

Onderzoeks verslag



Eigen regie bij dementie



Onderzoekers

Opdrachtgever

Contactpersonen

1^e beoordelaar Viaa

2^e beoordelaar Viaa

Datum

Bert Schutte, Marijn Nieuwenhuis,
Marith Koes en Audrey ter Burg
Anneke de Groot
Rolf Kuizenga en Remi Fernhout
Esther Hoekman MSc
Drs. Dora Schiphof-Halma
22 mei 2017

Eigen regie bij dementie

Zwolle, mei 2017

Afstudeeronderzoek in het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan Hogeschool
Viaa te Zwolle

In opdracht van: Anneke de Groot
Zorgcombinatie Noorderboog
Locatie De Schiphorst

Begeleidend docenten: E. Hoekman MSc
Drs. D. Schiphof- Halma

Auteurs: A. ter Burg
M. Koes
M. Nieuwenhuis
B. Schutte

Samenvatting

De zorg in Nederland is er op gericht om zo lang mogelijk de zelfredzaamheid van mensen te behouden. Bij eigen regie, die nauw samenhangt met zelfredzaamheid, spelen bij de psychogeriatrische doelgroep aspecten mee die het behouden hiervan bemoeilijken. Om recht te doen aan de eigen regie van psychogeriatrische bewoners, is binnen Zorgcampus Noorderboog onder andere de werkgroep 'versterken werk-leerklimaat' actief. Deze werkgroep verwacht dat er binnen de gehele Schiphorst niet gewerkt wordt volgens hetzelfde beeld van eigen regie. De vraag die in dit onderzoek centraal heeft gestaan is: *'Hoe denken zorgmedewerkers van Zorgcombinatie Noorderboog, locatie De Schiphorst 2017, over eigen regie en het bevorderen hiervan, welke competenties beheerst men al en welke wil men verder ontwikkelen?'.*

Doelstelling: Het onderzoek heeft als doel gehad de verschillen in visie van de zorgmedewerkers van De Schiphorst rond eigen regie te achterhalen. Tevens is het doel geweest de benodigde competenties omtrent eigen regie in kaart te brengen onder de zorgmedewerkers en aanbevelingen te vormen om meer tegemoet te kunnen komen aan deze eigen regie.

Methode: Middels kwalitatieve onderzoeksmethoden is inzicht verkregen in de visie van de zorgmedewerkers op eigen regie. Tevens is er door kwalitatieve methoden duidelijk geworden wat de zorgmedewerkers nodig achten om te groeien in het werken vanuit eigen regie. Middels kwalitatief en kwantitatief onderzoek is onderzocht welke competenties uit het competentieprofiel omtrent eigen regie van project ZonMw (2012) men beheerst en minder beheerst.

Resultaten en conclusies: De denkwijze over eigen regie komt veelal overeen binnen De Schiphorst. Om tegemoet te komen aan de eigen regie van de bewoner achten zorgmedewerkers het van belang hun eigen normen, waarden en gewoontes deels los te laten. Om inzicht te krijgen in de wensen van de bewoners vindt men het belangrijk de levensgeschiedenis te kennen. Daarnaast is gesteld dat communicatie en samenwerking met collega's de eigen regie bevordert. Tevens is naar voren gekomen dat het geven van feedback als moeilijk ervaren wordt. Vanuit de resultaten is ook geconcludeerd dat het waarborgen van de eigen regie nauw samenhangt met tijd; zorgmedewerkers zien de ervaren werkdruk als belemmerende factor. Uit de resultaten is gebleken dat bepaalde competenties ontwikkeling nodig hebben om meer tegemoet te kunnen komen aan de eigen regie van de bewoner.

Discussie: De kleine opkomst tijdens de teambijeenkomsten heeft mogelijk invloed op de geldigheid van de resultaten. Volgens de medewerkers zijn bepaalde competenties uit het profiel moeilijk uitvoerbaar in de psychogeriatric. Dit profiel is echter aangedragen door de instelling. Door de aanwezigheid van collega's, interviewers, teamleiders en opnameapparatuur kunnen de medewerkers sociaal-wenselijke antwoorden gegeven hebben. De inleverpunten van de silhouetmethode zijn voor meerdere interpretaties vatbaar geweest. De data is niet helemaal congruent. Dit komt wellicht door de verschillende methoden die gebruikt zijn gedurende het onderzoek.

Aanbevelingen: De gevormde aanbevelingen zijn onderverdeeld in micro-, meso- en macroniveau. Aan de zorgmedewerkers is geadviseerd: Laat je eigen normen, waarden en gewoontes gedeeltelijk los en verdiep je in de levensgeschiedenis van de bewoner. Aan de teams is het volgende aanbevolen: organiseer per team tweewekelijks intervisiebijeenkomsten en stel per team één aandachtsvelder 'eigen regie' aan. Voor de gehele Schiphorst zijn drie aanbevelingen gevormd: Start onderzoek naar de oorzaken van het ervaren van hoge werkdruk, verbeter de beweegtuin en faciliteer bijscholingen voor zorgmedewerkers.

Abstract

Care in The Netherlands focusses on the possibility to maintain people's self-management as long as possible. With self-governing, closely linked to self-management, in case of the psychogeriatric target group, certain aspects play a part making it difficult to retain this. To do justice to self-governing of psychogeriatric residents, there is, inside carecampus Noorderboog among other things, the studygroup "enhancement work-studyclimate" active. This studygroup expects that, inside the whole of Schiphorst, they do not work in accordance with the same idea of self-governing. The question which has been at the centre of this research is: *What do careworkers of carecombination Noorderboog, location De Schiphorst 2017, think about self-governing and further advancing this, which competences have they already mastered and which ones do they wish to develop further?*

Objectives: Research aimed to find out the differences in vision of the careworkers of De Schiphorst about self-governing. The aim was also to outline the necessary competences among the careworkers and form recommendations to further accommodate this self-governing.

Methods: Through qualitative research methods, insight in the vision of careworkers on self-governing has been obtained. At the same time has become clear, through qualitative methods, what careworkers need to grow in working from self-governing. Through qualitative and quantitative research was investigated, which competences out of the competence profile around self-governing of project ZonMw (2012) they have mastered already and which ones they have not yet mastered.

Results and conclusions: The mentality about self-governing mostly corresponds within the four teams. To accommodate the self-governing of the residents the careworkers find it necessary to partly let go of their own standards, values and habits. To gain insight in the residents' wishes, it is important to know their life-story. Besides, communication and cooperation with colleagues encourages self-governing too. It has also become clear that giving feedback is met with difficulty. From these results can also be concluded that the guarantee of self-governing is closely connected with time. Careworkers experience heavy workload and see this as an hindrance. The results showed that certain competences need more growth to meet the residents' self-governing.

Discussion: The poor attendance during the teammeetings have influenced the validity of the results. According to careworkers, certain competences from the profile are difficult to carry out in psychogeriatrics. This profile however, was brought up by the institute. Because of the presence of colleagues, interviewers, teamleaders and recording instruments, careworkers could have given socially-desirable answers. The points submitted of the silhouette methods could have been interpreted in many ways. The data is not altogether corresponding. This is possibly because of the different methods used during the research.

Recommendations: The proposed recommendations are sub-divided in micro-, meso- and macro-level. The careworkers have been advised: Let partly go of your own standards, values and habits and gain more knowledge of the residents' life-story. The following has been put to the teams: Organise two-weekly intervision meetings per team and appoint one person who will pay extra attention to self-governing. For the entire Schiphorst three recommendations were made: Start research into the cause of the experienced heavy workload, improve the exercise garden and make refreshercourses available to careworkers.

Voorwoord

‘Eigen regie bij dementie’ is het onderwerp van het onderzoeksverslag dat voor u ligt. In het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan Hogeschool Viaa hebben vier studenten onderzoek uitgevoerd binnen Zorgcombinatie Noorderboog, afdeling De Schiphorst te Meppel.

Zorgcombinatie Noorderboog heeft het afgelopen jaar geïnvesteerd in het onder de aandacht brengen van de term ‘eigen regie’. Er is gebleken dat niet iedere zorgmedewerker hetzelfde beeld heeft als het gaat om de eigen regie van de psychogeriatrische bewoner. Dit vraagt de nodige ondersteuning om uiteindelijk vanuit de eigen regie van de bewoner te kunnen werken. Vanuit Noorderboog is de vraag naar voren gekomen om op locatie De Schiphorst op maat te bekijken wat de beste aanpak is om deze omslag in denken en werken te realiseren.

Dit onderzoek is onderdeel van de omslag in werken die Zorgcombinatie Noorderboog beoogt. Tijdens dit onderzoek is een 0-meting uitgevoerd. Tijdens deze 0-meting is onderzocht welke plaats eigen regie momenteel inneemt in de zorgverlening. Daarnaast is in kaart gebracht welke competenties, omtrent eigen regie, de zorgmedewerkers beheersen en welke men minder beheerst.

Waar het begrip ‘eigen regie’ voor ons bij de start van dit onderzoek niet geheel duidelijk was, is het nu van grote betekenis voor onze kijk op zorgverlening. Dit onderzoek heeft ons het belang van het waarborgen van eigen regie in de zorgverlening doen inzien. Ondanks dat de start van het onderzoek niet geheel soepel is verlopen, kijken wij positief terug op de samenwerking en het uiteindelijke resultaat.

Graag willen wij op deze plek onze dank uiten aan een aantal personen. Zonder de hulp van hen zou het uitvoeren van dit onderzoek niet gelukt zijn. Als eerst gaat onze dank uit naar Anneke de Groot, de opdrachtgever van dit onderzoek. Rolf Kuizenga en Remi Fernhout willen wij tevens bedanken voor het faciliteren van praktische zaken, de mogelijkheid tot sparren en de kritische feedback. Daarnaast gaat onze grote dank uit naar Esther Hoekman, begeleidend docent van Hogeschool Viaa. Met haar enthousiasme en kennis over het opzetten en uitvoeren van een onderzoek heeft zij ons doen komen tot een gedegen resultaat. Via deze weg willen wij uiteraard ook de zorgmedewerkers en de teamleiders van De Schiphorst bedanken voor hun bereidheid tot deelname aan dit onderzoek. Zij hebben ons voorzien van alle data waarop dit onderzoek gebaseerd is.

Met dit verslag hopen wij inzicht te geven in het verloop van dit onderzoek en de uiteindelijk opgeleverde resultaten.

Zwolle, mei 2017

Audrey ter Burg
Marith Koes
Marijn Nieuwenhuis
Bert Schutte

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract	4
Voorwoord	5
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Probleemstelling	10
1.3 Relevantie	10
1.4 Doelstelling	11
1.5 Vraagstelling	11
1.6 Relatie mensgerichte zorg	12
1.7 Leeswijzer	12
2. Theoretische onderbouwing	13
2.1 Zelfregie, Eigen kracht, Zelfredzaamheid en Eigen verantwoordelijkheid	13
2.1.1 Eigen regie omtrent dementie	15
2.1.2 Eigen regie bij zorggroep Noorderboog/Schiphorst	16
2.2 Competentieprofiel	17
3. Onderzoeksmethodiek	19
3.1 Strategie	19
3.2 Dataverzameling	19
3.3 Operationalisering	21
3.4 Populatie	25
3.5 Data-analyse	25
3.6 Validiteit	26
3.7 Betrouwbaarheid	27
3.8 Ethische verantwoording	28
4. Resultaten	29
4.1 Dickninge	30
4.2 Havixhorst	34
4.3 Lankhorst	38
4.4 Lindenhorst	42
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	45
5.1 Conclusie	45
5.1.1 Algemene conclusie	45
5.1.2 Dickninge	46

5.1.3 Havixhorst	46
5.1.4 Lankhorst	47
5.1.5 Lindenhorst.....	47
5.2 Discussie	48
5.2.1 Inhoudelijk	48
5.2.2 Methodologisch	49
5.2.3 Resultaten	51
5.3 Aanbevelingen	53
5.3.1 Microniveau	53
5.3.2 Mesoniveau	53
5.3.3 Macroniveau	54
5.4 Terugblik	55
Bibliografie	56
Bijlagen	59
Bijlage 1 Mindmap cafémethode Dickninge	
Bijlage 2 Analyseschema cafémethode Dickninge	
Bijlage 3 Mindmap cafémethode Havixhorst	
Bijlage 4 Analyseschema cafémethode Havixhorst	
Bijlage 5 Mindmap cafémethode Lankhorst	
Bijlage 6 Analyseschema cafémethode Lankhorst	
Bijlage 7 Mindmap cafémethode Lindenhorst	
Bijlage 8 Analyseschema cafémethode Lindenhorst	
Bijlage 9 Onderzoeksinstrumenten silhouetmethode	
Bijlage 10 Exacte aantallen silhouetmethode Dickninge	
Bijlage 11 Exacte aantallen silhouetmethode Havixhorst	
Bijlage 12 Exacte aantallen silhouetmethode Lankhorst	
Bijlage 13 Exacte aantallen silhouetmethode Lindenhorst	
Bijlage 14 Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Dickninge	
Bijlage 15 Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Havixhorst	
Bijlage 16 Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Lankhorst	
Bijlage 17 Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Lindenhorst	
Bijlage 18 Totaalbeeld kaartverdeling silhouetmethode De Schiphorst	
Bijlage 19 Onderzoeksinstrument focusgroep	
Bijlage 20 Onderzoeksinstrument diepte-interview	
Bijlage 21 Mindmap focusgroep en diepte-interviews Dickninge	
Bijlage 22 Analyseschema focusgroep Dickninge	
Bijlage 23 Analyseschema diepte-interviews Dickninge	

- Bijlage 24 Mindmap focusgroep en diepte-interviews Havixhorst
- Bijlage 25 Analyseschema focusgroep Havixhorst
- Bijlage 26 Analyseschema diepte-interviews Havixhorst
- Bijlage 27 Mindmap focusgroep en diepte interviews Lankhorst
- Bijlage 28 Analyseschema focusgroep Lankhorst
- Bijlage 29 Analyseschema diepte-interviews Lankhorst
- Bijlage 30 Mindmap focusgroep en diepte-interviews Lindenhorst
- Bijlage 31 Analyseschema focusgroep Lindenhorst
- Bijlage 32 Analyseschema diepte-interviews Lindenhorst
- Bijlage 33 Introductie onderzoek en afstudeergroep weekjournaal
- Bijlage 34 Brief naar de teamleiders

1. Inleiding

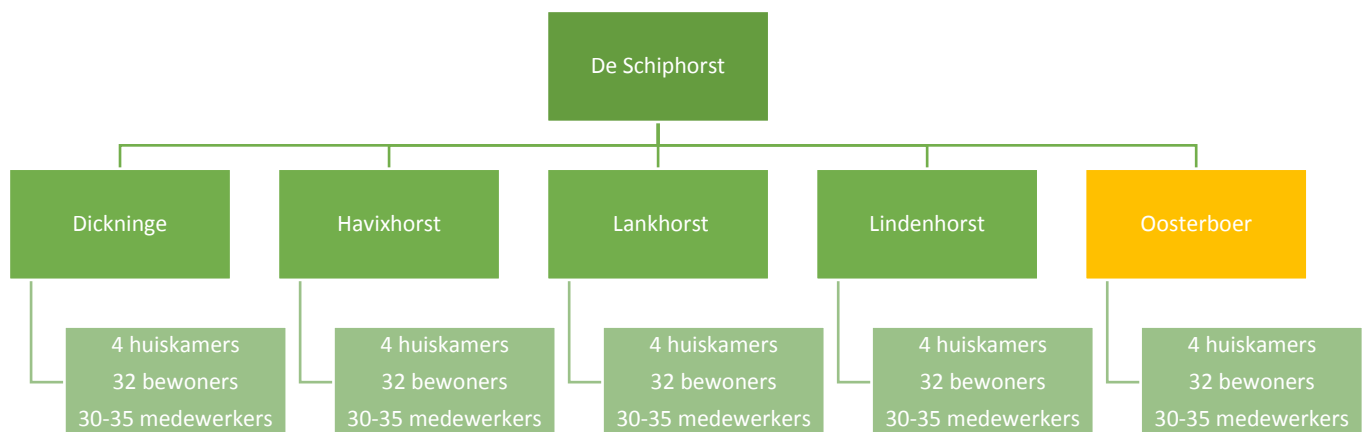
In dit hoofdstuk zijn verschillende onderdelen van het onderzoek toegelicht om een duidelijk beeld te schetsen van het onderzoekskader. De onderdelen die achtereenvolgens aan bod komen, zijn: aanleiding, probleemstelling, verpleegkundige relevantie, doelstelling en vraagstelling. Ten slotte wordt de relatie van het onderzoeksonderwerp tot mensgerichte zorg beschreven en is er een leeswijzer opgesteld.

1.1 Aanleiding

De zorg in Nederland is er op gericht om zo lang mogelijk de zelfredzaamheid van mensen te behouden. Men wil de eigen regie over het leven houden en zelfredzaam zijn. Echter, zijn er in de samenleving kwetsbare ouderen en chronisch zieken voor wie thuis wonen niet (meer) mogelijk is. Zij hebben vierentwintig uur per dag veiligheid, structuur en begeleiding nodig. Kenmerkend is dat zij, naast de medische zorg, voor de meest vanzelfsprekende zaken in het leven afhankelijk zijn van anderen. Onder deze groep vallen onder andere mensen met (een vorm van) dementie. Nederland telt op dit moment ruim 270.000 mensen met dementie. Hiervan wonen ruim 70.000 mensen in verpleeg- of verzorgingshuizen. Door de vergrijzing en het ouder worden van de bevolking zal dit aantal in de toekomst enorm stijgen. Er wordt verwacht dat in 2040 ruim een half miljoen mensen zal lijden aan een vorm van dementie (Alzheimer Nederland, 2016).

Eigen regie bij mensen met dementie heeft een andere betekenis dan eigen regie bij mensen zonder dementie. Er spelen bij mensen met dementie aspecten mee die het behouden van eigen regie bemoeilijken. Een voorbeeld hiervan is het beperkte ziekte-inzicht van een persoon met dementie. Door Alzheimer Nederland en Vilans is er in 2013 een “zorgstandaard dementie” opgesteld, waarin zelfmanagement en eigen regie een belangrijke rol spelen. Het bevorderen van eigen regie van mensen met dementie en naasten is het vertrekpunt bij elke nieuwe zorgvraag (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013). Dit is terug te zien in de missie en visie van Zorgcombinatie Noorderboog. Mede vanuit maatschappelijke verantwoordelijkheid, biedt Noorderboog een thuis met passende zorgverlening aan mensen met dementie (Sietsma et al., 2016). De Noorderboog helpt mensen de regie op eigen leven zo lang mogelijk te behouden (Noorderboog, 2015).

Om recht te doen aan de eigen regie en zelfredzaamheid van de bewoners, zijn binnen Zorgcampus Noorderboog verschillende ontwikkelteams en werkgroepen actief. Eén van deze werkgroepen is de werkgroep ‘versterken werk-leerklimaat’. Deze werkgroep heeft als één van de speerpunten het versterken van de eigen regie van de bewoner. Naar aanleiding van deze werkgroep zijn er binnen de Noorderboog verschillende onderzoeken uitgevoerd rond dit thema, zo ook binnen De Schiphorst. De Schiphorst is onderdeel van Zorgcombinatie Noorderboog en bevindt zich in Meppel. De Schiphorst is ingericht voor kleinschalig wonen. Bewoners worden verzorgd in een kleine woongroep van acht personen in een huiselijke en herkenbare omgeving (Zorgcombinatie Noorderboog, 2016). In totaal bestaat De Schiphorst uit vijf huizen, met elk een eigen teamleider, bewoners en zorgmedewerkers. Zie figuur 1 voor een schematische weergave van De Schiphorst.



Figuur 1: Schematische weergave De Schiphorst

In juni 2016 heeft Wilco Wobben, HBO-Verpleegkunde student aan Hogeschool Windesheim, onderzoek gedaan naar de eigen regie op afdeling Oosterboer. Het doel dat in dit onderzoek centraal stond, was het achterhalen van te ontwikkelen competenties bij zorgmedewerkers, zodat gewerkt kan worden vanuit de eigen regie van de bewoner (Wobben, 2016). Dit afstudeerproject omvat een soortgelijk onderzoek dat heeft plaatsgevonden op de andere afdelingen van De Schiphorst. De Oosterboer heeft hierin niet geparticipeerd, aangezien hier reeds onderzoek is uitgevoerd. In het verdere verslag worden de vier onderzochte huizen aangeduid als ‘De Schiphorst’.

1.2 Probleemstelling

De werkgroep ‘versterken werk-leerklimaat’ verwacht dat er binnen de gehele Schiphorst niet gewerkt wordt volgens hetzelfde beeld van eigen regie. Voordat dit onderzoek van start ging, was nog onbekend in hoeverre zorgmedewerkers van De Schiphorst zorg verlenen vanuit de eigen regie, zoals die gewenst is binnen De Noorderboog.

‘Hoe denken zorgmedewerkers van Zorgcombinatie Noorderboog, locatie De Schiphorst 2017, over eigen regie en het bevorderen hiervan, welke competenties beheerst men al en welke wil men verder ontwikkelen?’ is als vraagstelling voortgevloeid uit de beschreven probleemstelling. Vooralsnog is er geen definitie van eigen regie gevormd door de organisatie. De opdrachtgevende organisatie tracht een definitie van eigen regie te vormen. Wel is er een competentieprofiel uitgekozen omtrent eigen regie. Dit profiel is voorheen gebruikt door Wilco Wobben en destijds goedgekeurd door de opdrachtgever. Ditzelfde profiel is opnieuw goedgekeurd voor gebruik tijdens dit onderzoek.

1.3 Relevantie

In het beroepsprofiel voor verpleegkundigen in 2020 is beschreven dat de verpleegkundige de patiënt, voor zover mogelijk, steunt bij het handhaven of het opnieuw verwerven van de regie over het eigen leven. Daarnaast helpt de verpleegkundige bij het opkomen voor de belangen van de patiënt en het verwoorden van diens vragen en wensen. De verpleegkundige maakt een goede afweging tussen wensen, mogelijkheden en kosten (V&V, 2012). Dit wordt ondersteund door de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden: *“Als verpleegkundige stel ik in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal (...) en stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager”* (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015, p. 11). Dit houdt in dat er zorg wordt verleend die voor de zorgvrager nodig is, en dat er opgekomen wordt voor de belangen van de zorgvrager wanneer dit nodig is. Daarnaast is het van belang dat er in de zorgverlening rekening gehouden wordt met leefregels en gewoonten die voor de zorgvrager belangrijk zijn (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015).

Bij de beschrijving van het beroepsprofiel van de verpleegkundige in 2020, wordt gebruik gemaakt van de ordening in zeven competentiegebieden. Deze ordening is gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS rollen. De kern van de beroepsuitoefening is de verpleegkundige als zorgverlener. Alle andere competenties raken aan die centrale rol en krijgen er richting door (V&V, 2012). Naast de rol van zorgverlener, bestaan de CanMEDS rollen uit: de zorgprofessional als communicator, samenwerkingspartner, reflectieve professional, gezondheidsbevorderaar, organisator en professie- en kwaliteitsbevorderaar (V&V, 2012). In dit onderzoek zijn met name de rollen communicator en samenwerkingspartner expliciet naar voren gekomen. Daarnaast is er ook ruimschoots geoefend met de andere rollen.

Als zorgverlener is de verpleegkundige gericht op het versterken van zelfmanagement van mensen. Verplegen omvat het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg. Cliënten hebben regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid. Dit onderzoek draagt bij aan het versterken van de eigen regie van de bewoners binnen De Schiphorst. Communicatie is hierbij van belang: de verpleegkundige houdt rekening met de informatiebehoefte en persoonlijke factoren van de zorgvrager (V&V, 2012). In dit onderzoek heeft communicatie ook een rol gespeeld tussen de studenten, de opdrachtgever, de begeleidend docent en de zorgmedewerkers uit de verschillende huizen. Om draagvlak voor dit onderzoek te creëren is goede communicatie van groot belang geweest. Naast communicatie, is samenwerking naar voren gekomen. Als samenwerkingspartner handelt de verpleegkundige vanuit haar deskundigheid en werkt zij op basis van gelijkwaardigheid samen met de zorgvrager en zijn naasten, eigen en andere disciplines en met leidinggevend. Vanuit het perspectief van het ondersteunen van zelfmanagement is de verpleegkundige gericht op samenwerken met de zorgvrager en diens naasten. Een goede zorgrelatie is een basisvoorwaarde voor de verpleegkundige zorgverlening (V&V, 2012).

1.4 Doelstelling

Het onderzoek dat heeft plaatsgevonden, is onderdeel van een groter project. Dit project omvat het versterken van het werk-leerklimaat binnen de Noorderboog. Binnen De Schiphorst staat daarbij het thema eigen regie centraal. Er wordt door de werkgroep verandering beoogd op het gebied van eigen regie. Dit onderzoek heeft zich gericht op het voorstadium van verandering. Het onderzoek heeft als doel gehad om verschillen in visie van zorgmedewerkers van De Schiphorst te achterhalen. Tevens is het doel geweest de benodigde competenties rond eigen regie in kaart te brengen onder de zorgmedewerkers van genoemde instelling. Bewustwording omtrent het belang van verandering, tekortkomingen en onbekwaamheden hebben hierin centraal gestaan (Kleijn & Rorink, 2012). Om richting te kunnen geven aan de verandering die de werkgroep beoogt, is ook het doel geweest aanbevelingen te vormen die De Schiphorst helpt meer tegemoet te kunnen komen aan de eigen regie van de bewoners.

1.5 Vraagstelling

Uit de beschreven probleemstelling is een hoofdvraag opgesteld, welke luidt: *'Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorgcombinatie Noorderboog, locatie De Schiphorst 2017, over eigen regie en het bevorderen hiervan, welke competenties beheerst men al en welke wil men verder ontwikkelen ten aanzien van eigen regie?'*

Uit deze hoofdvraag kunnen vier deelvragen worden onderscheiden, namelijk:

- Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorggroep Noorderboog, locatie De Schiphorst over eigen regie?
- Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorggroep Noorderboog, locatie De Schiphorst over het bevorderen van eigen regie?
- Welke competenties met betrekking tot werken met psychogeriatrische patiënten vanuit eigen regie beheerst men al?
- Welke competenties met betrekking tot werken met psychogeriatrische patiënten vanuit eigen regie wil men ontwikkelen?

1.6 Relatie mensgerichte zorg

Bij mensgerichte zorg staat respect voor het individu op de voorgrond. Deze vorm van zorg heeft de potentie om zorg te verlenen die aansluit op de wensen en mogelijkheden van het individu. Men wil graag gezien en gehoord worden en het leven zoveel mogelijk voortzetten zoals ze dat gewend waren. Dit wil men ook wanneer ze ouder worden en meer dan voorheen aangewezen zijn op de ondersteuning van anderen. In het principe van mensgerichte zorg, is er voldoende ruimte en aandacht voor de eigen identiteit, eigen regie en zelfredzaamheid (Luijck, Kilsdonk, & Bossers-Nabben, 2015). Bij mensgerichte zorg staat de mens met haar eigen ideeën en wensen centraal. Er kan gesteld worden dat mensgerichte zorg breed is. Het onderwerp dat in dit onderzoek centraal heeft gestaan valt onder mensgerichte zorg.

1.7 Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. Het eerstvolgende hoofdstuk bevat de theoretische onderbouwing. Hierin worden verschillende begrippen omtrent eigen regie behandeld. Tevens bevat dit hoofdstuk het competentieprofiel omtrent werken vanuit eigen regie. In het derde hoofdstuk zijn de verschillende onderzoeksmethoden en -instrumenten beschreven en onderbouwd. Dit wordt opgevolgd door hoofdstuk vier waarin de resultaten zijn weergegeven. Vanuit de resultaten zijn in hoofdstuk vijf de conclusie, discussie en aanbevelingen gevormd. Na het inhoudelijke deel volgt de bibliografie. De bijlagen sluiten het geheel af ter ondersteuning van de hoofdtekst.

2. Theoretische onderbouwing

2.1 Zelfregie, Eigen kracht, Zelfredzaamheid en Eigen verantwoordelijkheid

Dementie zal in de komende jaren een grote impact hebben op de samenleving. Dit komt doordat ouderen steeds complexere en meer belastende aandoeningen krijgen, daarnaast blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Zelfredzaamheid en samenwerking met de omgeving worden hierdoor steeds belangrijker (Horn & Spronsen, 2016). Er is verandering in de Nederlandse gezondheidszorg gaande. De nadruk komt meer te liggen op preventie in plaats van genezen. Daarnaast wordt er meer ambulante zorg verleend en steeds minder klinische zorg. Daarbij krijgt de cliënt steeds meer de eigen regie over de eigen zorg. Er wordt niet uitgegaan van wat de cliënt niet kan, maar juist van wat de cliënt wel kan. Deze verandering is een uitdaging voor zorgorganisaties, zorgverleners en eveneens voor de familie en de cliënt zelf (Verberk & Merks, 2016).

Gezondheid

Volgens de World Health Organisation (WHO, 1948) luidt de definitie van gezondheid als volgt: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* Marian Kaljouw, in 2014 voorzitter van de sectie Zorgberoepen en Opleidingen van het College voor Zorgverzekeringen en oud-voorzitter van V&VN, schrijft in 2014 al over de eigen regie. Zij legt de relatie met de definitie van gezondheid door Huber et al. (2011). Huber beschrijft in haar definitie dat gezondheid ook gaat om het voeren van je eigen regie op basis van aanpassingen in je fysieke, emotionele en sociale leven. Het voeren van eigen regie past dus binnen de maatschappelijke ontwikkelingen. Deze nieuwe visie op zorg lijkt volgens haar haalbaar, mits zorgprofessionals beter naar de cliënt luisteren en niet langer de regels en de organisatie centraal stellen (Kaljouw, 2014). Dit komt eveneens terug in het verpleegkundige model van Neuman. Neuman stelt welbevinden en gezondheid aan elkaar gelijk. Dit kan bereikt worden door optimale stabiliteit van het cliëntsysteem (Verberk & Merks, 2013).

In de gezondheidszorg komen de begrippen: eigen kracht, zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid en zelfregie met regelmaat naar voren. Om te kunnen begrijpen wat zelfregie precies is, is het belangrijk om tevens van andere begrippen die met eigen regie verweven zijn, de kern te benoemen. Deze begrippen staan in tabel 1 en worden in onderstaande tekst uitgebreider beschreven.

Begrip	Kern	Kernvraag
Eigen kracht	Zelf kunnen	Wat kan ik?
Zelfredzaamheid	Zelfstandig mee kunnen doen	Is compensatie nodig?
Eigen verantwoordelijkheid	Zelf moeten of mogen	Wat moet of mag ik zelf doen?
Zelfregie	Zelf bepalen	Wat wil ik?

Tabel 1 (Brink & Veen, 2013): Begrippen rond eigen regie

Eigen kracht

Er staan twee aspecten centraal wanneer er naar het begrip 'eigen kracht' gekeken wordt:

1. Mensen hebben het vermogen en het recht om zelf oplossingen voor hun problemen te bedenken;
2. Iedereen heeft mensen om zich heen die met hem of haar mee willen denken om een plan te maken.

Vaak kan het netwerk van de hulpvrager samen met de hulpvrager bedenken wat er in een bepaalde situatie nodig is. Daarnaast kan de hulpvrager met het netwerk al veel uitvoeren om de oplossing te realiseren (Brink & Veen, 2013).

Bij de term 'eigen kracht' wordt de strategie 'empowerment' met regelmaat gebruikt. Empowerment staat voor het centraal stellen van de kracht en kennis van de samenleving. De overheid wordt in dit geval gezien als een in staat steller voor het oplossen van problemen, maar niet als de oplossing voor problemen. Deze strategie gaat er vanuit dat burgers en bedrijven een toereikende kennis hebben om problemen op te lossen en keuzes te maken. De kennis en kracht van de samenleving gebruiken is het principe van deze strategie (Vos & Doorn, 2014).

Zelfredzaamheid

Door de Boer en van der Lans (2011) wordt zelfredzaamheid gedefinieerd als: met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden. Eén van de belangrijke aspecten die onder zelfredzaamheid vallen, is volgens Jansen et al. (2011) het zelf kunnen oplossen en verwerken van tegenslagen en problemen. Wanneer een persoon het probleem zelf niet kan oplossen stopt de zelfredzaamheid en is het tijd om hulp te vragen.

Eigen verantwoordelijkheid

Ossenwaarde (2006) heeft vier mogelijke invullingen van de term "eigen verantwoordelijkheid" opgesteld:

1. Vermogen: de mogelijkheid tot het uitoefenen van verantwoordelijkheid;
2. Aansprakelijkheid: verantwoordelijk zijn voor een, door jou gemaakte, keuze;
3. Taak: bij bepaalde rollen of taken hoort een bepaalde verantwoordelijkheid;
4. Deugd: hierbij wordt er naar verantwoordelijkheid gekeken als ware het een deugd.

Zelfregie/eigen regie

Wanneer in het woordenboek Van Dale de term eigen regie opgezocht wordt, wordt de volgende definitie gevonden: re·gie (de; v; meervoud: regies)

1. (theater, film, tv) inhoudelijke, artistieke leiding;
2. Coördinatie, sturing, leiding;
3. (België) openbaar nutsbedrijf: Regie der Gebouwen (Dale, 2015).

Lineke Verkooijen (2006) definieert 'eigen regievoering' als het coördineren en organiseren van je leven met als doel een goed leven te leiden in eigen ogen. Organiseren en coördineren wil niet zeggen dat de zorgvrager, de keuzes die door hem gemaakt zijn, zelf moet kunnen uitvoeren. Wanneer het gaat over zelf uitvoeren, wordt er gepraat over eigen kracht. Bij 'zelfregie' en 'eigen regie' gaat het erom dat de zorgvrager beslist over het leven en eventuele steun daarbinnen. Een ander, bijvoorbeeld de zorgverlener/mantelzorger, kan er op zijn beurt samen met de zorgvrager voor zorgen dat de beslissing waargemaakt wordt.

Jeanny Engels (2016), een expert op het gebied van zelfredzaamheid en persoonsgerichte zorg, spreekt over eigen regie in opdracht van Vilans. Centraal binnen eigen regie staat de vraag "Wat wil ik?" In tabel 1 komt dit terug. Engels (2016) beschrijft eigen regie als het vermogen om je eigen leven en noodzakelijke ondersteuning te regelen en het praktisch vermogen jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht. Hierbij staan vier aspecten centraal:

1. Uitgaan van het positieve: wat kan ik wel als cliënt, waar ligt mijn kracht?;
2. De cliënt versterken door inzicht in zijn eigen drijfveren en situatie: op welke gebieden gaat het goed, op welke gebieden gaat het niet zo goed, wat wil ik nog of weer graag kunnen doen?;
3. De zeggenschap over ondersteuning en hulp zoveel mogelijk bij de cliënt laten: wat wil ik met mijn leven, waar wil ik aan werken, welke hulp heb ik daarbij nodig en hoe wil ik dat die hulp eruit ziet?;
4. Het versterken en inschakelen van informele en sociale netwerken.

Door Movisie (Brink & Veen, 2013) is in tabel 2 het begrip zelfregie tevens concreet uitgewerkt in vier verschillende elementen.

Elementen van zelfregie	Betekenis voor cliënt of burger	Betekenis voor een eventuele professional
 Eigenaarschap	De cliënt beslist en heeft de leiding	De professional volgt
 Eigen kracht	De kracht van de cliënt is minstens zo belangrijk als zijn problemen	De professional toont vertrouwen en vraagt naar kracht
 Motivatie	De motivatie van de cliënt, een goed leven in eigen ogen, is de enige maatstaf voor wat een goede keuze is	De professional helpt de cliënt zijn motivatie te vinden
 Contacten	Contacten met anderen zijn cruciaal voor mensen	De professional ondersteunt bij het in kaart brengen en versterken van contacten

Tabel 2 (Brink & Veen, 2013): Elementen rond zelfregie

In de uitwerking van eigen regie door Brink & Veen (2013) en Jeanny Engels (2016) zijn veel overeenkomsten te zien. Waar het bij de één gaat over 'eigenaarschap', schrijft de ander over 'zeggenschap'. Waar de één spreekt over het belang van contacten, kijkt de ander tevens naar het versterken van informele en sociale netwerken. Over eigen kracht zijn beiden erg duidelijk: Er is gesteld dat de kracht van de cliënt minstens zo belangrijk is als zijn problemen en er wordt uit gegaan van wat de cliënt wel kan en waar zijn kracht ligt.

2.1.1 Eigen regie omtrent dementie

Door Alzheimer Nederland & Vilans is er een Zorgstandaard dementie (2013) opgesteld. In deze zorgstandaard hebben zelfmanagement en eigen regie een mooie plek gekregen. Er wordt genoemd dat bevordering van de eigen regie van mensen met dementie en naasten het vertrekpunt is bij elke nieuwe zorgvraag. Zorg- en hulpverleners reiken instrumenten aan en voeren interventies uit om het zelfmanagement en de eigen regie van mensen met dementie en hun naasten zo groot mogelijk te houden of maken.

Eigen regie behouden bij mensen met dementie is belangrijk, vindt ook Jacomine de Lange (2004). Het belang van eigen regie is volgens de Lange dat de cliënt zich meer mens voelt, er aangesloten wordt bij de wensen en behoeften van hen, cliënten langer actief kunnen blijven, achteruitgang tegengehouden kan worden en de kwaliteit van het leven verbeterd.

Eigen regie bij mensen met dementie heeft volgens de Lange een andere betekenis dan bij mensen zonder dementie. De cliënt moet in staat gesteld worden zijn eigen keuzen te maken en hij moet de gewenste hulp krijgen op de door hem gewenste manier. Tevens moet hij de kans krijgen keuzen te maken en ondersteund worden in het maken van deze keuzen. Gerespecteerd worden als volwassen persoon en de wensen en voorkeuren respecteren is belangrijk omtrent de eigen regie bij mensen met dementie.

De bovenstaande aspecten zijn van belang voor het behouden van eigen regie bij mensen met dementie. Helaas is het niet altijd zo makkelijk als dat het er uit ziet. Bij mensen met dementie spelen aspecten mee die het behouden van eigen regie bemoeilijken. De Lange (2004) beschrijft de volgende moeilijkheden: de cliënt kan weinig/geen ziekte-inzicht hebben, overziet de situatie niet en kan daarom geen goede afweging maken, overziet de situatie van de mantelzorger niet, verzet zich tegen het uit handen geven van dingen en/of kan niet goed duidelijk maken waaraan hij behoefte heeft. Daarnaast kan de mantelzorger andere normen en waarden hebben en/of de neiging hebben zorg over te nemen wat behoudt van eigen regie moeilijk maakt.

2.1.2 Eigen regie bij zorggroep Noorderboog/Schiphorst

In de visie van Zorggroep Noorderboog (2015) wordt de term eigen regie gebruikt: *"Onze inzet helpt onze klanten de regie op eigen leven zo lang mogelijk te behouden."* En *"Wij ontvangen mensen in een prettige omgeving of komen bij mensen thuis, om de behoefte aan zorg, behandeling en ondersteuning in samenspraak in te vullen."*

Indirect komen in de onderstaande beschrijving aspecten, die onder eigen regie vallen, met regelmaat terug. Op de website van De Schiphorst (Zorgcombinatie Noorderboog, 2016) wordt in het kort uitleg gegeven over de woonvorm:

"In onze woningen staat naast goede zorg, het wonen en welzijn van de bewoners voorop. Medewerkers streven ernaar om zoveel mogelijk samen met de bewoners een 'huishouden' te voeren, waarbij de dagelijkse gang van zaken in de woning structuur en veiligheid biedt. Op deze manier wordt de woning een 'thuis'. Daarbij stimuleren wij de bewoners om te helpen bij huishoudelijke klusjes, zoals het bereiden van maaltijden of schoonmaken. Er is ook tijd voor ontspanning, zowel individueel als met elkaar. De fase van dementie en de zwaarte van de zorgvraag van de bewoners zijn van invloed op de dagelijkse gang van zaken in de woningen." en *"De Schiphorst kent een bruisend verenigingsleven. U kunt kiezen uit verschillende verenigingen voor een passende dagbesteding, zoals muziek, spel creatief/culinair en bewegen. Wij vinden het belangrijk dat de dagbesteding voldoet aan uw behoeften en wensen. Uw programma wordt opgesteld aan de hand van uw keuzes en interesses."*

De Schiphorst ziet eigen regie bij de psychogeriatrische bewoner dus vooral in het voorop stellen van het wonen en welzijn van de bewoners. Dat het dagprogramma per bewoner volledig aangepast wordt aan de hand van de keuzes en interesses van hem of haar, laat sterk zien waar de eigen regie binnen De Schiphorst om draait. Samen een huishouden voeren waardoor de woning een thuis wordt kan tevens benoemd worden als onderdeel van het voorop stellen van eigen regie.

2.2 Competentieprofiel

Noorderboog heeft in samenspraak met Wilco Wobben gekozen voor het competentieprofiel omtrent eigen regie uit project ZonMw (2012). Dit onderstaande profiel heeft een belangrijke rol gehad binnen het afgeronde onderzoek van Wilco Wobben. Tijdens dit afstudeerproject is het competentieprofiel opnieuw gebruikt. Aan de hand van het competentieprofiel is gemeten in welke competenties de zorgmedewerkers competent zijn en in welke competenties groei mogelijk is. Binnen dit onderzoek is geen daadwerkelijke groei in de competenties beoogd. De nadruk heeft gelegen op het meten van de aanwezige en missende competenties per team. Aan de hand van de daaruit voortvloeiende analyse zijn aanbevelingen gevormd. Deze aanbevelingen kunnen worden gebruikt voor eventueel vervolgonderzoek. Het gebruikte competentieprofiel bestaat uit vier kernelementen: eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten (Brink, 2012); (ZonMW, 2012). Hieronder volgt het volledige competentieprofiel.

Doelstelling 1

De zorgmedewerker kan een klimaat creëren waarbinnen inspraak en medezeggenschap binnen gestelde kaders mogelijk wordt gemaakt en kan de klant stimuleren hiervan gebruik te maken.

Begeleiden

- Ik motiveer en adviseer de cliënt in het maken van eigen keuzen en het behouden van de eigen regie over situaties;
- Ik nodig de cliënt uit voor zichzelf te zorgen, zichzelf te ontplooien en zich in te zetten voor zijn omgeving;
- Ik neem geen taken over van de cliënt die hij of zij zelf nog wil en kan uitvoeren.

Aandacht en begrip tonen

- Ik sluit aan bij de communicatiestijl en energie van de cliënt;
- Ik vraag en luister actief naar de leefstijl van de cliënt;
- Ik heb respect voor het gedrag en/of keuzen van de cliënt met in achtneming van eigen grenzen en gestelde kaders (bv ZZP).

Overtuigen en beïnvloeden

- Ik zet de juiste communicatietechnieken in tijdens gesprekken (luisteren, samenvatten, vragen stellen, parafraseren, etc.);
- Ik onderhandel op basis van argumenten;
- Ik geef en ontvang feedback volgens de regels;
- Ik kan een gesprek richting geven.

Formuleren en rapporteren

- Ik formuleer duidelijk;
- Ik houd rekening met beperkingen en handicaps van de cliënt in gesprekken.

Vakdeskundigheid toepassen

- Ik zet mijn kennis en kunde in om cliënten service te verlenen;
- Ik vergroot mijn eigen kennis en kunde als deze ontoereikend is om de cliënt service te verlenen;
- Ik reflecteer op eigen handelen en gebruik deze reflectie om van te leren.

Doelstelling 2

De zorgmedewerker leert servicegericht te denken en handelen. Hierbij is zichtbaar dat de klant een gelijkwaardige partij is en zeggenschap heeft over de zorg, diensten en wonen.

Analyseren

- Ik vraag de cliënt om informatie en verwerk deze informatie in het ondersteunende beleid.

Op de behoefte en de verwachtingen van de “klant” richten

- Ik informeer naar de behoefte en verwachtingen van de cliënt en maak met hen heldere afspraken ter realisatie daarvan;
- Ik zorg voor een veilige sfeer waarin de cliënt zijn behoeften en verwachtingen kan uiten.

Omgaan met verandering en aanpassen

- Ik sta open voor verrassingen en kan mij aanpassen als de situatie daarom vraagt;
- Ik zet mij in om de wensen van de cliënt binnen de gestelde kaders mogelijk te maken;
- Ik denk creatief met de cliënt mee om wensen mogelijk te maken.

De theoretische onderbouwing in dit hoofdstuk is nodig om een compleet beeld te vormen van het begrip 'eigen regie'. Een verdieping in eigen regie bij mensen met dementie is nodig omdat bij deze doelgroep andere aspecten naar voren komen dan bij mensen zonder dementie. Tevens is er een beschrijving gegeven van de plek die eigen regie inneemt in de visie van De Noorderboog en De Schiphorst.

In de volgende hoofdstukken wordt dieper ingegaan op de methodiek, de resultaten, conclusie, discussie en aanbevelingen van dit onderzoek.

3. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk zijn de toegepaste onderzoeksmethoden beschreven. In de eerste paragrafen wordt toegelicht en beargumenteerd welke dataverzamelmethode(n) zijn gebruikt. Daarnaast wordt inzicht gegeven in de operationalisering, de vormgeving van de onderzoeksinstrumenten en de populatie. In paragraaf 3.5 die de data-analyse omschrijft, is verantwoord op welke manier de verkregen data is geanalyseerd. Vervolgens is inzicht gegeven in de validiteit, betrouwbaarheid en ethische verantwoording van dit onderzoek.

3.1 Strategie

'Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorgcombinatie Noorderboog, locatie De Schiphorst 2017, over eigen regie en het bevorderen hiervan, welke competenties beheerst men al en welke wil men verder ontwikkelen ten aanzien van eigen regie?'

Deze vraagstelling bevat elementen die zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden nodig hebben om antwoorden te vinden. Dit vraagt om een gecombineerde onderzoeksstrategie: overwegend kwalitatief met een kwantitatief element (Baarda, 2014). Kwalitatief onderzoek richt zich met name op het verkrijgen van inzichten en levert dus diepgaande informatie op over de volledige hoofdvraag. Kwantitatief onderzoek richt zich op de mate waarin iets zich voordoet en levert cijfermatige informatie op (Grit & Julsing, 2012). In dit onderzoek is informatie verkregen over in hoeverre de zorgmedewerkers van De Schiphorst zich competent achten in het werken vanuit de eigen regie van de zorgvrager. Dit komt terug in het laatste deel van de hoofdvraag: *'Welke competenties beheerst men al en welke wil men verder ontwikkelen ten aanzien van eigen regie?'*

3.2 Dataverzameling

Aan de hand van de gestelde doelen, met name het doel dat bewustwording beschrijft, is gekozen voor een interactieve onderzoeksmethode. De zorgmedewerkers hebben een belangrijke rol vervuld in het verzamelen van data. In de teambijeenkomst zijn verschillende methoden toegepast. Als kwalitatieve methoden zijn de focusgroep en de cafémethode gebruikt. Daarnaast zijn er individuele verdiepende interviews afgenomen met twee zorgmedewerkers per team; dit is eveneens een kwalitatieve methode. De eerste en tweede deelvraag *'Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorggroep Noorderboog, locatie De Schiphorst over eigen regie?'* en *'Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorggroep Noorderboog, locatie De Schiphorst over het bevorderen van eigen regie?'* zijn beantwoord middels de cafémethode en beide vormen van interviews. Data voor de derde en vierde deelvraag *'Welke competenties, omtrent werken met psychogeriatrische patiënten en eigen regie, beheerst men al?'* en *'Welke competenties met betrekking tot werken met psychogeriatrische patiënten vanuit eigen regie wil men ontwikkelen?'* is verzameld door middel van de kwantitatieve silhouetmethode en beide kwalitatieve vormen van interviews. De genoemde methoden zijn toegelicht in onderstaande tekst.

Er is per team één teambijeenkomst georganiseerd. De bijeenkomst heeft ongeveer twee uur in beslag genomen en is opgedeeld in drie blokken. Elk blok heeft een andere invulling gehad aan de hand van de vooraf gekozen methoden.

Cafémethode

Deze methode is een werkvorm waarbij de zorgmedewerkers zijn uitgenodigd om op een ongedwongen manier resultaten, oorzaken en ideeën uit te wisselen over het thema eigen regie. Daarnaast is er ruimte geweest voor het delen van ervaringen en inzichten. Dit is gebeurd door in groepen van vier tot vijf personen bij elkaar te komen rond een tafel en over het onderwerp te praten. Deelonderwerpen en inzichten zijn op vellen papier geschreven in de vorm van een mindmap (Brown, 2002). Mindmapping is een activerende werkvorm om in

groepsverband op een snelle en eenvoudige manier allerlei aspecten van het centraal gestelde onderwerp te achterhalen (Mighebrink, 2007).

Op een groot vel papier zijn de gedachten van de zorgmedewerkers rondom het thema 'eigen regie' in kaart gebracht door samen te associëren, schrijven of tekenen. Alle opgekomen gedachten, feiten, associaties, gevoelens en emoties rondom het thema zijn door de zorgmedewerkers genoteerd of getekend. Aan de hand van deze methode is kwalitatieve data verzameld omtrent de eerste en tweede deelvraag.

Silhouetmethode

De silhouetmethode draagt bij aan het verkrijgen van inzicht in welke competenties omtrent het werken vanuit eigen regie met psychogeriatrische bewoners, de zorgmedewerkers al beheersen, minder beheersen en niet of nauwelijks beheersen. Het competentieprofiel dat is gebruikt bestaat uit verschillende subcompetenties. Deze zijn op kaarten uitgedeeld aan iedere aanwezige zorgmedewerker. Van iedere competentie heeft iedere zorgmedewerker aangegeven in hoeverre hij of zij zich competent acht. Dit heeft men gedaan door een keuze te maken tussen drie verschillende inleverpunten: 'Ik heb dit onder de knie', 'ik heb dit redelijk in de vingers', of 'ik kan hier (nog) niet mee uit de voeten'. Door het verdelen van de kaarten is kwantitatieve data verkregen in de vorm van aantallen. Met onder andere deze data zijn de derde en vierde deelvraag beantwoord.

In de literatuur wordt niet uitgebreid gesproken over de silhouetmethode. Wel wordt er in de literatuur gesteld dat het belangrijk is een ongedwongen sfeer te creëren waarin zorgmedewerkers zich veilig voelen (Jong, 2015).

Focusgroep

Een interview waarbij een aantal mensen tegelijk geïnterviewd wordt, wordt in de literatuur een focusgroepinterview genoemd. Dit interview wordt gehouden met mensen met een bepaalde eigenschap en/of kennis met betrekking tot het onderwerp van het onderzoek. Het creëren van een ongedwongen sfeer, waarin groepsinteractie centraal staat, is erg belangrijk (Jong, 2015). Tijdens de focusgroep is onder andere gevraagd welke competenties men denkt te beheersen en in welke competenties er groei mogelijk is. Het interviewschema dat de gestelde vragen bevat, staat in bijlage 19. Het interview is opgenomen middels video- en audioapparatuur. Deze opnames hebben letterlijk transcriberen van de interviews mogelijk gemaakt.

Diepte-interview

Na de teambijeenkomst zijn er individuele diepte-interviews afgenomen bij twee zorgmedewerkers per team. De onderzoeksgroep heeft zich om deze reden opgesplitst in twee duo's om elk één respondent te bevragen. Er is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde interviewvorm. Om de betrouwbaarheid van het interview zo groot mogelijk te maken is er een interviewschema opgesteld. Dit interviewschema is terug te vinden in bijlage 20.

Bij een diepte-interview wordt een gesprek gehouden tussen een interviewer en één respondent. Motivaties en gedachten over een bepaald onderwerp achterhalen is het doel van deze onderzoeksmethode. Door gebruik te maken van een gesprekspuntenlijst zorgt de interviewer ervoor dat alle aspecten van het onderwerp belicht worden (Kahrimanovic, 2014). Het grote voordeel aan een diepte-interview is de mogelijkheid tot doorvragen. De belangrijke functie van doorvragen, namelijk persoonlijke specificatie, wordt in het volgende citaat duidelijk:

"De manier waarop mensen een onderwerp inhoudelijk benaderen, wordt gestuurd door wat zij daarbij persoonlijk belangrijk vinden (criterium) (...) Criteria zijn de dragers van persoonlijke overtuigingen (waarheden). En omdat mensen vanuit hun overtuigingen met onderwerpen bezig zijn, zijn ze ook vaak geneigd in vrij algemene

en stellige termen te praten (...) Wij geven dan ook de voorkeur aan het vragen naar die achterliggende beleving. Op die manier vragen stellen noemen we “doorvragen”. Deze vorm van vragen stellen is dan ook behoorlijk scherp. Het dwingt de ander immers tot persoonlijke specificatie.” (Hogewoning, 2011).

3.3 Operationalisering

Begripsvaliditeit

Om de betrouwbaarheid te vergroten en om misverstanden te voorkomen zijn de definities van veelgebruikte begrippen vermeld. Dit om te zorgen dat er, binnen het onderzoek, hetzelfde verstaan wordt onder de gebruikte begrippen

De Schiphorst:	Aanduiding voor de vier onderzochte huizen/teams
Bewoner:	Aanduiding voor de psychogeriatrische cliënt/patiënt wonende op locatie De Schiphorst
Zorgmedewerker(s):	Aanduiding voor de medewerkers werkzaam in de zorgverlening op locatie De Schiphorst
Teambijeenkomst:	Bijeenkomst waarin de drie verschillende methoden uitgevoerd zijn
Focusgroep:	Deel van de teambijeenkomst, één van de drie methoden. Tijdens dit deel is het groepsinterview gehouden
Diepte-interview:	Ook wel ‘individueel interview’ of ‘verdiepend interview’ genoemd
Competentie(s):	Vaardigheden uit het gebruikte competentieprofiel omtrent eigen regie
Beheerste competenties:	Competenties die door meer dan 50% van de zorgmedewerkers bij het inleverpunt ‘onder de knie’ zijn ingeleverd
Minder beheerste Competenties:	Competenties die door minder dan 50% van de zorgmedewerkers bij het inleverpunt ‘onder de knie’ zijn ingeleverd

Als extra controle op de helderheid van de beschreven begrippen is het onderzoeksplan gecontroleerd. Deze controle is allereerst door de onderzoeksgroep zelf uitgevoerd, middels onderlinge review. Daarna is het ter controle aangeboden bij de begeleidend docent, de opdrachtgevende instelling en een andere afstudeergroep van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan Hogeschool Viaa. De verkregen feedback is verwerkt in de definitieve versie van het onderzoeksplan.

Onderzoeksinstrumenten

De data voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is verzameld door het gebruik van verschillende onderzoeksinstrumenten. Deze instrumenten passen bij de gekozen methoden. Het vooraf uitwerken van deze onderzoeksinstrumenten heeft ervoor gezorgd dat de onderzoeken binnen alle vier de huizen op dezelfde wijze is uitgevoerd. Tevens kan, mede door de beschrijving van de instrumenten, het onderzoek gerepliceerd worden.

Cafémethode

Na een korte inleiding is iedere teambijeenkomst gestart met de cafémethode. Dit is een kwalitatieve werkvorm waarbij men uitgenodigd wordt om op een ongedwongen manier gedachten, ideeën, ervaringen en inzichten uit te wisselen over een vooraf besproken onderwerp. Dit heeft plaats gevonden door in groepen van vier tot vijf personen bij elkaar te komen rond een tafel en over het onderwerp ‘eigen regie’ te praten.

In de gebruikte ruimte zijn een aantal tafels neergezet. Op iedere tafel is een papier in A1-formaat, met daarop enkel de term ‘eigen regie’ neergelegd. De aanwezige medewerkers zijn bij een tafel aangeschoven om middels mindmapping te associëren met het opgeschreven onderwerp. Op het moment dat de term ‘eigen regie’ weinig respons opriep bij de zorgmedewerkers, zijn door de onderzoeksgroep termen genoemd om de respons aan te wakkeren. Genoemde termen zijn: zelfmanagement, zelfregie, zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht.

Na circa 10 minuten zijn de mindmaps gewisseld van tafel en heeft men de mindmaps verder uitgebreid. Hierdoor ontstond de mogelijkheid eventuele vraagtekens te plaatsen bij opgeschreven termen. De mindmaps zijn aan het eind van dit deel van de bijeenkomst plenair besproken (Brown, 2002). Zorgmedewerkers hebben de mogelijkheid gekregen om alle mindmaps te bekijken en eventuele onduidelijkheden te bevragen. Tijdens de plenaire bespreking zijn onduidelijke termen verhelderd middels schriftelijke aanvullingen.

Silhouetmethode

De silhouetmethode valt onder kwantitatief onderzoek. Tijdens iedere bijeenkomst heeft elke zorgmedewerker kaarten gekregen met daarop alle competenties uit het gebruikte competentieprofiel. Elke competentie is onderverdeeld in subcompetenties. De hoofdcompetenties hebben een eigen kleur gekregen. De hoofdcompetenties en de daarbij passende kleuren zijn in onderstaande tekst beschreven en tevens in bijlage 9 terug te vinden.

Oranje	Begeleiden
Rood	Aandacht en begrip tonen
Blauw	Overtuigen en beïnvloeden
Roze	Formuleren en rapporteren
Paars	Vakdeskundigheid toepassen
Petrol	Analyseren
Geel	Op de behoefte en de verwachtingen van de cliënt richten
Groen	Omgaan met verandering en aanpassen

Nadat iedere zorgmedewerker de kaarten in ontvangst heeft genomen, zijn de competenties gecontroleerd op begrijpelijkheid. Vervolgens heeft men de kaarten verdeeld over drie inleverpunten. De benaming van de inleverpunten is:

- "Ik heb dit onder de knie";
- "Ik heb het redelijk in de vingers";
- "Ik kan hier (nog) niet mee uit de voeten".

Deze drie inleverpunten met alle competenties stonden tevens vermeld op een papier dat iedere zorgmedewerker heeft ontvangen. Dit papier heeft de zorgmedewerker tijdens de focusgroep geholpen te herinneren waarbij hij/zij de competenties ingeleverd heeft.

Na afloop van de bijeenkomst is de verdeling van de kaarten geïnventariseerd. Hiervoor is een analyseschema opgesteld waar het aantal ingeleverde kaarten per competentie genoteerd is. Op deze manier is er inzicht verkregen in welke competenties men zich bekwaam acht en in welke competenties groei mogelijk is. Deze analyseschema's met de exacte aantallen ingeleverde kaarten zijn te vinden in bijlage 10, 11, 12 en 13.

Focusgroep

Het doel van een focusgroep is inzicht verwerven in de wijze waarop mensen denken of voelen over een bepaald onderwerp (de focus). Het voordeel van een focusgroep is dat door de interactie tussen respondenten nieuwe inzichten kunnen ontstaan. Belangrijk binnen focusgroepen is een ongedwongen sfeer, waarin groepsinteractie centraal staat (Jong, 2015). In de 'Handleiding focusgroep', van kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2004) staan een aantal vaardigheden vermeld voor het begeleiden van een focusgroep:

- Begeleidt de groep met zachte hand;
- Leidt de groep terug naar het onderwerp als de groep te ver dreigt af te dwalen;
- Zorg dat de overgang naar een volgend onderwerp vloeiend verloopt en hou de groep enthousiast;
- Respecteer de deelnemers van de groep, geloof erin dat leden van de groep zinnige dingen zeggen, ongeacht hun opleidingsniveau, ervaring of achtergrond;
- Nieuwsgierigheid naar het onderwerp en de deelnemers van de groep is noodzakelijk;

- Blijf bij iedere bijeenkomst alert, ook al komen er geen nieuwe dingen aan bod;
- Communiceer duidelijk en precies;
- Geef nooit een eigen mening en ga nooit in de verdediging;
- Wees vriendelijk. Gevoel voor humor is belangrijk.

(Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004).

Aan de hand van bovenstaande punten is de focusgroep geleid.

Eén van de belangrijkste nadelen van een focusgesprek is dat men te maken kan krijgen met dominantie van een (groep) respondent(en). Dit kan erop uitdraaien dat de mening van bepaalde individuen onderbelicht blijft (Grit & Julsing, 2012). Dit nadeel is ondervangen door met twee zorgmedewerkers per team een individueel verdiepend interview te houden. Dit interview heeft ongeveer 20 minuten geduurd.

De focusgroep is een kwalitatieve methode. De focusgroep is de laatste methode die tijdens de teambijeenkomst is toegepast. Het opnieuw voorstellen van de onderzoeksgroep is om deze reden niet nodig geweest. Er is een inleiding op de vragen gegeven. Deze inleiding is beschreven in het interviewschema. Dit schema is te vinden in bijlage 19. In de voorgaande methoden is de term eigen regie gedefinieerd. Tevens zijn de competenties gerangschikt op mate van beheersing. Er is voor gekozen om “waarom” en “hoe” vragen te stellen tijdens de focusgroep. Dit met het doel een compleet beeld te creëren over de denkwijze omtrent eigen regie. Tijdens de focusgroep is er ruimte gecreëerd voor de interviewer om vragen te stellen omtrent het belang van groei in bepaalde competenties. Tevens zijn er vragen geformuleerd waarin de antwoorden duidelijk kunnen maken op welke manier het team groei kan en wil bereiken.

Er is gekozen voor een gestructureerde interviewvorm. De vragen zijn van tevoren opgesteld en tevens zijn doorvragen geformuleerd in het interviewschema in bijlage 19. Door het verwerken van de doorvragen in het schema kan er volledig vastgehouden worden aan het interviewschema. Dit verhoogt de validiteit (Dingemanse, 2015). De opgestelde vragen zijn een mengeling van open en gesloten vragen. Na het stellen van een gesloten vraag wordt er een doorvraag gesteld over de reden waarom de persoon ja/nee wel/niet heeft geantwoord. Dit maakt de vragen in wezen open.

Het interviewmodel kan gezien worden als een sluis. Het hoofdonderwerp is vastgesteld, namelijk de term ‘eigen regie’. Vanuit de hoofdvraag zijn verschillende deelvragen opgesteld welke behandeld zijn tijdens de focusgroep.

Tijdens de focusgroep is het belangrijk dat afwijkende of tegengestelde meningen goed naar voren komen. Ook is erop gelet dat alle deelnemers de mogelijkheid hebben gekregen antwoord op de vragen te geven. Discussie is tijdens een focusgroep niet wenselijk. Het bovenstaande is daarom tevens in de inleiding uitgelegd (Korswagen, 1992).

De inleverpunten die tijdens de silhouetmethode gebruikt zijn, zijn tijdens de focusgroep één voor één omgegooid. Dit is een elicitatietechniek. Door het zien van de kleuren en de bijpassende competenties is bewustwording gecreëerd over de beheersing in bepaalde competenties.

Het interview is middels audio- en videoapparatuur opgenomen. Daarnaast hebben de andere leden van de onderzoeksgroep aantekeningen gemaakt om de lijn van het verhaal goed vast te houden. Door deze aantekeningen kan er gezien worden welke onderwerpen al naar voren zijn gekomen en welke nog niet. Om de aantekeningen overzichtelijk te houden kunnen belangrijke zaken onderstreept worden en onderwerpen waarop de interviewer terug wil komen omcirkeld worden (Baarda, Goede, & Meer-Middelburg, 2007).

De anonimiteit van de groep is gewaarborgd. Om deze reden is tijdens de inleiding en afsluiting verteld op welke manier het interview verwerkt wordt. Aan het einde van het interview heeft de interviewer het gesprek samengevat. Nadien heeft de groep de mogelijkheid gekregen deze samenvatting aan te vullen met aspecten die onderbelicht bleven of tijdens het interview nog niet genoemd werden (Verhoeven, 2011).

Diepte-interview

Na de teambijeenkomst zijn er individuele diepte-interviews afgenomen bij twee zorgmedewerkers per team. De onderzoeksgroep heeft zich om deze reden opgesplitst in twee duo's om elk één respondent te bevragen. Er is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde interviewvorm. Om de betrouwbaarheid van het interview zo groot mogelijk te maken is er gebruik gemaakt van een interviewschema met daarin een uitgebreide gesprekspuntenlijst. Dit interviewschema is te vinden in bijlage 20. In het interviewschema zijn de volgende aspecten beschreven:

- Standaard situatie (welke opstelling, waar, op welke manier zit de interviewer);
 - Welke apparatuur er wordt gebruikt en hoe deze apparatuur werkt;
 - Of er een cadeautje gegeven wordt aan elke geïnterviewde persoon;
 - Een uitgeschreven inleiding en afsluiting van het interview;
 - De vragen die gesteld moeten worden;
 - De doorvragen die eventueel gesteld worden;
 - Een afsluiting waarin beschreven wordt wat er met de resultaten gedaan wordt en of er eventuele vervolgacties nodig zijn (het checken van de uitgeschreven interview en de daaruit getrokken conclusies of deze op waarheid berust zijn)
- (Hoekman, 2016).

In het tweede deel van het interviewschema staan de vragen beschreven die minimaal terug moeten komen. Daarnaast geeft een interviewschema een tijdspad aan, wat structuur heeft geboden bij het uitvoeren van het interview (Baarda et al., 2007); (Verhoeven, 2011).

Er is gekozen voor afnemen van een semi-gestructureerd interview waarbij het interviewschema leidend is. Bij een diepte-interview is de mogelijkheid tot doorvragen belangrijk. Door de mogelijkheid tot doorvragen is verwacht meer gedetailleerde informatie te verkrijgen. De opgestelde vragen zijn voornamelijk open. De gesloten vragen worden open door de doorvragen als: "waarom wel/niet?" en "hoe komt dat?".

Het interviewmodel kan gezien worden als een rivier. De hoofdstroom is het interviewschema. Mochten er interessante antwoorden gegeven worden waar de interviewer dieper op in wil gaan is een eventuele doorvraag mogelijk geweest. Met de doorvraag is er een zijstroom gecreëerd aan de rivier.

Tijdens het interview moet de interviewer aantekeningen kunnen maken. Dit is nodig ook al wordt het interview opgenomen. Door aantekeningen te maken houdt de interviewer de lijn van het verhaal beter vast. Daarnaast kan de interviewer snel zien welke onderwerpen al aan de orde zijn geweest en waar hij/zij nog op terug wil komen. Om overzicht te houden in deze aantekeningen heeft de observator belangrijke zaken onderstreept en onderwerpen waar de interviewer nog op terug wil komen omcirkeld (Baarda et al., 2007).

Tijdens de introductie heeft de interviewer opnieuw het onderwerp en het doel van het onderzoek benoemd. De duur van het interview is aangegeven, net als dat de anonimiteit van de respondent gewaarborgd wordt. Daarnaast is de respondent ingelicht over de manier waarop de verkregen data wordt verwerkt in het verdere onderzoek (Verhoeven, 2011).

De interviewer heeft het interview afgerond na het stellen van alle vragen. Daarna heeft de interviewer het gesprek samengevat en heeft de respondent de mogelijkheid gekregen tot aanvulling en correctie. Daarna is opnieuw de zekerheid gegeven anonimiteit te waarborgen tijdens de verwerking van de verkregen data (Verhoeven, 2011).

3.4 Populatie

De populatie omvat alle eenheden waar op basis van onderzoek uitspraak over gedaan wordt (Baarda, 2014). Het onderzoek omtrent eigen regie bij dementie heeft plaatsgevonden binnen vier huizen van De Schiphorst, namelijk: Dickninge, Havixhorst, Lankhorst en Lindenhorst.

Inclusiecriteria

Er heeft onderzoek plaatsgevonden onder de medewerkers van vier teams die deel uitmaken van De Schiphorst. Voorwaarde voor deelnemende medewerkers is dat zij direct contact hebben met de bewoners. Hieronder vallen de woonzorgbegeleiders en woonzorgassistenten, helpenden, verzorgenden, verzorgenden-IG, verpleegkundigen en teamleiders. Ook stagiaires van zorgopleidingen en flex-medewerkers zijn meegenomen in de populatie van dit onderzoek. Deze medewerkers hebben dagelijks te maken met de zorg rondom psychogeriatrische bewoners en dus ook met de eigen regie van deze doelgroep. Het geslacht en de leeftijd van de medewerkers heeft geen rol gespeeld.

Bij ieder teamlid is het afgelopen jaar de DISC-test afgenomen door de organisatie. Deze test omvat een persoonlijkheidsanalyse die verschillende kenmerken meet van menselijk gedrag. De test geeft snel en duidelijk inzicht in gedragsvoorkeuren. De uitkomsten van deze test doen uitspraak over de samenstelling van een team, maar spelen geen rol in het vormen van de populatie. Deze uitkomsten kunnen eventueel meegenomen worden in vervolgonderzoek.

Exclusiecriteria

Om het onderzoek af te bakenen is ervoor gekozen om het onderzoek alleen te richten op de zorgmedewerkers van De Schiphorst. Familieleden, mantelzorgers, vrijwilligers en schoonmaakmedewerkers zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast zijn andere disciplines zoals artsen, fysiotherapeuten, diëtisten en psychologen ook niet meegenomen in de populatie. In de populatie voor de diepte-interviews zijn de teamleiders uitgesloten. Hier is voor gekozen, omdat de data voornamelijk uit de zorgmedewerkers dient te komen en niet vanuit een persoon die tevens een andere functie heeft binnen de opdrachtgevende organisatie.

3.5 Data-analyse

De, doormiddel van de teambijeenkomsten en verdiepende interviews, verkregen data is geanalyseerd aan de hand van een kwalitatieve en kwantitatieve data-analyse.

Middels de silhouetmethode is kwantitatieve data verkregen. De aanwezige zorgmedewerkers hebben aangegeven in hoeverre zij de beschreven competenties beheersen door deze kaarten te verdelen onder de drie inleverpunten. De aantallen zijn opgeteld en in een, al eerder benoemd, schema gezet. Vanuit deze tabel zijn vervolgens per team percentages berekend die uitdrukken hoeveel procent van de kaarten in de drie punten zijn ingeleverd. Per competentie zijn staafdiagrammen gemaakt die weergeven op welke manier de kaarten verdeeld zijn. De uitgewerkte data verwerkt in zowel staafdiagrammen, cirkeldiagrammen als tabellen zijn te vinden in bijlage 14, 15, 16, 17 en 18.

De kwalitatieve data is verkregen uit de mindmaps van de cafémethode, de focusgroep en de verdiepende interviews. De verkregen data uit de mindmaps en volledig uitgeschreven interviews zijn geanalyseerd middels fragmentatie en labelen. Bij het fragmenteren van een tekst wordt de tekst gescheiden in relevante en niet-relevante delen. Op deze manier valt de tekst uiteen in kleine fragmenten die een nummer krijgen. Elk fragment mag gaan over één onderwerp. Fragmenten moeten los van de context te begrijpen zijn (Bardendsen, z.d.). Labelen is het zoeken naar, en het benoemen van kernwoorden in de fragmenten. De labels moeten kenmerkend zijn voor de fragmenten en passen bij het onderzoeksonderwerp. De data wordt gereduceerd door het fragment samen te vatten in een label (Baarda, 2014).

Binnen één fragment mogen meerdere labels geplaatst worden. Een label moet iets zeggen over de onderzoekseenheid. Er moet variatie mogelijk zijn binnen de onderzoekseenheid (Bardendsen, z.d.). Een voorbeeld van de uitwerking van fragmenteren en labelen is weergegeven in tabel 3.

Nummer	Tekst	Label
4.15	<i>Meer hulp geven, minder afkraken</i>	- Helpen - Niet afkraken

Tabel 3 (Baarda, 2014, p. 159): Voorbeeld fragmenteren en labelen

Vervolgens zijn gelijke labels (synoniemen) samengevoegd. Ook dit is gedaan in dezelfde tabel. Het belang van een label wordt niet altijd bepaald door het aantal keren dat het genoemd wordt, het kan ook gelegen zijn in relevantie en originaliteit (Baarda, 2014). Om deze reden is er niet geteld hoe vaak een label voorkomt. Wanneer de synoniemen zijn samengevoegd, is er overgegaan op axiaal coderen. Dit houdt in dat de bestaande labels in categorieën worden ondergebracht. Vervolgens is er gebruik gemaakt van selectieve ordening door middel van het vinden van centrale begrippen. Hierbij is het belangrijk geweest om stil te staan bij de onderzoeksvraag en het onderzoeksdoel (Baarda, 2014). Al deze stappen zijn weergegeven in analyseschema's. Per team zijn twee analyseschema's gemaakt. Eén met de gegevens uit de focusgroep en één met de gegevens uit de twee individuele interviews. Deze analyseschema's zijn te vinden in bijlage 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31 en 32.

De data uit zowel de diepte-interviews als de focusgroepen is omgezet in mindmaps die de resultaten ondersteunen. Deze mindmaps zijn terug te vinden in bijlage 21, 24, 27 en 30. Vanuit de analyseschema's zijn kernthema's om het onderwerp 'eigen regie' in een mindmap geplaatst. Sommige kernthema's zijn in de mindmaps aan elkaar gekoppeld om een overzichtelijk beeld te creëren. De data uit zowel de diepte-interviews als de focusgroep zijn in één mindmap samengevoegd. Hierin is duidelijk onderscheid aangebracht door het gebruik van verschillende kleuren per interviewvorm. Data in groene kaders is afkomstig uit de individuele interviews. Data uit oranje kaders is afkomstig uit de focusgroep. De blauwe kaders omvat data die zowel in de focusgroep als in de individuele interviews naar voren is gekomen.

De cafémethode heeft per team geresulteerd in vier tot zes mindmaps, gemaakt door de zorgmedewerkers. Deze mindmaps zijn door de onderzoeksgroep op bovenstaande wijze geanalyseerd en samengevoegd tot één mindmap per team. De analyseschema's zijn per team weergegeven in bijlage 2, 4, 6 en 8. De mindmaps zijn terug te vinden in bijlage 1, 3, 5 en 7.

3.6 Validiteit

Volgens Verhoeven (2011) betekent validiteit de geldigheid van een onderzoek. Hierbij wordt de echtheid en het waarheidsgehalte van het onderzoek gecontroleerd.

Interne validiteit

Bij interne validiteit stellen onderzoekers de vraag: 'Kan ik, met datgene wat ik hier als onderzoeker gedaan heb, terecht beweren dat de conclusie gegrond is?' (Jong, 2015). De interne validiteit is in dit onderzoek gewaarborgd, doordat de opgestelde onderzoeksvraag en de daarbij gekozen strategie en methoden voorzien zijn van feedback. Deze feedback is gegeven door zowel begeleidend docent van Hogeschool Viaa, alsmede door medestudenten en begeleidend personen Remi Fernhout en Rolf Kuizenga van De Schiphorst. Gedurende dit onderzoek is er nauw samengewerkt met zowel de zorgmedewerkers, als de teamleiders van De Schiphorst. In elke teambijeenkomst is de verkregen data besproken met de zorgmedewerkers middels een samenvatting door de

interviewer. Op deze manier is gecontroleerd of de interpretatie van de data klopt. De interne validiteit is onder andere gewaarborgd door middel van de genoemde controle.

Externe validiteit

Externe validiteit verwijst naar de veralgemening van de onderzoeksresultaten. Het betreft de bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten en –conclusies naar een context die ruimer is dan die waarbinnen het eigenlijke onderzoek is uitgevoerd (Jong, 2015). Over externe validiteit kan niet gesproken worden in dit onderzoek. De uitkomst van dit onderzoek is tot stand gekomen met behulp van de zorgmedewerkers van De Schiphorst. De uitkomsten hiervan zijn specifiek gebonden aan De Schiphorst en kunnen daarom niet worden gebruikt door andere organisaties. Wel kan een soortgelijk onderzoek uitgevoerd worden binnen andere organisaties.

Begripsvaliditeit

Bij begripsvaliditeit is nagegaan of de meetinstrumenten adequaat het begrip meten dat wenst gemeten te worden (Jong, 2015). Overleg met de opdrachtgever en de frequente beoordelingsmomenten in voortgang en ontwerp van het onderzoeksplan hebben de begripsvaliditeit ondervangen. Door regelmatige controle op de verschillende beschreven meetinstrumenten, heeft de onderzoeksgroep goedkeuring door de opdrachtgever bereikt voor het gebruiken van de instrumenten. Tevens is er in het zoeken naar methodieken gekeken naar de bruikbaarheid voor dit onderzoek.

3.7 Betrouwbaarheid

Volgens Verhoeven (2011) is betrouwbaarheid in een onderzoek van groot belang. Onder betrouwbaarheid wordt de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten verstaan (Verhoeven, 2011). Om dit onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken is er gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingsmethoden.

Het nadeel van een focusgroep is dat de mening van individuen onderbelicht kan blijven, door een dominante (groep) respondent(en) (Grit & Julsing, 2012). Om dit te ondervangen is de focusgroep goed voorbereid. Voorafgaand is bedacht welke informatie de focusgroep moet opleveren (Grit & Julsing, 2012). Daarnaast zijn er verdiepende interviews afgenomen bij twee zorgmedewerkers uit ieder team, om bovenstaand nadeel te ondervangen. Er zijn echter ook nadelen verbonden aan een interview. Zo kan de interviewer subjectief te werk gaan, waardoor de interviewer richting geeft aan de antwoorden. Ook kan het zijn dat de interviewer het onderwerp niet afbakt, waardoor het gesprek afdwaalt van het eigenlijke onderwerp en dit onderwerp onderbelicht blijft. Daarnaast kunnen er onduidelijke vragen worden gesteld, waar de respondent geen duidelijk antwoord op kan geven. Resultaten kunnen hierdoor moeilijk of niet te analyseren zijn (Grit & Julsing, 2012). Genoemde nadelen zijn voorkomen door het interview goed voor te bereiden aan de hand van het opgestelde interviewschema en dit tijdens het interview als leidraad te nemen. Het interview is opgenomen middels audio- en videoapparatuur. Alle data uit elk team is geanalyseerd door twee personen uit de onderzoeksgroep. De controle is middels een carroussel uitgevoerd. Op deze manier is de controle niet wederzijds uitgevoerd, maar hebben de rollen gerouleerd. Eén persoon heeft de interviews letterlijk getranscribeerd en nadien geanalyseerd. De tweede persoon heeft, onafhankelijk van de eerste, de transcriptie gecontroleerd en nadien eveneens een analyse uitgevoerd. De onafhankelijke analyses zijn later vergeleken en samengevoegd tot één analyseschema. Op deze manier zijn onjuistheden of persoonlijke interpretaties in de data voorkomen. De verslaglegging van dit onderzoek is gecontroleerd middels expert-review van de begeleidend docente van Hogeschool Viaa.

Herhaalbaarheid

Zoals beschreven bij externe validiteit zullen de uitkomsten anders zijn wanneer dit onderzoek binnen een andere organisatie uitgevoerd zal worden. Wel kunnen de gebruikte methoden en instrumenten overgenomen worden om een soortgelijk onderzoek uit te voeren. Herhaalbaarheid van dit onderzoek is dus mogelijk middels eenzelfde opzet als het onderzoeksplan beschrijft en tevens door het gebruik van de onderzoeksinstrumenten uit bijlage 19 en 20.

Transparantie

De transparantie van dit onderzoek is gewaarborgd door het bijhouden van een gezamenlijk logboek. Dit logboek is te vinden in de individuele reflectieverslagen. Daarnaast is de verzamelde data continu beschikbaar gesteld ter inzage, zodat men kan achterhalen waar de getrokken conclusies op gebaseerd zijn. De teamleiders en contactpersonen van De Schiphorst zijn uitgenodigd om de verzamelde en geanalyseerde data in te zien. Hier hebben zij gebruik van gemaakt.

Alle video- en audiobestanden zullen tot vijf jaar na afronding van het onderzoek bewaard blijven. Daarnaast zijn alle vormen van dataverwerking en -analyse toegevoegd als bijlage aan dit verslag.

3.8 Ethische verantwoording

De aanvraag voor het onderzoek is gedaan door Zorggroep Noorderboog. De organisatie Noorderboog, Hogeschool Viaa en de onderzoeksgroep zijn alle drie op de hoogte van het onderzoek en hebben ingestemd het onderzoek met deze verschillende belanghebbenden aan te gaan. Bij de start van het onderzoek heeft de opdrachtgevende organisatie aangegeven de onderzoeksgroep geen stobreed in de weg te leggen om het onderzoek uit te voeren.

In een teamleidersbijeenkomst is er kennis gemaakt met de teamleiders van de vier huizen. Voorafgaand aan deze bijeenkomst is er een brief uit gegaan naar de teamleiders. Deze brief staat in bijlage 34. Daarnaast zijn de opdrachtgever, de contactpersonen en de teamleider van Oosterboer aanwezig geweest. In deze bijeenkomst heeft de onderzoeksgroep zich voorgesteld en is de opzet van het onderzoek voorgelegd aan de aanwezigen. Vragen en onduidelijkheden zijn tijdens deze bijeenkomst beantwoord en verhelderd.

Middels een introductie die via het weekjournaal van de teams verstuurd is, zijn de zorgmedewerkers op de hoogte gebracht van dit onderzoek. Deze introductie is te vinden in bijlage 33. Elk team ontvangt iedere week de nieuwsbrief per mail. Hierin worden bijzonderheden omtrent de verschillende huizen beschreven. De onderzoeksgroep heeft zich voorgesteld en het onderwerp van het onderzoek beschreven. Daarnaast zijn de zorgmedewerkers uitgenodigd voor de teambijeenkomst. Tevens is de onderzoeksgroep een dag aanwezig geweest in de verschillende huizen om kennis te maken met de zorgmedewerkers en eventuele vragen te beantwoorden. Ook hiervoor zijn de zorgmedewerkers uitgenodigd middels het weekjournaal.

De onderzoeksgroep zal elke zorgmedewerker die meedoet in het onderzoek beschermen in zijn/haar privacy. Onderzoeksgegevens zullen alleen gebruikt worden voor het doel waarvoor de zorgmedewerkers toestemming hebben gegeven. Tevens zijn de onderzoeksgegevens in een systematisch bestand opgeslagen zonder direct identificeerbare persoonsgegevens. Er wordt verwacht dat de te onderzoeken groep groot genoeg is voor anonimiteit; dat er geen relatie gelegd kan worden tussen de persoonlijke gegevens en de onderzoeksgegevens (VSNU, 2005).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van Dickninge, Havixhorst, Lankhorst en Lindenhorst achtereenvolgens beschreven en onderverdeeld in kwantitatieve en kwalitatieve resultaten. Onder de kwantitatieve resultaten vallen de resultaten van de silhouetmethode. Het competentieprofiel dat gebruikt is tijdens deze methode, is opgedeeld in verschillende hoofdcompetenties met bijbehorende subcompetenties. Het aantal subcompetenties is variabel per hoofdcompetentie, waardoor het totaal aantal ingeleverde kaarten verschilt. In hoofdstuk twee is dit competentieprofiel terug te vinden. Bij de kwalitatieve resultaten zijn de uitkomsten beschreven uit de mindmaps gemaakt door de zorgmedewerkers tijdens de cafémethode, de focusgroepen en de diepte-interviews. De opvallende resultaten van de drie gebruikte methoden zijn in dit hoofdstuk per kernthema beschreven. De gebruikte methoden zijn in hoofdstuk drie uitvoerig beschreven.

Ter ondersteuning van de kwalitatieve resultaten zijn vanuit de geanalyseerde data, mindmaps gemaakt. In deze mindmaps zijn de resultaten van de focusgroep en de diepte-interviews samengevoegd. Om onderscheid te maken tussen de data uit deze twee interviewvormen zijn verschillende kleuren gebruikt in de mindmaps. De mindmaps zijn terug te vinden in bijlage 21, 24, 27 en 30.

In tabel 4 is de opkomst weergegeven van het aantal aanwezige zorgmedewerkers in verhouding tot het volledige team.

	Dickninge	Havixhorst	Lankhorst	Lindenhorst	De Schiphorst (excl. Oosterboer)
Aantal respondenten	12	16	27	17	72
Volledige grootte team	36	34	35	36	142
Percentage respondenten ten aanzien van het totaal	33,3 %	47%	77%	47%	51%

Tabel 4: Percentage respondenten ten aanzien van het totaal aantal werknemers per afdeling en gehele Schiphorst

4.1 Dickninge

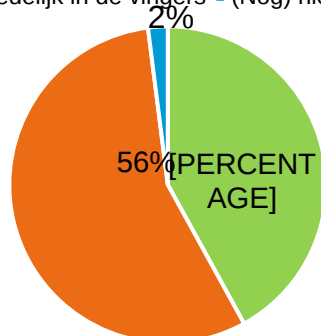
Tijdens de bijeenkomst waren 12 zorgmedewerkers aanwezig (n=12). In totaal bestaat het team uit 36 zorgmedewerkers (T=36).

Kwantitatieve resultaten

Silhouetmethode

In totaal hebben de 12 zorgmedewerkers 252 kaarten verdeeld over de drie inleverpunten. Opvallend is dat slechts 6 kaarten bij '(nog) niet mee uit de voeten' ingeleverd zijn. 140 kaarten zijn ingeleverd bij 'redelijk in de vingers' en 106 kaarten bij 'onder de knie'. De aantallen zijn in percentages weergegeven in het cirkeldiagram in figuur 2 en tabel 5.

■ Onder de knie ■ Redelijk in de vingers ■ (Nog) niet mee uit de voeten



Figuur 2: Cirkeldiagram totaalanalyse silhouetmethode Dickninge

	Aantal ingeleverde kaarten	Percentage
Onder de knie	106	42%
Redelijk in de vingers	140	56%
(Nog) niet mee uit de voeten	6	2%

Tabel 5: Totaalanalyse silhouetmethode Dickninge

De competenties waarin de meeste medewerkers zichzelf competent achten zijn 'vakdeskundigheid toepassen' en 'op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten'. De verhouding verschuift van een grotere hoeveelheid kaarten in 'onder de knie' naar een grotere hoeveelheid kaarten in 'redelijk in de vingers'. Dit is te zien van links naar rechts in tabel 6. Dit geldt voor de competenties 'formuleren en rapporteren', 'begeleiden' en 'omgaan met verandering en aanpassen'. De kaarten zijn precies gelijk verdeeld bij de competenties 'begeleiden' en 'omgaan met verandering en aanpassen'. Er is bij een tweetal competenties een duidelijk verschil aantoonbaar in de verhouding tussen de hoeveelheid kaarten in 'redelijk in de vingers' ten opzichte van 'onder de knie'. Bij deze competenties is het aantal ingeleverde kaarten bij 'redelijk in de vingers' aanzienlijk groter. Dit geldt voor de competenties 'overtuigen en beïnvloeden' en 'aandacht en begrip tonen'. Tabel 7 maakt dit inzichtelijk.

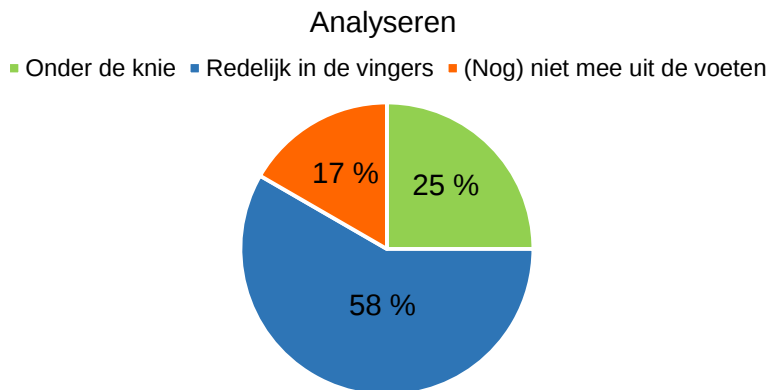
	Vakdeskundigheid toepassen	Op de behoefte/verwachting van de cliënt richten	Formuleren en rapporteren	Begeleiden	Omgaan met verandering en aanpassen
Onder de knie	19	13	11	16	16
Redelijk in de vingers	16	11	13	19	19
(Nog) niet mee uit de voeten	1	0	0	1	1

Tabel 6: Kwantitatieve resultaten I Dickninge

	Overtuigen en beïnvloeden	Aandacht en begrip tonen
Onder de knie	16	12
Redelijk in de vingers	31	24
(Nog) niet mee uit de voeten	1	0

Tabel 7: Kwantitatieve resultaten II Dickninge

Een ander opvallend gegeven dat te zien is in figuur 3 en tabel 8 is dat twee van de twaalf zorgmedewerkers nog niet met de competentie 'analyseren' uit de voeten kunnen. Dit is de enige competentie waarbij meer dan één medewerker aangegeven heeft er niet mee uit de voeten te kunnen. Zeven zorgmedewerkers hebben deze competentie redelijk in de vingers en drie medewerkers geven aan deze competentie onder de knie te hebben.



Figuur 3: Cirkeldiagram competentie analyseren Dickninge

	Aantal ingeleverde kaarten	Percentage
Onder de knie	3	25%
Redelijk in de vingers	7	58%
(Nog) niet mee uit de voeten	2	17%

Tabel 8: Competentie analyseren Dickninge

Kwalitatieve methode – Mindmap

Wanneer de zorgmedewerkers van Dickninge nadenken over de term eigen regie komen zes kernthema's naar voren. Dit zijn: 'wie is mijn bewoner?', 'keuze van de bewoner', 'belemmerende factoren omtrent het werken vanuit eigen regie', 'ondersteunende factoren omtrent werken vanuit eigen regie', 'belangrijke competenties' en 'dilemma's rondom eigen regie bij dementie'. Deze kernthema's zijn in de onderstaande tekst verder uitgewerkt.

Bij het kernthema 'wie is mijn bewoner?' gaat het om het kennen van de normen, waarden en gewoontes van de bewoner. Het verplaatsen in de bewoner en kennen van zijn of haar levensgeschiedenis komen tevens naar voren.

Bij de 'keuze van de bewoner' gaat het om de verschillende wensen en de autonomie. Het aanbieden van keuzen omtrent voeding, dagbesteding en persoonlijke verzorging zijn specifiek beschreven. Daarnaast speelt acceptatie van deze keuzen een rol.

Omtrent het werken vanuit eigen regie spelen belemmerende factoren een rol. Het (verantwoordelijkheids)gevoel van de zorgmedewerker en botsing met familie hebben volgens de medewerkers een belemmerende invloed op de eigen regie van de bewoner.

Om eigen regie te ondersteunen worden verschillende factoren benoemd: luisteren naar de bewoner, betrokken zijn bij de bewoner, de bewoner een veilige ruimte bieden, respect tonen en hem of haar helpen.

Zorgmedewerkers geven tevens een aantal belangrijke aspecten aan voor het werken vanuit eigen regie. Deze competenties zijn: feedback geven en ontvangen, communiceren, samenwerken, creativiteit, oplossend vermogen en zelfreflectie.

Eigen regie wordt als complex onderwerp gezien. De complexiteit blijkt uit het dilemma 'grenzen stellen' dat is opgeschreven in één van de mindmaps.

Kwalitatieve methode - Focusgroep / diepte-interview (individuele interviews)

In de verschillende vormen van interviews zijn kernthema's naar voren gekomen. Deze kernthema's zijn in onderstaande tekst verdeeld onder verschillende kopjes.

Denkwijze eigen regie

Wanneer het gaat om de 'denkwijze eigen regie' staat de bewoner volgens de zorgmedewerkers op één. De bewoner behoudt door eigen regie zijn of haar eigenwaarde. Over eigen regie wordt gesproken als één van de belangrijkste aspecten in de zorg. *"Het houdt je werk leuk"* (4.1.1) is een letterlijke uitspraak van een zorgmedewerker tijdens de focusgroep. Als belangrijke competenties worden in de individuele interviews genoemd: 'begeleiden', 'op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten' en 'omgaan met verandering en aanpassen'. Tevens is inlevingsvermogen benoemd als belangrijke vaardigheid, dit komt echter niet voor in het gebruikte competentieprofiel.

Beheersing competenties

In de focusgroep en in de individuele interviews komen als beheerste competenties het 'begeleiden', 'op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten' en 'omgaan met verandering en aanpassen' naar voren. De reden voor het beheersen van deze laatstgenoemde competentie wordt duidelijk uit de volgende quote afkomstig uit de focusgroep: *"We zien veranderingen als een uitdaging en niet als een probleem"* (7.5.1). Daarnaast wordt in het individuele interview creatief denken aangehaald.

Een minder beheerste competenties die in zowel de focusgroep als in een individueel interview naar voren is gekomen, is het geven van feedback. Feedback geven ten behoeve van de bewoner wordt makkelijker gevonden. Dit blijkt uit de volgende quote uit een individueel interview: *"Ik vind feedback geven veel makkelijker als het over de bewoner gaat"* (2.6.4). In een individueel interview wordt het geven van richting aan een gesprek en de competentie 'ik vraag de cliënt om informatie en verwerk deze in het ondersteunende beleid' genoemd. In de focusgroep wordt benoemd dat hulp vragen nog geleerd moet worden. Tijdsgebrek, het jezelf niet gunnen van beschikbare tijd en het niet gewend zijn om je te verdiepen in de levensgeschiedenis, worden als oorzaken aangedragen voor het minder beheersen van competenties. Daarbij hebben de medewerkers opgemerkt dat competenties nooit volledig onder de knie kunnen zijn.

Belemmerende factoren

Hoge werkdruk sluit aan op het bovengenoemde tijdsgebrek. In een individueel interview wordt de hoge werkdruk gezien als belemmerende factor omtrent het werken vanuit eigen regie: *"Je wilt heel veel, maar stel: iemand wil een uur in bad, dat kan gewoon niet"* (2.10.2). Daarnaast spreekt dezelfde persoon over de beweegtuin die in zijn huidige vorm niet veilig genoeg is: *"Een bewoner van ons klimt gewoon over het hek heen"* (2.10.5). In de focusgroep worden andere belemmerende factoren genoemd: te klinisch denken, ziektebeelden die zich anders uiten, het eigen gevoel van de zorgmedewerker dat belangrijk blijft en het niet bespreken van incidenten vanuit het gevoel hierin gefaald te hebben. *"Wat raar dat 'ie dat bij mij doet"* (5.7.1).

Ondersteunende factoren

Naast belemmerende factoren worden ondersteunende factoren omtrent het werken vanuit eigen regie genoemd in de interviews. Het kennen van de levensgeschiedenis van de

bewoner wordt zowel in de focusgroep als in de individuele interviews aangehaald. In de focusgroep zijn verschillende aspecten naar voren gekomen, zoals: het benutten van elkaars krachten, jezelf en anderen spiegelen, elkaar durven aanspreken, groepen verbinden en creëren van bewustwording. In een individueel interview worden als ondersteunende factoren het goed functioneren van het team, inschatten van de zelfstandigheid van de bewoner, hierop anticiperen en verbetering van de beweegtuin genoemd. Een verbetering van de beweegtuin zou gevolg kunnen hebben voor de sfeer op de afdeling: *“Als je dit echt kunt realiseren, dan krijg je een harmonieuzere sfeer op de afdeling”* (2.9.4). Het samenwerken met collega's is apart als kernthema genoemd maar werkt daarnaast ondersteunend voor de eigen regie. Hulp vragen aan collega's en het benutten van elkaars krachten worden hierin opnieuw aangedragen. *“Mij lukt het niet, als ik jou van een andere groep afhaal en jij slaat een arm om die vrouw heen en dan huppelt ze met je mee. Waarom niet?”* (1.2.4) is een letterlijke uitspraak uit een individueel interview.

Voor de ontwikkeling van competenties is in de focusgroep naar voren gekomen dat bewustwording, oefening en herhaling kunnen helpen. *“Zelfkennis, daar begint het bij”* (1.8.3) werd tevens benoemd in de focusgroep. Daarnaast wordt in een individueel interview aangehaald dat competenties in je moeten zitten, maar dat je ze wel moet zien en uitvoeren om hierin te kunnen ontwikkelen. Ook zou het organiseren van intervisie kunnen helpen bij competentieontwikkeling.

Wat levert het werken vanuit eigen regie op?

Wanneer iedereen van team Dickninge gaat werken vanuit eigen regie verwacht men dat het zal resulteren in een aantal ideaalbeelden: rust bij de bewoner, bewoners die zich meer thuis voelen, hogere eigenwaarde van de bewoner, meer geluksgevoel, meer kwaliteit van leven en minder incidenten. Specifieke voorbeelden van incidenten zijn niet genoemd door de zorgmedewerkers.

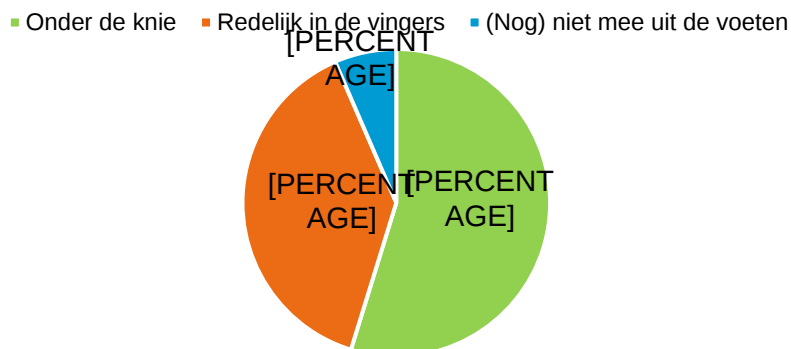
4.2 Havixhorst

Tijdens de bijeenkomst waren 16 zorgmedewerkers aanwezig (n=16). In totaal bestaat het team uit 34 zorgmedewerkers (T=34).

Kwantitatieve resultaten

Silhouetmethode

In totaal hebben de 16 zorgmedewerkers 336 kaarten verdeeld over de drie inleverpunten. 22 Kaarten zijn bij '(nog) niet mee uit de voeten' ingeleverd. 130 Kaarten zijn ingeleverd bij 'redelijk in de vingers' en 184 kaarten bij 'onder de knie'. De aantallen zijn in percentages weergegeven in het cirkeldiagram in figuur 4 en tabel 9.



Figuur 4: Cirkeldiagram totaalanalyse silhouetmethode Havixhorst

	Aantal ingeleverde kaarten	Percentage
Onder de knie	184	55%
Redelijk in de vingers	130	39%
(Nog) niet mee uit de voeten	22	6%

Tabel 9: Totaalanalyse silhouetmethode Havixhorst

De competentie waarin met uitstek de meeste medewerkers zichzelf competent achten is: 'omgaan met verandering en aanpassen'. Andere competenties die meer medewerkers onder de knie hebben dan redelijk in de vingers zijn 'aandacht en begrip tonen', 'formuleren en rapporteren', 'vakdeskundigheid toepassen' en 'op de behoefte en verwachtingen van de cliënt richten'. In tabel 10 is dit inzichtelijk gemaakt. Bij de competentie 'overtuigen en beïnvloeden' hebben meer medewerkers aangegeven dit redelijk in de vingers te hebben. De competenties 'begeleiden' en 'analyseren' volgen hierop. Deze verandering is te bemerken in tabel 11.

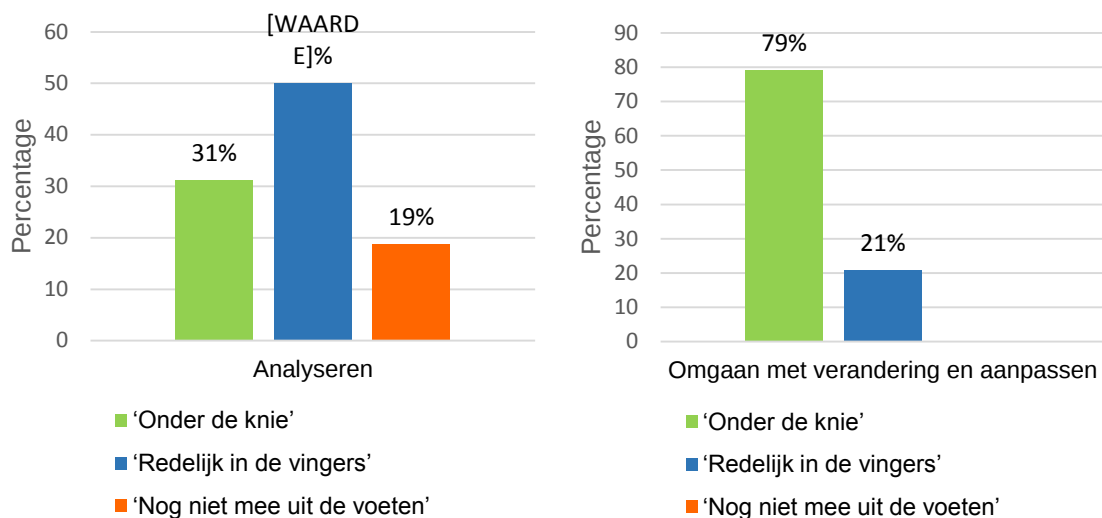
	Omgaan met verandering en aanpassen	Aandacht en begrip tonen	Formuleren en rapporteren	Vakdeskundigheid toepassen	Op de behoefte & verwachtingen van de cliënt richten
Onder de knie	38	31	20	29	17
Redelijk in de vingers	10	14	10	16	13
(Nog) niet mee uit de voeten	0	3	2	3	2

Tabel 10: Kwantitatieve resultaten I Havixhorst

	Overtuigen en beïnvloeden	Begeleiden	Analyseren
Onder de knie	26	18	5
Redelijk in de vingers	34	25	8
(Nog) niet mee uit de voeten	4	5	3

Tabel 11: Kwantitatieve resultaten II Havixhorst

Een opvallend gegeven is het verschil in kaartverdeling bij de competenties 'omgaan met verandering en aanpassen' en 'analyseren'. De kaarten van competentie 'analyseren' zijn meer verdeeld onder de drie inleverpunten dan de competentie 'omgaan met verandering en aanpassen'. In de competentie 'omgaan met verandering en aanpassen' acht men zich meer beheerst. Er zijn geen kaarten ingeleverd bij '(nog) niet mee uit de voeten'. Het overgrote deel van de kaarten is ingeleverd bij 'onder de knie'. In figuur 5 is dit duidelijke verschil te zien.



Figuur 5: Vergelijking kwantitatieve resultaten competenties 'Analyseren' en 'Omgaan met verandering en aanpassen'

Kwalitatieve methode – Mindmap

Wanneer de zorgmedewerkers van Havixhorst met elkaar nadenken over het thema eigen regie komen een aantal kernthema's voren. Deze thema's zijn: 'keuze van de bewoner', 'wie is mijn bewoner', 'belangrijke competenties omtrent werken vanuit eigen regie', 'ondersteunende factoren omtrent werken vanuit eigen regie', 'familieparticipatie', 'dilemma's omtrent eigen regie bij dementie' en 'gevolgen van eigen regie'. Deze zijn in de onderstaande tekst toegelicht.

Bij 'keuze van de bewoner' zijn de keuze in ADL, voeding en dagindeling opgeschreven. Daarbij wordt gesteld dat de bewoner bepaalt binnen reële en haalbare kaders gesteld vanuit de medewerker.

'Wie is mijn bewoner' omvat het kennen van de identiteit van de bewoner.

Als belangrijke competenties omtrent werken vanuit eigen regie zijn geduld en communicatie tussen personeel en bewoner opgeschreven.

Ondersteunende factoren zijn het tonen van empathie, flexibiliteit, het loslaten van gewoontes door personeel en het kennen van de levensgeschiedenis van de bewoner. Het kennen van de levensgeschiedenis sluit aan bij 'wie is mijn bewoner'.

Onder het kernthema 'familieparticipatie' is beschreven dat familie meer betrokken kan worden bij de bewoner.

Als dilemma's zijn twee vragen beschreven: "Hoe ga je om met de bewoner?" en "Hoe ver ga je mee in de wil van de bewoner?".

Wanneer er volledig gewerkt wordt vanuit de eigen regie van de bewoner verwacht men dat dit zal resulteren in meer rust, meer inzicht in onbegrepen gedrag en een hogere eigenwaarde van de bewoner.

Kwalitatieve methode - Focusgroep / diepte-interview (individuele interviews)

In de verschillende vormen van interviews zijn kernthema's naar voren gekomen. Deze kernthema's zijn in onderstaande tekst verdeeld onder verschillende kopjes.

Denkwijze eigen regie

Er wordt in de focusgroep gesteld dat de bewoner altijd bepaalt binnen zijn of haar eigen mogelijkheden. Daarbij wordt gezegd dat eigen regie in de psychogeriatric complex is. In een individueel interview is benoemd dat zelf bepalen de insteek van kleinschalig wonen. Belangrijke competenties die in de individuele interviews werden benoemd zijn 'aandacht en begrip tonen', 'begeleiden', 'omgaan met verandering en aanpassen', 'overtuigen en beïnvloeden' en 'op de behoefte en verwachtingen van de cliënt richten'. Tijdens de focusgroep is regelmatig de term communicatie naar voren gekomen. Medewerkers gaven aan dat goede communicatie de rode draad is als het gaat om eigen regie.

Beheersing competenties

In de focusgroep en in de individuele interviews komen als beheerste competenties 'aandacht en begrip tonen' en 'overtuigen en beïnvloeden' naar voren. Men verwacht dat het overtuigen en beïnvloeden onder de knie is doordat het veel in de praktijk wordt toegepast. In de focusgroep zijn 'formuleren en rapporteren' en 'omgaan met verandering en aanpassen' aangehaald. De oorzaak voor het beheersen van de laatstgenoemde competentie wordt duidelijk uit de volgende quote: *"Ik denk dat als wij met deze groep werken, dan moet je zeker kunnen omgaan met verandering"* (5.12.1). Daarnaast werd door de groep aangegeven dat omgaan met verandering vrijwel automatisch gaat. Andere beheerste competenties uit een individueel interview zijn 'begeleiden' en 'vakdeskundigheid toepassen'. Organiseren en plannen komt niet terug in het gebruikte competentieprofiel maar werd in een individueel interview wel gekenmerkt als beheerste vaardigheid.

Als minder beheerste competentie wordt in een individueel interview het 'omgaan met verandering en aanpassen' aangehaald. Dit is niet altijd even makkelijk, maar wel erg belangrijk in dit vakgebied. Daarnaast werd benoemd dat er bij een verandering meer onmogelijkheden dan mogelijkheden worden gezien. Ook is formuleren, rapporteren en het geven van feedback aangehaald als minder beheerste competentie. Een indirecte oorzaak voor het minder beheersen van het formuleren en rapporteren is genoemd in een individueel interview: *"Ik kan dingen heel goed op papier zetten en verwoorden, maar je moet er de tijd voor maken en ik geef mijn tijd liever aan mijn cliënten"* (1.6.2). Door de groep worden andere minder beheerste competenties aangedragen, namelijk: 'begeleiden', 'overtuigen en beïnvloeden' en 'op de behoefte en verwachtingen van de cliënt richten'. Hiernaast zijn een aantal vaardigheden naar voren gekomen als minder beheerst, namelijk: het luisteren, het stellen van vragen, en het uit handen geven van geplande activiteiten. Er wordt eveneens gesteld dat communicatie nog niet onder de knie is. Als oorzaak voor het minder beheersen van competenties, geeft men aan dat door het ziektebeeld dementie sommige competenties moeilijk te realiseren zijn ondanks dat de medewerkers het (redelijk) beheersen.

Voor het ontwikkelen van competenties acht men het van belang dat er voldoende personeel op de afdeling aanwezig is. Daarnaast zou het stellen van andere prioriteiten, het vergroten van kennis, positieve ervaringen en een open houding volgens de zorgmedewerkers kunnen bijdragen aan competentieontwikkeling. Dat de zorgmedewerkers zich willen ontwikkelen blijkt onder andere uit het volgende: *"Ik zeg altijd: een mens is nooit te oud om te blijven"*

groeien” (4.7.1). Daarnaast benoemt het team dat het stellen van doelen door het team zou kunnen bijdragen aan competentieontwikkeling.

Belemmerende factoren

Een belemmerende factor omtrent werken vanuit eigen regie is tijdsgebrek. Dit werd zowel in de focusgroep als in de individuele interviews genoemd. *“Ik ben heel geduldig maar ik kijk ondertussen op mijn horloge en denk: oeh, bliksem”* (5.9.1). Zorgmedewerkers stellen dat er veel gehandeld wordt uit eigen normen, waarden en gedachten. Daarnaast is sturing van de bewoner nodig in verband met zijn of haar beperkte ziektebesef. Vaak op dezelfde groep werken valt eveneens onder dit kernthema: *“Wij hebben een mevrouw die vond de griesmeel zo lekker. Dus wij bestelden altijd maar griesmeel. Zegt ze: die griesmeel komt mij de keel uit!”* (9.2.1).

Soms vallen op de uitvaart alle puzzelstukjes pas op hun plek. Zorgmedewerkers horen dan pas informatie die invloed zou kunnen hebben op de manier van zorgverlening. Hieruit werd door de medewerkers zelf geconcludeerd dat de levensgeschiedenis beter beschreven kan worden.

Ondersteunende factoren

Ondersteunende factoren volgens de zorgmedewerkers zijn: loslaten van het huidige werkritme om tijd te creëren, uitschakelen van de eigen ik, flexibiliteit door 24-uurs zorg waardoor taken doorgeschoven kunnen worden naar een volgende dienst en bewustwording omtrent het doorbreken van bestaande regels. Ook is het meebewegen met de wensen van de bewoner en meer verdiepen in de levensgeschiedenis benoemd. *“Iemand die was bakker en kroegbaas geweest, dus hij moest er eigenlijk voor één ding vroeg uit en voor één ding laat naar bed. Die man was elke morgen om vier uur wakker, maar dan probeerde iedere nachtdienst die man weer in bed te krijgen. Als je je hele leven om vier uur opgestaan bent dan zit dat in je systeem waarschijnlijk”* (3.7.2). Hulpmiddelen voor het achterhalen van de levensgeschiedenis zijn het ontwikkelen van een levensboek, een herinneringendoos en/of het levensverhaal en een uitgebreid cliëntprofiel in Cura beschrijven.

Familieparticipatie wordt als apart kernthema beschreven maar is tevens een ondersteunende factor. Volgens zorgmedewerkers zou de eerste contactpersoon meer betrokken kunnen worden bij het maken van beslissingen. Ook zou er meer overlegd kunnen worden met familie wanneer het overleggen met de bewoner niet of nauwelijks meer lukt.

Dilemma's omtrent eigen regie bij dementie

Een dilemma omtrent eigen regie bij dementie uit zich in de vraag: “Hoe ver ga je erin mee?”. Familieparticipatie komt ook terug als dilemma: *“Je hebt natuurlijk ook bewoners die heel slecht contact hebben gehad, eerder in hun leven, met de eerste contactpersoon”* (14.13.1). De complexiteit van eigen regie bij dementie blijkt uit het feit dat het gedrag van zorgvragers voortdurend verandert en daarnaast blijkt dit uit het gegeven dat de omgang met deze zorgvragers wisselend is door het steeds weer verkrijgen van nieuwe inzichten.

Wat levert het werken vanuit eigen regie op?

Wanneer het team volledig gaat werken vanuit de eigen regie van de bewoners, zullen de bewoners meer centraal staan, zal er meer geluksgevoel ontstaan, zullen de zorgmedewerkers flexibeler zijn en meer opkomen voor de bewoner. Daarnaast zal eigen regie recht doen aan het zelfstandigheidsgevoel van de bewoner.

4.3 Lankhorst

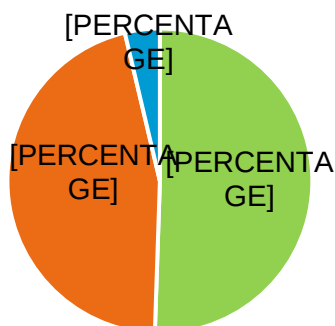
Tijdens de bijeenkomst waren 27 zorgmedewerkers aanwezig (n=27). In totaal bestaat het team uit 35 zorgmedewerkers (T=35).

Kwantitatieve resultaten

Silhouetmethode

In totaal hebben de 27 zorgmedewerkers 567 kaarten verdeeld over de drie inleverpunten. Slechts 21 kaarten zijn bij '(nog) niet mee uit de voeten' ingeleverd. 260 kaarten zijn ingeleverd bij 'redelijk in de vingers' en 286 kaarten bij 'onder de knie'. De aantallen zijn in percentages weergegeven in figuur 6 en tabel 12.

■ Onder de knie ■ Redelijk in de vingers ■ (Nog) niet mee uit de voeten



Figuur 6: Cirkeldiagram totaalanalyse silhouetmethode Lankhorst

	Aantal ingeleverde kaarten	Percentage
Onder de knie	286	50%
Redelijk in de vingers	260	46%
(Nog) niet mee uit de voeten	21	4%

Tabel 12: Totaalanalyse silhouetmethode Lankhorst

De competenties waarin de meeste medewerkers zichzelf competent achten zijn 'op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten', 'omgaan met verandering en aanpassen' en 'aandacht en begrip tonen' zoals te zien is in tabel 13. De verhouding verschuift van een grotere hoeveelheid kaarten in 'onder de knie' naar een grotere hoeveelheid kaarten in 'redelijk in de vingers', zoals van links naar rechts te zien is in tabel 14. Dit geldt voor de competenties 'formuleren en rapporteren', 'vakdeskundigheid toepassen', 'begeleiden' en 'analyseren'. De competentie 'overtuigen en beïnvloeden' hebben de minste mensen onder de knie. Dit blijkt uit het feit dat er 39 kaarten zijn ingeleverd bij 'onder de knie', terwijl er 64 kaarten zijn ingeleverd bij 'redelijk in de vingers'. Vijf medewerkers geven aan niet met deze competentie uit de voeten te kunnen. Opvallend is dat 'formuleren en rapporteren' de enige competentie is waar geen kaarten ingeleverd zijn bij '(nog) niet mee uit de voeten'.

	Op de behoefte/verwachting van de cliënt richten	Omgaan met verandering en aanpassen	Aandacht en begrip tonen
Onder de knie	35	52	51
Redelijk in de vingers	18	25	27
(Nog) niet mee uit de voeten	1	4	3

Tabel 13: Kwantitatieve resultaten I Lankhorst

	Formuleren en rapporteren	Vakdeskundigheid toepassen	Begeleiden	Analyseren
Onder de knie	29	36	33	11
Redelijk in de vingers	25	40	47	14
(Nog) niet mee uit de voeten	0	5	1	2

Tabel 14: Kwantitatieve resultaten II Lankhorst

Kwalitatieve methode – Mindmap

De associaties van de zorgmedewerkers met de term eigen regie hebben geresulteerd in zes kernthema's: 'wie is mijn bewoner?', 'keuze van de bewoner', 'ondersteunende factoren omtrent werken vanuit eigen regie', 'familieparticipatie', 'belemmerende factoren omtrent werken vanuit eigen regie' en 'dilemma's rondom eigen regie bij dementie'. Deze kernthema's zijn achtereenvolgens in de onderstaande tekst beschreven.

Het kernthema 'wie is mijn bewoner?' bevat ondersteunende factoren. Zo acht men het belangrijk de identiteit van de bewoner te kennen. Het op de hoogte zijn van de gewoontes, normen, waarden en de levensgeschiedenis van de bewoner dragen hieraan bij.

Bij het kernthema 'keuze van de bewoner', valt op dat er geschreven wordt over het aanbieden van keuzemogelijkheden en het hebben van respect voor de gemaakte keuze. De volgende voorbeelden zijn bij dit kernthema beschreven: persoonlijke verzorging, religie, voeding, daginvulling, het weigeren van medicatie en de keuze om naar buiten te gaan.

Als ondersteunende factoren omtrent werken vanuit eigen regie komen de acceptatie van verschillen, het bieden van structuur, multidisciplinair werken en inlevingsvermogen naar voren.

Met betrekking tot eigen regie wordt familieparticipatie, dat tevens een kernthema is, aangeduid. Het betrekken van de familie en de plaats van mantelzorg komen hierin naar voren.

Als belemmerende factoren worden de normen en waarden van de zorgmedewerkers, kennis en inzicht van het ziekteproces, haalbaarheid van eigen regie en de tekorten in personeelsbezetting van de afdeling beschreven.

Het weigeren van zorg wordt als dilemma aangemerkt. De risico's van eigen regie, "Hoe ver laat je de bewoner gaan?" en keuzen van voeding, vallen tevens onder het kernthema 'dilemma's omtrent eigen regie bij dementie'. Een vraag als: "Mag je iemand extra voedingsstoffen geven wanneer hij/zij slecht eet?", werd hierbij opgeschreven.

Kwalitatieve methode - Focusgroep / diepte-interview (individuele interviews)

In de verschillende vormen van interviews zijn kernthema's naar voren gekomen. Deze kernthema's zijn in onderstaande tekst verdeeld onder verschillende kopjes.

Denkwijze eigen regie

In een individueel interview wordt 'eigen regie' gekenmerkt als een populaire term die veel aspecten bevat. Tevens wordt de term belangrijk gevonden door de focusgroep. Dit wordt onder andere ondersteund door de volgende quote: *"Ik heb er sowieso al een hekel aan als iemand wat voor mij gaat beslissen. Dus dat zou ik later ook niet willen."* (2.3.2). Iets dat in een individueel interview duidelijk naar voren is gekomen, is dat er door de jaren heen anders over de term en werkwijze gedacht wordt. *"Ik ben nog iemand, die gewoon iemand met drie man onder de douche deed. Dat heb ik in het verleden gedaan. Ik heb mensen vastgebonden (...) Ik heb echt de gekste dingen gedaan. In volle overtuiging toen dat we goed zorg leverden."* (2.3.2). Als belangrijke competenties om te werken vanuit eigen regie wordt in een individueel interview aangegeven dat alle competenties uit het gebruikte competentieprofiel belangrijk zijn. Daarnaast worden geduld en het overdragen van kennis genoemd als belangrijke aspecten.

Beheersing competenties

De competenties die in de focusgroep en de individuele interviews zijn gekenmerkt als beheerst, zijn: 'overtuigen en beïnvloeden', 'vakdeskundigheid toepassen' en 'aandacht en begrip tonen'. Individueel wordt dit aangevuld met: 'ik reflecteer op handelen en gebruik deze reflecties om van te leren', 'analyseren' en 'begeleiden'. 'Inlevingsvermogen' en 'op de behoefte/verwachting van de cliënt richten' zijn enkel in de focusgroep naar voren gekomen.

In de focusgroep zijn oorzaken aangedragen voor het beheersen van bovengenoemde competenties. Het in je hebben van de competenties en "*Feeling van het vak*" (1.6.1) zijn oorzaken. Daarnaast wordt casuïstiek multidisciplinair besproken. Dit zorgt onder meer voor bewustwording en het delen van vakkennis.

Naast de beheerste competenties zijn er ook competenties die men minder zegt te beheersen. In de focusgroep is geen enkele minder beheerste competenties genoemd. In de individuele interviews zijn echter meerdere competenties naar voren gekomen: 'feedback geven', 'overtuigen en beïnvloeden', 'vakdeskundigheid toepassen' en 'omgaan met verandering en aanpassen'. Daarnaast werd de subcompetentie van begeleiden: 'ik nodig de cliënt uit voor zichzelf te zorgen, zichzelf te ontplooien en zich in te zetten voor zijn omgeving' specifiek genoemd. Men zegt naast deze competenties uit het gebruikte profiel, multidisciplinair contact minder te beheersen. Een aangedragen oorzaak voor het minder beheersen van competenties is dat men handelt vanuit het eigen gevoel.

Wanneer er gesproken wordt over het ontwikkelen van competenties, wordt zowel in een individueel interview als in de focusgroep genoemd dat je nooit uitgeleerd bent. Aspecten die kunnen helpen bij het ontwikkelen zijn: het weten van elkaars mening en samenwerken. Deze komen in de focusgroep naar voren. In de individuele interviews komt methodisch werken en vergroten van discipline naar voren. Goede communicatie tussen zorgmedewerkers wordt in beide vormen van interviews genoemd.

Ondersteunende factoren

Als ondersteunende factoren voor het werken vanuit eigen regie wordt in de individuele interviews genoemd: het centraal stellen van de bewoner en het aan de kant zetten van de 'eigen ik'. De acceptatie van verschillende werkwijzen en samenwerken met collega's worden eveneens gezien als ondersteunende factor. Het samenwerken met collega's is tevens in de focusgroep genoemd: "*Wat ik heel graag zou willen is dat de samenhang tussen de groepen wat meer verbinding krijgt*" (10.6.2). Ook zegt de groep het niet verkeerd te vinden om zo nu en dan 'vreemde ogen' op de afdeling te hebben. Dit kan zorgen voor bewustwording omtrent het eigen handelen. Het netwerk van de bewoner kan een ondersteunende rol spelen in de eigen regie. "*Het is echt heel raar dat mensen bij ons komen en dan is het hele netwerk bijna weg. Het zou veel fijner zijn als dat netwerk gewoon bijna naadloos meeging*" (2.9.2).

Belemmerende factoren

Belemmerende factoren zijn alleen in de individuele interviews naar voren gekomen, zoals: de invloed van een grootschalige instelling op het kleinschalig wonen, niet weten hoe andere collega's werken doordat er vaak gewerkt wordt met dezelfde collega's, het overnemen van taken en het verlies van het netwerk van de bewoner bij opname. Daarnaast wordt de groepsdynamica binnen de groep in een huiskamer als belemmerend ervaren. Dit is op te maken uit de volgende quote: "*Wij hebben een van de onrustigste groepen die er is, en heel veel verschillende persoonlijkheden. Heel veel verschillende meningen, sommigen zijn aardig gebekt. En die bemoeien zich ook met andere mensen*" (1.10.2). Een factor die tevens als dilemma kan worden gezien is de grens tot hoever eigen regie toe te passen is. Dit zegt iets over de haalbaarheid van eigen regie bij dementie. "*Dan denk ik, wie ben ik om ze te dwingen tot sommige dingen*" (4.2.2).

Wat levert het werken vanuit eigen regie op?

Wanneer de zorgmedewerkers van team Lankhorst volledig werken vanuit de eigen regie verwacht men betere condities voor de bewoner. Dit zal zich uiten in meer tevredener bewoners en families, prettiger wonen, meer voldoening in het werk. Daarnaast zal het bijdragen aan het welzijn en geluksgevoel van de bewoner.

4.4 Lindenhorst

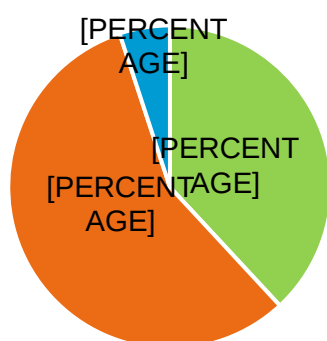
Tijdens de bijeenkomst waren 17 zorgmedewerkers aanwezig (n=17). In totaal bestaat het team uit 36 zorgmedewerkers (T=36).

Kwantitatieve resultaten

Silhouetmethode

In totaal hebben de 17 zorgmedewerkers 357 kaarten verdeeld over de drie inleverpunten. Opvallend is dat 18 kaarten bij '(nog) niet mee uit de voeten' ingeleverd zijn. 203 kaarten zijn ingeleverd bij 'redelijk in de vingers' en 136 kaarten zijn ingeleverd bij 'onder de knie'. De aantallen zijn in percentages weergegeven in het cirkeldiagram in figuur 7 en tabel 15.

■ Onder de knie ■ Redelijk in de vingers ■ (Nog) niet mee uit de voeten



Figuur 7: Cirkeldiagram totaalanalyse silhouetmethode Lindenhorst

	Aantal ingeleverde kaarten	Percentage
Onder de knie	136	38%
Redelijk in de vingers	203	57%
(Nog) niet mee uit de voeten	18	5%

Tabel 15: Totaalanalyse silhouetmethode Lindenhorst

Binnen de competenties 'aandacht en begrip tonen', 'op behoefte en verwachtingen van cliënt richten' en 'analyseren' is de verhouding tussen 'redelijk in de vingers' en 'onder de knie' opvallend. Er is geen duidelijk verschil aantoonbaar. Tabel 16 onderbouwt dit.

	Aandacht en begrip tonen	Op de behoefte en verwachtingen van de cliënt richten	Analyseren
Onder de knie	25	17	8
Redelijk in de vingers	23	16	8
(Nog) niet mee uit de voeten	3	1	1

Tabel 16: Kwantitatieve resultaten I Lindenhorst

Bij de competenties 'formuleren en rapporteren' en 'vakdeskundigheid toepassen' is een duidelijk verschil aantoonbaar in de verhouding tussen 'onder de knie' en 'redelijk in de vingers'. Er zijn namelijk meer kaarten ingeleverd bij 'redelijk in de vingers'. Er is een groter verschil aantoonbaar bij de competentie 'omgaan met verandering en aanpassen'. De competentie 'overtuigen en beïnvloeden' overstijgt dit verschil. Bij deze competentie zijn 48 van de 68 verdeelbare kaarten ingeleverd bij 'redelijk in de vingers'. In tabel 17 is dit steeds groter wordende verschil inzichtelijk gemaakt.

	Vakdeskundigheid toepassen	Formuleren en rapporteren	Omgaan met verandering en aanpassen	Overtuigen en beïnvloeden
Onder de knie	22	14	20	16
Redelijk in de vingers	26	19	28	48
(Nog) niet mee uit de voeten	3	1	3	4

Tabel 17: Kwantitatieve resultaten II Lindenhorst

Kwalitatieve methode – Mindmap

De opdracht aan de zorgmedewerkers om in groepjes na te denken over de term 'eigen regie' heeft geresulteerd in een aantal kernthema's die in de verschillende mindmaps naar voren zijn gekomen. Dit zijn: 'wie is mijn bewoner?', 'keuze van de bewoner', 'ondersteunende factoren omtrent werken vanuit eigen regie', 'familieparticipatie', 'belangrijke competenties omtrent werken vanuit eigen regie', 'belemmerende factoren omtrent werken vanuit eigen regie' en 'dilemma's rondom eigen regie bij dementie'.

Onder het kernthema 'wie is mijn bewoner?' vallen aspecten als 'normen en waarden' en 'wensen en behoeften' van de bewoner.

Bij het tweede kernthema 'keuze van de bewoner' zijn termen als 'eigen beslissingen maken', 'wensen en behoeften' en 'de bewoner bepaalt' opgeschreven. Voedingskeuze, kledingkeuze en keuze omtrent dagindeling zijn specifieke voorbeelden bij dit kernthema.

Ondersteunende factoren omtrent werken vanuit eigen regie is een ander kernthema rond eigen regie. Hieronder worden de termen 'eigenwaarde' en 'veiligheid' geschaard. Familieparticipatie wordt tevens als ondersteunende factor gezien. Zorgmedewerkers beschrijven familie meer te willen betrekken om eigen regie te kunnen bereiken bij de bewoners.

NIVEA (Niet Invullen Voor Een Ander), respect tonen, luisteren en het centraal stellen van de bewoner zijn opgeschreven en vallen onder het kernthema 'belangrijke competenties omtrent werken vanuit eigen regie'.

Naast ondersteunende factoren worden factoren beschreven die het werken vanuit de eigen regie van de bewoners belemmeren. Het gevoel van de medewerker speelt hierin een rol.

In de mindmaps gemaakt door de zorgmedewerkers zijn eveneens een aantal dilemma's rondom eigen regie bij dementie naar voren gekomen. 'Moeilijke doelgroep' en 'grenzen van medewerkers' vallen onder deze dilemma's.

Kwalitatieve methode - Focusgroep / diepte-interview (individuele interviews)

In de verschillende vormen van interviews zijn tevens kernthema's naar voren gekomen. Deze kernthema's zijn in onderstaande tekst verdeeld onder verschillende kopjes.

Denkwijze eigen regie

Als men spreekt over de denkwijze omtrent 'eigen regie', komt er vanuit de groep naar voren dat 'eigen regie' een nieuwe term is voor iets wat eigenlijk al gedaan wordt: *"Je doet het eigenlijk al, maar het heeft een woord gekregen."* (2.1.1). Door de zorgmedewerkers wordt aangegeven dat de bewoner zelf al veel bepaalt. Individueel wordt gesproken over tegemoet komen aan de wensen van de bewoner en hun gewoontes, waarden en normen als uitgangspunt nemen. Er is een balans nodig in de wil van de bewoner en de medewerker. Het stellen van grenzen is lastig, maar voor deze doelgroep wordt het als noodzakelijk gezien. Het wordt belangrijk geacht dat de bewoner bepaalt binnen zijn of haar eigen mogelijkheden. Hiermee blijft de eigenwaarde van de bewoner gewaarborgd. Zorgmedewerkers achten de competenties 'aandacht en begrip tonen', 'op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten' en 'omgaan met verandering en aanpassen' belangrijk om eigen regie te bereiken.

Beheersing competenties

Individueel wordt 'overtuigen en beïnvloeden' genoemd als beheerste competentie. Zowel uit de focusgroep als de individuele interviews wordt 'aandacht en begrip tonen' tevens aangemerkt als beheerst. Als minder beheerste competentie wordt door de groep het geven van feedback aangekaart. In een individueel interview wordt genoemd 'ik neem geen taken over van de cliënt die hij/zij nog wil en kan uitvoeren': *"Niet dat ik het geduld er niet voor heb, maar kom op, dat kan ik wel even van je overnemen"* (2.6.3). Als oorzaak voor het minder beheersen van competenties wordt onder andere de koppeling gemaakt met tijdsdruk.

Belemmerende factoren

Als belemmerende factoren om te werken vanuit eigen regie worden tijdsdruk, het ziektebeeld, het progressieve ziekteproces en de afhankelijkheid van de bewoner van de medewerker benoemd.

Ondersteunende factoren

De tegenhanger van belemmerende factoren zijn ondersteunende factoren voor het werken vanuit eigen regie. Hierbij gaat het om bewustwording van personeel en de leergierigheid van medewerkers. Daarnaast is het van belang dat het personeel haar eigen normen en waarden deels loslaat. Het kennen van de levensgeschiedenis van de bewoner werkt ondersteunend in de eigen regie. Contact met familie speelt hierin een rol: *"Soms sta je versteld bij een begrafenis wat je weer hoort"* (2.14.2.). Familieparticipatie wordt gezien als ondersteunende factor, mits er kritisch gekeken wordt of iets de wens van de bewoner is, of dat het de wens van de familie is. Kleinschaligheid werkt ondersteunend in het bereiken van eigen regie. Kleinschaligheid maakt dat je je beter kunt verdiepen in de achtergrond van de bewoner: *"Van acht bewoners weet je meer dan van die veertien van toen"* (2.2.4). Tevens wordt samenwerken met collega's gezien als ondersteunende factor. Er is gezegd dat je op deze manier van elkaar kunt leren.

Wat levert het werken vanuit eigen regie op?

Wanneer er gewerkt wordt vanuit eigen regie zal dit gevolgen hebben voor de eigenwaarde van de bewoner en het leefplezier in de laatste levensfase van de bewoner. Daarnaast kan het werken vanuit eigen regie een voldaan gevoel geven aan de zorgmedewerkers.

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de conclusie, discussie en aanbevelingen beschreven. Naar aanleiding van de resultaten zijn conclusies gevormd. In paragraaf 5.2 volgt de discussie die zich richt op de inhoud en methode van het uitgevoerde onderzoek. Vanuit de conclusie en discussie zijn aanbevelingen tot stand gekomen.

5.1 Conclusie

Vanuit de probleemstelling is de volgende hoofdvraag gevormd: *‘Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorgcombinatie Noorderboog, locatie De Schiphorst 2017, over eigen regie en het bevorderen hiervan, welke competenties beheerst men al en welke wil men verder ontwikkelen ten aanzien van eigen regie?’*

Vanuit de hoofdvraag is een viertal deelvragen opgesteld, namelijk:

- Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorggroep Noorderboog, locatie De Schiphorst over eigen regie?
- Hoe denken de zorgmedewerkers van Zorggroep Noorderboog, locatie De Schiphorst over het bevorderen van eigen regie?
- Welke competenties met betrekking tot werken met psychogeriatrische patiënten vanuit eigen regie beheerst men al?
- Welke competenties met betrekking tot werken met psychogeriatrische patiënten vanuit eigen regie wil men ontwikkelen?

Er is per team een conclusie gevormd die antwoord geeft op de hoofdvraag. De deelvragen zijn indirect beantwoord middels het beantwoorden van de hoofdvraag. Tevens is er een algemene conclusie gevormd waarin verschillen en overeenkomsten in conclusies tussen de teams naar voren komen.

5.1.1 Algemene conclusie

Er zijn veel overeenkomsten in de denkwijze over eigen regie binnen de vier teams. Hierbij staat centraal dat de bewoner op nummer één staat en vrij is in het maken van keuzes. Overal aangemerkt als belangrijke competentie is het ‘richten op de behoefte en verwachting van de cliënt’ en het ‘omgaan met verandering en aanpassen’.

Als ondersteunende factor voor het werken vanuit eigen regie wordt door alle teams het deels loslaten van de eigen normen, waarden en gewoontes genoemd. Hoewel de levensgeschiedenis van de bewoners niet overal duidelijk beschreven staat en bekend is, wordt het kennen van de levensgeschiedenis door alle teams aangemerkt als ondersteunend voor eigen regie. Daarnaast wordt belangrijk geacht samen te werken met collega's en hierdoor elkaars krachten te benutten. Alle teams benoemen het betrekken van het netwerk van de bewoner belangrijk te vinden. Wanneer familie op de voorgrond treedt en de eigen regie van de bewoner in het geding komt, wordt dit als belemmerende factor gekenmerkt door team Dickninge.

Andere belemmerende factoren die door alle teams zijn genoemd, zijn: tijdsdruk, hoge werkdruk, tijdsgebrek en tekorten in personeelsbezetting van de afdeling. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het waarborgen van de eigen regie nauw samenhangt met tijd. De teams verwachten meer tegemoet te kunnen komen aan de eigen regie van de bewoner wanneer er meer tijd beschikbaar is. Binnen team Lankhorst ervaren de zorgmedewerkers nog andere belemmerende factoren: een gebrek aan inzicht over de werkwijze van collega's, het verlies van het netwerk van de bewoner en de groepsdynamica binnen de groep in de huiskamers. Twee van de vier teams benoemen het progressieve ziektebeeld dementie belemmerend te vinden voor het werken vanuit eigen regie. Bij elke persoon komt dit ziektebeeld anders tot uiting.

Een opvallend feit is dat elk team heeft aangegeven het geven van feedback moeilijk te vinden. 'Ik geef en ontvang feedback volgens de regels' is een subcompetentie van de hoofdcompetentie 'overtuigen en beïnvloeden'. Zorgmedewerkers stellen dat het geven van feedback makkelijker is wanneer het over de bewoner gaat. Wanneer het gaat om het functioneren van een collega, wordt dit moeilijker gevonden. Dat men deze subcompetentie minder beheerst blijkt ook uit de kaartverdeling in de silhouetmethode.

5.1.2 Dickninge

De zorgmedewerkers zien eigen regie als één van de belangrijkste aspecten in de zorg. De bewoner staat op nummer één. Dat eigen regie een breed begrip is, blijkt uit de hoeveelheid thema's die door de zorgmedewerkers genoemd is, zoals: de keuzemogelijkheden van de bewoner, belemmerende factoren als familiebotsingen en ideaalbeelden die bereikt kunnen worden met eigen regie. Daarnaast is eigen regie in de psychogeriatrische context complex. Dit kan geconcludeerd worden uit de belemmerende factoren omtrent werken vanuit eigen regie en de dilemma's die zijn genoemd.

Wanneer men nadenkt over het bevorderen van eigen regie komen belemmerende en ondersteunende factoren naar voren. Ondersteunende factoren als: een goede benadering van de bewoner, het kennen van de levensgeschiedenis, samenwerking en een veilige werksfeer waarin zelfreflectie gestimuleerd wordt, staan centraal. Hoge werkdruk, het niet bespreken van incidenten en de invloed van de eigen normen, waarden en grenzen van de zorgmedewerker op het verlenen van zorg, hebben een belemmerende invloed op het werken vanuit eigen regie.

De competenties die team Dickninge beheerst zijn: begeleiden, op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten, omgaan met verandering en aanpassen en vakdeskundigheid toepassen. Competenties die men momenteel minder beheerst zijn: overtuigen en beïnvloeden, analyseren, aandacht en begrip tonen, formuleren en rapporteren, begeleiden en omgaan met verandering en aanpassen. Competentieontwikkeling kan volgens het team door het creëren van bewustwording, oefening en herhaling, het hebben van zelfkennis en deelname aan intervisiebijeenkomsten. Competentieontwikkeling is niet alleen mogelijk in minder beheerste competenties maar ook in de beheerste competenties. Competenties kunnen nooit volledig onder de knie zijn, volgens het team.

Wanneer er volledig gewerkt wordt vanuit de eigen regie zal dit volgens het team een positieve invloed hebben op het algehele welzijn van de bewoner en verwacht men dat er minder incidenten zullen plaatsvinden. Specifieke voorbeelden van mogelijk te verminderen incidenten zijn niet genoemd.

5.1.3 Havixhorst

Team Havixhorst noemt dat de bewoner mag bepalen binnen zijn of haar eigen mogelijkheden en binnen reële en haalbare kaders. Goede communicatie is de rode draad in het werken vanuit eigen regie. Eigen regie in de psychogeriatric is complex. Dit blijkt uit het feit dat het gedrag van zorgvragers met dementie voortdurend verandert en daarnaast blijkt dit uit het gegeven dat de omgang met deze zorgvragers wisselend is door het steeds weer verkrijgen van nieuwe inzichten. Tevens blijkt de complexiteit uit de naar voren gekomen dilemma's: grenzen stellen en strubbelingen omtrent familieparticipatie.

Bij het bevorderen van eigen regie spelen zowel ondersteunende als belemmerende factoren een rol. Het tonen van empathie en het deels loslaten van je eigen normen en waarden, flexibiliteit, het verdiepen in de levensgeschiedenis van de bewoner en familieparticipatie werken ondersteunend. Daarentegen zijn werkdruk, de invloed van de eigen normen en waarden en een gebrek aan kennis over de bewoner belemmerend genoemd.

Team Havixhorst beheerst de volgende competenties: omgaan met verandering en aanpassen, aandacht en begrip tonen, formuleren en rapporteren, vakdeskundigheid toepassen, overtuigen en beïnvloeden, op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten en begeleiden. Als minder beheerste competenties zijn overtuigen en beïnvloeden, analyseren, omgaan met verandering en aanpassen, formuleren en rapporteren, begeleiden en op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten naar voren gekomen. De ontwikkeling van competenties is mogelijk wanneer er voldoende personeel werkzaam is waardoor werkdruk vermindert, zorgmedewerkers een open houding hebben en wanneer er haalbare doelen gesteld worden die zorgen voor succeservaringen.

De bewoner zal meer centraal staan wanneer team Havixhorst volledig werkt vanuit eigen regie. Daarnaast zal hierdoor het zelfstandigheidsgevoel van de bewoner vergroot worden, wat samen met verscheidene andere genoemde aspecten een positieve invloed heeft op het welzijn van de bewoner.

5.1.4 Lankhorst

Team Lankhorst stelt dat de term eigen regie een veranderlijk begrip is. Door de jaren heen wordt er anders over de term en de werkwijze gedacht. Wanneer team Lankhorst nu nadenkt over eigen regie komt de keuze van de bewoner sterk naar voren. Het aanbieden van keuzemogelijkheden en het respect hebben voor gemaakte keuzen staan centraal.

Wanneer er nagedacht wordt over het bevorderen van eigen regie is het tonen van empathie ondersteunend. Tevens zijn het deels loslaten van de 'eigen ik', acceptatie van verschillende werkwijzen en samenwerking naar voren gekomen. Belemmerend is onder andere de invloed van de normen en waarden van de medewerkers en hoge werkdruk door tekorten in personeelsbezetting van de afdeling. Ook heeft de groepsdynamica binnen de bewonersgroep een belemmerende invloed op de eigen regie.

Wanneer er gekeken wordt naar het competentieprofiel beheerst men: op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten, omgaan met verandering en aanpassen, aandacht en begrip tonen, overtuigen en beïnvloeden, vakdeskundigheid toepassen, analyseren en begeleiden. Competenties die minder beheerst zijn volgens het team: 'formuleren en rapporteren', 'vakdeskundigheid toepassen', 'begeleiden', 'overtuigen en beïnvloeden', 'analyseren' en 'omgaan met verandering en aanpassen'. Aspecten die volgens het team kunnen bijdragen aan competentieontwikkeling zijn samenwerken, goede communicatie en methodisch werken. Daarnaast stelt men dat ontwikkeling altijd mogelijk is.

Het volledig werken vanuit de eigen regie zorgt voor een verhoogd welzijn van de bewoner. Daarnaast verwacht het team meer voldoening uit het werk te kunnen halen.

5.1.5 Lindenhorst

Team Lindenhorst stelt dat de term eigen regie een naam is voor een werkwijze die al gehanteerd wordt. De gewoontes, normen en waarden van de bewoner als uitgangspunt nemen acht men belangrijk. Het stellen van grenzen wordt echter wel als noodzakelijk gezien voor de psychogeriatrische doelgroep.

Belemmerende en ondersteunende factoren komen naar voren wanneer men nadenkt over het bevorderen van eigen regie. Veiligheid, familieparticipatie, bewustwording, leergierigheid, normen en waarden deels loslaten, levensgeschiedenis en samenwerking met collega's zou ondersteunend werken. Belemmerend in het werken vanuit eigen regie is de tijdsdruk en de afhankelijkheid die de bewoner heeft ten opzichte van de zorgmedewerker.

Aandacht en begrip tonen, op de behoefte/verwachtingen van de cliënt richten en analyseren zijn competenties waarin volgens de gestelde normen in dit onderzoek niet duidelijk

aantoonbaar is of men deze competenties meer of minder beheerst. De competenties die men beheerst zijn: overtuigen en beïnvloeden en aandacht en begrip tonen. Minder beheerst men de competenties: formuleren en rapporteren, omgaan met verandering en aanpassen, overtuigen en beïnvloeden, vakdeskundigheid toepassen en begeleiden.

De eigenwaarde van de bewoner en het plezier in de laatste levensfase zullen verhogen wanneer er volledig gewerkt wordt vanuit eigen regie. Daarnaast verwachten de zorgmedewerkers een voldaan gevoel te krijgen wanneer dit doel behaald wordt.

5.2 Discussie

5.2.1 Inhoudelijk

Eigen regie staat centraal in de huidige manier van zorg verlenen. De term eigen regie is in de afgelopen jaren steeds meer opgekomen. Dat betekent echter niet dat de term volledig nieuw is. Er is in de afgelopen jaren steeds meer betekenis aan gegeven. In januari 2017 is door Zorginstituut Nederland het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgesteld. Dit vormt de wettelijke basis voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheidt vier thema's, waarvan één de autonomie van de cliënt beschrijft. Hier staat beschreven dat cliënten zoveel mogelijk de kans krijgen om zelf sturing over hun leven te houden. Voor zorgverleners houdt dit in dat zij zich primair laten leiden door de eigen wensen van de cliënt. Het gaat er met name om dat mensen zorg ontvangen, passend bij hun behoefte en persoonlijke leven (Zorginstituut Nederland, 2017). Deze recente bron geeft aan dat de eigen regie van de cliënt een steeds belangrijkere rol inneemt binnen de zorgverlening. Het is daarom terecht dat verpleegkundigen oog hebben voor deze eigen regie en hun eigen normen en waarden gedeeltelijk loslaten. Op deze manier zal ruimte gecreëerd worden voor de wens van de bewoner. Dit wordt onder andere ondersteund door de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden: *“Als verpleegkundige stel ik in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal (...) en stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager”* (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015, p. 11).

De zorgmedewerkers van De Schiphorst hebben aangegeven al veel te werken vanuit de eigen regie van de bewoner. Zeker wanneer dit vergeleken wordt met een aantal jaren geleden. Er is een grote kentering geweest van grootschalig naar kleinschalig wonen. Het aantal bewoners per huiskamer is verlaagd van veertien naar acht bewoners. Hiermee is er tevens meer invulling gegeven aan de eigen regie van de bewoners in De Schiphorst.

Algemeen onderzoeksverloop

De start van dit onderzoek heeft veel tijd en energie gekost. De verwachtingen omtrent de uitvoering van het onderzoek die wij als onderzoeksgroep hadden, kwamen niet overeen met de verwachtingen van de opdrachtgevende instelling. Het verschil in perceptie heeft geresulteerd in gesprekken waarin de verwachtingen van beide partijen zijn bijgesteld om overeen te komen. Nadat beiden hetzelfde doel voor ogen hadden, is het verdere onderzoek soepel en vlot verlopen. De planning kon gevolgd worden zoals van tevoren is opgesteld. De data is zelfs sneller voor handen geweest dan gepland, waardoor spoedig kon worden gestart met de analyse en het schrijven van het verslag.

Visie

In de afgelopen jaren is er een kentering geweest in de kijk op gezondheid. Waar het in de definitie van de World Health Organisation (WHO) in 1948 nog ging over 'een toestand van volledig, lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden', gaat het in de nieuwe definitie van Huber niet meer om de aandoening, maar om het aanpassingsvermogen en het vermogen tot zelfmanagement (Huber et al., 2011). Het onderzoek naar eigen regie sluit aan bij deze

nieuwe definitie van gezondheid. Gezondheid is niet meer statisch, maar het vermogen om aan te passen en eigen regie te voeren. Doordat de nadruk ligt op veerkracht en eigen regie, voelen patiënten zich in hun kracht aangesproken, zoals het Neuman System Model beschrijft (Verberk & Merks, 2016).

5.2.2 Methodologisch

Om de zorgmedewerkers op de hoogte te stellen van het onderzoek is overleg geweest over de best passende benaderingswijze. Middels een introductie in de wekelijkse nieuwsbrief zijn de zorgmedewerkers op de hoogte gebracht van het onderzoek. De introductie via dit weekjournaal te laten verlopen is aangeraden door de teamleiders en opdrachtgever. Via dezelfde nieuwsbrief zijn de zorgmedewerkers uitgenodigd voor de teambijeenkomst. Om kennis te maken met de zorgmedewerkers en eventuele vragen te beantwoorden is de onderzoeksgroep een dag aanwezig geweest in de vier verschillende huizen. Ondanks de kennisgeving van aanwezigheid middels de wekelijkse nieuwsbrief was niet iedereen op de hoogte. Dit blijkt onder andere uit het beperkte aantal aanwezigen tijdens de kennismakingsdag. Daarnaast is tijdens de teambijeenkomsten benoemd door zorgmedewerkers dat niet iedereen op de hoogte was van de mogelijkheid tot kennismaken.

In tabel 4 van hoofdstuk vier is de opkomst weergegeven van het aantal aanwezige zorgmedewerkers in verhouding tot het volledige team. Hoe hoger het percentage aanwezige zorgmedewerkers per team des te geldiger de uitkomsten van het onderzoek zijn voor het team. Een 100% respons is niet haalbaar aangezien er altijd zorgmedewerkers aan het werk zullen moeten zijn.

Het gebruikte competentieprofiel uit het project ZonMw (2012) is gericht op het versterken van de eigen regie van senioren die woonzaam zijn binnen een instelling. Om het profiel persoonlijker en aansprekender te maken voor de zorgmedewerkers zijn, door de onderzoeksgroep, de competenties omgezet in de ik-vorm. Tevens zijn termen als 'de klant' veranderd in 'de cliënt' om tegemoet te komen aan de standaard termen die de zorgmedewerkers van De Schiphorst hanteren. Het profiel is niet specifiek gevormd voor de psychogeriatrische doelgroep waaraan De Schiphorst zorg verleent. Tijdens de teambijeenkomst zijn de zorgmedewerkers uitgedaagd creatief na te denken over hoe de competenties uit het profiel tot uiting zouden kunnen komen in de psychogeriatrische setting. Verscheidende zorgmedewerkers hebben aangegeven bepaalde competenties slecht passend en moeilijk uitvoerbaar te vinden in de psychogeriatric. De onderzoeksgroep begrijpt de feedback maar heeft hier helaas niet op kunnen anticiperen aangezien het competentieprofiel is aangedragen door de opdrachtgevende instelling.

Alle medewerkers zijn volgens het DISC-model geanalyseerd gedurende het afgelopen jaar. Het DISC-model is een gedragsstijlanalyse ontwikkeld door William Moulton Marston. Het model onderscheidt vier verschillende gedragsstijlen, elke stijl heeft zijn eigen kleur (Schriel, 2015). Het competentieprofiel dat op kaarten is uitgedeeld aan iedere zorgmedewerker is per hoofdcompetentie verschillend gekleurd. Mogelijk is dat de zorgmedewerkers de verschillende kleuren van de competenties hebben geassocieerd met de kleuren van het DISC-model. Dit kan van invloed zijn geweest op het inschalen van de competenties tijdens de silhouetmethode.

Mensen zijn zich niet altijd bewust van het eigen handelen. Over het algemeen spreekt men liever positief dan negatief. Er kan een rooskleurig beeld geschetst zijn dat niet overeenkomt met de werkelijkheid (Baarda & Goede, 2001). Daarnaast bestaat de kans dat de gegeven antwoorden sociaal-wenselijk zijn. Mensen kunnen geneigd zijn om antwoorden te geven die een goede indruk maken (Baarda & Goede, 2001). Bij de silhouetmethode en de focusgroep is de teamleider aanwezig geweest. Dit kan hebben geleid tot een positievere uitkomst bij de silhouetmethode en sociaal-wenselijke antwoorden in het groepsinterview (Verhoeven, 2011). Een bijkomend aspect dat invloed kan hebben gehad is de aanwezigheid van de

interviewer en observerende medeonderzoekers. Dit kan tevens hebben geleid tot sociaal-wenselijke antwoorden.

Cafémethode

Zorgmedewerkers zijn in groepen van 4-6 personen verdeeld en hebben de vrijheid gekregen om iedere associatie met de term eigen regie te noteren. Vooraf is tijdens de eerste teambijeenkomst niet verteld dat de mindmaps gewisseld zouden worden tussen de groepen. De onaangekondigde roulatie van de mindmaps tussen de verschillende groepen heeft enerzijds gezorgd voor een verrassend effect, anderzijds heeft dit geresulteerd in onduidelijkheid bij de zorgmedewerkers. Er werd verwarring waargenomen. Er is voor gekozen na de eerste teambijeenkomst de roulatie bij de andere teambijeenkomsten aan te kondigen. Dit met het doel eventuele onduidelijkheid te voorkomen.

Silhouetmethode

Over de silhouetmethode is weinig literatuur voorhanden. Om deze reden is de invulling van deze methode in de bijeenkomst deels gevormd door de onderzoeksgroep. De benaming van de inleverpunten zijn voor meerdere interpretaties vatbaar. Waar de één competenties inlevert bij “onder de knie” met het idee deze redelijk te kunnen, levert de ander deze competentie in bij “redelijk in de vingers” met dezelfde achterliggende gedachte. Dit verschil in interpretatie is duidelijk naar voren gekomen tijdens de verschillende interviewvormen. Om een duidelijke lijn te trekken in de mate van beheersing van competenties heeft de onderzoeksgroep ervoor gekozen competenties beheerst te noemen wanneer meer dan 50% ingeleverd is bij “onder de knie” en minder beheerst te noemen wanneer minder dan 50% is ingeleverd bij “onder de knie”. Achteraf gezien had de onderzoeksgroep voorafgaand aan deze methode duidelijkheid moeten verschaffen aan de zorgmedewerkers over wanneer een competentie als beheerst bestempeld zou worden en wanneer een competentie als minder beheerst wordt bestempeld.

Om verschil in interpretatie en eventuele onduidelijkheden te voorkomen zijn de competenties uit het gebruikte profiel gezamenlijk doorlopen. Hierbij hebben de zorgmedewerkers ruimte gekregen voor het stellen van vragen.

De zorgmedewerkers zijn in dezelfde ruimte aanwezig geweest op het moment dat ze, individueel, de competenties in de gekozen inleverpunten hebben ingeleverd. Indirect is hierdoor zichtbaar geweest welke keuze men heeft gemaakt. Dit heeft kunnen leiden tot onderling vergelijk, ofwel ‘social comparison’, dat invloed zou kunnen hebben op de zorgmedewerkers die de verdeling nog moesten maken (Baarda & Goede, 2001).

Focusgroep

Tijdens het groepsinterview is ervoor gekozen de volledige groep te laten deelnemen in één interview. Dit heeft geresulteerd in een groepsgrootte die varieert van 12 tot 27 zorgmedewerkers. De respons vanuit de groep kwam veelal vanuit dezelfde personen. Wanneer ervoor gekozen zou zijn de groep op te splitsen in kleinere groepen wordt er verwacht meer respons te krijgen vanuit zorgmedewerkers die in een grote groep minder respons geven.

De aanwezigheid van video-/audioapparatuur, voor de documentatie, kan van invloed zijn geweest op het veiligheidsgevoel van de deelnemers. De kans bestaat dat de zorgmedewerkers hierdoor minder vrijuit hebben gesproken. Echter is er meermaals nadrukkelijk benoemd dat de video-/audiobestanden vijf jaar na afronding van het onderzoek verwijderd zullen worden. Tevens is benoemd dat de data volledig anoniem blijft. Het interviewschema voor het groepsinterview is erg uitgebreid. Tijdens de eerste teambijeenkomst is geconstateerd dat volledig vasthouden aan het interviewschema niet het gewenste resultaat heeft. Middels observatie werd duidelijk dat de aandacht en interesse van de zorgmedewerkers geleidelijk af nam. Om deze reden is ervoor gekozen het schema als handvat te gebruiken in plaats van alle vragen één voor één te stellen. Sommige vragen zijn

hierdoor onderbelicht gebleven. Het deels loslaten van het interviewschema heeft een positieve uitwerking gehad. Er ontstond bij elk team de mogelijkheid in te gaan op specifieke onderwerpen die leven binnen het team. Door de aandacht te geven aan levende onderwerpen binnen de teams, is per team passend advies gevormd voor de ontwikkeling in het werken vanuit eigen regie.

Tijdens het eerste groepsinterview is duidelijk geworden dat de zorgmedewerkers het competentieprofiel nodig hadden om hier tijdens het interview aan te refereren. Zorgmedewerkers gaven aan niet meer te weten welke subcompetenties er in het profiel beschreven staan en in welk inleverpunt men deze heeft ingeleverd. Ten gevolge van deze feedback is er tijdens de overige drie bijeenkomsten een formulier uitgedeeld waarop het volledige competentieprofiel uitgeschreven staat. Tevens heeft men hierop kunnen aangeven in welk inleverpunt de competenties zijn ingeleverd.

Om de betrouwbaarheid van de interviews te waarborgen zijn de interviews steeds door dezelfde onderzoeker afgenomen. Hierin hebben de overige onderzoekers een observerende en ondersteunende rol gespeeld. Waar het voor de interviewer tijdens het eerste groepsinterview onwennig was om het interview te leiden en te sturen, is gedurende de andere teambijeenkomsten duidelijk groei zichtbaar geweest.

Diepte-interviews

Ter voorbereiding op het interview is de workshop 'interviewtraining' aan Hogeschool Viaa gevolgd. Het diepte-interview is afgenomen volgens een vooraf opgesteld interviewschema. Daardoor zijn alle interviews afgenomen volgens dezelfde structuur. Dit heeft de mogelijkheid gegeven meerdere interviewers in te zetten. Niet iedere interviewer heeft zich vastgehouden aan de volgorde van de opgestelde vragen. De volgorde van de gestelde vragen is afhankelijk geweest van het verloop van het gesprek. Ondanks het verschil in volgorde heeft iedere interviewer alle benodigde data kunnen verzamelen. Niet alle interviews zijn op hetzelfde moment afgenomen. Het grootste gedeelte van de interviews is direct na de groepsbijeenkomst afgenomen. Dit heeft ervoor gezorgd dat de respondent het onderwerp nog vers in het geheugen had. Bij de interviews die op een later moment zijn afgenomen is eerst een korte introductie gegeven om het onderwerp weer levend te krijgen. Daarnaast is het formulier met het volledige competentieprofiel aangereikt aan de respondent.

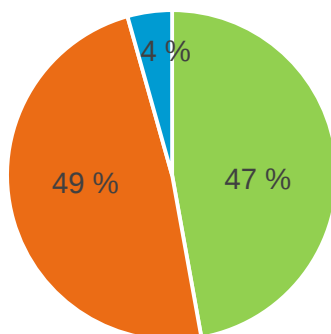
Het diepte-interview is zonder leidinggevende afgenomen. Er is minder kans op sociaal-wenselijke antwoorden bij afwezigheid van collega's en/of een leidinggevende. De aanwezigheid van één andere onderzoeker heeft mogelijk geleid tot een groter veiligheidsgevoel van de respondent ten opzichte van het groepsinterview. Daarentegen is elk interview vastgelegd middels video-/audioapparatuur. Dit kan een belemmerende invloed hebben gehad op het veiligheidsgevoel van de respondent. De opnames zijn echter wel noodzakelijk voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

5.2.3 Resultaten

De uitkomsten van de kwalitatieve data en de kwantitatieve data zijn niet helemaal congruent. Opvallend is dat er 4% van de totaal ingeleverde kaarten is ingeleverd bij het inleverpunt 'ik kan hier (nog) niet mee uit de voeten', dit is te zien in figuur 8 en tabel 19. Tijdens de verschillende interviews is echter naar voren gekomen dat meerdere competenties die ingeleverd zijn bij 'ik heb dit redelijk in de vingers' en 'ik heb dit onder de knie' niet volledig worden beheerst volgens de zorgmedewerkers. De niet volledig congruente data is wellicht veroorzaakt door het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden. Verscheidene competenties zijn middels de ene methode aangemerkt als minder beheerst terwijl middels een andere methode dezelfde competentie is aangemerkt als beheerst. De verschillen in uitkomst vanuit de gebruikte methoden wordt door de onderzoeksgroep niet gezien als falen van het onderzoek. De gegevens vullen elkaar aan en laten zien waar ruimte is voor discussie en waar verder onderzoek nodig is. Deze uitkomsten tonen aan dat het gebruik van verschillende methoden nodig is om niet blind te varen op

resultaten uit slechts één methode. Opvallende verschillen in de resultaten zijn in onderstaande tekst per team beschreven.

■ onder de knie ■ Redelijk in de vingers ■ Nog niet mee uit de voeten



Figuur 8: Totaalbeeld silhouetmethode De Schiphorst

	Onder de knie	Redelijk in de vingers	(Nog) niet mee uit de voeten	Totaal
Dickninge	106	140	6	252
Havixhorst	184	130	22	336
Lankhorst	287	260	20	567
Lindenhorst	136	203	18	357
Totaal	713	733	66	1512
Totaal %	47%	49%	4%	100%

Tabel 18: Totaalanalyse silhouetmethode De Schiphorst

Dickninge

‘Omgaan met verandering en aanpassen’ is zowel aangemerkt als minder beheerst als beheerst.

Havixhorst

De competentie ‘overtuigen en beïnvloeden’ is in het kwantitatieve deel van het onderzoek als minder beheerst bestempeld. Minder dan 50% van de kaarten omtrent deze competentie is ingeleverd bij het inleverpunt ‘onder de knie’. Tijdens het kwalitatieve onderzoek is echter gezegd dat deze competentie beheerst wordt doordat de competentie regelmatig in de praktijk nodig is.

De competentie ‘begeleiden’ is in een individueel interview aangemerkt als beheerste competentie. De groep heeft middels de silhouetmethode aangegeven deze competentie minder te beheersen.

De competenties ‘omgaan met verandering en aanpassen’ en ‘formuleren en rapporteren’ zijn beiden in het kwantitatieve onderzoek aangemerkt als beheerst. Tijdens een individueel interview is echter aangegeven deze competenties minder te beheersen.

Lankhorst

‘Overtuigen en beïnvloeden’ en ‘vakdeskundigheid toepassen’ zijn in zowel het groepsinterview als in de individuele interviews als beheerst gekenmerkt. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt echter dat de zorgmedewerkers aangeven deze competenties minder te beheersen.

De competentie ‘omgaan met verandering en aanpassen’ is in kwantitatief onderzoek bestempeld als beheerst, terwijl deze in kwalitatief onderzoek benoemd is als minder beheerst.

Lindenhorst

‘Overtuigen en beïnvloeden’ is tijdens het kwantitatieve onderzoek naar voren gekomen als minder beheerste competentie, individueel is deze competentie echter aangemerkt als beheerst.

5.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf zijn aanbevelingen beschreven naar aanleiding van de resultaten en conclusies. De aanbevelingen zijn opgesplitst in drie verschillende niveaus. Op microniveau worden aanbevelingen gegeven die zorgmedewerkers persoonlijk kunnen hanteren. Op mesoniveau volgen de aanbevelingen voor de gehele teams. Op macro niveau zijn aanbevelingen geformuleerd voor Zorggroep Noorderboog.

5.3.1 Microniveau

Laat je eigen normen, waarden en gewoontes gedeeltelijk los

Gedurende het onderzoek is door alle huizen genoemd dat de eigen normen, waarden en gewoontes van de zorgmedewerkers belemmerend kunnen werken voor de eigen regie van de bewoners. De normen, waarden en gewoontes zullen meer losgelaten moeten worden om ruimte te creëren voor de normen, waarden en gewoontes van de bewoner. Dit betekent dat de zorg anders ingevuld moet gaan worden dan de manier waarop deze nu is vormgegeven.

De zorgmedewerker moet niet vanuit eigen normen en waarden handelen, maar moet zich verplaatsen in de bewoner. De bewoner en diens wensen dienen centraal te staan in de zorgverlening (Kuhlmann & Brandsma, 2015).

Verdiep je in de levensgeschiedenis van de bewoner

Vanuit verschillende teams is naar voren gekomen dat de kennis over de levensgeschiedenis van de bewoner met enige regelmaat tekort schiet. Zorgmedewerkers benoemen het kennen van deze geschiedenis bevorderend te vinden voor het werken vanuit de eigen regie van de bewoner. In gesprek gaan met familie over wie iemand geweest is kan helpen bij het creëren van een compleet persoonsbeeld. Omdat dementie een progressieve ziekte is, is het belangrijk het achterhalen van de levensgeschiedenis een continu proces te laten zijn (Leussen, 2012). Op deze manier kunnen ook de normen, waarden en gedachten van de bewoner achterhaald worden, zodat men hier in de zorgverlening rekening mee kan houden. Hulpmiddelen die vanuit verschillende teams zijn aangedragen voor het vastleggen van de levensgeschiedenis zijn een levensboek, uitgebreid cliëntprofiel in het patiëntdossier of een herinneringendoos.

5.3.2 Mesoniveau

Organiseer per team tweewekelijks intervisiebijeenkomsten

Uit de kwalitatieve data komt naar voren dat de medewerkers van Havixhorst kunnen groeien in de competenties mits er een open houding is naar elkaar. Daarnaast willen Dickninge en Havixhorst de communicatie verbeteren. Lankhorst geeft aan samenwerking en communicatie essentieel te vinden voor competentieontwikkeling. Team Lindenhorst ziet samenwerking met collega's en bewustwording van het eigen handelen als een ondersteunende factor voor het bevorderen van de eigen regie van de bewoner. Door samenwerking ondersteunen de zorgmedewerkers elkaar in de vormgeving van zorg (Kuhlmann & Brandsma, 2015). Tevens benoemen alle teams het geven van feedback aan collega's moeilijk te vinden. Intervisie is een mooie mogelijkheid om al deze bovengenoemde aspecten te kunnen waarborgen. Binnen intervisiebijeenkomsten kan men elkaar vragen stellen, situaties ophelderen, leren van elkaars werkwijzen en leren communiceren. Intervisie kan veel inzicht en herkenning opleveren. Door intervisie binnen de teams kunnen zorgmedewerkers ervaren welke gemeenschappelijke elementen er zijn binnen het team. Tevens kan intervisie het inzicht geven dat de groep zelf in staat is om zinvolle oplossingen

aan te dragen. Dit versterkt het vertrouwen in eigen oplossend vermogen. Intervisie versterkt de onderlinge band en verbetert de interactie in de groep (Hornman, Dilven, & Leeuwen, 2010). Daarnaast komt in het onderzoek naar voren dat met elkaar in gesprek gaan, kan helpen bij het ontwikkelen van competenties. Men kan van elkaar leren. Het structureel met elkaar om tafel gaan kan helpen om ideeën uit te wisselen (Smit, 2010). Aspecten die als lastig ervaren worden door de teams, zoals het geven van feedback en communiceren, kunnen invulling geven aan intervisiebijeenkomsten.

Stel per team één aandachtsvelder ‘eigen regie’ aan

Het advies is om één aandachtsvelder ‘eigen regie’ aan te stellen per team. Deze dient als aanspreekpunt voor de zorgmedewerkers, voor de werkgroep ‘versterken werk-leerklimaat’ en voor de volgende onderzoeksgroepen die bezig gaan met die thema. Deze aandachtsvelders zorgen voor de continuïteit in het bevorderen van eigen regie. Het is van belang dat deze aandachtsvelder alert is op de werkwijze van de zorgmedewerkers en zijn of haar collega’s durft aan te spreken wanneer de eigen regie van de bewoner in het geding dreigt te komen. Een open houding is belangrijk als de aandachtsvelder als vraagbaak wil fungeren omtrent het thema ‘eigen regie’.

5.3.3 Macroniveau

Start onderzoek naar de oorzaken van het ervaren van hoge werkdruk

De zorgmedewerkers van De Schiphorst ervaren een hoge werkdruk. Het ervaren van deze werkdruk wordt als belemmering gezien voor het werken vanuit de eigen regie van de bewoner. Aanvullend onderzoek is nodig om aan te tonen wat de oorzaak is van het feit dat de zorgmedewerkers de werkdruk als hoog ervaren. Er is een omslag nodig in de manier van denken over de hoge werkdruk. Zo wordt beschreven dat men tijd wint door zoveel mogelijk in te gaan op de behoeften van de cliënt. Bewoners kunnen dan meer leven vanuit hun eigen gewoontes, normen en waarden. Dit zou kunnen bijdragen aan meer rust voor de bewoner en de zorgmedewerker (Kuhlmann & Brandsma, 2015). Om de bewoners ‘in hun kracht’ te zetten, is het nodig dat de zorgmedewerkers niet haastig en onrustig werken. In het boek ‘Tijd voor zorg, zorg voor tijd’ wordt hier aandacht aan besteed (Verbeek, 2016). Op het gebied van de ervaren werkdruk ligt ook een rol voor de leidinggevenden. Onder klachten over de werkdruk ligt vaak een behoefte aan erkenning. Leidinggevenden moeten luisteren naar de zorgmedewerkers en hen waarderen in wat ze moeten geven in hun werk (Kuhlmann & Brandsma, 2015).

Verbeter de beweegtuin

Verschillende medewerkers vinden de beweegtuin een mooie manier om tegemoet te komen aan de eigen regie van de bewoner. Dit werd onder andere aangegeven tijdens verschillende diepte-interviews. Wanneer bewoners zelf naar binnen en naar buiten kunnen als ze dit willen, levert dit een harmonieuze sfeer op volgens verschillende medewerkers. Zorgmedewerkers willen de bewoners graag de vrijheid geven in en uit te lopen, maar merken dat het volledig laten gaan van de bewoners niet mogelijk is in de huidige vorm. Bewoners kunnen relatief makkelijk de tuin verlaten zonder dat dit opgemerkt wordt door de zorgmedewerkers.

Faciliteer bijscholingen voor zorgmedewerkers

Uit literatuur komt naar voren dat er beperkt aandacht gegeven wordt aan de psychogeriatric in de opleiding van de huidige en toekomstige zorgmedewerkers. Dit terwijl de zorg voor bewoners met een psychogeriatrische aandoening vaak veeleisend en complex is. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de zorgmedewerkers onvoldoende voorbereid aan het werk gaan in de psychogeriatric (Hoogeveen, 2008); (Reuser & Staalman, 2014). De werkgroep ‘Versterken werk-leerklimaat’ zou bijscholingen en cursussen moeten faciliteren voor de zorgmedewerkers. In de scholing moet centraal staan: “Op welke wijze kun je de regie overnemen en de autonomie van de ander toch recht doen?” (Hoogeveen & Geelen, 2008). Meer scholing wordt over het algemeen als goed ervaren. Dit betekent echter niet dat er

hoger geschoold personeel aangenomen zou moeten worden. Er moet op organisatorisch niveau gezorgd worden voor goede condities waarin het personeel kan werken.

“Als deze mbo-professionals in sterke teams werken met weinig personeelsverloop en adequaat worden ondersteund door bekwame ouderenpsychologen, specialisten ouderengeneeskunde en een gespecialiseerde mbo-verzorgende psychogeriatric, leidt dit naar onze mening tot veel betere kwaliteit van zorg aan mensen met dementie dan wanneer er hbo-opgeleide verpleegkundigen worden ingezet.”

(Reuser & Staalman, 2014).

In de zorg voor psychogeriatrische zorgvragers worden de vraagstukken echter steeds gecompliceerder. Wanneer er recht gedaan wordt aan de kwaliteit van leven is er voor deze vraagstukken wel deskundigheid nodig. Tevens is de onderzoekscultuur in de ouderenzorg relatief onderontwikkeld. Hierin kunnen HBO-verpleegkundigen een aanvulling zijn op het personeelsbestand (Reuser & Staalman, 2014).

5.4 Terugblik

De doelstelling van het onderzoek is ruimschoots behaald. Alle aspecten van de doelstelling hebben een duidelijke plek gekregen in het onderzoek. De verschillen in visie van de zorgmedewerkers van De Schiphorst zijn aangetoond middels de kwalitatieve onderzoeksmethoden. In de beschrijving van de resultaten en conclusies komen de verschillende denkwijzen over eigen regie duidelijk naar voren, tevens is belicht waarover de zorgmedewerkers hetzelfde denken. De zorgmedewerkers zijn op een interactieve manier bezig geweest met de eigen regie van de bewoner. Dit heeft geresulteerd in bewustwording over de plaats van eigen regie in de dagelijkse zorgverlening. De benodigde competenties rond eigen regie zijn in kaart gebracht middels de kwantitatieve- en de kwalitatieve onderzoeksmethoden. Er zijn aanbevelingen gevormd om De Schiphorst meer tegemoet te laten komen aan de eigen regie van de bewoner.

Bibliografie

Alzheimer Nederland. (2016). *Cijfers en feiten over dementie*. Utrecht: Alzheimer Nederland.

Alzheimer Nederland., & Vilans. (2013). Zorgstandaard onafhankelijke aspecten. In Alzheimer Nederland., & Vilans, *Zorgstandaard dementie* (pp. 56-60). Utrecht: Vilans

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.

Baarda, D., & Goede, M. de. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Baarda, D., Goede, M. de., & Meer-Middelburg, A. van der. (2007). *Basisboek Interviewen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Bardendsen, E. (z.j.). *Van vraag naar antwoord*. Nijmegen: Radboud universiteit.

Kuhlmann, K., & Brandsma, F. (2015). 'Kijk, luister, voel aan en beweeg mee': Beter zorgen voor ouderen met dementie. *Denkbeeld*, 27(6), 26-28.

Brink, C. (2012). *Werken vanuit Zelfregie: Wat houdt het in?*. Utrecht: Movisie

Brink, C., & Veen, N. van der. (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid: De begrippen ontward*. Utrecht: Movisie.

Brown, J. (2002). *The world Café: A Resource Guide for Hosting Conversations That Matter*. Mill Valley: Whole Systems Associations.

Boer, N. de., & Lans, J. van der. (2011). *Burgerkracht: De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.

CGMV vakorganisatie voor christenen., CNV Zorg & Welzijn., FNV Zorg & Welzijn., HCF Nederland., NU'91., RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN. (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij

Dale, J. van. (2015). Van Dale. Utrecht: van Dale

Dingemanse, K. (2015). *Soorten interviews*. Geraadpleegd op 5-9-2016, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>

Engels, J. (2016). *Zelfmanagement en eigen regie*. Geraadpleegd op 29-11-2016, van Zorgvoorbeter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderzorg/Zelfredzaamheid-zelfmanagement-ouderen.html>

Grit, R., & Julsing, M. (2012). *Zo doe je een onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff.

Hoekman, E. (2016). *College kwalitatieve en kwantitatieve dataverzameling*. Sheet 29: interviewschema. Zwolle: Hogeschool Viaa.

Hoogeveen, F. (2008). Vooraankondiging: congres 'Psychogeriatric: een opleiding apart!'. *Denkbeeld*, 20(1), 29

Hoogeveen, F., & Geelen, P. (2008). Psychogeriatric een aparte opleiding!. *Denkbeeld*, 20(5), 28-29

- Hogewoning, R. (2011). *Doorvragen*. Geraadpleegd op 4-1-2017, van <http://www.streng.nl/doorvragen-1/>
- Horn, E. van der., & Spronsen, A. van. (2016). Wat weet je eigenlijk?: Inzicht in kennis door Kennismonitor Dementie. *Denkbeeld*, 28(6), 28-29
- Hornman, M., Dilven, W., & Leeuwen, C. van. (2010). De kracht van Intervisie. *Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs*, 34(1), 1-4
- Huber, M., Knotterus, A., Green, L., Horst, H. van der., Jahad, A., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health?. *British Medical Journal*, 343:d4163
- Jansen, A., Osté, J., Vierhuis, J., Fassaerts, T., Lauriks, S., & Meeteren, S. (2011). *De zelfredzaamheid-matrix*. Amsterdam: Leijten.
- Jong, A. de. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Kahrimanovic, M. (2014). *Inzicht krijgen in de user journey: focusgroep, diepte-interview of allebei?*. Geraadpleegd op 3-9-2016, van <https://www.frankwatching.com/archive/2014/10/06/inzicht-krijgen-in-de-user-journey-focusgroep-diepte-interview-of-allebei/>
- Kaljouw, M. (2014). Veranderen. *Denkbeeld*, 26(1), 5
- Kleijn, H., & Rorink, F. (2012). *Verandermanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Korswagen, C. (1992). Het groepsinterview. In C. Korswagen, *Doeltreffend leiding geven en deelnemen aan twee- en vraaggesprekken* (p. 112). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. (2004). *Handleiding focusgroepen*. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Geraadpleegd op 3-9-2016, van <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/www.communicerenmetarmen.be/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf>
- Lange, J. de. (2004). *Omgaan met dementie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Leussen, C. van. (2012). Palliatieve zorg: Het belang van levensverhalen. *Multidisciplinair tijdschrift over palliatieve zorg*, 7 (3), 8-10
- Luijck, P., Kilsdonk, M., & Bossers-Nabben, M. (2015). *Mensgerichte (ouderen) zorg; 'merkbaar beter'!?: Projectidee voor toegepast wetenschappelijk promotieonderzoek*, van <https://www.planetree.nl/wp-content/uploads/2015/12/150108-Projectvoorstel-Planetree.pdf>
- Mighebrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Noorderboog. (2015). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 29-11-2016, van <https://www.noorderboog.nl/over-noorderboog/missie-en-visie>
- Ossenwaarde, R. (2006). *Eigen verantwoordelijkheid: Bevrijding of Beheersing, RMO series*. Den Haag: SWP.

Reuser, M., & Staalman, E. (2014). Om de zorg aan mensen met dementie te verbeteren zijn meer hbo-opgeleide verpleegkundigen nodig. *Denkbeeld* 26(5), 10

Schriel, P. (2015). *Wat is de DISC methode: Persoonlijkheidstest, assessment of analyse?*. Geraadpleegd op 6-5-2017, van <http://patrickschriel.nl/2015/02/28/wat-is-de-disc-methode-persoonlijkheidstest-assessment-of-analyse/>

Sietsma, H., Bettenbroek, R., Aalderen, A. van., Ijbema, A., Brunink, K., Groot, A. de., & Keulen, A. van. (2016). *Ondernemingsplan Concept Specialistische Zorg*. Meppel: Noorderboog

Smit, D. (2010). Samen op weg naar goede zorg voor mensen met dementie. *Denkbeeld* 22(2), 29

V&V. (2012). *V&V 2020 Deel 3: Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&V

Verbeek, G. (2016). *Tijd voor zorg, zorg voor tijd*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verberk, F., & Merks, A. (2013). *Verpleegkunde volgens het Neuman System Model*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?*. Den Haag: Boom Lemma.

Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg*. Jutrijp: Verkooijen en Beima.

Vos, M., & Doorn, K. van. (2014). *Empowerment over laten en doen*. Delft: Eburon.

VSNU. (2005). *Gedragscode van gebruik van persoonsgegevens in wetenschappelijk onderzoek*. Den Haag: VSNU.

WHO. (1948). *WHO definition of health*. Geraadpleegd op 29-11-2016, van <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Wobben, W. (2016). *Een blik op eigen regie* (Managementrapportage project eigen regie De Schiphorst locatie Oosterboer). Zwolle, Meppel.

ZonMW. (2012). *Handleiding scholingstraject seniorenkracht en eigen regie: Voor zorgmedewerkers*. Geraadpleegd op 23-1-2017, van <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/c257e1db01be47e49b7592fba4c0cad2/cursistenhandleiding-seniorenkracht-en-eigen-regie-20-3-2013.pdf>

Zorgcombinatie Noorderboog. (2016). *Informatie locatie De Schiphorst*. Geraadpleegd op 29-12-2016, van <https://www.noorderboog.nl/locaties/de-schiphorst>

Zorginstituut Nederland. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Bijlagen

Cafémethode

Bijlage 1	Mindmap cafémethode Dickninge
Bijlage 2	Analyseschema cafémethode Dickninge
Bijlage 3	Mindmap cafémethode Havixhorst
Bijlage 4	Analyseschema cafémethode Havixhorst
Bijlage 5	Mindmap cafémethode Lankhorst
Bijlage 6	Analyseschema cafémethode Lankhorst
Bijlage 7	Mindmap cafémethode Lindenhorst
Bijlage 8	Analyseschema cafémethode Lindenhorst

Silhouetmethode

Bijlage 9	Onderzoeksinstrumenten silhouetmethode
Bijlage 10	Exacte aantallen silhouetmethode Dickninge
Bijlage 11	Exacte aantallen silhouetmethode Havixhorst
Bijlage 12	Exacte aantallen silhouetmethode Lankhorst
Bijlage 13	Exacte aantallen silhouetmethode Lindenhorst
Bijlage 14	Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Dickninge
Bijlage 15	Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Havixhorst
Bijlage 16	Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Lankhorst
Bijlage 17	Analyse silhouetmethode staafdiagrammen Lindenhorst
Bijlage 18	Totaalbeeld kaartverdeling silhouetmethode De Schiphorst

Focusgroep en diepte-interviews

Bijlage 19	Onderzoeksinstrument focusgroep
Bijlage 20	Onderzoeksinstrument diepte-interview
Bijlage 21	Mindmap focusgroep en diepte-interviews Dickninge
Bijlage 22	Analyseschema focusgroep Dickninge
Bijlage 23	Analyseschema diepte-interviews Dickninge
Bijlage 24	Mindmap focusgroep en diepte-interviews Havixhorst
Bijlage 25	Analyseschema focusgroep Havixhorst
Bijlage 26	Analyseschema diepte-interviews Havixhorst
Bijlage 27	Mindmap focusgroep en diepte interviews Lankhorst
Bijlage 28	Analyseschema focusgroep Lankhorst
Bijlage 29	Analyseschema diepte-interviews Lankhorst
Bijlage 30	Mindmap focusgroep en diepte-interviews Lindenhorst
Bijlage 31	Analyseschema focusgroep Lindenhorst
Bijlage 32	Analyseschema diepte-interviews Lindenhorst

Overige bijlagen

Bijlage 33	Introductie onderzoek en afstudeergroep weekjournaal
Bijlage 34	Brief naar de teamleiders