afstuderende verpleegkundigen onvoldoende bekwaam zijn om adequate emotionele ondersteuning te kunnen bieden aan personen die deze nood ervaren. Met in het bijzonder overlevenden van een beroerte. Onvoldoende aandacht voor deze emotionele en mentale zorg leidt tot het onbegrepen voelen van personen die reeds een beroerte doormaakten. Met als gevolg een daling van de kwaliteit van zorg en een verhoogd risico op emotionele en psychologische problemen bij deze personen. Algemeen leidt het tot een daling van hun kwaliteit van leven evenals dat van personen uit hun naaste omgeving.

Bijgevolg vind ik het zeer belangrijk dat zorgverleners educatie krijgen omtrent de mentale opvolging zodat ze optimale totaalzorg kunnen bieden. Daarom heb ik gekozen voor het uitwerken van een signaalkaart die men kan invoegen in de veiligheidswaaijer van ziekenhuizen. Daarnaast is het van groot belang dat er educatieve sessies voor verpleegkundigen met betrekking tot mentale opvolging worden georganiseerd ter theoretische onderbouwing van de signaalkaart. Op deze manier worden zorgverleners gesensibiliseerd.

Ik ben me er volledig van bewust dat het een grote opgave zal zijn om het kennis- en aandachtstekort bij zorgverleners weg te werken en dat het zeer veel tijd zal vragen. Met deze bachelorproef hoop ik echter een kleine stap te kunnen zetten in de goede richting.

Abstract

Deze literatuurstudie geeft het belang van aandacht voor het mentale welbevinden weer bij 65-plussers die een beroerte hebben meegemaakt.

Aandacht voor het mentale welbevinden is een onderwerp dat nog te weinig besproken wordt bij de opvolging van chronische aandoeningen, zoals een beroerte. De oorzaak hiervoor ligt vooral bij de kennis, attitude en competenties van de zorgverleners van de patiënten. Anderzijds ontbreekt er in de huidige wetgeving nog relevante informatie en uitleg over de verrichtende handelingen van het verpleegkundig beroep. Bijgevolg worden deze nog niet adequaat geïntegreerd in de opleiding.

Uit de databanken PubMed, Google Scholar, Limo, Springerlink en Sumsearch werden relevante studies geïdentificeerd. Ondanks de hoognodige aandacht voor het mentale welbevinden, was het een moeilijke zoektocht om relevante wetenschappelijke artikels te vinden voor het opstellen van de literatuurstudie. Door slechts een beperkt aantal bruikbare bronnen te vinden, werd in de literatuurstudie vaak gebruikt gemaakt van een review, rapport of onderzoek. Mits de beperkte wetenschappelijk onderbouwde artikels, heb ik toch getracht de noodzaak van mijn onderwerp maximaal te onderbouwen. Studies van het jaar 2010 tot 2020 werden geïntegreerd in de literatuurstudie, met uitzondering van de GHQ screeningsmethode. Deze tool dateert van 2002.

De verschillende mogelijkheden om aandacht voor het mentale welbevinden te verbeteren worden weergegeven. Daarnaast worden hindernissen, alsook de essentiële kennis, attitude en competenties van de doelgroep besproken. Deze paper geeft duidelijk weer welke de verbeterpunten zijn omtrent dit onderwerp.

Om voldoende aandacht voor het mentale welbevinden te integreren in het dagelijkse zorgplan, heb ik een signaalkaart ontwikkeld. Hiermee wil ik dit onderwerp beter onder de aandacht van zowel verpleegkundigen als andere paramedici brengen.

Met het bijhorende implementatieplan, gebaseerd op het uitgebreid stappenplan van ZonMW (2019) en de Lange (2011) ben ik ervan overtuigd dat dit een verschil kan maken voor de aandacht van het mentale welbevinden van patiënten.

Inhoudstafel

VOORWOORD	2
ABSTRACT	3
INHOUDSTAFEL	4
LIJST VAN ILLUSTRATIES	6
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN SYMBOLEN	7
INLEIDING	8
1 PROBLEEMSTELLING	9
2 VRAAGSTELLING	16
2.1 OVER WELKE KENNIS, ATTITUDE EN COMPETENTIES DIEN DE VERPLEEGKUNDIGE TE BESCHIKKEN OM VOLDOENDE AANDACHT EN ONDERSTEUNING TE KUNNEN BIJEN VOOR HET MENTALE WELBEVINDEN?	16
2.2 WELKE INSTRUMENTEN BESTAAN ER REEDS VOOR HET SCREENEN EN OPSPOREN VAN DE MENTALE GEZONDHEID?	16
2.3 WELKE METHODEN EN HULPMIDDELEN KUNNEN VERPLEEGKUNDIGEN HELPEN BIJ HET OPVOLGEN VAN HET MENTALE WELBEVINDEN?	16
3 ZOEKSTRATEGIE	17
4 RESULTATEN	18
4.1 OVER WELKE KENNIS, ATTITUDE EN COMPETENTIES DIEN DE VERPLEEGKUNDIGE TE BESCHIKKEN OM VOLDOENDE AANDACHT EN ONDERSTEUNING TE KUNNEN BIJEN VOOR HET MENTALE WELBEVINDEN?	18
4.1.1 VERPLEEGKUNDIGE ONDERSTEUNING BIJ DE VERWERKING VAN DE VERLIESERVARING	18
4.1.2 VERPLEEGKUNDIGE COMPETENTIES	20
4.2 WELKE INSTRUMENTEN BESTAAN ER REEDS VOOR HET SCREENEN EN OPSPOREN VAN DE MENTALE GEZONDHEID?	21
4.2.1 MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	22
4.2.2 MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)	22
4.2.3 HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)	22

4.2.4	SELF-RATING ANXIETY SCALE (SAS)	22
4.2.5	SELF-RATING DEPRESSION SCALE (SDS)	23
4.2.6	CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM)	23
4.2.7	OCCUPATIONAL CASE ANALYSIS INTERVIEW AND RATING SCALE (OCAIRS)	24
4.2.8	GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ)	24
4.2.9	THE STROKE AND APHASIA QUALITY OF LIFE SCALE	25
4.3	WELKE METHODEN EN HULPMIDDELEN KUNNEN VERPLEEGKUNDIGEN HELPEN BIJ HET OPVOLGEN VAN HET MENTALE WELBEVINDEN?	26
4.3.1	HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER	26
4.3.2	HET (ELEKTRONISCH) PATIËTENDOSSIER (EPD)	26
4.3.3	HET ZORGPLAN COMMUNICATIE – COGNITIE – EMOTIE (UZA)	26
4.3.4	ZORGPLAN MENTALE ZORG AZ HERENTALS	27
5	PROTOTYPE	29
5.1	DOELGROEP EN EINDGEBRUIKER	29
5.2	METHODIEKEN EN MATERIALEN DIE REEDS BESTAAN IN DE PRAKTIJK	29
5.3	KWALITEIT VAN DE MATERIALEN EN METHODIEKEN	29
5.4	INFORMEREN EN SENSIBILISEREN VAN VERPLEEGKUNDIGEN AAN DE HAND VAN DE SIGNAALKAART	29
5.5	BEANTWOORDING VAN DE SIGNAALKAART AAN DE DOELSTELLING I.F.V. DE DOELGROEP EN EINDGEBRUIKER.	30
6	PLAN	31
	STAP 1: VOORWAARDEN	31
	STAP 2: VOORBEREIDING	33
	STAP 3: INVOERING SIGNAALKAART	34
	STAP 4: EVALUATIE	34
6.1	WAAR WORDT DE VERNIEUWING DOORGEVOERD?	35
6.2	WAAROM EEN VERNIEUWING DOORVOEREN?	35
7	CONCLUSIE & DISCUSSIE	36
8	BIBLIOGRAFIE	38
	BIJLAGEN	41
	BIJLAGE 1: SIGNAALKAART	41

Lijst van illustraties

Figuur 1: *conceptueel model*

Figuur 2: *flowchart*

Figuur 3: *Aanpassingsproces: "Ook de chronische fase na hersenletsel kent behandelingsmogelijkheden". (den Heijer, 2019)*

Figuur 4: *Het duale procesmodel (Stroebe & Schut, 1999)*

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

AZ	=	Algemeen Ziekenhuis
CVA	=	Cerebrovasculair accident
COPM	=	Canadian Occupational Performance Measure
D.m.v.	=	Door middel van
Etc.	=	Et cetera
EPD	=	Elektronisch patiënten dossier
GHQ	=	General Health Questionnaire
HADS	=	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICT	=	Informatie- en communicatietechnologie
I.f.v.	=	In functie van
JCI	=	Joint Commission International
MMSE	=	Mini Mental State Examination
MoCA	=	Montreal Cognitive Assessment
NIAZ	=	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
OCAIRS	=	Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale
SAS	=	Self-rating Anxiety Scale
SAQOL	=	Stroke and Aphasia Quality Of Life scale
SDS	=	Self-rating Depression Scale
TIA	=	Transient Ischemic Attack
UZA	=	Universitair Ziekenhuis Antwerpen
WHO	=	World Health Organization

Inleiding

De rol die de maatschappij verwacht van een verpleegkundige, zoals beschreven in het KB nr. 78 is zeer uitgebreid. De wetgeving met betrekking tot de verstrekkingen die verpleegkundigen mogen uitvoeren is zeer gedetailleerd. Volgens de wetgeving is het de taak van de verpleegkundige om de gezondheidstoestand van patiënten op biologisch, psychologisch en sociaal vlak te evalueren en om problemen en verpleegdiagnoses te definiëren en deze te beantwoorden met de uitvoering van technische verstrekkingen. (Schreyers & de Prins, 2015)

Vanuit de maatschappij en de wetgeving wordt er van verpleegkundigen een holistische visie en aanpak verwacht. Ongelukkigerwijze gaat de huidige lijst van de verpleegkundige verstrekkingen momenteel enkel in op technische verstrekkingen zoals (inspuitingen, wondzorg, etc.) die enkel in verband staan met het biologische systeem. De huidige lijst geeft andere technieken zoals relationele, emotionele en communicatietechnieken die steek houden met het psychologisch, sociaal en emotionele systeem niet aan. Doch zouden verpleegkundigen deze technieken moeten kunnen toepassen op basis van verpleegproblemen of diagnoses van patiënten. (Schreyers & de Prins, 2015)

Dit probleem is des te vervelender wanneer men de kwantiteit en kwaliteit van verpleegkundige zorg moet evalueren aan de hand van psychosociale verstrekkingen. De wetgeving vormt de basis voor het opstellen van opleidingsprogramma's. Wanneer de wetgeving niet ingaat op al deze competenties, die van verpleegkundigen worden verwacht, valt dus te vrezen dat de opleidingsinstellingen deze niet allemaal integreren in de cursussen. (Schreyers & de Prins, 2015)

Omwille van de centrale en laagdrempelige positie, spelen verpleegkundigen een belangrijke rol bij de psychosociale ondersteuning. Onderzoek toont aan de verpleegkundigen de belangrijkste bron zijn van psychosociale ondersteuning voor patiënten met chronische aandoeningen zoals een beroerte. Adequate aandacht voor het mentale welbevinden, vanaf het begin van de revalidatie is van uiterst belang. Wanneer er tijdige opsporing plaats vindt en correcte opvolging gebeurt, verkleint het risico op psychische gevolgen na de beroerte. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Anderzijds missen verpleegkundigen wel eens de nodige kennis, attitude en competenties om adequaat psychosociale ondersteuning te kunnen bieden. Het doel van de literatuurstudie is dan ook om te identificeren over welke kennis, attitude en competenties verpleegkundigen dienen te beschikken om aan deze voorwaarden te voldoen.

Idealiter wordt de wetgeving omtrent de verpleegkundigen verstrekkingen in de toekomst duidelijker en uitgebreider beschreven. Bijgevolg kan er dan reeds vanaf het begin van de opleiding voldoende aandacht geschonken worden aan deze noodzakelijke psychosociale, verpleegkundige technieken. Aanvullingen vanuit handelingen met betrekking tot het relationele, psychologische sociale en emotionele aspect dienen tijdens de gehele opleiding meer aandacht te verkrijgen.

1 Probleemstelling

1.1 Probleem

Het doormaken van een CVA of beroerte is één van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit. De revalidatie duurt erg lang en is bovendien zeer intensief. De gevolgen op lange termijn (nood aan revalidatie en blijvende beperkingen) worden in grote mate bepaald door de kwaliteit van de toegediende medische zorg. (De Block, 2019)

Wereldwijd behoren beroertes tot de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit. Een CVA treft in België zo'n 180 000 mensen per jaar. Het zorgstelsel in België heeft de afgelopen tien jaar een aanzienlijke vooruitgang geboekt. Door de doeltreffende behandeling van levensbedreigende aandoeningen zoals een beroerte, is er een daling van de sterftcijfers. Bijgevolg zijn er meer personen die een beroerte overleven. Waardoor er een verhoogde nood ontstaat aan adequate opvolging en ondersteuning volgens de holistische visie. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017)

Doch, blijft het totale aantal beroertes hoog als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Anderzijds is er een significante daling van het aantal sterfgevallen waarneembaar als gevolg van betere toegang tot hoogwaardige acute zorg, sneller vervoer van patiënten naar het ziekenhuis en de ontwikkeling van gespecialiseerde eenheden om deze aandoening te behandelen. België heeft de voorbije jaren een belangrijke vooruitgang gemaakt bij het redden van levens van mensen die werden opgenomen in het ziekenhuis, omwille van een beroerte. Het percentage van patiënten dat sterft na opname, vanwege een beroerte daalde van 9.3% naar 8.4%. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017)

Een beroerte komt zonder waarschuwing en leidt vaak tot verwoestende en levens veranderende gevolgen. Omdat een beroerte kan leiden tot diepe invaliditeit en veranderde levensperspectieven voor overlevenden, kan deze ervaring een sterke emotionele nood veroorzaken voor zowel de patiënten als hun mantelzorgers. De vooruitgang in de neurologische en vasculaire zorg is reeds drastisch verbeterd. Echter blijft er een hoogdringende noodzaak om het aanzienlijke emotionele leed aan te pakken die gepaard gaat met de diagnose van een beroerte bij zowel patiënten als hun mantelzorgers. Verschillende onderzoeken tonen de urgentie aan van het identificeren en behandelen van emotioneel leed in een vroeg stadium van het herstelproces. Dit om "downstream" effecten van toegenomen emotioneel leed, verminderd lichamelijk herstel en een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit bij zowel patiënten als mantelzorgers te voorkomen. (McCurley et al., 2019)

Bijgevolg toont onderzoek aan dat er zeer weinig aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling en de evaluatie van de totaalzorg voor beroertes, op zowel de periode van revalidatie als de zorg op langere termijn. Ondanks dat verschillende studies de nood aan psychosociale ondersteuning accentueren en men een toename ziet van patiënten met een chronische aandoening, wordt er nog niet tegemoetgekomen aan de noodzaak voor adequate, holistische zorg. (McCurley et al., 2019)

Hoewel de chronische zorgverlening in België een grote vooruitgang heeft geboekt, stellen we vast dat personen die een beroerte hebben overleefd slecht voorbereid zijn. Zowel de periode van revalidatie als de overgang van revalidatie naar de chronische zorg. Daarnaast zijn ook verpleegkundigen onvoldoende voorbereid om deze ondersteuning te kunnen bieden. Dit wegens een reeds eerder aangehaald gebrek aan competenties en kennis. Studies melden dat zowel patiënten als hun verzorgers zich "in de steek gelaten" voelen. (Norrving et al., 2018)

Het leven na een beroerte wordt grotendeels als aspect van de revalidatie beschouwd. "Het leven na een beroerte" is een groot en overkoepelend domein. Het domein omvat betrekking tot familie, vrienden en anderen die zorg verlenen en ondersteuning bieden aan personen die een beroerte overleefd hebben. De World

Stroke Organisation heeft de evaluatie van de beste manieren, om het leven na een beroerte aan te pakken en te verbeteren als prioriteit benoemd. Toch werd dit tot op heden onvoldoende aangepakt. (Norrving et al., 2018)

Ook op lange termijn dient er voldoende aandacht te worden besteedt aan de psychosociale opvolging. Enkele onderzoeken die de gevolgen op lange termijn identificeren, na een beroerte, melden dat ongeveer één derde gehandicapt zijn, een slecht cognitief vermogen hebben en een slechte geestelijke gezondheid. Patiënten ervaren onbevredigde behoeften op het gebied van communicatie, sociale relaties, eenzaamheid, vermoeidheid en financiën. (Norrving et al., 2018)

1.2 Begripsdefiniëring

Een CVA of cerebrovasculair accident is de medische term voor een stroke of beroerte. De World Health Organization definieert een beroerte als: "*Snel optredende klinische verschijnselen van een focale stoornis van de hersenfunctie, die zich manifesteren over een periode van meer dan 24 uur of binnen deze tijd de dood tot gevolg hebben*". Een beroerte kan worden verdeeld in twee types; enerzijds het herseninfarct, of ischemisch CVA. Door een verstoring van de doorbloeding in de hersenen, door bijvoorbeeld een bloedprop die elders in het lichaam is ontstaan. Anderzijds een hersenbloeding of hemorragisch CVA. Er ontstaat een bloeding in de hersenen door een scheur of barst in de slagader. Beide vormen delen een gemeenschappelijk resultaat namelijk, de werking van de hersenen wordt verstoord. (De Block, 2019)

Op dit moment wordt de nadruk van verpleegkundige verstrekkingen nog voornamelijk gevestigd op het uitvoeren van manuele handelingen met betrekking tot het biologische systeem. Dit blijkt wanneer men de Belgische wetgeving bekijkt. Echter is het de taak van de verpleegkundigen om vanuit een holistische visie patiënten te benaderen en rekening te houden met verschillende aspecten in de zorg. Technieken die verband houden met het psychologische, emotionele en sociale systeem blijven vaak achterwege. Alhoewel deze zaken wel degelijk tot de kerntaak van een verpleegkundige behoren. Als gevolg van onvoldoende wettelijke beschrijving van deze verpleegkundige taken, blijven deze aspecten ook tijdens de opleiding vaak achterwege. Bijgevolg komen verpleegkundigen dus in contact met personen die nood hebben aan emotionele ondersteuning maar ervaren zijn een gebrek aan kennis en competenties om aan deze zorgvraag te voldoen. (Schreyers & de Prins, 2015)

Er wordt van verpleegkundigen verwacht voldoende aandacht te bieden aan het mentale welbevinden en de opvolging hiervan. Echter zoals in bovenstaande alinea vermeld, beschikken zij vaak niet over de nodige competenties om aan deze behoefte te voldoen. Deze specifieke educatie ontbreekt momenteel nog in de opleiding. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat dit moeilijk is omwille van de toegenomen tijds- en werkdruk. Correcte educatie van verpleegkundigen over de nodige kennis, competenties en attitude voor de opvolging van het mentaal welbevinden zijn dus van essentieel belang. (Schreyers & de Prins, 2015)

Eerder werd reeds aangehaald dat het doormaken van een beroerte, een grote emotionele nood met zich meebrengt. Wanneer een persoon een beroerte heeft doorgemaakt, wordt er een groot beroep gedaan op iemand zijn veerkracht en aanpassingsvermogen. Bijgevolg is de hulp van een psycholoog/ psychotherapeut na doorverwijzing door een verpleegkundige vanzelfsprekend, om de patiënt te helpen bij het verwerkingsproces en de mentale opvolging. Samen met de patiënt de belemmerende veranderingen en factoren inzichtelijk en hanteerbaar maken, coping ondersteunen en veerkracht bevorderen zijn taken waaraan verpleegkundigen tegemoet dienen te komen. Na eventuele doorverwijzing kan de psycholoog of psychotherapeut trachten de (negatieve) interactie tussen verschillende factoren te verwerken en stabiliseren. De psychotherapeut werkt aan de hand van taxatie van kwetsbaarheid en veerkracht. (Vandermeulen et al., 2019)

1.3 Incidentie- en prevalentiecijfers

Wereldwijd krijgen volgens de Wereldgezondheidsorganisatie ongeveer vijftien miljoen mensen per jaar een beroerte. Daarvan sterven vijf miljoen mensen en daarnaast zijn nog eens vijf miljoen mensen permanent gehandicapt. Volgens Eurostat zijn er in Europa, in 2013 ongeveer 433 000 personen overleden aan een beroerte. In ons land treft een herseninfarct of ischemisch CVA elk jaar ongeveer 180 000 mensen. Dit komt overeen met bijna 50 mensen per dag of zelfs ruim 2 mensen per uur. Een kleine 10% houdt hier geen gevolgen aan over. Echter 61% procent houdt er functionele beperkingen aan over zoals vergeetachtigheid, gezichtsvelduitval, slikstoornissen, taalstoornissen, verlamming, depressiviteit, etc. Bijna 30% overlijdt uiteindelijk aan de gevolgen. Dit komt overeen met 5 400 mensen per jaar. (De Block, 2019)

Zowel wereldwijd als in Europa en België zijn hartziekten en beroerte de voornaamste doodsoorzaken. Beroerte zorgt wereldwijd voor een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Zelfs na het bieden van optimale zorg na een beroerte, zal ongeveer 30% tot 50% van deze patiënten blijvende fysieke beperkingen hebben. Daarnaast lijden ongeveer 25% tot 50% aan een depressie door de gevolgen die een beroerte met zich meebrengt. (Van Vreckem, 2010)

Onderzoek heeft aangetoond dat vele patiënten na een beroerte klinisch een aanzienlijk emotioneel lijden melden bij opname in het ziekenhuis. In 10-58% van de gevallen onder de vorm van depressie, in 12-43% onder de vorm van angst en 20-29% onder de vorm van posttraumatische stress. Ook onder mantelzorgers zijn de percentages depressie, angst en posttraumatische stress met 27-60% zeer hoog. Concrete cijfers over gevolgen op langere termijn of de chronische fase werden niet teruggevonden in de literatuur. (McCurley et al., 2019)

Deze cijfers duiden de noodzaak aan adequate psychosociale opvolging door de verpleegkundigen. Zorgverleners en in het bijzonder de verpleegkundigen, zien emotionele ondersteuning wel degelijk als onderdeel van hun verpleegkundige taak. Doch voelen zij zich onvoldoende bekwaam om patiënten op emotioneel vlak te steunen. Verpleegkundigen geven aan over te weinig kennis, vaardigheden en competenties te beschikken op het gebied van emotionele ondersteuning. Samen met het tijdsgebrek en de verhoogde werkdruk wordt het moeilijk om deze psychosociale ondersteuning aan te kunnen bieden. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

1.4 Oorzaken

Tijdens de revalidatiefase staat het medisch herstel sterk op de voorgrond. Onder revalidatie wordt echter het complexe proces van zowel medische als ook de psychosociale zorg verstaan. Overlevenden van een beroerte worden vaak terug "geslingerd" naar een staat van hulpeloosheid en afhankelijkheid. Bovendien ontstaan er onzekerheden over de toekomstverwachtingen. Er is onwetendheid over de manier waarop men het revalidatiecentrum verlaat en men weet niet op welk verlies men zich moet voorbereiden en instellen. Op het einde van de revalidatiefase komt men vaak tot het besef dat er geen grote vooruitgang meer te verwachten valt. Bijgevolg begint hier de eigenlijke verliesverwerking. (den Heijer, 2019)

Het is daarom uitermate belangrijk dat de verpleegkundige in staat is om de patiënt te ondersteunen bij deze grote verwerking. Volgens de Belgische wetgeving in verband met de verpleegkundige verstrekkingen, wordt beschreven dat de taak van de verpleegkundige eruit bestaat om de gezondheidstoestand van mensen op biologisch, psychologisch en sociaal vlak te evalueren. Daarnaast dienen verpleegkundigen verpleegproblemen of diagnoses te definiëren en vervolgens technische verstrekkingen uit te voeren. Echter staan in de huidige wetgeving enkel handelingen beschreven die in verband staan met het biologische systeem. Andere technieken zoals eerder aangekaart (relationele, emotionele en

communicatietechnieken die in verband staan met het psychologisch en sociale systeem) worden hierin niet beschreven. Aangezien de wetgeving de basis vormt voor het opstellen van opleidingsprogramma's zal er dus tijdens de opleiding niet ingegaan worden op alle competenties die men van een verpleegkundige verwacht. Kennistekort bij verpleegkundigen omtrent emotionele, relationele en sociale aspecten in de zorg is dus een logisch gevolg. (Schreyers & de Prins, 2015)

Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw wordt het verpleegkundig beroep in verband gebracht met het concept "emotionele arbeid". "*Care = organisation + physical labour + emotional labour*" (James, 1992). De auteur bedoelt hier dat de fysieke arbeid het meest duidelijk herkenbaar is en meer planning en prioriteitstelling vereist. Fysieke arbeid vormt de basis en legitimatie voor de betaalde zorgarbeid. Echter kan men er niet buiten dat zorgverleners tijdens de uitoefening van hun beroep te maken krijgen emotionele reacties die vaak onvoorspelbaar zijn. Ook deze emotionele reacties vormen een onderdeel van zorg en dienen als zorgarbeid erkend te worden. (Schreyers & de Prins, 2015).

Als logisch gevolg wordt de rol van verpleegkundige niet langer beperkt tot alleen het begeleiden van de medische kant. Verder omvat het ook het bieden van ondersteuning aan de veranderingen die een chronische ziekte met zich meebrengt. Verpleegkundigen dienen uit te gaan van het "Chronic Care Model". Dit model illustreert welke functies verpleegkundigen dienen in te vullen om tot efficiënte zorg te komen voor chronisch zieken. Onderzoek toont aan de verpleegkundigen de belangrijkste bron van emotionele ondersteuning zijn. Opmerkelijk is dat verpleegkundigen vaak vinden dat zij minder bekwaam zijn om deze ondersteuning te kunnen bieden. Dit gaat samen met het gebrek aan opleiding. Zij ondervinden dat zij te weinig kennis hebben en over onvoldoende competenties beschikken om deze ondersteuning adequaat te kunnen aanbieden. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Daarnaast toont onderzoek aan dat verpleegkundigen te weinig tijd denken te hebben om zich te informeren over nieuwe ontwikkelingen en deze te implementeren op de werkvloer. Sommige verpleegkundigen zien emotionele ondersteuning niet als hun kerntaak, dit maakt het moeilijk in een ingang te vinden in de taakgerichte verpleegkundige routines. De verpleegkundige dient geïnformeerd te zijn over de diensten binnen de eigen organisatie en externe voorzieningen die mogelijks relevant zijn voor patiënten met een chronische ziekte. Zo kan de verpleegkundige, indien zij dit nodig acht, doorverwijzen naar een andere gezondheidsdiscipline of instantie. Deze essentiële competentie wordt later toegelicht. Door het gebrek aan tijd en de verhoogde werkdruk geven de verpleegkundigen aan dit als moeilijk te ervaren. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Een andere belangrijke competentie zijn adequate gespreksvaardigheden. Communicatie binnen de gezondheidszorg is een zeer belangrijk domein. Er is betrekking van verschillende mensen met verschillende rollen binnen de gezondheidsorganisatie. Er wordt reeds gebruikt gemaakt van verschillende kanalen om verschillende doelen te bekomen. Om adequate zorg te kunnen verlenen in complexe situaties dient de communicatie efficiënt en effectief te zijn. Indien er onvoldoende kwaliteitsvolle communicatie aanwezig is binnen de organisatie heeft dit effect op de patiënten zorg. Echter bestaan er enkele barrières die invloed kunnen hebben op de communicatie tevredenheid. Bijgevolg heeft dit invloed op de kwaliteit van zorg en veiligheid van de patiënt. (Vermeir, 2017)

1.5 Gevolgen

"Alles is anders" is een uitspraak die zorgverleners vaak te horen krijgen van mensen met een hersenletsel. Patiënten getroffen door een beroerte ervaren zichzelf anders of worden door de omgeving anders ervaren. Er wordt door de patiënt vaak een onderscheid gemaakt tussen de persoon die zij waren voor en na de beroerte. Alle ingrijpende gebeurtenissen en ernstige ziekten brengen blijvende

veranderingen te weeg. Bij hersenschade lijkt dit nog sterker het geval te zijn. Hierbij is er schade op zowel neurologisch, psychologisch en sociaal vlak als de interactie hiertussen. Vandaar spreekt men over het bio-psychosociaal model van persoonlijkheidsveranderingen. (Vandermeulen, 2019)

Depressie na een beroerte, komt wereldwijd vaak voor en wordt geassocieerd met een verhoogde mortaliteit en slechte functionele uitkomsten. Volgens onderzoek speelt de stabiliteit van de eigenwaarde een grote rol in de snelheid van het ontwikkelen van depressieve symptomen.

De kans op het ontwikkelen van depressieve symptomen is reëel. Snelle beoordeling en behandeling van deze symptomen dienen bij gevolg permanent gerechtvaardigd te worden. (Winstein et al., 2019)

Uit onderzoek is gebleken dat depressieve gevoelens na een beroerte, de revalidatie en het herstel van de beroerte beïnvloedt en omgekeerd, hoe revalidatie en lichaamsbeweging depressieve gevoelens beïnvloeden. Bijgevolg is het belangrijk om deze symptomen al vroeg in het revalidatieproces aan te pakken.

Het is bewezen dat depressieve gevoelens na een beroerte dalen, onmiddellijk na ongeveer vier weken inspanning. Oefening heeft een gunstig effect op zowel de subacute, revalidatie als chronische stadia in het herstel van de beroerte. (Winstein et al., 2019)

Aanvullend op de lichamelijke zorg en revalidatie is de psychosociale opvolging minstens even belangrijk. Deze bestaat niet alleen uit het ondersteunen van de patiënt zelf, ook is er nood aan aandacht voor de mantelzorgers van deze patiënten. Uit onderzoek blijkt dat 80% van de mantelzorgers angst ervaarde en er significante spanningen waren binnen de relaties. Hierdoor bestaat de kans op onevenwicht binnen de draagkracht van de patiënt. (Norrving, et al., 2018)

Mantelzorgers vormen de ruggengraat van de langdurige zorg binnen de thuisomgeving. Een grote meerderheid van de Europeanen geeft de voorkeur om in zijn eigen huis verzorgd te worden indien zij langdurige zorg nodig hebben. Mantelzorg is een gratis dienst die door een familielid, partner, vriend of buur wordt verleend aan een persoon met een chronische handicap. Onderzoek bewijst dat gezinsverzorging een negatieve invloed heeft op het fysieke, mentale en sociaal welzijn van de mantelzorger. Deze gevolgen worden gerelateerd aan de toestand van de patiënt, de hoeveelheid tijd die de verzorging in beslag neemt en hun eigen behoeften. De mantelzorger schuift zijn eigen behoeften en noden vaak aan de kant om zo te voldoen aan de behoeften van de zorgvrager. Bijgevolg draagt de mantelzorger een grote draaglast, waardoor zijn draagkracht – draaglast balans uit evenwicht dreigt te vallen. Zo bestaat de kans dat de relatie tussen de mantelzorger en de zorgvrager onder druk komt te staan. (Dorant & Krieger, 2017)

Naast bovenstaande aspecten spelen ook de hoge prevalentie van multi-comorbiditeit onder ouderen een belangrijke rol. Dit wekt de complexiteit van de rol van mantelzorger in de thuissituatie in de hand. Om die reden zullen de ondersteuningsbehoeften van ook mantelzorgers vergroten. De mantelzorger dient tegelijk voorbereid te zijn op de praktische aspecten van de zorgtaak als ook de onverwachte emotionele spanningen als gevolg van de toestand van de zorgontvanger. Ook hier kan de verpleegkundige een belangrijke rol van ondersteuning op zich nemen. Educatie van verpleegkundigen in de thuisverpleging met betrekking tot de opvolging van het mentale welbevinden kan een grote meerwaarde bieden. Aangezien de professionele zorgondersteuning vanuit het ziekenhuis wegvalt in de thuissituatie, kan de verpleegkundige een deel van deze belangrijke rol op zich nemen. (Dorant & Krieger, 2017)

1.6 Verpleegkundige aandachtspunten

Verpleegkundigen dienen over een aantal specifieke competenties te beschikken om emotionele ondersteuning te kunnen bieden aan hun zorgvragers. Deze

competenties zijn een verzameling van kennis, vaardigheden en attitudes. Deze worden verder uitgebreid toegelicht.

De zorgverlener dient kennis te hebben over de chronische aandoening, de patiënt en kennis inzake emotionele ondersteuning. Verder zijn er verschillende vaardigheden die een verpleegkundige dient te beheersen waaronder: organiseren, coördineren, adviseren, informeren, samenwerken, doorverwijzen, opvolgen, het beheersen van goede gespreksvaardigheden, sociale en interpersoonlijke vaardigheden, kritisch zijn en coachen. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Om deze competenties en een effectieve ondersteuning te kunnen bieden is de verpleegkundige afhankelijk van bepaalde hulpmiddelen; organisatie van het verpleegkundige werk, erkenning in de wetgeving, opleiding, ervaring en steun vanuit het team en de organisatie. Een noodzakelijke tool om een goede organisatie te kunnen bieden is het gebruik van aangepaste administratie en ICT. Hierdoor kan men de processen van ondersteuning monitoren en houdt men een overzicht van de vorderingen van de patiënt. Een (elektronisch) patiëntendossier is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Collega-verpleegkundigen kunnen via dit online dossier op elkaars werk voortbouwen en andere partners in de zorg hebben de mogelijkheid om relevante informatie te verkrijgen. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Eerder genoemde gevolgen zoals depressie, angst en stress komen frequent voor. Deze psychische stoornissen kunnen op elk moment na de beroerte optreden. Zorgverleners dienen deze problemen te signaleren, evalueren en op te volgen tijdens de revalidatie. Er bestaan reeds verschillende diagnostische hulpmiddelen om te bepalen of patiënten risico lopen op de ontwikkeling van psychische problemen. Uit onderzoek blijkt dat patiënten er niet steeds in slagen om psychosociale of emotionele problemen en symptomen te bespreken met de zorgverleners. Dit als gevolg van tijdsdruk en de persoonlijke gevoelens van de patiënten. Door de complexiteit van psychosociale en emotionele problemen is het van belang om patiënt-specifieke behandelingsopties te bepalen. Dit ondersteunt de noodzaak van voortdurende monitoring na de beroerte. (Winstein et al., 2019)

Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen nood hebben aan vorming op het vlak van psychische ondersteuning. Verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat mentale ondersteuning onderdeel is van hun takenpakket. Echter voelen ze zich vaak onvoldoende bekwaam om de patiënt hierin te steunen. Ze ervaren een gevoel van onvoldoende voorkennis en beschikken niet over de nodige competenties. Onderzoek toont aan dat verpleegkundigen tevens wel de belangrijkste bron voor ondersteuning zijn. Ook patiënten zijn het erover eens dat verpleegkundigen het beste geplaatst zijn om aan de emotionele behoeften tegemoet te komen. Desondanks zien verpleegkundigen dit zelden als het kernaspect van hun rol. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Het is wetenschappelijk bewezen dat patiënten deze aandacht voor emotionele ondersteuning door verpleegkundigen als zeer nuttig en belangrijk ervaren. Patiënten in het onderzoek werden ondersteunt en kregen de mogelijkheid hun verhaal te vertellen. Als gevolg werden er significant hogere niveaus van psychosociaal welzijn en lagere niveaus van depressieve symptomen en angst ervaren. Bijgevolg werd er ook een betere kwaliteit van leven bevonden, voor zowel de patiënt als hun mantelzorgers. Hieruit blijkt nogmaals de belangrijkheid van goede gespreksvaardigheden binnen de zorg. (Kirkevold et al., 2019)

Vervolgens kan men uit de literatuur afleiden dat risico's en problemen die ouderen ervaren op psychosociaal gebied, tijdens gesprekken met hulpverleners vaak niet aan de orde komen. Psychische problematiek en eenzaamheid blijven daardoor dikwijls onbelicht, desondanks ouderen dit wel degelijk belangrijke onderwerpen vinden. Zorgverleners vinden het vaak lastig om dergelijke onderwerpen aan te

snijden of ervaren het bespreken van deze onderwerpen niet als prioritair. (de Bruin et al., 2019)

Beroerte is een belangrijk gezondheidsprobleem met gevolgen voor het hele gezin. Door de plotselinge crisis van een beroerte, een gebrek aan beschikbare informatie en de opleiding van verpleegkundigen en daarnaast het gebrek aan aandacht voor mantelzorgers hebben tot gevolg dat verpleegkundigen een groot aantal onvervulde behoeften ervaren. Deze behoeften zijn te wijten aan gebrek aan opleiding, training en ondersteuning in de omgang met de emotionele behoeften van de patiënt. Onderzoek heeft aangetoond dat de revalidatie vertraagd werd door slechte opvolgingsprocedures in het ziekenhuis. (Bakas et al., 2016)

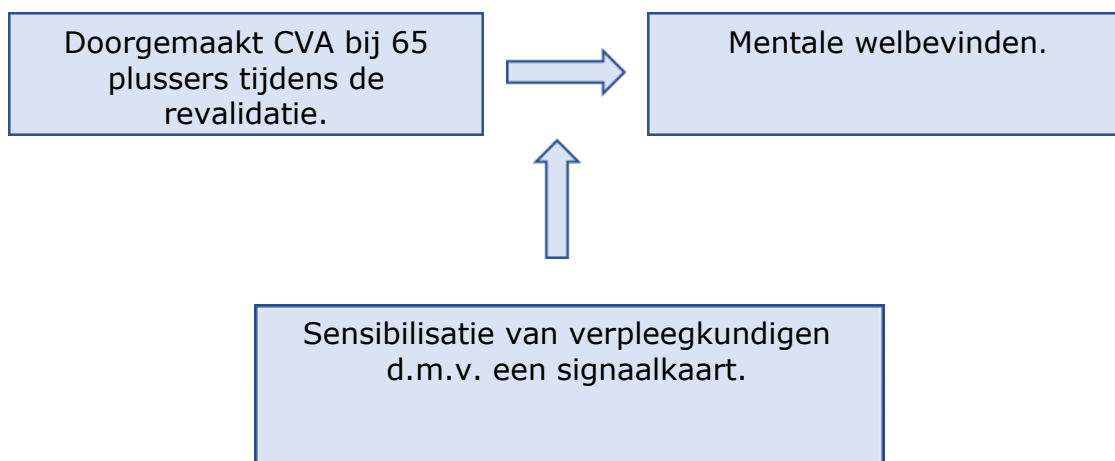
Over het algemeen lijkt er zeer weinig bewijs te bestaan van een procedure voor de opsporing en opvolging van het mentale welbevinden of een gecoördineerde ondersteuning. Er is geen algemeen protocol voor de ondersteuning van overlevenden van een beroerte. Door het grote en groeiende aantal overlevenden van een beroerte met langdurige behoeften moet dit worden aangepakt. (Norrving et al., 2018)

Er bestaat een dringende nood voor de aanpak van emotioneel leed. Dit gaat gepaard met de diagnose van een beroerte, zowel voor de patiënten als voor de zorgverlener (mantelzorger). Op dit moment is er nog onvoldoende accurate monitoring en rapportage van het emotionele aspect. (Tsai et al., 2018)

Bijgevolg blijkt dat patiënten zich pas echt geholpen voelen wanneer verpleegkundigen adequate technische zorg combineren met oprechte, voelbare betrokkenheid. Men kan er niet buiten dat emotionele zorgarbeid een kerntaak vormt van het verpleegkundig beroep. Wil het beroep zich verder professionaliseren en ontwikkelen dan zal het herkennen, benoemen en ontwikkelen van emotionele competenties essentieel zijn. Het oplossen van dit gebrek aan competenties en kennis bij verpleegkundigen zal dus een grote uitdaging zijn. (Schreyers & de Prins, 2015)

2 Vraagstelling

- 2.1 Over welke kennis, attitude en competenties dient de verpleegkundige te beschikken om voldoende aandacht en ondersteuning te kunnen bieden voor het mentale welbevinden?
- 2.2 Welke instrumenten bestaan er reeds voor het screenen en opsporen van de mentale gezondheid?
- 2.3 Welke methoden en hulpmiddelen kunnen verpleegkundigen helpen bij het opvolgen van het mentale welbevinden?



Figuur 1: *conceptueel model*

Verpleegkundigen zien het ondersteunen van de patiënt op emotioneel vlak wel degelijk als onderdeel van hun takenpakket. Echter zoals eerder al aangehaald onder de "Probleemstelling" geven verpleegkundigen aan dat ze zich onvoldoende bekwaam voelen om deze ondersteuning te kunnen bieden door het gebrek aan bepaalde kennis, attitudes, vaardigheden en competenties zoals (communicatieve vaardigheden, doorverwijzen, coachen, etc.). Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen wel degelijk nood hebben aan educatie in verband met emotionele zorg. Verpleegkundigen zijn namelijk het beste geplaatst om deze ondersteuning te kunnen bieden. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

3 Zoekstrategie

Door een grondige zoektocht in de gecomputeriseerde bestanden PubMed, Google Scholar, Limo, Springerlink, Uptodate en Sumsearch werden relevante studies geïdentificeerd van 2000 tot en met 2020, en werden de referenties van de relevante studies gescreend.

Er werd gezocht op de trefwoorden 'psychosocial', 'stroke', 'rehabilitation', 'follow up', 'revalidation', 'analysis', 'mental care', 'nursing', 'patient file', 'mentale zorg', 'communication', 'analysis', 'patient file', 'grief proces', 'stroke', 'life after stroke', 'verpleegdossier', 'life after stroke', 'emotional', 'secondary prevention', 'emotional follow up', 'emotional care', 'family caregiver', 'intervention', 'chronical care', 'mental revalidation', 'post stroke', 'prevalention', 'preventie', 'mentale welbevinden', 'mentale problemen', 'mentale opvolging', 'screening', 'signaalkaart' en mental helath'.

Diverse zoekcombinaties met bovenvermelde trefwoorden werden uitgetest met als afbakeningsfactoren: '5years', 'humans', 'review', 'original studies', 'intervention' en 'free full tekst'.

De zoekacties in de gecomputeriseerde databanken leverden in totaal 35 resultaten op die voldeden aan de inclusiecriteria. Bij alle artikels werd de volledige tekst geraadpleegd. De artikels werden opgenomen in de literatuurstudie. Via de sneeuwbalmethode op de referenties werden drie bijkomende artikels in de literatuurstudie opgenomen.

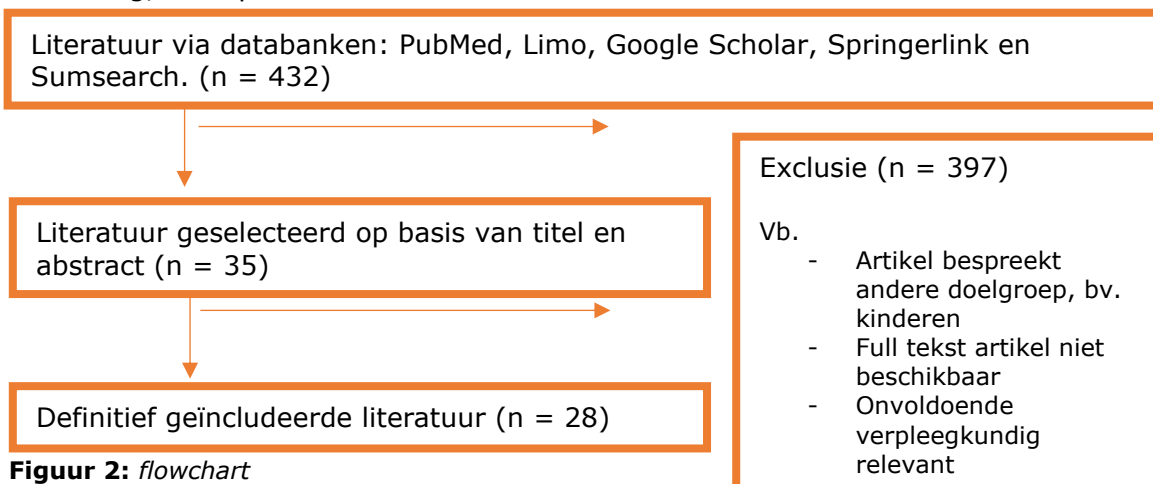
Taalrestricties zijn Nederlands en Engels.

Inclusiecriteria:

Artikel werden opgenomen in de literatuurstudie als ze voldeden aan volgende items: Studies met betrekking tot beroertes (1), studies met betrekking tot mentale opsporing en opvolging (2) of studies met een kwantitatieve onderzoeksopzet (3).

Naast het gebruik van de databanken heb ik ook met enkele experten uit het werkveld gesproken. Op 15 november heb ik de revalidatie-afdeling van het AZ Herentals bezocht waar ik heb gesproken met de hoofdverpleegkundige en de psychologe. Op 29 januari 2020 heb ik de revalidatieafdeling in Geel bezocht. Hier ik heb gesproken met de verschillende aanwezige disciplines (psycholoog, kinesist, logopedist en ergotherapeut). Op 11 februari 2020 heb ik de info avond "Leven met een niet aangeboren hersenletsel bijgewoond. Na de informatieve sessie heb ik een gesprek gehad met de psychologe die de sessie voorstelde.

Er werden ook betrouwbare relevante websites geraadpleegd waaronder WHO.int, stroke.org, thecopm.ca en 4voor12.be.



Figuur 2: flowchart

4 Resultaten

4.1 Over welke kennis, attitude en competenties dient de verpleegkundige te beschikken om voldoende aandacht en ondersteuning te kunnen bieden voor het mentale welbevinden?

De rol van zorgverlener heeft zich langzamer aan uitgebreid dan louter het begeleiden van de medische kant. Als zorgverlener zijn we nu ook verantwoordelijk voor de ondersteuning van veranderingen die een chronische ziekte/beperking met zich meebrengt. Onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat verpleegkundigen de belangrijkste vorm van ondersteuning zijn tijdens deze chronische fase. Om deze ondersteuning te kunnen bieden is het van belang dat verpleegkundigen over de nodige kennis, attitude en competenties beschikken. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

4.1.1 Verpleegkundige ondersteuning bij de verwerking van de verlieservaring

Tijdens de revalidatiefase staat het medisch herstel sterk op de voorgrond. Onder het begrip revalidatie kunnen we zowel de complexe, medische zorg als de psychosociale zorg verstaan. De eerste weken tot maanden wordt er vooral gefocust op het herstel van de fysieke schade, naargelang de revalidatie vordert is het bijkomend van cruciaal belang aandacht te schenken aan de mentale problematiek. (den Heijer, 2019)

De term rouwen doet men vaak op de eerste plaats denken aan het overlijden van een persoon. Echter is dit een zeer breed begrip. Na een belangrijke verlieservaring zoals het verlies van je gezondheid, na een beroerte, kunnen ervoor zorgen dat gelijkaardige gevoelens ervaren worden. Personen die een beroerte overleefden ervaren vaak gevoelens van hulpeloosheid, afhankelijkheid, gebrek aan controle en verschillende verlieservaringen. Deze gevoelens hebben een belangrijke weerslag op het mentale welbevinden van deze personen. (den Heijer, 2019)

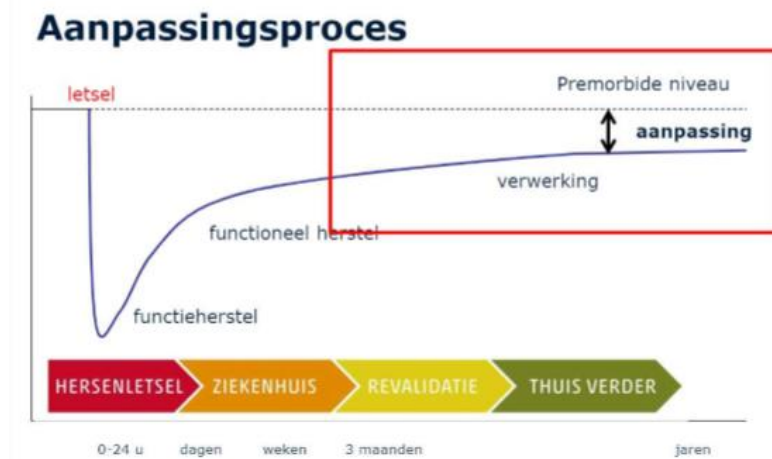
In de eerste plaats wordt benoemd dat personen die een hersenletsel meemaakte, een verlies van zelfkennis ervaren. Je 'zelf' hangt samen met je fysieke en mentale staat, na een hersenletsel, 'weet je niet meer wie je bent'. Dit is voornamelijk het geval bij personen met een geheugenstoornis ten gevolge van de beroerte. (den Heijer, 2019)

Op de tweede plaats wordt er vaak vergeleken met vroeger. Dit is de meest voorkomende vorm van de verlieservaring. De huidige toestand wordt vergeleken met hoe het vroeger was. Het grote verschil tussen hoe die persoon vroeger was en wie hij nu is zorgt voor grote onzekerheid. Zoals eerder besproken is dit een veelvoorkomend fenomeen. Er wordt vaak aangegeven door zowel de personen zelf als hun sociaal netwerk dat alles anders is. (den Heijer, 2019)

Ten derde is er nog het verlies van het beeld dat anderen van de persoon met het hersenletsel hadden. De persoon heeft het verlies ervaren en krijgt daarnaast signalen van de omgeving dat hij niet meer wordt gezien als de persoon voor het hersenletsel. (den Heijer, 2019)

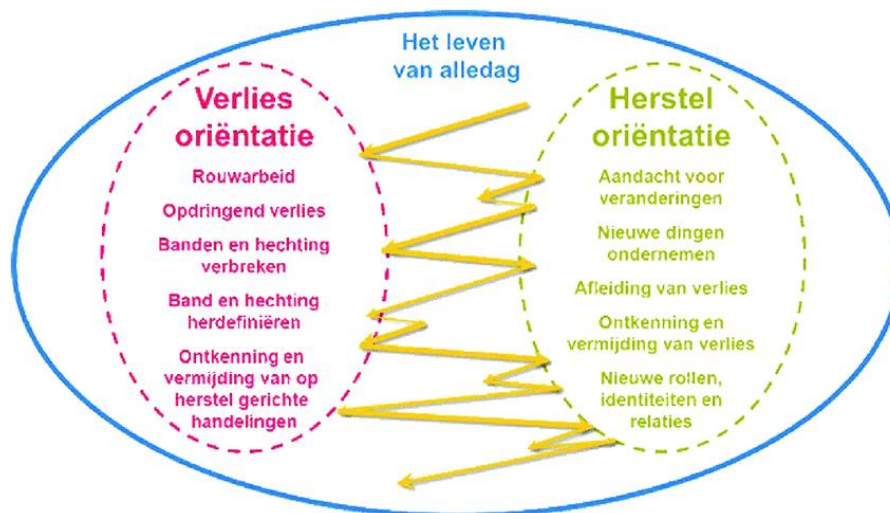
Tijdens de revalidatiefase staan de toekomst en het herstel centraal. Kort na de beroerte is er weinig ruimte om stil te staan bij wat je verloren hebt. Het is moeilijk om gedurende deze periode tegelijk te werken aan het fysieke herstel of functieherstel en daarnaast de beperkingen, als gevolg van de beroerte te accepteren. Anderzijds bestaat het ingewikkelde aspect dat men niet weet hoe men de revalidatieperiode afsluit. In dit stadium is er veel aandacht nodig voor de verwerking van het verlies. Tijdens de laatste fase, ook wel chronische fase

genoemd, spreekt men van een onomkeerbare aandoening, zonder volledig herstel. Tijdens deze fase staan acceptatie en aanpassing centraal. (den Heijer, 2019)



Figuur 3: *Aanpassingsproces: "Ook de chronische fase na hersenletsel kent behandelmogelijkheden". (den Heijer, 2019)*

Personen die een beroerte hebben meegemaakt staan voor een groot verwerkingsproces. Het proces beschrijft hoe patiënten na de verlieservaring verder gaan en trachten weer balans te vinden. Patiënten kunnen coping toepassen om de verlieservaring te verwerken. Het duale procesmodel van Stroebe en Schut beschrijft het model van coping bij rouw. Coping beschrijft de processen, strategieën en manieren om om te gaan "met". Er wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds verliesgerichte stressoren en anderzijds herstelgerichte stressoren. Het duale procesmodel is meermaals onderzocht. Uit onderzoek blijkt, hoewel het voornamelijk bedacht was voor de verwerking van het verlies van een naaste, het toepasbaar is op verschillende verlieservaringen zoals ook het verlies van gezondheid. (den Heijer, 2019)



Figuur 4: *Het duale procesmodel (Stroebe & Schut, 1999)*

De verliesoriëntatie verwijst naar de stress-veroorzakende factoren van de verlieservaring zelf, inclusief confronteren, trachten te accepteren, en het ophalen van herinneringen. (den Heijer, 2019)

De hersteloriëntatie verwijst naar secundaire stressoren ten gevolge van het verlies. Centraal staat hier de heroriëntatie van de wereld die compleet veranderd is voor de persoon die rouwt. Verschillende aspecten van het dagelijkse leven zijn drastisch

veranderd en moeten opnieuw uitgevonden worden. Er dienen aanpassingen gemaakt te worden om verder te kunnen leven na het verlies. (den Heijer, 2019)

4.1.2 Verpleegkundige competenties

Het is en blijft dus noodzakelijk om een goede opleiding en training te voorzien voor de verpleegkundigen om de gevolgen van een beroerte aan te pakken. Door adequate toepassing van de juiste kennis en competenties kunnen zij een belangrijke rol van ondersteuning bieden bij de verlieservaring.

Ook de nazorg is uiteraard zeer belangrijk. De verpleegkundige treft een essentiële rol voor de ondersteuning van patiënten op psychosociaal- en emotioneel gebied. Ze zijn het beste geplaatst door hun centrale en laagdrempelige rol in de zorgsector. Het is van cruciaal belang dat de verpleegkundige over de noodzakelijke competenties, attitude en kennis beschikt om patiënten te ondersteunen tijdens de verwerking van deze verlieservaring. Onderstaande competenties helpen de verpleegkundige bij deze ondersteuning en dienen adequaat te worden toegepast. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Graag bespreek ik in onderstaande opsommingen de kennis en competenties die de verpleegkundige kunnen helpen en ondersteuning bieden. Natuurlijk dienen deze ook adequaat worden toegepast.

4.1.2.1 Samenwerken en doorverwijzen

Op de eerste plaats dienen verpleegkundigen samen te werken met hun patiënten. Het is van groot belang dat beslissingen die de patiënt aanbelangen, zoveel als mogelijk met de patiënt overlegd worden. De verantwoordelijkheid die gedeeld wordt met de patiënt is noodzakelijk om patiënten te empoweren¹. Binnen deze samenwerking is het belangrijk dat er gemeenschappelijke doelen worden vastgelegd zodat men samen kan zoeken naar oplossingen. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Een verpleegkundige dient niet enkel samen te werken met de patiënt zelf maar ook met de omgeving van de patiënt, collega's, leidinggevende en andere partners in de zorg. Een bijzonder belangrijke component hierbij is het multidisciplinair overleg. Een vaardigheid die daar nauw bij aansluit is het doorverwijzen van bepaalde zorgvragen. Het is van cruciaal belang dat zorgverleners hun patiënt en hun zorgvraag doorverwijzen indien zij zelf niet over de nodige expertise beschikken. Doorverwijzing kan echter ook een aanvulling zijn op de eigen aangeboden zorg. Om aan deze vaardigheid te kunnen voldoen is het belangrijk dat zorgverleners over de nodige kennis van relevante en toegankelijke voorzieningen beschikken. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

4.1.2.2 Opvolgen

Een andere competentie waarover een verpleegkundige dient te beschikken is het opvolgen en ondersteunen van hun patiënten. Ze monitoren of patiënten hun vooropgestelde doelstellingen halen, welk problemen zich eventueel voordoen, hoe patiënten omgaan met hun toestand of behandeling of eventuele wijzigingen hieraan en houden ze toezicht over de continuïteit van de zorg. Er wordt een actieve follow-up verwacht van zorgverleners. Daarbuiten is het ook belangrijk dat verpleegkundigen hun eigen activiteiten met betrekking tot deze opvolging en ondersteuning registreren in het patiëntendossier. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

¹ Empoweren betekent letterlijk "iemand tot iets in staat stellen".

4.1.2.3 Gespreksvaardigheden

In voorgaande competenties bespraken we al het belang van samen te werken met de patiënt en zijn directe omgeving, maar bijvoorbeeld ook met de collega's. Vervolgens hebben we de opvolging en ondersteuning van de patiënt besproken, hiervoor is een goede follow-up en feedback naar alle partijen noodzakelijk.

Wanneer verpleegkundigen over een gebrek aan communicatieve vaardigheden beschikken, kan dit er toe leiden dat de patiënt zich onvoldoende begrepen, ondersteunt en geïnformeerd voelt. Zoals meermaals in de literatuur aangegeven, zijn motivationeel interviewen, vraag gestuurd werken, positieve feedback geven, actief luisteren en wisselen van communicatiestijlen afhankelijk van de persoon of situatie een cruciale vaardigheid. Ook non-verbale communicatie wordt in de literatuur vermeld als belangrijk element. Non-verbaal gedrag kan een patiënt geruststellen. Uit onderzoek is gebleken dat sommige verpleegkundigen zich onzeker voelen over hun eigen communicatieve vaardigheden terwijl andere aangeven deze niet te beheersen. Verder worden verpleegkundigen door bepaalde omstandigheden zoals tijdsdruk gedwongen om hun gesprekken op een inefficiënte manier te voeren. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

4.1.2.4 Sociale en interpersoonlijke vaardigheden

Empathie en inlevingsvermogen zijn belangrijke vaardigheden waarover een verpleegkundige dient te beschikken om adequate totaalzorg te kunnen bieden. Een verpleegkundige dient zich te kunnen inleven in de emoties van de patiënt, respect te hebben voor de keuzes van de patiënt en begrip te tonen voor de moeilijkheden die zij ervaren. Daarnaast dienen zorgverleners te kunnen omgaan met verschillende emoties die zowel de patiënten als hun omgeving kunnen ervaren. Het is van belang dat de verpleegkundige de patiënt goed aanvoelt en kan inspelen om zijn emoties door bijvoorbeeld gerust te stellen. De verpleegkundige is de geschikte persoon om een rustige omgeving te creëren en vertrouwensrelatie op te bouwen. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

4.1.2.5 Kritisch reflecteren

Kritisch reflecteren houdt in dat de verpleegkundige haar eigen functioneren op gebied van ondersteuning, opvolging en informeren gaat bekijken en beraden. Verder is het van belang dat verpleegkundigen hun eigen beperkingen bespreken met collega's. Daarnaast is het cruciaal dat de verpleegkundige ook kritisch durft te zijn richting de organisatie en het team toe. Zo kunnen er bijvoorbeeld bepaalde barrières geïdentificeerd worden. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

4.1.2.6 Coachen

Het doel van coachen is om patiënten te begeleiden en te ondersteunen zodat doelen die men gezamenlijk had opgesteld kunnen behaald worden. Ook bij deze competentie staat de patiënt centraal. De verpleegkundige vertrekt bij het coachen vanuit de doelen die in samenspraak met de patiënt werden opgesteld. Samen met de patiënt wordt er naar doelen gewerkt waarbij de verpleegkundige de patiënt begeleidt, feedback geeft en ondersteunt. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

4.2 Welke instrumenten bestaan er reeds voor het screenen en opsporen van de mentale gezondheid?

Zoals hieronder aangehaald zijn er reeds verschillende instrumenten beschikbaar voor het screenen van de mentale gezondheid. Deze schalen hebben hun waarde reeds meermaals bewezen in verschillende situaties blijkt uit de literatuur. De schalen worden momenteel vaak gebruikt als screeningstool in de praktijk. Afhankelijk van diagnose die men wil achterhalen, is de ene tool relevanter dan de andere. Hieronder wordt elke schaal kort toegelicht.

4.2.1 Mini Mental State Examination (MMSE)

De MMSE wordt wereldwijd het meest gebruikt om cognitieve stoornissen te meten bij ouderen. Het meetinstrument werd ontwikkeld om bepaalde cognitieve functies te evalueren: geheugen, oriëntatie, concentratie, taal en praxis. Met de MMSE test kan men screenen op matig tot ernstige cognitieve stoornissen. Het MMSE is een test met een maximale score van 30, waarbij lagere scores wijzen op ernstigere cognitieve problemen. Het snijpunt dat is vastgesteld voor de MMSE definieert 'normale' cognitieve functie en is meestal ingesteld op 24, hoewel een theoretische score tussen één en 30 mogelijk is. Het meetinstrument heeft als doel de cognitieve functies van de cliënt te inventariseren. De test bestaat uit een gestandaardiseerde vragenlijst met open vragen die de cliënt zelf beantwoordt en oplost. (Creavin et al., 2016)

4.2.2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Wanneer een patiënt geheugenverlies en andere vormen van cognitieve achteruitgang ervaart, kan het een stressvolle, onzekere en moeilijke tijd zijn voor alle betrokkenen van de patiënt tot hun familie, vrienden, verzorgers en zelfs zorgprofessionals. Om het even wat de oorzaak van de cognitieve stoornis is, het is belangrijk om snel te weten te komen hoe de cognitieve functie van een individu wordt beïnvloed, zodat een passend behandelingsplan kan worden opgesteld. De MoCA is een eenvoudige tool voor het diagnosticeren van patiënten en het meten van een passende follow-up en behandelplan. Verschillende cognitieve domeinen worden beoordeeld: aandacht en concentratie, executieve functies, geheugen, taal, visuo-constructieve vaardigheden, conceptueel redeneren, rekenen en oriëntatie. De MoCA wordt afgenomen bij eenieder die de instructies begrijpt en volgt. De resultaten mogen echter uitsluitend door een gezondheidsdeskundige met kennis op cognitief gebied geïnterpreteerd worden. Met de mogelijkheid om deze verschillende cognitieve domeinen te beoordelen, is de MoCA-test een bewezen en nuttig cognitief screeningsinstrument voor vele ziekten, waaronder: beroerte, Alzheimer, Parkinson, etc. (Nasreddine, 2017)

4.2.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

De Hospital Anxiety and Depression Scale is een veelgebruikte zelfbeoordelingsschaal die is ontwikkeld om psychologische nood te beoordelen bij niet-psychiatrische patiënten. Het bestaat uit twee subschalen, angst en depressie. Over het geheel genomen heeft het bevredigende psychometrische eigenschappen aangetoond in verschillende groepen: bij patiënten in de eerstelijnszorg, cognitief intacte bewoners van woonzorgcentra, kankerpatiënten, patiënten met chronische zorg behoefte en in algemene populaties. Dit screeningsinstrument verschaft de behandelend arts in korte tijd belangrijke informatie over de gemoedstoestand van een lichamelijk zieke patiënt. De HADS is zeer sensitief, maar weinig specifiek. Dit betekent dat weinig depressies gemist zullen worden, maar dat er nogal wat vals-positieve uitslagen zullen zijn, waarbij de patiënt niet depressief blijkt te zijn, maar wellicht wel begeleiding behoeft. Een totaalscore op de HADS van >12, of een score >8 op de depressie-items, is reden voor verdere inventarisatie en eventuele verwijzing. (Djukanovic et al., 2017)

4.2.4 Self-rating Anxiety Scale (SAS)

De Zung SAS is een 20-item zelfrapportage-beoordelingsapparaat dat gebouwd is om angstniveaus te meten, gebaseerd op het scoren in 4 groepen van manifestaties: cognitieve, autonome, motorische en centrale zenuwstelselsymptomen. Bij het beantwoorden van de stellingen moet een persoon aangeven hoeveel elke stelling op hem of haar van toepassing is binnen een periode van één of twee weken voor het afnemen van de test. Elke vraag wordt gescoord op een schaal van 1-4 (op basis van deze antwoorden: "een klein deel van de tijd", "een deel van de tijd", "een groot deel van de tijd", "het grootste deel van de tijd").

Sommige vragen zijn negatief geformuleerd om het probleem van het ingestelde antwoord te vermijden. De algemene beoordeling gebeurt aan de hand van de totaalscore.

De totale scores variëren van 20-80. De score moet dan worden omgezet in een "Anxiety Index" score met behulp van de grafiek op de papieren versie van de test. De "Anxiety Index" score kan dan op deze schaal gebruikt worden om de klinische interpretatie van het angstniveau te bepalen: 20-44, normaal bereik; 45-59, milde tot matige angstniveaus; 60-74, ernstige angstniveaus en meer dan 75 duidt op extreme angstniveaus. (Dunstan & Scott, 2020)

4.2.5 Self-rating Depression Scale (SDS)

In tegenstelling tot de SAS, is het volgende screeningsinstrument, namelijk de Zung Self-rating Depression Scale een instrument waarbij het opsporen van een depressie centraal staat. De schaal bestaat uit een 20-item zelfrapportage vragenlijst die veel gebruikt wordt als screeningsinstrument en betrekking heeft op affectieve, psychologische en somatische symptomen die gepaard gaan met depressie. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten en de items worden gekaderd in termen van positieve en negatieve uitspraken. Het kan effectief worden gebruikt in een verscheidenheid aan omgevingen, waaronder de eerstelijnsgezondheidszorg, psychiatrie, drugsproeven en diverse onderzoekssituaties. Elk item wordt gescoord op een schaal variërend van 1 tot 4. Een totaalscore wordt afgeleid door de individuele itemscores op te tellen, en varieert van 20 tot 80. De meeste mensen met een depressie scoren tussen 50 en 69, terwijl een score van 70 en hoger wijst op een ernstige depressie. De scores geven een indicatie voor de ernst van de depressie die nuttig kan zijn voor klinische en onderzoeksdoeleinden, maar de Zung-schaal kan niet in de plaats van een uitgebreid klinisch interview ter bevestiging van de diagnose depressie gebruikt worden. De Zung-schaal biedt ook een eenvoudig instrument voor het monitoren van veranderingen in de ernst van depressie in de loop van de tijd. (World Health Organisation, 2020. Management of Substance abuse.)

4.2.6 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

De COPM is een gepersonaliseerd, klantgericht instrument dat ontworpen is om de beroepsmatige prestatieproblemen van de cliënt te identificeren. Met behulp van een semigestructureerd interview initieert de therapeut het COPM-proces door de cliënt te betrekken bij het identificeren van de dagelijkse bezigheden die hij wil doen, moet doen of van hem verwacht wordt, maar die hij niet kan volbrengen. Gebieden van het dagelijks leven die tijdens het interview worden verkend zijn onder andere zelfzorg, productiviteit of vrije tijd. Zodra de therapeut er zeker van is dat de cliënt de beroepsmatige prestatieproblemen in het dagelijks leven heeft geïdentificeerd, wordt de tweede stap van het COPM-proces ondernomen. (The Canadian Occupational Performance Measure, 2020)

In stap twee wordt de cliënt gevraagd het belang van elk van de beroepen voor zijn/haar leven te beoordelen aan de hand van een 10-puntsschaal. In de derde stap van het COPM-proces kiest de cliënt tot vijf van de belangrijkste problemen die in stap twee zijn geïdentificeerd en die in de interventie moeten worden aangepakt. De therapeut voert de gekozen problemen en hun belangrijkheid in het scoringsgedeelte in. Dit proces dient als basis voor het identificeren van de interventiedoelen. (The Canadian Occupational Performance Measure, 2020)

In stap vier wordt de klant gevraagd een 10-puntschaal te gebruiken om zijn eigen prestatieniveau en tevredenheid met de prestaties te beoordelen voor elk van de vijf geïdentificeerde problemen. De therapeut berekent een gemiddelde COPM-prestatiescore en tevredenheidsscore. Deze liggen meestal tussen de 1 en 10, waarbij 1 staat voor respectievelijk slechte prestaties en lage tevredenheid, terwijl 10 staat voor zeer goede prestaties en hoge tevredenheid. De vijfde en laatste stap van het COPM-proces vindt plaats bij de voltooiing van de interventie of op een

vooraf bepaald tijdstip nadat de interventie is gestart. De therapeut vraagt de cliënt opnieuw om zelf de prestaties en de tevredenheid over de behandelde problemen te beoordelen. Aan de hand van deze scores berekent de therapeut vervolgens de prestatie- en tevredenheidsscores. (The Canadian Occupational Performance Measure, 2020)

4.2.7 Occupational Case Analysis Interview and Rating scale (OCAIRS)

De OCAIRS heeft als doel om te helpen bij het plannen van ontslag van patiënten. Dit door gegevens te verzamelen, analyseren en synthetiseren over het belang en de aard van het occupationeel functioneren van het individu. Er wordt informatie bevraagd over het heden en de plannen voor de toekomst. Deze informatie wordt vervolgens verwerkt tot ergotherapeutische indicaties. Het meetinstrument heeft een diagnostisch en evaluatief doel. Hij kan dus zowel in het begin als aan het einde van de behandeling gebruikt worden. (Grondal & van Engelen, 2013)

De OCAIRS is samengesteld uit een semigestructureerd interview, een waardeschaal en een syntheseformulier. In het semigestructureerd interview worden gegevens verzameld aan de hand van tien gebieden, de hoofdcomponenten van het MOHO of 'Model Of Human Occupation'. Elk gebied is voorzien van drie of meer vragen naargelang de hoeveelheid informatie die gewenst is. De therapeut wordt aangemoedigd om vragen te wijzigen of verder uit te werken indien nodig om de beoogde informatie te verkrijgen. De tien hoofdcomponenten van het MOHO; persoonlijke causaliteit, vaardigheden, waarden en doelstellingen, occupatie, interesses, fysieke omgeving, rollen, sociale omgeving, gewoontes en levensgeschiedenis. In totaal worden veertien items bevraagd. De eerste tien items hebben betrekking op de persoon en zijn omgeving. De laatste vier, aangeduid als systeemanalyse, dienen om gegevens te synthetiseren uit het hele interview. (Grondal & van Engelen, 2013)

In de waardeschaal wordt gescoord aan de hand van een vijfpuntenschaal. Elk cijfer binnen de puntenschaal staat specifiek omschreven in de handleiding. De therapeut vergelijkt de antwoorden van de cliënt met de omschrijvingen in de puntenschaal. Op deze manier wordt het scoren vereenvoudigd. (Grondal & van Engelen, 2013)

Het syntheseformulier wordt gebruikt om de uiteindelijke resultaten op een duidelijke manier samen te brengen. (Grondal & van Engelen, 2013)

4.2.8 General Health Questionnaire (GHQ)

De General Health Questionnaire werd ontworpen door Goldberg in 1972. De bedoeling van de vragenlijst was om over een standaardisatie te beschikken om de prevalentie voor psychische of psychiatrische morbiditeit te bepalen. Er werd geopteerd voor een twee-stappenplan. Eén, het bekomen van een maat voor de psychische problematiek, via de patiënt zelf. Hiervoor werd de GHQ ontworpen. In de tweede stap worden personen met een hoge score door een psychiater geïnterviewd om een diagnose te bekomen. Hiervoor werd het Clinical Interview Schedule (CIS) ontworpen. (Viane, 2002)

De GHQ is een zelfbeoordelvragenlijst voor de detectie van personen met niet psychotische psychiatrische aandoeningen, in het bijzonder emotionele problematiek, angst en depressie. De GHQ kan worden gebruikt op drie manieren, als prevalentieschatting, als screeningsinstrument en als vragenlijst naar de toestand van de patiënt. De vragenlijst kan niet worden gebruikt voor het stellen van een specifieke diagnose. (Viane, 2002)

De GHQ bevraagt ongewone en onaangename psychische belevingen en het onvermogen van een persoon om op een normale manier te blijven functioneren. Het gaat om de huidige of recente gezondheidstoestand van de patiënt. De

vragenlijst start met neutrale vragen, naar het einde toe gaan de vragen over naar psychiatrische symptoomvragen. De oorspronkelijke test bestond uit 60 items, op dit moment zijn er verschillende kortere versies ontwikkeld. De GHQ-12, de GHQ-30 en de GHQ-28. (Viane, 2002)

Elke GHQ item bevat vier antwoordcategorieën: "helemaal niet", "niet meer dan gewoonlijk", "wat meer dan gewoonlijk" en "veel meer dan gewoonlijk". In de standaard scoringsmethode worden enkel afwijkingen van get normale dagelijkse functioneren als pathologisch gescoord. De totaalscore van de GHQ geeft het aantal items aan waarbij er sprake is van een afwijking van het normale functioneren. (Viane, 2002)

4.2.9 The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale

Tenslotte bestaat er ook reeds de SAQOL. Dit is een instrument voor het beoordelen van de gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven van mensen die een beroerte hebben doorgemaakt en al dan niet een afasie hebben. De gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven reflecteert de impact van de gezondheidstoestand op het vermogen van een persoon om een volwaardig leven te kunnen leiden. Het instrument bevat een evaluatie van het fysiek, mentaal, emotioneel familiair en sociaal functioneren. Om de sociale en maatschappelijke integratie van de persoon met afasie te kunnen bevorderen en om het welzijn en kwaliteit van leven te kunnen maximaliseren zijn metingen van de kwaliteit van leven van cruciaal belang. Het faciliteren van aanpassen aan de handicap is een zeer belangrijke doelstelling in het revalidatieproces van mensen met een beroerte. (van Ewijk & Versteegde, 2017)

De SAQOL kan worden gebruikt door klinici en onderzoekers. De vragenlijst maakt het mogelijk een inzicht te verkrijgen over de ervaren kwaliteit van leven van de patiënt. Bij gevolg kan men eventueel samen met de patiënt bepalen welk gebied aandacht verdient. Daarnaast kan op grote schaal (vb.: binnen een instelling) het verloop van kwaliteit van leven over tijd onderzocht worden. (van Ewijk & Versteegde, 2017)

De SAQOL is een vragenlijst geschikt voor mensen die een beroerte hebben doorgemaakt met of zonder afasie. De patiënt beoordeelt in de vragenlijst de gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven, eventueel met behulp van de interviewer. De interviewer mag tijdens de vragenlijst alle vormen van communicatie gebruiken. Bijgevolg kan de vragenlijst ook worden gebruikt bij mensen met ernstige begripsproblemen. (van Ewijk & Versteegde, 2017)

De vragenlijst bestaat uit 39 vragen, verdeeld over drie hoofddomeinen: lichamelijk, psychosociaal en communicatie, met bijhorende antwoordbladen en een scoreformulier. Het scoreformulier bevat 21 items over de moeite die de deelnemer de afgelopen week met bepaalde activiteiten had. De opties van antwoorden bestaan uit een 5 punten schaal: 1 = "kon het helemaal niet" tot 5 = "helemaal geen moeite". De vragen die peilen naar de gevoelens en andere activiteiten bestaan uit de antwoordopties: 1 = "zeker ja" tot 5 = "zeker nee". (van Ewijk & Versteegde, 2017)

Een hogere totaalscore wijst op een betere kwaliteit van leven en een hogere domeinscore duidt op een betere kwaliteit van leven op het specifieke domein. De individuele scores kunnen vergeleken worden met de steekproef waarop het instrument is getest, namelijk: mensen met of zonder chronische afasie na een beroerte. Het instrument wordt gebruikt om de kwaliteit van leven van de cliënten in kaart te brengen. Daarnaast kan het ook worden gebruikt om de prioriteiten voor behandeling op te stellen. (van Ewijk & Versteegde, 2017)

4.3 Welke methoden en hulpmiddelen kunnen verpleegkundigen helpen bij het opvolgen van het mentale welbevinden?

4.3.1 Het globaal medisch dossier

Allereest bespreek ik het meest logische hulpmiddel, namelijk het globaal medisch dossier. Dit dossier wordt gebruikt in ziekenhuizen alsook in de huisartsenpraktijk en wordt beheerd door de overheid. Het dossier bevat alle relevante gegevens met betrekking tot onderzoeksrapporten, vaccinatieschema's, consultatierapporten en andere ondersteunende extra informatie die relevant is voor het preventiebeleid. Het globaal medisch dossier is onmisbaar voor patiënten met chronische ziekten of beperkingen. Het bevat alle socio-administratieve en medische gegevens en maakt multidisciplinaire opvolging mogelijk. (Goffeau, 2013)

4.3.2 Het (elektronisch) patiëntendossier (EPD)

Het (elektronisch) patiëntendossier wordt gebruikt in de ziekenhuisomgeving. Het medisch dossier vormt samen met het verpleegkundig dossier het patiëntendossier. Het is bij wet verplicht voor elke patiënt een medisch patiëntendossier op te maken en te bewaren. (Goffeau, 2013)

Het gebruik van het elektronisch patiëntendossier is een nuttig hulpmiddel voor de verpleegkundige. Het wordt gebruikt voor de registratie van verschillende informatie. Dankzij de registratie van de verschillende gegevens behoudt men een overzicht van het proces van de persoon met een chronische aandoening. De gegevens dienen aangevuld te worden en bij elke opvolging doorgenomen te worden om maximale continuïteit van zorg te kunnen bieden. De toepassing maakt het mogelijk om frequent en nauw contact te kunnen behouden met de patiënt. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Verder zorgt goede en correcte informatie uitwisseling ervoor dat er optimale communicatie en opvolging kan plaats vinden met verschillende partners in de zorg. Het elektronisch dossier is een noodzakelijke tool die men adequaat dient te gebruiken om correcte en juiste monitoring te doen van het proces van de patiënt. Op deze manier kunnen zowel collega verpleegkundigen op elkaars werk verder bouwen alsook andere paramedici zoals psychologen, ergotherapeuten, artsen, etc. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van de verpleegdossiers een positieve invloed had op de input, het proces of de resultaten van de gezondheidszorg. Interventies werden beter beschreven en gedefinieerde verpleegkundige zorgresultaten werden correct gerapporteerd. In het dossier werd een uitgebreide documentatie van het verplegingsproces beschreven dat voldeed aan de wettelijke eisen. Verder toont onderzoek aan dat het correct gebruik van het verpleegdossier talrijke positieve gevolgen heeft voor de gezondheidszorg, namelijk: ondersteuning van de praktijk, continuïteit van zorg, adequate samenwerking met paramedici, verbeterde patiëntveiligheid, betere beoordeling van resultaten en secundaire effecten, etc. Tevens kwamen er ook werkpunten aan het licht zoals de nood aan ondersteuning van het personeel en de behoefte aan educatie (Saranto et al., 2014)

4.3.3 Het zorgplan communicatie – cognitie – emotie (UZA)

Tijdens mijn opleiding kwam ik contact met verschillende verpleegdossiers. In het UZA wordt het verpleegdossier nog schriftelijk ingevuld. Anderzijds heeft elke patiënt ook een globaal medisch dossier in C2M. Het zorgplan communicatie – cognitie – emotie wordt dagelijks gebruikt en ingevuld om de patiënten te evalueren op bovenstaande aspecten. In het zorgplan emotionele ondersteuning wordt ingevuld welke personen betrokken zijn, welke uitingsvorm de patiënt vertoont, wat de aanleiding is en welke actie de verpleegkundige ondernomen heeft. De emotionele ondersteuning die werd ingevuld dient ook geëvalueerd te worden

alsook de actie ter preventie van een volgende "crisis". Onderaan het zorgplan is er de mogelijkheid tot invulling van "overleg met andere instellingen". Met andere instellingen wordt in het zorgplan bedoeld (de huisarts, thuisverpleegkundige, revalidatie, etc.). Aan de achterzijde van het zorgplan kunnen zaken ingevuld worden met betrekking tot gedragsstoornissen, het cognitief functioneren, fixatie, communicatie en multidisciplinair overleg. (Universitair ziekenhuis Antwerpen: verpleegdossier, 2020)

4.3.4 Zorgplan mentale zorg AZ Herentals

In het algemeen ziekenhuis Sint- Elisabeth Herentals werd de mentale zorg in het elektronische verpleegdossier geïntegreerd en dagelijks ingevuld. Dit was echter enkel geïntegreerd voor patiënten met het vooropgestelde zorgplan "oncologie". Voor andere patiënten met bijvoorbeeld een pneumologisch dossier werd dit niet geïntegreerd en dus ook niet bevraagd of ingevuld. Indien patiënten in de recente voorgeschiedenis bijvoorbeeld een CVA hadden doorgemaakt werd er dus bijgevolg geen rekening gehouden met de mentale gezondheid van deze patiënten. Het aspect mentale zorg in het elektronisch verpleegdossier voor oncologische patiënten in het AZ Herentals is vergelijkbaar met het zorgplan emotionele ondersteuning in het UZA.

In beide dossiers wordt het aspect emotionele ondersteuning of mentale zorg dagelijks doorgenomen en ingevuld, maar zonder dat men hierbij een correcte en uitgebreide evaluatie deed. Het zorgplan werd snel ingevuld zonder dat er effectief gepeild werd naar de emotionele of mentale gezondheid van de patiënten. Ik merkte tijdens mijn opleiding en stages dat zoals in de literatuur beschreven, de verpleegkundigen weinig kennis bezitten over de mentale gezondheid. Bijgevolg werd er dan ook zeer weinig aandacht besteedt aan emotionele ondersteuning, opsporing of opvolging.

4.3.3 Opsporing aan de hand van een signaalkaart

Het signaleren van symptomen die duiden op mogelijke mentale problemen aan de hand van een signaalkaart bij ouderen. Dit heeft als doel kwetsbare ouderen op te sporen zodat de huidige zorg en ondersteuning verbeterd kunnen worden. Het uitgangspunt vanuit hulpverleners is dat risico's en problemen op bijvoorbeeld psychisch vlak in kaart worden gebracht. De volgende stappen na het signaleren van mogelijke symptomen die mentale problemen aan het licht brengen, variëren van informeren en adviseren tot het inzetten of verbeteren van zorg en ondersteuning. (de Bruin et al., 2019)

Signalisatie van mogelijke symptomen en de daarop volgende onderneming van proactieve zorg en ondersteuning door professionele zorgverleners kan leiden tot beter behoud van de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren. In de huidige beschikbare literatuur zijn er geen éénduidige resultaten te zien. Vanuit de literatuur ziet men wel dat initiatieven die zich richten op een meer specifieke groep ouderen bijvoorbeeld. In dit geval: "65-plussers die een beroerte hebben doorgemaakt", doeltreffender zijn dan initiatieven die zich richten op bredere populaties. (de Bruin et al., 2019)

Onderzoek toont aan dat ouderen wel degelijk gebaat zijn bij het signaleren van problemen op het gebied van gezondheid en welzijn. Ook het sociale netwerk (familie, vrienden, burens) kunnen een belangrijke rol spelen bij de erkenning van deze problemen. Het is aangewezen om één persoon aan te wijzen als coördinator zodat hulpverleners op één plek terecht kunnen met de gesignaleerde problemen. Daarnaast is het van belang om de signalering te richten op het perspectief van het levensverloop. Bepaalde gebeurtenissen staan dus centraal en bijvoorbeeld niet enkel de leeftijd. Ten slotte dient er voldoende aandacht besteedt te worden vanuit

de hulpverleners aan de psychische gezondheid en welzijn van de ouderen. (de Bruin et al., 2019)

4.3.3.1 Zorg voor mentaal welbevinden, herken de vier signalen!

Voor het ontwerp van de signaalkaart heb ik me gebaseerd op het ontwerp van de website 4 voor 12. De campagne 4 voor 12 is een initiatief van de VLESP, VVGG en "Te Gek!?". Het doel van de campagne is het sensibiliseren van de bevolking om aandacht te bieden voor signalen van psychische kwetsbaarheid en hiermee aan de slag te gaan. Het is de bedoeling om mensen aan te moedigen er voor elkaar te zijn en psychische problemen sneller te kunnen opmerken. Op deze manier willen ze mensen sneller de juiste hulp bieden zodat ernstige psychische problemen vermeden kunnen worden. (4voor12, 2020)

De signaalkaart beschrijft vier signalen, afgebeeld met symbolen en bijhorende informatie. Onderaan de signaalkaart staan "do's en don'ts" geformuleerd wanneer men een gesprek aangaat met de persoon.

De focus wordt gelegd op vier belangrijke signalen, namelijk:

a) Verandering in gedrag

Mentale problemen zorgen vaak voor veranderingen in het gedrag van de betrokken persoon. Mogelijke gedragsveranderingen zijn: concentratieproblemen, alcohol-of druggebruik, roekeloos gedrag, gejaagdheid, onrust, etc. Wanneer de persoon nieuw gedrag vertoont, dat duidelijk toeneemt of samenhangt met een verlieservaring, pijnlijke gebeurtenis of een grote verandering dien je hiervoor alert te zijn. Gedragsveranderingen gaan vaak gepaard met slaapproblemen, dit kan de situatie verergeren. Wees alert voor iemand die aangeeft dat de nachten moeilijk zijn of dat hij/zij zich uitgeput voelt. (4voor12, 2020)

b) Verandering in emotie

Als een persoon het mentaal moeilijk heeft merk je dat meestal aan zijn/haar emoties. De persoon is vaker geïrriteerd of boos, futloos, huilt snel, etc. Schommelingen in de stemming zijn daarnaast ook een duidelijk teken. Wanneer mensen op mentaal vlak lijden, overheerst vaak het gevoel van hopeloosheid. Men heeft het gevoel dat het nooit meer beter wordt. (4voor12, 2020)

c) Zich terugtrekken

Mensen die mentale problemen hebben isoleren zich meestal van de buitenwereld. Ze trekken zich terug, spreken minder met vrienden, familie en kennissen, zijn stiller, ingetogener en komen minder buiten. (4voor12, 2020)

d) Zeggen dat het niet goed gaat

Uit hetgeen dat mensen zeggen kan je vaak afleiden of zij het moeilijk hebben. Sommige mensen geven duidelijk aan dat het moeilijk gaat, door bijvoorbeeld te zeggen: "ik zie het niet meer zitten" of "ik ben op, ik kan niet meer". Soms ontwijken mensen vragen over het mentale welbevinden of antwoorden ze er geel vaag op, bijvoorbeeld: "Het gaat wel". Ook dit kan erop wijzen dat het niet goed gaat met deze persoon. Zulke uitingen moeten steeds ernstig genomen worden. (4voor12, 2020)

5 Prototype

5.1 Doelgroep en eindgebruiker

Het doel van de signaalkaart is om deze toe te passen bij 65-plussers die reeds een beroerte hebben doorgemaakt. De signaalkaart kan op een verpleegafdeling in het ziekenhuis gebruikt worden bij patiënten die onlangs een beroerte doorgemaakt hebben en revalideren of een beroerte hebben meegemaakt in het verleden. De signaalkaart kan eventueel worden toegevoegd aan de veiligheidswaaijer van het ziekenhuis om zo gemakkelijk en tijdig geraadpleegd te worden door zorgverleners. Op deze manier kunnen de zorgverleners aan de hand van de signaalkaart bepaalde symptomen die duiden op een mentale problematiek snel en eenvoudig opsporen.

5.2 Methodieken en materialen die reeds bestaan in de praktijk

Op dit ogenblik zijn er verschillende mogelijkheden tot het opsporen en opvolgen van mentale of psychische problemen. Deze screeningstools werden hierboven reeds uitgebreid toegelicht. Er bestaan allerlei verschillende screenings-tools, vragenlijsten, schalen, etc. Echter is er geen éénduidig uniform protocol of procedure die het mentaal welbevinden kan opsporen en opvolgen. Daarnaast beschikken verpleegkundigen mogelijk over onvoldoende kennis en vaardigheden om de bestaande screeningstools correct en adequaat toe te passen in de praktijk. Ziekenhuizen gebruiken momenteel verschillende zorgplannen die geïntegreerd zijn in het verpleegdossier en vullen deze dagelijks in. Vaak zonder deze ook effectief af te toetsen bij de patiënten of hun naasten. Uit verschillende onderzoeken en ook vanuit mijn persoonlijke ervaring merk ik dat verpleegkundigen vaak onvoldoende bedacht zijn voor de mogelijkheid op psychische problemen bij 65-plussers. Er is dus bijgevolg onvoldoende aandacht voor de opsporing en opvolging van het mentale welbevinden.

5.3 Kwaliteit van de materialen en methodieken

De verschillende screenings-tools voor het opsporen van problemen met betrekking tot het mentale welbevinden (MMSE, MoCA, HADS, SAS, SDS, COPM, etc.) zijn gevalideerd en hebben hun effect reeds meermaals bewezen, blijkt vanuit verschillende studies. Verder bestaan er reeds verschillende gevalideerde vragenlijsten om te peilen naar de mentale gezondheid van 65-plussers. De verpleegdossiers bevatten afhankelijk van de ziekenhuizen een zorgplan voor emotie en psychisch welzijn. Deze worden door de verpleegkundige dagelijks ingevuld zonder dit meestal effectief af te toetsen bij de patiënt of hun sociaal netwerk. Idealiter zou de verpleegkundige een gesprek kunnen voeren met de patiënt, met de aspecten van het zorgplan in het achterhoofd. Zo kunnen zij deze effectief aftoetsen bij de patiënt aan de hand van gespreksvaardigheden. Nadien kan het zorgplan dan correct ingevuld worden en kunnen indien nodig de juiste stappen ondernomen worden. Op dit moment gebeurt dit naar mijn ondervinding en vanuit de literatuur niet het geval te zijn.

Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen over onvoldoende kennis, vaardigheden en competenties beschikken tot het adequaat toepassen van deze zorgplannen. Daarnaast wordt er onvoldoende aandacht besteedt aan de correcte toepassing van het zorgplan. Dit duidt op de nood aan educatie van de verpleegkundigen en een hulpmiddel omtrent de opsporing en opvolging van het mentale welbevinden. (Lembrechts & Ackermans, 2015)

5.4 Informeren en sensibiliseren van verpleegkundigen aan de hand van de signaalkaart

Het doel van de signaalkaart is om adequate opsporing en opvolging van patiënten met mentale problemen te verkrijgen, bij 65-plussers die een beroerte hebben

doorgemaakt. Door middel van signalering aan de hand van de signaalkaart, is het mogelijk om waargenomen signalen adequaat aan te kaarten en te verwerken. Bijgevolg kunnen door verbetering van de verpleegkundige competenties, aan de hand van educatie, patiënten de nodige opsporing, ondersteuning en opvolging verkrijgen.

5.5 Beantwoording van de signaalkaart aan de doelstelling i.f.v. de doelgroep en eindgebruiker.

Uit de literatuur is gebleken dat er nood is aan een éénduidige methode voor de opsporing en opvolging van het mentale welbevinden. Op dit ogenblik is er namelijk geen sprake van één uniform, éénduidig protocol of plan om deze opsporing en opvolging te kunnen verwezenlijken. Verder tonen verschillende onderzoeken aan dat verpleegkundigen nood hebben aan educatie omtrent het mentale welbevinden bij ouderen. Verpleegkundigen beschikken namelijk onvoldoende of niet over de noodzakelijke kennis, competenties en vaardigheden om tot adequate opsporing en opvolging te komen. Het gebruik van de signaalkaart met het daaraan gekoppelde implementatieplan kan voldoen aan de zorgvragen en uitdagingen die worden vermeld in de literatuur.

6 Plan

De interventie beschrijft de aanpak voor de verbetering van de signalering van symptomen die duiden op een verminderd mentaal welbevinden. De interventie is bruikbaar voor alle zorgverleners in de tweede lijn alsook eventueel zorgverleners vanuit de eerste lijn die te maken hebben met 65-plussers die een beroerte hebben meegemaakt. De focus voor de implementatie van de interventie in deze Bachelorproef, is gebaseerd op een algemene ziekenhuisafdeling. Zowel verpleegkundigen als (huis)artsen en andere paramedici (ergotherapeut, logopedie, psycholoog) kunnen indien nodig betrokken worden bij de interventie.

Voor het ontwikkelen van een goed implementatieplan heb ik me gebaseerd op het uitgebreid stappenplan van ZonMW (2019) en de Lange (2011). Deze stappen vormen samen de rode draad doorheen het ganse implementatieplan.

Het doel van de interventie is het verbeteren van de opsporing, het adequaat aankaarten, verwerken en de opvolging van personen met een verminderd mentaal welbevinden. Het doel tracht ik te bereiken door enerzijds de noodzakelijke verpleegkundige competenties te verbeteren, zoals bijvoorbeeld het optimaliseren van de communicatie. Daarnaast, het ontwikkelen van een signaalkaart die helpt voor de opsporing van personen met een verminderd mentaal welbevinden.

De aanpak in de interventie richt zich op het tijdig, beter herkennen en adequater omgaan met signalen die duiden op problemen in verband met het mentale welbevinden. Doormiddel van training van verpleegkundigen op gebied van communicatieve vaardigheden als het gebruik van de signaalkaart, zijn zij beter in staat om signalen van mentale problemen te herkennen en hier adequaat op in te spelen. Indien zij bepaalde signalen opvangen, adviseren ze de patiënt en diens naasten om contact op te nemen met de (huis)arts. Ook worden de signalen, mits toestemming van de patiënt, aan de (huis)arts gebriefd zodat passende begeleiding en zorg kan opgestart worden.

De verbetering van de opsporing en opvolging van mentale problemen kan aangepakt worden door middel van een stappenplan. Het stappenplan bestaat uit vier stappen. Hieronder worden de stappen beschreven met de nodige informatie en aandachtspunten.

Stap 1: Voorwaarden

Er zijn bepaalde voorwaarden noodzakelijk voor het maken van een adequaat plan van aanpak, voor de signalering van problemen met het mentale welbevinden. Deze voorwaarden vergroten de kans tot slagen van de interventie. De voorwaarden worden hieronder toegelicht.

a) Een kernteam en coördinator:

Een kernteam is belangrijk voor de voorbereiding van de interventie en het gezamenlijk maken en uitwerken van voorstellen. Het kernteam benoemt bij de start van de interventie een coördinator (vergelijkbaar met referentieverpleegkundige). De coördinator is liefst een persoon met veel ervaring en kennis binnen het onderwerp.

Een verpleegkundige met voldoende kennis van zake, die over de nodige competenties beschikt om voldoende aandacht te schenken aan het mentale welbevinden, wordt aangeduid als coördinator. Deze is dan coördinator/referentieverpleegkundige. Eventueel kan vooraf nog de nodige educatie gegeven worden omtrent de signaalkaart en het plan van aanpak.

De coördinator staat in voor de begeleiding van de interventie. Het kernteam kan bestaan uit enkele verpleegkundigen vanop de dienst, die zich engageren voor de interventie, een arts of huisarts en iemand vanuit de

ziekenhuisorganisatie. De taakomschrijving van de coördinator bestaat uit het leiden van de interventie, het leggen van nodige contacten, verkennen van mogelijke oplossingen, creëren van een draagvlak voor betrokkenen, begeleiden van de interventie en de evaluatie van de interventie. (de lange, 2011)

b) Een draagvlak

Het verbeteren van het signaleren vraagt extra aandacht en veranderingsgezindheid van de betrokken verpleegkundigen en andere hulpverleners op de afdeling. Om dit te bekomen is er een draagvlak nodig. Vanaf de start van de interventie dient hieraan voldoende aandacht besteedt te worden. De betrokken hulpverleners zijn de personen die de signalen van mentale problemen zullen herkennen en aankaarten alsook degene die bijdragen tot de verdere stappen van de interventie.

Daarnaast zijn ook artsen van de patiënten betrokken die de informatie in verband met de signalen zullen ontvangen en hierop actie kunnen ondernemen (naar ontslagmanagement toe). Er moet sprake zijn van voldoende intrinsieke motivatie om de interventie te doen slagen en bereidheid om er voldoende energie en tijd aan te besteden. (de Lange, 2011)

Tijdens de voorbereiding van het project organiseert de coördinator of referentieverpleegkundige en het kernteam een aantal activiteiten die het draagvlak kunnen vergroten. Zo kan er een onthaal dag georganiseerd worden in het ziekenhuis waar de implementatie zal plaats vinden. Tijdens deze onthaal dag wordt het project toegelicht door de referentieverpleegkundige en het kernteam aan iedereen die zal bijdragen aan de implementatie (verpleegkundige, artsen, psychologen, sociale dienst, etc.). Ook deze Bachelorproef kan kort door mezelf toegelicht worden. Voorafgaand aan de theorie kan er een kleine receptie gepland worden.

Goede communicatie met het gehele team is van essentieel belang. De berokkenen dienen voldoende informatie te verkrijgen over de interventie en het is belangrijk hen te betrekken bij zowel de aanvang als de evaluatie van de interventie. Er wordt dus een onthaal dag met receptie gepland om de interventie te startten. Gedurende de implementatie plaats vindt, wordt er rekening gehouden met de visie, belangen en motivatie van de zorgverleners. Er worden geregeld intervisiemomenten gepland om deze te bespreken en feedback te vragen. Gedurende de uitvoering van de interventie worden ook geaccrediteerde bijscholingen georganiseerd. Op deze manier krijgen verpleegkundigen van op de afdeling waar de implementatie plaats vindt de nodige educatie omtrent de aandacht voor het mentale welbevinden.

c) Faciliteren

Het invoeren van een nieuwe interventie kost veel tijd, energie en geld. Daarom dienen er voldoende financiële middelen voorzien te worden. Kosten waarmee rekening dient gehouden te worden bij het opstartten van de interventie zijn: kosten(uren) van coördinator/ referentieverpleegkundige en kernteam, kosten(uren) van communicatie met zorgverleners (intervisiemomenten) , kosten(uren) van docenten voor de educatie aan verpleegkundigen, kosten van drukwerk voor de signaalkaart, administratieve uren en eventuele technische aanpassingen. (de Lange, 2011)

Stap 2: Voorbereiding

Voor de start van de effectieve interventie dient het kernteam enkele voorbereidende activiteiten uit te voeren. Deze omvatten:

a) Vaststellen doel

Als kernteam dient er gezamenlijk een doel te worden vastgesteld. Het uiteindelijke doel is de verbetering van het signaleren van problemen met het mentale welbevinden en het adequaat verwerken van deze signalen. Hiervoor werd een signaalkaart ontwikkeld. Daaraan gekoppeld dienen er adequate stappen ondernomen te worden om het mentale welbevinden te verbeteren. Educatie aan de verpleegkundigen van de afdeling en andere paramedici die betrokken zijn bij de interventie is noodzakelijk.

Een duidelijk geformuleerd doel, in samenspraak met het gehele team, is essentieel voor het vaststellen van de effectiviteit van de interventie. Deze doelstelling kan worden geformuleerd volgens de SMART tijdens de eerste samenkomst tussen de referentieverpleegkundige en het kernteam.

b) Inventariseren huidige situatie

Voor de interventie te starten is het noodzakelijk om de huidige situatie in kaart te brengen. Zo kan er bekeken worden of men in de huidige werkstructuur ruimte vindt om de interventie in te voeren. Zo kan er een eerste intervisie moment gepland worden met enkele verpleegkundigen van de afdeling, de hoofdverpleegkundige, de referentieverpleegkundige en het kernteam.

De verkenning van de huidige situatie kan men bekomen door het verzamelen van cijfers en prognoses, informatie verzamelen over de betrokkenen (verpleegdossiers, sociaal netwerk), informatie over de huidige werkwijze te verkrijgen (organisatie van de afdeling), eventuele hindernissen, etc. Deze worden besproken op het intervisiemoment alvorens de start van de interventie.

c) Opstellen van een procedure

Samen met het kernteam en de coördinator/referentieverpleegkundige kan er een procedure opgesteld worden voor het signaleren van de symptomen die duiden op een mentale problematiek. Het is van belang dat de procedure goed aansluit bij de huidige situatie, realistisch en haalbaar is. In deze procedure staan verdere stappen vermeld zoals het aangaan van een dialoog met de patiënt of sociaal netwerk, doorverwijzing naar andere instanties etc. Deze kan worden gebaseerd op een reeds bestaand zorgplan zoals bijvoorbeeld dat van het UZA.

d) Bevorderen van deskundigheid

Vooraleer de nieuwe interventie wordt ingevoerd is het belangrijk dat de zorgverleners over voldoende kennis, attitude, vaardigheden en competenties beschikken om deze taak adequaat te kunnen uitvoeren. Bijscholingen en trainingen kunnen georganiseerd worden om bovenstaande aspecten te bevorderen. Deze educatie kan gebeuren door experts uit het werkveld, op de plaats waar de organisatie gevestigd is die de interventie uitvoert (bijvoorbeeld het ziekenhuis). Ook gedurende de uitvoering van de interventie kunnen er bijscholingen gepland worden. Op deze manier ontstaat er interactie tussen de docent en de verpleegkundigen en kan er feedback voorzien worden.

e) Selecteren evaluatiecriteria

De doelstellingen die gezamenlijk werden geformuleerd volgens het SMART principe dienen tijdig, in team geëvalueerd te worden. Deze worden geëvalueerd tijdens een intervisiemoment. Een hulpmiddel voor het

registreren van gegevens is het gebruik van ICT. De referentieverpleegkundige maakt een verslag op van het intervisiemoment en noteert belangrijke feedback en hindernissen. Deze kunnen dan tijdens een volgend intervisiemoment opnieuw besproken worden.

f) Voorbereiden startbijeenkomst/ onthaal dag

Om de interventie te doen slagen is het van belang dat de betrokkenen gemotiveerd zijn om mee te werken. Daarom is het belangrijk om de hulpverleners voldoende te informeren. Tijdens bijvoorbeeld een startbijeenkomst zoals een receptie voorafgaand aan een onthaal dag kunnen de hulpverleners op de hoogte gebracht worden over de interventie, de plannen en de procedure. Deze startbijeenkomst wordt zorgvuldig gepland en georganiseerd door de coördinator/ referentieverpleegkundige en het kernteam. Deze Bachelorproef kan hierbij kort worden toegelicht.

Stap 3: invoering signaalkaart

De manier waarop ik de verpleegkundigen op een afdeling van het ziekenhuis wil bereiken is aan de hand van een signaalkaart, die eventueel in de veiligheidswaaijer geïntegreerd kan worden. Eerder heb ik reeds omschreven welke informatie de signaalkaart bevat.

Er wordt gestart met een duidelijke titel bovenaan de signaalkaart die de aandacht van de verpleegkundigen vraagt. De symbolen op de signaalkaart, geven een illustratie van de signalen die opgemerkt kunnen worden. Onderaan de symbolen staat een korte verklaring.

Onderaan de signaalkaart staan eventuele volgende stappen die ondernomen kunnen worden, indien er effectief signalen worden opgevangen. Als de verpleegkundige signalen herkennen die duiden op een verstoord mentaal welbevinden, is het van belang om deze problematiek aan te pakken en verdere stappen te ondernemen.

De verpleegkundige die de signaalkaart gebruikt en signalen van een verstoord mentaal welbevinden signaleert, kan deze vervolgens bespreken in het (kern)team en met de coördinator. Samen kan er gezocht worden naar een eventuele oplossing.

Vooraleer de signaalkaart officieel te implementeren, dient deze eerst op punt gesteld te worden samen met de werknemers die zich aansluiten bij de interventie. Met andere woorden, het kernteam, de coördinator en de organisatie. Het prototype kan vervolgens worden aangepast aan de normen van het ziekenhuis, waar het geïmplementeerd kan worden.

Stap 4: Evaluatie

Om de effectiviteit van de interventie te kunnen beoordelen is het van belang tijdig een evaluatie te organiseren. Door regelmatige evaluatie kan men streven naar eventuele aanpassingen en verbetering van de interventie tijdens de testfase. Daarnaast kunnen er tussentijdse metingen worden uitgevoerd om de betrokkenen te motiveren. Het evalueren van de interventie is mogelijk op verschillende manieren. (de Lange, 2011)

a) Procesevaluatie

Door procesevaluatie uit te voeren kan men informatie verkrijgen over hoe de betrokkenen het hele traject ervaren hebben. Afhankelijk van de vooropgestelde SMART- doelstelling kunnen bij de procesevaluatie volgende zaken in kaart worden gebracht: mate van tevredenheid bij zorgverleners, patiënten en hun naasten, ervaren knelpunten en mogelijke verbeterpunten. Deze zaken worden besproken op een intervisiemoment, en nauwkeurig

bijgehouden aan de hand van ICT. Hindernissen en feedback worden genoteerd om deze aan te pakken. (de Lange, 2011)

b) Effectevaluatie

Bij effectevaluatie wordt er informatie gegeven over wat het effect is van de nieuwe interventie. De resultaten van de evaluatie dienen eerst binnen het kernteam besproken te worden. Vervolgens kan een verslag worden opgemaakt en kunnen de resultaten tijdens een bijeenkomst besproken worden. Tijdens deze bijeenkomst dient er voldoende ruimte vrij te worden gemaakt voor vragen van de zorgverleners. (de Lange, 2011)

6.1 Waar wordt de vernieuwing doorgevoerd?

De interventie wordt eerst geïmplementeerd op een verpleegafdeling in een ziekenhuis. Indien de interventie een positief effect oplevert kan deze eventueel gebruikt worden in andere sectoren (thuisverpleging, psychiatrische instellingen, woon- en verzorgingscentra, etc.). Daarnaast kan de interventie eventueel gebruikt worden voor andere doelgroepen met betrekking tot chronische aandoeningen (kankerpatiënten, patiënten met spierziekten, etc.)

6.2 Waarom een vernieuwing doorvoeren?

Met de algemene kwaliteitszorg is het in het algemeen goed gesteld in het ziekenhuis. Denk maar aan de JCI, de NIAZ, etc. Echter, kan het niet vroegtijdig herkennen van problemen met betrekking tot het mentale welbevinden leiden tot schade van de (mentale) gezondheid van de patiënt. Het is van cruciaal belang om verpleegkundigen te stimuleren tot het erkennen en herkennen van bepaalde signalen die duiden op een psychosociale- en emotionele problematiek. Het tijdig ondernemen van interventies en een adequate aanpak kan veel leed voorkomen voor zowel de patiënt zelf, als zijn sociaal netwerk.

7 Conclusie & Discussie

Wereldwijd behoren beroertes tot de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit. Een beroerte treft in België zo'n 180 000 mensen per jaar. Door aanzienlijke vooruitgang van het zorgstelsel in België, ziet men een opvallende daling van de sterftcijfers ten gevolge van een beroerte. Bijgevolg zijn er steeds meer personen die een beroerte overleven. Logischer wijze is er dus een verhoogde nood aan adequate opvolging en ondersteuning van deze patiënten volgens de holistische visie. Patiënten die een beroerte overleefden, staat een lange intensieve periode van aanpassing, acceptatie en revalidatie te wachten.

Op de dag van vandaag zijn er reeds vele vorderingen gebeurd voor de behandeling van beroertes op fysiek vlak. De nodige aanpassingen voor het adequaat aanpakken van de psychosociale problematiek blijft eerder achterwege. Er bestaan momenteel verschillende screeningstools, opvolgingsmethoden en zorgplannen voor de opsporing, ondersteuning en opvolging van het mentale welbevinden. Echter blijft educatie omtrent de verpleegkundige competenties, attitude, vaardigheden en kennis op de achtergrond.

Eenzijds heeft onderzoek aangetoond dat patiënten wel degelijk nood hebben aan psychosociale ondersteuning. Momenteel is hiervoor nog onvoldoende aandacht. Zorgvragers geven aan zich "in de steek gelaten te voelen". Echter blijken verpleegkundigen de geknipte personen te zijn om aan deze waarden te voldoen. Verpleegkundigen bevinden zich op een centrale en laagdrempelige positie waardoor ze eenvoudig bereikbaar zijn voor hun zorgvragers en de daaraan gekoppelde psychosociale- en emotionele problematiek.

Anderzijds, blijkt uit de literatuur, zien zorgverleners zichzelf niet in staat om aan deze behoeften adequaat tegemoet te komen. Ze ervaren een gebrek aan kennis, vaardigheden, attitude en competenties om psychosociale en emotionele ondersteuning te kunnen aanbieden aan hun patiënten die een belangrijke verlieservaring dienen te verwerken.

Het gebrek aan verschillende competenties die verpleegkundigen aangeven, kan men verwachten wanneer men de Belgische wetgeving bekijkt. De wetgeving met betrekking tot de verstrekkingen die verpleegkundigen mogen uitvoeren is zeer gedetailleerd. Volgens de wetgeving is het de taak van verpleegkundigen om de gezondheidstoestand van patiënten op biologisch, psychologisch en sociaal vlak te evalueren en om problemen en verpleegdiagnoses te definiëren en deze te beantwoorden met de uitvoering van technische verstrekkingen.

Echter gaat de huidige lijst van de verpleegkundige verstrekkingen enkel in op technische verstrekkingen zoals (inspuitingen, wondzorg, etc.) die enkel in verband staan met het biologische systeem. De huidige lijst geeft andere technieken zoals relationele, emotionele en communicatietechnieken die steek houden met het psychologisch, sociaal en emotionele systeem niet aan. Doch zouden verpleegkundigen deze technieken moeten kunnen toepassen op basis van verpleegproblemen of diagnoses van patiënten.

Competenties zoals samenwerken, doorverwijzen, opvolgen, gespreksvaardigheden, sociale- en interpersoonlijke vaardigheden, kritisch reflecteren en coachen zijn essentieel voor het handhaven van psychosociale- en emotionele evenwicht van de patiënt. Educatie aan verpleegkundigen omtrent deze onderwerpen is bijgevolg van cruciaal belang.

Om deze noodzakelijke competenties te verbeteren heb ik een actieplan ontworpen aan de hand van een prototype. Daarnaast heb ik een signaalkaart ontworpen als hulpmiddel voor de opsporing, ondersteuning en opvolging van het mentale

welbevinden. Op deze manier hoop ik verpleegkundigen te stimuleren meer aandacht te besteden aan het mentale welbevinden en hoe om te gaan met deze psychosociale en emotionele problematiek.

8 Bibliografie

- (2020). Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). *Leidraad bij de ontwikkeling en beoordeling van preventiemethodieken*. From Zorg-en-gezondheid.be: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Leidraad_ontwikkeling_beoordeling_van_preventiemethodieken.pdf
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019). *Preventiemethodieken voor meer gezondheid*. From Preventiemethodieken.be: <https://www.preventiemethodieken.be>
- Bakas, T., Jessup, N., McLennon, S., Habermann, B., Weaver, M., & Morrison, G. (2018). Tracking Patterns of Needs During a Telephone Follow-up Program for Family Caregivers of Persons with Stroke. *HHS Public Access*. doi:10.3109/09638288.2015.1107767
- Bourgeois, V., & Clerc, M. (2016). Eurostat Pressrelease. From Eurostat.
- Carpenito, L. (2012). Zakboek: Verpleegkundige diagnoses (4e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Creavin, S., Wisniewski, S., Noel-Storr, A., Trevelyan, C., Hampton, T., Rayment, D., . . . Cullum, S. (2016). Mini Mental State Examination for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database of systematic reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD011145.pub2.
- De Block, M. (2019). www.maggiedeblock.be. From https://www.maggiedeblock.be/wp-content/uploads/2019/02/2019_02_01-infofiche-interventionele-beroertezorg.pdf.
- de Bruin, S., Lette, M., Baan, C., & Van den Berg, M. (2019). *Vroegopsporing bij ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- de Lange, E. (2011). *Vroegsignalering van dementie*. Zorg voor Veilig.
- Den Heijer, C. (2019). *Slingeren tussen verlies en herstel*. Amersfoort: Axion Continu.
- Djukanovic, I., Carlsson, J., & Aerstedt, K. (2017). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study. *Health and Quality of Life Outcomes*. doi:10.1186/s12955-017-0759-9

- Dorant, E., & Krieger, T. (2017). Contextual Exploration of a New Family Caregiver Support Concept for Geriatric Settings Using a Participatory Health Research Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi:10.3390/ijerph14121467
- Dunstan, D., & Scott, N. (2020). Norms for Zung's Self Rating Anxiety Scale. *BMC Psychiatry*. doi:doi.org/10.1186/s12888-019-2427-6
- Goffeau, M. (2013). *E-Health in België: Een toegevoegde waarde?* Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Grondal, J., & van Engelen, E. (2013). *Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale*.
- Kirkevold, M., Bragstad, L., Bronken, B., Kvigne, K., Martinsen, R., Hjelle, E., . . . Sveen, U. (2019). Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology*. doi:10.1186/s40359-018-0223-6
- Lembrechts, L., & Ackermans, I. (2015). *Zelfmanagement ondersteuning door verpleegkundige in de chronische zorg*. UC Leuven Limburg, groep gezondheid en welzijn campus Gasthuisberg.
- M.D., N. (2017). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*.
- McCurley, J., Funes, C., Zale, E., Linn, A., Jacobo, M., Jacobs, J., . . . Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *HHS Public Access*. doi:10.1007/s12028-018-0641-6
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., . . . Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European Stroke Journal, 2018*. doi:10.1177/2396987318808719
journals.sagepub.com/home/eso
- Pollefliet, L. (2018). *Schrijven van verslag tot eindwerk do's & don'ts*. Gent: Academia Press.
- Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Kivekäs, E., Lappalainen, A.-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: A systematic review. doi:10.1111/scs.12094
- Schreyers, S., & de Prins, P. (2015). *Een wetenschappelijk onderzoek over 'technische verpleegkundige prestaties betreffende psychologische, relationele en communicatieve competenties'*. Antwerpen: Antwerp Management school.
- Stolp, J., Schouten, I., Den Boer, F., & Zegers, M. (2017). *Evidence Based Practice. Handboek voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Te gek. (2020). From 4voor12: <http://www.4voor12.be/>

- The Canadian Occupational Performance Measure. (n.d.). The COPM is an individualized, client-centred outcome measure. Canada. From <http://www.thecopm.ca/>
- Tsai, Y.-H., Lou, T.-H., Chu, T., Chen, Y., & Liu, H. (2018). Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology*. doi:10.1186/s12883-018-1057-9
- van Ewijk, L., Versteegde, L., Raven-Takken, E., & ter Wal, N. (2017). *The stroke and Aphasia Quality of Life Scale, generic stroke version*. Hogeschool Utrecht.
- Van Vreckem, C. (2010). *Kostenanalyse van CVA in België vanuit maatschappelijk perspectief*. Gent: Universiteit Gent.
- Vandermeulen, J., Derix, M., & van Dijke, A. (2019). *De rol van neuropsychologie bij psychotherapie*. Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vermeir, P. (2017). *Studies on Communication Exchange in Healthcare in Flanders, Belgium*. Gent: Universiteit Gent.
- Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2015). Implementatie van Evidence Based Practice - Praktische tips voor een complexe verandering. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Viane, I. (2002). *General Health Questionnaire*. Universiteit Gent.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2019). *Op naar een gezonde leefstijl en omgeving*. From <https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving>
- Wensing, M., & Groll, R. (2017). Implementatie - Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., Cramer, S., . . . Zorwitz, R. (2016). Guidelines for Adult Strokes Rehabilitation and Recovery. *AHA/ASA Guideline*. doi:10.1161/STR.0000000000000098
- World Health Organization. (n.d.). Severity of Dependence Scale (SDS). From https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/severitydependence/scale/en/
- ZonMw. (2019). *Maak zelf een implementatieplan*. From Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie: <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/>

Bijlagen

Bijlage 1: Signaalkaart

Zorg voor mentaal welbevinden,
herken de vier signalen!



Verandering in gedrag



Verandering in emoties



Zich terugtrekken



Zeggen dat het niet goed gaat

Signalen op gemerkt die erop wijzen dat iemand hulp nodig heeft?

DO's

- ✓ Wees alert voor signalen en neem ze serieus
- ✓ Praat erover
- ✓ Houd contact
- ✓ Betrek de omgeving
- ✓ Verwijs door naar professionele hulp
- ✓ Zorg voor jezelf

DON'ts

- ✓ Problemen minimaliseren
- ✓ Onmiddellijk oplossingen aanbieden
- ✓ Beloven dat je het voor jezelf houdt
- ✓ Beloven dat je alle problemen kan oplossen