



RSZK

ZorgProfessionals

Kwalitatief onderzoek naar het in kaart brengen van eigen regie van cliënten bij een indicatiegesprek

Marloes Brouwers 2713934
Voltijd

Jesse van Keersop 3074471
Duaal

Projectbegeleider	Christi Nierse
Examinator	Camielle Noordam
Stichting	RSZK
Opdrachtgever	Yvonne Bolt - Wabnitz

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid,
Bacheloropleiding tot verpleegkundige,

Vrijdag 15 juni 2018

Colofon

Opdrachtgever	Mw. Yvonne Bolt-Wabnitz Teammanager Thuiszorg Zorginstelling RSZK Zorgprofessionals
Projectbegeleider	Christi Nierse
Examinator	Camielle Noordam
Onderzoekers	Marloes Brouwers (2713934) marloes.brouwers@student.fontys.nl Jesse van Keersop (3074471) jesse.keersop@student.fontys.nl
Onderwijsinstelling	Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid (FHMG) Dominee Theodor Fliednerstraat 2 5631 BN Eindhoven
Opleiding	HBO Verpleegkunde
Studiejaar	2017-2018
Onderwijseenheid	PRO T7/T8
Inleverdatum	15-06-2018
Trefwoorden	Eigen regie / Tools / Indicatie gesprek

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag ‘Kwalitatief onderzoek naar het in kaart brengen van eigen regie van cliënten bij een indicatiegesprek’. Dit onderzoek werd uitgevoerd in het kader van de opleiding HBO-verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven. Het onderzoek is uitgevoerd binnen de Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK).

Het doel van dit onderzoek is: “Eind juni 2018 wordt er ten minste één aanbeveling gedaan richting de wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel- de Mierden welke tool het best aansluit bij de behoeften van zowel de cliënten als wijkverpleegkundige van de RSZK, waarmee zij eigen regie in kaart kunnen brengen tijdens een indicatiegesprek”

Het onderzoek is tot stand gekomen in overleg met de stichting RSZK, vertegenwoordigd door: Yvonne Bolt-Wabnitz.

Graag willen de onderzoekers verschillende mensen bedanken die hebben bijgedragen aan deze afstudeerscriptie:

Christi Nierse (projectbegeleider)
voor de begeleiding en feedback bij deze scriptie.
Yvonne Bolt-Wabnitz (teammanager RSZK)
voor het ter beschikking stellen van een onderzoeksonderwerp.
Camielle Noordam (examinator)
voor het beoordelen van deze scriptie.
Romy Leurs en Loes Bergen (peergroep)
voor de feedback en tips gedurende de afstudeerperiode.
Cliënten van thuiszorg RSZK Bladel, Reusel-de Mierde
voor het deelnemen aan het onderzoek.
Wijkverpleegkundigen van RSZK thuiszorg Bladel, Reusel-de Mierde
voor het deelnemen aan het onderzoek.

Marloes Brouwers en Jesse van Keersop, Eindhoven, juni 2018

Samenvatting

Aanleiding: De overheid stimuleert een andere kijk op zorg waarbij eigen regie meer op de voorgrond komt (Vilans, 2018). Op dit moment is niet inzichtelijk wat de ervaringen en behoeften zijn van zowel cliënten als wijkverpleegkundigen van de Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK) als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie tijdens een indicatiegesprek. De indruk bestaat dat iedere wijkverpleegkundige hier een eigen invulling aan geeft, mogelijk door het solistisch werken. Zowel de wijkverpleegkundigen als de opdrachtgever geven aan dat er behoefte is aan een tool waarmee je samen met de cliënt tijdens een indicatiegesprek de eigen regie van de cliënt in kaart kan brengen.

Probleemstelling: “Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten en wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek en welke tool is hier passend bij?”

Literatuuronderzoek: Bij deelonderzoek 1 is er een literatuurstudie uitgevoerd door middel van een zoekstrategie. Tijdens dit deelonderzoek werd gezocht naar literatuur over het gebruik van tools om eigen regie in kaart te brengen en over de behoeften van cliënten als het gaat om eigen regie.

Methoden: Er is een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerd interviews om zo achter de wensen en behoeften van zowel de cliënten als de wijkverpleegkundigen te komen. Er werden acht cliënten en vijf wijkverpleegkundigen geïnterviewd.

Resultaten deelonderzoek cliënten: Uit het onderzoek zijn verschillende thema's naar voren gekomen die belangrijk zijn bij het in kaart brengen van eigen regie namelijk: verschillende invullingen van eigen regie, de ervaringen van cliënten bij een indicatiegesprek, vertrouwensband met een persoon, taalgebruik door de wijkverpleegkundige en snelheid van de uitleg, verslechtering van de gezondheidstoestand betekent verslechtering van eigen regie, betrekken van mantelzorgers bij het in kaart brengen van eigen regie en de behoeften van cliënten bij een indicatiegesprek.

Resultaten deelonderzoek wijkverpleegkundigen: Uit het onderzoek zijn verschillende thema's naar voren gekomen die belangrijk zijn bij het in kaart brengen van eigen regie namelijk: ervaringen over het in kaart brengen van eigen regie, eigen regie bespreken verschilt per cliënt, vertrouwen opbouwen en behoefte aan structuur.

Algemene conclusie: Er kan geconcludeerd worden dat een vertrouwensband, betrokkenheid van de mantelzorger, rekening houden met leeftijd en verwachtingen van de cliënt, taalgebruik en tempo van het gesprek, ruimte voor het eigen verhaal van de cliënt en rekening houden met verslechtering van de gezondheid van de cliënt aandachtspunten zijn bij het in kaart brengen van eigen regie tijdens een indicatiegesprek.

Aanbevelingen: Uiteindelijk kunnen er drie aanbevelingen gedaan worden voor de stichting RSZK. Het is belangrijk om eigen regie te bespreken met een vertrouwd persoon. Het is van belang dat er per cliënt gekeken wordt hoe eigen regie het beste in kaart kan worden gebracht en de communicatie op de cliënt wordt aangepast. Aan de hand van de drie deelonderzoeken kan uiteindelijk de tool ‘Werkblad samen ontdekken’ worden aanbevolen omdat deze tool het beste aansluit bij de wensen en behoeften van zowel de cliënten als wijkverpleegkundigen.

Inhoud

Voorpagina	1
Colofon	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Context	8
1.3 Probleemomschrijving.....	8
1.4 Probleemstelling.....	8
1.5 Deelvragen.....	9
1.6 Doelstelling.....	9
1.7 Leeswijzer	9
2 Literatuurstudie	10
2.1 Zoekstrategie.....	10
2.1.1 Databases.....	10
2.2 Resultaten literatuurstudie	11
2.3 Deelconclusie literatuurstudie	14
3 Deelonderzoek cliënten Jesse van Keersop	15
3.1 Methodologie	15
3.1.1 Onderzoeksbenadering	15
3.1.2 Dataverzameling	15
3.1.3 Onderzoekspopulatie.....	15
3.1.4 Ethiek	16
3.1.5 Data analyse.....	16
3.1.6 Kwaliteitsborging.....	16
3.2 Resultaten deelonderzoek 2	17
3.2.1 Deelnemersbeschrijving.....	17
3.3 Deelconclusie	21
4 Deelonderzoek wijkverpleegkundigen Marloes Brouwers	22
4.1 Methodologie	22
4.1.1 Onderzoeksbenadering	22
4.1.2 Dataverzameling	22
4.1.3 Onderzoekspopulatie.....	22
4.1.4 Data analyse.....	23

4.1.5	Kwaliteitsborging.....	23
4.2	Resultaten deelonderzoek 3	24
4.2.1	Deelnemersbeschrijving.....	24
4.3	Deelconclusie.....	27
5	Algemene conclusie.....	28
6	Discussie.....	30
7	Aanbevelingen.....	31
7.1	Aanbeveling 1: het vertrouwen opbouwen.....	31
7.2	Aanbeveling 2: communicatie bij het in kaart brengen van eigen regie	31
7.3	Aanbeveling 3: tool.....	32
	Literatuurlijst.....	33
	Bijlage 1 voorbeelden van de verschillende tools.....	36
	Bijlage 2 Topiclijst interview voor cliënten.....	38
	Bijlage 3 Informed consent cliënten.....	39
	Toestemmingsformulier cliënten.....	41
	Bijlage 4 Topiclijst interview wijkverpleegkundigen.....	42
	Bijlage 5 Informed consent wijkverpleegkundigen	43
	Toestemmingsformulier wijkverpleegkundigen.....	45
	Bijlage 6 de volledige tool het werkblad 'Samen Ontdekken'	46

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Door vergrijzing zijn er steeds meer kwetsbare ouderen die zorg nodig hebben. De overheid stimuleert een andere kijk op zorg waarbij eigen regie meer op de voorgrond komt. De nadruk ligt niet meer alleen op zorgverlening vanuit beperkingen en ziekten maar er is meer aandacht voor de kwaliteit van leven van cliënten, oftewel positieve gezondheid (Huber, 2013). Er wordt gekeken naar hoe de cliënt zo lang mogelijk kan participeren in de maatschappij en daar komt het accent op te liggen. Om eigen regie te kunnen bevorderen moeten cliënten zichzelf van noodzakelijke ondersteuning kunnen voorzien waarbij ze zichzelf kunnen redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht (Engels, 2016). Zelfredzaamheid betekent dat mensen zichzelf kunnen redden op alle levensterreinen met zo min mogelijke professionele zorg (Zorg voor Beter, 2017). Zelfredzaamheid heeft invloed op eigen regie. Wanneer cliënten meer zelfredzaam zijn, hebben zij minder zorg nodig waardoor het voeren van eigen regie makkelijker is dan voor cliënten die niet, of minder zelfredzaam zijn. Eigen regie door cliënten is de sleutel om de transitie van verzorgingsstaat naar participatiestaat te doen slagen (Zorg voor Beter, 2017).

Sinds 1 januari 2015 stelt de wijkverpleegkundige, in plaats van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de indicatie en zorgtoewijzing. Hierdoor heeft de wijkverpleegkundige meer taken en verantwoordelijkheden dan voordat het CIZ vanuit de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) indiceerde (Rijksoverheid, 2018). De wijkverpleegkundige beoordeelt samen met de cliënt welke zorg er nodig is om zo langer thuis te kunnen wonen en stelt hierbij verpleegkundige diagnoses (Rosendal & van Dorst, 2015).

Bij een nieuwe zorgaanmelding gaat de wijkverpleegkundige op indicatiegesprek en stemt zij zorg af met cliënten en/of mantelzorgers. Het indicatiegesprek wordt gebruikt om uiteindelijk het zorgplan op te kunnen stellen voor de cliënt. De zorgverzekeraar vindt het hierbij belangrijk dat de wijkverpleegkundige in het zorgplan rekening heeft gehouden met de zelfredzaamheid en eigen regie van de cliënt (Zorgleefplanwijzer, 2017).

De ondersteuning in het voeren van eigen regie tijdens de zorgverlening is niet vanzelfsprekend. Zorgprofessionals vinden het moeilijk om de omslag te maken van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' (Ahli, 2017). Zorgprofessionals hebben niet altijd voldoende kennis en vaardigheden om cliënten te kunnen begeleiden bij het proces van eigen regie. Wanneer professionals gericht vragen naar de wensen en behoeften van de cliënt, kunnen zij de cliënten uiteindelijk beter begeleiden bij het voeren van eigen regie (Prins & Dankelman, 2017). Het stimuleren van de eigen mogelijkheden én de verantwoordelijkheden van cliënten in hun sociale omgeving, kan een positief effect hebben op de eigen regie van de cliënt. Daarom is het belangrijk dat zorgprofessionals hier aandacht aan geven (Zorg voor Beter, 2017).

1.2 Context

De Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK) is marktleider in de Kempen, regio Zuid-Oost Brabant op het gebied van verpleeghuiszorg en heeft daarnaast ook thuiszorg. De RSZK heeft meerdere verpleeghuizen en thuiszorgteams die zich vooral richten op kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. RSZK vindt het belangrijk dat de focus gelegd wordt op eigen inbreng van cliënten over hoe en waar zij de zorg willen ontvangen. Dit uit zich in kernwaarden die dagelijks voelbaar en zichtbaar zijn voor de cliënten: Gepassioneerd, Persoonlijk en Samen (RSZK, 2018). Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de gezondheid van de cliënt; "Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven" (RSZK, 2018; Huber, 2013). Dit onderzoek is gericht op de thuiszorg in regio Bladel, Reusel-de Mierden. Deze regio heeft twee thuiszorgteams in Bladel; Bladel-Oost en Bladel-Noord en één thuiszorgteam in Reusel. Binnen deze regio zijn in totaal 48 medewerkers in dienst waarvan vijf wijkverpleegkundigen. De teams bestaan uit medewerkers van niveau twee tot en met niveau vijf. Totaal hebben de teams ongeveer 200 cliënten in zorg. Alle cliënten hebben een eerst verantwoordelijke contactpersoon (EVC'er). Dit is een verzorgende of verpleegkundige die het aanspreekpunt is voor de desbetreffende cliënt en mantelzorgers. Tevens is een EVC'er verantwoordelijk voor het evalueren van het zorgproces (RSZK, 2018).

1.3 Probleemomschrijving

Binnen de thuiszorgorganisatie van de RSZK is er nog geen onderzoek gedaan naar het onderwerp eigen regie. De RSZK verwacht dat de wijkverpleegkundigen de visie over positieve gezondheid, waarin eigen regie en prominente plaats inneemt, laten zien in hun handelen. Naast de visie is ook het normenkader van belang. Dit normenkader bepaalt dat ze eigen regie moeten laten terugkomen tijdens het indicatiegesprek (V&VN, 2018). Dit zou hen in staat moeten stellen om de eigen regie onder cliënten te bevorderen. Echter zijn hier nog geen richtlijnen of protocollen voor opgesteld en daarnaast is het niet duidelijk wat de ervaringen en behoeften zijn van zowel cliënten als wijkverpleegkundigen als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie tijdens een indicatiegesprek. De indruk bestaat dat iedere wijkverpleegkundige hier een eigen invulling aan geeft, mogelijk door het solistisch werken. Zowel de wijkverpleegkundigen als de opdrachtgever geven aan dat er behoefte is aan een tool waarmee je samen met de cliënt tijdens een indicatiegesprek de eigen regie van de cliënt in kaart kan brengen. Met name voor kwetsbare ouderen cliënten is het moeilijk om eigen regie vorm te geven wanneer zij zorgafhankelijker zijn (Zorg voor Beter, 2017).

1.4 Probleemstelling

"Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten en wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek en welke tool is hier passend bij?"

1.5 Deelvragen

1. Literatuuronderzoek: Jesse van Keersop & Marloes Brouwers

“Wat beschrijft de literatuur over de inzet van tools om eigen regie van de cliënt in kaart te brengen en over de behoeften van cliënten als het gaat om eigen regie?”

2. Deelonderzoek cliënten: Jesse van Keersop

“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”

3. Deelonderzoek medewerkers: Marloes Brouwers

“Wat zijn de ervaringen en behoeften van wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden op het gebied van tools als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”

1.6 Doelstelling

“Eind juni 2018 wordt er ten minste één aanbeveling gedaan richting de wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel- de Mierden welke tool het best aansluit bij de behoeften van zowel de cliënten als wijkverpleegkundige van de RSZK, waarmee zij eigen regie in kaart kunnen brengen tijdens een indicatiegesprek”

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk twee is de literatuurstudie beschreven. Hier is ingegaan op de zoekstrategie, de resultaten en de conclusie van de literatuurstudie. In hoofdstuk drie zal het perspectief van de cliënten aan bod komen en in hoofdstuk vier het perspectief van de wijkverpleegkundigen. In hoofdstuk vijf zijn de drie deelonderzoeken samengevoegd tot één algemene conclusie. In hoofdstuk zes is er met een kritische blik gekeken naar het onderzoek en aan de hand hiervan de discussie geschreven. Tot slot zullen er in hoofdstuk zeven verschillende aanbevelingen worden gedaan.

2 Literatuurstudie

In dit hoofdstuk zal aan de hand van een literatuurstudie antwoord gegeven worden op volgende deelvraag: “Wat beschrijft de literatuur over de inzet van tools om eigen regie van de cliënt in kaart te brengen en over de behoeften van cliënten als het gaat om eigen regie?”

2.1 Zoekstrategie

Er is een aparte deelvraag opgesteld voor het literatuuronderzoek om zo tot de ontdekking te komen wat de wensen van de cliënt zijn en welke tools de literatuur adviseert om de eigen regie in kaart te brengen. Uit de informatie die bij de literatuurstudie naar boven komt worden topics geformuleerd die bij de twee overige deelvragen worden gebruikt.

2.1.1 Databases

Het literatuuronderzoek is gedaan via de systematische methode. Bij de systematische methode is er gebruik gemaakt van verschillende databanken, namelijk: PubMed, Cinahl en Springerlink. Er is bewust voor deze databanken gekozen omdat op Pubmed relevante medische artikelen te vinden zijn, Cinahl gericht is op verpleegkundige literatuur en Springerlink op Nederlandse literatuur. Hierbij is via de literatuurverwijzing van verschillende relevante publicaties verder gezocht naar andere relevante literatuur (Dassen & Keuning, 2008). Ook de zoekmachines Google Scholar en Bieb.nu werden geraadpleegd. Er zijn verschillende zoektermen in zowel Engels als Nederlands gebruikt om relevante wetenschappelijke artikelen te kunnen vinden. Bij de literatuurstudie is gebruik gemaakt van de boolean operator ‘AND’ zodat zowel het woord links als rechts van deze boolean voorkomen in het resultaat (Baarda, 2014). Deze zoektermen zijn weergegeven in tabel 1.

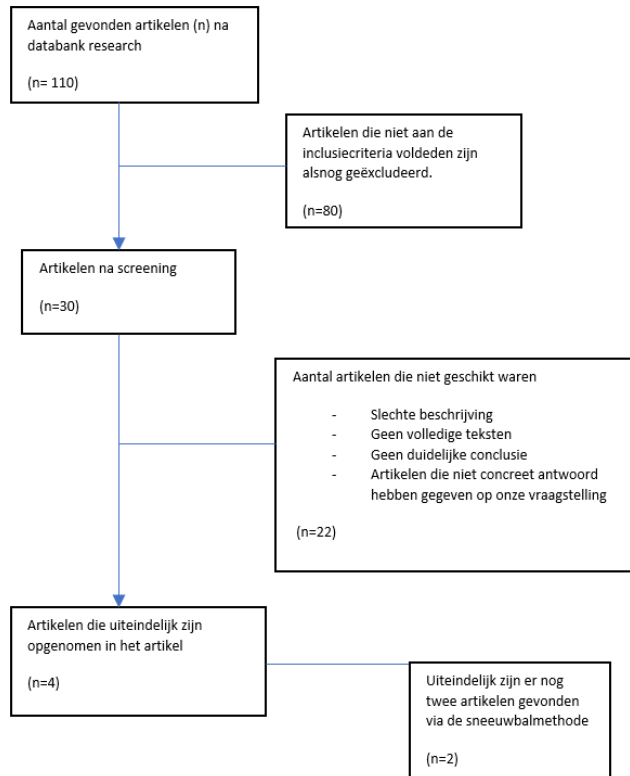
Tabel 1, de zoektermen

Zoektermen Engels	Zoektermen Nederlands
Home care	Thuiszorg
Autonomy	Eigen regie
Self-reliant	Zelfredzaam
Elderly	Ouderen
Tools	Tools
Nurse	Verpleegkundige
Empowerment	

Er zijn verschillende limieten en in- en exclusiecriteria gebruikt om specifiek te kunnen zoeken en betrouwbaarheid van de gevonden literatuur te kunnen vergroten. De limieten voor de gevonden artikelen moeten full-text leesbaar zijn en de artikelen moeten een limiet hebben tussen 2010 en 2018 die Nederlands of Engels talig gepubliceerd zijn. De inclusiecriteria waren dat de artikelen verpleegkundige relevant zijn en artikelen die gericht zijn op tools, ingezet kunnen worden bij cliënten in de thuiszorg. De onderzoeken die uitgevoerd zijn buiten Europa met uitzondering van Canada en Amerika zijn geëxcludeerd waardoor de verplaatsbaarheid vergroot wordt zodat er uiteindelijk een zo actueel mogelijke aanbeveling gedaan kon worden (Baarda, 2014). De gevonden artikelen zijn vervolgens door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar bestudeerd en beoordeeld op relevantie en kwaliteit aan de hand van de CBO beoordelingsformulier (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005). Dit werd gedaan om de validiteit te vergroten (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

2.2 Resultaten literatuurstudie

Aan de hand van de gevonden artikelen zijn er uiteindelijk zes artikelen opgenomen in dit onderzoek. Het proces wordt weergegeven in figuur 1.



Figuur 1 flowchart gevonden artikelen

2.2.1 De wensen en behoeften van de cliënten

Wanneer professionals gericht kijken naar de wensen en behoeften van de cliënt, kunnen zij de cliënten uiteindelijk beter begeleiden bij eigen regie. Dit kan worden gedaan door individuele gesprekken (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Franck, 2014).

Stevens (2014) geeft aan dat een goede vertrouwensband met de zorgprofessional zou zorgen voor het optimaliseren van eigen regie. Cliënten die vóór hun achteruitgang een groot sociaal netwerk hadden, geven aan dat door verschillende omstandigheden het sociale netwerk weggevallen is. Hierdoor wordt het delen van lief en leed beperkt wat veel impact heeft op het voeren van de eigen regie. Door het gebrek aan een sociaal netwerk voelen ouderen zich vaak eenzaam (Stevens, 2014). Cliënten geven aan dat het door bijvoorbeeld verminderde mobiliteit lastig is om nieuwe contacten te leggen. Uit onderzoek blijkt dat er niet altijd gehoor wordt gegeven aan de wensen van de cliënt bij een indicatiegesprek en dat het taalniveau niet altijd aan de cliënt wordt aangepast (Stevens, 2014).

2.2.2 Tools

De verschillende tools zijn zowel vanuit wetenschap, universiteiten en kennisinstituten als vanuit de praktijk ontwikkeld. De ontwikkelde tools zijn uiteindelijk door gemeente, bedrijven of zorgorganisaties goed gekeurd (Vilans, 2013).

Zelfredzaamheidsmeter

Vilans (2013) heeft verschillende onderzoeken gedaan naar het gebruik van tools om de zelfredzaamheid van cliënten te kunnen meten. Een Zelfredzaamheidsmeter brengt zowel de vraag als de mate van zelfredzaamheid van de cliënt in kaart. Het instrument kan gebruikt worden bij een intakegesprek, bij de voortgang en bij de afsluiting van het ondersteuningstraject. Door op meerdere momenten te toetsen, wordt er een duidelijk overzicht van de voortgang gecreëerd. De Zelfredzaamheidsmeter is een korte vragenlijst over de zelfredzaamheid van een cliënt. Een voorbeeld van de Zelfredzaamheidsmeter is weergegeven in bijlage 1, figuur 1. Hierin staan tien levensdomeinen waarbij per domein gekeken wordt in hoeverre de cliënt zelfstandig kan functioneren. Ieder levensdomein staat apart toegelicht in de meter. Per levensdomein kan er een cijfer omcirkelt worden voor het niveau van de zelfredzaamheid (schaal van één tot vier). Dit kan worden aangegeven bij de meting van de eigen regie. Wanneer deze Zelfredzaamheidsmeter is ingevuld kunnen er doelen worden gesteld door de wijkverpleegkundige op basis van de resultaten (Vilans, 2013).

Het werkblad ‘Samen Ontdekken’

In tegenstelling tot de Zelfredzaamheidsmeter die gebruikt wordt door alleen de zorgprofessional is het werkblad samen ontdekken een tool die door de wijkverpleegkundige samen met de cliënt en eventueel mantelzorger ingevuld kan worden (Zorg voor Beter, 2018). Zo worden mantelzorgers en cliënten betrokken bij het samen ontdekken van de eigen regie van de cliënt. In vier stappen bepalen zij wat er belangrijk is voor de cliënt en stellen zij doelen op om belangrijke aspecten voor de cliënt te kunnen behalen. Het werkblad samen ontdekken staat als voorbeeld weergegeven in bijlage 1, figuur 2. Er wordt samen met de cliënt gekeken naar wat er speelt, wat belangrijk is, wat de mogelijkheden zijn en waar zij voor willen gaan. De afgesproken acties kan de professional overzetten in het zorgplan. Dit zorgplan kan door de zorgprofessional en de cliënt geëvalueerd worden, waarbij gekeken wordt of de doelen zijn behaald. Ook kan bij dit werkblad in kaart gebracht worden wat er speelt bij de cliënt en wat diegene belangrijk vindt. Hier kan het gehele zorgproces rekening mee gehouden worden. De zorgprofessional moet zorgen dat de introductie van het werkblad duidelijk wordt geformuleerd om zo het werkblad goed te kunnen gebruiken door alle betrokkenen (Zorg voor Beter, 2018).

PROMs

Het onderzoek van Barr et al. (2015) beschrijft de Patient Reported Outcome Measure (PROMs). De PROM is een meet instrument in de vorm van een vragenlijst om de PRO's van een individuele patiënt te meten. De PROMs bestaat uit een cyclus die bestaat uit vier fasen en acht stappen. Deze cyclus is weergegeven als voorbeeld in bijlage 1, figuur 3. De PRO heeft betrekking op symptomen van cliënten zoals angst, pijn, mentale of fysieke gezondheid en op het functioneren van de cliënten in zelfzorgtaken. Een PROM is een vragenlijst waar cliënten vragen kunnen beantwoorden die betrekking hebben tot hun eigen regie. Het doel van de PROM is uiteindelijk het ondersteunen van zowel de cliënt als de zorgverlener in het maken van belangrijke keuze momenten waarbij er een overzicht geboden wordt voor handreikingen. PROMs worden vaker gebruikt voor het opstellen van doelen. PROMs kunnen gebruikt worden door verschillende zorginstanties om inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven van cliënten en in het dagelijks functioneren van de cliënt. Om de empowerment van cliënten te vergroten beschrijft het onderzoek van Barr et al. (2015) dat deze tool bijdraagt bij patiëntbeprechting en patiënten autonomie.

Raamwerk Individueel Zorgplan

Het Raamwerk Individueel Zorgplan (zie bijlage 1, figuur 4) is een hulpmiddel om een goede multidisciplinaire zorg te bieden waarbij de cliënt centraal staat. Er wordt gekeken naar de behoefte van de cliënt en de betrokken zorgverleners stemmen de geboden zorg hierop af. De cliënten zelf hebben hierin een belangrijke rol. Met dit hulpmiddel hebben cliënten inspraak over hun doelen.

Zorgprofessionals coachen cliënten bij het halen van deze doelen en ondersteunen de cliënten bij hun zelfmanagement. Hierdoor wordt de eigen verantwoordelijkheid van cliënten met een chronische ziekte vergroot. Wanneer cliënten actief betrokken worden bij de zorg en pro-(actief) laten omgaan met hun chronische ziekte kan verslechtering van de ziekte worden voorkomen of worden uitgesteld (Coulter, 2013).

2.3 Deelconclusie literatuurstudie

Aan de hand van de literatuurstudie kan de volgende deelvraag beantwoord worden:

“Wat beschrijft de literatuur als het gaat over de inzet van tools om de eigen regie van de cliënt te kunnen bevorderen in de thuiszorg?”

Het is belangrijk om eigen regie bespreekbaar te maken met de cliënt. Voldoende vaardigheden van zorgprofessionals is een pré om cliënten goed te kunnen begeleiden bij hun proces van zelfmanagement en eigen regie. Dit kan door het inzetten van verschillende tools.

Wanneer er een vertrouwensband gecreëerd wordt tussen een zorgprofessional en de cliënt kan individuele gespreksvoering een bijdrage leveren aan het bevorderen van de eigen regie. Cliënten kunnen hierdoor eerder problemen bespreekbaar maken. Verder blijkt dat er niet altijd gehoor wordt gegeven aan de wensen van de cliënt bij een indicatiegesprek en dat het taalniveau niet altijd aan de cliënt wordt aangepast. De Zelfredzaamheidsmeter is een hulpmiddel wat de mate van zelfredzaamheid meet van de cliënt, deze wordt vooral door de zorgprofessional gebruikt. Het werkblad ‘Samen Ontdekken’ is een tool die samen met de cliënt ingevuld kan worden waardoor de wijkverpleegkundige, de cliënt en eventueel de mantelzorger samen doelen op stellen wat bijdraagt aan de eigen regie. Bij de tool Raamwerk Individueel zorgplan stelt de wijkverpleegkundige met de cliënt ook doelen op en coachen de wijkverpleegkundigen de cliënten bij het halen van deze doelen. Deze tool is minder gericht op de betrekking van de mantelzorger. De PROMs richt zich op de individuele cliënt. De wijkverpleegkundigen kunnen deze tool gebruiken om meerder aspecten van de cliënt in kaart te brengen om uiteindelijk een doel te kunnen opstellen voor de cliënt.

Uiteindelijk kan er geconcludeerd worden dat het gebruik van deze tools een positieve bijdrage levert bij het betrekken en bespreken van de eigen regie van de cliënt.

3 Deelonderzoek cliënten Jesse van Keersop

In dit hoofdstuk worden de methode, de dataverzameling en de resultaten van deelonderzoek 2 beschreven.

3.1 Methodologie

In dit hoofdstuk staat de volgende deelvraag centraal: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”*

3.1.1 Onderzoeksbenadering

De onderzoeksbenadering betreft een kwalitatief onderzoek omdat in dit deelonderzoek de aandacht gericht is op het beschrijven en interpreteren van de meningen en ervaringen over het in kaart brengen van eigen regie van de betrokken cliënten (Baarda, 2014).

3.1.2 Dataverzameling

Dit onderzoek is uitgevoerd door middel van een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Een kwalitatieve benaderingswijze geeft in tegenstelling tot een kwantitatieve benaderingswijze ruimte om dieper in te gaan op meningen, ervaringen, wensen en behoeften van de cliënten (Baarda, 2014). Om de kwalitatieve beschrijvende benaderingswijze vorm te geven, werden er semigestructureerde interviews afgenomen. Bij deze vorm van interviewen liggen de hoofdvraag en onderwerpen vast (Baarda, 2014). Tijdens het interview werden er gerichte vragen gesteld, uitgebreid doorgevraagd naar de wensen en ervaringen van de cliënt en er werd sturing gegeven om zo uiteindelijk de juiste informatie te kunnen verzamelen. Wanneer er relevante informatie gegeven werd, kon hierop worden doorgevraagd. Hierdoor werd er diepte gecreëerd tijdens het interview (Boeije, 2014). Gezien de krappe tijdsplanning werden er acht cliënten geïnterviewd.

Om de cliënten ruimte te bieden om hun ervaring te delen en tot passende antwoorden te laten komen, werd er gestreefd naar een tijdsduur van 45 minuten per interview. Voorafgaand aan het interview was er een topiclijst opgesteld die gebaseerd is op de literatuurstudie. Deze topiclijst is weergegeven in bijlage 2. De onderwerpen van de topiclijst zijn gecontroleerd door de tweede onderzoeker, de referentiegroep en de projectbegeleider (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

3.1.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor deze deelvraag bestond uit ongeveer 200 cliënten die zorg ontvingen van de thuiszorgorganisatie RSZK Bladel-Reusel de Mierden.

Verder zijn er een aantal in- en exclusiecriteria toegepast op de onderzoekspopulatie.

Het inclusie criterium bij dit deelonderzoek was: cliënten waarbij korter dan één maand geleden een indicatiegesprek had plaatsgevonden. Wanneer dit langer dan één maand geleden had plaatsgevonden was het moeilijk om het gesprek terug te halen en ontstond de kans dat relevante informatie gemist werd. Verder werden cliënten met een cognitieve beperking geëxcludeerd omdat hierdoor de communicatie beperkt zou kunnen worden.

De cliënten werden benaderd door de wijkverpleegkundigen. Zij ontvingen de in- en exclusiecriteria en keken welke cliënten hierbij aansloten. Deze cliënten ontvingen een brief met informatie over het onderzoek (zie bijlage 3). Zij kregen vijf dagen om na te denken over hun deelname.

Er zijn cliënten met verschillende zorgbehoeftes en netwerken geselecteerd waardoor er gebruik is gemaakt van een selecte steekproef. Dit zorgde voor een grotere diversiteit onder de respondenten wat bijdroeg aan een representativiteit van de deelnemers (Baarda, 2014). Er zijn cliënten geïnterviewd uit team Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel – de mierden. Op deze manier zijn er dus interviews gehouden met cliënten die indicatiegesprekken hebben gehad met verschillende wijkverpleegkundigen.

3.1.4 Ethiek

De cliënten die geïnterviewd werden, hebben persoonlijke meningen, ervaringen en oorzaken genoemd. Om deze reden werd er voorafgaand aan het interview benoemd dat de gegeven informatie binnen een vertrouwelijke omgeving blijft en dat zij anoniem zijn in het onderzoek. Er werd ook benoemd dat het interview vrijblijvend is en dat zij op ieder gewenst moment konden besluiten het interview te beëindigen (Baarda, 2014).

Voorafgaand aan het interview werd er door de deelnemers een informed consent formulier ondertekent, waardoor zij toestemming hebben gegeven voor het opnemen van het interview en het gebruiken van de inhoudelijke informatie. (zie bijlage 3)

3.1.5 Data analyse

Om de interviews onbeperkt terug te kunnen luisteren, werden deze opgenomen met een voice recorder. De interviews werden binnen vierentwintig uur getranscribeerd zodat er gekeken kon worden of de vragen van het interview goed waren gesteld en of er aanpassingen nodig waren om tot meer informatie te komen (Boeije, 2014).

De data-analysemethode die gebruikt werd bij deze deelvraag was de thematische analyse van Braun & Clarke (2013). Nadat de interviews waren getranscribeerd, werden deze doorgelezen en werd irrelevante tekst verwijderd, waarna hier door de onderzoeker codes aan werden toegevoegd. Vervolgens werden deze codes geclusterd en zijn hier thema's aan gekoppeld. Tot slot zijn de afgenomen interviews met elkaar vergeleken en konden er verbanden gelegd worden waarmee antwoord kon worden gegeven op de deelvraag (Baarda, 2014). Omdat het van te voren niet te voorspellen was welke informatie er uit de interviews naar voren kwam, is er gekozen voor een inductieve benadering. Hierbij waren de ervaringen en wensen van de cliënten het aandachtspunt (Verhoeven, 2014).

3.1.6 Kwaliteitsborging

Om te oefenen en de onderwerpen te kunnen evalueren werd er een proefinterview gedaan met een persoon die voldeed aan de inclusie criteria (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). Er werd gebruik gemaakt van een mondelinge membercheck door aan het einde van elk interview een samenvatting te geven of de interpretatie van het interview klopt in de ogen van de respondent. Hierdoor werd de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroot (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). Omdat de tweede onderzoeker een gedeelte van de transcripten heeft gecodeerd, is er gebruik gemaakt van een peer-review. Dit droeg bij aan de plausibiliteit van dit deelonderzoek.

De onderzoeker heeft bij het analyseren en transcriberen geen vooropgezet theoretisch kader. Hierdoor werd de verifieerbaarheid vergroot (Baarda, 2014).

3.2 Resultaten deelonderzoek 2

De resultaten van deelonderzoek 2 worden hieronder beschreven. De deelvraag luidt als volgt: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”*

3.2.1 Deelnemersbeschrijving

Tijdens dit deelonderzoek werden uiteindelijk acht cliënten geïnterviewd. Er zijn vijf vrouwen geïnterviewd en drie mannen die allemaal voldeden aan de in- en exclusie criteria. De deelnemers hadden een leeftijd van 75+ met verschillende woonomstandigheden en diverse ziektebeelden.

Er zijn verschillende thema's naar voren gekomen na het analyseren van de interviews. Deze thema's zijn: verschillende invullingen van eigen regie, de ervaringen van cliënten bij een indicatiegesprek, vertrouwensband met een persoon, taalgebruik door de wijkverpleegkundige en snelheid van de uitleg, verslechtering van de gezondheidstoestand betekent verslechtering van eigen regie, betrekken van mantelzorgers bij het in kaart brengen van eigen regie en de behoeften van cliënten bij een indicatiegesprek.

Verschillende invullingen van eigen regie

Verschillende cliënten vertellen niet te weten wat het begrip eigen regie inhoudt. Zij vertellen het een moeilijk begrip te vinden en hier geen betekenis aan weten te koppelen.

*“Eigen regie zei jij he.. *zucht* ik weet zo even niet wat dat is..” (R6; 8)*

Bij de overige cliënten heeft eigen regie voor ieder een andere betekenis. Menige cliënten geven aan dat zij zelfredzaam zijn onder eigen regie verstaan. Enkele andere cliënten vinden het belangrijk om zelf hun leven in te vullen zoals zij het graag willen. De overige cliënten vertellen geen invulling meer te kunnen geven aan eigen regie omdat zij zorgafhankelijk zijn.

“Ehm, je zaakjes zelf regelen en je leven in eigen hand houden” (R1; 6)

“Eigen regie? Alles... heel mijn leven hebben ze al gezegd wat ik moet doen en nu wil ik het vort zelf gaan zeggen” (R3; 6)

De ervaringen van cliënten bij een indicatiegesprek

Verschillende respondenten vertellen dat er tijdens een indicatie gesprek niet of nauwelijks gesproken wordt over eigen regie. Sommige respondenten geven aan zich het gesprek moeilijk te kunnen herinneren en hierdoor geen uitspraak kunnen doen of eigen regie in kaart is gebracht. Cliënten geven aan dat er bij een indicatiegesprek vooral gekeken wordt wat voor zorg ze nodig hebben en op welke tijden zij zorgen willen/kunnen ontvangen.

“nee, dat wordt niet besproken nee.. ja wel de tijden dat ze komen wa ge het fijnst vindt” (R1; 10)

Volgens de respondenten wordt er niet tot weinig gevraagd naar wensen, behoeften en persoonlijke doelen. De wijkverpleegkundige maakt doelen in het zorgplan met hierin gegevens van de cliënt. Dit zorgplan wordt door de wijkverpleegkundige toegelicht waarna cliënten het eventueel kunnen aanvullen en ondertekenen. Verscheidene cliënten geven aan deze toelichting niet te begrijpen waardoor zij niet weten welke doelen er zijn opgesteld. Een ander deel van de cliënten vertelt dat zij de doelen in het zorgplan hebben aangevuld of hebben gecorrigeerd.

“Uiteindelijk heb ik bepaalde doelen nog aangekaart, omdat ze hier niet naar hebben gevraagd in een gesprek. Ik vind het belangrijk dat er bijvoorbeeld naar mijn huid gekeken wordt dus ik heb dit doel ook aangekaart en dit doel is uiteindelijk ook wel gemaakt maar dit is niet eerst met mij besproken”(R5; 53)

Cliënten geven aan dat de RSZK enige tijd geleden is overgestapt van het papieren cliënten dossier naar een elektronisch cliënten dossier (ECD). Het merendeel van de respondenten geeft aan sinds deze overstap het dossier niet meer in te kunnen zien omdat zij hiervoor internet en een computer of tablet nodig hebben. Ook vertellen zij niet te weten hoe zij met deze technologische apparatuur om moeten gaan. Hierdoor weten zij vaak niet wat er in hun zorgplan staat en zijn doelen niet inzichtelijk. De dagelijkse rapportage die door de thuiszorg medewerkers wordt geschreven kunnen zij niet meer inzien. De cliënten vertellen dit vervelend te vinden omdat hier informatie in staat die betrekking heeft op hen. Cliënten geven aan dat dit invloed heeft op het voeren van eigen regie.

“Ja dat is iets wat voor mij is, het heeft betrekking op mij. Dat wil ik wel weten, dat gaat over mijn eigen leven”(R1; 49)

“Nee maar dat is iets van de zorg daar snap ik niks van, van dat ding”(R6; 31)

Vertrouwensband met een persoon

Alle cliënten geven aan dat een vertrouwensband belangrijk is voor het bespreekbaar maken van het onderwerp eigen regie. Een groot deel van de cliënten geeft aan het bespreken van eigen regie tijdens een indicatiegesprek niet prettig te vinden omdat zij de wijkverpleegkundige dan voor de eerste keer zien. Verder geven een aantal cliënten aan met de ene wijkverpleegkundige meer te bespreken dan met de ander omdat de band niet met iedere wijkverpleegkundige hetzelfde is. Cliënten vertellen dat wanneer er een vertrouwensband is, zij meer zullen vertellen over zichzelf.

“Ja maar als er iemand komt die ik niet ken hier voor een gesprek daar geeft ik toch niet heel mijn achtergrond aan, hoe het allemaal precies zit en noem maar op..”(R5; 15)

Het merendeel van de cliënten vertellen de wijkverpleegkundige weinig te zien. Sommige cliënten zouden het prettig vinden de wijkverpleegkundige vaker te zien zodat er een band kan worden opgebouwd.

Het andere deel heeft hier geen behoefte aan. Zij vertellen dat ze het onderwerp eigen regie liever bespreken met iemand waar ze vertrouwd mee zijn. De cliënten geven aan dat dit niet perse een wijkverpleegkundige hoeft te zijn.

“..Nee er is hier bijna nooit een wijkverpleegkundige geweest, tenminste niet de nieuwe die vorig jaar gekomen is en ik heb daar ook geen behoefte aan. Ik vind het ook een raar verhaal dat iemand die hier nog nooit is geweest in gesprek komt om iets te bespreken. En dan denk ik hoe en waarom? Welke vragen moet je nou stellen die het gevoel geeft die bij mij aanslaan. Dat kan niet. En sommige personen hier die weten dat van mij maar die zijn weer niet bevoegd om zo’n gesprek af te mogen nemen” (R5; 35)

Taalgebruik door de wijkverpleegkundige en snelheid van de uitleg

Er zijn verschillende meningen over het taalgebruik van de wijkverpleegkundigen en over de inhoud van het indicatiegesprek. Een deel van de cliënten geeft aan dat zij de gegeven informatie niet volledig begrijpen en dat er verschillende begrippen en afkortingen worden gebruikt waarvan zij de betekenis niet weten. Er wordt veel informatie gegeven in een indicatiegesprek waardoor cliënten dit eerst moeten laten bezinken.

“Ja dat moet je wel even laten bezinken. Ze hebben tegenwoordig ook overal afkortingen voor he, dat vind ik soms nog wel moeilijk te begrijpen eigenlijk, het gaat dan ook allemaal zo vlug dat is dan wel vervelend ergens he” (R2; 101).

Sommige cliënten vertellen dat het gesprek erg snel gaat en dat zij hierin veel nieuwe informatie krijgen waardoor het merendeel van de cliënten moeite heeft met het herinneren van het gesprek.

“Ja die zal ik wel gehad hebben maar dat weet ik echt niet meer” (R2; 32)

Een ander deel van de cliënten geeft aan dat het indicatiegesprek duidelijk was. De informatie was begrijpelijk en het taalbegrip werd aangepast aan de cliënt.

“..Er is precies besproken hoe en wat er ging gebeuren, dat is allemaal heel netjes en duidelijk uitgelegd..” (R3; 32).

Verslechtering van de gezondheidstoestand betekent verslechtering van eigen regie

Verschillende cliënten geven aan dat zij door verslechtering van hun gezondheidstoestand het moeilijk vinden om eigen regie te voeren. Een deel van de cliënten verteld dat zij zorgafhankelijker worden en de dag niet meer in kunnen vullen zoals zij dit zouden wensen. Het begrip eigen regie heeft daarom ook een andere betekenis gekregen.

“Het betekent voor mij nu niks meer.. het is nu ver te zoeken nu ik zo achteruit gegaan ben. Ik zou willen dat ik zelf nog alles kon.. maar dat gaat echt niet meer” (R7; 11)

Één van de respondenten geeft aan het confronterend te vinden om over het onderwerp eigen regie te praten gezien de achteruitgang van de gezondheidstoestand. Hierdoor heeft deze respondent ook geen behoefte om dit onderwerp bespreekbaar te maken tijdens een indicatiegesprek.

“Voor mij hoeft dat niet.. ik weet dat dit steeds moeilijker is en als daar elke keer naar gevraagd wordt dan wordt ik ook weer hieraan herinnerd en ja.. dat is niet prettig als u snapt wat ik bedoel” (R6; 19).

Betrekken van mantelzorgers bij het in kaart brengen van eigen regie

De mantelzorgers hebben een grote rol bij het voeren van eigen regie van de cliënt wanneer de gezondheidstoestand achteruit gaat. Het betrekken van mantelzorgers is daarom voor een deel van de respondenten belangrijk.

*“Ja als *naam* er niet meer is kan ik niet meer thuis wonen. *naam* regelt mijn dingskes dus dat eigenlijk he..” (R4; 8)*

Volgens de geïnterviewde respondenten wordt de mantelzorger vaak betrokken door de cliënt zelf en niet door de wijkverpleegkundige. Zij houden deze op de hoogte van het zorgproces en nodigen de mantelzorger uit bij een indicatiegesprek. Enkele respondenten geven aan dat zij het prettig zouden vinden wanneer de wijkverpleegkundige de mantelzorger meer zou betrekken bij het zorgproces.

“Ja die hou ik eigenlijk op de hoogte, als er iets veranderd ofzo iets he.. die kent de verpleegkundige allemaal ook niet denk ik he..” (R2; 65).

De behoeften van cliënten bij een indicatiegesprek

Een deel van de cliënten denken dat het bespreekbaar maken van eigen regie bij een indicatiegesprek meerwaarde zal hebben bij het uitvoeren hiervan. De cliënten hebben het gevoel meer inspraak te hebben op hun zorgproces wanneer zij met de wijkverpleegkundigen samen doelen opstellen. Cliënten geven aan dat zij hierdoor het gevoel krijgen dat het ook hun zorgplan is.

“Dat zou zeker een meerwaarde kunnen zijn want als ik doelen wil nastreven dan vind ik het belangrijk dat de zorg daar mij bijvoorbeeld bij helpt als ik dit zelf niet meer zou kunnen want kan de zorg hier meegaand in zijn en mij helpen om mijn doelen uiteindelijk na te kunnen streven. Zodat ze er rekening mee kunnen houden” (r5, r57).

Het andere deel van de cliënten geeft aan geen behoeften te hebben om eigen regie bespreekbaar te maken bij een indicatiegesprek. De respondenten geven hiervoor verschillende redenen.

“Nee ik vindt dat allemaal goed zo, als ik daar ok nog is over na zou moeten denken.. ik weet dat toch allemaal niet wat, ja wat dat inhoud” (R6; 36).

3.3 Deelconclusie

De deelvraag die uiteindelijk beantwoord kan worden luidt als volgt: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”*

Het verschilt per cliënt wat zij verstaan onder eigen regie en hoe zij hier invulling aan willen geven. Niet alle cliënten hebben de behoeften om eigen regie bespreekbaar te maken omdat dit in sommige gevallen, gezien de verslechtering van de gezondheidstoestand, te confronterend is. Een ander deel weet niet wat het begrip eigen regie precies inhoudt.

Bij het in kaart brengen van eigen regie zijn er een aantal aandachtspunten. Zo is een vertrouwensband met de gesprekspartner erg belangrijk. Wanneer er een vertrouwensband is zullen zij meer vertellen over zichzelf waardoor dit onderwerp beter in kaart kan worden gebracht. Er kan geconcludeerd worden dat het bespreken van eigen regie tijdens een indicatiegesprek niet voor iedere cliënt het juiste moment is, omdat er dan nog geen vertrouwensband is tussen de cliënt en de wijkverpleegkundige. Verder is het van belang dat de wijkverpleegkundigen bij een indicatiegesprek, hun taalgebruik en het tempo van het geven van informatie afstemmen op de cliënt, zodat de cliënt de informatie begrijpt.

Voor een deel van de cliënten is het betrekken van een mantelzorger bij een indicatiegesprek belangrijk omdat zij afhankelijk zijn van deze persoon. Wanneer de mantelzorger hierbij betrokken wordt deze ondersteuning bieden bij het voeren van eigen regie.

Dat het zorgdossier gedigitaliseerd is, heeft gevolgen voor het voeren van eigen regie. De cliënten kunnen zonder internet of computer hun zorgdossier niet inzien waardoor niet meer inzichtelijk is welke doelen hierin zijn opgesteld. Het gevolg hiervan is dat cliënten minder goed mee kunnen werken aan de gestelde doelen en de cliënt dus minder eigen regie voert. Wanneer een cliënt ervoor open staat, kan het gezamenlijk bespreken van doelen en deze inzichtelijk maken, het voeren van eigen regie bevorderen.

4 Deelonderzoek wijkverpleegkundigen Marloes Brouwers

In dit hoofdstuk worden de methode, de dataverzameling en de resultaten van deelonderzoek 3 beschreven.

4.1 Methodologie

In dit hoofdstuk staat de volgende deelvraag centraal: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden op het gebied van tools als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”*

4.1.1 Onderzoeksbenadering

Om achter de wensen en behoeften te komen van de wijkverpleegkundigen, wat betreft het in kaart brengen van eigen regie, is er een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd.

4.1.2 Dataverzameling

Om antwoord te krijgen op deze deelvraag zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. Doordat er individuele interviews zijn gehouden, zijn de wijkverpleegkundigen niet door elkaars meningen beïnvloed en hebben zij zich eerder vertrouwd gevoeld om hun mening uit te spreken over het in kaart brengen van de eigen regie (Kinébanian, Satink, & Nes, 2006). Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten (Baarda, 2014). De verschillende onderwerpen die tijdens het interview aan bod kwamen, zijn gebaseerd op een vooraf opgestelde topiclist. De topics zijn opgesteld vanuit de literatuurstudie (zie bijlage 4). Ondanks dat de onderwerpen vast liggen, mag hier wel vanaf geweken worden wanneer de wijkverpleegkundigen zelf nieuwe informatie of onderwerpen naar voren brachten tijdens het interview. Hierdoor werd er diepte gecreëerd tijdens het interview (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Om de wijkverpleegkundigen de kans te bieden om hun wensen en behoeften toe te lichten, is er gestreefd naar een tijdsduur van 45 minuten per interview (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

4.1.3 Onderzoekspopulatie

Er zijn in totaal vijf wijkverpleegkundigen werkzaam binnen de thuiszorgteams van RSZK Bladel, Reusel- de Mierden. Om uiteindelijk een goed beeld te kunnen krijgen van de verschillende wensen en behoeften van de wijkverpleegkundigen zijn zij alle vijf geïnterviewd. Doordat tijdens dit deelonderzoek de gehele populatie heeft meegedaan, kan er niet gesproken worden van een steekproef (Baarda, 2014). Ook waren er tijdens dit deelonderzoek geen inclusie- en exclusiecriteria van toepassing.

Voorafgaand aan het interview kregen alle wijkverpleegkundigen een e-mail met een informatiebrief over het onderzoek. Wanneer de wijkverpleegkundigen, na het lezen van de informatie, deel wilden nemen aan dit onderzoek konden zij het formulier ondertekenen. De wijkverpleegkundigen gaven hierbij toestemming voor opname van het interview en dat informatie gebruikt mocht worden die tijdens het interview naar voren is gekomen. Het informed consent formulier is weergegeven in bijlage 5.

4.1.4 Data analyse

Tijdens het interview is er een voice recorder gebruikt zodat de geluidsopname onbeperkt terug kon worden geluisterd (Baarda, 2014). De onderzoeker kon hierdoor de analyse van de geluidsopname transcriberen, coderen en thematiseren. De geluidopnames zijn binnen 24 uur getranscribeerd, waarna de thematische analyse onafhankelijk geanalyseerd is, waardoor de verifieerbaarheid en betrouwbaarheid van het onderzoek werd vergroot (Baarda, 2014). Het transcript dat is gemaakt is geheel geanonimiseerd. Nadat er irrelevante teksten werden verwijderd zijn de transcripten gecodeerd. De codes zijn onderwerpen die naar voren kwamen tijdens de interviews. Door inductieve analyse is de data gecodeerd zonder dat er vooraf thema's zijn geformuleerd (Braun & Clarke, 2013). De overkoepelende thema's zijn opgesteld nadat de transcripten zijn gecodeerd en geclusterd. De thema's die uit de codes komen zijn kort en bondig beschreven, maar wel met de essentie om elk thema duidelijk naar voren te laten komen. Deze data-analyse is gedaan volgens de thematische analyse van Braun & Clarke (2013).

4.1.5 Kwaliteitsborging

Er is aan het einde van het interview gebruik gemaakt van een mondelinge membercheck doormiddel van een samenvatting, hierop kon de wijkverpleegkundige reageren. De mondelinge membercheck is gedaan om eventuele interpretaties van de onderzoeker te toetsen. Hierdoor is de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroot (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005). Doordat de tweede onderzoeker een gedeelte van de transcripten heeft gecodeerd, is er gebruik gemaakt van de peer-review om zo de plausibiliteit van dit deelonderzoek te verhogen. Er is voorafgaand aan het interview een proefinterview gehouden om zo te kijken of de onderwerpen en de vragen relevant waren voor het interview (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

4.2 Resultaten deelonderzoek 3

De resultaten van deelonderzoek 3 worden hieronder beschreven, de bijbehorende deelvraag luidt als volgt: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden op het gebied van tools als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”*

4.2.1 Deelnemersbeschrijving

Tijdens dit deelonderzoek werd uiteindelijk de totale onderzoekspopulatie van vijf wijkverpleegkundigen geïnterviewd. De wijkverpleegkundigen hebben een leeftijd tussen de 24 en 40 jaar met een werkervaring variërend tussen de twee en tien jaar. Na de analyse zijn er verschillende thema's naar voren gekomen: ervaringen over het in kaart brengen van eigen regie, eigen regie bespreken verschilt per cliënt, vertrouwen opbouwen en behoefte aan structuur.

Ervaringen over het in kaart brengen van eigen regie

Elke wijkverpleegkundige geeft aan dat eigen regie van de cliënt voor hen belangrijk is en geven hier ook aandacht aan tijdens een indicatiegesprek. Er wordt door de wijkverpleegkundige aan de cliënt gevraagd wat de wensen en behoeften zijn. Verder geven wijkverpleegkundigen ook aan dat het begrip eigen regie niet de hoofdzaak is tijdens een indicatie gesprek en dat dit vluchtig wordt besproken. De wijkverpleegkundigen geven aan dat zij de cliënten eerst zelf proberen te laten vertellen over hoe zij invulling willen geven aan eigen regie. Sommige wijkverpleegkundigen doen dit door middel van open vragen te stellen. De wijkverpleegkundigen geven aan dat er tijdens het indicatie gesprek doelen worden besproken die invloed hebben op het voeren van eigen regie. Desondanks geven zij aan dat het maken van de doelen op kantoor gebeurt en niet bij de cliënt thuis.

“Uhm ik bespreek de eigen regie wel, maar meer tussen neus en lippen door. Ik vraag dan niet goh vind u eigen regie belangrijk maar wel meer in de trant van hoe staat u in het leven en bent u altijd autonoom geweest, zo zeg maar”(R3; 16)

Geen richtlijnen om eigen regie bespreek te maken

Het merendeel van de wijkverpleegkundigen vertellen dat er geen richtlijnen of handvaten zijn om eigen regie bespreekbaar te maken. Er zou door een andere wijkverpleegkundige ooit een lijst zijn opgesteld maar deze wordt door de wijkverpleegkundigen nu niet gebruikt.

“Uhm er is wel een lijstje opgesteld door mijn collega met welke punten je moet meenemen tijdens een indicatie gesprek maar er is geen, tenminste niet dat ik weet, kan wel maar daar ben ik niet van op de hoogte, uh dat er echt een bepaald stappenplan is hoe je een bepaald gesprek voert dat is naar mijn weten niet aanwezig”(R1; 29)

Één wijkverpleegkundige geeft aan dat er geen lijst wordt gebruikt omdat het gesprek voor de cliënt geen interview moet zijn omdat de cliënt zich comfortabel moet voelen tijdens een indicatiegesprek. Deze wijkverpleegkundige geeft aan dat doormiddel van open vragen stellen eigen regie goed in kaart kan worden gebracht.

“Want door de cliënt veel te laten vertellen en zijn eigen verhaal te laten doen en doormiddel van open vragen te stellen kun je wel de antwoorden krijgen die je nodig hebt. Ondanks dat het voor de cliënt dan geen checklist is of interview wordt” (R4; 23)

Solistisch werken van de wijkverpleegkundige

Alle wijkverpleegkundigen geven aan dat zij hun eigen draai geven aan het bespreken van eigen regie. Zij denken dat iedereen dit op hun eigen manier doet doordat er geen duidelijke richtlijnen of handvaten zijn. Één wijkverpleegkundige vindt het jammer dat er geen intercollegiale toetsing is om zo te weten hoe in andere teams het in kaart brengen van eigen regie gedaan wordt. Deze wijkverpleegkundige geeft aan dat je hiermee veel van elkaar zou kunnen leren.

“Ik denk dat iedereen er nu op zijn eigen manier een draai aan geeft. Ik geloof dat iedereen daar wel, ofja.. je vraagt er wel iets naar maar dat denk ik” (R2; 28)

“Er is geen collegiale toetsing dus ik weet bijvoorbeeld niet hoe ze het in de andere teams doen en ja dat vind ik wel jammer” (R3; 44)

Eigen regie bespreken verschilt per cliënt

De wijkverpleegkundigen merken verschillende meningen van de cliënten over het in kaart brengen van eigen regie. De wijkverpleegkundigen denken dat sommige cliënten niet bezig zijn met eigen regie omdat dit hun niet zou interesseren. Er worden twee aspecten, wat invloed heeft op het in kaart brengen van eigen regie, in sub-thema's hieronder nader toegelicht

“Ik weet niet of cliënten echt met eigen regie bezig zijn” (R1; 45)

Het taalgebruik van de wijkverpleegkundigen richting de cliënten

De wijkverpleegkundigen denken dat eigen regie een moeilijk begrip is voor de cliënten. Zij geven aan dat er veel informatie wordt gegeven tijdens een indicatiegesprek, waardoor relevante informatie door de cliënt gemist kan worden. Alle wijkverpleegkundigen geven aan dat zij proberen hun taalbegrip aan te passen aan de cliënt.

“Soms heb ik het idee dat cliënten mij niet goed begrijpen met termen die ik op tafel gooi, als ik dit merk dan probeer ik wel altijd mijn taal aan te passen naar die van de cliënt. Ik voel zo iets wel redelijk snel aan” (R5; 39)

Verwachting van de oudere cliënt

De wijkverpleegkundigen merken dat het bespreken van eigen regie moeilijker gaat bij de leeftijdscategorie van 80+. Zij zeggen dat er een verandering heeft plaatsgevonden in de zorg waardoor cliënten steeds meer zelf moeten doen met behulp van hulpmiddelen. Zij geven aan dat de cliënten van die leeftijdscategorie het er moeilijk mee hebben om eigen regie te voeren.

“Nou we merken een groot verschil met name als het gaat om de leeftijden, we hebben een hele grote groep van rond de 80 jarigen. En we merken bij deze categorie dat zij heel erg zeggen van ja maar doe jij het maar en doe maar hoe jij het wil want jullie zullen het allemaal wel weten” (R5; 20)

“Voorheen was het zo dat ervoor gezorgd werd nu is het zorgen dat, dat cliënten zelf door behulp van hulpmiddelen zelf kan zorgen. Dus die verandering heeft ook plaatsgevonden” (R1; 78)

Vertrouwen opbouwen

De wijkverpleegkundigen vermoeden dat cliënten niet altijd alles durven te vertellen tijdens een indicatiegesprek. Dit komt doordat cliënten zich niet meteen veilig voelen tijdens een gesprek. Hierdoor is het voor de wijkverpleegkundigen in de meeste gevallen niet duidelijk na één gesprek wat de wensen en behoeften zijn van de cliënt als het gaat om eigen regie in kaart brengen. Een deel van de wijkverpleegkundigen probeert vaak de eerste dagen zorg te verlenen om zo achter de wensen en behoeften van de cliënt te komen.

“Vaak is het zo dat er tijdens een indicatie gesprek niet duidelijk wordt wat de wensen zijn van de cliënt dat je daar gedurende zorg wel achter komt ... Soms hebben cliënten niet direct het idee dat ze zich veilig voelen en vrijuit kunnen praten over hun zelf en dat ze zich daar voor schamen” (R1; 74)

Behoeftte aan structuur

De wijkverpleegkundigen geven aan het prettig te vinden wanneer er structuur geboden kan worden als het gaat over het in kaart brengen van eigen regie tijdens een indicatiegesprek. De wijkverpleegkundigen, ongeacht de werkervaring, geven duidelijk aan behoeften te hebben aan handvaten om eigen regie bespreekbaar te maken. Zij denken op deze manier beter aandacht te kunnen geven aan eigen regie zodat dit bevorderd kan worden.

“Ik denk dat het makkelijk is om een handvat te hebben om eigen regie in kaart te brengen, ik zou er ook zeker voor open staan om het te proberen” (R5; 36)

“Voor mij zijn heel veel dingen nieuw, uhm daarom mis ik ook bepaalde stappenplannen hoe iets aangepakt moet worden” (R1; 21)

Volgens de wijkverpleegkundigen is het wenselijk dat er handvaten komen waarmee eigen samen met de cliënt in kaart kan worden gebracht. Hierdoor krijgen de cliënten meer inspraak op hun zorgproces waardoor eigen regie uiteindelijk bevorderd kan worden. De wijkverpleegkundigen denken dat dit hun helpt eigen regie te vertalen naar de cliënt en hun hiermee beter te kunnen begeleiden bij het voeren van eigen regie.

“Ik denk dat het belangrijk is om eigen regie samen bespreekbaar te maken het gaat uiteindelijk om de cliënt” (R2; 32)

4.3 Deelconclusie

De wijkverpleegkundigen proberen eigen regie bij een indicatiegesprek in kaart te brengen. Echter zijn er vanuit de stichting geen handvaten om dit onderwerp in een gesprek bespreekbaar te maken. Hierdoor doet iedere wijkverpleegkundige dit op zijn eigen manier. Er kan geconcludeerd worden dat wijkverpleegkundigen behoeften hebben aan een handvat waarin zij eigen regie samen met de cliënt in kaart te kunnen brengen, zodat iedere wijkverpleegkundige dit op dezelfde manier doet. Het is hierbij wel belangrijk dat dit handvat niet ten koste mag gaan van het natuurlijk verloop van het gesprek omdat dit voor sommige cliënten al moeilijk of snel gaat. De wijkverpleegkundigen geven aan dat zij denken dat niet iedere cliënt behoefte heeft aan het bespreken van eigen regie waardoor het belangrijk is hier per cliënt naar te kijken. Wanneer een cliënt behoefte heeft aan het bespreken van eigen regie, is het van belang dat het taalbegrip wordt aangepast. Er kan geconcludeerd worden dat de wijkverpleegkundigen dit wel proberen maar dat ze het idee krijgen dat sommige cliënten het begrip eigen regie niet begrijpen of hier niet mee bezig zijn. Ook blijkt uit de verzamelde data dat een vertrouwensband voor het bespreekbaar maken van eigen regie belangrijk is om zo tot relevante informatie te komen. Op het moment van het indicatiegesprek is deze band er nog niet, omdat dit het eerste moment is waarop zij elkaar zien.

5 Algemene conclusie

De volgende onderzoeksvraag stond bij dit onderzoek centraal: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten en wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek en welke tool vinden zij passend in deze gesprekken?”*

Praktijkonderzoek en literatuuronderzoek zijn bij dit hoofdstuk samengevoegd zodat er antwoord gegeven kan worden op de bovengenoemde vraag.

Uit de literatuur is gebleken dat een vertrouwensband belangrijk is voor het in kaart brengen van eigen regie (Stevens, 2014). Dit kan bevestigd worden door beide praktijkonderzoeken. Zowel cliënten als wijkverpleegkundigen geven aan dat zij een vertrouwensband belangrijk vinden bij het bespreken van eigen regie. Zij geven beiden aan dat een vertrouwensband op dit moment wordt gemist tijdens een indicatiegesprek, omdat dit het eerste moment is dat de cliënt en de wijkverpleegkundige elkaar zien. Wanneer er geen vertrouwensband is zullen cliënten minder vertellen over zichzelf waardoor dit onderwerp niet goed in kaart kan worden gebracht. Het merendeel van de cliënten hebben liever een gesprek met een verpleegkundige die ze kennen. Het kan dus zo zijn dat de wijkverpleegkundigen een later moment terug moet komen om dit onderwerp geheel in kaart te brengen.

Verscheidene cliënten weten niet goed wat de wijkverpleegkundige bedoelt met het begrip eigen regie. Wanneer de cliënten dit wel weten is het per cliënt verschillend wat zij hieronder verstaan en hoe zij hier invulling aan willen geven. Sommige cliënten geven aan dat het indicatiegesprek soms snel gaat en dat het taalgebruik van de wijkverpleegkundigen niet altijd begrijpelijk is. De wijkverpleegkundigen geven aan dat zij het soms lastig vinden om hun taalgebruik aan te passen aan de cliënt, echter proberen zij dit wel. Zowel uit het deelonderzoek onder de cliënten als uit het onderzoek door Stevens (2014) komt naar voren dat wanneer hun gezondheidstoestand achteruit gaat, de betekenis van het begrip eigen regie verandert doordat deze groep cliënten zorgafhankelijker wordt. Vaak hebben zij dan extra ondersteuning nodig van mantelzorgers. Mantelzorgers kunnen een cruciale rol spelen bij het bevorderen van eigen regie van cliënten (Zorg voor Beter, 2018). Hierdoor is het voor de meeste cliënten belangrijk de mantelzorger te betrekken bij een indicatiegesprek. Wat opvallend is, is dat wijkverpleegkundigen het betrekken van mantelzorgers niet hebben benoemd tijdens de interviews. Niet iedere cliënt heeft behoefte aan het bespreken van eigen regie. Enkele wijkverpleegkundigen bevestigen dit. Echter bepaalt het normenkader dat de wijkverpleegkundigen eigen regie wel bespreekbaar moeten maken tijdens het indicatiegesprek (V&VN, 2014). De wijkverpleegkundigen geven aan eigen regie wel te bespreken maar weten niet goed hoe, waardoor eigen regie tussen neus en lippen door wordt besproken. Zij geven aan een handvat te missen waarmee eigen regie het beste in kaart kan worden gebracht.

Menige cliënten geven aan dat gezamenlijk doelen stellen een bijdrage kan leveren aan het voeren van eigen regie. Zowel de wijkverpleegkundigen als een deel van de cliënten geven aan ervoor open te staan om samen met elkaar doelen in kaart te brengen zodat cliënten uiteindelijk meer inspraak hebben in hun zorgplan. De tool ‘samen ontdekken’ sluit hierom het beste aan bij deze behoefte omdat deze tool gericht is op samspraak tussen wijkverpleegkundigen, cliënten en/of mantelzorgers. Sommige cliënten geven aan meer inspraak te willen in hun zorgproces, deze tool sluit hierbij aan.

Wat de inspraak compliceert, is de overstap van het papieren dossier naar het ECD, omdat ouderen niet beschikken over het internet, een computer of niet kunnen omgaan met de technologie.

Samengevat, om de eigen regie in kaart te brengen tijdens een indicatiegesprek, zijn er een aantal belangrijke punten: een vertrouwensband, betrokkenheid van de mantelzorger, rekening met leeftijd en verwachtingen van de cliënt, taalgebruik en tempo van het gesprek, ruimte voor het eigen verhaal van de cliënt en rekening houden met verslechtering van de gezondheid van de cliënt.

6 Discussie

In dit hoofdstuk komen de sterke en zwakke punten van dit onderzoek aan bod en worden de gemaakte keuzes van de onderzoekers nader toegelicht.

Bij het deelonderzoek onder de cliënten is er maar een kleine onderzoeksgroep geïnterviewd ten opzichte van de gehele onderzoekspopulatie. Er zijn namelijk acht van de 200 cliënten geïnterviewd. Met deze acht interviews is er wel een diverse afspiegeling van de cliënten populatie omdat er cliënten geïnterviewd zijn met verschillende woonomstandigheden, ziektebeelden en achtergronden. Omdat er acht cliënten zijn geïnterviewd, is het moeilijk uitspraken te doen over generaliseerbaarheid over de gehele populatie, maar de resultaten kunnen wel een indicatie geven van hoe dit bij een andere regio binnen de RSZK zou uitpakken (Verhoeven, 2014). Het verzadigingspunt is echter wel bereikt omdat er bij de laatste twee interviews geen nieuwe onderwerpen aan bod kwamen.

Bij deelonderzoek drie werd de gehele populatie geïnterviewd, namelijk de wijkverpleegkundigen van team Bladel-Oost, team Bladel-Noord en team Reusel-de Mierden.

De wijkverpleegkundigen hebben aangegeven het prettig te vinden wanneer zij weten hoe een collega eigen regie in kaart brengt tijdens een indicatiegesprek. In dit geval zou een focusgroep een meerwaarde zijn geweest, omdat er dan een discussie gevoerd kon worden waardoor het voor wijkverpleegkundigen inzichtelijk wordt hoe een collega eigen regie in kaart brengt (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005). Er is uiteindelijk niet gekozen voor een focusgroep omdat het onderzoek gedaan werd bij de gehele onderzoekspopulatie waardoor twee focusgroepen voor de wijkverpleegkundigen praktisch niet haalbaar was.

Een exclusie criterium bij deelonderzoek twee was dat er geen cliënten geïnterviewd zouden worden met een cognitieve beperking. Echter is het zo dat de oudere generatie over het algemeen bekend is met geheugenproblemen (Aleman, 2012). Hierdoor kan er informatie gemist zijn doordat de cliënten zich het gesprek niet volledig konden herinneren. Er kan in dit geval sprake zijn geweest van herinneringsbias (Broekhuizen, Groenwold & Verheij, 2012).

Doordat één van de onderzoekers werkzaam is in één van de teams, kan het zijn dat de cliënten en wijkverpleegkundigen minder eerlijke antwoorden gaven op de gestelde vragen wat kan zorgen voor vertekening van de resultaten (Verhoeven, 2014). Er is wel rekening gehouden dat deze onderzoeker géén onderzoek heeft gedaan bij de wijkverpleegkundigen. Doordat ze collega's zijn bestond de kans dat zij sociaal wenselijke antwoorden zouden geven. Daar tegenover staat dat doordat een van de onderzoekers bekend is bij een aantal geïnterviewde cliënten, er reeds een vertrouwensband is waardoor cliënten zich veilig voelden om informatie te delen.

Evenwel kan dit ook leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. De cliënten zijn voor de zorg afhankelijk van de RSZK, dit kan ervoor zorgen dat cliënten minder eerlijke en minder kritische aspecten aangeven wanneer zij niet tevreden zijn over de zorg.

De verkregen data van beide praktijkonderzoeken zijn meteen geanalyseerd, dit is gedaan zodat de gegeven informatie goed terug te halen was. Hierdoor is er na aanleiding van voorgaande interviews de mogelijkheid geweest om de topiclijsten aan te kunnen passen.

7 Aanbevelingen

7.1 Aanbeveling 1: vertrouwen opbouwen

Een vertrouwensband is essentieel voor het bespreekbaar maken van eigen regie (Stevens, 2014). De cliënt en wijkverpleegkundige zien elkaar voor het eerst bij een indicatiegesprek. Op dat moment is er nog geen vertrouwensband, wat er voor zorgt dat dit onderwerp niet optimaal in kaart kan worden gebracht. De cliënten geven aan dat zij een vertrouwensband belangrijk vinden en dat zij bij een vertrouwd persoon hier meer over zullen vertellen. De wijkverpleegkundigen zou bij een indicatiegesprek eigen regie kunnen verkennen en voor zover mogelijk eigen regie in kaart kunnen brengen.

Wanneer dit niet geheel in kaart kan worden gebracht, kan de EVC'er op basis van deze informatie op een ander moment, wanneer er meer tijd is, dit onderwerp verder in kaart brengen. Dit zorgt voor relevante informatie, een betere samenspraak en meer ruimte voor het eigen verhaal van de cliënt.

Aandachtspunten:

- Wanneer de wijkverpleegkundigen of EVC'er vaker dan één keer terug moeten komen om eigen regie optimaal in kaart te kunnen brengen, kan dit extra tijd kosten.
- De EVC'er moet geïnstrueerd of geschoold worden om dit gesprek ook daadwerkelijk op te kunnen pakken en vast te kunnen leggen.
- De rol van de EVC'er wordt benut waardoor de wijkverpleegkundigen zich kunnen richten op andere taken.

7.2 Aanbeveling 2: De manier van het in kaart brengen van eigen regie afstemmen op de cliënt

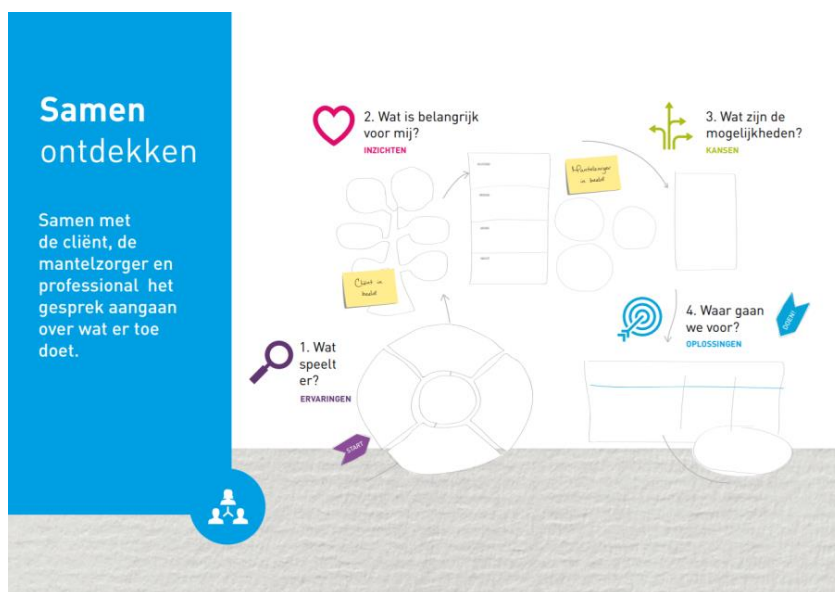
Het is aan te bevelen dat er per cliënt bekeken wordt hoe de eigen regie in kaart kan worden gebracht. Indien de cliënt hier geen behoefte aan heeft zal dit via een andere invalshoek besproken moeten worden. Eigen regie kan via verschillende vragen indirect besproken worden zonder dat het begrip eigen regie benoemd wordt. Deze vragen zijn verwerkt in een tool (zie aanbeveling 3) (Zorg voor Beter, 2018). Het begrip eigen regie kan door cliënten namelijk als ingewikkeld worden gezien waardoor het taalbegrip en het tempo moet worden afgestemd op zowel de cliënt als de mantelzorger. Bij het in kaart brengen van eigen regie is het van belang dat de mantelzorgers betrokken worden. De mantelzorger kan helpen met passende uitleg te geven op het niveau van de cliënt. Hierdoor wordt de informatie begrijpelijk en kan de cliënt het gesprek beter volgen. Mantelzorgers kunnen informatie aanvullen en ondersteuning bieden bij het voeren van eigen regie van de cliënt.

Aandachtspunten

- Tijdens een indicatiegesprek is open- en eerlijkheid belangrijk
- Motiverende gespreksvoering kan een hulpmiddel zijn om eigen regie bespreekbaar te maken.
- Het betrekken van mantelzorgers wordt moeilijker op het moment van het indicatiegesprek wanneer zij nog niet bekend of zichtbaar zijn voor de organisatie.

7.3 Aanbeveling 3: tool werkblad 'Samen Ontdekken'

Het werkblad samen ontdekken is een tool die de wijkverpleegkundige samen met de cliënt en mantelzorger kan invullen (Zorg voor Beter, 2018). Er is gekozen voor deze tool omdat deze in tegenstelling tot de andere tools gericht is op zowel cliënten als mantelzorgers. Zo worden de cliënten en de mantelzorgers betrokken bij het samen ontdekken van de eigen regie van de cliënt. Deze laagdrempelige tool kan in vier stappen bepalen wat er belangrijk is voor de cliënt (zie figuur 4). Bij elke stap kan er dieper ingegaan worden op het onderwerp, de volledige tool is weergegeven in bijlage 6. De wijkverpleegkundige en de cliënt kunnen hiermee eigen regie in kaart brengen door middel van doelen op te stellen (Zorg voor Beter, 2018). Op deze manier hebben cliënten, zoals zij wensen, meer inspraak op het zorgproces. Wanneer zij samen de doelen hebben gesteld, kan de cliënt meer eigen regie voeren over zijn of haar zorgproces en kan de zorg beter worden afgestemd op de wensen en behoeften. De tool kan ook ingezet worden bij het evalueren van de zorg en bij het stellen van een eventuele herindicatie. Wanneer het werkblad samen met de cliënt is ingevuld, is het belangrijk dat het ingevulde werkblad bij de cliënt ligt, op deze manier kan dit ten alle tijden worden ingezien wanneer een cliënt niet de beschikking heeft over internet of een computer/tablet. De wijkverpleegkundige kan een foto maken van het ingevulde werkblad en toevoegen in het zorgplan onder correspondentie.



Figuur 1 Werkblad 'samen ontdekken' (Zorg voor Beter, 2018).

Aandachtspunten:

- Het invullen van het werkblad vraagt extra tijd van de wijkverpleegkundigen.
- Indien de EVC'er bekwaam is om het werkblad samen met de cliënt in te vullen kan worden overwogen of de wijkverpleegkundige of de EVC'er dit uitvoert.
- De cliënt, de wijkverpleegkundige en de EVC'er moeten ervoor open staan deze tool te gebruiken.
- De ervaringen over de tool bespreekbaar maken en evalueren tijdens een (team)overleg.

Literatuurlijst

- Ahli, S. (2017). *Zorgaanbieders en-gebruikers worstelen met eigen regie*. Geraadpleegd op 18 maart 2017, van <https://www.skipr.nl/actueel/id30517-zorgaanbieders-en-gebruikers-worstelen-met-eigen-regie.html>
- Aleman, A. (2012). *Het senioren brein: de ontwikkeling van onze hersenen na ons vijftigste*. Eerste editie. Amsterdam/Antwerpen: Atlas Contact.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. tweede editie. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Barr, P.J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M.J., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). *Assessment of Patient Empowerment-A Systematic Review of Measures*. PLoSONE10(5):e0126553. doi: 10.1371/journal.pone.0126553.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek; denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research*. London: SAGE.
- Broekhuizen, L., Groenwold, R., & Verheij, T. (2012) *Bias en confounding: wat is waar?* Geraadpleegd op 10 juni 2018, van <https://www.henw.org/artikelen/bias-en-confounding-wat-waar>
- Coulter, A., Roberts, S., & Dixon, A. (2013). *Delivering better services for people with long-term conditions*. Geraadpleegd op 25 maart 2018, van <http://hub.careinspectorate.com/media/195250/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf>
- Dassen, T., & Keuning, F. (2008). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Utrecht: Thieme Meulenhoff B.V.
- Doekhie, K., de Veer, A., Rademakers, J., Schellevis, F., & Franck, A. (2014). *Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Nivel; Ouderen van de toekomst, 84.

- Engels, J. (2016). *Zelfmanagement en eigen regie*. Geraadpleegd op 6 maart 2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zelfredzaamheid/zelfmanagement>
- Huber, M., (2013). *Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 4 juni 2018, van <http://link.springer.com/article/10.1007/s12508-013-0046-z>
- Kinébanian, A., Satink, T., & Nes, F. v. (2006). *Architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2005). *"derde versie" van beoordelingsformulier voor kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 14 maart 2018, van http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjkyv-AsaTWAhWDfFAKHQBgDXgQFggNMAA&url=http%3A%2F%2Fextras.springer.com%2F2011%2F978-90-313-7600-1%2FBeoordeling%2520kwalitatief%2520onderzoek_CBO%25202005.pdf&usg=AFQjCNFK_qT9pYz215s
- Prins, M., & Dankelman, N. (2017). *Eigen regie*. Geraadpleegd op 13 maart 2018, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/literatuur/Rapport-Eigen-regie.pdf>
- Rijksoverheid. (2018). *Indicatie voor wijkverpleging*. Geraadpleegd op 8 maart 2018, van <https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/zorg-uit-de-zorgverzekering/ /artikel/indicatie-voor-wijkverpleging/>
- Rosendal, H., & van Dorst, J. (2015). *Vakbekwaam indiceren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- RSZK. (2018). *Meerjarenbeleidsplan 2017 – 2020*. Geraadpleegd op 26 februari 2018, van <http://rszk.nl/over-de-rszk/meerjarenbeleidsplan-2017---2020>
- Stevens, E. (2014). *Eigen regie vanuit het perspectief van de cliënt en de mantelzorger*. Geraadpleegd op 5 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/sites/default/files/Onderzoek-Ellen-Stevens-Fontys.pdf>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.

- Vilans. (2018). *Transformatie programma positieve gezondheid*. Geraadpleegd op 8 maart 2018, van <https://www.vilans.nl/projecten/transformatieprogramma-positieve-gezondheid>
- Vilans. (2013). *Zelfredzaamheidsmeter*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van <https://www.vilans.nl/docs/producten/Zelfredzaamheidsmeter.pdf>
- V&VN. (2014). *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*. Geraadpleegd op 1 mei 2018, van https://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT_E%3D&portalid=1
- V&VN. (2018). *Normenkader*. Geraadpleegd op 10 april 2018, van <https://www.venvn.nl/Themas/Indicatiestelling/Normenkader>
- Zorgleefplanwijzer. (2017). *Het zorg(leef)plan en de indicatie: hoe zit het?* Geraadpleegd op 2 april 2018, van <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/nieuws/item/het-zorg-leef-plan-en-de-indicatie-hoe-zit-het.html>
- Zorg voor Beter. (2017). *'Eigen regie cliënt is nog niet eenvoudig'*. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/uitvoering-wet-langdurige-zorg>
- Zorg voor Beter. (2018). *Werkblad samen ontdekken*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/werkplaats/zelfredzaamheid-samen-ontdekken-werkblad.pdf>
- Zorg voor Beter. (2017). *Zelfredzaamheid*. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-ouderen.html>
- Zorg voor Beter. (2017). *Zelfmanagement en eigen regie*. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zelfredzaamheid/zelfmanagement>

Bijlage 1 voorbeelden van de verschillende tools

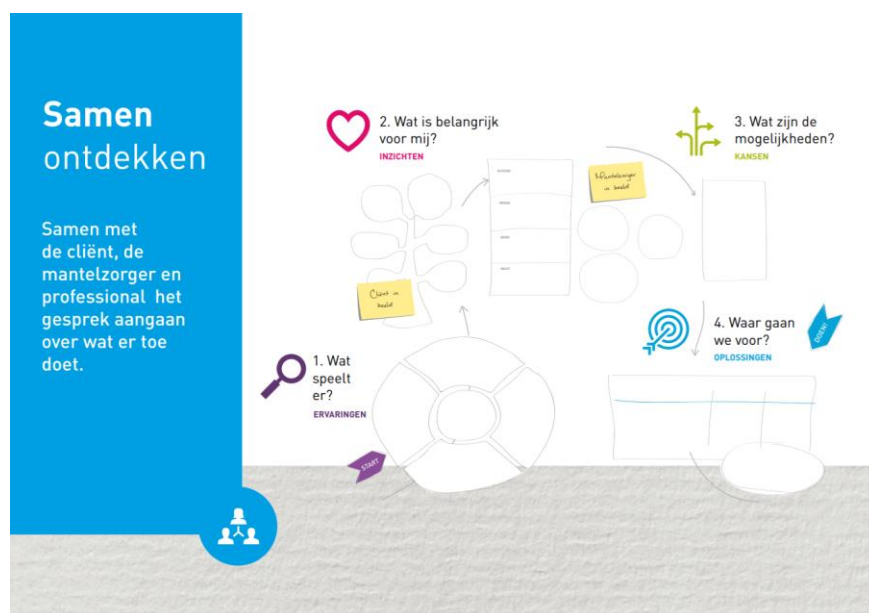
ZRM-supplement: Ouderschap 2013

T. Fassaert, S. Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, M. Schönenberger.

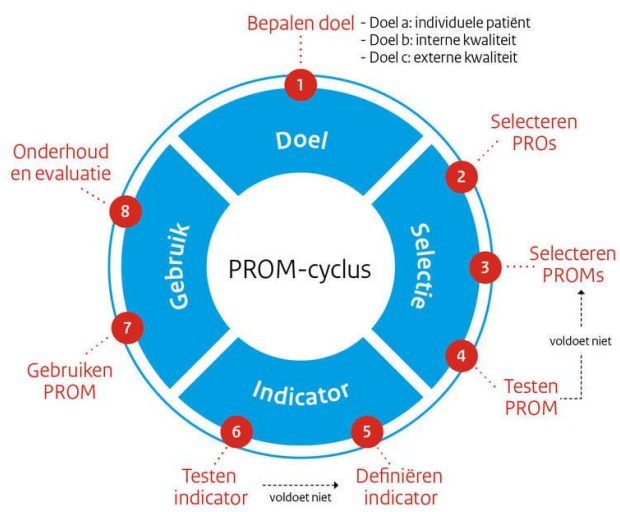


DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Lichamelijke verzorging	De lichamelijke veiligheid van kind(eren) is direct in gevaar door lichamelijke mishandeling of verwaarlozing lichamelijke basiszorg en/of een kind heeft in het afgelopen jaar meer dan 3 keer een ernstig ongeluk gehad in of om het huis.	Beperkingen op het gebied van lichamelijke basiszorg, maar de veiligheid van kind(eren) is hierdoor niet direct in gevaar. Kind heeft regelmatig (3 keer in het afgelopen jaar) ongelukken in of om het huis. Vermoeden van lichamelijke mishandeling.	Geen melding van lichamelijke mishandeling of verwaarlozing. Lichamelijke basiszorg is meestal/vaak op orde. Kind heeft meerdere keren (twee keer in het afgelopen jaar) ongelukken in of om het huis en/of enkele vermijdbare risico's voor de lichamelijke veiligheid.	Lichamelijke basiszorg (kleding, voeding, hygiëne en medische zorg) is altijd op orde. Zelden (een keer in het afgelopen jaar) een ernstig ongeluk in en om het huis en geen vermijdbare risico's voor de lichamelijke veiligheid.	Lichamelijke basiszorg is op orde. Geen ongelukken in of om het huis en veilige fysieke omgeving. Ouder stimuleert een gezonde leefstijl van het kind (gezonde voeding en voldoende bewegen).
Sociaal-emotionele ondersteuning	Het geestelijk welzijn van kind(eren) is direct in gevaar. Sprake van geestelijke mishandeling of verwaarlozing. De ouder isoleert kind(eren) en/of zet aan tot ongewenst gedrag.	Ouder stelt geen grenzen of stelt grenzen niet leeftijdsadequaat en/of beperkt relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten en/of ouder ontmoedigt maatschappelijk wettelijk gedrag. Vermoeden van geestelijke mishandeling.	Geen melding van geestelijke mishandeling of verwaarlozing. Ouder stelt leeftijdsadequate grenzen maar is niet consequent en/of toont geen interesse in relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten en/of is niet actief in de ontwikkeling van kind(eren).	Ouder stelt consequent leeftijdsadequate grenzen en toont interesse in relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten.	Ouder stelt consequent leeftijdsadequate en redelijke grenzen. Bevordert relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten. Vervult voorbeeldfunctie.
Scholing	Eén of meer leerplichtige kinderen staan niet ingeschreven bij een school en/of gaan niet naar les.	Eén of meer leerplichtige kinderen zijn frequent (meer dan 5 keer per maand) zonder geldige reden afwezig en/of hebben geen mogelijkheden om huiswerk te maken. Ouders zijn niet betrokken bij school.	Eén of meer leerplichtige kinderen zijn regelmatig (2-5 keer per maand) zonder geldige reden afwezig en/of hebben beperkte mogelijkheden om huiswerk te maken. Ouders zijn minimaal betrokken bij school.	Er zijn geen leerplichtige kinderen of leerplichtige kinderen zijn zelden (max. 1 keer per maand) zonder geldige reden afwezig in de les en hebben voldoende mogelijkheden om huiswerk te maken. Ouders zijn voldoende betrokken bij school.	Leerplichtige kinderen zijn nooit zonder geldige reden afwezig in de les. Kind heeft goede mogelijkheden om huiswerk te maken. Ouders zijn zeer betrokken bij school.
Opvang	Opvang van één of meer kinderen is noodzakelijk maar niet beschikbaar of opvang is ernstig beperkt op (bijna) alle gebieden van lichamelijke basiszorg en opvoedtaken.	Noodzakelijke opvang van één of meer kinderen is amper beschikbaar of er is een belangrijk probleem op één of meer gebieden van lichamelijke basiszorg en meerdere opvoedtaken worden door opvang niet uitgevoerd.	Noodzakelijke opvang voorziet in alle aspecten van basiszorg maar is onbetrouwbaar beschikbaar. Lichamelijke basiszorg is op orde maar één of meerdere opvoedtaken worden door opvang niet uitgevoerd.	Opvang is niet noodzakelijk of voldoende en betrouwbaar beschikbaar. Opvang voorziet in alle aspecten van lichamelijke basiszorg en toereikende uitvoering opvoedtaken.	Hoge kwaliteit opvang is beschikbaar naar keuze en voorziet in goed ontwikkelde basiszorg en opvoedtaken.

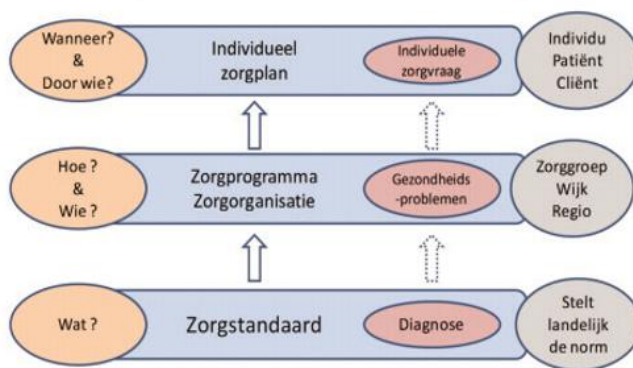
Figuur 1 Zelfredzaamheidsmeter (Vilans, 2013).



Figuur 2 Werkblad 'samen ontdekken' (Zorg voor Beter, 2018).



Figuur 4 PROM (Barr et., 2015).



Bron: Raamwerk Individueel Zorgplan (2012)

Figuur 2 Raamwerk individueel zorgplan (Coulter, 2013).

Bijlage 2 Topiclijst interview voor cliënten

Deelonderzoeksvraag: *“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?”*

- ❖ Inleiding van het interview (5 minuten)
- ❖ De respondent welkom heten en bedanken voor deelnamen
- ❖ Het doel van het onderzoek benoemen
- ❖ Benoemen dat het interview ongeveer 45 minuten in beslag neemt
- ❖ Benoemen aan de cliënt dat het interview anoniem wordt opgenomen en verwerkt

Topics	Sub-topics
Eigen regie in kaart brengen	• Positieve gezondheid van de cliënt • Inzicht krijgen in situatie en drijfveer van de cliënt • Zeggenschap eigen leven van de cliënt • Inschakelen van het sociale- en informele netwerken • Individuele gespreksvoering
Keuzes maken	• De vaardigheden van keuzes maken • Snapt de cliënt alles • Gezondheidsvaardigheden • Informatie kunnen zoeken • Aan de bel kunnen trekken als er iets is • Het accepteren van hulp
Huidige situatie	• Wat zijn bevorderende factoren nu? • Wat zijn belemmerende factoren nu? • Wensen • Behoeften
Wenselijke situatie	• Wat zullen bevorderende factoren kunnen zijn? • Wat zullen belemmerende factoren kunnen zijn? • Wensen • Behoeften

Afsluiting van het interview (5 minuten)

- ❖ Aan de cliënt vragen of hij/zij nog iets wil toevoegen
- ❖ Cliënten bedanken voor hun tijd en deelname

Bijlage 3 Informed consent cliënten

Informatiebrief afstudeeronderzoek

De eigen regie van de cliënt binnen de thuiszorg

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk mee te doen aan dit onderzoek (eigen regie in de thuiszorg). U beslist volledig zelf of u wilt meedoen. Voordat u een beslissing kunt maken is het van belang dat u meer te weten komt over het onderzoek. In de informatiebrief staan alle gegevens van het onderzoek, lees deze rustig door. Heeft u nadien nog vragen? De contactgegevens van de onderzoeker vindt u aan het einde van deze brief terug.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten en wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek en welke tool vinden zij passend in deze gesprekken?”

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek waaraan u kunt deelnemen, bestaat uit een interview met de onderzoeker. Het interview zal ongeveer een half uur duren en kan gewoon bij u aan huis. Daarnaast zal het interview worden opgenomen middels geluidsapparatuur. De opnames zullen door de onderzoekers worden beluisterd en er worden quotes (die niet herleidbaar zijn naar u) worden gebruikt in het afstudeeronderzoek. De geluidsopnames zullen hierna worden vernietigd. De antwoorden die u geeft worden gebruikt voor het onderzoek, deze worden altijd onherleidbaar gemaakt.

3. Wat wordt er van u verwacht?

De deelnemers die deel nemen aan het interview worden aan huis geïnterviewd. De onderzoeker zal met u een afspraak maken.

4. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Het voordeel van meedoen aan dit onderzoek is dat u invloed kunt hebben op de processen en begeleiding van uw eigen regie.

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

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en stoppen, ook tijdens het interview.

6. Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

Na het onderzoek worden de geluidsopnames van de interviews door de onderzoekers beluisterd en uitgeschreven. Quotes kunnen worden gebruikt in het afstudeeronderzoek. Daarnaast zullen de onderzoekers conclusies trekken uit de informatie die naar voren komt tijdens het interview. Deze conclusies zullen naar u worden gecommuniceerd via de wijkverpleegkundige, waarna u de mogelijkheid heeft om hierop te reageren.

7. Wat gebeurt er met uw gegevens?

De gegevens en geluidsopnames van u zullen anoniem worden gebruikt in het onderzoek. De geluidsopnames zullen worden vernietigd zodra de opnames zijn uitgeschreven. Enkel de onderzoekers hebben toegang tot de gegevens.

8. Wilt u verder nog iets weten?

Voor vragen of opmerkingen over dit onderzoek kunt u altijd contact opnemen met een van de onderzoekers:

De onderzoekers

Marloes Brouwers	0655756982	marloes.brouwers@student.fontys.nl
Jesse van Keersop	0614867092	jesse.keersop@student.fontys.nl

De opdrachtgever van dit afstudeeronderzoek is:

Yvonne Bolt	06-10327570	y.bolt@rszk.nl
-------------	-------------	--

(teammanager thuiszorg)

Toestemmingsformulier cliënten

Afstudeeronderzoek: De eigen regie van de cliënt binnen de thuiszorg

Ik heb de informatiebrief voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe. Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven. Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens 6 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

In te vullen door de onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Ik heb de deelnemer de gelegenheid gegeven om vragen te stellen. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer met de aan mij beschikbaar gestelde gegevens zal omgaan, zoals in de informatiebrief staat beschreven.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Bijlage 4 Topiclijst interview wijkverpleegkundigen

Deelonderzoeksvraag: *‘Wat zijn de ervaringen en behoeften van wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden op het gebied van tools als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek?’*

- ❖ Inleiding van het interview (5 minuten)
- ❖ De wijkverpleegkundigen welkom heten en bedanken voor deelnamen
- ❖ Het doel van het onderzoek benoemen
- ❖ Benoemen dat het interview ongeveer 45 minuten in beslag neemt
- ❖ Benoemen aan de wijkverpleegkundigen dat het interview anoniem wordt opgenomen en verwerkt

Topics	Sub-topics
Eigen regie in kaart brengen	• Positieve gezondheid van de cliënt • Inzicht krijgen in situatie en drijfveer van de cliënt • Zeggenschap eigen leven van de cliënt • Inschakelen van het sociale- en informele netwerken • Individuele gespreksvoering
Keuzes maken	• De vaardigheden van keuzes maken • Snapt de cliënt alles • Gezondheidsvaardigheden • Informatie kunnen zoeken • Aan de bel kunnen trekken als er iets is • Het accepteren van hulp
Huidige situatie	• Wat zijn bevorderende factoren nu? • Wat zijn belemmerende factoren nu? • Wensen • Behoeften
Wenselijke situatie	• Wat zullen bevorderende factoren kunnen zijn? • Wat zullen belemmerende factoren kunnen zijn? • Wensen • Behoeften
Tools	• Zelfredzaamheidsmeter • Werkblad ‘Samen verder’ • Scholing • PROMs

Afsluiting van het interview (5 minuten)

- ❖ Aan de wijkverpleegkundigen vragen of hij/zij nog iets wil toevoegen
- ❖ Wijkverpleegkundigen bedanken voor hun tijd en deelname

Bijlage 5 Informed consent wijkverpleegkundigen

Informatiebrief afstudeeronderzoek

De rol van de wijkverpleegkundige als het gaat over de eigen regie van de cliënt

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk mee te doen aan dit onderzoek (Eigen regie in de thuiszorg). U beslist volledig zelf of u wilt meedoen. Voordat u een beslissing kunt maken is het van belang dat u meer te weten komt over het onderzoek. In de ze informatiebrief staan alle gegevens van het onderzoek, lees deze rustig door. Heeft u nadien nog vragen? De contactgegevens van de onderzoeker vind u aan het einde van deze brief terug.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

“Wat zijn de ervaringen en behoeften van cliënten en wijkverpleegkundigen van RSZK Bladel-Oost, Bladel-Noord en Reusel - de Mierden als het gaat om het in kaart brengen van eigen regie bij cliënten tijdens een indicatiegesprek en welke tool vinden zij passend in deze gesprekken?”

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek waaraan u kunt deelnemen, bestaat uit het deelnemen van een interview. Tijdens het interview zullen alleen u en één van de onderzoekers aanwezig zijn. Er wordt door de onderzoeker tijdens het interview een vraag gesteld waarop u uitgebreid kunt reageren. Het interview zal maximaal 45 minuten in beslag nemen. Daarnaast zal het interview worden opgenomen middels geluidsapparatuur. De opnames zullen door de onderzoekers worden beluisterd en er worden quotes (die niet herleidbaar zijn naar u) worden gebruikt in het afstudeeronderzoek. De geluidsopnames zullen hierna worden vernietigd. De antwoorden die u geeft en die worden gebruikt voor het onderzoek, worden altijd onherleidbaar gebruikt.

3. Wat wordt er van u verwacht?

Het interview zal plaatsvinden wanneer u daar de tijd voor heeft. Er wordt hiervoor een afspraak ingepland met u.

4. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Het voordeel van meedoen aan dit onderzoek is dat u invloed kunt hebben op de processen en begeleiding van de eigen regie. Dit kunnen voordelen hebben voor de wijkverpleegkundigen.

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

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek.

6. Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

Na het onderzoek worden de geluidsopnames van de interviews van het interview door de onderzoekers beluisterd en uitgeschreven. Quotes van u kunnen worden gebruikt in het afstudeeronderzoek. Daarnaast zullen de onderzoekers conclusies trekken uit wat naar voren komt tijdens het interview. Deze conclusies zullen naar u worden gecommuniceerd per mail, waarna u de mogelijkheid heeft om hierop te reageren.

7. Wat gebeurt er met uw gegevens?

De gegevens en geluidsopnames van u zullen anoniem worden gebruikt in het onderzoek. De geluidsopnames zullen worden vernietigd zodra de opnames zijn uitgeschreven. Enkel de onderzoekers hebben toegang tot de gegevens, de opdrachtgever heeft hiervoor geen toestemming.

8. Wilt u verder nog iets weten?

Voor vragen of opmerkingen over dit onderzoek kunt u altijd contact opnemen met de onderzoekers:

De onderzoekers

Marloes Brouwers	0655756982	marloes.brouwers@student.fontys.nl
Jesse van Keesrop	0614867092	jesse.keersop@student.fontys.nl

De opdrachtgever van dit afstudeeronderzoek is:

Yvonne Bolt	06-10327570	y.bolt@rszk.nl
-------------	-------------	--

(teammanager thuiszorg)

Toestemmingsformulier wijkverpleegkundigen

Afstudeeronderzoek: De eigen regie van de cliënt binnen de thuiszorg

Ik heb de informatiebrief voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe. Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven. Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens 6 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

In te vullen door de onderzoeker

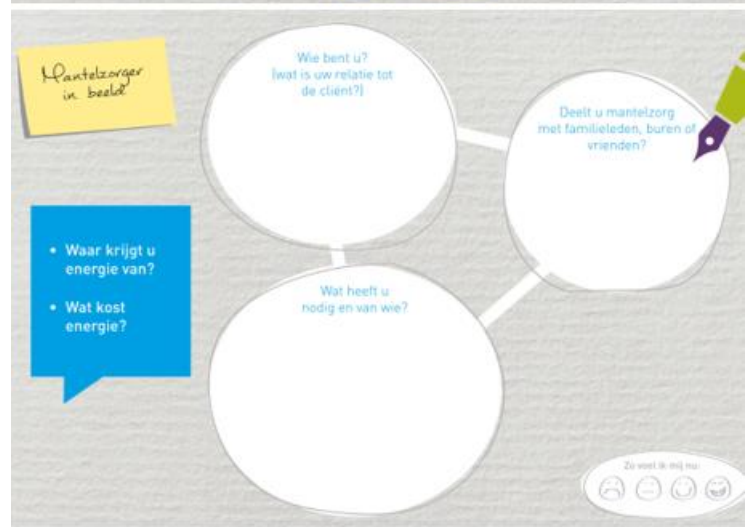
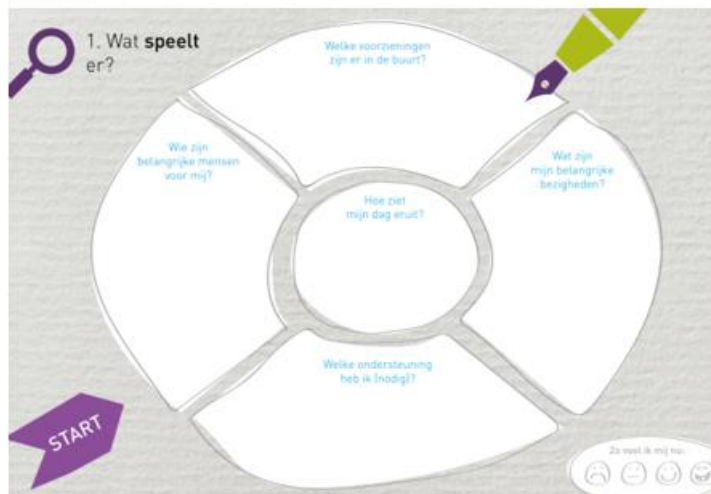
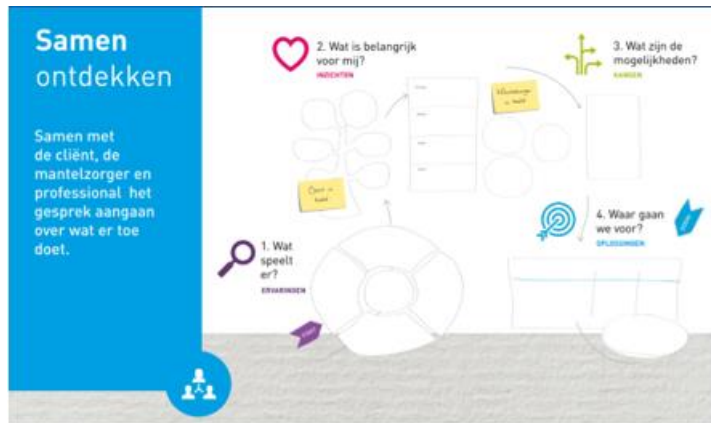
Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Ik heb de deelnemer de gelegenheid gegeven om vragen te stellen. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer met de aan mij beschikbaar gestelde gegevens zal omgaan, zoals in de informatiebrief staat beschreven.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Bijlage 6 de volledige tool het werkblad ‘Samen Ontdekken’



 4. Waar gaan we voor? *Afsprakenlijst* 

Wat gaan we doen?	Wie gaat dat doen?	Wanneer?

Wanneer gaan we evalueren?

Zo voel ik mij nu:    

 **Stap 1 Wat speelt er?**

- [Handreiking Zelfredzaamheid](#): ondersteuning bieden bij zelfredzaamheid.
- [Verzameling van instrumenten](#): om zelfredzaamheid te meten.

 **Stap 3 Wat zijn de mogelijkheden?**

- [Middelenlijst gesprekstechnieken](#): gesprekstechnieken om een cliënt te motiveren.
- [Samen zorgen, help zorg provider](#): sien verhalen over de samenwerking tussen cliënt, mantelzorger, en zorgprofessional.

 **Stap 2 Wat is belangrijk voor mij?**

Client in beeld

- [Van eigen leefplan van het LDC](#): tools om een eigen leefplan te maken.
- [Inhoudsopgave van ZZ naar GG](#): een goed gesprek over gezondheid en eigen regie
- [Welbevinden en leefsituatie](#): materialen om te spreken over het welbevinden van een cliënt

Mantelzorger in beeld

- [Verzameling van instrumenten](#): om het netwerk in kaart te brengen in te ondersteunen
- [Digitale contactmomentennotulen](#), zoals [www.cannenzorg.nl](#) of [wehulp.nl](#). Middelen om gemakkelijk met elkaar in contact te komen, vragen om hulp voor te leggen, etc.
- [Werkboek Samenredzaamheid](#): teamscan en casussen ter overdenking gericht op samenredzaamheid
- [Toolkit Samenwerken met mantelzorgers](#): themakaarten met casussen om in het team te bespreken
- [Informeel netwerk versterken](#): het informeel netwerk helpen versterken in 5 stappen.

 **Stap 4 Waar gaan we voor?**

- [SMART formulier](#): formulieren: hoe doe je dat?



Het werkblad 'Samen Ontdekken' (Zorg voor Beter, 2018).