Eindrapportage  
Praktijkonderzoek afstuderen

Technologische hulpmiddelen en zelfredzaamheid,

een inventarisatie van zorgsituaties

## Fontys Hogeschool Verpleegkunde Bachelor opleiding tot verpleegkundige - Voltijdvariant

## XXX (X) Thuiszorgteams A en B

**Afstudeergroep** Myrthe Pronk – 2190648

Gabriëlle Wilmsen – 2178697

**Opdrachtgevers** Mw. F. van Lieshout  
 Mw. E. Donkers

Mw. S. van Maar

**Projectbegeleider** Mw. T. van der Zijpp

**Examinators** Mw. C. Nierse

Mw. K. Teunissen 26 juni 2015

Versie 1.0

# Voorwoord

Voor u ligt de eindrapportage van het praktijkonderzoek afstuderen ‘Technologische hulpmiddelen en zelfredzaamheid, een inventarisatie van zorgsituaties’. Het praktijkonderzoek afstuderen is uitgevoerd bij de XXX (X). Er is onderzoek gedaan naar zorgsituaties waarin met behulp van technologische hulpmiddelen de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt ondersteund kan worden.

De eindrapportage is de schriftelijke verantwoording voor ons afstuderen aan de Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven. Van februari 2015 tot en met juni 2015 zijn wij, Myrthe Pronk en Gabriëlle Wilmsen, met veel enthousiasme bezig geweest met praktijkonderzoek afstuderen.

De opdracht voor ons praktijkonderzoek afstuderen is tot stand gekomen dankzij Teatske van der Zijpp. Zij heeft namens het Lectoraat Fontys Hogeschool Verpleegkunde de opdracht omschreven en ons de kans gegeven deze uit te voeren. Gedurende het praktijkonderzoek afstuderen heeft Teatske van der Zijpp opgetreden als projectbegeleider. Hierbij stond zij altijd klaar om onze vragen te beantwoorden en kritische feedback te geven. Wij willen haar hiervoor bedanken. Zonder haar zouden wij niet zo ver gevorderd en gegroeid zijn.

Ook willen wij graag Famke van Lieshout, Els Donkers en Sylvia van Maar bedanken. Zij hebben ons in de juiste richting gestuurd. Daarnaast willen wij onze familie en vrienden bedanken voor hun steun en geduld tijdens ons afstuderen.

Als laatste willen wij de examinatoren Christi Nierse en Kristel Teunissen bedanken voor het examineren van onze stukken zodat wij nu met trots ons verslag kunnen presenteren.

Wij wensen u veel leesplezier toe!

Myrthe Pronk en Gabriëlle Wilmsen

Eindhoven, 26 juni 2015

# Samenvatting

Nederland 'vergrijst', en daarmee groeit de behoefte aan zorg sterk. De overheid en patiëntenorganisaties zetten steeds meer in om ouderen zo lang mogelijk zelfredzaam te laten zijn en zélf de regie te laten voeren. Technologie in zorg wordt gezien als één van de oplossingen hiervoor. De Community of Practice (CoP) Technologie en Persoonsgerichte zorg (Lectoraat Fontys Hogeschool Verpleegkunde) doet hiernaar onderzoek en heeft deze opdracht geformuleerd. In samenwerking met de thuiszorg van de XXX (X) is deze opdracht vervolgens uitgevoerd.

De probleemstelling die geformuleerd is voor dit praktijkonderzoek afstuderen luidde:

*'In welke concrete zorgsituaties bij de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X kan het gebruik van technologische hulpmiddelen uitkomst bieden om de zelfredzaamheid en zelfregie van deze cliënten te ondersteunen?'*

Vervolgens zijn een aantal deelvragen opgesteld. Er is allereerst literatuuronderzoek gedaan. Dit richtte zich op de technologische hulpmiddelen. Gezocht werd naar literatuur waarin doormiddel van technologie in de zorg een effect was waargenomen op de zelfredzaamheid en zelfregie van cliënten. Vervolgens zijn er observaties uitgevoerd in de zorg, focusgroepen gehouden met zorgverleners en zijn er interviews gehouden onder cliënten.

Uit de literatuur blijkt dat met de inzet van technologische hulpmiddelen er een positief effect plaats kan vinden ten aanzien van de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. De technologische hulpmiddelen dienen wel aangepast te zijn voor de cliënt zelf en zijn behoeften. Bij de observaties is naar voren gekomen dat met de juiste stimulering en begeleiding een hoop te halen valt met betrekking tot de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten.

De kennis van technologische hulpmiddelen bij de zorgverleners is over het algemeen ruim. Uit de focusgroepen rondom de zorgverleners kwamen ook een aantal situaties naar voren waarbij de zelfredzaamheid en zelfregie vergroot kan worden. Deze situaties doen zich vooral voor rondom de Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL) en mobiliteit.   
Als laatste is bij de cliënten gevraagd naar technologische hulpmiddelen. De cliënten konden alleen het personenalarm benoemen. Verder kwamen situaties rondom een vaste groep zorgverleners aan bed, mobiliteit, inhoud van de zorg, HDL en zorgmomenten naar voren. In deze situaties benoemden cliënten behoefte te hebben aan meer zelfredzaamheid en zelfregie in de zorg.

Geconcludeerd kan worden dat er zeker zorgsituaties zijn bij de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X waarbij mogelijkheden bestaan om de zelfredzaamheid en zelfregie te ondersteunen met het gebruik van technologische hulpmiddelen. Deze technologische hulpmiddelen omvatten de personenalarmering, verschillende sensoren, telecommunicatie, cameratoezicht, videoboodschappen en woningaanpassingen naar de behoeften van de cliënt.

Op het gebied van mobiliteit, HDL, inspraak in de zorg en zorgverleners zijn adviezen geformuleerd. In deze adviezen worden de technologische hulpmiddelen benoemd die in concrete zorgsituaties de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten kunnen ondersteunen.

Als laatste is er een implementatieplan gemaakt. Met het behulp van het PARISH-model wordt de evidence, context en facilitation beschreven. Hierna volgt een concreet plan waarin onderzoeken, workshops en bijeenkomsten zijn beschreven die er gehouden moeten worden om persoonsgericht technologie bij de cliënt succesvol te implementeren. Dit plan kan voor elk verbeteradvies worden ingezet, naar behoefte van de cliënt.

**Inhoudsopgave**

[Voorwoord 2](#_Toc423083223)

[Samenvatting 3](#_Toc423083224)

[1. Inleiding 6](#_Toc423083225)

[1.1. Aanleiding onderzoek & probleembeschrijving 6](#_Toc423083226)

[1.1.1. Relevante begrippen 7](#_Toc423083227)

[1.2. Probleemstelling & onderzoeksdeelvragen 8](#_Toc423083228)

[1.3. Doelstelling 8](#_Toc423083229)

[1.4. Leeswijzer 8](#_Toc423083230)

[2. Onderzoeksmethoden 9](#_Toc423083231)

[2.1. De literatuur 9](#_Toc423083232)

[2.1.1. Zoekstrategie 9](#_Toc423083233)

[2.2. Observaties 11](#_Toc423083234)

[2.2.1. Vraagstelling en onderzoeksbenadering 11](#_Toc423083235)

[2.2.2. Dataverzamelingstechniek 11](#_Toc423083236)

[2.2.3. Onderzoekspopulatie 12](#_Toc423083237)

[2.2.4. Data-analysemethode 13](#_Toc423083238)

[2.2.5. Kwaliteitswaarborging 13](#_Toc423083239)

[2.3. Focusgroepen 14](#_Toc423083240)

[2.3.1. Vraagstelling en onderzoeksbenadering 14](#_Toc423083241)

[2.3.2. Dataverzamelingstechniek 14](#_Toc423083242)

[2.3.3. Onderzoekspopulatie 15](#_Toc423083243)

[2.3.4. Data-analysemethode 16](#_Toc423083244)

[2.3.5. Kwaliteitswaarborging 17](#_Toc423083245)

[2.4. Interviews 18](#_Toc423083246)

[2.4.1. Vraagstelling en onderzoeksbenadering 18](#_Toc423083247)

[2.4.2. Dataverzamelingstechniek 18](#_Toc423083248)

[2.4.3. Onderzoekspopulatie 19](#_Toc423083249)

[2.4.4. Data-analysemethode 20](#_Toc423083250)

[2.4.5. Kwaliteitswaarborging 20](#_Toc423083251)

[2.5. Blending van resultaten 22](#_Toc423083252)

[3. Onderzoeksresultaten 23](#_Toc423083253)

[3.1. De literatuur 23](#_Toc423083254)

[3.1.1. Resultaten 23](#_Toc423083255)

[3.1.2. Deelconclusie 25](#_Toc423083256)

[3.2. Resultaten observaties 26](#_Toc423083257)

[3.2.1. Karakteristieken van de zorgsituaties 26](#_Toc423083258)

[3.2.2. Resultaten 26](#_Toc423083259)

[3.2.3. Deelconclusie 28](#_Toc423083260)

[3.3. Resultaten focusgroepen 29](#_Toc423083261)

[3.3.1. Karakteristieken van de zorgverleners 29](#_Toc423083262)

[3.3.2. Kennis van technologische hulpmiddelen 29](#_Toc423083263)

[3.3.3. Situaties betreffende de zelfredzaamheid & zelfregie 31](#_Toc423083264)

[3.3.4. Deelconclusie 33](#_Toc423083265)

[3.4. Resultaten interviews 35](#_Toc423083266)

[3.4.1. Karakteristieken van de cliënten 35](#_Toc423083267)

[3.4.2. Kennis van technologische hulpmiddelen 35](#_Toc423083268)

[3.4.3. Situaties betreffende de zelfredzaamheid & zelfregie 36](#_Toc423083269)

[3.4.4. Deelconclusie 38](#_Toc423083270)

[4. Conclusie & adviezen 40](#_Toc423083271)

[5. Discussie 42](#_Toc423083272)

[6. Implementatie 43](#_Toc423083273)

[6.1. Totstandkoming implementatie 43](#_Toc423083274)

[6.2. Het implementatieplan 45](#_Toc423083275)

[6.2.1. Voorafgaande onderzoeken 45](#_Toc423083276)

[6.2.2. Implementatieplan 47](#_Toc423083277)

[6.2.3. Evaluatieplan 52](#_Toc423083278)

[Literatuurlijst 55](#_Toc423083279)

[Bijlagen 58](#_Toc423083280)

[Bijlage 1: Organigram XXX 59](#_Toc423083281)

[Bijlage 2: Topiclijst focusgroepen 60](#_Toc423083282)

[Bijlage 3: Wervingsbrief zorgverleners voor focusgroepen 62](#_Toc423083287)

[Bijlage 4: Itemlijst interviews 63](#_Toc423083289)

[Bijlage 5: Schriftelijke toelichting onderzoek voor cliënten 64](#_Toc423083293)

[Bijlage 6: Thema’s deelvraag twee 65](#_Toc423083294)

[Bijlage 7: Thema’s deelvraag drie 67](#_Toc423083295)

[Bijlage 8: Thema’s deelvraag vier 68](#_Toc423083296)

[Bijlage 9: Thema’s deelvraag vijf 70](#_Toc423083297)

[Bijlage 10: Thema’s deelvraag zes 71](#_Toc423083298)

# 1. Inleiding

## 1.1. Aanleiding onderzoek & probleembeschrijving

De overheid en patiëntenorganisaties doen een steeds groter beroep op het vermogen van burgers om zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn en om zélf de regie te blijven voeren.   
Nederland 'vergrijst', en daarmee groeit de behoefte aan zorg sterk. Doordat aan de andere kant het aantal zorgverleners afneemt, wordt er gezocht naar oplossingen. De toepassing van technologie wordt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gezien als één van de oplossingen (Ministerie van VWS, 2015). Er zijn tal van technologische hulpmiddelen beschikbaar die cliënten zouden kunnen gebruiken voor het vergroten van hun zelfredzaamheid en zelfregie.

Het vergroten van de zelfredzaamheid en zelfregie komt ook terug in het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige anno 2020. Een belangrijk hierbij is de ondersteuning van zelfmanagement van patiënten. Ondersteuning van het zelfmanagement is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerd zorg waar de Nederlandse overheid voor staat. Men is van oudsher gewend om de zorg vooral te richten op wat patiënten niet (meer) kunnen. Het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige moet deze focus verleggen naar wat patiënten wél kunnen. Meer aandacht voor zelfmanagement is gewenst om te kijken hoe er effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven, of het voorkomen daarvan (V&VN, 2012).

Het nieuwe beroepsprofiel stelt de verpleegkundige als een allround zorgprofessional die zich richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid, ziekte en kwaliteit van leven. Het versterken van het zelfmanagement, het krachtiger maken van patiënten en hen helpen bij het bereiken, handhaven of (opnieuw) verwerven van hun onafhankelijkheid (V&VN, 2012).

Hoe technologische hulpmiddelen ondersteunend kunnen worden ingezet als bijdrage aan de vergroting van zelfredzaamheid, zelfregie en persoonsgerichte zorg met daarnaast de implementatie hiervan, is één van de onderzoeken van de Community of Practice (CoP) Technologie en Persoonsgerichte zorg (Lectoraat Fontys Hogeschool Verpleegkunde).

Er zijn verschillende deelonderzoeken nodig om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op dit onderzoek van de CoP Technologie en Persoonsgerichte zorg. Uit onderzoek (NIVEL, 2013) blijkt namelijk dat de toepassing van technologisch hulpmiddelen in de praktijk niet geheel vanzelfsprekend is. Dit brengt vragen voor verschillende deelonderzoeken naar boven zoals ‘*hoe kijken de zorgverleners tegen het gebruik van technologische hulpmiddelen aan?*’ Maar ook ‘*welke zorgsituaties lenen zich voor het gebruik van technologische hulpmiddelen?*’ Op deze laatste vraag zal dit praktijkonderzoek afstuderen zich richten.

Het praktijkonderzoek afstuderen wordt in samenwerking met de thuiszorg van de XXX (X) uitgevoerd. Dit gebeurt binnen de thuiszorgteams A en B. De X biedt huisvesting, alle vormen van (thuis)zorg, behandeling en begeleiding aan huis, welzijn services en activiteiten (X Thuiszorg, 2010). De X heeft in oktober 2014 alle medewerkers ondergebracht in 12 thuiszorgteams. De thuiszorgteams A en B hebben beiden een kantoor in woonzorgcentrum Y in Z. Beide teams bestaan uit 15 medewerkers en elk team zorgt voor ongeveer 50 à 60 cliënten. Thuiszorgteam A zorgt voor cliënten die binnen woonzorgcentrum Y wonen, als aanvulling heeft dit team enkele cliënten in de wijk. Thuiszorgteam B zorgt voor cliënten die allemaal in de wijk wonen. Een organigram van de X is toegevoegd in bijlage een.

Volgens de opdrachtgever is het X nog niet ver ontwikkeld op het gebied van technologie. Technologie wordt binnen de zorg van het X nog niet gebruikt, zij hebben het voornemen dit in te gaan voeren. Ons praktijkonderzoek afstuderen geeft de X een beeld van zorgsituaties waarin het gebruik van technologische hulpmiddelen ondersteuning kan bieden ten aanzien van de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten.

### 1.1.1. Relevante begrippen

In de aanleiding van dit onderzoek komen verschillende begrippen naar voren, zoals zelfredzaamheid, zelfregie en persoonsgerichte zorg. Er bestaan verschillende opvattingen over deze begrippen. In het praktijkonderzoek afstuderen wordt er tijdens het onderzoek uitgegaan van de volgende beschrijvingen:

* *Zelfmanagement* gaat ervan uit dat patiënten met een chronische ziekte zelf de regie voeren over hun leven met de ziekte en de behandeling daarvan (NIVEL, 2011). In dit praktijkonderzoek afstuderen zal het begrip niet verder gebruikt worden. Er wordt uitgegaan van de begrippen zelfredzaamheid en zelfregie
* *Zelfredzaamheid* is het vermogen om het leven in te richten zonder dat hulp van andere nodig is (Van Dale, 2008). Dit betekent dat de cliënt voor zichzelf kan zorgen en daarbij geen hulp nodig heeft van een zorgverlener.
* *Zelfregie* staat voor dat de cliënt zeggenschap heeft over zijn eigen leven en ondersteuning (In voor zorg!, 2014). Dit betekent dat wanneer de cliënt zorg ontvangt de cliënt (mede)beslist over de vorm en hoeveelheid van de zorg.
* *Persoonsgerichte* *zorg* is een benadering voor zorg die is vastgelegd door de vorming en bevordering van de zorgverleningsrelatie tussen alle zorgverleners, ouderen en anderen die van belang zijn voor hen in hun leven. Persoonsgerichte zorg wordt onderbouwd door de waarde van respect voor mensen, het individuele recht op zelfbeschikking, wederzijds respect en begrip. Dit is mogelijk in culturen waarbij mensen inspraak hebben op beslissingen en acties die van invloed zijn op hun gezondheid (McCormack, et al., 2010).

Ook over technologische hulpmiddelen in de zorg zijn meerdere opvattingen mogelijk. In de literatuur wordt vaak gesproken over domotica en e-health.

* *Domotica* is een verzamelnaam voor slimme elektronische voorzieningen in woonhuizen die het wooncomfort, de veiligheid enzovoorts vergroten (Van Dale, 2008).

Wanneer er wordt gesproken over *domotica in de zorg*, of *zorgdomotica*, wordt er gerefereerd naar een technologische toepassing ten behoeve van een persoon die ten gevolge van een lichamelijk en/of verstandelijke beperking, een lichamelijke en/of psychische ziekte of door ouderdom afhankelijk is van de toepassing (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 2013).

* *E-health* is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (van der Velde, Cihangir, & Borghans, 2008).

## 1.2. Probleemstelling & onderzoeksdeelvragen

De probleemstelling waar het praktijkonderzoek afstuderen zich mee bezig heeft gehouden luidt:

*'In welke concrete zorgsituaties bij de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X kan het gebruik van technologische hulpmiddelen uitkomst bieden om de zelfredzaamheid en zelfregie van deze cliënten te ondersteunen?'*

Om tot een antwoord op de probleemstelling te komen zijn er de volgende onderzoeksdeelvragen opgesteld:

* Gezamenlijk

1. Wat is er in de literatuur bekend over de effecten van verschillende technologische hulpmiddelen, in de thuiszorg, op de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt?
2. Wat valt er op in observaties met betrekking tot de zelfredzaamheid en de zelfregie van cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X?

* Myrthe Pronk

1. Met welke technologische hulpmiddelen, die de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt kunnen ondersteunen, zijn de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B van de X bekend?
2. In welke concrete zorgsituaties is, volgens de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B, behoefte aan ondersteuning van de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X?

* Gabriëlle Wilmsen

1. Met welke technologische hulpmiddelen, die de eigen zelfredzaamheid en zelfregie kunnen ondersteunen, zijn de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X bekend?
2. In welke concrete zorgsituaties is, volgens de cliënten van de thuiszorgteams A en B van het X, behoefte aan ondersteuning van de eigen zelfredzaamheid en/of zelfregie?

## 1.3. Doelstelling

De doelstelling die bij het praktijkonderzoek afstuderen wordt nagestreefd luidt als volgt:

*Binnen achttien weken is er een inventarisatie van concrete zorgsituaties bij de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X waarbij het gebruik van technologische hulpmiddelen een uitkomst biedt om de zelfredzaamheid en zelfregie van deze cliënten te ondersteunen.*

## 1.4. Leeswijzer

Hoofdstuk twee geeft weer hoe de verschillende deelonderzoeken zijn opgezet. Hierin komen achtereenvolgens het literatuuronderzoek, de observaties, de focusgroepen en de interviews aan bod. In hoofdstuk drie worden de resultaten van de deelonderzoeken gepresenteerd. Vervolgens wordt in hoofdstuk vier de conclusie van dit praktijkonderzoek afstuderen getrokken en hoofdstuk vijf zal afsluiten met de discussie.

# 2. Onderzoeksmethoden

## 2.1. De literatuur

Voor de beantwoording van onderzoeksdeelvraag een is literatuurstudie uitgevoerd. In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie beschreven.

### 2.1.1. Zoekstrategie

Voor het zoeken van literatuur is er in verschillende databanken gezocht naar bruikbare en betrouwbare artikelen. De databanken werden geselecteerd op relevantie:

Er is gezocht in Cinahl en PubMed vanwege de scala aan zorg gerelateerde artikelen in deze databanken. Verder is er gebruik gemaakt van het zogenoemde ‘sneeuwbaleffect’. Het sneeuwbaleffect houdt in dat er bij de gevonden bruikbare literatuur gekeken wordt in de literatuurlijst of daarin bronnen staat die bruikbaar kunnen zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksdeelvraag (Halem, 2008).

Aangezien onderzoeksdeelvraag een meerdere aspecten bevat is er met meerdere zoekvragen in de databanken gezocht. Later zijn de resultaten van de zoekvragen gekoppeld om alsnog tot één beantwoording te komen voor onderzoeksdeelvraag een.

De zoekvragen luiden als volgt:

1. Bij welke technologische hulpmiddelen is bij het gebruik hiervan een effect waargenomen op de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt?
2. Welke technologische hulpmiddelen zijn volgens cliënten en/of zorgverleners bruikbaar binnen de thuiszorgsetting?

Hierbij kan de volgende PICO worden opgesteld:  
P: Volwassenen Adults  
I: Technologische hulpmiddelen Technical aids  
O: Ondersteuning zelfredzaamheid en zelfregie Support self-reliance and self-direction.

Uit de zoekvragen kwamen verschillende zoektermen naar voren. Deze zijn zowel in het Nederlands als in het Engels gebruikt om te zoeken in de databanken. Tevens is er gebruik gemaakt van Cinahl headings en MeSH-terms. Dit zijn gecontroleerde trefwoorden/onderwerpstermen die aan een artikel zijn toegekend (Hogeschool van Amsterdam, 2010). Er is niet alleen met Cinahl headings en MeSH-terms gezocht, maar ook met losse woorden. Dit is gedaan aangezien op het gebied van technologie in zorg snelle innovaties zijn doorgevoerd en het koppelen van Cinahl headings en MeSH-terms aan artikelen enige tijd kost. De termen die zijn gebruikt staan beschreven in tabel een.

Tabel 1: Zoektermen literatuurstudie

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlands | Engels |
| Technologische hulpmiddelen | Technical aid/ tools/ assistents/ assistive technology/ home health aides |
| Zelfredzaamheid | Self-reliance/ self care |
| Zelfregie | Self-direction/ self regulation |
| Zorgsituatie | Care situation |
| Thuiszorg | Homecare/ home health care |
| Persoonsgerichte zorg | Person centered care |
| E-health | E-health |
| Domotica | Home automation |

Uit de literatuurstudie kwamen vele ‘hits’ naar voren. Er zijn daarom beperkingen gesteld aan de gevonden literatuur. Zo moest de literatuur geschreven zijn in het Engels of Nederlands, tussen 2010 en 2015. Ook moest de volledige tekst van de literatuur beschikbaar zijn en was het een populatie van volwassenen die beschreven werd. Er zijn alleen artikelen van Europa meegenomen, zo waren de artikelen relevant voor de zorgsituaties in Nederland in verband met cultuurverschillen. Hierbij werden krantenartikelen en recensies van boeken uitgesloten.

## 2.2. Observaties

Als voorbereiding op de andere deelonderzoeken is er geobserveerd tijdens de zorgverlening die gegeven wordt de thuiszorgteams A en B van de X. Hieronder volgt de onderzoeksmethode voor de observaties.

### 2.2.1. Vraagstelling en onderzoeksbenadering

De onderzoeksdeelvraag die in dit deelonderzoek is beantwoord luidde:

1. *Wat valt er op in observaties met betrekking tot de zelfredzaamheid en de zelfregie van cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X?*

Het doel van dit deelonderzoek was:

*Binnen 5 weken is de zorgverlening van de thuiszorgteams A en B van de X geobserveerd en geanalyseerd. Hieruit zijn zorgsituaties gekomen waar de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten vergroot kan worden.*

Voor het beantwoorden van de onderzoeksdeelvraag werd er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Het doel van kwalitatief onderzoek is het begrijpen van wat er zich afspeelt in een situatie en deze te omschrijven. Er wordt gezocht naar ervaringen, gedragingen en belevingen die daarna beschreven, geïnterpreteerd en verklaard worden (Boeije, 2009). Er werd gezocht naar aspecten in de zorg die opvielen, deze werden in kaart gebracht. Dit bood de mogelijkheid om het onderzoek beschrijvend van aard te maken (Tijmstra & Boeije, 2009).

De analyse die volgde vanuit de observaties werd meegenomen bij het beantwoorden van de probleemstelling van dit praktijkonderzoek afstuderen.

### 2.2.2. Dataverzamelingstechniek

Voor het vergaren van kennis over de zorgverlening die wordt gegeven door de thuiszorgteams A en B van de X werden er observaties gehouden.

Wanneer er gezocht wordt naar informatie over gedrag en gedragsverandering is observeren een aangewezen manier om data te verzamelen (Hox, de Goede, & Boeije, 2009). In dit geval werd er gezocht naar gedrag van de zorgverleners en de cliënt, die verband hebben met de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt.

Een voordeel van observaties is dat er gedrag kan worden herkend waarvan de respondent zich niet bewust is. Dit zijn bijvoorbeeld automatismen die de respondent iedere dag uitvoert (Baarda, et al., 2013). Doordat de zorgverlener en cliënt zich vaak niet bewust zijn van een bepaalde zorgsituatie, is het voor hen waarschijnlijk ook lastiger deze concreet te benoemen. Middels de uitkomsten van de observaties kunnen de zorgverlener en de cliënt geholpen worden met het benoemen van zorgsituaties. Wel moet er worden meegenomen dat alleen gedrag dat zich regelmatig voordoet geschikt is voor observaties (Baarda, et al., 2013). De afstudeergroep heeft daarom alleen gekeken naar dagelijkse zorgsituaties.

De observaties zijn uitgevoerd door beide afstudeerstudenten. Er is gewerkt met ongestructureerde, niet-participerende, directe observaties. Hierbij maakt de afstudeerstudent zichzelf bekend als onderzoeker en geeft aan eenmalig te observeren bij de betreffende cliënt (Migchelbrink, 2012).

Met ongestructureerde observaties wordt bedoeld dat ervan tevoren niet precies bekend is naar welke aspecten gezocht wordt. Bij de observaties werd met een open blik gekeken naar de zorg (Migchelbrink, 2012).

Niet-participerend wil zeggen dat de afstudeerstudent zelf geen handelingen verricht omtrent de zorgverlening tijdens de observatie. Ondanks dat de afstudeerstudent zelf geen handelingen verricht, zal zij wel aanwezig zijn bij de zorgverlening, wat bekend staat als direct observeren (Migchelbrink, 2012).

Tijdens het observeren werd er door de afstudeerstudent gebruik gemaakt van zogenoemde veldnotities. In dit deelonderzoek is er gekozen voor ‘observatienotities’. In deze notities wordt beschreven wat de onderzoeker ziet of hoort en waarbij de onderzoeker deze informatie niet zelf inkleurt of interpreteert(Boeije, 2009). Bij dit deelonderzoek werd er gezocht naar feitelijke zorgsituaties zonder daar al een oordeel te verbinden.

Aangezien in dit deelonderzoek cliënten betrokken waren, moesten de cliënten toestemming geven om mee te doen met het onderzoek. Dit is gedaan in de vorm dat de zorgverlener de observator aankondigde wanneer zij bij de cliënten thuis kwamen. De zorgverlener lichtte kort toe wat de observator kwam doen en of de cliënt dit goedvond. De cliënt gaf op deze manier mondeling toestemming om mee te doen met de observaties (van der Lyke & Proot, 2012).   
  
De observaties zijn uitgevoerd tijdens de zorgverlening door de thuiszorgteams A en B van de X. Er is door de afstudeerstudenten meegelopen met de zorgverleners in beide teams. De observatiemomenten waren tussen zeven uur ‘s ochtends en elf uur ‘s avonds. Er is gewerkt met pauzes, om zo de concentratie te behouden.

### 2.2.3. Onderzoekspopulatie

Dit deelonderzoek is uitgevoerd onder de zorgverleners en de cliënten van de thuiszorgteams A en B.

De volgende in- en exclusiecriteria waren opgesteld voor de zorgverlening die geobserveerd werd.

Tabel 2: In- en exclusiecriteria observaties

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| * Zorgverlening die wordt geleverd door de thuiszorgteams A en B | * Zorgverlening waarbij een stagiaire met de zorgverlener meeloopt * Zorgverlening bij cliënten die niet wilsbekwaam zijn * Zorgverlening bij cliënten met een wettelijk vertegenwoordiger hebben. |

Er is gekozen om niet te observeren bij zorgverlening waarbij een stagiaire meeloopt omdat dit te druk wordt voor de cliënt. Ook beïnvloedt de stagiaire de zorgverlening (er kan meer werk worden verricht) en wordt de echte situatie gemist.

Als een cliënt niet meer wilsbekwaam is, waardoor de antwoorden niet meer als valide kunnen worden beschouwd, wordt de zorgverlening bij deze cliënt geëxcludeerd. Dit geldt ook bij cliënten met een wettelijke vertegenwoordiger.

De zorgverlening situaties werden zo open mogelijk gehouden, zodat er een goed beeld werd verkregen van alle situaties binnen de zorgverlening die gegeven wordt door de thuiszorgteams A en B.

Bij het vaststellen van de observatiedata is er gekeken dat bij elk team meegelopen werd met zorgverleners in verschillende functies/niveaus.

Voorafgaand aan de observaties is er uitleg gegeven aan de desbetreffende zorgverlener over het afstudeeronderzoek en de techniek van observeren.

### 2.2.4. Data-analysemethode

De data-analyse is begonnen met het verkennen van de data. De gemaakte veldnotities zijn gebruikt om de observaties uit te schrijven tot volledige situaties welke meerdere malen doorgelezen zijn. Vervolgens zijn de eerste codes aan deze tekst gehangen. De tekst werd hiervoor opgedeeld in fragmenten. De codes gaven de betekenis van deze fragmenten in een korte notatie weer (Braun & Clarke, 2006).

De volgende stap was het op zoek gaan naar thema’s waaronder de eerste codes konden vallen. Deze overkoepelende thema’s herbergden codes die ongeveer hetzelfde inhielden, of die een samenhang met elkaar hadden (Braun & Clarke, 2006).

De ontstane thema’s zijn vervolgens herzien. Waar eerder de relevantie van de deelvragen nog niet aan de orde was geweest, wordt dit nu juist gezocht. Ook zijn de verschillende observaties samengevoegd. In deze stap werden alle thema’s van elke observatie bij elkaar gelegd om zo tot nieuwe thema’s te komen. Sommige thema's konden worden samengevoegd tot één nieuw thema. Andere thema’s zijn geheel afgeschreven en voor de codes die hieronder vielen zijn nieuwe thema’s gezocht. Het herzien van de thema’s ging over in het definitief benoemen en definiëren van de thema’s (Braun & Clarke, 2006). Zo is er uiteindelijk een lijst ontstaan met thema’s die gezamenlijk antwoord gaven op de onderzoeksdeelvraag. Dit antwoord is beschreven in de deelconclusie observaties, die op zichzelf is meegenomen voor het beantwoorden van de probleemstelling van het praktijkonderzoek afstuderen.

### 2.2.5. Kwaliteitswaarborging

De observaties van dit deelonderzoek zijn door de afstudeerstudenten apart van elkaar gehouden. De eigen veldnotities zijn individueel uitgeschreven en daaraan zijn steekwoorden gehangen. Echter zijn de overkoepelende thema’s gezamenlijk gekozen. Door het gebruik van deze methode, welke inter-codeur betrouwbaarheid wordt genoemd, is de mate van overeenstemming tussen de verzamelde gegeven zo groot mogelijk gehouden, wat de betrouwbaarheid en de plausibiliteit van dit deelonderzoek vergroot (Boeije, 2014).

Doordat de veldnotities zijn uitgeschreven, werd dit deelonderzoek vergroot op het gebied van verplaatsbaarheid. Men spreekt van thick description. Dit houdt in dat de context, waar het deelonderzoek plaats heeft gevonden en de deelnemers, uitgebreid is beschreven (van der Lyke & Proot, 2012).

Het apart van elkaar analyseren van de observaties vergroot de plausibiliteit van dit deelonderzoek. Dit wordt reseacher triangulation genoemd: individueel de codes bepalen maar gezamenlijk de codes vergelijken en de thema’s kiezen (van der Lyke & Proot, 2012).

## 2.3. Focusgroepen

In deze paragraaf wordt ingegaan op het deelonderzoek welke Myrthe Pronk heeft uitgevoerd. Onderzoeksdeelvragen drie en vier zijn hiermee beantwoord.

### 2.3.1. Vraagstelling en onderzoeksbenadering

De twee vraagstellingen van dit deelonderzoek waren de onderzoeksdeelvragen drie en vier van het praktijkonderzoek afstuderen. Deze vragen luidde:

1. *Met welke technologische hulpmiddelen, die de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt kunnen ondersteunen, zijn de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B van de X bekend?*
2. *In welke concrete zorgsituaties is, volgens de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B, behoefte aan ondersteuning van de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X?*

Het doel van dit deelonderzoek was:

*Binnen vijf weken is geïnventariseerd in welke zorgsituaties technologische hulpmiddelen een uitkomst kunnen bieden volgens de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B van de X om de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten van de thuiszorgteams A en B te ondersteunen.*

Deze twee onderzoeksdeelvragen draaiden om de kennis van de zorgverleners over technologische hulpmiddelen. Met welke middelen waren ze bekend? Ook werd er gevraagd naar ervaringen en belevingen van de zorgverleners in situaties waarbij de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt ondersteund kon worden. Er werd gezocht naar de ervaringen, gedragingen en belevingen van de zorgverleners. Deze werden beschreven, geïnterpreteerd en verklaard. Dit gaf dit deelonderzoek een kwalitatieve onderzoeksbenadering (Boeije, 2009). Naast deze kwalitatieve onderzoeksbenadering hadden de twee onderzoeksdeelvragen een verschillend karakter. Er werd vanuit een beschrijvend karakter te werk gegaan bij de vraag over de technologische hulpmiddelen: wat is er bekend bij de zorgverleners. De onderzoeksdeelvraag over de situaties over zelfredzaamheid en zelfregie had een meer explorerend karakter (Tijmstra & Boeije, 2009).

### 2.3.2. Dataverzamelingstechniek

Voor dit deelonderzoek zijn er focusgroepen gebruikt. Een focusgroep is een groepsinterview, gefocust op een specifiek onderwerp. Het heeft veel weg van brainstormen. Er wordt gebruik gemaakt van de sociale interactie tussen de deelnemers. Niet alleen de kennis over het onderwerp wordt onderzocht, maar ook de wijze waarop de deelnemers gezamenlijk kennis en begrip creëren is onderwerp van het onderzoek. De reacties van deelnemers kunnen de onderwerpen voor andere deelnemers in een ander licht zetten. Hierdoor komen er meerdere denkwijzen en opvattingen boven tafel waaraan eerst niet werd gedacht (Boeije, 2014).

Door focusgroepen toe te passen als dataverzamelingstechniek konden er zorgsituaties naar voren komen waarin volgens de zorgverleners behoefte is aan ondersteuning van de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. De zorgverleners kennen de cliëntenpopulatie en de individuele zorgsettings waardoor ze deze aspecten konden inschatten. Doordat er met meerdere zorgverleners op hetzelfde moment over het onderwerp werd nagedacht, konden er concrete voorbeelden naar voren komen voor de thuiszorgteams A en B van de X. Tevens kwam er naar voren in hoeverre de zorgverleners bekend waren met technologische hulpmiddelen.

Er is tijdens dit deelonderzoek gewerkt met meer dan één focusgroep. De reden hiervoor was dat er zo een verrijking van informatie plaatsvond. In de focusgroepen zijn meerdere inzichten naar voren gekomen voor de beantwoording van de onderzoeksdeelvragen. De focusgroepen werden gehouden totdat verzadiging was bereikt. Dit betekende dat er in een focusgroep minder tot geen nieuwe inzichten naar voren kwamen in vergelijking met de vorige focusgroepen. Dit gaf aan dat een volgende focusgroep niet meer nodig was (Migchelbrink, 2012)

Van tevoren was het niet te zeggen wanneer dit punt van verzadiging bereikt werd (Boeije, 2009). Het doel was om door te gaan met het houden van focusgroepen tot het punt van verzadiging. Maar er moest ook gekeken worden naar het tijdspad van het praktijkonderzoek afstuderen. Uiteindelijk zijn er drie focusgroepen gehouden.

De focusgroepen bestonden uit minimaal zes zorgverleners. Zo was de groep klein genoeg om iedereen aan het woord te laten en groot genoeg om gezamenlijk kennis uit te wisselen en te discussiëren (Boeije, 2014). De duur van de focusgroep lag tussen de een en anderhalf uur. Hiervoor was gekozen in overleg met de opdrachtgever. De focusgroepen zijn in het woonzorgcentrum Y van de X gehouden.

Bij de focusgroepen is er gebruik gemaakt van een topiclijst (Boeije, 2014). Op de topiclijst voor dit deelonderzoek waren de twee onderzoeksdeelvragen omgezet naar twee concrete hoofdvragen: “Welke technologische hulpmiddelen kennen jullie?” en “Welke zorgsituaties kunnen jullie bedenken waar de zelfredzaamheid en zelfregie ondersteund kan worden?”. Bij beide hoofdvragen zijn er verdere topics geformuleerd om tot diepgang te komen. Zie hiervoor de topiclijst in bijlage twee.

De focusgroepen zijn vastgelegd door middel van video-opnames. Deze opnames zijn gebruikt voor de transcriptie. Er was voor video-opnames gekozen om tijdens de transcriptie er zeker van te zijn welke deelnemer wat zegt (Meier, 2012). Tevens zijn er notities gemaakt tijdens de focusgroep. Deze betroffen onderwerpen om later op terug te komen.

Myrthe Pronk droeg zorg voor dit deelonderzoek. Wel waren beide afstudeerstudenten aanwezig bij de focusgroepen. Myrthe Pronk gaf inhoudelijke leiding aan de focusgroep, Gabriëlle Wilmsen was aanwezig om onder andere zicht te houden op de opnameapparatuur. Daarnaast werd er aan het einde van een focusgroep samen gereflecteerd op het procesmatige verloop van de bijeenkomst. De feedback nam Myrthe Pronk mee naar een volgende focusgroep (Migchelbrink, 2012).

### 2.3.3. Onderzoekspopulatie

Aan de focusgroepen hebben zorgverleners van de thuiszorgteams A en B mee gedaan. Zij zijn door brieven in de teamkamers op de hoogte gesteld en gehouden voor de data en de bedoeling van de focusgroepen. Deze brief is opgenomen in bijlage drie. Tevens is er ook ‘mondelinge promotie’ gedaan voor deelname aan een focusgroep.

Voor de deelnemers aan focusgroepen zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Tabel 3: In- en exclusiecriteria focusgroepen

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| * De zorgverlener is werkzaam bij het thuiszorgteam A of B van de X. * De zorgverlener is bereid mee te werken aan het deelonderzoek | * De zorgverlener is minder dan zes maanden werkzaam bij thuiszorg van de X * Deelgenomen aan eerdere focusgroepen van dit deelonderzoek |

Zorgverleners die minder dan zes maanden werkzaam waren bij de thuiszorg van de X zijn uitgesloten voor deelname. Hiervoor was gekozen omdat er dan vanuit gegaan kon worden dat de zorgverleners die wel deelnamen, de organisatie en de cliënten op een zekere hoogte kennen.  
De deelnemers van eerdere focusgroepen van dit deelonderzoek zijn uitgesloten voor verder focusgroepen aangezien de mening van deze zorgverlener al gehoord was.

Er zijn drie focusgroepen gehouden in dit deelonderzoek. Deze waren als volgt samengesteld:

* Eén focusgroep bestaande uit zorgverleners van het thuiszorgteam A
* Twee focusgroepen bestaande uit zorgverleners van het thuiszorgteam B

De twee thuiszorgteams werden gescheiden omdat er gericht op zoek gegaan werd naar zorgsituaties. Deze konden verschillen per thuiszorgteam in verband met de cliëntenpopulatie. Ook werd er zo rekening gehouden met de verhoudingen in de focusgroep. Wanneer er één zorgverlener van thuiszorgteam A en vijf zorgverleners van thuiszorgteam B in één focusgroep zaten, kon het zijn dat de zorgverlener uit thuiszorgteam A zijn eigen kritische gedachten niet durfde uit te spreken, waardoor het doel van een focusgroep gemist werd (Baarda, et al., 2013).

### 2.3.4. Data-analysemethode

Voor de data-analyse werden de focusgroepen vastgelegd door middel van video-opnames (Meier, 2012). Na de eerste focusgroep is het analyseren hiervan direct begonnen. Deze geanalyseerde data werd gebruikt om de volgende focusgroep te verfijnen door vragen te stellen naar bepaalde thema’s die in meer of mindere mate nog aan bod moesten komen (Boeije, 2014).

De data-analyse begon met het verkennen van de data (Braun & Clarke, 2006). De video-opnames zijn letterlijk getranscribeerd naar statische tekst. Na het meerdere malen doorlezen van het transcript zijn de eerste codes gemaakt. Hiervoor is het transcript opgedeeld in fragmenten. Aan deze fragmenten zijn de codes gehangen. Deze codes waren een soort van samenvattende notatie voor het fragment, waarin de betekenis van het fragment kort werd uitgedrukt (Braun & Clarke, 2006). Bij het maken van de codes is er met een open blik gekeken. De topics van de lijst zijn hiervoor niet gebruikt. Uiteindelijk ontstond er een lijst met codes. Het kon zijn dat een fragment meerdere codes kreeg wanneer er veel informatie naar voren kwam.

Na het stellen van de eerste codes is er gezocht naar thema’s waaronder deze codes geschaard konden worden. De codes die ongeveer hetzelfde zeiden of waartussen samenhang was zijn bij elkaar gezegd onder overkoepelde thema’s (Braun & Clarke, 2006).

Bij het benoemen van de thema’s zijn thema’s uit een data-analyse van een eerder focusgroep losgelaten. Wanneer men keek naar de thema’s kon er een goed beeld geschetst worden over welke inzichten er waren genoemd in de focusgroep.

In de volgende stap was de lijst met thema’s herzien. Bij deze fase werd de relevantie met de onderzoeksdeelvragen gezocht. Sommige thema’s zijn samengevoegd tot een nieuw thema, andere thema’s zijn volledig vervallen en de codes ervan zijn onder gebracht bij andere thema’s. Hierbij zijn alle thema’s gepakt van elke focusgroepen. Deze fase vloeide over in het definitief benoemen en definiëren van de thema’s (Braun & Clarke, 2006). Uiteindelijk vormden de thema’s samen het verhaal dat antwoord gaf op de onderzoeksdeelvraag. Dit antwoord is beschreven in de conclusie van het deelonderzoek. De conclusie zelf is meegenomen voor het beantwoorden van de probleemstelling van het praktijkonderzoek afstuderen.

### 2.3.5. Kwaliteitswaarborging

Voor dit deelonderzoek is er gebruik gemaakt van focusgroepen. Na elke focusgroep is er gereflecteerd op het functioneren van Myrthe Pronk als leider van de focusgroep. Ook werd er gekeken of Myrthe Pronk ergens de resultaten uit de focusgroep had beïnvloed, bijvoorbeeld door suggesties te geven. Hierdoor werd de verifieerbaarheid van dit deelonderzoek vergroot (van der Lyke & Proot, 2012).

Om de geloofwaardigheid van dit deelonderzoek te vergroten werd er gebruik gemaakt van member check en constante vergelijking. Member check houdt in dat de deelnemer wordt betrokken bij de resultaten van het onderzoek (van der Lyke & Proot, 2012). Dit is gedaan door aan het eind van iedere focusgroep een samenvatting te geven met de inzichten die uit de focusgroep naar voren waren gekomen. Dit is voorgelegd aan de deelnemers met de vraag of zij zich hierin konden vinden. Hierdoor kregen de deelnemers de mogelijkheid om aan te geven wat goed is geïnterpreteerd en wat anders bedoeld was.

Constante vergelijking is het principe van het vergelijken van nieuwe inzichten met de vorige focusgroep(en) (van der Lyke & Proot, 2012). Dit vindt men terug bij de data-analyse met het herzien van de thema's.

In dit deelonderzoek is er gebruik gemaakt van thick description om de verplaatsbaarheid te vergroten. Hierbij beschrijft de onderzoeker de context waarbinnen het onderzoek heeft plaatsgevonden en de deelnemers. Hierdoor kan de lezer beoordelen of dit deelonderzoek ook in andere situaties bruikbaar is (van der Lyke & Proot, 2012).

Door de reflectie, member check en transparant werken (alles goed beschrijven) is ook de plausibiliteit van dit deelonderzoek vergroot. Het gebruik van video-opnames en het letterlijk uittypen van de focusgroepen vergrootte de plausibiliteit op het gebied van hoe consistent de bevindingen en gegevens waren (van der Lyke & Proot, 2012).

## 2.4. Interviews

Deze paragraaf gaat over het deelonderzoek welke Gabriëlle Wilmsen heeft uitgevoerd.  
Deelvraag vijf en zes worden hieronder beantwoord. Er wordt beschreven hoe dit deelonderzoek eruit zag.

### 2.4.1. Vraagstelling en onderzoeksbenadering

De twee onderzoeksvragen die beantwoord zijn in dit deelonderzoek zijn:

1. *Met welke technologische hulpmiddelen, die de eigen zelfredzaamheid en zelfregie kunnen ondersteunen, zijn de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X bekend?*
2. *In welke concrete zorgsituaties is, volgens de cliënten van de thuiszorgteams A en B van het X, behoefte aan ondersteuning van de eigen zelfredzaamheid en/of zelfregie?*

Het doel van dit deelonderzoek was:

*Binnen vijf weken is geïnventariseerd in welke zorgsituaties technologische hulpmiddelen een uitkomst kunnen bieden volgens de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X.*

In dit deelonderzoek is er een inventarisatie gemaakt van zorgsituaties waarvan cliënten aangeven dat hierin behoefte is voor ondersteuning van de eigen zelfredzaamheid en zelfregie. Tevens is er een inventarisatie gemaakt van technologische hulpmiddelen waar cliënten bekend mee zijn. In dit deelonderzoek draaide het om ervaringen, belevingen en wensen van de cliënten. Er is gevraagd hoe cliënten hun zorgverlening ervaren. Deze ervaringen, belevingen en wensen zijn beschreven, geïnterpreteerd en verklaard. Door deze aanpak was dit een kwalitatief onderzoek (Boeije, 2009). Naast dit kwalitatieve onderzoek hadden de twee deelvragen een ander karakter. Deelvraag vijf onderzoekt welke technologische hulpmiddelen de cliënten kenden. Deze deelvraag is beschrijvend van aard. Deelvraag zes onderzoekt in welke zorgsituaties de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten kan worden ondersteund. Deze deelvraag heeft een exploratief karakter aangezien hier geen theorie of aanbeveling is geformuleerd (Tijmstra & Boeije, 2009).

### 2.4.2. Dataverzamelingstechniek

Voor het onderzoeken van de reeds genoemde onderzoeksdeelvragen vijf en zes zijn er interviews gehouden. Hiervoor is gekozen aangezien dit de mogelijkheid bood voor de onderzoeker om direct in contact te komen met de respondenten en door te kunnen vragen op antwoorden van de cliënt om zo een exacter beeld te krijgen van de attitudes, opinies, gevoelens, gedachten of kennis van de cliënt (Boeije, 2014). Voorafgaand aan de interviews zijn er observaties gehouden (§ 2.2.).

Voor de beantwoording van deze deelvragen is er gekozen om open of kwalitatieve interviews te houden. Deze vormen van interviewen worden ook wel semi- of ongestructureerde interviews genoemd (Boeije, 2009). Hierbij ligt de inhoud van vragen, de manier van vragen stellen, de volgorde van de vragen en de mogelijke antwoorden die kunnen worden gegeven niet van tevoren vast (Boeije, 2009). In een open interview kan de interviewer een vraag verduidelijken als de cliënt de vraag verkeerd begrepen heeft, ook kan er gericht worden doorgevraagd. Er worden zo relevante en betrouwbare antwoorden verkregen waardoor er een exacter beeld ontstaat (Baarda, 2014).

Bij de open interviews die zijn afgenomen is er gebruik gemaakt van de sluismethode (Evers & de Boer, 2007). De sluismethode wordt gebruikt als er een zo breed mogelijk inzicht moet worden verkregen over het onderwerp en welke zaken verder geëxploreerd worden.

De interviews zijn gestructureerd doormiddel van een hoofdvraag en een itemlijst. De hoofdvraag van de open interviews luidde: "U krijgt nu thuiszorg van de X, zij helpen u in de zorg, kunt u vertellen hoe de zorg nu verloopt?".

De itemlijst bestond uit een aantal thema's waaraan vervolgvragen waren gekoppeld. Een item die bijvoorbeeld op de lijst stond was: "kunt u meebeslissen over de zorg die gegeven wordt". De items zijn tot stand gekomen in overleg met de opdrachtgever en na verdieping in het onderwerp. Door de itemlijst op deze manier te gebruiken werd het een geheugensteun (Evers & de Boer, 2007). De hoofdvraag en itemlijst zijn opgenomen in bijlage vier. De interviews zijn vastgelegd door middel van audio-opname.

De interviews zijn uitgevoerd bij de cliënten thuis van de thuiszorgteams A en B van de X. Bij kwalitatief onderzoek is moeilijk van tevoren te bepalen hoe groot de steekproef moet zijn. De steekproef voor dit deelonderzoek was zo groot totdat het verzadigingsniveau was bereikt (Boeije, 2009). Aangezien er een beperkte tijd was om de interviews te houden, was er gekozen om het maximale aantal interviews te stellen op acht. Dit om de onderzoeker te beschermen. Om de belasting van de interviews bij beide niet te groot te maken duurden de interviews maximaal 60 minuten.

Gabriëlle Wilmsen droeg zorg voor dit deelonderzoek. Dit betekende dat Gabriëlle Wilmsen de interviews met de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X hield. Bij de eerste interviews was Myrthe Pronk aanwezig. Myrthe Pronk zorgde dat de audioapparatuur functioneerde en observeerde Gabriëlle Wilmsen tijdens het interview. De observaties van Myrthe Pronk zijn na het interview onderling besproken, zodat het grootste leerrendement uit de interviews is gehaald. Dit droeg bij aan de kwaliteit van de interviews (Evers & de Boer, 2007).

### 2.4.3. Onderzoekspopulatie

Dit deelonderzoek is uitgevoerd onder de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X.  
De in- en exclusiecriteria zijn genomen voor de deelnemers aan interviews, weergegeven in tabel vier.

Tabel 4: In- en exclusiecriteria interviews

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| * Cliënten die vallen onder de thuiszorgteams A en B van de X. * De cliënten zijn bereid mee te werken aan het onderzoek en stemmen in met het informed consent. * De cliënten zijn achttien jaar of ouder. | * Geen beheersing van de Nederlandse taal. * De cliënt heeft een forse afasie, dysarthrie of apraxie waardoor de spraak moeilijk te verstaan is. * De cliënt is niet wilsbekwaam. * Cliënten die minder dan zes maanden in zorg zijn bij de X |

Cliënten die de Nederlandse taal niet beheersen zijn geëxcludeerd voor de interviews aangezien er open vragen gesteld gingen worden. Om de open vragen te kunnen beantwoorden was het van belang dat de cliënt de vraag begreep en zich goed kon verwoorden. Als de cliënt dit niet goed kon, kon dit frustratie bij de onderzoeker en de cliënt oproepen. Hieruit kon voortvloeien dat de gegeven antwoorden niet klopten of fout geïnterpreteerd werden. Hierdoor zijn cliënten die door bijvoorbeeld een Cardio Vasculair Incident (CVA) restverschijnselen hebben, waardoor de spraak moeilijk te verstaan is, ook uitgesloten.   
Als een cliënt niet meer wilsbekwaam was, waardoor de antwoorden niet meer als valide konden worden beschouwd, werd deze cliënt geëxcludeerd.  
Cliënten die minder dan zes maanden in zorg waren bij de X zijn ook geëxcludeerd, aangezien na deze tijd de automatismen door zorgverleners en cliënten erin sluipen. Hierdoor kan de behoefte naar meer zelfredzaamheid en zelfregie ontstaan.  
Bij het werven van de cliënten is gebruikt gemaakt van de kennis die de zorgverleners hebben over de cliënten in hun wijk. In overleg met de zorgverleners zijn veertien cliënten geselecteerd die binnen de in- en exclusiecriteria vielen.

Deze cliënten zijn in een eerder deelonderzoek geobserveerd (§2.2). Bij deze zorgmomenten is er uitleg gegeven over het deelonderzoek en de interviews. Tevens zijn er informatieve brieven achtergelaten, deze brief is opgenomen in bijlage vijf. De cliënt had altijd zelf de keuze om mee te doen met het onderzoek en is niet overgehaald of gedwongen door de onderzoeker. Voordat het interview afgenomen werd legde de onderzoeker dit nog eens uit aan de cliënt. Op de audio-opname is dit nog eens vastgelegd. Op deze manier is er gebruik gemaakt van een informed consent.

### 2.4.4. Data-analysemethode

Voor de analyse van de interviews zijn de gemaakte audio-opnames gebruikt. Er is begonnen met analyseren van de data zodra het eerste interview was gehouden. Hierdoor kon de geanalyseerde data gebruikt worden om de volgende interviews te verfijnen en door te vragen op bepaalde thema's die aan het licht waren gekomen in eerdere interviews (Boeije, 2014).

Na elk interview is de audio-opname getranscribeerd. Dit houdt in dat het interview aan de hand van de opname letterlijk uitgetypt wordt naar een statische tekst (Braun & Clarke, 2006). Hierna zijn de transcripten van de interviews meerdere malen doorgelezen, zo ontstond er een goed beeld van de interviews. Vervolgens werden de eerste codes gemaakt. Dit werd gedaan door de transcripten op te delen in fragmenten waaraan codes werden gehangen. Deze codes waren een soort van samenvattende notatie voor het fragment, waarin de betekeneis van het fragment kort werd uitgedrukt (Braun & Clarke, 2006).

Tijdens dit proces is er gekeken met een open blik. De itemlijst die gebruikt is voor het houden van de interviews is niet gebruikt om codes te maken, deze is helemaal losgelaten. Uiteindelijk is er een lijst met codes ontstaan die de interviews goed weergaven.

Na dit open coderen zijn er rondom de codes thema's gezocht die deze codes goed weergaven. Dit betroffen codes welke samenhang samen hadden en iets zeiden over eenzelfde deelonderwerp (Braun & Clarke, 2006). Na het thematiseren ontstond er een goed beeld over wat er allemaal gezegd is in de interviews.  
  
Hierna werden de thema's herzien. In deze stap werden de deelvragen er nog eens bij gepakt en is er gekeken naar de relevantie tussen de thema's en de deelvragen. Hierop zijn thema's anders genoemd en zijn sommige thema's samengevoegd. Zo zijn de definitieve thema's ontstaan (Braun & Clarke, 2006). Deze thema's beschreven het antwoord op de deelvraag. Aan deze thema's zijn de conclusies gehangen voor dit deelonderzoek. De conclusies van dit deelonderzoek zijn meegenomen tijdens het beantwoorden van de probleemstelling van het praktijkonderzoek afstuderen.

### 2.4.5. Kwaliteitswaarborging

Tijdens dit deelonderzoek is er gebruik gemaakt van proefinterviews. De proefinterviews waren de eerste interviews. Hierbij was Myrthe Pronk aanwezig om de interviewer, Gabriëlle Wilmsen, te observeren. Na het interview is er gereflecteerd op het functioneren van Gabriëlle Wilmsen. Er is ook gereflecteerd of Gabriëlle Wilmsen ergens in het interview de resultaten had beïnvloed, bijvoorbeeld door antwoorden te suggereren. Hierdoor is de verifieerbaarheid van het deelonderzoek vergroot (van der Lyke & Proot, 2012).

De geloofwaardigheid van dit deelonderzoek is ondersteund door member check en het principe

constante vergelijking. Member check houdt in dat de respondent betrokken wordt bij de resultaten van het onderzoek. Dit is gedaan door na elk interview de belangrijkste inzichten samen te vatten en aan de respondenten te vragen of dit klopte. Hierdoor kreeg de respondent de mogelijkheid om aan te geven wat goed was geïnterpreteerd en wat de respondent anders bedoeld had (van der Lyke & Proot, 2012).

Het principe constante vergelijking houdt in dat de nieuwe verkregen inzichten vergeleken worden met de vorige interviews. In de analyse zijn na elk interview de verkregen codes vergeleken met de eerdere interviews (van der Lyke & Proot, 2012).

In dit deelonderzoek werd gebruik gemaakt van thick description. Dit houdt in dat de context waar het deelonderzoek plaatsvindt en de deelnemers uitgebreid worden beschreven. Dit zorgt ervoor dat het onderzoek verplaatsbaar wordt. De lezer kan goed beoordelen of dit onderzoek ook bruikbaar is in de situatie van de lezer (van der Lyke & Proot, 2012).

Verder is de verplaatsbaarheid ondersteund door purposive sampling. Purposive sampling houdt in dat de onderzochte groep mensen een goede afspiegeling is van de groep die bestudeerd wordt. Dit werd bevorderd door de in- en exclusiecriteria te hanteren en de wijze waarop er geselecteerd is (van der Lyke & Proot, 2012).

Door de reflectie, member check en transparant werken is ook de plausibiliteit van dit deelonderzoek vergroot. Dit kwam doordat het terugkoppelen naar de respondenten, feedback vragen aan Myrthe Pronk en alles goed te beschrijven wat er gedaan is, eraan bijdroeg dat de uitkomsten plausibel zijn. Zo werden de bevindingen niet alleen door de onderzoeker verkregen, maar ook gecheckt door de respondenten en de afstudeerpartner (van der Lyke & Proot, 2012).

## 2.5. Blending van resultaten

Vanuit de reeds beschreven deelonderzoeken zijn resultaten naar voren gekomen. Deze resultaten zijn bij elkaar gelegd om tot één antwoord te komen op de probleemstelling van het praktijkonderzoek afstuderen.

Dit is bewerkstelligd door de deelconclusies van de deelonderzoeken van de observaties, focusgroepen en interviews (§ 3.2., § 3.3. en § 3.4.) mee te nemen in de conclusie. Hierbij is er gezamenlijk door de afstudeerstudenten gezocht naar zorgsituaties die in de verschillende deelonderzoeken naar voren zijn gekomen.

Door de blending van de verschillende deelonderzoeken is de kwaliteit van het praktijkonderzoek op het gebied van geloofwaardigheid vergroot. Deze methode heet triangulatie. Er zijn op verschillende manieren gegevens verzameld. In dit geval met observaties, focusgroepen en interviews (van der Lyke & Proot, 2012).

Voor het praktijkonderzoek afstuderen is er een literatuurstudie uitgevoerd (§ 3.1.). Hieruit is naar voren gekomen wat er bekend is over het gebruik van verschillende technologische hulpmiddelen in de thuiszorg, waarbij een effect is waargenomen op de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt.

De conclusie van de literatuurstudie is vervolgens gekoppeld aan de inzichten van de observaties, focusgroepen en interviews. Hieruit is naar voren gekomen in welke concrete zorgsituaties het gebruik van technologische hulpmiddelen uitkomst biedt om de zelfredzaamheid en zelfregie van cliënten in de thuiszorg te ondersteunen. Hiermee is een antwoord bereikt voor de probleemstelling van dit praktijkonderzoek afstuderen.

3. Onderzoeksresultaten

## 3.1. De literatuur

Bij het uitvoeren van de zoekstrategie voor de literatuur zoals beschreven in §2.1. zijn er een aantal artikelen gevonden. Deze zijn beoordeeld en deelvraag een is hiermee beantwoord.

### 3.1.1. Resultaten

De zoektocht in Cinahl gaf 740 hits. In deze zoektocht zijn Cinahl headings met losse woorden gecombineerd. Aangezien dit heel veel hits zijn, is er gekozen om alleen met Cinahl headings te zoeken. Deze zoektocht leverde 21 resultaten op. Na het lezen van de titel van de resultaten waren nog negen artikelen relevant. Hiervan is de abstract gelezen en bleken er nog slechts drie artikelen relevant te zijn.   
Uit de zoektocht in de databank Pubmed kwamen twaalf hits. Na het lezen van de titel en abstract bleken hier geen relevante artikelen tussen te zitten. Ook hier is gekozen om alleen met de MeSH-terms te gaan zoeken om meer relevante artikelen te krijgen. Uit deze zoektocht kwam een hit die niet relevant was. Pubmed is verder niet meegenomen.  
Vervolgens is de sneeuwbal methode rondom de drie artikelen van Cinahl toegepast. Op deze manier zijn er uiteindelijk zeven relevante artikelen gevonden. Deze artikelen zijn gebruikt bij het beantwoorden van deelvraag een.

Wanneer er in de literatuur geschreven wordt over technologische hulpmiddelen, komen de begrippen assistive technology’ (Lansley, McCreadie, & Tinker, 2004; Tinker & Lansley, 2005) ‘telecare’ (Percival & Hanson, 2006; Bowes & McColgan, 2013; Barlow, Singh, Bayer, & Curry, 2007; Davies, Rixon, & Newman, 2013) en ‘telehealth’ (Stroetmann, Kubitschke, Robinson, Stroetmann, Cullen, & McDaid, 2010) naar voren. In het geheel genomen komen de begrippen wel met elkaar overeen. Alle onderzoekers schrijven namelijk over een mogelijkheid om zorg op afstand aan de cliënt thuis te leveren.

Barlow et al. (2007) verwijst naar drie algemene functies van technologische hulpmiddelen. Als eerste worden de veiligheid- en bewakingssystemen genoemd. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan val-detectoren. Vervolgens wordt er geschreven over het monitoren van vitale functies. De derde groep is het verzorgen van informatie en ondersteuning aan de cliënt via internet en telefoon.

Tinker en Lansley (2015) maken een onderscheid in de hulpmiddelen zelf: vast, verplaatsbaar en interactief. Ook kunnen de hulpmiddelen onderverdeeld worden in een eerste en tweede generatie. Bij de eerste generatie wordt het hulpmiddel aangesproken door een fysieke handeling van de cliënt zelf, door bijvoorbeeld op een drukknop te drukken. De tweede generatie hulpmiddelen onderscheidt zich hiervan doordat de hulpmiddelen automatisch ingeschakeld worden door sensoren en detectoren (Stroetmann et al., 2010).

Concrete voorbeelden van technologische hulpmiddelen komen in alle artikelen naar voren. Bijvoorbeeld Bowes en McColgan (2013) en Stroetmann et al. (2010) schrijven over geautomatiseerde systemen die gekoppeld zijn aan een call-center. Ook spreken zij van telecommunicatie in de bredere zin.

Stroetmann et al. (2010) stellen daarnaast dat de meest effectieve technologische hulpmiddelen de automatisch monitoring van vitale functies en telecommunicatie zijn.

Het inzetten van technologische hulpmiddelen gebeurt voor verschillende doeleinden. Een bruikbare verdeling voor ieder artikel wordt beschreven door Bowes en McColgan (2013), de zogenoemde drie burgerlijke doelen: onafhankelijkheid, maatschappelijke participatie & integratie en gevoel van eigen identiteit.

#### Onafhankelijkheid

De inzet van technologische hulpmiddelen kan leiden tot (fysieke) onafhankelijkheid. Cliënten kunnen taken weer zelfstandig uitvoeren, en durven dit ook, wetende dat hulp snel kan komen wanneer dit nodig is. Cliënten delen hun leven zelf weer in, zonder rekening te hoeven houden met de zorg (Bowes & McColgan, 2013). Er ontstaat weer een gevoel van zelfbeschikking en autonomie volgens Percival en Hanson (2006). Tinker en Lansley (2005) schrijven tevens dat het gebruik van technologische hulpmiddelen een gevoel van veiligheid kan creëren.

Alle onderzoekers schrijven dat dankzij de onafhankelijkheid die wordt verkregen de cliënten langer thuis kunnen blijven wonen.

#### Maatschappelijke participatie & integratie

Met behulp van technologische hulpmiddelen, zoals telecommunicatie, zijn de cliënten weer in staat deel te nemen aan hun sociale netwerk. Cliënten kunnen contact leggen met familie en vrienden. Maar ook de relatie en de dialoog met de zorgverlener kan worden versterkt (Bowes & McColgan, 2013). Zij beschrijven daarnaast dat er gewaakt moet worden dat de technologische hulpmiddelen geen vervanging gaan worden voor het menselijk contact. Hierdoor zou juist de eenzaamheid en een sociaal isolement versterkt kunnen worden.

#### Gevoel van eigen identiteit

Bowes en McColgan (2013) en Percival en Hanson (2006) schijven dat cliënten het gevoel van eigen identiteit belangrijk te vinden. De inzet van technologische hulpmiddelen geeft dit gevoel aan de cliënt: een controle over de eigen wereld en het in staat zijn langer zichzelf te blijven doordat de cliënten kunnen doen wat ze willen doen in hun eigen omgeving.

Sommige aspecten van de technologische hulpmiddelen richten zich niet op deze doelen, maar zijn meer gefocust op het bewaken en monitoren van de vitale functies van de cliënt (Bowes & McColgan, 2013; Stroetmann et al., 2010).

Wanneer deze doelen worden nagestreefd en de vitale functies bewaakt en gemonitord worden, kan dit uiteindelijk leiden tot minder ziekenhuisbezoeken en –opnames en eerdere ontslagen naar huis. Mocht het wel nodig zijn dat de cliënt wel gezien moet worden door een specialist, dan ligt de effectiviteit van deze bezoeken hoger. (Stroetmann et al., 2010; Barlow et al., 2007; Bowes & McColgan, 2013). Dankzij de verminderde opnames en de eerdere ontslagen is er een besparing op kosten (Barlow et al., 2007). Het gebruik van technologische hulpmiddelen wordt ook volgens Stroetmann et al. (2010), Lansley et al., (2004) en Bowes & McColgan (2013) als kostenbesparend gezien.

In de artikelen worden naast deze effecten ook de voorwaarden van het gebruik van technologische hulpmiddelen beschreven. Een belangrijk punt dat naar voren komt is dat het hulpmiddel een aanvulling moet zijn en geen vervanging van de geleverde zorg (Percival & Hanson, 2006). Het kan niet gescheiden worden gezien van elkaar (Tinker & Lansley, 2005). Er moet een balans zijn tussen de face-to-face zorg en het gebruik van de hulpmiddelen (Bowes & McColgan, 2013). Ook moet worden meegenomen dat de ouderen wel open moeten staan voor het gebruik van technologische hulpmiddelen. Zij moeten niet geforceerd worden in het gebruik (Percival & Hanson, 2006). Tinker en Lansley (2005) beschrijven dat de ouderen kunnen open staan voor het gebruik, mits deze aansluit op hun behoefte. Elk technologisch hulpmiddel is daardoor niet vanzelfsprekend geschikt voor elke cliënt. Het is belangrijk om persoonsgericht te blijven werken en hierop het hulpmiddel te selecteren (Stroetmann et al., 2010)

Bij het inzetten van technologische hulpmiddelen blijven ouderen het recht houden om te leven zoals zij willen en daarbij risico’s te nemen, ook al gaat dit soms tegen het gevoel van de zorgverleners en de mantelzorgers in (Percival & Hanson, 2006).

### 3.1.2. Deelconclusie

Vanuit de bestudeerde onderzoeken zijn verschillende effecten naar voren gekomen. De effecten op de zelfredzaamheid en zelfregie kunnen geschaard worden onder drie burgerlijke doelen van een cliënt:

Als eerste staat onafhankelijkheid. Cliënten ervaren door het gebruik van technologie een toename in hun onafhankelijk. Er ontstaat een gevoel van zelfbeschikking en autonomie. Cliënten kunnen weer meer zelfstandig taken uitvoeren. Zo stelt technologie de cliënt in staat langer thuis te blijven wonen.

Het tweede doel draait om de maatschappelijke participatie en integratie. Cliënten krijgen weer de mogelijkheid om deel te nemen aan hun sociale netwerk met behulp van technologisch hulpmiddelen, zoals telecommunicatie.

Als laatste wordt het gevoel van eigen identiteit beschreven. Het gevoel dat de cliënt langer zichzelf kan blijven vloeit voort uit het langer zelfstandig dingen doen. Het gebruik van technologische hulpmiddelen geeft de cliënt hier de mogelijkheid toe.

De onderzoekers schrijven dat wanneer de juiste doelen bereikt willen worden met technologische hulpmiddelen er rekening gehouden moet worden met bepaalde voorwaarden.

Het gebruik van technologische hulpmiddelen dient te functioneren als aanvulling op de zorg, en niet als vervanging daarvan. Daarnaast moet de cliënt centraal blijven staan. De technologische hulpmiddelen dienen persoonsgericht te zijn en aangepast te worden op de behoeften van de cliënt. Verder stellen de onderzoekers dat de cliënt wel open moet staan voor het gebruik van technologie. De cliënt blijft het recht houden om te leven zoals hij dat wilt, met of zonder technologisch hulpmiddelen.

Al met al kan er geconcludeerd worden dat met de inzet van technologische hulpmiddelen er een positief effect plaats kan vinden op de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. Mits de technologische hulpmiddelen wel aangepast zijn op de cliënt zelf en zijn behoeften.

## 3.2. Resultaten observaties

In deze paragraaf wordt beschreven wat er opgevallen is bij de observaties met betrekking tot de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënten. Hiervoor zijn de gemaakte veldnotities gebruikt en geanalyseerd. Er wordt begonnen met het beschrijven van de karakteristieken van de geobserveerde cliënten alvorens de resultaten te presenteren.

### 3.2.1. Karakteristieken van de zorgsituaties

Zowel zorgsituaties bij cliënten van thuiszorgteam A als zorgsituaties bij cliënten van thuiszorgteam B werden geobserveerd. De cliënten van thuiszorgteam B wonen in ‘de wijk’ rondom woonzorgcentrum Y. De cliënten van thuiszorgteam A wonen ook zelfstandig, maar dan binnen het woonzorgcentrum Y. Bij beide cliëntengroepen lag de leeftijd tussen de 40 en de 90+ jaar. Zowel mannen als vrouwen zijn geobserveerd, dit was niet van tevoren vastgesteld.

### 3.2.2. Resultaten

Uit de observaties zijn situaties naar voren gekomen waarin de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënt in meer of mindere mate aanwezig is. Tijdens het analyseren van de observaties konden er vijf thema's geformuleerd worden: controleren/ monitoren; stimuleren; zonder toezicht; volledig doen voor en volledig zelf doen. Een volledig overzicht van de thema's en de daarbij horende situaties is te vinden in bijlage zes. Voor het zichtbaar maken van de verbeteringen rondom de zelfredzaamheid en zelfregie met betrekking tot de technologie, zijn de thema's gerangschikt in een matrix. Deze is te zien in afbeelding een.



Afbeelding 1: Matrix zelfredzaamheid & zelfregie

#### Volledig doen voor – Controleren/ monitoren (thema A)

In dit thema vallen de situaties in de zorg die de zorgverleners uitvoeren voor de cliënt of op een bepaalde manier beïnvloeden.

A1 bevat situaties waarin handelingen in de zorg volledig door de zorgverlener worden uitgevoerd, die de cliënt eventueel zelf zou kunnen uitvoeren zij het met de juiste stimulering en begeleiding. Dit bleek uit observaties waarin medicatie werd gecontroleerd en uitgezet door de zorgverlener, maar ook het overnemen van de lichaamsverzorging en aankleden viel op.

Soms werd geobserveerd dat een zorgverlener ook de voorbereiding van het zorgmoment overnam, zoals het klaarmaken van de insulinespuit. Een handeling die de cliënt anders zelf uitvoert. Onder A1 vallen ook situaties zoals verpleegkundige handelingen (bv. katheterzorg) Deze handelingen worden, zoals geobserveerd, overgelaten aan de zorgverleners van de X.

De situaties beschreven in A2 en A3 liggen al meer richting het stimuleren van de cliënt door de zorgverlener, maar waar de zorgverlener nog wel de controle voert. Observaties die in A2 staan zijn handelingen waar de zorgverlener het overneemt van de cliënt, maar waar de cliënt zelf de handeling heeft ingezet. In A3 is geobserveerd dat de medicatie wordt aangereikt door de zorgverlener, maar de cliënt zelf inneemt. Hierbij wordt dus de handeling door de zorgverlener ingezet, maar neemt de cliënt het over.

#### Volledig zelf doen – Controleren/ monitoren (thema B)

Dit kader van de matrix bevatten de situaties waarin de handelingen worden uitgevoerd door de cliënt, maar er nog toezicht of controle is door zorgverlener. Hier zijn de situaties ook onderverdeeld naar de positie in de matrix.

Bij B1 voert de cliënt de handeling uit onder toezicht van de zorgverlener. Hierbij is de medicatie-inname en het prikken van een bloedglucose gehalte geobserveerd. Handelingen waarbij er een controle plaatsvindt door de zorgverlener zijn bij B2 ondergebracht. Een voorbeeld is een observatie waarbij de zorgverlener aan de cliënt kwam navragen of de medicatie was ingenomen. Wanneer een handeling door de cliënt werd uitgevoerd zonder direct toezicht van de zorgverlener, vielen deze onder B3. Een cliënt maakte bijvoorbeeld een transfer zelfstandig met behulp van een hulpmiddel. De zorgverlener hield hierbij geen toezicht, maar was wel in de buurt van de cliënt als het nodig mocht blijken om toch in te springen.

#### Stimuleren – Controleren/ monitoren (thema AB)

Situaties waarbij de handeling wel wordt uitgevoerd door de cliënt, maar waarbij nog ondersteuning of begeleiding nodig is van de zorgverleners zijn geschaard onder het thema AB.

Een voorbeeld is een observatie waarbij de cliënt zelfstandig met begeleiding het bovenlichaam wast, maar dat de cliënt ondersteuning nodig heeft bij het verzorgen van het onderlichaam.

#### Volledig zelf doen – Zonder toezicht (thema C)

In dit kader staan de situaties waarin de zorgverlening niet in zicht is bij de handeling die uitgevoerd wordt door de cliënt. Hierdoor is er geen verder onderscheid gemaakt in dit thema.

De situaties die in dit thema naar voren komen zijn handelingen zoals zelfstandige medicatie-inname, zelfstandig insuline berekenen en prikken en zelfstandig huishoudelijke taken uitvoeren. In dit kader is de cliënt volledig zelfstandig en voert zelf de regie. De zorgverlening komt alleen voor de noodzakelijke (verpleegkundige) zorg.

#### Stimuleren – Zonder toezicht (thema CD)

Dit laatste thema omvat een enkele situatie die tijdens de observaties naar voren is gekomen. Een cliënt heeft op aanraden van de zorgverlener zelfstandig de huisarts geconsulteerd. Bij het consulteren was de zorgverlener niet meer in zicht. Maar de handeling is gestimuleerd door de zorgverlener. Vandaar dat deze situatie niet geheel in thema C past, waar de situatie volledig door de cliënt wordt bepaald en wordt uitgevoerd, maar is ondergebracht op de lijn van stimuleren en zonder toezicht.

Bij het beschrijven van de resultaten moet worden meegenomen dat de situaties en handelingen per zorgverlener en per cliënt verschilden. Er was verschil te zien in de observaties uitgevoerd bij de cliënten in woonzorgcentrum Y en bij de cliënten in de wijk. Bij de eerste cliëntengroep werd er beduidend meer ook een controlerende functie uitgevoerd door de zorgverlener (B2), vooral op handelingen die in thema C naar voren kwamen. Deze controle werd minder of niet uitgevoerd bij de cliënten woonachtig in de wijk. De handelingen in thema A zijn ook meer teruggekomen bij de cliënten in woonzorgcentrum Y. De zorgverleners nemen bij deze groep meer over. De cliënten in de wijk lijken daarmee zelfstandiger.

### 3.2.3. Deelconclusie

Met de beschreven situaties kan er een antwoord worden gegeven op de vraag van dit deelonderzoek.

De situaties die geobserveerd zijn vallen voor het overgrote deel in de bovenste helft van de matrix. Hieraan kan men zien dat de zorg die de cliënten ontvangen voor het grootste deel gemonitord of gecontroleerd wordt. De zorgverleners zijn fysiek aanwezig bij de zorghandelingen. De zelfredzaamheid van de cliënt ligt in deze helft daarmee lager dan de andere helft, waarbij de zorgverlener niet fysiek aanwezig is.

Verscheidene situaties worden door de zorgverlener uitgevoerd (thema A). Sommige van deze situaties ziet men ook in het thema waarin de cliënt de handeling volledig zelf uitvoert, zonder hulp of toezicht van de zorgverlener (thema C). De vraag kan gesteld worden in hoeverre de situaties uit thema A verplaatst kunnen worden naar een thema waar de cliënt zelf de handeling uitvoert. Dit wel met de juiste stimulering, begeleiding en eventuele hulpmiddelen. Dan zouden de cliënten een stukje zelfredzaamheid terug kunnen winnen.

Bij situaties uit thema B ziet men verschillende keren een controlerende functie voor de zorgverlener. Zij controleert de cliënt op de juistheid van een handeling die is uitgevoerd zonder het bijzijn van de zorgverlener. Hier speelt zelfregie een rol. Gezegd is dat deze controlerende rol vooral bij de cliëntengroep van woonzorgcentrum Y wordt uitgevoerd. In hoeverre kan deze controle worden teruggegeven aan de cliënt, zodat daar de regie weer komt te liggen? Bij de cliënten woonachtig in de wijk is dit al meer het geval. De controlerende functie van de zorgverlener is daar niet naar voren gekomen.

Uiteindelijk kan er gesteld worden dat er met de juiste stimulering en begeleiding, er een hoop valt te winnen op de gebieden zelfredzaamheid en zelfregie.

## 3.3. Resultaten focusgroepen

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op welke technologische hulpmiddelen de zorgverleners kennen en in welke situaties zij mogelijkheden zien om de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt te ondersteunen. Hiervoor zijn de transcripten gebruikt van de gehouden focusgroepen. Voorafgaand worden de karakteristieken van de zorgverleners weergeven.

### 3.3.1. Karakteristieken van de zorgverleners

Er zijn in totaal drie focusgroepen gehouden, die in overleg met de teams in de ochtend waren gepland, na de ochtendroutes. Ze vonden plaats in een vergaderzaal op woonzorgcentrum Y. Aan twee focusgroepen namen beide keren twee zorgverleners uit thuiszorgteam B deel. De derde focusgroep werd gevuld door drie zorgverleners uit thuiszorgteam A. Dit maakte dat er in totaal zeven verschillende zorgverleners hebben deelgenomen. Alle zorgverleners waren vrouwen met de functie verzorgende IG. Twee van hen waren in opleiding voor verpleegkundige. De leeftijd van de zorgverleners varieerde tussen de 20 en de 60 jaar.

### 3.3.2. Kennis van technologische hulpmiddelen

De zorgverleners van RSKZ zijn bekend met een groot aantal hulpmiddelen. Waarmee niet gezegd wordt dat deze hulpmiddelen ook door de zorgvragers gebruikt worden, of dat de zorgverleners deze hulpmiddelen adviseren aan de zorgvragers. Ruwweg kon de groep hulpmiddelen in tweeën worden gedeeld: wel en geen technologische hulpmiddelen. Een volledig overzicht van de genoemde (technologische) hulpmiddelen is te vinden in bijlage zeven.

Bij de niet-technologische hulpmiddelen was er een onderscheid te maken in dat wat voor de zorgverleners handig is, dat wat meer voor de cliënten is en daar waar beide gemak van ondervinden.

Voor de zorgverleners werden hulpmiddelen genoemd die het aantrekken van steunkousen makkelijker maken, namelijk handschoenen en een beugel. Beide hebben profijt van een hoog-laag bed. En voor de cliënten kwamen de zorgverleners met wegwijs met kleuren en/of stickers, toepassingen van Braille en reliëf voor slechtzienden, een postoel en een traplift.

Over de niet-technologische hulpmiddelen waren de zorgverleners het eens dat dit hulpmiddelen zijn die als gewoon kunnen worden beschouwd in de zorg.

“Maar ja, dat zijn dan dingen die dan wel, ja, normaal zijn eigenlijk wel.” (ZV5)

Bij de technologische hulpmiddelen kwamen de zorgverleners op meer mogelijkheden. Ook hier valt een onderscheid te maken, ditmaal in het doel van de hulpmiddelen.

#### Medicatieveiligheid

Onder medicatieveiligheid zijn de hulpmiddelen geschaard die attenderen op medicatie-inname. Zo kan de cliënt zelfstandig blijven in het gebruiken van zijn of haar medicatie. Sommige van de genoemde hulpmiddelen worden visueel ondersteund, zoals een boodschap op tv of armband met de mededeling dat het tijd is om de medicatie in te nemen. De andere hulpmiddelen geven alleen een alarm op gezette tijden. Hierbij werden wekkers op mobiele telefoons benoemd of een speciale wekker op de medicatiecassette.

“Dat is een soort videoboodschap en die zegt elke ochtend van ‘goedemorgen, pakt u dalijk uw medicijnen’.” (ZV4)

#### Toezicht op afstand

Bij toezicht op afstand zijn er hulpmiddelen genoemd om de cliënt als het ware ‘in de gaten’ te houden. Door deze controle kunnen cliënten zelfstandig thuis blijven wonen volgens de zorgverleners. De controle in huis kan plaats vinden door ‘metingen’. Hoe vaak de koelkast bijvoorbeeld is geopend door de cliënt. Of een drukmeting van de matras, om te kijken of de cliënt op bed ligt. De controle kan ook via camera’s in huis worden uitgevoerd, die in contact staan met de mantelzorger.

#### Aansturing & begeleiding van de cliënt

Soms is de cliënt zelfstandig genoeg om thuis te blijven wonen, maar hebben ze hier en daar wel wat aansturing nodig. Een van de genoemde technologische hulpmiddelen was onder andere een programma met de mogelijkheid om boodschappen op tv op bepaalde tijden te laten afspelen. Hierbij noemden de zorgverleners handelingen zoals het openen van de gordijnen of iets te drinken pakken. De hulpverleners kwamen met een warmte-/knuffelkussen voor patiënten die in paniek zijn. Dit kussen moet hen, samen met een programma op tv, begeleiden totdat ze weer kalm zijn.

“Die mensen krijgen zoveel sturing, dat ze dat allemaal doen en thuis kunnen blijven.” (ZV4)

#### Veiligheid & gemak voor de cliënt

Andere genoemde technologische hulpmiddelen waren gericht op de veiligheid van en het gemak voor de cliënt. Veiligheid voor de cliënt is volgens de zorgverleners van groot belang. Ongewenste personen kunnen misbruik maken van de regelmaat van de thuiszorg door zich als thuiszorgmedewerker voor te stellen aan de cliënt. Om dit te kunnen ondervangen zou er volgens de zorgverleners camera’s bij de (voor)deur kunnen worden ingezet. Zo kan de cliënt zien wie er voor de deur staat en op basis daarvan bepalen of ze deur openen. Ook kwam bij veiligheid de personenalarmering naar voren. De cliënt kan hiermee direct om hulp vragen. Bediening van deuren of de verlichting met behulp van een hulpmiddel speelt in op het gemak van de cliënt. Een knop of door de stem van de cliënt, waar de deur of lamp op is afgestemd.

#### Contact met anderen

Als laatste gaven de zorgverleners hulpmiddelen aan die de cliënt in staat stellen om zelf contact op te nemen met anderen. Dit kunnen zowel zorgverleners als familie en vrienden zijn. Contact met de zorgverleners kan tot stand worden gebracht met spraak-luister verbinding en de algemene beeldschermzorg. Zo kunnen de cliënten zelf bepalen op welke momenten zij willen praten met of hulp willen van de zorgverleners. Contact met familie speelt ook een rol bij het onderhouden van sociale contacten. Het gebruik van (senioren)telefoons met voorgeprogrammeerde nummers zou bijvoorbeeld kunnen helpen de cliënt in staat te stellen zelf contact op te nemen. Zorgverleners kwamen verder met een concrete situatie waarbij een babyfoon is ingezet om zo de cliënt de mogelijkheid te geven om ’s nachts contact te houden met zijn partner, toen hij voor de zorg beneden moest slapen.

“Bijvoorbeeld ook telefoons, speciale telefoons, die ze makkelijker kunnen gebruiken.” (ZV2)

Hoewel de zorgverleners met meer technologisch hulpmiddelen kwamen, gaven ze wel aan moeite te hebben met het benoemen ervan. Dit zou volgens hen komen doordat ze er (te) weinig over wisten en omdat de X volgens hen achterloopt op het gebied van het gebruik van technologische hulpmiddelen. Dit zou volgens de zorgverleners verder ontwikkeld kunnen worden.

“Ja, ik weet ook niet wat voor technologische snufjes er allemaal zijn.” (ZV1)

### 3.3.3. Situaties betreffende de zelfredzaamheid & zelfregie

Ook situaties waar volgens de zorgverleners de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënt ondersteund kan worden zijn besproken in de focusgroepen. Allereerst is er duidelijkheid verkregen over wat de zorgverleners onder de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt verstaan.

* *Zelfredzaamheid*: Dat de cliënten proberen om dingen op te pakken waar ze voorheen moeite mee gehad hebben. De dingen, de draad van hun leven weer proberen op te pakken binnen de mogelijkheden en de grenzen.
* *Zelfregie*: Dat de cliënten zelf aangeven dat zij iets zelf willen doen of proberen. Dat cliënten, en/of de familie, zelf alle hand- en spandiensten regelen en dat de zorgverlening er alleen is voor de noodzakelijke zorg.

Het benoemen van concrete zorgsituaties werd door de zorgverleners als lastig beschouwd. Ook omdat er veel factoren een invloed hebben op de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. Deze factoren worden later behandeld. Desalniettemin zijn er in de focusgroepen twee thema’s naar voren gekomen waarin situaties zich voordoen waar de zelfredzaamheid en/of zelfregie ondersteund kan worden. Zie hiervoor ook bijlage acht.

#### Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL)

Bij HDL kan gedacht worden aan het opruimen in huis, het opmaken van het bed en het bereiden van een maaltijd. De nadruk ligt op het huishouden van de cliënt. In dit zorggebied valt volgens de zorgverleners veel te winnen wat betreft de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. De zorgverleners komen bij de cliënt thuis om zorg te leveren aan de cliënt. Dit moet bij (noodzakelijke) zorg blijven en geen andere dingen omvatten, die behoren tot de HDL van de cliënt.

“Wij zijn thuiszorg” … “Wij regelen alleen de noodzakelijke dingen.” (ZV5)

De concrete situaties die door de zorgverleners naar voren zijn gebracht zijn voor het grote deel onder te scharen bij de HDL. Handelingen die de cliënt zelf zou kunnen doen, of tot gestimuleerd kan worden. Het zelf smeren van het brood, zelf de afwas doen of het bed opmaken.

De ‘kleine dingetjes’ zoals de zorgverleners dit benoemden. Juist wanneer de cliënten deze handelingen weer zelf zou oppakken kan dit, zij het op kleine schaal, een verbetering zijn in de zelfredzaamheid.

Deze gewenning zien de zorgverleners ook bij andere handelingen die de cliënt eigenlijk zelf uit kan voeren, maar dit niet doet omdat de zorgverleners ‘dit wel doen’. De zorgverleners geven wel aan dat ze dit gedrag wellicht zelf zo hebben laten ontstaan. Ze blijven toch ‘zorgmensen’.

Er is een verschil tussen hen en de zorgverleners op een revalidatieafdeling bijvoorbeeld, die ‘zorgen met de handen op hun rug’. Hier zouden ze volgens hun zelf wel wat van kunnen leren, om zo meer de zelfredzaamheid terug te geven aan de cliënt.

“Ja, te gewend aan de kleine dingen die gedaan worden hè. Dat ze bijvoorbeeld zelf de gordijnen niet open hoeven te maken, ik noem maar wat.” (ZV5)

#### Mobiliteit

Wanneer cliënten zich zelfstandig kunnen verplaatsen, al is het alleen maar binnenhuis, winnen zij daar een stukje zelfredzaamheid mee terug volgens de zorgverleners. De wereld wordt weer een stukje groter, zoals een zorgverlener dat omschreef. Dat de cliënten bijvoorbeeld zelf kunnen bepalen wanneer ze even gaan liggen op bed, dat de zorgverleners daar niet voor hoeven langs te komen.

Dit verplaatsen binnenshuis kan vervolgens ook toegepast worden bij het openen van de deur. Bij de cliënten die in het woonzorgcentrum Y wonen komen de zorgverleners met een sleutelloper naar binnen. De zorgverleners zijn echter van mening dat dit bij veel cliënten overbodig is. Maar volgens de zorgverleners zijn de cliënten het te gewend, of gaan ze ervan uit dat dit wel gebeurt. Juist het zelf open laten doen door de cliënten geeft de cliënten meer regie en zelfredzaamheid.

“Dat wij overal maar met een sleutel naar binnen komen” … “De cliënten kunnen makkelijk zelf hun deur open maken. Of tenminste, niet allemaal, maar heel veel wel.” (ZV6)

Losstaand van de genoemde situaties kwamen de zorgverleners met beïnvloedende factoren waarmee men rekening moet houden als men spreekt over de zelfredzaamheid en de zelfregie van een cliënt.

Grenzen aan zelfredzaamheid & zelfregie  
Als eerste factor noemden de zorgverleners de grenzen aan de zelfredzaamheid en zelfregie. Deze grenzen kunnen concreet zijn vanuit het oogpunt van de zorgverlener, maar ook vanuit het oogpunt van de cliënt komen. De kwetsbaarheid van de ouderen, in samenspraak met de leeftijd, werd aangehaald als grens. Ook de cognitie en lichamelijke klachten spelen een rol volgens de zorgverleners. Soms is het daardoor niet verantwoord om de zelfredzaamheid of zelfregie aan de cliënt terug te geven. Het niet willen loslaten van de zelfredzaamheid en zelfregie door de cliënt, soms tegen beter weten in, kan ook een rol spelen. Wanneer de cliënt niet accepteert dat hij of zij wellicht wat meer ondersteuning nodig heeft bij de zorg dan vroeger, kan dit parten spelen bij de samenwerking tussen de zorgverlening en de cliënt. De zorgverleners geven aan dat men dan als eerste de wens van de cliënt moet respecteren, zolang dit geen gevaar vormt voor de cliënt.

“Dat is ooit lastig, maar dan denk ik wel ooit dat je ja, dan moet je toch de deur dicht trekken.” (ZV3)

De leefwereld van de cliënt  
Een andere factor die van invloed is op de zelfredzaamheid en zelfregie is de leefwereld van de cliënt zelf. Volgens de zorgverleners zijn de cliënten die in de wijk wonen over het algemeen zelfstandiger dan de cliënten die woonachtig zijn in het woonzorgcentrum Y.

Ook lieten de zorgverleners het wel of niet hebben van een partner vallen als een factor die invloed heeft op de zelfredzaamheid en zelfregie. Wanneer de cliënt samenwoont met een partner, kan deze dingen overnemen. Ook wanneer er nog familie betrokken is bij de zorg van de cliënt, kan dit een verschil maken in de zelfregie van de cliënt. De familie en partner hebben invloed op de zorg en ondersteunen zo de zelfregie van de cliënt. Of nemen deze deels over.

“Als jij zelf niet meer redzaam bent en je hebt nog wel een partner, ja dat scheelt heel veel.” (ZV3)

Stimulering van zelfredzaamheid & zelfregie  
Als laatste gaven de zorgverleners aan dat er stimulering van de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt plaats moet vinden. Zonder de juiste stimulering zal de zelfredzaamheid en zelfregie niet groeien volgens de zorgverleners. Omwille van de groeiende tijdsdruk wordt er wel verschillend mee omgegaan. Een aantal zorgverleners gaf aan dat ze meer overnemen van de (zelf)zorg en minder stimuleren. Een valkuil, geven ze toe, maar als ze het zelf doen zijn ze veel sneller klaar. Andere zorgverleners geven aan dat zij juist meer doen aan stimuleren, omdat zij van mening zijn dat dit uiteindelijk tijdwinst geeft.

Alle zorgverleners zijn wel van mening dat de mate van stimuleren afhankelijk is van de cliënt en van de diagnose. Wanneer de zorgverleners vanuit de opname meekrijgen dat de cliënt zich verplaatst met een hulpmiddel, zullen de zorgverleners dit hulpmiddel gebruiken. Daar ligt volgens de zorgverleners ook het verschil met de zorgverleners op een revalidatieafdeling. Die zorgverleners zijn getraind om te stimuleren, om met ‘de handen op de rug’ te werken. Hier zouden, naar eigen zeggen, de zorgverleners van de X wel wat kunnen leren.

“Eigenlijk zouden wij met z’n allen een tijdje op de revalidatie moeten gaan werken.” (ZV3)

### 3.3.4. Deelconclusie

Uit de beschreven resultaten kunnen nu de conclusies voor de deelvragen worden beschreven.

De kennis over de technologische hulpmiddelen bij de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B is over het geheel genomen ruim. De zorgverleners benoemden een hoop technische hulpmiddelen die ingezet kunnen worden in de zorg ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënt. De hulpmiddelen zijn ingedeeld naar doel: medicatieveiligheid, toezicht op afstand, aansturing & begeleiding, veiligheid & gemak en contact met anderen.

Met het benoemen van concrete zorgsituaties waarin de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënt ondersteund kan worden, hadden de zorgverleners meer moeite. De uiteindelijk benoemde situaties zijn onderverdeeld in situaties rondom de HDL en mobiliteit.

De huishoudelijke handelingen in het thema HDL zijn vooral kleine dingen waarover de zorgverleners het eens waren dat zij die handelingen niet hoeven uit te voeren. Wanneer de zorgverleners alleen voor de noodzakelijke zorg komen, en de cliënt de handelingen zelf uitvoert die onder de HDL van een cliënt vallen, krijgt de cliënt daarmee een stuk zelfredzaamheid terug.

De andere situaties hielden verband met de mobiliteit van de cliënt. De cliënt ondersteunen en stimuleren in zijn mobiliteit waardoor de zelfredzaamheid van de cliënt groter kan worden. Al is het alleen maar binnenshuis. Hierdoor wordt de wereld van de cliënt een stukje groter gemaakt. Ook heeft dit invloed op de zelfregie van de cliënt. De cliënt kan dankzij de zelfredzaamheid in de mobiliteit zelf beslissingen nemen over de invulling van zijn dag.

Volgens verschillende zorgverleners is er meer mogelijk op de gebieden HDL en mobiliteit dan dat er nu gebeurt. Dat dit zo is, ligt volgens deze zorgverleners vooral aan het feit dat ze ‘zorgmensen’ zijn, en daardoor (te) snel iets overnemen van de cliënt. Ze geven aan dat ze misschien wat meer met de ‘handen op de rug’ mogen zorgen, en zo de cliënt meer kunnen stimuleren tot zelfredzaamheid en zelfregie.

## 3.4. Resultaten interviews

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de vraag in welke situaties cliënten ondersteund kunnen worden met betrekking tot zelfredzaamheid en zelfregie. Hiervoor worden de technologische hulpmiddelen genoemd waar de cliënten bekend mee zijn maar allereerst worden de karakteristieken van de cliënten genoemd. Voor de resultaten zijn de transcripten van de gehouden interviews gebruikt.

### 3.4.1. Karakteristieken van de cliënten

Er hebben zeven interviews plaatsgevonden. Hierbij zijn vier cliënten van thuiszorgteam A en drie cliënten van thuiszorgteam B.

Alle vier de cliënten van thuiszorgteam A wonen in het woonzorgcentrum Y. De drie cliënten van thuiszorgteam B wonen in de wijk. Deze cliënten wonen allemaal in appartementencomplexen. Een cliënt op de begane grond en de andere twee cliënten niet.

Vijf van de zeven cliënten zijn 65+ jaar oud. Twee cliënten zijn tussen de 40 en 50 jaar oud.

Van de cliënten zijn drie cliënten mannelijk en vier vrouwelijk.

Drie cliënten die in woonzorgcentrum Y wonen hebben geen partner meer. Eén cliënt heeft geen partner gehad. Van de cliënten van thuiszorgteam B heeft één van hen nog een partner, één is weduwe en één is alleenstaand.

De vier cliënten van thuiszorgteam A krijgen laagcomplexe zorg. Dit houdt in dat bij een cliënt drie keer per dag binnengelopen wordt om te kijken hoe het gaat, bij andere cliënten wordt er ondersteund met douchen en/of medicatiegebruik. Twee cliënten worden dagelijks verzorgd door de thuiszorg.

Van de drie cliënten van thuiszorgteam B krijgt één cliënt hoog-complexe zorg, één cliënt middelcomplexe zorg en één cliënt laagcomplexe zorg. Dit houdt in dat twee cliënten elke dag worden verzorgd door de thuiszorg. De derde cliënt wordt een aantal keren per week gedoucht en wordt ondersteund bij het steunkousen aan- en uittrekken.

### 3.4.2. Kennis van technologische hulpmiddelen

Cliënten vinden het lastig om technologische hulpmiddelen te benoemen. De cliënten populatie bestaat grotendeels uit ouderen en deze geven aan niet bekend te zijn met technologie.

Het technologische hulpmiddel wat door verschillende cliënten genoemd wordt is de personen alarmering. Met dit hulpmiddel kunnen cliënten hulp inschakelen als er iets gebeurd is. Cliënten geven aan dat ze dit fijn vinden en dat het een veilig gevoel geeft. Verder benoemen cliënten een aantal hulpmiddelen in de zorg. De rolstoel, rollator en het hoog-laag bed worden veelvuldig benoemd. Ook worden hulpmiddelen bij het douchen benoemd zoals een antislip vloer in de badkamer en steunen in de douche. Een volledig overzicht van de (technologische) hulpmiddelen die genoemd zijn is te vinden in bijlage negen.

Als laatste benoemt een cliënt dat hij geen behoefte heeft aan technologische hulpmiddelen in de zorg. Op de vraag of de cliënt weet wat technologie in zorg is antwoordt de cliënt dat hij geen technologie gebruikt.

"Ik heb daar ook allemaal nog geen behoefte aan, ze zeggen zelf hier allemaal ja, uh, jij hebt nog goed de hersens bij elkaar hè." (C3)

### 3.4.3. Situaties betreffende de zelfredzaamheid & zelfregie

In de interviews die gehouden zijn, is gevraagd welke zorg er gegeven wordt door het X en hoe deze verloopt. Uit de transcripten van de interviews zijn situaties gekomen waarin cliënten behoefte hebben aan meer zelfredzaamheid en zelfregie. Deze zijn gethematiseerd in vijf thema's.

Zorg gegeven door vaste zorgverleners  
De helft van de cliënten geven aan dat ze een vast team willen zonder nieuwe gezichten. De cliënten vinden het niet prettig en ook het steeds moeten uitleggen hoe ze de zorg willen hebben wordt als vervelend ervaren. Hierbij begrijpen de cliënten dat een zorgverlener niet een hele week lang kan werken en daarom verschillende zorgverleners aan bed staan. Dat medewerkers vanuit de flexpool komen werken om vakanties van zorgverleners op te vangen begrijpen de cliënten, desalniettemin blijven cliënten het als vervelend ervaren.

"Nou uh op 't ogenblik sinds oktober, is 't uh niet meer zo prettig als voorheen. Omdat je nou heel veel nieuwe krijgt elke keer. En dat is niet prettig, als je 's morgens een nieuwe zuster krijgt." (C3)

Een cliënt geeft aan het niet fijn te vinden dat er 's ochtends drie verschillende zorgverleners aan bed staan. Als eerste komt een zorgverlener voor de medicatie, de tweede komt de cliënt douchen en de derde komt om een boterham voor de cliënt te maken.

"Ik vind dat eigenlijk een beetje, niet onnodig, dat bedoel ik niet, maar wel waarom doet een persoon dat niet?" ... "Maar 's morgens dan, dan puinhoop." (C2)

Mobiliteit  
Regelmatig komt de mobiliteit tijdens de interviews ter sprake. De cliënten vinden het belangrijk om in huis overal goed bij te kunnen en te mogen. Cliënten willen blijven doen wat ze altijd hebben willen doen. Het lopen met een rollator of in een rolstoel zitten wordt vaak als lastig ervaren. Ineens zijn drempels lastig, iets uit kasten pakken wordt moeilijker en staat het huis veel te vol met meubels.

Wat ook aangegeven wordt is dat er de behoefte is om onafhankelijk ergens naar toe te kunnen gaan. Het inschakelen van andere personen of services om langere afstanden te overbruggen wordt als niet ideaal ervaren. Verder komt naar voren dat bepaalde cliënten niet zelfstandig mogen lopen van de zorgverleners. Dit is lastig aangezien cliënten zelfstandig en vaak alleen wonen. In de interviews is een tweestrijd hoorbaar waarin de cliënten veilig willen handelen maar anderzijds de dingen willen doen die nodig zijn.

"Ik kan niet zo goed met mijn rolstoel bij het gas. Nou dan moet ik hem op de rem zetten en dan ga ik er dus zo voor zitten, en dan op de rem en dan even staan, dat kan ik ook nog niet lang staan hè." ... "Ja, zo. En dat is niet zo makkelijk, maar ja, ik heb geen zin om hier naar de zaal te gaan hoor." (C4)

#### Inspraak in zorginhoud

Zorg die aangepast is aan de behoefte van de cliënt wordt als belangrijk ervaren. Dit begint al bij de start van de zorg als er geïnventariseerd wordt welke zorg er nodig en gewenst is. Een aantal cliënten geven aan dat er goed is geluisterd naar hun wensen. Andere cliënten geven aan dat ze vanzelf erin gerold zijn doordat ze op de logeerkamers hebben gelegen in woonzorgcentrum Y.

Bijzonder was hoe een cliënt vertelde over een protocol die het X uitrolde waarin staat welke zorg er zou worden gegeven. Dezelfde cliënt geeft ook aan meer inspraak te willen als er iets mis is. Een andere behoefte die blijft bestaan onder de cliënten, vooral bij cliënten die alleen wonen en een kleine sociale omgeving hebben, is het even gaan zitten van de zorgverleners om een praatje te maken. Deze cliënten zitten bijna de hele dag alleen en zijn blij als er iemand komt.

Doordat cliënten blij zijn met de zorg die ze krijgen, geven cliënten niet aan wanneer ergens nog een behoefte aan is.

"Zou je dit willen doen of zou je dat willen doen? Maar ik vraag erg lastig. Het is voor mij moeilijk om te zeggen zou je dat voor me willen doen." (C2)

Als laatste geven een aantal cliënten aan geen behoeften te hebben in de zorg. Deze vinden het wel goed zo. Het gaat hier om de zelfzorg en het meebeslissen in de zorg. Deze cliënten laten alles over aan de zorgverleners.

#### HDL

Rondom het eten geven cliënten belemmeringen aan. Het wordt voor de oudere cliënt lastiger om eten maken, op te warmen of een boterham te smeren. Aan de andere kant bestaat er de behoefte aan elke dag vers eten, dit zijn cliënten vanuit vroeger gewoon en willen dit behouden. Bij een cliënt wordt door een zorgverlener een maaltijd opgewarmd die door familie is gemaakt. Deze cliënt benoemt dat dit fijn is, maar ze hierdoor drie dagen achterelkaar hetzelfde eten krijgt. Ook komt de zorg bij mw. voor de broodmaaltijd. Mw. geeft aan dat ze zelf wel eens begint aan de boterham smeren, ook al gaat het staan niet meer goed. Ditzelfde geldt voor een andere cliënt, die in een rolstoel zit. Deze cliënt kookt het eten nog zelf, maar kan met de rolstoel niet onder het fornuis komen. Hierdoor moet de cliënt allerlei handelingen uitvoeren om toch te kunnen koken.

Verder zijn er cliënten die op andere gebieden van de HDL-ondersteuning nodig hebben. Dit is onder andere bij de was doen en het bed opmaken. In deze situaties doen cliënten dit nog zelf, maar lukt het niet meer. Het X geeft de cliënten hier nog geen ondersteuning in.

"Nou zo veel mogelijk per dag, en als ik iets te veel heb dan net zoals met stamppot dan doe ik het in de diepvries hè." ... "Ja want een paar dagen achterelkaar hetzelfde dat uh." (C5)

#### Inspraak in het zorgmoment

Cliënten met hoog- en middelcomplexe zorgsituaties geven aan dat ze hun activiteiten in het dagelijks leven aan moeten passen naar de zorgtijden. Graag zouden ze zien dat juist de zorgtijden aangepast worden aan hun activiteiten. Mede doordat de zorg een aantal keer per dag komt is het lastig voor cliënten. Ook de beperkte keuze uit zorgtijden speelt hierbij een rol.

Het tijdstip van de zorgmomenten komt vaak naar voren. Het is vervelend voor de cliënten als de zorg te laat of te vroeg komt.

Zo geven een aantal cliënten aan dat de zorg 's ochtends voor hen te laat komt. Cliënten kunnen hierdoor in de ochtend niet veel doen, ze zitten dan te wachten op de zorg. Een cliënt geeft aan dat het fijn is dat de zorg 's ochtends laat komt. Wat deze cliënt minder fijn vindt is dat de cliënt elke ochtend tussen 8 en 10 een knop in moet drukken bij intercom van het personenalarm. Hierdoor moet de cliënt alsnog vroeg opstaan.

Een cliënt geeft aan dat de zorg 's avonds te vroeg komt. Hierdoor moet deze cliënt vroeg op de avond alles al klaarmaken voor de nacht en houdt de avond op om half negen. Een cliënt geeft aan dat ongeplande zorg geen mogelijkheid was. Dit was wel met de cliënt afgesproken, nu zijn deze zorgmomenten op een vaste tijd. Hierdoor kan de cliënt maar vanaf een bepaalde tijd tot een bepaalde tijd drinken aangezien de cliënt het anders niet volhoudt tot het volgende zorgmoment. Dit beperkt de cliënt in het doen van de dagelijkse dingen.

"Het enige wat ik dan wil zeggen is je privéleven is weg, je wordt geleefd." (C6)

"Eigenlijk was de afspraak, en die is nooit veranderd zover ik weet, eigenlijk heb ik nog steeds ongeplande zorg" ... "Maar ja, dat komt er gewoon niet van, dat is heel even goed gegaan en toen is het op papier komen te liggen want dat was zo gemakkelijk met aftekenen" ... "Als ik zou kunnen bellen als ik moet, dan, uh, dan zou het een stuk makkelijker worden." (C7)

Een volledig overzicht van de thema's met alle codes is terug te vinden in bijlage tien.

### 3.4.4. Deelconclusie

Nu de resultaten van de interviews bij de cliënten van thuiszorgteams A en B bekend zijn, kunnen de conclusies van de deelvragen worden getrokken.

Cliënten zijn minimaal bekend met technologische hulpmiddelen. Het enige technologische hulpmiddel dat cliënten hebben benoemd is de personenalarmering. Hiermee zijn een aantal cliënten bekend aangezien zij deze zelf gebruiken.

In de interviews hebben cliënten een aantal zorgsituaties benoemd waarbij er volgens de cliënten behoefte is aan ondersteuning van de zelfredzaamheid en zelfregie. Als eerste benoemden de cliënten dat er behoefte aan zorg gegeven door vaste zorgverleners. Hierbij geven cliënten aan dat ze minder verschillende zorgverleners aan het bed willen hebben staan. Dit geldt voor alle zorgmomenten.

Meegenomen moet worden dat er door de thuiszorg van het X al wordt ingezet om zo veel mogelijk vaste zorgverleners de zorg te laten verlenen. Dit is gedaan door in oktober 2014 alle teams binnen het X om te vormen tot kleine thuiszorgteams. Door cliënten wordt echter aangehaald dat het verschil in het aantal zorgverleners niet groot is.

Verder benoemen cliënten meer zelfredzaamheid te willen met betrekking tot de mobiliteit. Een aantal cliënten kan met de rollator en rolstoel niet overal goed komen in huis. Dit belemmert de cliënt in de dagelijkse bezigheden.

Een aantal cliënten heeft behoefte aan inspraak in de zorginhoud. Cliënten geven aan het moeilijk te vinden deze behoefte aan meer zelfregie aan te geven. Dit betekent echter niet dat er geen behoefte is. In het begin van de zorg krijgen een aantal cliënten te ruimte om aan te geven wat ze willen aan zorg, dit wordt als fijn ervaren. Een aantal cliënten geven aan deze mogelijkheid niet te hebben gekregen.

Bij de HDL is meer behoefte aan zelfregie en zelfredzaamheid. Hierbij willen cliënten meer regie over wanneer ze kunnen eten en meer zelfredzaamheid zodat ze dit wellicht zelf kunnen opwarmen. Als cliënten zelf het eten kunnen opwarmen hebben ze meer regie over welke maaltijden ze wanneer eten, hierdoor eten cliënten gevarieerder.

Cliënten geven aan meer inspraak te willen in de zorgmomenten. Hierbij gaat het onder andere om meer zelfregie bij de tijdstippen waarop de zorg komt en de mate waarin het leven van de cliënt rondom de zorg moet worden gepland. De cliënten zien graag dat de zorg rondom de dagelijkse dingen wordt gepland. Hierbij wordt de flexibiliteit van de thuiszorg aangesproken.

# 4. Conclusie & adviezen

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten beschreven van de deelonderzoeken. Nu zullen deze samen gebundeld worden om tot de beantwoording van de probleemstelling van dit praktijkonderzoek afstuderen te komen.

De deelonderzoeken observaties, focusgroepen en interviews waren gericht op het vinden van zorgsituaties waarin de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënt ondersteund kan worden met het gebruik van technologische hulpmiddelen. Er kan gesteld worden dat er veel te halen valt op de gebieden van zelfredzaamheid en zelfregie. De situaties die naar voren kwamen situeren zich rondom de HDL en mobiliteit van de cliënt. Ook bij de inhoud en het moment van de zorg zijn er mogelijkheden gevonden waarin cliënten meer inspraak willen hebben.

Dankzij de literatuurstudie zijn de verschillende effecten beschreven van technologische hulpmiddelen. Deze waren vooral gericht op de onafhankelijkheid van de cliënt, de maatschappelijke participatie en het behouden van een eigen identiteit (Bowes & McColgan, 2013).

Aan de hand van de deelonderzoeken konden er een viertal adviezen geformuleerd worden. Deze adviezen spelen in op de situaties die naar voren zijn gekomen waar technologie een ondersteunende rol kan spelen op de gebieden zelfredzaamheid en zelfregie.

#### Technologie & mobiliteit

De eerste situaties doen zich voor rond de mobiliteit van de cliënt. Zowel de zorgverleners als de cliënten zien hier mogelijkheden om de zelfredzaamheid te verbeteren. Bijvoorbeeld het zelfstandig binnenshuis lopen. Zorgverleners geven aan dat hierdoor de wereld van de cliënt wat groter wordt. De cliënten benoemden dat dit het gevoel van onafhankelijkheid zou vergroten.

Valdetectoren en de personenalarmering zijn technologische hulpmiddelen die bij kunnen dragen om dit doel te verwezenlijken. Deze geven het gevoel van veiligheid aan de cliënt (Tinker & Lansley, 2005), waardoor zij sneller thuis zullen gaan lopen, wetend dat hulp snel kan komen.

#### Technologie & HDL

Rond de HDL van de cliënt valt ook wat te winnen op het gebied zelfredzaamheid volgens de zorgverleners en de cliënten. De cliënten geven aan dat zij bijvoorbeeld zelf het eten willen opwarmen. Deze situaties werden ook benoemd door de zorgverleners.

Voor het opwarmen van het eten kan er gekeken worden naar een aangepaste magnetron voor ouderen. Denk hierbij aan voorgeprogrammeerde programma’s voor onder andere de warme maaltijd. Hierdoor zouden de ouderen maar op één knop te hoeven drukken. Verder zou de keuken zo aangepast kunnen worden dat er voor ouderen die moeilijk kunnen staan er de mogelijkheid is om te gaan zitten. En dat er voor rolstoelafhankelijke ouderen er genoeg werkruimte is in de keuken en dat de magnetron zich op werkhoogte bevindt. Dit kan voor de veiligheid ondersteund worden met verschillende sensoren, zoals een valdetector, een rooksensor en tijdsbewaking van het magnetrongebruik.

#### Technologie voor inspraak in de zorg

Cliënten benoemen dat ze meer inspraak in de zorg willen hebben. Zelf de regie voeren over de inhoud van de zorg en wanneer deze wordt uitgevoerd. Hier gaat het bijvoorbeeld om dat cliënt graag zouden zien dat de zorgverleners een praatje komen maken. Iets wat met de huidige tijdsdruk lastig gaat volgens de zorgverleners.

Dit kan worden ondervangen door de inzet van telecommunicatie. Hierbij kan de zorgverlener op een rustig tijdstip contact leggen met de cliënt. Zo hoeft de zorgverlener niet naar de cliënt toe, maar kan er toch een praatje worden gehouden. Andersom kan de cliënt ook de zorgverlener bellen voor zorg, zoals toiletgang.

#### Technologie & de zorgverlener

Als laatste geven cliënten aan meer controle willen hebben over welke zorgverleners de zorg leveren. Niet zozeer wie, maar de vele verschillende zorgverleners op één dag en in de week staat de cliënt tegen. Zij zouden graag een vast team willen zien. Dit is een probleem wat niet direct door technologie op te lossen is. Daarentegen zouden technologische hulpmiddelen wel de cliënt dusdanig zelfredzamer kunnen maken zodat er minder zorgmomenten nodig zijn. Door minder zorgmomenten is de kans groter dat er vaste zorgverleners voor één cliënt aangesteld kunnen worden. Minder zorgmomenten wil niet zeggen dat de zorg volledig vervangen wordt door de inzet van technologische hulpmiddelen. Het moet als aanvulling worden gezien (Percival & Hanson, 2006), waaruit als voordeel kan komen dat er een vast team voor de cliënt kan worden gecreëerd.

Technologische hulpmiddelen die ingezet kunnen worden zijn bijvoorbeeld de vele sensoren die al genoemd zijn. Ook kunnen er videoboodschappen op tv worden ingezet om de cliënt aan te sturen tot alledaagse bezigheden, zoals iets te drinken pakken of de medicatie in te nemen. Om de cliënt verder te monitoren kan er toezicht op afstand gehouden worden door cameratoezicht en metingen plaats te laten vinden in huis. Dit omvat bijvoorbeeld hoe vaak de koelkast wordt geopend.

Samengevat zijn er zeker zorgsituaties bij de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X waar er mogelijkheden zijn om de zelfredzaamheid en zelfregie te ondersteunen met het gebruik van technologische hulpmiddelen.

# 5. Discussie

Kijkend naar het onderzoek, komen sterke en minder sterkere punten naar voren. In dit hoofdstuk zullen deze punten worden benoemd.

In eerste instantie werd in het literatuuronderzoek geen relevantie literatuur gevonden. Hierdoor is de zoekstrategie veranderd. Biep.nu werd uitgesloten als databank en er is alleen gezocht in Pubmed en Cinahl. Verder is er niet meer met losse woorden gezocht maar alleen met de MeSH-terms en Cinahl headings. Doordat er alleen met MeSH-terms en Cinahl Headings is gezocht zijn de meest recente artikelen uitgesloten aangezien het tijd kost om deze termen aan artikelen te hangen. Na het aanpassen van de zoekstrategie werden een aantal relevante artikelen gevonden. Deze zijn uitgebreid met behulp van de sneeuwbalmethode. Hierdoor waren er genoeg relevante artikelen om tot een degelijk antwoord te komen op de deelvraag.

Discussiepunten zijn ook te vinden bij de uitgevoerde observaties. De observaties vonden bij de cliënten van beide thuiszorgteams plaats. Ook zijn de verschillende dagdelen van de zorgroutes geobserveerd, te weten een ochtendroute en een avondroute. Zo konden alle zorgmomenten meegenomen worden in de observaties. Meegenomen moet worden dat er wegens beperkte tijd maar één ochtendroute en één avondroute is geobserveerd bij elk van de thuiszorgteams. In een vervolgonderzoek kan dit uitgebreid worden om zo een nog completer beeld te krijgen.

Daar de zorgroute die geobserveerd is bij thuiszorgteam B was uitgezocht op interesse en relevantie, is dit bij thuiszorgteam A achterwege gebleven. Hierdoor kan het zijn dat er meer relevantere gevallen voor het praktijkonderzoek in deze cliëntengroep gemist zijn.

Bij het deelonderzoek van de focusgroepen zijn er ook wat sterke en minder sterkere punten naar voren gekomen. Sterke punten waren dat er aan elke focusgroep verschillende zorgverleners hebben deelgenomen. Ook kwamen de zorgverleners in een focusgroep uit hetzelfde team. Helaas konden er maar weinig zorgverleners deelnemen aan een focusgroep, respectievelijk twee, twee en drie. Ondanks inspanningen van de afstudeergroep en beide teams liet de zorg niet toe dat er meer zorgverleners deel konden nemen aan een focusgroep. Hierdoor kon een groepsgesprek zoals de focusgroep als bedoeling heeft niet echt tot stand komen. Desalniettemin was de verdeling tussen de beide teams nagenoeg gelijk, drie zorgverleners uit thuiszorgteam A, vier uit thuiszorgteam B. Ook zijn er wel degelijk situaties naar boven gekomen voor het beantwoorden van de onderzoeksdeelvraag. Wellicht zouden er meer situaties naar voren zijn gekomen wanneer er inderdaad meer zorgverleners deel hadden genomen. Dit kan nog verder onderzocht worden.

De interviews hebben plaatsgevonden bij cliënten van thuiszorgteam A en B. De verdeling tussen beide teams was nagenoeg gelijk, drie cliënten van thuiszorgteam B en vier cliënten van thuiszorgteam A. Hierdoor is genoeg dekking om conclusies te kunnen trekken die betrekking hebben op beide teams. Uiteindelijk hebben er zeven interviews plaatsgevonden. Dit is gedaan aangezien verzadiging was bereikt. In de twee laatste interviews werd geen nieuwe informatie verzameld.   
Verder is het de vraag of de cliënten zich helemaal hebben kunnen uiten in de interviews. De cliënten benoemen allemaal in de interviews dat de zorg goed loopt. Dit wordt verschillende keren benadrukt. Hier en daar komen de mindere punten wel boven tafel. De afstudeerstudenten kwamen bij de cliënten als stagiaires, dit kan ervoor hebben gezorgd dat cliënten een positiever beeld hebben geschetst. Dit aangezien het voor de cliënten geleken kan hebben dat het onderzoek gehouden wordt door dezelfde organisatie als waar de cliënten zorg van krijgen.

# 6. Implementatie

Uit dit praktijkonderzoek afstuderen zijn een viertal adviezen naar voren gekomen, die hiervoor zijn beschreven. Om deze adviezen als mogelijke veranderingen of verbeteringen methodisch in te voeren in de praktijk zal er gewerkt moeten worden met een implementatieplan. Allereerst wordt de totstandkoming van de implementatie beschreven. Hierna volgen een aantal tabellen waarin de implementatie schematisch wordt weergegeven.

## 6.1. Totstandkoming implementatie

Bij de implementatie zal volgens het PARIHS-model worden gewerkt. Hierin wordt gesteld dat er voor een succesvolle implementatie rekening gehouden dient te worden een drietal factoren: evidence, context en facilitation. Garantie op succes hangt af van de soort van evidence, de kwaliteit van de context en het type van facilitation (Rycroft-Malone, 2004).

* *Evidence*

Het ‘bewijs’ voor een implementatie bestaat volgens het PARIHS-model uit de thema’s wetenschappelijke literatuur, klinische ervaringen en cliënten ervaringen. Een succesvolle implementatie zal waarschijnlijker zijn wanneer de informatie die aangedragen wordt uit deze bronnen van bewijs ‘hoog’ staat aangeschreven. Hieronder wordt bij de wetenschappelijke literatuur verstaan dat deze onderzoeken bevat die van bewezen goede kwaliteit zijn. De klinische ervaringen worden als ‘hoog’ beschouwd wanneer zij kritisch gereflecteerd zijn. Wanneer de voorkeuren, meningen en ervaringen van de cliënt wordt meegenomen in het besluitvormingsproces voor de implementatie, valt dit ook onder ‘hoog’ evidence. De uitdaging bij dit onderdeel van het PARIHS-model blijft om de drie bronnen van evidence te combineren en zo tot een onderbouwde besluitvorming te komen voor een succesvolle implementatie (Rycroft-Malone, 2004).

* *Context*

In het PARIHS-model wordt er met de context de omgeving bedoeld waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt en daarmee de omgeving waarin de voorgenomen implementatie plaats gaat vinden. Het PARIHS-model onderscheidt ook dit onderdeel in drie grote thema’s die alle drie invloed hebben op het succes van de implementatie. Deze drie thema’s zijn de cultuur, het leiderschap en de evaluatietechnieken. Zoals bij evidence, wordt er ook in de verschillende thema’s van context onderscheid gemaakt in ‘hoog’ aangeschreven context en ‘lage’ context. ‘Hoog’ staat een cultuur die open staat voor veranderingen. Zo'n cultuur geeft de implementatie meer kans van slagen dan een cultuur waarin gaan plaats is voor veranderingen. Leiderschap heeft een sleutelrol in de implementatie en het succes ervan. Het leiderschap dient afgestemd te zijn op de context om als ‘hoog’ te worden beschouwd. In de ene context zal er meer behoefte zijn aan een transformationele leider, terwijl bij een andere context een meer autoritaire leider succes zal geven aan een implementatie. Als laatste komen de evaluatietechnieken naar voren als rol in een succesvolle uitvoering van een implementatie. Hierbij staat ‘hoog’ dat de evaluatietechnieken ook aansluit op de context en gebaseerd is op meerdere bronnen. Het PARIHS-model concludeert dat er voor een succesvolle implementatie er een sterke context moet zijn, waar de thema’s van de context op elkaar zijn aangesloten (Rycroft-Malone, 2004).

* *Facilitation*

Het leiderschap komt niet alleen terug in de context als sleutelrol voor de implementatie, maar is ook van belang bij de uitvoering van de implementatie in de praktijk. Het PARIHS-model verwijst naar facilitering als het proces waarbij de implementatie aantoonbaar wordt in de praktijk. De facilitator, een individu met specifieke rol, voert een specifieke rol uit: het leiding geven aan de implementatie. Het PARIHS-model onderscheidt drie thema’s welke terugkomen in de facilitering en de facilitator, de sleutelfacetten. Dit zijn de stijl, de rol en de vaardigheden & eigenschappen.

De stijl van de facilitering kan variëren tussen taakgericht en holistisch. Taakgericht wil zeggen dat de een succesvolle implementatie voorop staat, bij een holistisch doel wordt er meer gekeken naar de werknemers. Deze verdeling is ook terug te vinden in de rol van de facilitator. Deze kan aan de ene kant meer op de werknemer gericht zijn, het behalen van leerdoelen en het stimuleren van een eigen identiteit bijvoorbeeld. Aan de andere kant kan de rol meer gericht zijn op de implementatie zelf. In de verschillende situaties zijn ook verschillende vaardigheden en eigenschappen nodig van de facilitator. Een ervaren facilitator is iemand die zijn stijl en rol aan kan passen dankzij zijn vaardigheden en eigenschappen naar de verschillende fasen van een implementatie. Het ‘hoog’ of ‘laag’ aanschrijven van de facilitering en facilitator gebeurt op grofweg twee punten door het PARIHS-model. ‘Hoog’ staat de aanwezigheid van een geschikte facilitator voor de context en implementatie. De afwezigheid van of een ongeschikte facilitator wordt als ‘laag’ beschouwd (Rycroft-Malone, 2004).

Voor het implementatieplan voor het X zal er begonnen worden met de uitwerking van de drie factoren van het PARIHS-model. Hierna volgt het daadwerkelijke implementatieplan.

#### Evidence

De evidence van het implementatieplan wordt verkregen vanuit de deelonderzoeken die zijn uitgevoerd voor het praktijkonderzoek afstuderen. Het literatuuronderzoek geeft wetenschappelijk inzicht over de verschillende facetten van technologische hulpmiddelen in de thuiszorg. Deze worden gebruikt als onderbouwing voor de verschillende stappen in het implementatieplan. Onderbouwing voor het plan wordt ook gehaald uit de focusgroepen met zorgverleners. Zij maken met hun klinisch ervaringen deel uit van de evidence. Dankzij de zorgverleners konden er stappen worden bepaald die terug moesten komen in het implementatieplan. Als laatste, maar zeker niet als minste, zijn de cliënteninterviews gebruikt voor informatie en aanvullingen. De implementatie vindt plaats om een ondersteuning te bieden aan de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. Daarvoor is de informatie vanuit de cliënten zeker niet onbelangrijk.

#### Context

Voor een succesvolle implementatie is de heersende context van groot belang. Op dit moment is de context van de X nog onvoldoende belicht. Dit zal meegenomen moeten worden in het implementatieplan. Een aantal zaken is al wel bekend:

Het plan zal geschreven worden voor de thuiszorgteams A en B van de X. Deze twee teams zijn na hervormingen van oktober 2014 gevormd. Hiervoor was het één groot team. Beide teams bestaan nu ongeveer uit 15 medewerkers en zorgen ieder voor 50 à 60 cliënten. Er werken vooral verzorgende-IG, aangevuld met één verpleegkundige in elk team. De teams staan nu nog onder leiding van dezelfde teamleider, die uiteindelijk door hervormingen binnen het X zal wegvallen. Er zijn regelmatig teamvergaderingen waarin het werk en de cliënten worden besproken.

De context zal voorafgaande aan de implementatie verder onderzocht moeten worden om tot een succes te komen. Dit zal worden gedaan met de Context Assessment Index (CAI). Dit is een kwantitatieve vragenlijst afgeleid van het PARIHS-model. In de CAI worden alle drie de thema’s van de context onderzocht (van Gorkom, 2010; McCormack, McCarthy, Wrigth, Slater, & Coffey, 2009). Zodoende is het uitvoeren van de CAI opgenomen in de voorafgaande onderzoeken. Dankzij het onderzoeken van de context kunnen ook de belemmerende en bevorderende factoren uit de context mee genomen worden in het implementatieplan. Een belemmerende factor die tijdens dit praktijkonderzoek afstuderen naar voren is gekomen bij zorgverleners is vooral de tijdsdruk. Het plannen van de focusgroepen was hier een voorbeeld van, het was moeilijk om meerdere zorgverleners bij elkaar te krijgen. Dit lag niet zozeer aan het gebrek van interesse, maar meer aan praktische zaken zoals andere activiteiten die de zorgverleners na hun dienst hadden.

Ook kan een belemmerende factor voor het implementeren zijn dat er op dit moment nog geen helder beeld is van het financiële plaatje. Dit is niet onderzocht tijdens het praktijkonderzoek afstuderen. Een bevorderende factor bij de zorgverleners is wel dat zij mogelijkheden zien voor veranderingen. Ze zijn van mening dat de zorgverlening echt de zorg moet omvatten en geen handelingen die de cliënt zelf zou kunnen uitvoeren met ondersteuning.

Bij de cliënten spelen er ook belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie. Belemmerend is hier dat het een oudere cliëntenpopulatie betreft. Hierdoor zijn cliënten niet bekend met technologische hulpmiddelen en kan het voorkomen dat zij niet zullen inzien waar technologische hulpmiddelen ingezet kunnen worden of kunnen helpen. Een bevorderende factor is dat de cliënten, wanneer zij het nut zouden zien van de verandering, er open voor stonden om het te gebruiken.

#### Facilitering

De X is voornemens om de thuiszorgteams A en B als zelfsturende teams in te zetten. Dit zal betekenen dat ook de facilitering van het implementatieplan uit de teams zelf moet komen. Op grond van ervaringen opgedaan in dit praktijkonderzoek afstuderen zal een facilitering vanuit het team zelf het beste aansluiten op de huidige sfeer.

Bij facilitering van een implementatie dient er rekening gehouden te worden met de context en de evidence. Wanneer de context van de thuiszorgteams voldoende in kaart is gebracht kan hierop de facilitering aangepast worden.

## 6.2. Het implementatieplan

Vanuit de totstandkoming kan nu het daadwerkelijke implementatieplan worden geschreven. Om een van de adviezen persoonsgericht te implementeren is er een doel geformuleerd waarnaar gestreefd wordt:

*Binnen twintig weken wordt, met de inzet van technologische hulmiddelen, de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt ondersteund op een van de vier advies gebieden.*

Het implementatieplan is onderverdeeld in drie tabellen: de voorafgaande onderzoeken, het feitelijke implementatieplan en het evaluatieplan.

### 6.2.1. Voorafgaande onderzoeken

Voorafgaand aan de implementatie zullen er eerst verschillende factoren nog onderzocht moeten worden. In tabel vijf worden de vervolgonderzoeken uitgewerkt.

Tabel 5: Voorafgaande onderzoeken

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| 3 weken. | Onderzoek naar de context bij de thuiszorgteams. Het in kaart brengen van de heersende cultuur, leiderschap en meten & evalueren. | Volgende projectgroep. | Alle zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Op dit moment is er nog te weinig kennis van de context om concreet rekening te kunnen houden met de bevorderende en belemmerende factoren. De CAI helpt hier inzicht in te krijgen (van Gorkom, 2010; McCormack, McCarthy, Wrigth, Slater, & Coffey, 2009). Er wordt onder andere onderzocht hoe heersende normen en waarden, de besluitvormingsprocessen, de machts- en autoriteitsprocessen eruit zien en hoe er informatie en feedback wordt gegeven. Deze factoren laten zien of de teams open staan voor verandering. Voor de CAI zijn er drie responsieweken. Voorafgaand aan de responsieweken worden er flyers opgehangen om aandacht te vragen voor de CAI in te vullen. In de tweede week worden er reminders gestuurd. Hierna zullen de resultaten geanalyseerd worden. | | |

**Tabel 5 – vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| 1 week werving.  3 weken interviews. | Interviews met cliënten om te onderzoeken voor welke gevonden technologische hulpmiddelen de meeste draagkracht is. | Volgende projectgroep. | Cliënten van de thuiszorgteams A en B. |
| In dit praktijkonderzoek afstuderen zijn verschillende technologische hulpmiddelen naar voren gekomen (§3.3.2 & §3.4.2.). Cliënten gaven in de interviews aan alleen open te staan voor technologie mits dit nodig was (§3.4.2.). Nu kan onderzocht worden in welke hulpmiddelen de cliënten heil zien om te gebruiken in hun dagelijks leven. Er zullen hiervoor cliënten geworven moeten worden die mee willen werken. Hierbij zal rekening moeten worden gehouden met in- en exclusiecriteria. | | |
| 1 week werving.  3 weken interviews. | Interviews/focusgroepen met zorgverleners om te onderzoeken voor welke gevonden technologische hulpmiddelen de meeste draagkracht is. | Volgende projectgroep. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| In dit praktijkonderzoek afstuderen zijn verschillende technologische hulpmiddelen naar voren gekomen (§3.3.2 & §3.4.2.). Daarbuiten gelaten of de zorgverleners in die hulpmiddelen mogelijkheden zien voor toepassing in de eigen praktijkvoering. In de focusgroepen reageerden verschillende zorgverleners anders op technologische hulpmiddelen (§3.3.2.). Nu kan dit onderzocht worden door middel van interviews/focusgroepen met zorgverleners die voldoen aan de gestelde in- en exclusiecriteria. | | |

### 6.2.2. Implementatieplan

Tabel zes weergeeft de acties die nodig zijn om een van de adviezen persoonsgericht met de cliënt te implementeren.

Belangrijk is te vermelden dat dit implementatieplan persoonsgericht is opgezet. Zorgverleners worden getraind om individueel met de cliënt te bespreken waar de behoeften tot ondersteuning van de zelfredzaamheid en zelfregie liggen. Hierop worden de technologische hulpmiddelen aangepast. Als een cliënt behoefte heeft aan meer uitleg over de technologie of meer oefenmogelijkheden kan dit allemaal in dit plan aangepast worden. Ook de evaluatiemomenten kunnen worden aangepast. Op deze manier wordt er persoonsgericht gewerkt en heeft de cliënt direct inspraak in de zorginhoud.

**Tabel 6: Implementatieplan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| 2 inloop-middagen. | Inloopmiddag voor zorgverleners om kennis te maken met technologische hulpmiddelen. In een interactieve omgeving kennis van de zorgverleners vergroten over technologische hulpmiddelen. | Experts op het gebied van technologische hulpmiddelen. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Doormiddel van een inloopmiddag de zorgverleners verder kennis laten maken met technologische hulpmiddelen. Zorgverleners gaven namelijk in de focusgroepen aan dat ze niet thuis waren in de technologische hulpmiddelen (§3.3.2). Tijdens deze middag zijn er allerlei technologische hulpmiddelen aanwezig zodat de zorgverleners een goed beeld kunnen ontwikkelen over wat er allemaal bestaat en hoe het werkt. Zorgverleners krijgen de gelegenheid om de technologische hulpmiddelen zelf uit te proberen. Experts zullen aanwezig zijn om verdere uitleg te geven over wat de mogelijkheden met de technologie zijn. Deze experts zullen vanuit de bedrijven komen waar de technologie gemaakt wordt. Ook Focuscura en Medicura zullen ingeschakeld worden. Ook zullen er twee zorgverleners en twee cliënten aanwezig zijn die al ervaring hebben met technologische hulpmiddelen. | | |
| 1 team-vergadering. | Aanstellen facilitators. Door middel van twee facilitators uit de thuiszorgteams een korte lijn creëren tussen de implementatie en de zorgverleners. | Voorzitter teamvergadering. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| De X is voornemens om de thuiszorgteams A en B als zelfsturende teams in te zetten. Dit zal betekenen dat ook de facilitering van het implementatieplan uit de teams zelf moet komen. Op grond van ervaringen opgedaan in dit praktijkonderzoek afstuderen zal een facilitering vanuit het team zelf het beste aansluiten op de huidige sfeer (van Bers & Munten, 2008). De facilitators zullen in een teamvergadering gekozen worden. Uit de thuiszorgteams Oost en B zullen elk één facilitator gekozen worden. Zo zijn er twee zorgverleners die zich samen met de implementatie bezig zullen houden. In elk team is zo een aanspreekpunt voor de implementatie. | | |

**Tabel 6 - Vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| 1 focusgroep. Beslaat 1 dagdeel. | Focusgroep onder zorgverleners waarin besloten wordt welke technologische hulpmiddelen er gebruikt gaan worden in de pilot. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Er zijn heel veel technologische hulpmiddelen. Nadat de zorgverleners kennis hebben gemaakt met de technologische hulpmiddelen zal nu worden afgebakend welke technologische hulpmiddelen er gebruikt gaan worden in de pilot bij de cliënten. Het is van belang dat er een gevarieerd aanbod is zodat de zorgverleners uit verschillende opties kunnen kiezen. Verder zal er rekening gehouden moeten worden met de draagkracht onder de cliënten van de technologische hulpmiddelen, de kosten om de technologische hulpmiddelen te gebruiken en de beschikbaarheid van de technologische hulpmiddelen. Om tot deze beslissing te komen zal er een focusgroep worden gehouden om alle meningen boven tafel te krijgen. In de focusgroepen onder de zorgverleners gaven de zorgverleners al zorgen aan rondom de kosten in het gebruik (§3.3.2.) | | |
| Verschillende bijeen-komsten. | Opstellen van het stappenplan welke gebruikt gaat worden bij het invoeren van de technologische hulpmiddelen bij de cliënten. Iedere zorgverlener heeft hierdoor een richtlijn en hiermee wordt de kwaliteit gewaarborgd. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Volgende projectgroep. |
| Om de zorgverleners een houvast te bieden en de kwaliteit te waarborgen zullen de technologische hulpmiddelen volgens een stappenplan worden ingevoerd. Dit stappenplan zal gebaseerd worden op de PDCA cyclus. Welke met de stappen Plan, Do, Check en Act een cyclisch proces in gang zet (Robbins & Coulter, 2011). In dit stappenplan wordt beschreven wat er ondernomen moet worden om de technologische hulpmiddelen bij de cliënten goed in te voeren. Hierin zal worden beschreven dat de cliënten veel inspraak hebben en meebeslissen in de implementatie. Zo wordt het stappenplan persoonsgericht en kan het op elke cliënt aangepast worden. Cliënten gaven in de interviews aan inspraak te willen in de zorginhoud. Door samen met de cliënten de pilot in te zetten krijgen de cliënten de regie die ze graag wilden hebben (§3.4.3.). Het stappenplan zal worden ontwikkeld door een volgende projectgroep in samenspraak met de twee facilitators binnen de thuiszorgteams. | | |

**Tabel 6 - Vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| 3 workshops. Beslaan elk 1 dagdeel | Workshop onder zorgverleners met uitleg hoe de technologische hulpmiddelen bij de cliënten zullen worden ingevoerd. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| In deze workshop zal uitgelegd worden hoe het implementeren van de technologische hulpmiddelen, om de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt te ondersteunen, zal gebeuren. Alle stappen die ondernomen zullen worden komen aan bod. Dit zijn stappen zoals het werven van de cliënten, het overeenstemmen van welk adviesgebied en welke technologie er in gezet zal gaan worden. Aangezien dit allemaal persoonsgericht gaat gebeuren is dit stappenplan opgezet welke zorgverleners gaan volgen. Dit stappenplan kan gebruikt worden voor elk advies welke geïmplementeerd gaat worden. Ook kan elk technologisch hulpmiddel in dit stappenplan ingevuld worden. Het stappenplan kan aangepast worden naar de wensen van de cliënt (Stroetmann et al., 2010). Bijvoorbeeld als er behoefte is aan meer informatie, uitleg of evaluaties. In de workshop leren de zorgverleners ook hoe ze met het stappenplan moeten werken. | | |
| 3 dagen. | Cliënten werven voor de pilot en laten aanmelden. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Cliënten van thuiszorgteams A en B. |
| Allereerst zullen er cliënten moeten worden geworven voor de pilot. Dit moeten cliënten zijn die behoefte hebben aan meer zelfredzaamheid en zelfregie en open staan voor technologische hulpmiddelen. Deze cliënten zullen worden geïnformeerd door de twee facilitators binnen de teams. Deze zullen bij de cliënten langsgaan welke binnen de in- en exclusiecriteria vallen. Als cliënten belangstelling hebben voor de pilot kunnen zij zich aanmelden waarna de rest van de stappen van de pilot zullen worden doorlopen. | | |

**Tabel 6 - Vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | betrokkenen |
| 2 inloop-middagen. | Inloopmiddagen voor cliënten om kennis te maken met technologische hulpmiddelen. | Experts op het gebied van technologische hulpmiddelen en de twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Cliënten die meedoen aan de pilot. |
| Als cliënten zich hebben opgegeven zal er een inloopmiddag plaatsvinden. Tijdens deze inloopmiddag kunnen cliënten kennis maken met de technologische hulpmiddelen welke er allemaal bestaan. Cliënten krijgen de technologische hulpmiddelen te zien, krijgen informatie over de technologische hulpmiddelen en kunnen deze uitproberen. Cliënten krijgen hierdoor een beter beeld van de technologische hulpmiddelen en welke technologische hulpmiddelen ze zouden willen gebruiken. In de interviews gaven cliënten aan niet veel technologische hulpmiddelen te kennen (§3.4.2.). De technologische hulpmiddelen die aanwezig zijn zullen ook allemaal beschikbaar zijn voor de pilot. Er zullen experts vanuit Medicura en Focuscura aanwezig zijn om de informatie te verstrekken. De facilitators zijn tevens beschikbaar om overige vragen te beantwoorden. Ook zullen er twee cliënten aanwezig zijn die al ervaring hebben met technologische hulpmiddelen. | | |
| Meerdere afspraken naar behoefte. | Cliënt persoonsgericht informeren over de pilot en afstemmen welk advies en technologische hulpmiddelen toegepast gaat worden. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. | Cliënten die meedoen aan de pilot. |
| Om bij de cliënt persoonsgericht de technologische hulpmiddelen in te kunnen voeren worden de cliënten betrokken bij het proces. In een gesprek met een zorgverlener wordt overlegd welke technologische hulpmiddelen ondersteunend kan zijn ten behoeve van de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt. Hierbij worden vier hoofdthema's uit het praktijkonderzoek afstuderen meegenomen en prioriteiten aan gesteld. Het proces wordt per cliënt bepaald. Ook de hoofdthema's kunnen tussen de cliënten dus verschillen. Samen met de cliënt wordt de technologische hulpmiddelen uitgekozen. In deze 'Plan fase' van de PDCA cyclus worden de plannen gemaakt voor de implementatie van de technologische hulpmiddelen (Robbins & Coulter, 2011). De zorgverlener zal uitleg geven over het proces wat zal gaan plaatsvinden en deze zo nodig aanpassen op de wensen en noden van de cliënt (Stroetmann et al., 2010). Tevens worden verwachtingen naar elkaar uitgesproken zodat de zorgverlener en cliënt op een lijn zitten. | | |

**Tabel 6 – vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| Meerdere afspraken naar behoefte. | Cliënt verder informeren over de technologische hulpmiddelen welke ingevoerd gaan worden. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. | Cliënten welke meedoen aan de pilot. |
| Als het plan voor de implementatie bij de cliënt vaststaat dan zal de zorgverlener nog eens langskomen om alle informatie te geven over de technologische hulpmiddelen en hoe deze de zelfredzaamheid en zelfregie zal ondersteunen. Hierin worden alleen de technologische hulpmiddelen besproken welke de cliënt gaat gebruiken. Zo raakt de cliënt al bekend met de technologische hulpmiddelen en kan de cliënt met de technologische hulpmiddelen oefenen. Als de cliënt er behoefte aan heeft kunnen er meerdere van deze afspraken gepland worden. Het is de bedoeling dat de cliënt bekend is met de technologische hulpmiddelen zodra deze ingevoerd gaan worden. | | |
| Een afspraak. Beslaat 1 dagdeel. | Het invoeren van de technologische hulpmiddelen bij de cliënt. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. | Cliënten welke meedoen aan de pilot. |
| Als de cliënt alles weet en bekend is met de technologische hulpmiddelen zal deze ingevoerd worden. Dit is de 'Do fase' van de PDCA cyclus (Robbins & Coulter, 2011). Het invoeren zal gebeuren op een dag waarbij de zorgverlener welke alles uitheeft gelegd aanwezig is. Samen met de cliënt zal de technologische hulpmiddelen geïnstalleerd worden, mocht dit nodig zijn. De zorgverlener zal alles nog eens met de cliënt doornemen waarna de cliënt zelf aan de slag kan met de technologische hulpmiddelen. De cliënt kan de eerste dagen altijd terecht bij een zorgverlener met vragen. | | |

### 6.2.3. Evaluatieplan

Een implementatie slaagt niet zonder evaluatie. Belangrijk is om de evaluatiemomenten van tevoren vast te leggen en regelmatig terug te laten komen. In tabel zeven staan de evaluatiemomenten voor deze implementatie.

**Tabel 7: Evaluatieplan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| Na de 3 weken van het afnemen. | Het evalueren van de CAI. Onderzoeken hoe de zorgverleners de vragenlijst ervaren hebben en het uitvoeren van een member check. | Volgende projectgroep. | Alle zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Er wordt een bijeenkomst gehouden onder de zorgverleners waar door middel van claims, concerns en issues nagegaan wordt hoe de vragenlijst is ervaren. Door deze manier van evalueren komen de meningen van de zorgverleners boven tafel. Verder zal er nog een member check uitgevoerd worden. In deze member check krijgen de zorgverleners de resultaten te zien van de CAI. Hierna kunnen de zorgverleners reageren hierop. | | |
| In de eerst volgende team-vergadering. | Evalueren van de inloopmiddag waarin zorgverleners kennis hebben gemaakt met technologische hulpmiddelen. | Voorzitter teamvergadering. | Alle zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Onderzoeken hoe de zorgverleners de inloopmiddag hebben ervaren. Door middel van claims, concerns en issues wordt dit nagegaan. Door deze manier van evalueren komen de meningen van de zorgverleners boven tafel en kan de inloopmiddag aangepast worden voor een volgende keer wanneer er weer en inloopmiddag gehouden wordt. | | |
| Aan het einde van de focusgroep. | Evalueren afstemmen onder zorgverleners welke technologische hulpmiddelen er gebruikt gaan worden in de pilot. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Aan het einde van de focusgroep zal deze worden geëvalueerd. Dit zal gedaan worden door middel van claims, concerns en issues. Zo wordt nagegaan hoe de focusgroep is ervaren. De uitkomsten worden meegenomen naar de volgende focusgroep. | | |
| Aan het einde van de workshop. | Evalueren workshop onder zorgverleners hoe de technologische hulpmiddelen bij de cliënten ingevoerd gaat worden. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Aan het einde van de workshop zal deze geëvalueerd worden. Door middel van claims, concerns en issues wordt er nagegaan hoe de workshop is ervaren. De uitkomsten worden meegenomen naar de volgende workshop. | | |

**Tabel 7 – vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| Tijdens volgend individueel gesprek met cliënt. | Evalueren inloopmiddag voor cliënten om kennis te maken met technologische hulpmiddelen. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. | Cliënten welke meedoen aan de pilot. |
| Tijdens het gesprek waarbij uitleg wordt gegeven over de pilot en beslissingen worden gemaakt met de cliënt, wordt ook de inloopmiddag voor de cliënt geëvalueerd. Dit gebeurt door middel van claims, concerns en issues. Voor de cliënten wordt dit vertaald naar pluspunten, minpunten en tips. Door dit te vertalen snappen cliënten het concept van de evaluatietechniek en kan deze efficiënter worden gebruikt. | | |
| Tijdens individueel gesprek met cliënt. | Evalueren persoonlijke gesprekken over de implementatie. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. | Cliënten welke meedoen aan de pilot. |
| De individuele gesprekken worden geëvalueerd. Er hebben een aantal gesprekken plaatsgevonden tussen een vaste zorgverlener van een van de thuiszorgteams en de cliënt. In het eerste gesprek zijn verwachtingen uitgesproken naar elkaar en deze worden nu geëvalueerd. Zo komt boven tafel wat goed ging en wat nog verbeterd kan worden. | | |
| Tijdens individueel gesprek met cliënt. | Evalueren van de implementatie bij de cliënt. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. | Cliënten welke meedoen aan de pilot. |
| Nadat de technologische hulpmiddelen bij de cliënt zijn ingevoerd wordt deze natuurlijk geëvalueerd. Hiervoor worden een aantal momenten aanbevolen. Dit is 7 dagen, 14 dagen en een maand na invoering van de technologie. Deze implementatie is in samenspraak ingevoerd met de cliënt dus worden de evaluaties ook aangepast op de wensen van de cliënt. Als de cliënt meer of minder evaluaties wenst is dit natuurlijk mogelijk. In deze evaluaties komt naar voren wat de plus- en minpunten zijn van de technologie. Ook wordt er door de cliënt aangegeven wat goed gaat met de technologie en wat er nog beter kan. De mate van zelfredzaamheid en zelfregie wordt bekeken. Dit is een cyclisch proces dus tussendoor kan het proces worden bijgesteld (Robbins & Coulter, 2011). Door tussentijds te evalueren worden verbeterpunten herkend en kan hier op ingespeeld worden. | | |

**Tabel 7 – vervolg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijdsbestek | Actie & doel | Facilitator | Betrokkenen |
| Meerdere bijeen-komsten. Beslaan een dagdeel. | Evalueren van de implementatie onder de zorgverleners. | De twee facilitators vanuit de thuiszorgteams A en B. | Zorgverleners van de thuiszorgteams A en B. |
| Als het proces bij een aantal cliënten in gang is gezet zal de implementatie bij de zorgverleners geëvalueerd gaan worden. Dit zal gebeuren in aparte bijeenkomsten. In deze bijeenkomsten komen alle zorgverleners van de thuiszorgteams Oost en B bij elkaar. Een aantal momenten worden aanbevolen. Dit is 7 dagen nadat 2 cliënten zijn begonnen met de persoonlijke gesprekken over de implementatie. De eerste 3 weken wordt aanbevolen om wekelijks te evalueren aangezien steeds meer cliënten zullen beginnen met de gesprekken op deze manier er gelijk bijgesteld kan worden. Na deze tijd wordt er aanbevolen elke 14 dagen te evalueren totdat de laatste evaluatie bij de laatste cliënt heeft plaatsgevonden. Hierna zal nog een slot bijeenkomst gehouden worden waarbij het hele proces middels een focusgroep onder de loep wordt genomen. Dit is een cyclisch proces dus tussendoor kan het proces worden bijgesteld (Robbins & Coulter, 2011). Door tussentijds te evalueren worden verbeterpunten herkend en kan hier op ingespeeld worden. | | |

# Literatuurlijst

* Baarda, B. (2014). 3.4 Wat is een goede opzet voor een interview of een enquête?, 3.4.1 Voor welke vorm kies ik: mondeling of schriftelijk? In B. Baarda, *Dit is onderzoek!* (pp. 93-97). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
* Baarda, B., de Goede, M., Bakker, E., Peters, V., Fischer, T., van der Velden, T., et al. (2013). 2.3 Welke kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn er. In B. Baarda, M. de Goede, E. Bakker, V. Peters, T. Fischer, T. van der Velden, et al., *Basisboek kwalitatief onderzoek* (pp. 58-68). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
* Baarda, B., de Goede, M., Bakker, E., Peters, V., Fischer, T., van der Velden, T., et al. (2013). 6.1 Wat zijn voor- en nadelen van observatie. In B. Baarda, M. de Goede, E. Bakker, V. Peters, T. Fischer, T. van der Velden, et al., *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (pp. 179-182). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
* Barlow, J., Singh, D., Bayer, S., & Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare* *, 13*, 172-179.
* Boeije, H. (2014). 2.4 Ethiek in kwalitatief onderzoek. In H. Boeije, *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (pp. 51-56). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
* Boeije, H. (2014). 4.2 Participerende observatie, interviews en focusgroepen. In H. Boeije, *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (pp. 76-84). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
* Boeije, H. (2014). 4.4 Zorgvuldig gegevensbeheer. In H. Boeije, *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (pp. 87-90). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
* Boeije, H. (2014). 5.2 Redeneren in kwalitatief onderzoek. In H. Boeije, *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (pp. 99-104). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
* Boeije, H. (2014). 6.1 Coderen in drie fasen. In H. Boeije, *analyseren in kwalitatief onderzoek* (pp. 111-137). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
* Boeije, H. (2009). 8.2 Wat is kwalitatief onderzoek en wanneer kies je ervoor. In H. Boeije, H. 't Hart, & J. Hox, *Onderzoeksmethoden* (pp. 253-258). Den Haag: Boomonderwijs.
* Boeije, H. (2009). 8.4 Onderzoeksdeelnemers bij kwalitatief onderzoek. In H. Boeije, H. 't Hart, & J. Hox, *Onderzoeksmethoden* (pp. 260-264). Den Haag: Boomonderwijs.
* Boeije, H. (2009). 8.5 Dataverzameling. In H. Boeije, H. 't Hart, & J. Hox, *Onderzoeksmethoden* (pp. 264-268). Den Haag: Boomonderwijs.
* Bowes, A., & McColgan, G. (2013). Telecare for Older People: Promoting Independence, Participation, and Identity. *Research on Aging* *, 35* (1), 32-49.
* Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology.* Bristol: University of the West of England.
* Cox, K., & Holleman, G. (2006). EBP en het PARIHS-model. *Nederlandstijdschrift voor Evidence Based Practice* , 22-26.
* Davies, A., Rixon, L., & Newman, S. (2013). Systematic review of the effects of telecare provided for a person with social care needs on outcomes for their informal carers. *Health and Social Care in the Community* *, 21* (6), 582-597.
* Evers, J., & de Boer, F. (2007). 3.5 Structureren via de interviewstijl: drie modellen. In J. Evers, *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (pp. 57-60). Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
* Evers, J., & de Boer, F. (2007). 3.7 Conversatiehulpen. In J. Evers, *kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (p. 62). Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
* Evers, J., & de Boer, F. (2007). 3.8 Wie ben jij als interviewer? In J. Evers, *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (pp. 62-67). Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
* Halem, N. (2008). Literatuurstudie. Uitvoeren. In N. Halem, *Handboek Studievaardigheden voor het hbo* (p. 49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
* Hogeschool van Amsterdam. (2010). *Handleiding CINAHL.* Hogeschool van Amsterdam. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
* Hox, J., de Goede, M., & Boeije, H. (2009). 6.7 Dataverzameling. In H. Boeije, H. 't Hart, & J. Hox, *Onderzoeksmethoden* (pp. 202-205). Den Haag: Boom Onderwijs.
* In voor zorg! (2014, Juli 28). *Methode en instrumenten zelfregie*. Opgeroepen op Februari 23, 2015, van Website van In voor zorg!: http://www.invoorzorg.nl/ivz/literatuur-methoden-en-instrumenten-zelfregie.html
* Lansley, P., McCreadie, C., & Tinker, A. (2004). Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *British Geriatrics Society* *, 33* (6), 571-576.
* McCormack, B., Dewing, J., Breslin, E., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., et al. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* , 93-107.
* McCormack, B., McCarthy, G., Wrigth, J., Slater, P., & Coffey, A. (2009). Development and testing of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews in Evidence Based Nursing 6(1)* , 27-35.
* Meier, U. (2012). 2.4 Gespreksklaar maken van de onderzoeksruimte. In U. Meier, *Kwalitatief marktonderzoek* (pp. 43-46). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
* Migchelbrink, F. (2012). 20.3 De focusgroep, 20.3.2 Groepssamenstelling. In F. Migchelbrink, *Projectmatig werken en onderzoek* (pp. 318-319). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
* Migchelbrink, F. (2012). 20.3 De focusgroep, 20.3.5 Meerdere begeleiders. In F. Migchelbrink, *Projectmatig werken en onderzoek* (p. 321). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
* Migchelbrink, F. (2012). 21.2 Hoe observeren? In F. Migchelbrink, *Projectmatig werken en onderzoek* (pp. 326-327). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (2013). *Domotica in de langdurige zorg - Inventarisatie van technieken en risico's.* Bilthoven: RIVM.
* Ministerie van VWS. (2015). *Rijksbegroting 2015 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Den Haag: Sdu Uitgevers.
* NIVEL. (2013). *Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL.
* NIVEL. (2011). *Zorg voor chronisch zieken.* Utrecht: NIVEL.
* Percival, J., & Hanson, J. (2006). Big brother or brave new world? Telecare and its implications for older people's independence and social inclusion. *Critical Social Policy* *, 26* (4), 888-909.
* Robbins, S., & Coulter, M. (2011). *Management in sociaalagogische beroepen.* Amsterdam: Peason Education Benelux.
* X Thuiszorg. (2010, Mei). *Thuiszorg: Verpleging & verzorging.* Opgeroepen op Februari 12, 2015, van X Thuiszorg: www.X.nl/files/X\_Thuiszorg\_april10\_v2\_def\_versie.pdf
* Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework - A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality* *, 19* (4), 297-304.
* Stroetmann, K., Kubitschke, L., Robinson, S., Stroetmann, V., Cullen, K., & McDaid, D. (2010). *How can telehealth help in the provision of integrated care?* Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
* Tijmstra, J., & Boeije, H. (2009). 3.3 Typen onderzoek, 3.3.3 De empirische cyclus. In H. Boeije, H. 't Hart, & J. Hox, *Onderzoeksmethoden* (pp. 81-88). Den Haag: Boomonderwijs.
* Tinker, A., & Lansley, P. (2005). Introducing assistive technology into the existing homes of older people: feasibility, acceptability, costs and outcomes. *Journal of Telemedicine and Telecare* *, 11*, S1: 1-3.
* V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige.* Utrecht: V&VN.
* Van Dale. (2008). Groot woordenboek hedendaags Nederlands. In V. Dale, *Groot woordenboek hedendaags Nederlands* (p. 1847). Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv.
* Van Dale. (2008). Groot woordenboek hedendaags Nederlands. In V. Dale, *Groot woordenboek hedendaags Nederlands* (p. 359). Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv.
* van der Lyke, S., & Proot, I. (2012). 4.2 Kwalitatief onderzoek. In K. Cox, D. de Louw, J. Verhoef, & C. Kuiper, *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (pp. 105-116). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
* van der Velde, F., Cihangir, S., & Borghans, H. (2008). *E-health en domotica in de zorg: kans of risico?* Utrecht: Prismant.
* van Gorkom, P. (2010). *Gids voor gebruik van het Context Assessment Index.* Ongepubliceerd: Universiteit Antwerpen.
* ZorgComfort de Kempen. (2015). *Welkom bij ZorgComfort de Kempen*. Opgeroepen op Mei 18, 2015, van Website van ZorgComfort de Kempen: http://www.zorgcomfortdekempen.nl

# Bijlagen

* Bijlage 1: Organigram XXX
* Bijlage 2: Topiclijst focusgroepen
* Bijlage 3: Wervingsbrief zorgverleners voor focusgroepen
* Bijlage 4: Itemlijst interviews
* Bijlage 5: Schriftelijke toelichting onderzoek voor cliënten
* Bijlage 6: Thema’s deelvraag twee
* Bijlage 7: Thema’s deelvraag drie
* Bijlage 8: Thema’s deelvraag vier
* Bijlage 9: Thema’s deelvraag vijf
* Bijlage 10: Thema’s deelvraag zes

## Bijlage 1: Organigram XXX

## Bijlage 2: Topiclijst focusgroepen

* Met welke technologische hulpmiddelen, die de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt kunnen ondersteunen, zijn de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B van de X bekend?
* In welke concrete zorgsituaties is, volgens de zorgverleners van de thuiszorgteams A en B, behoefte aan ondersteuning van de zelfredzaamheid en/of zelfregie van de cliënten van de thuiszorgteams A en B van de X?

### Inleiding

🡪 Welkom heten en bedanken

🡪 Uitleg geven.

* Informatie afstuderen
  + Opzoek naar zorgsituaties waar technologische hulpmiddelen de zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt kunnen ondersteunen.
* Doel focusgroep
  + Opzoek naar kennis en inzichten
  + Niet naar de meningen en ervaringen
  + Ook niet kosten-baten.
* Tijd voor interview
  + 1 tot 1½ uur
* Agenda interview
  + Benoemen videocamera: dit heb ik nodig voor de analyse. Blijft anoniem en na het onderzoek wordt het gewist.
  + Eerst welke technologische hulpmiddelen kennen de zorgverleners
  + Als tweede welke zorgsituaties kennen de zorgverleners, waarbij de zelfredzaamheid en zelfregie ondersteund kan worden
* Uitkomsten interview/project
  + Het interview wordt geanalyseerd en er worden conclusies uit getrokken
  + Onder andere hiermee wordt de hoofdvraag van het afstudeerproject beantwoord

🡪 Rolverdeling maatje

* Voorstellen: Gabriëlle doet interviews met de cliënten
* Tekens voor hulp naar je maatje toe (samenvatten/ overnemen/ topics aankaarten)

### Hoofdvraag

1. *Welke technologische hulpmiddelen voor in de zorg kennen jullie?*
2. *Welke zorgsituaties kunnen jullie bedenken waar de zelfredzaamheid en zelfregie ondersteund kan worden?*

### Topiclijst

**Zorgsituaties:**

* Wat verstaan jullie onder zelfredzaamheid van de cliënt?
* Wat verstaan jullie onder zelfregie van de cliënt?
* Hoe zien jullie de zelfredzaamheid van de cliënt en zelfregie van de cliënt terugkomen in jullie zorgverlening?
* In welke situaties zien jullie mogelijkheden om de zelfredzaamheid en zelfregie te ondersteunen?

**Technologische hulpmiddelen:**

* Wat verstaan jullie onder technologische hulpmiddelen in de zorg?
* Worden er al technologische hulpmiddelen gebruikt bij jullie?
* Hoe zien jullie de toepassing van technologische hulpmiddelen terugkomen in jullie zorgverlening?

**Samenvoeging:**

* In welke situaties kan het inzetten van technologische hulpmiddelen een verschil maken volgens jullie?

### Afsluiting:

🡪 Bedanken

* Hartstikke bedankt, ik heb hier veel aan, en ik kan hier zeker mee aan de slag, ik laat de uitkomst weten aan het einde van het project

🡪 Vragen?

* Heb je nog vragen, of ideeën of suggesties: hierbij mijn emailadres

🡪 *Zelfredzaamheid* is het vermogen om het leven in te richten zonder dat hulp van andere nodig is. Dit betekent dat de cliënt voor zichzelf kan zorgen en daarbij geen hulp nodig heeft van een zorgverlener.

🡪 *Zelfregie* staat voor dat de cliënt zeggenschap heeft over zijn eigen leven en ondersteuning. Dit betekent dat wanneer de cliënt zorg ontvangt de cliënt (mede)beslist over de vorm en hoeveelheid van de zorg.

🡪 *Domotica* is een verzamelnaam voor slimme elektronische voorzieningen in woonhuizen die het wooncomfort, de veiligheid enzovoorts vergoten.

Wanneer men spreekt over *domotica in de zorg*, of *zorgdomotica*, wordt er gerefereerd naar een technologische toepassing ten behoeve van een persoon die ten gevolge van een lichamelijk en/of verstandelijke beperking, een lichamelijke en/of psychische ziekte of door ouderdom afhankelijk is van de toepassing.

🡪 *E-health* is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

## Bijlage 3: Wervingsbrief zorgverleners voor focusgroepen

# Opgeven focusgroepen

Zoals jullie waarschijnlijk allemaal weten zijn wij, Myrthe & Gabriëlle, bezig met ons afstudeerproject. Tijdens ons project zijn wij op zoek naar zorgsituaties waar de zelfredzaamheid van de cliënten eventueel ondersteund kan worden met technologische hulpmiddelen.

Hiervoor zullen wij o.a. focusgroepen gaan houden. Nu zijn we opzoek naar enthousiaste zorgverleners die hieraan deel willen nemen en ons willen helpen door samen met ons te brainstormen over de zelfredzaamheid van jullie cliënten.

Uit de focusgroepen moet uiteindelijk naar voren komen bij welke zorgsituaties jullie mogelijkheden zien om de zelfredzaamheid en de zelfregie van jullie cliënten te ondersteunen. Waar zou de cliënt eventueel (meer) zelf dingen kunnen en/of willen doen? Waar zou de cliënt eventueel zelf (meer) invloed willen hebben op de zorg? Deze twee vragen geven een beeld van waar we het in de focusgroep over willen hebben.

Een ander onderwerp van de focusgroep zijn technologische hulpmiddelen in de zorg. Dit is tegenwoordig een 'hot'-item in de zorg en het is eventueel een middel om de ouderen langer thuis te laten wonen.   
Wij zijn op zoek naar welke technologische hulpmiddelen jullie kennen. Denk bijvoorbeeld aan een personenalarmering. Ook willen we graag te weten komen waar jullie mogelijkheden zien om de zelfredzaamheid van jullie cliënten te vergroten met gebruik van technologisch hulpmiddelen.

We willen jullie vragen om alvast over deze onderwerpen na te denken, zodat er een levendig gesprek gevoerd kan worden.   
  
Denk out-of-the-box, alles mag!

Wil je deelnemen en ons helpen? Geef je hieronder op!

Alvast bedankt!

Gabriëlle & Myrthe

## Bijlage 4: Itemlijst interviews

Zelf regelen over de zorg. \*Samenvatten\*  
Voor uzelf kunnen zorgen. \*Parafraseren\*  
Zelf kunnen beslissen over de zorg die u krijgt.  
Het zelfstandig blijven:

* Het inrichten van het dagelijks leven zonder het afhankelijk voelen van hulp van anderen.
* (mee)Beslissen over de vorm en de hoeveelheid zorg die wordt ontvangen.

### Inleiding

🡪 Informed consent  
🡪 Bedanken (welkom heten)

🡪 Uitleg geven.

* Doel van interview
* Informatie afstudeerproject
* Agenda interview
* Tijd voor interview
* Uitkomsten interview/project

### Hoofdvraag

U krijgt nu thuiszorg van de X, zijn helpen u in de zorg.   
Kunt u vertellen hoe de zorg nu verloopt?  
Hoe verloopt de zorg nu?

### **Itemlijst**

**Zorgsituaties:**

* Waar komt het X precies voor?  
  - Hoe laat komen ze?   
  - Hoe verloopt dit?  
  - Wat doet u zelf?  
  - Wat neemt het X voor u over?
* Waar loopt u tegen aan?
* Welke dingen zou u zelf willen doen, waarbij u nu geholpen wordt door de thuiszorg?
* Welke dingen over de zorg regelt u nog zelf?
* In hoeverre kunt u zelf beslissen over de zorg die u krijgt?
* Hoe heeft u invloed op de zorg?
* Wat vindt u hiervan?
* Wordt te zorg regelmatig geëvalueerd?
* Bij de start van de zorg heeft u toen voldoende aan kunnen geven wat u wel en niet wilde?

**Technologische hulpmiddelen:**

* Welke technologische hulpmiddelen voor gebruik in de zorg bent u bekend mee?
* Als u kijkt naar uw situatie, ziet u dan mogelijkheden om technologische hulpmiddelen in te zetten?
* Gebruikt u al technologische hulpmiddelen?
* Bent u bekend met de computer/mobiele telefoon?

*in- en uit bed komen aan- en uitkleden**bewegen**lopen*

*lichamelijke hygiëne**toiletbezoek**eten en drinken**medicijnen innemen*

*zitten en opstaan ontspanning**sociaal contact*

## Bijlage 5: Schriftelijke toelichting onderzoek voor cliënten

Betreft: Informatie afstudeerproject.

Geachte lezer,

Wij, Myrthe Pronk en Gabriëlle Wilmsen, zijn studenten van de Fontys Hogeschool Verpleegkunde uit Eindhoven en zijn bezig met het praktijkonderzoek afstuderen binnen de XXX (X).

In ons afstudeerproject doen wij onderzoek naar situaties waarin cliënten van de thuiszorg van de X ondersteund kunnen worden om zelfstandig te blijven. Het zelfstandig blijven betreft als eerste het inrichten van het dagelijks leven zonder het afhankelijk voelen van hulp van anderen. Ook betreft dit het (mee)beslissen over de vorm en de hoeveelheid zorg die wordt ontvangen. We zijn benieuwd naar de rol die technologische hulpmiddelen hierin kunnen spelen.

De resultaten van ons afstudeerproject worden gepresenteerd aan uw thuiszorgorganisatie.   
  
Graag komen we bij u thuis voor een interview. Het interview duurt maximaal 60 minuten en gaat over de zorg die u ontvangt van de X. U hoeft verder geen voorbereidingen te treffen voor het interview.

De interviews worden afgenomen in de periode van 13 april tot en met 26 april 2015. Wij nemen vooraf telefonisch contact met u op om een afspraak te maken.

Tijdens het interview worden geluidsopnames gemaakt. Dit wordt gedaan zodat wij als afstudeergroep er op een later tijdstip nog eens naar kunnen luisteren en hieruit onze gegevens kunnen halen. In onze resultaten wordt uw naam niet genoemd, u blijft anoniem.   
  
Voor het interview geven wij u een toestemmingsformulier. Hierin verklaart u dat u geheel vrijwillig meedoet aan het interview en dat u ten alle tijden, zonder consequenties, mag stoppen met het interview. Verder verklaart u in dit toestemmingsformulier dat u goed geïnformeerd bent over het onderzoek en dat al uw vragen naar behoren zijn beantwoord.

Vragen over het onderzoek kunt u te allen tijde aan ons stellen.   
U kunt hiervoor e-mailen naar g.wilmsen@student.fontys.nl of bellen: tel 06 424 77 007.

Met vriendelijke groet,

Myrthe Pronk en Gabriëlle Wilmsen  
Afstudeergroep Fontys Hogeschool Verpleegkunde

## Bijlage 6: Thema’s deelvraag twee



Afbeelding 2: Matrix deelvraag tweeHoog-ituaties raag tweeis gep

Tabel 8: Thema’s/ situaties deelvraag twee

|  |  |
| --- | --- |
| Situaties:  Thema’s | Situaties:  Codes |
| * A1 | * Signaleren gezondheidsrisico: consulteren HA door ZV |
| * Controleren/ bewaken uitzetten medicatie door ZV |
| * Voorbereiding zorgmoment (overnemen) insulinespuit klaarmaken door ZV |
| * Voorbereiding zorgmoment (overnemen) vinger schoonmaken door ZV |
| * Aankleden bovenlijf door ZV |
| * Aankleden onderlijf door ZV |
| * Lichaamsverzorging onderlijf door ZV |
| * Naar binnen gaan met sleutel door ZV |
| * Berekenen van insuline door ZV |
| * Katheterzorg door ZV |
| * Aftekenen medicatie in ZLP door ZV |
| * Noteren waarden in ZLP door ZV |
| * Uitzetten medicatie door ZV |
| * A2 | * Overnemen door de ZV van de handeling die was ingezet door cliënt |
| * A3Matrix deelvraag tweeis gepA3 | * Aanreiken medicatie door ZV voor inname |
| * Betrekken bij zorg (meten/ vervolg stappen/ consulteren HA |
| * AB | * Begeleiden lichaamsverzorging |
| * Begeleiding bij transfer met hulpmiddel |
| * Begeleiding bij insuline spuiten |
| * B1 | * Zelfstandig medicatie-inname met toezicht |
| * Zelfstandig prikken met toezicht |
| * Zelfstandig insuline spuiten met toezicht |
| * B2egeleiding bij insuline is gespotenient nt.atie voor inname.erneemt, die ws ingezet door de client.e situaties oals het klaarm2 | * Navragen medicatie inname |
| * Navragen of waarden betrouwbaar zijn |
| * Navragen of insuline is gespoten |
| * B3 | * Transfer zelfstandig m.b.v. hulpmiddel |
| * Zelfstandig oprichten |
| * C1 | * Zelfstandig medicatie uitpakken |
| * Zelfstandig insuline berekenen |
| * Zelfstandig huishoudelijke taken verrichten |
| * Zelfstandig voorbereiding zorgmoment insulinespuit klaarmaken |
| * Zelfstandig medicatie-inname |
| * Zelfstandig prikken |
| * Zelfstandig waarden noteren |
| * CD | * Consulteren HA door cliënt, op aanwijzen van ZV |

A3Matrix deelvraag tweeis gep

## Bijlage 7: Thema’s deelvraag drie

Tabel 9: Thema's deelvraag drie

|  |  |
| --- | --- |
| Thema’s | Codes |
| * Hulpmiddelen voor de zorgverlener | * Beugel voor de steunkousen |
| * Speciale handschoenen voor de steunkousen |
| * Hulpmiddelen voor de cliënt | * Wegwijs met kleuren |
| * Wegwijs met stickers |
| * Toepassing van Braille en reliëf voor slechtzienden |
| * Postoel |
| * Traplift |
| * Hulpmiddelen voor beide | * Hoog-laag bed |

|  |  |
| --- | --- |
| Thema’s technologie | Codes |
| * Medicatieveiligheid | * Armband met een schermpje welke een boodschap geeft voor medicatie-inname |
| * Videoboodschappen op tv voor medicatie-inname |
| * Mobiele telefoons met alarm voor medicatie-inname |
| * Wekker bij/op medicatiebakje |
| * Toezicht op afstand | * Programma voor metingen in huis (controle) * Hoe vaak wordt de koelkast geopend * Drukmeting matras om te kijken of de cliënt op bed ligt |
| * Camera’s in huis |
| * Aansturing & begeleiding | * Videoboodschappen op tv voor * Openen van gordijnen * Iets te drinken pakken |
| * Warmte-/knuffelkussen |
| * Veiligheid & gemak | * Camera’s bij de (voor)deur |
| * Personenalarmering |
| * Afstandsbediening voor de verlichting |
| * Knop bij de (voor)deur voor openen |
| * Stem-gestuurde (voor)deur |
| * Contact met anderen | * Spraak-luister verbinding (in videohomes) |
| * Beeldschermzorg |
| * (Senioren)telefoon met voorgeprogrammeerde nummers |
| * Babyfoon voor onderling contact met partner |

## Bijlage 8: Thema’s deelvraag vier

Tabel 10: Thema's deelvraag vier

|  |  |
| --- | --- |
| Thema’s | Codes |
| * HDL | * Cliënten smeren zelfstandig hun brood |
| * Cliënten doen zelfstandig de afwas |
| * Cliënten maken zelfstandig het bed op |
| * Cliënten verschonen zelfstandig het bed |
| * Cliënten maken zelfstandig de gordijnen open |
| * Mobiliteit | * Cliënten lopen zelfstandig met de rollator |
| * Cliënten maken zelfstandig de (voor)deur open |

|  |  |
| --- | --- |
| Beïnvloedende factoren zelfredzaamheid en zelfregie | Codes |
| * Grenzen aan zelfredzaamheid & zelfregie | * Concrete grenzen * (Niet) verantwoord * Kwetsbaarheid ouderen * Ouderdom * Dementie * Lichamelijke klachten * (Geen) acceptatie door de cliënt * (Niet) loslaten door de cliënt * Dwaling * Geen sociale omgeving * Cognitie |
| * Respecteren door ZV van de genomen zelfredzaamheid en zelfregie van de cliënt |
| * De leefwereld van de cliënt | * Verschil in de zorgverlening bij aanwezigheid van een partner |
| * Cliënten in de wijk zijn zelfstandiger als de cliënten in woonzorgcentrum Y |
| * Verschil in de zelfregie bij invloed/aanwezigheid van partner/familie |
| * Betrekken van mantelzorgers bij de zorg |
| * De oudere generatie is (te) gewend aan dat de zorgverleners alles overnemen |
| * Stimulering van zelfredzaamheid & zelfregie | * Meer overnemen van de (zelf)zorg door de zorgverlener vanwege tijdsdruk |
| * Mindere stimulatie (zelf)zorg vanwege tijdsdruk |
| * Meer stimulatie (zelf)zorg vanwege tijdsdruk |
| * Meer (stimulatie) zelfredzaamheid en zelfregie mogelijk dankzij de herindicatie |
| * Stimuleren zelfredzaamheid afhankelijk van de diagnose |
| * Meer adviserende rol voor zorgverleners met betrekking tot (zelf)zorg |
| * Inzetten van de ergo- en fysiotherapie ten behoeve van de zelfredzaamheid |
| * Meenemen van de adviezen van de ergo- en fysiotherapie voor het stimuleren van de zelfredzaamheid |
| * Verschil in stimulatie door de zorgverleners van de X en de zorgverleners van een revalidatieafdeling |

## Bijlage 9: Thema’s deelvraag vijf

Tabel 11: Thema's deelvraag vijf

|  |  |
| --- | --- |
| Thema’s | Codes |
| * Technologische hulpmiddelen | * Personenalarmering |
| * Hulpmiddelen voor de zorgverlener | * Douchebrancard * Tillift |
| * Hulpmiddelen voor de cliënt | * Scootmobiel |
| * Rolstoel |
| * Lig rolstoel |
| * Rollator |
| * Verhoogde rollator/loophulpmiddel met onderarm steunen |
| * Krukken |
| * Loopstokken |
| * Looprek |
| * Vierpoot |
| * Stok |
| * Spalk om hand/arm, kaasschaafmodel |
| * Papegaai |
| * Postoel |
| * Hulpmiddelen voor beide | * Hoog-laagbed |

## Bijlage 10: Thema’s deelvraag zes

Tabel 12: Thema's deelvraag zes

|  |  |
| --- | --- |
| Thema’s | Codes |
| * Zorg gegeven door vaste zorgverleners | * Het willen van 's ochtends een persoon aan bed in plaats van meerdere |
| * Het willen van een vast team aan bed zonder steeds nieuwe gezichten |
| * Mobiliteit | * Behoefte om gemakkelijk te kunnen verplaatsen met rollator en rolstoel |
| * Behoefte aan zelfstandig lopen |
| * Behoefte aan naar buiten gaan |
| * Zou zelf willen lopen, maar mag alleen lopen onder begeleiding van een zorgverlener |
| * Behoefte aan onafhankelijkheid in het verplaatsen |
| * Inspraak in zorginhoud | * Gewend zijn alles zelf te doen |
| * Behoefte aan het beantwoorden van de zorgvraag praatje maken |
| * Zorg kan worden aangepast naar wensen cliënt |
| * Moeite met zorgvraag kenbaar maken |
| * Behoefte aan meer inspraak in de zorg als er iets mis is |
| * Behoefte aan beantwoorden zorgvraag zelfzorg zelfstandig uitvoeren |
| * Geen behoefte aan meer zelfzorg te doen bij het aankleden, wassen en douchen |
| * Geen behoefte aan meebeslissen zorg. |
| * HDL | * Zou zelf de boterham willen smeren maar ik kan het niet |
| * Behoefte zelf warm eten opwarmen |
| * Behoefte aan elke dag vers eten |
| * Belemmering bij zelf koken door keukenblok |
| * Behoefte aan meer ondersteuning bij de was |
| * Zorgaanbod niet aangepast op zorgvraag cliënt met bed opmaken |
| * Inspraak in het zorgmoment | * Zorg gestart op wensen cliënt |
| * Behoefte aan zorgmoment op afgesproken tijd door cliënt bepaald |
| * Behoefte aan zorgmoment 's avonds later |
| * Behoefte zelf bepalen tijd opstaan ongeacht technologisch hulpmiddel |
| * Behoefte aan ongeplande zorg twee keer per dag voor toiletgang |
| * Al beginnen met zorg/boterham smeren zonder zorgverlener |
| * Behoefte aan flexibiliteit thuiszorg |
| * Behoefte zorgmomenten in te passen in activiteiten leven in plaats van andersom |