

Vinden en verbinden!

Sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Projectcode:	1214_1_VRIJ080
Studentonderzoekers :	Ingeborg Gelink, 478367 Kim Verkoelen, 476512
Opdrachtgever:	S. Brok, wijkverpleegkundige, ZZG Zorggroep L. Braam, wijkverpleegkundige, ZZG Zorggroep
Docentbegeleider:	J. Korten
Examinator:	N. Verheul
Inleverdatum:	14-01-2014
Plaats:	Nijmegen

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
1. Inleiding	7
1.1 Leeswijzer	9
2.Theoretisch kader	10
2.1 Extramurale zorg en eerstelijnszorg	10
2.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) , Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet (ZVW)	10
2.3 Gemeente Nijmegen	12
2.4 ZZG Zorggroep	12
2.5 Hatertse Hei en Sint Anna.	13
2.6 De opdrachtgevers	13
2.7 Sociale kaart	14
2.8 Wonen, zorg, welzijn en preventie.....	15
2.9 Professionals en cliënten/patiënten	16
2.10 Verpleegkundige relevantie	16
3.Methode van onderzoek	17
3.1 Onderzoeksdesign	17
3.2 Dataverzameling uit de cliëntendossiers	18
3.3 Analyse sociale kaarten	20
3.4 Interviews.....	22
3.5 Verwerken en analyseren interviewvragen sociale kaart	27
3.6 Verwerken en analyseren interviewvragen voorzieningen.....	29
3.7 Ontwerp sociale kaart	30
3.8 Zorgvuldigheidseisen.....	31
4.Resultaten	33
4.1 Resultaten sociale kaart analyse	33
4.2 Conclusie sociale kaart analyse	38
4.3 Resultaten interviews sociale kaart.....	40
4.4 Conclusie interview sociale kaart	43
4.5 Resultaten ontwerp sociale kaart.....	45

4.6 Resultaten interviews voorzieningen	46
5.Discussie	51
6.Conclusie	54
7.Aanbevelingen.....	55
8.Sociale kaart	57
Literatuurlijst	58
Bijlage 1. Literatuur search.....	63
Bijlage 2. Plattegrond Hatertse Hei en Sint Anna.....	67
Bijlage 3. Informed Consent	68
Bijlage 4. Interviewguide	69
Bijlage 5. Opstellen topiclist en interviewguide	72
Bijlage 6. Coderingen.....	77
Bijlage 7. Labels	78

Voorwoord

Pieken en dalen zijn bereikt door ons, Kim Verkoelen en Ingeborg Gelink, tijdens dit onderzoek. Het is niet altijd makkelijk geweest, maar op 14 januari 2014 hebben wij het onderzoeksverslag in kunnen leveren! Leerzaam was de afgelopen periode zeker en hebben we mogen proeven aan onderzoek doen in de praktijk als verpleegkundige in opleiding. Veel tijd (héél veel tijd) en positieve energie is gestoken in het ontwerpen en uitvoeren van het onderzoek door ons. En nu ligt het onderzoeksverslag voor u klaar om gelezen te worden.

Tijdens het ontwerpen en uitvoeren van dit onderzoek hebben wij begeleiding gekregen van onze docentbegeleider Johan Korten en willen hem bedanken voor de waardevolle feedback en ondersteuning. Natuurlijk willen we ook de opdrachtgevers van dit kwaliteitsproject bedanken, Sanne Brok en Loes Braam werkzaam bij ZZG Zorggroep Hatertse Hei en Sint Anna. Gedurende de begeleiding hebben zij de nodige sturing, waardevolle feedback en een kritische noot gegeven op de aangeleverde producten en tijdens de gesprekken. Tevens bedanken we de negen respondenten voor deelname aan dit onderzoek.

Wij hopen met dit onderzoek en geschreven aanbevelingen een bijdrage te kunnen leveren voor het wijkverplegend team van ZZG Zorggroep Hatertse Hei en Sint Anna. Deze bijdrage is gericht op het vinden en verbinden van netwerken in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Wij wensen u veel leesplezier!

Nijmegen, januari 2014

Samenvatting

Achtergrond

Door de verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg, wordt meer beroep gedaan op de eerstelijns gezondheidszorg. Hierbij is de wijkverpleegkundige de spil in de wijk. Het is haar taak om de zorg rondom de cliënt in de thuissituatie te coördineren. Hiervoor werkt de wijkverpleegkundige samen met allerlei verschillende professionals en organisaties uit de wijk op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Het is daarom belangrijk dat de wijkverpleegkundige een breed netwerk heeft om haar taken adequaat uit te voeren. Om een overzicht te krijgen van alle netwerken (professionals en voorzieningen), kan dit worden weergegeven worden in een sociale kaart. Een sociale kaart is een overzicht van voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn in een bepaald gebied. Het verplegend wijkteam van de ZZG Zorggroep, dat werkzaam is in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna (Nijmegen), mist een volledig overzicht van voorzieningen in én rondom deze wijken. Zij hebben een sociale kaart ter beschikking, echter is deze niet compleet genoeg. Volgens de opdrachtgevers (wijkverpleegkundigen in Hatertse Hei en Sint Anna) geeft deze geen volledig beeld van alle professionals en voorzieningen in de wijk, daar is wel behoefte naar. In dit kwaliteitsproject heeft deze aanleiding uitgemondd tot de volgende doelstelling:

In januari 2014 is een sociale kaart met voorzieningen op gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn ontwikkeld waar professionals in de wijken Hatertse Hei en St. Anna in de gemeente Nijmegen gebruik van kunnen maken voor de cliënten van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna zodat de samenwerking ten aanzien van eerstelijnszorg wordt verbeterd.

Methode van onderzoek

Het gekozen onderzoeksdesign is een ontwikkelingsonderzoek. Het doel van een ontwikkelingsonderzoek is dat een nieuw product wordt ontworpen. In dit kwaliteitsproject is dat een sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Door middel van een dataverzameling, op basis van leeftijd en meest gestelde diagnoses uit de cliëntendossiers van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna, zijn de vijf meest voorkomende cliëntencategorieën opgesteld. Met deze cliëntencategorieën is de doelgroep vastgesteld. Op basis van de dataverzameling zijn negen respondenten geselecteerd voor interviews. In de interviews, die kwalitatief van aard zijn, is gevraagd naar de vormgeving voor de sociale kaart en invulling van de sociale kaart; voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn in én rondom de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De geselecteerde respondenten zijn sleutelfiguren uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Om methodisch een raamwerk op te zetten voor een sociale kaart is een analyse uitgevoerd aan de hand van zes sociale kaarten die op papier en digitaal beschikbaar zijn. De resultaten van de interviews en de resultaten van de sociale kaart analyse zijn met elkaar vergeleken om zo tot een ontwerp te komen voor de sociale kaart van de Hatertse Hei en Sint Anna. De voorzieningen die uit de interviews naar voren komen zijn verwerkt in het ontwerp van de sociale kaart.

Resultaten

Uit de dataverzameling van de cliëntendossiers blijkt dat de gemiddelde leeftijd van cliënten van dit verplegend wijkteam 78 jaar is. De diagnoses hypertensie, diabetes mellitus, dementie, artrose en COPD zijn de meest gestelde diagnoses. Deze diagnoses vormen de top vijf cliëntencategorieën van het verplegend wijkteam van de Hatertse Hei en Sint Anna.

Uit de sociale kaart analyse zijn kenmerken naar voren gekomen die een raamwerk kunnen vormen voor het opzetten van een sociale kaart. De volgende kenmerken zijn naar voren komen; de sociale kaart zou onafhankelijk moeten worden opgesteld, de sociale kaart is een op zichzelf staand systeem, de sociale kaart is opgezet in opdracht van een bepaald persoon/ organisatie, beschikbaar voor burgers en/of professionals, de sociale kaart richt zich op gemeente en landelijk niveau, de informatie op de sociale kaart heeft een bredere focus dan alleen wonen, zorg en welzijn, meer informatie per zorgverlener dan alleen telefoon- en adresgegevens, consequente weergave,

rubrieken, alfabetische volgorde, de sociale kaart is digitaal beschikbaar, uitleg aan de gebruiker over het gebruik van de sociale kaart en de digitale sociale kaart bevat een zoekmachine. Vanuit deze punten is het raamwerk voor de sociale kaart opgezet.

Door middel van het houden van interviews met de respondenten is gevraagd naar de vormgeving van de sociale kaart en hoe de sociale kaart up to date gehouden kan worden. Uit de resultaten met de respondenten blijkt dat de volgende punten belangrijk zijn voor het ontwikkelen van de sociale kaart: de sociale kaart moet zowel digitaal als op een papieren versie ontwikkeld worden, de indeling van de sociale kaart moet worden ingedeeld op wonen, zorg en welzijn én op discipline van de professional, de sociale kaart moet beschikbaar zijn voor professionals en burgers, er zou één eindverantwoordelijke voor het up to date houden van de sociale kaart. Een aantal respondenten geeft hierbij aan dat wijzigingen worden doorgegeven door de organisaties zelf. Deze organisaties geven dit door aan de eindverantwoordelijke van de sociale kaart, die dit dan aanpast. De update van de sociale kaart moet plaatsvinden nadat verandering heeft plaatsgevonden.

De punten uit de analyse van de zes sociale kaarten en de punten die komen uit de interviews zijn naast elkaar gelegd en zo is het ontwerp voor de sociale kaart ontwikkeld. In de interviews is ook gevraagd aan de negen respondenten naar de invulling voor de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De resultaten van deze vragen, de voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn, zijn de invulling voor het ontwerp sociale kaart.

Conclusie

De meest voorkomende cliëntencategorieën van het verplegend wijkteam van de Hatertse Hei en Sint Anna zijn; ouderen, mensen met hypertensie, diabetes mellitus, dementie, artrose en COPD. Uit interviews blijkt dat zes respondenten nog geen gebruik maken van een sociale kaart, acht geven aan dit wel te willen gaan doen in de toekomst. Zeven respondenten verwachten dat de sociale kaart de samenwerking ten aanzien van de eerstelijnszorg verbeterd wordt door gebruik van de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna. De sociale kaart zou volgens respondenten voor zowel professionals als bewoners van de wijken beschikbaar gesteld moeten worden.

Door de sociale kaart analyse en de interviews is tot een volgende conclusie gekomen ten aanzien van het ontwerp van de sociale kaart; de sociale kaart moet een digitale en papieren versie bevatten. De indeling zou moeten bestaan uit de categorieën wonen, zorg en welzijn, daarnaast moeten de voorzieningen ingedeeld worden per discipline of categorie voorziening. Per voorziening moet meer informatie komen dan enkel de contactgegevens. De digitale versie zou een zoekmachine moeten bevatten en er moet uitleg gegeven moeten worden over het gebruik van de sociale kaart. Uit interviews is ook gebleken dat er één eindverantwoordelijke zou moeten komen voor het onderhoud van de sociale kaart. Maar de voorzieningen en personen moeten zelf hun veranderingen doorgeven aan de eindverantwoordelijke zodra er veranderingen plaatsvinden. Zo blijft de sociale kaart up to date. In de interviews zijn vele voorzieningen naar voren gekomen, deze worden verwerkt in de sociale kaart. Per voorziening wordt aangegeven voor welke cliëntencategorie deze geschikt zijn.

Aanbevelingen

Een aanbeveling zou zijn om een vervolgonderzoek te doen. Dit vervolgonderzoek is op basis van een wijkanalyse, waardoor alle cliëntencategorieën uit de wijken naar voren komen. Hierdoor wordt de sociale kaart representatief voor de hele wijk. Het advies is om in het vervolgonderzoek wijkbewoners te includeren als respondenten.

Voor het opzetten en implementeren van de sociale kaart zou de digitale versie ontwikkeld moeten worden. Dit zou kunnen op www.mijnbuurtje.nl, zodat deze ook beschikbaar is voor wijkbewoners. Er moet één eindverantwoordelijke worden opgesteld om de sociale kaart up to date te houden, dit zou bijvoorbeeld een van de opdrachtgevers kunnen zijn. Onder aan de sociale kaart zou een bericht kunnen staan waarbij personen zelf hun veranderingen aan de eindverantwoordelijke kunnen doorgeven. Om de samenwerking in de eerstelijnszorg te verbeteren zou eerst kennis gemaakt moeten worden met de voorzieningen die vermeld staan op de sociale kaart. Het sociaal wijkteam zou in de toekomst een rol kunnen spelen bij de sociale kaart.

1. Inleiding

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat zorg zonder verblijf in de afgelopen acht jaar is gestegen. Zorg zonder verblijf is zorg buiten de muren van een instelling. Deze zorg wordt vaak verleend in de directe omgeving van de cliënt, het wordt ook wel extramurale zorg genoemd (Post & Gijsen, 2013). In 2004 waren 608 000 personen die gebruik maakten van zorg zonder verblijf, gefinancierd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Dit is in 2011 gestegen naar 740 000 personen. Het gaat hierbij om huishoudelijke zorg, persoonlijke zorg en verpleging (CBS, 2013). In een rapport van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2013) staat:

De afgelopen decennia is de gemiddelde verpleegduur in onder andere ziekenhuizen sterk gedaald. Dit gaat deels gepaard met een intensivering van de extramurale zorg. Op termijn kan dit grote gevolgen hebben voor de structuur van de zorg (meer extramuraal) en de plaats van ziekte en beperkingen in de samenleving (meer aanwezig).

Uit het onderzoek van Bouwman (2011) blijkt dat de ligduur in het ziekenhuis in de afgelopen jaren is gedaald, de ligduur in 2011 is 2,98 ligdagen. Patiënten worden sneller ontslagen uit het ziekenhuis en zij keren eerder terug naar de thuissituatie. Dit zorgt ervoor dat de zorg in de wijk complexer en meer divers wordt, zowel voor de professionals in de wijk als voor personen uit de directe omgeving van de patiënt. Omgekeerd is het zo dat mensen die zorgbehoevend zijn, langer thuis wonen. Zij zijn vaker op zichzelf aangewezen of op personen in hun directe omgeving, zoals mantelzorgers en vrijwilligers. 'Consequentie hiervan is echter ook dat steeds meer wordt afgewenteld op zelf- en mantelzorg' (Stapel & Keukens, 2009). De zorgbehoevende mensen kunnen zorg ontvangen uit de eerstelijns (Rijn, 2013).

Door verandering in de samenleving en de verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg wordt de eerstelijnszorg steeds belangrijker. De definitie van eerstelijnszorg is: 'De eerstelijnszorg is de zorg dichtbij huis zoals die wordt geleverd door huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen' (Wiegers, Hopman, Kringos, & de Bakker, 2011). De Nederlandse overheid stimuleert de rol van de eerstelijnszorg, omdat deze kosten goedkoper zijn dan ziekenhuiszorg (Rijksoverheid, 2013).

De eerstelijnszorg is breed; het is gezondheidszorg die wordt geboden aan thuiswonenden die zorg, ondersteuning, advies en voorlichting nodig hebben. Het is laagdrempelig, toegankelijk en dicht bij huis (V&VN, 2010). De wijkverpleegkundige maakt ook deel uit van de eerstelijnszorg, zij werkt nauw samen met de huisarts en andere professionals in de wijk.

'Wijkverpleegkundigen staan dicht bij de patiënt en weten een brug te slaan tussen artsen, andere zorgverleners, patiënten en hun familie. Vanuit hun competenties helpen ze nieuwe zorgvragen beantwoorden. Zorggebruikers zijn over het algemeen zeer positief over hun ervaringen met verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn gemakkelijk te benaderen, besteden de juiste aandacht aan hen en beschikken over specifieke kennis en vaardigheden. Ook vervullen zij een belangrijke rol in de coördinatie van zorg.' (V&VN, 2010)

De wijkverpleegkundige is de spil in de wijk. Keurhorst, Kusters & Laurant (2010) geven aan dat het de taak van de verpleegkundige is om de zorg rondom een cliënt goed te coördineren. Daarnaast vervult zij een openbare functie in de wijk. De wijkverpleegkundige zou signalen moeten kunnen oppakken en op basis daarvan noodzakelijke activiteiten moeten ontplooiën. Dit betekent dat zij haar werkzaamheden dus ook op groepsniveau (de populatie in de wijk) kan uitvoeren en een gevoeligheid voor zorgbehoeften op wijkniveau ontwikkelt. Keurhorst, et al (2010) beschrijven tevens: om deze taken adequaat te kunnen uitvoeren is het essentieel dat de wijkverpleegkundige een breed netwerk heeft en samenwerkt met diverse organisaties en professionals in een multidisciplinair team.

De opdrachtgevers van dit kwaliteitsproject zijn twee wijkverpleegkundigen. Zij zijn werkzaam in het verplegend wijkteam van de ZZG Zorggroep in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De aanleiding van dit onderzoek is dat de opdrachtgevers de samenwerking met eerstelijnszorg professionals in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna wil verbeteren. De zorg rondom de cliënt in de wijk wordt complexer en daar zijn vaker andere professionals en/ of voorzieningen bij betrokken naast de wijkverpleegkundige. Vanuit de opdrachtgevers is de vraag ontstaan: Wie zijn deze professionals en wat doen zij en wat kunnen zij betekenen voor de cliënt in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Door een overzicht te maken, in een vorm van een sociale kaart met daarop professionals en voorzieningen, ontstaat een aanbodsoverzicht van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Met een sociale kaart zou de samenwerking in de eerstelijnszorg verbeterd kunnen worden. De betekenis van een sociale kaart volgens Thesaurus Zorg en Welzijn (2013): 'papieren of digitale overzichten van instellingen op het gebied van zorg en welzijn in een bepaalde regio.' Een sociale kaart verwijst naar allerlei organisaties en/ of instellingen op gebied van zorg (de Haan, 2011). Het verplegend wijkteam maakt op dit moment niet tot nauwelijks gebruik van een sociale kaart. Zij maken gebruik van de sociale kaart die ontwikkeld is door een studentverpleegkundige tijdens de BPV-periode. Deze sociale kaart vonden zij echter niet compleet genoeg. Deze geeft geen volledig beeld van alle professionals en voorzieningen in de wijken, waar wel behoefte naar is. De sociale kaarten die beschikbaar zijn via internet zijn vaak gemeente overstijgend en te globaal voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. 'Google-en' om te zoeken naar een zorgprofessional of een voorziening werkt tot op zekere hoogte; alleen als de zoeker een specifieke zoekvraag heeft. Echter blijkt dit niet voldoende. Er mist een volledig overzicht, specifiek voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna en daarom is het ontwikkelen van een sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna van belang. Er ontstaat een duidelijk overzicht van lokale informatie voor professionals (Verbeek, 2013).

Het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna gaat gebruik maken van de sociale kaart. Het streven is dat ook andere professionals uit de wijken van de ontwikkelde sociale kaart gebruik gaan maken. Het kan gebruikt worden door professionals uit het medisch centrum aan de Sint Jacobsaan, maar ook door professionals die werkzaam zijn in de wijk en niet gevestigd zijn in dit medisch centrum. Doordat de sociale kaart door meerdere professionals in de wijk kan worden gebruikt, verbindt het de professionals en helpt hen om de lijnen kort te houden met elkaar. Er wordt gestreefd naar dat zoveel mogelijk professionals uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna weten wat het aanbod is aan voorzieningen in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna op het gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn.

Tevens kan de sociale kaart gebruikt worden door de professionals en de individuele zorgvrager; de cliënt. Het is voor veel cliënten niet altijd duidelijk waar zij terecht kunnen met hun vraag. Er bestaat bijvoorbeeld grote onduidelijkheid over de vergoedingen waarvoor de zorgvrager in aanmerking komt. Daar waar de cliënt (en eventueel zijn of haar omgeving) niet zelfstandig in staat is de mogelijkheden in kaart te brengen is het de taak van de professional, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, om daarbij te ondersteunen. De professional zoekt via de sociale kaart naar organisaties en/ of instellingen die aansluiten op de zorgvraag van de cliënt. Op deze wijze worden mogelijkheden voor de cliënt in kaart gebracht, door gebruik te maken van de sociale kaart.

Om een nieuwe sociale kaart te maken, zijn een vraagstelling opgesteld en vier deelvragen. De vraagstelling luidt:

'Welke voorzieningen op het gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna moeten overzichtelijk gepresenteerd worden in een sociale kaart voor de cliënten van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna en hoe kan deze worden vormgegeven voor professionals in deze wijken, zodat de samenwerking ten aanzien van eerstelijnszorg verder verbeterd?'

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden moet er eerst gekeken worden naar de volgende deelvragen:

1. Voor welke cliëntencategorieën kan deze sociale kaart worden opgesteld op basis van leeftijd en diagnoses die zijn gesteld bij cliënten van het verplegend wijkteam van Hatertse Hei en Sint Anna?
2. Wat is op dit moment al ontwikkeld op het gebied van sociale kaarten voor de wijken Hatertse Hei en St. Anna en hoe worden deze sociale kaarten vormgegeven?
3. Hoe wordt de sociale kaart voor professionals uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna uiteindelijk vormgegeven en hoe kan de ontwikkelde sociale kaart worden bijgehouden/up to date blijven?
4. Van welke voorzieningen in én rondom de wijken Hatertse Hei en Sint Anna op het gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn kunnen cliëntencategorieën van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna gebruik maken volgens professionals uit deze wijken?

Het doel van het onderzoek is:

In januari 2014 is een sociale kaart met voorzieningen op gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn ontwikkeld waar professionals in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna in de gemeente Nijmegen gebruik van kunnen maken voor de cliënten van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna zodat de samenwerking ten aanzien van eerstelijnszorg wordt verbeterd.

Deelvraag één is beantwoord doordat een dataverzameling uitgevoerd is uit de dossiers van de cliënten van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna. De tweede deelvraag is beantwoord door middel van een analyse van verschillende papieren en digitale sociale kaarten. Deelvraag drie wordt beantwoord door interviews af te nemen met sleutelfiguren uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. In deze interviews is gevraagd aan de sleutelfiguren hoe de sociale kaart zou moeten worden vormgegeven en hoe een sociale kaart up to date zou moeten worden gehouden. Door deze vragen te stellen aan de sleutelfiguren is een antwoord verkregen op deelvraag vier.

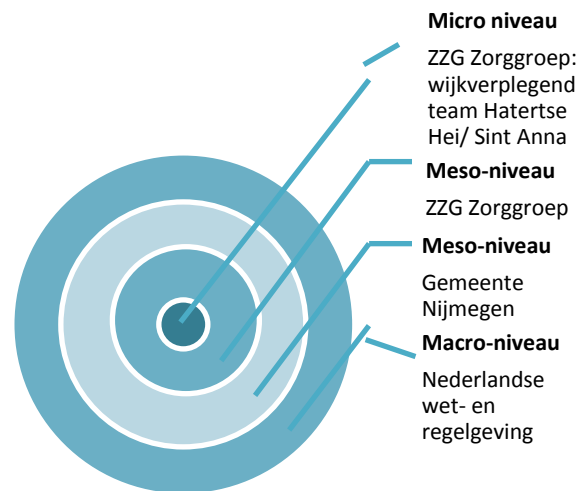
1.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk, de inleiding, zijn de aanleiding en het onderwerp van dit praktijkonderzoek beschreven. De vraag- en doelstelling zijn beschreven, net als de vier deelvragen. Het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, gaat over achtergrond informatie en begrippen omtrent het onderzoeksonderwerp; de sociale kaart. In dit kader wordt theoretisch verdiept in de achtergrond en wordt gebruik gemaakt van adequate literatuur, hoe naar deze literatuur is gezocht is terug te vinden in bijlage 1. Literatuursearch. In hoofdstuk 3 is de methode van onderzoek beschreven, hierin is te lezen welke methode is gehanteerd tijdens de uitvoeringsfase van dit praktijkonderzoek. Het onderzoekstype, de respondentkeuze, de interviewvorm en uitvoering van het onderzoek worden beschreven en onderbouwd met nodige literatuur. De resultaten van de verschillende uitgevoerde analyses en de afgenomen interviews zijn te lezen in hoofdstuk 4. wordt in de discussie een kritische noot gegeven over dit onderzoek, deze discussie is te lezen in hoofdstuk 5 van dit onderzoeksverslag. De conclusies die uit de resultaten gekomen zijn, zijn in hoofdstuk 6 te vinden. Na de resultaten en conclusies zijn aanbevelingen geschreven door de studentonderzoekers, deze aanbevelingen zijn terug te vinden in hoofdstuk 7.

2.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt achtergrondinformatie beschreven van het onderzoeksonderwerp; de sociale kaart in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Dit is gedaan aan de hand van drie niveaus; macro -, meso- en microniveau, zie hiervoor figuur 1.

- Macroniveau; de Nederlandse overheid. De zorg in Nederland wordt beschreven, net als de Nederlandse wet- en regelgeving.
- Mesoniveau; de rol voor de gemeente Nijmegen om zorg te organiseren wordt groter. Tevens wordt de zorgorganisatie ZZG Zorggroep genoemd.
- Microniveau; er wordt ingegaan op wijken de Hatertse Hei en Sint Anna. Daarna wordt geschreven over het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna; de opdrachtgevers.



Figuur 1. Systematische weergave micro-, meso- en macroniveau.

2.1 Extramurale zorg en eerstelijnszorg

De gezondheidszorg in Nederland kent drie plaatsen van behandeling:

- Intramuraal: zorg in een instelling, bijvoorbeeld in een ziekenhuis of verpleeghuis;
- Semimuraal: tussen intra- en extramuraal in, bijvoorbeeld dagbehandeling;
- Extramuraal: zorg zonder opname, bijvoorbeeld zorg in thuissituatie, huisartsenpraktijk, fysiotherapie en psycholoog (Post & Gijsen, 2013).

In dit kwaliteitsproject is ingegaan op extramurale zorg. 'Extramuraal betekent zorg zonder opname, die vaak verleend wordt in de directe omgeving van de patiënt' (Post & Gijsen, 2013). Extramuralisering is het proces waarbij zorg verplaatst wordt van zorg binnen de muren van een instelling naar zorg buiten een instelling (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2013). In Nederland is een verschuiving te zien van intramurale naar extramurale zorg (van zorg in een instelling naar zorg in thuissituatie). Het aantal personen dat gebruik maakt van extramurale zorg is met 36.000 gestegen tussen 2004 en 2010 (CBS, 2013). Door de extramuralisering van zorg wordt meer beroep gedaan op de eerstelijnszorg. De Rijksoverheid hanteert de volgende definitie 'Eerstelijnszorg is zorg waar u zelf zonder verwijzing naartoe kunt gaan. Dit gaat om professionals zoals: de huisarts, psycholoog, tandarts of fysiotherapeut' (Rijksoverheid, z.d.). De wijkverpleegkundige is werkzaam in de eerstelijnszorg en zij staat nauw in contact staat met de cliënt in de wijk. Nouws (2010) beschrijft dat het beroep op eerstelijnszorg groeit door de verschuiving van intra- naar extramurale zorg. Daarnaast beschrijft hij dat de wens van de overheid en van cliënten is om veel cliënten zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen.

2.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) , Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet (ZVW)

Deze drie belangrijke wetgevingen hebben te maken met de eerstelijnsgezondheidszorg. De patiënt die doorverwezen wordt naar de (thuis)zorgorganisatie, krijgt te maken met de WMO en de AWBZ. Daarnaast wordt de rol van de zorgverzekeringswet binnen de AWBZ regeling kort uitgelegd. Wet- en regelgeving die op macro niveau geregeld is, heeft invloed op het meso- en micro niveau over hoe de gezondheidszorg georganiseerd moet worden.

WMO

De WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) is een regeling van de overheid, geregeld door de gemeente waarbij de patiënt huishoudelijke hulp kan krijgen via het WMO-loket. Ook hulp op het gebied van lopen of bewegen in en om het huis, het plaatselijk vervoer en onder de mensen komen is via de WMO geregeld. Het is belangrijk dat de directe omgeving van de patiënt hierbij ondersteunt. De WMO geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om persoonlijke zelfredzaamheid van burgers te waarborgen voor zover de sociale netwerken van mensen en andere wettelijke voorzieningen dat niet doen. De gemeente biedt ondersteuning wanneer dit niet lukt. De ondersteuning betreft vooral het inzetten van mantelzorgers en vrijwilligers (Rijksoverheid, 2013).

AWBZ

De AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) is een regeling waarbij de patiënt een indicatie krijgt voor de hoeveelheid zorg. Het afgeven van een indicatie gebeurt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het ZZP (zorgzwaartepakket) geeft een indicatie over wat voor zorg de patiënt nodig heeft en hoeveel geld een zorginstelling krijgt voor zorg aan de patiënt (Rijksoverheid, z.d.). Het CIZ geeft een patiënt een indicatie van ZZP 1 t/m ZZP 10, waarmee de patiënt toegang krijgt tot intramurale zorg. Daarnaast bepaalt het ZZP hoeveel uur zorg een patiënt mag ontvangen van de zorginstelling per dag of in de week (CIZ, 2012). Er zijn acht zorgzwaartepakketten voor langdurende zorg (ZZP 1 t/m ZZP 8). Twee zorgzwaartepakketten voor kortdurende zorg: ZZP 9 voor revalidatie en ZZP 10 voor kortdurende palliatieve terminale zorg (Menzis zorgkantoor, z.d.). Voor extramurale zorg worden geen ZZP's afgegeven. De omvang van extramurale zorg wordt uitgedrukt in een klasse. Deze wordt bepaald door de behoefte van de verzekerde aan de gemiddelde tijd (minuten per zorgmoment x aantal maken per dag/week), waarbij in bepaalde gevallen de aanwezigheid om interventies te kunnen verrichten kan worden meegenomen (CIZ, 2013).

Zorg die onder de AWBZ-regeling valt zijn persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, verblijf in een instelling, behandeling en kortdurend verblijf. De overheid is bezig om de AWBZ regeling ingrijpend te hervormen, om zo de zorg in de toekomst betaalbaar te houden. In 2015 moet de rolverdeling er als volgt uit gaan zien:

- Gemeenten; zij worden geheel verantwoordelijk voor de activiteiten op gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging.
- Zorgverzekeraars gaan de medische zorg regelen, zoals verpleging en langdurige geestelijke gezondheidszorg.
- Rijksoverheid: er komt een nieuwe wet, deze zal de AWBZ gaan vervangen. De rijksoverheid gaat alleen de allerswaarste zorg nog vergoeden.

(Rijksoverheid, z.d.).

Veranderingen die al plaats hebben gevonden in de zorg zijn dat het ZZP 1 en 2 niet meer worden afgegeven sinds januari 2013. Dit houdt in dat de patiënten met een ZZP 1 en 2 indicatie geen intramurale zorg ontvangen, maar dat zij (langer) thuis blijven wonen en extramurale zorg kunnen ontvangen. Overigens werden mensen met een ZZP 1 of 2 niet of nauwelijks meer opgenomen in een intramurale zorginstelling. Vanaf januari 2014 wordt ook het ZZP 3 niet meer afgegeven (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2013). 'Nieuwe cliënten krijgen in plaats van een indicatie voor een licht zorgzwaartepakket een indicatie voor extramurale zorg en ondersteuning (in functies en klassen)' (Rijksoverheid, z.d.).

Zorgverzekeringswet

Zoals eerder is aangegeven wordt de AWBZ-regeling hervormd. De rol van de zorgverzekeringswet (ZVW) verandert hiermee ook.

'In de ZVW is het verzekeringspakket wettelijk vastgelegd naar het type zorg. De zorgverzekeraar kan zelf bepalen welke persoon of welke instelling de verzekerde zorg levert, zolang het maar een persoon of instelling is die tot het leveren van die zorg bevoegd is' (Ministerie van Volksgezondheid, Sport en Welzijn, 2011).

De extramurale verpleging en de bijbehorende persoonlijke verzorging worden vanaf 1 januari 2015 overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Hierdoor komt een nieuwe aanspraak op thuisverpleging, zodat mensen die naast verpleging ook verzorging nodig hebben dit van dezelfde hulpverlener kunnen krijgen en mensen langer in eigen omgeving kunnen blijven wonen. De uitleen van hulpmiddelen is per 1 januari 2013 uit de AWBZ verdwenen en is ondergebracht in de WMO en ZVW (Atlas van Zorg en Hulp, 2012).

2.3 Gemeente Nijmegen

Kort is het beleid van de gemeente Nijmegen (meso niveau) beschreven ten aanzien van de gezondheidszorg. De gemeente Nijmegen (2013) heeft te maken met de stijgende zorgkosten, namelijk door afnemende budgetten en de uitbreiding van taken. De gemeente moet meer doen met minder geld. De gemeente Nijmegen verandert de wijze waarop Zorg en Welzijn is georganiseerd. Ten eerste wordt ingespeeld op het landelijke aspect 'de Kanteling van de WMO'. Zorg- en welzijnsinstellingen gaan hierdoor meer samenwerken. Professionals krijgen meer ruimte om de zelfredzaamheid bij bewoners te bevorderen. Het gaat niet meer over 'standaardoplossingen' maar over maatwerk met de bewoner (Gemeente Nijmegen, 2013). Ten tweede wordt, middels sociale wijkteams in de wijk, gezocht naar praktische oplossingen voor bewoners die problemen hebben. Het doel is de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de bewoners bevorderen. De samenstelling van zo'n sociaal wijkteam varieert. Op dit moment is er nog geen sociaal wijkteam werkzaam in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna, maar dit zal in de toekomst opgezet worden (Gemeente Nijmegen, 2013).

2.4 ZZG Zorggroep

ZZG Zorggroep is een organisatie die zich bezig houdt met intramurale en extramurale zorg in het zuidelijk gedeelte van Gelderland. ZZG Zorggroep werkt met allerlei andere organisaties samen, om de zorg zo optimaal mogelijk te maken. Organisaties waar ZZG Zorggroep mee samen werkt zijn huisartsen, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, financiers, gemeente en opleidingsorganisaties (Zorggroep, 2012). ZZG Zorggroep werkt net als de gemeente Nijmegen op mesoniveau. Het beleid van de ZZG Zorggroep heeft invloed op het micro niveau, de verplegende wijkteams, waaronder ook het verplegend wijkteam van Hatertse Hei en St. Anna.

In het jaarverslag van ZZG Zorggroep (2012) wordt genoemd dat de missie is: 'het verantwoord gezond thuis laten wonen van mensen met een maximaal behoud van de regie op eigen leven.' Randvoorwaarden om dit te kunnen realiseren zijn: kleine wijkgerichte zelfsturende teams en ondersteuning, professioneel handelen op basis van standaarden, richtlijnen en evidence of practices based en de implementatie van domotica (Zorggroep, 2012). De visie van ZZG Zorggroep is dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig en in de vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. De ouderen zullen samen met hun netwerk, waar mogelijk, zelf de verantwoordelijk op zich nemen voor de gezondheid en voor de zorg en ondersteuning die daarbij nodig is (ZZG zorggroep, 2012). Het beleid van de ZZG Zorggroep wordt hierop aangepast en dit wordt weergegeven in figuur 2.

Van	Naar
• Ziekte en zorg • Wij zorgen voor u • Zorgafhankelijkheid • Zorg in instituten • Gefragmenteerde en versnipperde zorg	• Gedrag en gezondheid • Zorg die je verder helpt • Zelf- en samenredzaamheid • Zorg in zelfgekozen omgeving • Zorg in samenhang in wonen, welzijn

Figuur 2. De missie van ZZG Zorggroep om de zorg te registreren met een nieuw beleid.
(Zorggroep, 2012)

2.5 Hatertse Hei en Sint Anna.

De sociale kaart die ontwikkeld is, is gericht op micro niveau; voorzieningen en organisaties in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna te Nijmegen. De wijk Hatertse Hei is een wijk in Nijmegen Zuid. Uit de wijkmonitor, opgesteld door de gemeente Nijmegen, blijkt onder andere dat in 2013 de wijk Hatertse Hei 4.169 inwoners kent. Hatertse Hei behoort tot de 'lagere middenklasse' van de Nijmeegse woningmarkt (Gemeente Nijmegen, 2012). Gegevens van de wijk Sint Anna zijn hierover niet bekend. De wijk Sint Anna ligt naast de Hatertse Hei. De wijk Sint Anna kent in 2013 3.465 inwoners. Het verplegend wijkteam van de ZZG Zorggroep werkt binnen deze wijk en houdt andere wijkgrenzen aan dan de gemeente Nijmegen. De wijkgrenzen van het verplegend wijkteam zijn: de driehoek tussen de Hatertseweg en Sint Annastraat en heiweg. Het bovenste driehoekje Hatertseweg/ Sint Annastraat en Slotemaker de Bruineweg. Dit samen vormt het gebied waar dit wijkteam werkzaam is. De kaart van deze wijken is toegevoegd in bijlage 2.

Om te weten te komen wat de populatie in de wijk is, kan door middel van een wijkanalyse, informatie van de wijk worden opgespoord en geïnventariseerd. De wijk wordt als het ware 'doorgelicht' om zicht te krijgen op de situatie in de wijk op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Resultaten van een wijkanalyse kunnen worden gebruikt door professionals in de wijk (MAAT Nijmegen, 2013). De ideale situatie in dit onderzoek zou zijn om over een wijkanalyse van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna te beschikken. Er is een wijkanalyse opgevraagd bij de opdrachtgevers. Deze wijkanalyse (GGD Gelderland Zuid; ZZG Zorggroep; Radboudumc; AMPHI, 2013) wordt onder andere ontwikkeld door GGD Gelderland-Zuid en ZZG Zorggroep in samenwerking met Health at Home BV en Radboudumc. Deze wijkanalyse is gericht op de wijken Hatertse Hei en Grootstal en deze wijkanalyse is echter nog in ontwikkeling. Gegevens die missen, maar wel bruikbaar voor dit onderzoek zijn; specifieke patiëntencategorieën waar de wijkverpleegkundige mee werkt en de diagnose die bij deze patiënten is gesteld. Daarom is er een dataverzameling uit de dossiers uitgevoerd bij het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna, om zo meer inzicht te krijgen in de doelgroep.

2.6 De opdrachtgevers

Het verplegend wijkteam Hatertse Hei en St. Anna is een klein, zelfsturend wijkteam van twaalf werknemers die wijkgericht werken. Binnen dit team zijn HBO- en Mbo-verpleegkundigen werkzaam en verzorgenden van niveau 3. Het patiëntenaantal voor dit wijkteam wisselt, in verband met de wisselende zorgvraag. In november 2013 telde het aantal patiënten $\pm$ 68. Dit wijkteam werkt aan verschillende projecten mee om samenwerking met andere professionals in Nijmegen te verbeteren:

- Het wijkteam is werkzaam binnen een medisch centrum aan de Sint Jacobsaan en werkt daar samen met de anderen disciplines; huisartsen, fysiotherapie, psycholoog en de apotheker. Deze samenwerking is pas goed tot stand gekomen binnen de kaders van het verbeteren van eerstelijnszorg en het opzetten van een eerstelijns atelier.
- "Ateliers in de eerstelijns, de kunst van geïntegreerd samenwerken" is een meerjarig innovatief project. Het is opgezet door ZZG zorggroep, twee eerstelijns gezondheidscentra, een HOED (Huisartsen Onder Een Dak), de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het UMC St. Radboud en GGD Nijmegen. Een Eerstelijns Atelier is fysiek gepositioneerd in bestaande eerstelijns gezondheidscentra en huisartsenpraktijken en kan gezien worden als een 'werkplaats' voor innovatie. In het Atelier geeft een netwerk van wijkgericht werkende professionals (o.a. huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundige teams) op wijkniveau vorm aan de omslag van 'versnipperde zorg voor ziekte' naar 'samenhangende zorg' voor (zo optimaal mogelijke) gezondheid en zelfstandigheid. Dit netwerk van professionals ontwikkelt hiervoor een aantal gerichte projecten en activiteiten. Het doel van het project is: het opbouwen van een netwerkstructuur van Eerstelijns Ateliers in Nijmegen en omstreken, waarbinnen modellen voor geïntegreerde eerstelijnszorg worden ontwikkeld ten behoeve van complexe patiëntgroepen, gericht op bevordering van zelfmanagement en gebruik makend van ICT innovaties. Binnen het

netwerk wordt actief kennis over de modellen uitgewisseld (ZonMw, 2013). In deze wijk geven professionals binnen het medisch centrum op de St. Jacobslaan samen vorm aan het atelier.

- Naast het eerstelijns atelier is nog een samenwerkingsverband binnen de wijk: het werkoverleg Hatertse Hei en Grootstal, onder leiding van Ed van Dael; wijkmanager gemeente Nijmegen. Hierbij sluiten verschillende partijen aan die werkzaam zijn in de wijk. Denk aan Sportservice, Taekwondovereniging YooSinh, woningbouwverenigingen, RIBW en medisch centrum St. Jacobslaan.
- Volgens verpleegkundigen van het wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna is er ten aanzien van de samenwerking nog verbetering mogelijk.

Twee wijkverpleegkundigen uit het wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna zijn de opdrachtgevers van dit kwaliteitsproject. Zij hebben aangegeven dat de samenwerking met professionals nog meer kan verbeteren door een sociale kaart te ontwikkelen voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Op dit moment maken de opdrachtgevers nauwelijks gebruik van sociale kaarten.

2.7 Sociale kaart

In de inleiding is kort iets gezegd over de sociale kaart en is een definitie gegeven van de sociale kaart. Het is een belangrijk instrument om het aanbod in de maatschappelijke ondersteuning inzichtelijk te maken voor cliënt en professional (GGD Midden-Nederland, z.d.). Door middel van een sociale kaart kan een professional snel doorverwijzen naar andere disciplines, instellingen of voorzieningen. Dit zal een gunstig effect hebben in het kader van preventie en vroegsignalering. Zodra verpleegkundigen en andere professionals weet hebben van alle voorzieningen ten aanzien van wonen, zorg en welzijn, door middel van een sociale kaart, kunnen zij daarin zorgvragers adviseren. Dit zal de samenwerking in de eerstelijnszorg verbeteren (Rijksoverheid, z.d.). Hier in het theoretisch kader, wordt genoemd wat het aanbod is van sociale kaarten voor professionals van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Het gaat om het globaal in beeld brengen van het aanbod. Volgens Migchelbrink (2007) hoeft het nog niet complex of uitgebreid te zijn, omdat in de uitvoeringsfase nog een analyse wordt uitgevoerd naar de reeds bestaande sociale kaarten. De methode van deze analyse is beschreven in het hoofdstuk methode van onderzoek. Het aanbod van de sociale kaarten kan globaal worden onderscheiden in digitale en papieren kaarten. De papieren sociale kaarten zijn verkregen via de opdrachtgever en de digitale sociale kaarten door gebruik te maken van de zoekmachine van Google. De zoektermen die gebruikt zijn, zijn *Sociale kaart Hatertse Hei Sint Anna* en *sociale kaart Nijmegen*.

Het aanbod is van reeds bestaande sociale kaarten voor de professionals van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna wordt hieronder beschreven:

- Het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna beschikt al over een papieren sociale kaart. De opdrachtgevers hebben aangegeven dat deze sociale kaart nog voorzieningen mist en dat daarom de kaart niet volledig genoeg is. De kaart is ontwikkeld door een bpv-student waarbij ook veel gebruik is gemaakt van gegevens van internet.
- Dit verplegend wijkteam beschikt tevens over de sociale kaart van de Taekwondovereniging Yoo Sinh. Deze vereniging is gevestigd in de wijk Hatertse Hei. Deze sociale kaart is opgezet in samenwerking met de wijkmanager van Nijmegen Zuid. Het doel van deze kaart is geweest om inzicht te krijgen in sport, bewegen en gezondheid in de wijk Grootstal te Nijmegen.
- Via gemeente Nijmegen is een digitale sociale kaart beschikbaar. Via de zoekmachine kan uitgebreid gezocht worden naar organisaties. De zoekstrategie kan worden voltooid op gemeente Nijmegen/ Nederland en postcode. Deze zoekmachine werkt hetzelfde als de sociale kaart van de organisatie MEE Gelderse Poort.
- De organisatie MEE Gelderse Poort biedt een online sociale kaart aan. Het is een organisatie die zich richt op mensen met een beperking. Er wordt gezocht naar organisaties en activiteiten in de regio's Gelderse Poort en Nederland. Wanneer gebruik wordt gemaakt van het uitgebreid zoeken, kom je terecht op dezelfde zoekmachine zoals deze via de site van gemeente Nijmegen wordt aangeboden.

- Wanneer via Google gezocht wordt naar een sociale kaart Nijmegen, is de site DISK (digitale sociale kaart) gevonden. Op deze site wordt aangegeven dat 'er slechts beperkte hoeveelheid lokale gegevens van de gemeente Nijmegen opgenomen zijn in de Digitale-Sociale-Kaart. Regionale, provinciale en landelijke informatie is wel aanwezig (Waalens, 2013).' Via de site kan doorgeklikt worden in verschillende categorieën: werk en inkomen, zorg en wonen, jeugd en opvoeding, cultuur en ontspanning. De selectie in het zoekgebied 'beperkt' zich tot provincie, regio, gemeente. Specifiek naar de wijken Hatertse Hei en Sint Anna kan niet gezocht worden.

Het zou logisch zijn dat het aanbod van sociale kaarten veel groter is dan hier wordt genoemd. In dit onderzoek en de analyse van dit aanbod zal gebruik worden gemaakt van deze gevonden sociale kaarten.

2.8 Wonen, zorg, welzijn en preventie

De begrippen preventie, wonen, zorg en welzijn zijn benoemd in de vraag- en doelstelling. Door deze vier sectoren te verbinden kan samenhangende zorg gecreëerd worden. Dit is van belang voor cliënten en professionals (ZonMw, 2013). Voor het verbinden van deze vier sectoren is gekozen, omdat het meerdere aspecten dan alleen zorg rondom de cliënt in beeld brengt. Door de ontwikkeling van een sociale kaart in de wijken Hatertse hei en Sint Anna kunnen deze vier sectoren op wijkniveau met elkaar verbonden worden. Er is dan sprake van een integrale aanpak. Hierdoor wordt niet enkel naar voorzieningen in de zorg gekeken, maar omvat het alle voorzieningen en organisaties van alle sectoren. Aan de hand van de theorie van (Finnema, 2011) worden de begrippen wonen, zorg en welzijn gedefinieerd. Daarna wordt het begrip preventie toegelicht.

- Zoals Finnema (2011) aan geeft, en al eerder is genoemd in het theoretisch kader, blijven ouderen zo lang mogelijk thuis worden met behulp van mensen uit de omgeving en eventuele professionele ondersteuning. Daarnaast benoemt Finnema (2011) dat een goede voorwaarde om goed oud te worden is, goede huisvesting en een geschikte woonomgeving. In dit onderzoek zegt wonen iets over de huisvesting van de cliënt, de sociaaleconomische status van de bewoner maar ook de leefomgeving van de cliënt in de wijk. Voorzieningen en personen die in dit onderzoek vallen onder de sector wonen zijn: de wijkmanagers, woningcorporaties, woningaanpassingen en instanties die helpen bij het wonen zoals begeleid wonen.
- Bij de Zorg staat het lichamelijk en geestelijk welbevinden centraal. Hierbij gaat het om het optimaliseren van de gezondheid en de maatregelen die de gezondheid van de burger verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan (Finnema, 2011). In dit onderzoek vallen onder de sector Zorg: voorzieningen als het medisch centrum op de Sint Jacobsaan en professionals als huisartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, psychologen, apotheken, tandartsen, psychiatrische zorg, gespecialiseerde begeleiding en andere voorzieningen in de zorg.
- Onder Welzijn wordt verstaan het behouden van de eigen regie en autonomie in het leven van de burger waardoor de kwaliteit van leven onveranderd of bevorderd wordt met eventuele hulp van de sociale omgeving. Graas (2008) concludeert dat verlies van functionaliteit op het gebied van lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied het welbevinden kan aantasten. In dit onderzoek wordt onder Welzijn verstaan: organisaties en professionals zoals; maatschappelijk werk, dagbesteding, maaltijdvoorzieningen (eventueel onder begeleiding van een diëtist), ouderenwelzijnsorganisaties, vervoersvoorzieningen, mantelzorgorganisaties, vrijetijdsorganisaties, vrijwilligers, sportvoorzieningen (eventueel ook onder begeleiding van de fysiotherapeut) en wijkcentra.
- Preventie is het voorkómen van gezondheidsproblemen door het optimaliseren van de voorwaarden voor gezondheid en het voorkómen dat ongunstige factoren invloed hebben op de gezondheid (Sassen, 2010). Preventie gericht op ouderen heeft als doel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond te houden (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). In dit onderzoek is gekozen voor organisaties die niet specifiek in te delen zijn bij de sector preventie. Hiervoor is gekozen omdat in de alle sectoren (wonen, zorg en welzijn) preventief gewerkt wordt.

2.9 Professionals en cliënten/patiënten

Professional is een begrip wat gebruikt is in de vraag- en doelstelling. Volgens Thesaurus zorg en welzijn (z.d.) staan professionals samen met 'beroepskrachten' voor mensen die werkzaam zijn in een bepaald beroep of specifieke functie waarvoor zij betaald krijgen. Dit in tegenstelling tot vrijwilligers. Professionals in dit onderzoek zullen mensen zijn die door hun beroep te maken hebben met preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Hier wordt het gebruik van de woorden cliënten en patiënten toegelicht. In dit onderzoeksverslag worden deze termen door elkaar gebruikt. Vaak wordt het woord cliënten gebruikt in de context van extramurale zorg en het woord patiënten wordt gebruikt in de context van intramurale zorg.

2.10 Verpleegkundige relevantie

In dit onderzoek is gewerkt aan het opstellen van een sociale kaart voor professionals om de samenwerking in de eerstelijnszorg te verbeteren. In de inleiding en het theoretisch kader is de wijkverpleegkundige al een aantal keer genoemd, als professional die werkzaam is in de wijk en in de eerstelijnszorg.

Een taak van de wijkverpleegkundige is dat zij verantwoordelijk is voor het zorgproces en de coördinatie van de individuele cliënt (Nouws, 2010). Een samenwerking met eerstelijnsgezondheidszorg is dus van belang, omdat zo het zorgproces van de patiënt optimaal kan worden geregisseerd. De wijkverpleegkundige kan de schakel zijn tussen de zorgvrager en de andere zorgaanbieders in de eerstelijnszorg op het gebied van preventie, wonen, zorg en welzijn. Zij kan met haar kennis, ervaring en professionele blik zorgvragers hierover adviseren. De wijkverpleegkundige biedt hoogwaardige verpleegkundige zorg aan cliënten in de thuissituatie. Ze gaat hierbij uit van de behoeften en beleving van zorgvragers en plaatst de zorgvraag in een breed perspectief. Coördinatie, afstemming van de zorg met behandelaren en andere zorgverleners maakt deel uit van het takenpakket (Nouws, 2010) (Mast & Pool, 2005). De VenVN heeft een beroepsprofiel opgesteld over de wijkverpleegkundige. Doordat de wijkverpleegkundige niet werkt vanuit een vaste werkplek, maar bij de mensen thuis, is het belangrijk dat zij goed op de hoogte is van de sociale kaart. Door gebruik te maken van voorzieningen gepresenteerd op de sociale kaart kan zij netwerken opbouwen en deze onderhouden. Zij moet niet alleen kennis hebben over zorg en ziekte maar zij moet ook de verbinding leggen met preventie, wonen en welzijn en kennis hebben van wet- en regelgeving. Zij is dus niet alleen bezig met gezondheidszorgorganisaties (VenVN, 2013).

3. Methode van onderzoek

3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign is 'ontwikkelingsonderzoek'. Bij dit design ligt de nadruk op het tot stand brengen van bijvoorbeeld 'nieuwe' zorgplannen, handleidingen en/of werkwijzen (Migchelbrink, 2009). In dit onderzoek is een nieuwe sociale kaart ontwikkeld voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Migchelbrink (2009) beschrijft de volgende stappen ten aanzien van ontwikkelingsonderzoek:

1. *Een analyse en beschrijving van het uitgangsprobleem.*

Een beschrijving van de situatie en de aanleiding van dit onderzoek is beschreven in de inleiding dit onderzoeksverslag. In het theoretisch kader is de situatie verder uitgediept en middels literatuur onderbouwt.

2. *Het omschrijven van de oplossingsrichting*

De concrete oplossing van dit onderzoek is geformuleerd in de doelstelling, die beschreven staat in de inleiding. Een verdere omschrijving van hoe dit zal bijdragen aan de verbetering van de samenwerking ten aanzien van eerstelijnszorg is omschreven in het theoretisch kader.

3. *Inventarisatie van ontwerp- of oplossingsmogelijkheden.*

Gestart is met een dataverzameling van cliëntendossiers, uitgevoerd om de cliëntencategorieën van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna vast te stellen. Door middel van een methodische analyse van sociale kaarten, is gezocht naar de vormgeving en invulling van de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

4. *Keuze voor het te maken ontwerp. Via onderzoek worden gegevens verzameld over mogelijke oplossingen voor het te ontwikkelen plan.*

De uitwerking van het ontworpen product bevat meerdere stappen. Er is een sociale kaart analyse gedaan, om een raamwerk voor de sociale kaart op te zetten. Door middel van interviews met respondenten is gevraagd naar de vormgeving en invulling van de sociale kaart. Deze interviews zijn kwalitatief van aard. 'Het gaat bij kwalitatief onderzoek om het doorgronden van verschijnselen' (Dassen, 2010). Om tot een definitief ontwerp te komen voor de sociale kaart, zijn de punten uit de analyse en interviews naast elkaar gelegd. Daarna is dit ontwerp ingevuld met voorzieningen die in de interviews naar voren zijn gekomen.

5. *Inschatting van de realiseerbaarheid.*

De studentonderzoekers bakenen in overleg met de docentbegeleider en de opdrachtgevers het onderzoek af, zodat de uitvoering realiseerbaar is. Doordat eerder een ontwerpplan is geschreven, hebben de examinator en de opdrachtgevers kunnen beoordelen op onder andere de realiseerbaarheid van dit onderzoek. Door de studentonderzoekers is een planning gemaakt. In de interviews met de respondenten is niet expliciet naar de realiseerbaarheid van dit onderzoek gevraagd, maar wel naar de behoefte voor de ontwikkeling van de sociale kaart.

6. *Het uitwerken/vervaardigen van het ontworpen 'product'. Hier gaat het om het maken van het gekozen en realiseerbare ontwerp.*

Vanuit de resultaten van de sociale kaart analyse en de resultaten uit de interviews is een definitief ontwerp voor de sociale kaart ontwikkeld. Dit ontwerp van de sociale kaart wordt ingevuld met behulp van gegevens uit de afgenomen interviews met respondenten. Deze gegevens bestaan uit professionals en voorzieningen die te maken hebben met wonen, zorg, welzijn en preventie in en rondom de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Een ingevulde sociale kaart is het 'product' dat afgeleverd wordt aan het eind van dit kwaliteitsproject.

7. *Testen van het ontworpen 'product'.*

8. *Implementatie van het ontworpen product*

In dit onderzoek worden stappen 7 en 8 niet uitgevoerd door de studentonderzoekers. Voor het testen en de implementatie van de sociale kaart ligt de verantwoordelijkheid bij de opdrachtgevers, hiervoor zijn aanbevelingen geschreven. Voor de studentonderzoekers is er onvoldoende tijd om de fasen zeven en acht uit te voeren.

3.2 Dataverzameling uit de cliëntendossiers

Om antwoord te krijgen op deelvraag één, is een dataverzameling uitgevoerd van de dossiers van het wijkverplegend team Hatertse Hei en Sint Anna. Met deze dataverzameling zijn gegevens verzameld over wat voor cliënten dit wijkteam heeft en wat de cliëntencategorie is om een sociale kaart voor op te stellen. De verzamelde gegevens komen uit de 68 naslagwerken van de dossiers van cliënten die op donderdag 21 november in zorg waren bij dit verplegend wijkteam. De naslagwerken bevatten onder andere kopieën van de originele dossiers; deze liggen bij de cliënten thuis. Voor het verzamelen van deze gegevens uit de dossiers is toestemming gevraagd bij de opdrachtgevers. De gegevens van de cliënten zijn anoniem verwerkt.

Stap 1

De volgende data zijn verzameld uit de naslagwerken:

- Geslacht (M/V)
- Leeftijd
- Gestelde diagnose(s)

Voor deze data is gekozen, omdat hiermee de cliëntencategorie kan worden vastgesteld op de gestelde diagnoses en leeftijd. Om deze data te verzamelen is een tabel (zie tabel 1) gemaakt in Microsoft Office Word.

<i>Nummer cliënt</i>	<i>Geslacht (M/V)</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Diagnose 1</i>	<i>Diagnose 2</i>	<i>Diagnose 3</i>
1.					
2.					
3.					

Tabel 1. Schematische weergave van stap 1.

Stap 2 (Verwerken)

De opgestelde tabel is ingevuld door de studentonderzoekers. Dit is gedaan door de naslagwerken van de dossiers te doorzoeken op de eerder benoemde drie punten. De leeftijd is bepaald aan de hand van het geboortjaar van de cliënt. Er is gezocht door de studentonderzoekers naar de diagnoses die gesteld zijn bij de cliënt, deze stonden of op het anamneseformulier of op het indicatieformulier van het CIZ. Na het verwerken van de gegevens in de tabel, zijn de volgende resultaten zichtbaar geworden:

- Op 21-11-13 zijn 68 cliënten in zorg bij de ZZG Zorggroep in de wijken Hatertse Hei en Sint
- Het aantal mannelijke cliënten is 36,8%, dit zijn 25 mannen. Het aantal vrouwelijke cliënten is 63,2%.
- De gemiddelde leeftijd van de cliënten van deze wijken is 78 jaar.
- 82% van de cliënten is 65+. Hiervan is de jongste cliënt 22 jaar en de oudste is 100 jaar.
- Er zijn in totaal 229 diagnoses gesteld. Het gemiddelde aantal diagnoses per cliënt is 3,4.

Stap 3 (Analyseren)

De volgende stap is het analyseren van de gegevens. In de analyse gaat het om, via inhoudelijke ordening, een beeld te krijgen van wat er in het verzamelde materiaal besloten ligt (Migchelbrink, 2009). De diagnoses zijn onder elkaar gezet in een tabel van Microsoft Office Word en vervolgens geturfd, een voorbeeld hiervan is te zien in tabel 2.

<i>Gestelde diagnose</i>	<i>Aantal keer gesteld</i>
1.	
2.	
3.	

Tabel 2. Schematische ordening van de diagnoses.

Middels tabel 2 ontstaat een overzicht van hoe vaak een diagnose gesteld is. Vervolgens zijn de diagnoses geordend van meest, naar minst gestelde diagnoses. Om tot de uiteindelijke cliëntencategorieën te komen is besloten om 25% van alle diagnoses te selecteren. In totaal zijn 229 diagnoses gesteld. De top vijf vormt met 26,6% de meest gestelde diagnoses. De top vijf geeft de cliëntencategorieën in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna weer. Deze gegevens zijn terug te vinden in tabel 3.

<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>% van totaal aantal ziektebeelden</i>
Hypertensie	19	8,3%
Diabetes mellitus	17	7,4%
Dementie	9	3,9%
Artrose	8	3,5%
COPD	8	3,5%
Totaal	61	26,6%

Tabel 3. Top vijf meest gestelde diagnoses van cliënten van verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna.

Stap 4 (Conclusie)

Op basis van de gemiddelde leeftijd en meest gestelde diagnoses zijn de cliëntencategorieën vastgesteld. De sociale kaart is opgesteld voor de cliëntcategorie ouderen, omdat is gebleken dat de gemiddelde leeftijd 78 jaar is. Uit de analyse van de cliëntendossiers is gebleken dat de diagnoses: hypertensie, diabetes mellitus, dementie, artrose en COPD het meest gesteld zijn bij cliënten van het verplegend wijkteam van Hatertse hei en Sint Anna. Voor deze zes cliëntencategorieën is de sociale kaart opgesteld.

3.3 Analyse sociale kaarten

Om antwoord te krijgen op deelvraag twee is via vijf stappen gekomen tot een 'raamwerk'. Eerst zijn zes sociale kaarten geselecteerd, door middel van een analyse is gekeken hoe deze sociale kaarten zijn vormgegeven. Vanuit deze resultaten is gekomen tot een 'raamwerk' om de sociale kaart te ontwerpen voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Stap 1

De sociale kaarten die zijn geanalyseerd zijn beschreven in het theoretisch kader. Dit zijn vijf sociale kaarten. Tijdens de uitvoeringsfase van dit onderzoek is nog één sociale kaart bijgevoegd aan dit onderzoek, de sociale kaart van ZZG Zorggroep partners (zie tabel 4). De papieren sociale kaarten zijn verkregen via de opdrachtgevers. De digitale sociale kaarten zijn verkregen door informatie die beschikbaar is op het internet, via Google. Er is gekozen om deze zes sociale kaarten met elkaar te analyseren, omdat de opdrachtgevers gebruik kunnen maken van deze sociale kaarten.

<i>Ontwikkeld door/ aanbieder</i>	<i>Naam</i>	<i>(Eventueel) internetadres</i>
1. Yoo Sin Taekwondo in samenwerking met de wijkmanager Ed van Dael.	Sociale kaart	
2. BPV Student ZZG Zorggroep	Sociale kaart	
3. Gemeente Nijmegen	Sociale kaart voor wonen, welzijn en zorg	http://www4.nijmegen.nl/
4. MEE Gelderse Poort		http://meegeldersepoort.socialekaartnederland.nl/
5. DiSK in samenwerking met de netwerkorganisatie IedereDagBeter.nl	DiSK; digitale sociale kaart	http://www.digitale-sociale-kaart.nl/nijmegen
6. ZZG Zorggroep	Partners	http://www.zzgpartners.nl/Partners.html

Tabel 4. Schematische weergave van de sociale kaarten

Stap 2

Om de gevonden sociale kaarten te analyseren zijn criteria opgesteld, die met elkaar vergeleken zijn. De gebruikte methodiek is gedaan volgens de NIAM (Nijssens Informatie Analyse Methode). 'NIAM is een informatieanalyse methode, gebaseerd op de verwoording in de natuurlijke taal, die ondersteuning geeft bij het proces van probleemstelling naar oplossing (Prakken, 2007).' Hierbij zijn de sociale kaarten naast elkaar gelegd, hierbij is verwoordt wat er in staat. Vervolgens zijn deze verwoordingen opgesplitst in zes categorieën. Deze categorieën zijn geoperationaliseerd in kenmerken. Bij elk van deze kenmerken is een beschrijving gegeven, met deze beschrijving kan concreet antwoord worden gegeven op de kenmerken. In de onderstaande tabel (tabel 5) is een schematische weergave van de categorieën en kenmerken van de sociale kaart analyse.

Categorie	Kenmerk	Beschrijving
Aanbieder	Type aanbieder	Wat voor soort aanbieder is het? (non-commercieel, commercieel of semicommercieel)
	Context	Is de sociale kaart een op zichzelf staand systeem, of is de kaart een onderdeel van een bredere dienstverlening?
	Aanleiding	Wat is voor de aanbiedende organisatie de aanleiding om de sociale kaart aan te bieden?
Doelgroep	Doelgroep	Op welke doelgroep richt de sociale kaart zich? Burgers, zorgverleners of beiden?
	Regio	Op welke regio richt de sociale kaart zich? (micro, meso en macro niveau)
Inhoud	Algemene focus	Welke informatie is te vinden via de sociale kaart? (Wonen, zorg, welzijn en meer?)
	Informatie per voorziening	Welke informatie wordt per voorziening vermeld?
Vormgeving	Overzichtelijkheid	Is de sociale kaart overzichtelijk vormgegeven en is deze consequent?
	Rubrieken	Is er gebruik gemaakt van rubricering?
	Volgorde	Is er gebruik gemaakt van een bepaalde volgorde in de indeling? (alfabetische volgorde)
	Weergave	Hoe is de sociale kaart weergegeven? (papier of digitaal)
Gebruik	Gebruiksvriendelijkheid	Wordt er uitleg gegeven over het gebruik van de sociale kaart?
	Navigatie en zoekmogelijkheden	Welke navigatiemogelijkheden zijn er? (overzichtpagina, zoekmachines, uitgebreid zoeken, enzovoort)
Beheer	Wijze van beheer	Op welke wijze is het mogelijk om de gegevens te beheren?

Tabel 5. Kenmerken sociale kaart analyse

Stap 3

In stap 3 zijn de sociale kaarten geanalyseerd aan de hand van de opgestelde kenmerken. De gegevens van de zes sociale kaarten worden per kenmerk schematisch verwerkt in een tabel. Deze gegevens zijn verkregen door gebruik te maken van de informatie die beschikbaar is op de site van de digitale sociale kaarten. Voor de papieren sociale kaarten zijn via de opdrachtgevers verkregen. De tabellen met gegevens over de sociale kaarten zijn terug te vinden in het hoofdstuk resultaten, paragraaf 4.1.

Stap 4

Vanuit deze gegevens kunnen resultaten worden beschreven. De resultaten worden meegenomen bij de ontwikkeling van het raamwerk voor de sociale kaart. De analyse is hier dus gericht op hoe de sociale kaart het beste kan worden opgezet, wat het beste raamwerk is voor een sociale kaart. Dit raamwerk heeft te maken met externe validiteit. Namelijk, dit raamwerk kan worden gebruikt in andere omstandigheden (Universiteit Leiden, z.d.).

Stap 5

Het raamwerk van de sociale kaart is generaliseerbaar, terwijl de invulling specifiek is. De invulling van dit raamwerk is in dit onderzoek specifiek gericht op de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De specifieke invulling van dit raamwerk gebeurt aan de hand van interviews die zijn afgenomen bij respondenten. De specifieke invulling van dit raamwerk wordt verkregen doordat de interviews zijn afgenomen bij sleutelfiguren in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

3.4 Interviews

Gedurende het praktijkonderzoek zijn gegevens verzameld aan de hand van het afnemen van interviews. Via deze weg is uiteindelijk antwoord gegeven op deelvragen drie en vier. In deze paragraaf is de methodiek beschreven.

Gerichte Steekproef

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gerichte steekproef. Kenmerkend voor een gerichte steekproef is dat gezocht is naar een bepaalde samenstelling (Migchelbrink, 2009). De samenstelling van de steekproef was erop gericht dat zo veel mogelijk informatie verkregen wordt over voorziening in de wijken. De respondenten zijn sleutelfiguren uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De sleutelfiguren vervullen een belangrijke rol in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

‘De sleutelfiguur vervult een centrale rol in de groep die je wilt onderzoeken en kan je daardoor een groot deel van je gegevens verschaffen. Sleutelfiguren zijn meestal voor aanstaande groepsleden en/of weten veel van de locatie, de situatie of de groep die je wilt onderzoeken’ (Baarda, et al., 2013).

Respondenten

In dit onderzoek is gestreefd naar inhoudelijke representativiteit. De respondenten zijn zo geselecteerd dat naar verwachting veel inhoudelijke informatie is verzameld (Migchelbrink, 2009). Om inhoudelijke representativiteit te waarborgen, zijn per sector (wonen, zorg en welzijn) sleutelfiguren geselecteerd. De sleutelfiguren zijn professionals die werkzaam zijn en/of nauw betrokken zijn in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Uit de sector preventie zijn geen sleutelfiguren geselecteerd. Respondenten uit de sectoren wonen, zorg en welzijn, zijn ondervraagd over de sector preventie. Hierdoor is veel variatie ontstaan en dus een heterogene groep respondenten. Hiermee is de inhoudelijke representativiteit verhoogd. Doordat er sprake is van een heterogene groep (een maximale variatie van professionals) ontstaat inzicht in verschillende netwerken die deze professionals hebben en waar zij gebruik van maken. Hierdoor is veel verschillende informatie verkregen over voorzieningen in de wijken, wat ten goede komt voor de sociale kaart.

Selectiecriteria

Voor de steekproef zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Door gebruik te maken van de selectiecriteria wordt de validiteit verhoogd. De selectiecriteria beogen de respondenten zo te selecteren dat de validiteit wordt gewaarborgd, met andere woorden de respondenten zo zijn geselecteerd dat onderzocht wordt, wat er onderzocht moet worden. Door de maximale variatie van de respondenten en de in- en exclusiecriteria wordt beoogd om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen over voorzieningen in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Inclusiecriteria:

- De respondent is vanuit zijn of haar vakgebied betrokken bij preventie, wonen, zorg en/of welzijn in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.
- De respondent moet een sleutelinformant zijn die veel contacten en netwerken heeft in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.
- Werkzaam met cliëntencategorieën ouderen, hypertensie, diabetes mellitus, dementie, artrose en COPD.
- De respondent mag zowel man als vrouw zijn.
- De respondent beheerst de Nederlandse taal.

Exclusiecriteria:

- De respondent is vanuit zijn of haar vakgebied niet betrokken bij preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

In totaal hebben negen respondenten deelgenomen. Tabel 6 is een schematische weergave van de respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. De indeling en de keuze van deze respondenten is gebaseerd op de dataverzameling uit de cliëntencategorieën, dit is een theoretische overweging (Baarda, et al., 2013). Uit deze dataverzameling bleek dat de diagnose hypertensie, diabetes mellitus, dementie, artrose en COPD het vaakst zijn gesteld bij cliënten in zorg van de ZZG Zorggroep Hatertse Hei en Sint Anna. Daarnaast is de gemiddelde leeftijd van deze cliënten 78 jaar. Op basis van deze gegevens is gezocht naar respondenten die aansluiten bij deze cliëntencategorieën. Op deze manier is kritische gekeken naar welke organisatie/ professional het beste past binnen dit onderzoek. In de sector zorg zijn de meeste respondenten geselecteerd, omdat dit het meest aansluit op de resultaten van de dataverzameling van de cliëntendossiers. De sectoren wonen en welzijn zijn meegenomen omdat deze ook betrekking hebben op de cliëntencategorie, maar in mindere mate.

Sector	Respondent
Wonen	Wijkmanager Nijmegen Zuid (Hatertse Hei)
	Wijkmanager Nijmegen Midden (Sint Anna)
Zorg	Huisarts
	Specialist Ouderengeneeskunde
	Wijkverpleegkundige
	Praktijkondersteuner
	Fysiotherapeut
	Diëtist
Welzijn	Medewerker Swon
	Medewerker MEE Gelderse Poort

Tabel 6. Schematische weergave respondentkeuze

Wijkmanagers

Twee respondenten in deze steekproef zijn de wijkmanagers van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Eén wijkmanager is verantwoordelijk voor onder andere de wijk Hatertse Hei (Nijmegen Zuid) en de andere wijkmanager is verantwoordelijk voor onder andere de wijk Sint Anna (Nijmegen Midden). Een wijkmanager zorgt voor verbetering van de leefbaarheid, veiligheid en sociale cohesie in de wijk in samenwerking met bewoners, ondernemers en organisaties op het gebied van welzijn en zorg (Gemeente Nijmegen, z.d.). De wijkmanagers hebben kennis van voorzieningen in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna en zijn daarom geschikt als respondenten.

Huisarts

Een huisarts binnen het medisch centrum St. Jacobslaan is geïnccludeerd als respondent. Hij werkt nauw samen met wijkverpleegkundigen en andere professionals en bewoners in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Er is gekozen voor de huisarts die betrokken is met het Eerstelijns Atelier (zie theoretisch kader). De huisarts heeft kennis van alle cliëntcategorieën.

Specialist ouderengeneeskunde

Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die is gespecialiseerd in zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen (Verenso, z.d.). De respondent is werkzaam in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna vanuit de ZZG Zorggroep. Deze respondent is vanuit haar werk elke dag werkzaam met de cliëntencategorieën. De behandeling van cliënten met dementie is veel voorkomend in het werk als specialist ouderengeneeskunde.

Wijkverpleegkundige

In de steekproef is een wijkverpleegkundige van ZZG Zorggroep betrokken van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna. De wijkverpleegkundige is de spil in de wijk en kent alle cliëntcategorieën. Zij moet niet alleen kennis hebben over zorg en ziekte maar zij moet ook de verbinding leggen met preventie, wonen en welzijn en kennis hebben van wet- en regelgeving. Zij is dus niet alleen bezig met gezondheidszorgorganisaties (VenVN, 2013).

Praktijkondersteuner

Als praktijkondersteuner kom je dagelijks in contact met oudere cliënten en cliënten met diabetes mellitus en COPD. Daarom is ervoor gekozen om een praktijkondersteuner te includeren. De praktijkondersteuner is niet van dezelfde huisartsenpraktijk als de huisarts, dit zorgt ervoor dat de groep respondenten heterogeen blijft.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut komt in contact met verschillende soorten cliënten. Cliënten met hypertensie, diabetes mellitus, Artrose, COPD komen bij een fysiotherapeut voor behandeling. Omdat de fysiotherapeut zo in aanraking komt met deze cliëntencategorieën is gekozen om de fysiotherapeut als respondent te includeren.

Diëtist

Een diëtist is een professional die dagelijks in contact komt met verschillende soorten cliënten. Cliënten met hypertensie, diabetes mellitus en COPD kunnen worden geholpen door een diëtist. Hij kan ondersteuning bieden op het gebied van zorg en welzijn en daarom is hij geïncludeerd als respondent.

Medewerker Swon

Het Swon is een welzijnorganisatie voor ouderen in Nijmegen. Er is gekozen om een medewerker van het Swon te includeren, omdat hij veel kennis heeft over voorzieningen voor ouderen in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Medewerker Mee Gelderse Poort

MEE Gelderse Poort is een organisatie die opkomt voor mensen met een beperking. Deze organisatie is een verbinder tussen partijen en de schakel tussen formele en informele zorg. Deze organisatie richt zich op netwerken rondom een cliënt, daardoor is een medewerker van deze organisatie geschikt als respondent.

Werving van de respondenten

De contactgegevens van de respondenten zijn deels verkregen via de opdrachtgevers. De opdrachtgevers hadden niet van alle geselecteerde respondenten contactgegevens. De studentonderzoekers hebben overige contactgegevens via respondenten verkregen. Alle respondenten zijn via hetzelfde stappenplan benaderd door de studentonderzoekers. In tabel 7 is dit stappenplan schematisch in weergegeven.

Stap 1	Benaderen van de respondent via een zakelijke e-mail, met de informed consent.
Stap 2	Telefonisch contact met de respondent, afspraak interview maken.
Stap 3	Bevestiging afspraak via de email, met topiclijst.

Tabel 7. Schematische weergave stappen contact respondent.

Een korte toelichting op de benadering van de respondenten. In de eerste e-mail is de informed consent bijgevoegd, zie bijlage 3. Dit is een methode om vooraf toestemming aan de respondent te vragen om deel te nemen aan dit onderzoek (Baarda, et al., 2013). In de e-mail, met de bevestiging van de afspraak, is een lijst met de interviewvragen en topics toegestuurd. Dit is gedaan omdat de respondent hiermee voorafgaand aan het interview een idee heeft gekregen over de gestelde vragen en topics die behandeld zijn. Hiermee wordt de betrouwbaarheid van de interviews vergroot, want de mate van informatie is onafhankelijk van toeval (Baarda, van der Hulst, & de Goede, 2012).

Interview

In dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Bij de semigestructureerde interviews is structuur aangebracht in het interview met behulp van een interviewgids, dit is een schematische weergave over hoe het interview verloopt (tijdsplan) en welke vragen hierbij aan bod komen (Evers, 2007). De interviewgids is bijgevoegd in bijlage 4. De interviewgids is opgesteld aan de hand van een topiclijst. Dit is een van tevoren vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die aan de orde komen in het interview (Migchelbrink, 2009). Gebruikte topics zijn: sociale kaart, wonen, zorg en welzijn. Door gebruik te maken van een topiclijst is ervoor gezorgd dat bij alle interviews dezelfde onderwerpen aan bod zijn gekomen (Baarda, et al., 2013). De ontwikkelde interviewgids heeft een hoge mate van structuur. Bij het semigestructureerde interview was het mogelijk om door te vragen, in te spelen op de situatie in het interview én vragen toe te lichten wanneer deze onduidelijk waren voor de respondent (Migchelbrink, 2009). Dit was niet mogelijk geweest wanneer gekozen was voor een gestructureerd interview, want volgens Migchelbrink (2009) worden de vragen in een vaste volgorde en in dezelfde bewoordingen aan alle ondervraagden voorgelegd.

Credibility (validiteit) topiclijst

De topiclijst is opgesteld aan de hand van het operationaliseren van deelvragen drie en vier. Anders gezegd, deelvraag vier en drie zijn geoperationaliseerd naar begrippen die topics vormen in de topiclijst. Deze topics zijn onderbouwd met literatuur, zoals beschreven in bijlage 5. Het proces van het operationaliseren vanuit de deelvragen naar interviewvragen zorgt voor validiteit. Deze topiclijst is valide, omdat gebruik gemaakt is van inhoudsvaliditeit. 'Bij inhoudsvaliditeit gaat het om de vraag of indicatoren inderdaad het begrip representeren' (Dassen, 2010). Dit is gebeurd door deelvragen drie en vier zo op te splitsen tot interviewvragen dat het uiteindelijk antwoord geeft op de deelvragen. Tevens is de topiclijst beoordeeld door de opdrachtgever en docentbegeleider. Dit heeft te maken met facevaliditeit. Facevaliditeit geeft de geldigheid van de topiclijst aan op het eerste gezicht (Dassen, 2010). Deze vorm van validiteit is minder sterk dan de inhoudsvaliditeit. Door hen is gekeken of de opgestelde vragen daadwerkelijk antwoord geven op de 'juiste' antwoorden.

Nadat de topiclijst is opgesteld, is een interviewgids ontwikkeld. Migchelbrink (2009) omschrijft drie aandachtspunten (vraagformulering, routing en lay-out) bij het opstellen van een interviewgids. Er is kritisch gekeken naar de vraagformulering; punten waarop gelet zijn: concretisering, neutraal, eendimensionaal en de lengte van de vraag. Zo nodig zijn de vragen nog aangepast op deze punten. Ook is gekeken naar de vraagvolgorde. In de opgestelde interviewgids wordt eerst gevraagd naar de vormgeving van sociale kaart en later pas naar de invulling van de sociale kaart. Als laatste is gelet op de lay-out van de topiclijst, deze moet overzichtelijk zijn voor de studentonderzoekers tijdens het interviewen. Omdat het een mondelinge afname is van de vragen is de lay-out voor de respondent niet belangrijk. Tevens is in elk interview een definitie van een sociale kaart gegeven, zodat het voor de respondent duidelijk is wat er bedoeld wordt door de studentonderzoekers.

Proefinterview

Het proefinterview heeft plaats gevonden met één van de opdrachtgevers; een wijkverpleegkundige. Baarda, van der Hulst, & de Goede (2012) geven aan dat de interviewer in staat moet zijn om:

- goed te luisteren;

- een gesprek te (onder)houden;
- de 'goede' vragen te stellen.

Studentonderzoeker I. Gelink heeft dit proefinterview afgenomen bij een van de opdrachtgevers. Naderhand heeft zij feedback ontvangen door middel van een feedbackformulier, opgesteld naar aanleiding van de bovenstaande drie punten. Feedback vragen over de interviewtechniek van de studentonderzoeker is gedaan omdat beiden studentonderzoekers onervaren zijn in het afnemen van interviews. Deze feedback is gebruikt in de interviews die zijn afgenomen bij de respondenten. Tevens is aan de hand van het proefinterview bepaald of de topiclijst voldoende bruikbaar is. Er is nagegaan of inhoudsvaliditeit is bereikt, hiermee wordt bedoeld of de vragen representatief zijn voor de topics (Universiteit Leiden, z.d.). Het proefinterview zorgt voor een inhoudelijke check van de bruikbaarheid van in de interviewgide, nagegaan is of de topiclijst de vraagstelling dekt. Na afname het proefinterview bleek dat de interviewgide moest worden aangepast, omdat de vragen niet zorgden voor de beantwoording van de vraagstelling. Uiteindelijk is besloten door de studentonderzoekers om dit proefinterview niet toe te passen in dit onderzoek.

Uitvoering

Door de respondenten (sleutelfiguren) te interviewen werd informatie verkregen die uiteindelijk antwoord geeft op de deelvragen en de uiteindelijke vraagstelling. In totaal er negen interviews afgenomen met respondenten. De organisatie MEE kon niet mee werken met dit onderzoek, omdat zij hebben aangegeven geen tijd ter beschikking te hebben voor deelname. Zeven interviews hebben plaats gevonden op de werkplek van de respondent. Twee respondenten hebben een flexibele werkplek. Eén interview heeft plaatsgevonden in de vergaderzaal van het medisch centrum aan de St. Jacobslaan en het andere interview heeft plaatsgevonden in een studieruimte van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen aan de Kapittelweg. Alle interviews, inclusief proefinterview, zijn vastgelegd aan de hand van geluidsopnames. In de beginfase van het interview is de informed consent opgenomen (respondent geeft toestemming voor deelname en opname van het onderzoek). De studentonderzoekers hebben mondeling toegelicht waarom de interviews worden opgenomen. Kort gezegd; betere en betrouwbaardere verwerking van de gegevens. Hierbij is zorgvuldig omgegaan met de gegevens en is anonimiteit gewaarborgd van de respondent.

Nadat het interview is afgenomen, zijn de geluidsopnames getranscribeerd. 'In het geval van een interview komt het maken van een transcript neer op het uittypen van de geluidsopname met een tekstverwerkingsprogramma' (Baarda, et al., 2013). De transcripties vormen het basismateriaal voor de analyse (Migchelbrink, 2009). Er zijn afspraken gemaakt over de methode ten aanzien van het transcriberen zodat alle transcripties op dezelfde wijze zijn uitgewerkt. Deze afspraken verhogen de betrouwbaarheid van de transcripties omdat er zorgvuldig te werk wordt gegaan. In het onderzoek is niet in ingegaan op het gevoel van de respondenten. Daarom is er voor gekozen om aarzelingen, stopwoordjes en non-verbale communicatie niet te verwerken in de transcripties.

Vanuit deze transcripties is een member check uitgevoerd. 'Member check houdt in dat je jouw bevindingen voorlegt aan de betrokkenen, dat wil zeggen aan de respondenten. Je wilt van hen te weten komen of jouw interpretaties en conclusies in hun ogen recht doen aan de werkelijkheid' (Baarda, et al., 2013). De member check is een samenvatting van de transcriptie. Deze samenvatting is gemaakt met behulp van het raamwerk van de interviewgide. Met deze member check hebben de respondenten nog aanvullingen of verbeteringen kunnen doen op de inhoud. Er zijn drie member checks ontvangen door de studentonderzoekers.

De verkregen gegevens uit de interviews gaan over twee onderwerpen: de sociale kaart en de voorzieningen (wonen, zorg en welzijn). Deze gegevens zijn op een andere manier verwerkt en geanalyseerd, zoals beschreven in de paragrafen 3.5 en 3.6.

3.5 Verwerken en analyseren interviewvragen sociale kaart

Nadat de interviews zijn afgenomen en getranscribeerd, is gestart met het verwerken van de gegevens. Alle irrelevante informatie is uit de transcripties gehaald. Hierdoor is alleen de informatie overgebleven wat echt belangrijk is over de topic sociale kaart. Met deze informatie wordt uiteindelijk de derde deelvraag beantwoord; vormgeving van de sociale kaart aan de hand van de meningen van de respondenten. Begonnen is met de exploratiefase. Baarda (2013) benoemt dat de eerste fase van de analyse in het teken staat van 'grof': het verkennen van wat de bronnen aandragen als relevante aspecten van het te onderzoeken onderwerp. Deze verkenning is gebeurd door te coderen. 'Codes zijn korte woorden of combinaties van woorden waarmee de onderzoeker aangeeft waar de te analyseren tekst over gaat (Baarda, et al., 2013).' De manier van coderen is gedaan aan de hand van thema- en variatiecodes. De topic sociale kaart is een themacode, met als codering: So. Met deze codering wordt aangegeven over welk onderwerp een antwoord/fragment uit de transcriptie gaat. De subtopics van de sociale kaart (aanbod, vormgeving en up to date) worden aangegeven als een variatiecode. Deze geven iets weer over de inhoud van de themacode (Baarda, et al., 2013). De variatiecodes worden genummerd en passen bij het nummer van de vraag die over deze subtopic gaat. De coderingen die zijn opgesteld, zijn verwerkt in een tabel, deze tabel is te vinden in bijlage 6.

Nadat de informatie van de transcripties zijn verdeeld over de variatiecodes, zijn deze verwerkt in startlijsten. 'Deze startlijst bevat al een zekere ordening in thema's, concepten en begrippen waarmee je kunt starten bij het analyseren van het verzamelde materiaal' (Migchelbrink, 2009). Er is gekozen om gebruik te maken van een startlijst per variatiecode. Gekozen is voor een startlijst in een Microsoft Office Word bestand, zie hiervoor tabel 8. De respondenten zijn hierin aangeduid als R1 tot en met R9. Hierdoor is de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd en is de informatie blind geanalyseerd. Van elke variatiecode is een aparte startlijst gemaakt, zoals deze is weergegeven in tabel 8.

Coding: SoA1								
R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9

Tabel 8. Startlijst SoA1 (Gebruik sociale kaart in werkveld van respondent).

De transcripties zijn door de studentonderzoekers doorgenomen. De gegevens uit de transcripties zijn onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Iedere studentonderzoeker heeft de informatie die zij relevant vond bij een bepaalde variatiecode ingedeeld. Daarna heeft iedere studentonderzoeker de startlijsten onafhankelijk ingevuld. Hierdoor zijn twee startlijsten ontstaan. Vervolgens is door de studentonderzoekers veel overleg geweest over het toekennen van de juiste gegevens bij de verschillende codes. Uiteindelijk is tot een besluit gekomen en zijn de twee startlijsten samen gevoegd tot één definitieve startlijst. Met de systematiek van het onafhankelijk coderen is de dependability (betrouwbaarheid) verhoogd. De passages die in de startlijsten zijn geplaatst, is letterlijke informatie uit de transcripties, hierdoor kunnen geen verschillende interpretaties ontstaan.

De volgende fase is de specificatiefase (Baarda, et al., 2013). De passages zijn onderverdeeld in variatiecodes. 'Nadat je in de exploratiefase het materiaal uiteengerafeld hebt in de losse codes, breng je het in deze fase weer terug tot een onderliggende structuur (Baarda, et al., 2013).' Alle passages zijn geanalyseerd, door per passage de onderliggende structuur te vinden. Dit is gedaan door te kijken naar de kern van wat er gezegd is geworden door de respondent. Deze kern is vervolgens geformuleerd in kernwoorden. Deze kernwoorden zijn verwerkt in de startlijst (zie tabel 9).

Codering: SoA1								
R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
<i>Antwoord respondent</i>								
<i>Kern woorden</i> - -								

Tabel 9. Voorbeeld startlijst SoA1 met kernwoorden.

De laatste fase is de reductiefase, hierbij is op zoek gegaan naar samenhang en patronen: het totaalbeeld (Baarda, et al., 2013). De kernwoorden die uit de analyse van de passages zijn gekomen, zijn uiteindelijk samengevoegd tot één label. Om tot deze labels te komen is eerst gekeken naar samenhang van de kernwoorden. Bijvoorbeeld als de kernwoorden van R1 en R2 overeenkomen, vormen zij samen één label. Er zijn ook kernwoorden van passages die niet overeen komen met de andere kernwoorden van respondenten, deze hebben een eigen label gekregen. Hoe deze zijn verwerkt in de startlijst is terug te vinden in tabel 10. Vervolgens zijn deze labels geanalyseerd. Hierbij gaat het om de feitelijke analyse, deze bestaat uit het lezen van het materiaal, op zoek naar overeenkomsten en verschillen, verhaallijnen en/of samenhang en patronen (Baarda, et al., 2013). De resultaten van deze feitelijke analyse staan beschreven in hoofdstuk 4, paragraaf 4.3. Labels die uit de analyse zijn gekomen zijn terug te vinden in bijlage 7.

Codering: SoA1								
R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
<i>Passage respondent</i>								
<i>Kern woorden</i> -								
<i>Label</i>								

Tabel 10. Voorbeeld startlijst SoA1 met kernwoorden en labels.

3.6 Verwerken en analyseren interviewvragen voorzieningen.

De vragen die gesteld zijn in de interviews over de sectoren wonen, zorg en welzijn (en preventie) hebben informatie opgeleverd van voorzieningen die beschikbaar zijn voor de cliëntencategorieën van het verplegend wijkteam van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Door middel van deze informatie is de sociale kaart ingevuld. Op deze wijze is antwoord gegeven op deelvraag vier.

De interviews van alle respondenten zijn getranscribeerd. Per transcriptie wordt de informatie die te maken heeft met voorzieningen geselecteerd en verwerkt in tabellen. Deze tabellen zijn gemaakt in Microsoft Office Word. Er zijn drie tabellen gemaakt; één voor voorzieningen die genoemd zijn in de sector zorg, één voor wonen en één voor welzijn. Hierbij zijn de respondenten aangegeven in codes van R1 tot en met R9. Zie tabel 11 als voorbeeld. Ook de informatie die nog verkregen is via de member checks zijn in deze tabel verwerkt.

Professionals, organisaties en voorzieningen van de sector zorg.								
R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabel 11. Voorbeeld tabel resultaten sector zorg.

Omdat vaak dezelfde voorzieningen meerdere keren voorkomen in de tabellen, is een definitieve tabel gemaakt. In deze tabel (tabel 12) zijn alle voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn overzichtelijk weergegeven.

Definitief overzicht voorzieningen.		
Wonen	Zorg	Welzijn
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Tabel 12. Tabel definitief overzicht voorzieningen.

De resultaten van deze stappen zijn terug te vinden in paragraaf 4.3. Hierin is de uitwerking van tabel 12 weergegeven. De voorzieningen, die in de resultaten zijn weergegeven, zijn verwerkt in de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna.

3.7 Ontwerp sociale kaart

Het doel van de sociale kaart analyse is om een 'raamwerk' te creëren. Een raamwerk is een schematisch plan dat nog verder moet worden ingevuld (Woorden Nederlandse taal). Dit raamwerk is ter ondersteuning van de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. In interviews zijn vragen gesteld aan de respondenten over de vormgeving van de sociale kaart. De gegevens uit de interviews geven de behoefte van professionals weer over de vormgeving van een sociale kaart.

De resultaten uit de sociale kaart analyse en uit de interviews zijn kort en bondig naast elkaar in een tabel gezet (zie tabel 13). In de linker-as van deze tabel zijn alle kenmerken onder elkaar opgesomd waarop de sociale kaarten zijn geanalyseerd en de topics uit de interviews staan daaronder.

	Resultaten analyse	Resultaten interviews
(Kenmerken analyse)		
(Topics interviews)		

Tabel 13. Vergelijkingstabel resultaten analyse en interviews.

Door deze tabel ontstaat een duidelijk overzicht van alle punten die een sociale kaart moet bevatten. Hiermee is het ontwerp van de sociale kaart mee opgezet.

De invulling van het ontwerp sociale kaart is afkomstig van resultaten uit de interviews met de respondenten. De invulling bestaat uit voorzieningen op gebied van wonen, zorg en welzijn die door de respondenten zijn benoemd in de interviews. Achter de voorziening is de cliëntencategorie nog genoemd, hiermee is aangegeven voor welke cliëntencategorieën de voorziening beschikbaar is.

3.8 Zorgvuldigheidseisen

Er zijn een aantal zorgvuldigheidseisen waaraan een onderzoek moet voldoen. Dit zijn credibility (validiteit) en dependibility (betrouwbaarheid). In dit onderzoeksverslag worden de Engelse en Nederlandse termen voor validiteit en betrouwbaarheid door elkaar gebruikt. Migchelbrink (2009) omschrijft validiteit als de geldigheid, betreft het vertrouwen in de inhoud van de gegevens, het waarheidsgehalte van de gegevens, deze moeten de werkelijkheid weerspiegelen. De betrouwbaarheid is volgens Migchelbrink (2009) het vertrouwen in de wijze van werken tijdens het onderzoek. Het gaat om de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in de wijze van werken. Er zijn verschillende maatregelen getroffen tijdens het ontwerpen en uitvoeren van dit onderzoek, om te werken aan credibility en dependibility volgens Migchelbrink (2009).

1. Verantwoorden;
2. Nauwkeurig en zorgvuldig werken;
3. Zelfcontroles inbouwen;
4. Herhaling van data verzamelingstechnieken;
5. Inhoudscontrole;
6. Triangulatie.

Verantwoorden:

- De verantwoording van de genomen stappen in de uitvoeringsfase zijn te lezen in het hoofdstuk methode van onderzoek. De genomen stappen zijn adequaat onderbouwd met literatuur. Doordat alle stappen zijn verantwoord, is het mogelijk voor anderen om dit onderzoek te volgen en te herhalen.

Nauwkeurig en zorgvuldig werken:

- Tijdens de uitvoeringsfase van dit onderzoek is nauwkeurig en zorgvuldig te werk gegaan doordat de studentonderzoekers zich aan de vijf gedragscodes van Andriessen (2010) te hebben gehouden. De vijf gedragscodes zijn erop gericht dat onder andere respectvol, integer en zorgvuldig te werk is gegaan.

Dependibility:

- Tijdens de dataverzameling van de cliëntgegevens is zorgvuldig te werk gegaan, de gegevens van de cliënten zijn anoniem verwerkt. Wanneer de gegevens niet duidelijk waren voor de ene studentonderzoeker, heeft de andere studentonderzoeker gezocht naar de juiste gegevens uit het dossier.
- De dependibility van de dataverwerking uit de dossiers van de cliënten zegt iets over de nauwkeurigheid. Deze gegevens zijn verwerkt op één bepaald moment, het zijn gegevens die iets zeggen van op dat moment. De verzamelde gegevens weerspiegelen de werkelijkheid van dat moment.
- Bij de sociale kaart analyse hebben de studentonderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd, vanuit deze gegevens zijn de resultaten geschreven.
- De interviews zijn opgenomen door middel van een geluidsopname. De interviews konden hierdoor nauwkeurig worden getranscribeerd, verwerkt en geanalyseerd.
- Alle interview zijn afgenomen door één student, hierdoor is de dependibility van het afnemen van de interviews verhoogd. Dezelfde interviewtechnieken zijn gebruikt door deze studentonderzoeker. De andere studentonderzoeker heeft een ondersteunende rol gehad tijdens de interviews door zo nodig aan te vullen.

Zelfcontroles inbouwen:

- In dit onderzoek is een zelfcontrole ingebouwd door een proefinterview te houden. Er is niet alleen gekeken naar de werking van de topiclijst en de interviewgide, maar ook op de

interviewtechnieken van de studentonderzoekers. Feedback is gegeven aan de hand van een opgesteld feedback formulier.

- Nadat vier interviews zijn afgenomen door de studentonderzoeker I. Gelink, heeft zij mondeling feedback gekregen van medestudentonderzoeker, K. Verkoelen, op de interviewtechniek. Deze feedback is gegeven aan de hand van het opgestelde feedback formulier.

Herhaling van dataverzamelingstechnieken:

- Om de zorgvuldigheid en nauwkeurigheid te waarborgen van dit onderzoek zou de ideale situatie zijn, een deel van het onderzoek te herhalen. In verband met de afgebakende tijd van een half jaar is het in dit onderzoek niet mogelijk geweest om delen uit het onderzoek te herhalen.

Inhoudscontrole:

Credibility:

- De validiteit van de interviews is bepaald, doordat de interviewgide is opgesteld op basis van operationalisering van de deelvragen. Wanneer, door middel van interviews, de deelvragen worden beantwoord is de interviewgide valide. Hierdoor zijn de deelvragen opgesplitst tot interviewvragen. Dit heeft er voor gezorgd dat de interviewgide valide is.
- In dit onderzoek is een inhoudelijke controle gedaan op de bevindingen van de interviews en transcripties door middel van een member check. Hierdoor is er na gegaan of de bevindingen overeen komen met de manier zoals de respondent het bedoeld had. Daarnaast hebben een aantal member checks aanvullende informatie opgeleverd. Door middel van de member checks werd ook de credibility verhoogd. Het doel was om de juiste informatie te krijgen, door deze informatie te laten 'checken' door de respondent was er zekerheid dat deze informatie klopte en daardoor is er gemeten wat er gemeten moest worden.
- Om de dependability te waarborgen zijn alle verslagen, bestanden, transcripties, resultaten en geluidsopnames bewaard gebleven. Ook de 'ruwe' versies, de eerste bewerking, tweede bewerking enzovoort. Hierdoor zijn geen misverstanden ontstaan en kon verantwoordt worden hoe de resultaten en conclusie tot stand is gekomen.

Triangulatie:

Triangulatie houdt in op verschillende manieren hetzelfde verschijnsel onderzoeken.

- Triangulatie van dataverzamelingstechnieken: Op twee manieren zijn gegevens verkregen om tot een ontwerp voor een sociale kaart te komen. Dit zijn de sociale kaart analyse en de interviews.
- Triangulatie van onderzoekers: de twee studentonderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de analyse van de transcripties uitgevoerd en zijn samen tot de resultaten gekomen.

4.Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de sociale kaart analyse en de interviews. Deze resultaten geven antwoord op de deelvragen twee, drie en vier. De antwoorden (conclusies) van deze deelvragen worden daardoor ook in dit hoofdstuk beschreven. In het hoofdstuk Conclusie wordt de eindconclusie gegeven van de hoofdvraag, deze is gebaseerd op de gegevens die in dit hoofdstuk beschreven worden.

4.1 Resultaten sociale kaart analyse

Per categorie worden resultaten beschreven. De resultaten zijn verkregen door de informatie van de sociale kaarten van internet te gebruiken. Voor de sociale kaart van de taekwondovereniging en de BPV student is mondeling toegelicht door de opdrachtgever en de wijkmanager Ed van Dael.

Eén van deze digitale sociale kaarten wordt beschikbaar gesteld via de site van de gemeente Nijmegen. De sociale kaart analyse is uitgevoerd en de gegevens zijn verwerkt in de resultaten. Er is nu gebleken dat de site niet meer online beschikbaar is. Dat de site nu niet meer online is heeft geen invloed op de resultaten.

Categorie Aanbieder

Type aanbieder

De eerste categorie is aanbieder. De aanbieder van de sociale kaart kan onafhankelijk zijn (non-commercieel), semicommercieel en commercieel. Onafhankelijk betekent in deze context dat de voorzieningen en organisaties onafhankelijk worden weergegeven; er zijn geen belangen mee gemoeid om deze voorzieningen en organisatie in deze sociale kaart te noemen. Wanneer een sociale kaart semicommercieel is, wordt in deze context bedoeld dat de sociale kaart in opdracht van 'iemand' is opgezet. Door een sociale kaart in opdracht van op te stellen, kunnen belangen van de opdrachtgever van invloed zijn. Commercieel in deze context betekent de sociale kaart bedoeld is om winst mee te maken. In tabel 14 is een schematische weergave gegeven van de resultaten.

Type aanbieder	Aantal	Aanbieders
Onafhankelijk	3	Gemeente Nijmegen, MEE Gelderse Poort, DiSK
Semicommercieel	2	Taekwondovereniging Yoo Sin en BPV Student
Commercieel	1	ZZG Zorggroep

Tabel 14. Type aanbieder

Context

Door de analyse uit te voeren is duidelijk geworden dat de context van elke sociale kaart anders is. Een op zich zelfstaand systeem houdt in dat hoe de context van de sociale kaart is gepresenteerd is. Elke sociale kaart is een op zichzelf staand systeem, behalve de sociale kaart van de gemeente Nijmegen. Deze sociale kaart is een onderdeel van de organisatie MEE. In tabel 15 is een schematische weergave gegeven van de resultaten.

Context	Aantal	Aanbieders
Op zich zelfstaand systeem	4	Taekwondovereniging Yoo Sin, BPV Student, MEE Gelderse Poort, DiSK
Geen systeem	1	ZZG Zorggroep
Onderdeel van	1	Gemeente Nijmegen

Tabel 15. Context

Aanleiding

Om een sociale kaart te maken is vaak een aanleiding te noemen. Aanleidingen om een sociale kaart te presenteren zijn een wettelijke taak, vanuit de invoering van de WMO. Andere sociale kaarten die zijn opgezet zijn in opdracht van een opdrachtgever; zoals de sociale kaarten van de taekwondovereniging Yoo Sin en de BPV Student. De sociale kaart van de MEE Gelderse Poort is opgezet op basis van de vraag van de doelgroep, blijkt uit de geschiedenis van de organisatie MEE. ZZG Zorggroep is een thuiszorgorganisatie, zij bieden via de website een lijst met samenwerkingspartners van ZZG Zorggroep. Dit heeft een commerciële aanleiding. Wat de aanleiding is geweest om de sociale kaart DiSK te ontwikkelen is onbekend. De resultaten zijn in tabel 16 schematisch weergegeven.

Aanleiding	Aantal	Aanbieders
Wettelijke taak	1	Gemeente Nijmegen
In opdracht van	2	Taekwondovereniging Yoo Sin, BPV Student
Op basis van vraag van de doelgroep	1	Mee Gelderse Poort
Commerciële opdracht	1	ZZG Zorggroep
Onbekend	1	DiSK

Tabel 16. Aanleiding

Categorie doelgroep

Doelgroep

De sociale kaart kan gericht zijn op drie doelgroepen; burgers, professionals en voor beiden (burgers en professionals). Het is lastig om te benoemen wie exact de doelgroep is van de sociale kaart, omdat in principe alle digitale sociale kaarten vrij beschikbaar zijn op internet. Dit wilt zeggen dat zowel burgers als professionals bij deze gegevens kunnen. Het is wel zo, dat een aantal sociale kaarten indirect noemen wie de doelgroep is. De sociale kaart van gemeente Nijmegen en MEE zijn gericht op burgers, dit blijkt uit het volgende citaat: 'Bij MEE Gelderse Poort staat de cliënt centraal. Dit betekent dat alle werkprocessen en het beleid er direct of indirect op gericht zijn de dienstverlening naar de cliënt zo optimaal mogelijk te laten plaatsvinden' (MEE Gelderse Poort, z.d.). De cliënt (burger regio Gelderse Poort) kan gebruik maken van de sociale kaart die ontwikkeld is door MEE. De gemeente Nijmegen benoemt op hun website dat gezocht kan worden naar organisaties 'die u daarbij helpen'. De sociale kaart is hiermee meer gericht op de burger van Nijmegen. Omdat de sociale kaart van Nijmegen ook een niet op zichzelf staand systeem is, maar een onderdeel van de organisatie MEE lijkt het daarom ook gericht te zijn op de burger en niet zo zeer op de professional. De sociale kaart van de ZZG Zorggroep lijkt gericht op professionals, professionals die bij de ZZG Zorggroep werkzaam zijn. Zie een schematisch weergave in tabel 17.

Doelgroep	Aantal	Aanbieder
Burger	2	Gemeente Nijmegen, Mee Gelderse Poort
Professionals	1	ZZG Zorggroep
Burgers en professionals	2	Taekwondovereniging Yoo Sin, DiSK
Onbekend	1	BPV Student

Tabel 17. Doelgroep

Regio

Een sociale kaart kan gericht zijn op verschillende niveaus. In dit onderzoek gaan we in op micro, meso en maso niveau. Macro niveau in deze analyse staat voor landelijk niveau, met de sociale kaart kan gezocht worden naar de voorzieningen op landelijk niveau. Ook kan gezocht worden naar voorzieningen op gemeente niveau, dan wordt gekeken op meso niveau. Wanneer met de sociale kaart gezocht kan worden naar voorzieningen in de wijk, dan wordt gekeken naar micro niveau. Een aantal sociale kaarten zijn op meerdere niveaus gericht, dus zowel op micro, meso en macro niveau. In het onderstaand schema (tabel 18) is een duidelijke weergave van welke sociale kaart op welk niveau is gericht.

Regio	Aantal	Aanbieder
Wijkniveau (micro)	1	Taekwondovereniging Yoo Sin
Wijkniveau en gemeenteniveau (micro en meso)	1	BPV Student
Gemeenteniveau (meso)	1	ZZG Zorggroep
Gemeenteniveau en landelijk niveau (meso en macro)	3	Gemeente Nijmegen, MEE Gelderse Poort en DiSK

Tabel 18. Regio

Categorie inhoud

Algemene focus

In deze analyse is bij andere sociale kaarten gekeken op welke sectoren zij gericht zijn, welke focus deze sociale kaarten hebben. Een aantal sociale kaarten zijn smaller gericht dan de sectoren wonen, zorg en welzijn. Daarentegen zijn juist ook een aantal sociale kaarten die een bredere focus hebben dan wonen, zorg en welzijn. Andere sectoren die bij die sociale kaarten worden genoemd zijn bijvoorbeeld; sport, inkomen, cultuur en ontspanning. In tabel 19 is een schematische weergave van de resultaten.

Focus	Aantal	Aanbieders
Smaller dan wonen, zorg en welzijn	1	Taekwondovereniging Yoo Sin
Wonen, zorg en welzijn	2	BPV Student, Gemeente Nijmegen
Bredere focus	3	MEE Gelderse Poort, DiSK en ZZG Zorggroep

Tabel 19. Focus

Informatie per zorgverlener

Wanneer de zoekopdracht is uitgevoerd komt informatie over de voorziening te staan. Deze voorziening kan een persoon, instelling of een organisatie zijn bijvoorbeeld. De informatie die per voorziening wordt weergegeven kan per sociale kaart verschillen. De meeste sociale kaarten, zoals te zien in onderstaande tabel 20, geven meer informatie dan alleen naam- en adresgegevens. Het verschilt dan wel weer per sociale kaart hoe deze informatie wordt weergegeven en welke informatie wordt weergegeven. Informatie die naast de naam- en adresgegevens wordt weergegeven is bijvoorbeeld; het doel van de voorziening, werkwijze, openingstijden van de voorziening en een kaart met de ligging van de voorziening.

Informatie per voorziening	Aantal	Aanbieders
Alleen naam- en adresgegevens	1	BPV Student
Extra informatie over de organisatie	4	Taekwondovereniging Yoo Sin, MEE Gelderse Poort, DiSK, gemeente Nijmegen.
Doorlinken naar website van organisatie	1	ZZG Zorggroep

Tabel 20. Informatie per voorziening

Categorie Vormgeving

In deze categorie wordt naar de vormgeving gekeken. Vormgeving houdt in: overzichtelijkheid en consequentie, het gebruik van rubrieken, gebruik van een (logische) volgorde en of het een papieren of digitale versie is.

Overzichtelijkheid en consequentie.

Allereerst wordt ingegaan op overzichtelijkheid en consequentie bij de sociale kaarten. Consequent betekent dat de sociale kaart of informatie van de sociale kaart op eenzelfde manier wordt weergegeven. Hieruit blijkt dat vier van de zes sociale kaarten een consequente weergave heeft van informatie. Bij twee van de zes sociale kaarten is dit niet het geval. Dit kwam doordat de sociale kaart van Yoo Sin per hoofdstuk een andere vorm heeft gebruikt om de informatie weer te geven. De voorzieningen en organisaties in hoofdstuk 3 en 4 zijn systematisch gepresenteerd in tabellen Elk hoofdstuk heeft een andere opmaak van de weergave. Deze systematiek is niet consequent weergegeven. De sociale kaart van MEE Gelderse Poort zijn verschillende kopjes waar uit gekozen kan worden (organisatie, diensten en/of activiteiten), bij elk zijn andere opties mogelijk voor weergave. Er zijn veel mogelijkheden voor weergave, maar door het gebrek aan consequentie maakt het niet overzichtelijk. Een schematische weergave van de resultaten is te vinden in tabel 21.

Overzichtelijkheid en consequentie.	Aantal	Aanbieder
Consequente weergave	4	BPV-student, Gemeente Nijmegen, DISK, ZZG Zorggroep
Geen consequente weergave	2	Yoo Sin, MEE Gelderse Poort

Tabel 21. Overzichtelijkheid en consequentie

Rubrieken.

In de analyse is gebleken dat alle sociale kaarten gebruik maakt van rubricering. Rubriceren betekent het rangschikken van informatie in rubrieken. Een ander woord voor rubriceren kan ook categoriseren zijn. Wel is gebleken dat iedere sociale kaart dit op een andere wijze gedaan wordt. Sommige rubriceren op voorzieningen, denk hierbij aan wonen, zorg, welzijn. Ander sociale kaarten rubriceren doordat de gebruiker kan zoeken op postcode, plaats of gemeente. Een andere manier die gebruikt wordt is door het zoeken op doelgroep of leeftijd. Er is dus geen consequente manier van rubriceren, elke sociale kaart doet dit op een andere manier. Een schematische weergave van de resultaten is te vinden in tabel 22.

Rubrieken	Aantal	Aanbieder
Gebruik rubrieken	6	Yoo Sin, BPV-student, Gemeente Nijmegen, Mee Gelderse Poort, DISK, ZZG Zorggroep.
Geen rubrieken	0	

Tabel 22. Rubrieken

Volgorde.

Uit de analyse van de sociale kaarten is gebleken dat iedere sociale kaart een vorm van rubricering gebruikt, verder is gekeken of binnen de rubrieken een vorm van volgorde aanwezig is. Hieronder wordt verstaan het alfabetisch indelen van de sociale kaarten. Twee van de zes sociale kaarten hebben deze methode gebruikt. Bij vier sociale kaarten is geen gebruik gemaakt van een alfabetische volgorde, hierbij is het voor de gebruiker dan ook niet duidelijk waarop de volgorde wel gebaseerd is. In tabel 23 is een schematische weergave van deze resultaten.

Volgorde	Aantal	Aanbieder
Logische volgorde (Alfabetisch)	2	Mee Gelderse Poort, ZZG Zorggroep
Geen volgorde	4	Yoo Sin, BPV-student, DISK, Gemeente Nijmegen

Tabel 23. Volgorde

Context

Een sociale kaart kan op veel verschillende manieren worden vormgegeven, een belangrijke factor daarbij is het vormgeven van de sociale kaart in een papieren of een digitale versie. Van de zes sociale kaarten die geanalyseerd zijn, zijn twee sociale kaarten als papieren versie uitgegeven. De andere vier zijn digitaal weergegeven. Alle digitale sociale kaarten zijn door de gebruiker te vinden via het internet. Een schematische weergave van deze resultaten is te vinden in tabel 24.

Context	Aantal	Aanbieders
Papier	2	Taekwondovereniging Yoo Sin, BPV Student
Digitale	4	Gemeente Nijmegen, MEE Gelderse Poort, DiSK en ZZG Zorggroep

Tabel 24. Context

Categorie gebruik

Bij de analyse van de sociale kaarten is gekeken naar het gebruik. Hierbij is gekeken naar gebruiksvriendelijkheid en navigatie- en zoekmogelijkheden.

Gebruiksvriendelijkheid en uitleg sociale kaart.

Allereerst wordt ingegaan op gebruiksvriendelijkheid. 'Gebruiksvriendelijkheid is de mate waarin gebruikers op effectieve, efficiënte en bevredigende wijze toegang krijgen tot de functionaliteit van een systeem (Encyclo, 2013).' Gebruiksvriendelijkheid is echter een subjectief gegeven. Om hier toch een analyse van te maken is gekeken of uitleg gegeven wordt over hoe de sociale kaart gebruikt moet worden. Hierbij geeft de aanbieder bij vier van de zes sociale kaarten een uitleg. Deze uitleg is op verschillende manieren gedaan, enkele sociale kaarten geven een inleiding met daarin het tot stand komen van de sociale kaart. Bij enkele digitale sociale kaarten wordt bij de zoekmachine uitleg gegeven welke informatie de gebruiker moet of kan invullen. Een schematische weergave van deze resultaten is te vinden in tabel 25.

Gebruiksvriendelijkheid en uitleg sociale kaart	Aantal	Aanbieder
Uitleg sociale kaart	4	Yoo Sin, Gemeente Nijmegen, Mee Gelderse Poort, DISK
Geen uitleg sociale kaart	2	BPV-student, ZZG Zorggroep

Tabel 25. Gebruiksvriendelijkheid en uitleg sociale kaart

Navigatie- en zoekmogelijkheden.

In een sociale kaart moet de gebruiker zoeken naar een bepaalde voorziening. De sociale kaarten bieden verschillende manieren aan om dit te doen. In de analyse is gekeken naar vier opties. Deze vier opties zijn, samen met de resultaten, weergegeven in tabel 26. Uit de resultaten blijkt dat drie sociale kaarten een overzichtspagina hebben met rubrieken. Hieronder vallen de beide papieren versies. De andere drie sociale kaarten bieden een zoekmachine aan met de optie 'uitgebreid zoeken'. Bij deze optie kan de gebruiker specifiek zoeken naar voorzieningen, hierbij kan bijvoorbeeld gezocht worden op postcode/plaats/gemeente maar ook op doelgroep of leeftijd.

Navigatie- en zoekmogelijkheden	Aantal	Aanbieder
Overzichtspagina	0	
Overzichtspagina met rubrieken.	3	Yoo Sin, BPV-student, ZZG Zorggroep
Zoekmachine	0	
Zoekmachine met optie 'Uitgebreid Zoeken'.	3	Gemeente Nijmegen, Mee Gelderse Poort, DISK

Tabel 26. Navigatie- en zoekmogelijkheden

4.2 Conclusie sociale kaart analyse

Hier is de conclusie beschreven van de analyse uitgevoerd van zes sociale kaarten. De conclusie geeft antwoord op deelvraag twee;

Wat is op dit moment al beschikbaar op het gebied van sociale kaarten voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna en hoe worden deze sociale kaarten vormgegeven?

Van zes sociale kaarten is een analyse uitgevoerd. Deze zes sociale kaarten zijn beschikbaar voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna; op papier en digitaal.

- Yoo Sin Taekwondo in samenwerking met de wijkmanager Ed van Dael
- BPV Student ZZG Zorggroep
- Gemeente Nijmegen
- MEE Gelderse Poort
- DiSK is samenwerking met de netwerkorganisatie IedereDagBeter.nl
- ZZG Zorggroep

De sociale kaart van Taekwondovereniging Yoo Sin en van de BPV student zijn van papier. De andere vier sociale kaarten (Gemeente Nijmegen, MEE Gelderse Poort, Disk en ZZG Zorggroep) zijn online beschikbaar. Deze sociale kaarten richten zich direct en indirect op de wijken Hatertse Hei en Sint Anna, de papieren sociale kaarten zijn op microniveau ontwikkeld en de digitale sociale kaarten zijn op meso- en macroniveau.

Een analyse van deze zes sociale kaarten is uitgevoerd om de vormgeving van de sociale kaarten te analyseren. Vanuit de resultaten van de analyse van deze zes sociale kaarten, is een 'raamwerk' gecreëerd voor de sociale kaart Hatertse Hei en Sint Anna. Dit raamwerk omvat de volgende conclusies die komen uit de resultaten van de analyse:

- *De sociale kaart zou onafhankelijk moeten worden opgesteld;*
dit betekent dat voorzieningen en organisaties onafhankelijk (zonder belangen) kunnen worden weergegeven op een sociale kaart. Drie sociale kaarten zijn onafhankelijk opgesteld, hier worden alle organisaties genoemd, zonder dat er belangrijk bij gemoeid zijn.
- *De sociale kaart is een op zichzelf staand systeem;*

de context van elke sociale kaart is anders en is daarom een op zichzelf staand systeem. Vier sociale kaarten gebruiken een eigen systeem, de sociale kaart van de gemeente Nijmegen is onderdeel van de sociale kaart van organisatie MEE. Daarom is deze sociale kaart niet op zich zelfstaand.

- *De sociale kaart is opgezet in opdracht van een bepaald persoon/ organisatie;*
de aanleiding voor de opzetting van een sociale kaart is in opdracht van een bepaald persoon/ organisatie. De aanleiding kan wettelijk van oorsprong zijn, maar ook in opdracht van of op basis van vraag door de doelgroep. De twee papieren sociale kaarten zijn beiden in opdracht van een opdrachtgever ontwikkeld.
- Beschikbaar voor burgers en/of professionals;
het merendeel van de zes sociale kaarten zijn beschikbaar voor zowel burgers en professionals. Doordat de digitale sociale kaarten online beschikbaar zijn, kunnen zowel burgers als professionals van deze sociale kaarten gebruik maken.
- *De sociale kaart richt zich op gemeente en landelijk niveau;*
van de zes sociale kaarten die geanalyseerd zijn, is het merendeel gericht op gemeente (meso) en landelijk niveau (macro). In de analyse zijn naar verhouding minder sociale kaarten op micro niveau meegenomen, daarom is het merendeel gericht op meso- en macroniveau.
- *De informatie op de sociale kaart heeft een bredere focus dan alleen wonen, zorg en welzijn;*
drie sociale kaarten hebben een bredere focus dan wonen, zorg en welzijn. De bredere focus van deze drie digitale sociale kaarten ligt op werk en inkomen en ontspanning en cultuur.
- *Meer informatie per zorgverlener dan alleen telefoon- en adresgegevens;*
de sociale kaarten die zijn geanalyseerd bevatten meer informatie per voorziening dan alleen telefoon- en adresgegevens. Het verschilt per sociale kaart welke 'extra' gegevens worden weergegeven.
- *Consequente weergave;*
vier van de zes sociale kaarten hebben consequent dezelfde weergave. Er zijn veel mogelijkheden voor weergave, maar door het gebrek aan consequentie maakt het de sociale kaart minder overzichtelijk.
- *Rubrieken;*
iedere sociale kaart die geanalyseerd is, maakt gebruik van rubricering, ook wel categorieën genoemd. De zes sociale kaarten maken ieder gebruik van een andere vorm van rubriceren.
- *Alfabetische volgorde;*
de sociale kaarten kunnen gerubriceerd worden door middel van alfabetische volgorde. Twee sociale kaarten rubriceren via alfabetische volgorde.
- *De sociale kaart is digitaal beschikbaar;*
vier sociale kaarten die gebruikt zijn in de analyse zijn digitaal beschikbaar. De sociale kaart van de gemeente Nijmegen is online niet meer beschikbaar.
- *Uitleg aan de gebruiker over het gebruik van de sociale kaart;*
vier sociale kaarten geven de gebruiker uitleg over het gebruik van de sociale kaart. Dit is gedaan door een inleiding of door uitleg te geven bij het gebruik van de zoekmachine.
- *De digitale sociale kaart bevat een zoekmachine;*
de zoek- en navigatiemogelijkheden zijn geanalyseerd van de zes sociale kaarten. Drie sociale kaarten maken gebruik van een overzichtspagina en de andere drie sociale kaarten maken gebruik van een zoekmachine.

4.3 Resultaten interviews sociale kaart

Gegevens uit de interviews zijn geanalyseerd, hieruit zijn resultaten ontstaan. De methodiek van deze analyse is eerder beschreven in dit onderzoeksverslag. Labels die gebruikt zijn voor het analyseren van deze gegevens is terug te vinden in bijlage 7. Met het beschrijven van de resultaten is gebruik gemaakt van citaten, deze citaten zijn afkomstig uit de transcripties.

Gebruik sociale kaart in werkomgeving respondent

Drie respondenten geven aan dat zij gebruik maken van een sociale kaart in hun werkveld. *‘Wij binnen het Swon, gebruiken ook echt een sociale kaart die in onze computer staat.’* De zes andere respondenten geven aan dat zij geen gebruik maken van een sociale kaart. Eén van de respondenten die een sociale kaart gebruikt in zijn werkveld heeft aangegeven dat deze sociale kaart nog niet helemaal compleet is. *‘... begonnen met een soort wijkoverzicht van wat er allemaal is in de wijk. Maar dat is niet compleet nog en moet nog aangevuld worden’.*

Van deze zes respondenten hebben, vier respondenten aangegeven dat zij contacten zelf zoeken. *‘Nou nee, ik zoek los zeg maar naar dingen in de wijk of ik zoek los naar wat daarbij hoort.’* Ook geven een aantal respondenten aan dat zij helemaal niet gebruik maken van een sociale kaart; *‘Nee, heb ik ooit wel gehad. Zolang ik uitkom met mijn hoofd hoef ik het niet ergens anders te hebben’.* Zie tabel 27 voor een schematische weergave van deze resultaten.

Gebruik sociale kaart	Aantal
Ja	3
Nee	6
Houden zelf contacten bij	4 van 6

Tabel 27. Gebruik sociale kaart.

Mogelijk gebruik sociale kaart

Acht respondenten geven aan de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna te kunnen of willen gebruiken wanneer deze geïmplementeerd is. Zij geven aan dat zij de sociale kaart kunnen gebruiken vanwege het gemakkelijk zoeken, vinden en verbinden van professionals of organisaties. *‘Dus dat is vooral een makkelijk instrument om verbindingen te leggen. Dat je weet wat er is, dat je verbindingen kunt leggen tussen groepen mensen en professionals.’* De sociale kaart dient voor een beter inzicht in het aanbod van professionals en organisaties, aldus de respondenten. *‘Vooral als je op zoek bent naar, ik noem maar wat, wat specifieke fysiotherapie of ergotherapeuten.’* Eén respondent zag het voordeel- en het nadeel van het gebruik van een sociale kaart en benoemde dit in het interview; *‘Dus het vinden en verbinden wat er achter zit vind ik wel heel belangrijk en dat is eigenlijk datgene wat je wilt. Daar ben ik een groot voorstander van. Ik vind ze wel handig, maar ik zie meteen de beperking er aan. Wie zorgt er voor dat die geüpdate blijft?’*

Eén respondent gaat de sociale kaart van de Hatertse Hei en Sint Anna niet gebruiken. Deze blijft gebruik maken van de sociale kaart van de organisatie waarin hij of zij werkt. *‘Ik werk nu gewoon heel veilig en fijn met informatie en de sociale kaart van Swon daarin meegenomen. Ik denk dat ik gewoon aan jullie wil meegeven is dat het gewoon ontzettend fijn is om dit als collega’s binnen het team te hebben.’* Een overzicht van deze resultaten is te vinden in tabel 28.

Mogelijk gebruik sociale kaart	Aantal
Ja	8
Nee	1

Tabel 28. Mogelijk gebruik sociale kaart.

Verbetering eerstelijnszorg door sociale kaart

Zeven respondenten verwachten dat de samenwerking in de eerstelijnszorg verbeterd door het gebruik van de sociale kaart. *‘Ja, het werkt wel zo. Als je zeg maar, mensen eenmaal kent en gevraagd hebt voor ondersteuning van cliënten, dan heeft dat wel een wisselwerking en zijn voordelen’.* Hiervan geven vier respondenten aan dat de samenwerking verbeterd kan worden mits professionals elkaar leren kennen. Ze geven hierin aan dat dit kan door gesprekken met elkaar te plannen, dat mensen een ‘gezicht krijgen. *‘Ja, dat je niet alleen een telefoonnummer hebt van iemand maar dat je ook een gezicht hebt. Dan is de drempel lager om een keer te bellen of om advies te vragen.’* Twee respondenten vinden het makkelijker dat je informatie beter bij de hand hebt, maar vinden het lastig of het echt van invloed is op de samenwerking. Eén van deze respondenten zegt: *‘Dat vind ik een beetje lastig of het echt van invloed is.. dat moet ik afwachten’.* Een overzicht van deze resultaten, is schematisch weergegeven in tabel 29.

Verbetering eerstelijnszorg	Aantal
Ja	7
Weet niet	2

Tabel 29. Verbetering eerstelijnszorg.

Vormgeving sociale kaart

Vijf respondenten geven de voorkeur aan een digitale én papieren sociale kaart. *‘Ik denk beiden. Ik denk dat er toch veel mensen toch nog gebaat zijn bij een papieren versie. En op een digitale versie kun je gewoon flink uitpakken natuurlijk.’* Drie van deze respondenten geven aan dat de papieren versie dan gebruikt kan worden wanneer de gebruiker van de sociale kaart bij een cliënt thuis is. *‘Ik denk dat het handig is om een sociale kaart sowieso enerzijds in de computer te hebben, waar iedereen dan makkelijk bij kan. Dan heb je het digitaal en op papier. En dan ook wat op papier wat je makkelijk bij je kan hebben. Wat je dan als wijkverpleegkundige, maar ook in onze situatie de individuele begeleiding in maatschappelijk werk, gewoon makkelijk meeneemt op de fiets.’*

Een respondent geeft ook voorkeur aan beiden varianten met als mening dat de papieren versie is voor een bepaalde doelgroep die niet gemakkelijk met de digitale variant kan werken. *‘Maar zeker voor mensen die niet zo snel zijn op die dingen, ja die vinden het toch wel fijn om het bijvoorbeeld toch in een papieren versie te hebben. En in die zin, als je aan mij vraagt mag het digitaal? Ja, van mij mag het digitaal, maar misschien is voor die doelgroep papier weer beter.’*

Vier respondenten geven enkel een digitale variant als voorkeur (zie tabel 30). Hiervan zeggen drie respondenten dit gemakkelijk te kunnen gebruiken omdat zij overal van internet gebruik kunnen maken. *‘Ja, eigenlijk het liefst een website, dan kan je er altijd bij. Met visite rijden of zo, als je dan iets wilt weten kun je op je telefoon kijken.’*

Vormgeving	Aantal
Digitaal	4
Papier	-
Digitaal en papier	5

Tabel 30. Vormgeving

Indeling sociale kaart

De reacties van de respondenten op deze variatiecode, zijn nogal uiteenlopend. Zie tabel 31 voor een schematische weergave hiervan. Drie respondenten geven aan de sociale kaart is in te delen met de topics wonen, zorg en welzijn. *‘Die verdeling in zorg, wonen en welzijn.’* Een andere indeling voor de sociale kaart is op discipline, aldus drie respondenten. *‘Op discipline, ja dat ik zoek naar een fysiotherapeut of thuiszorg.’* Eén respondent geeft aan *‘daar moet ik even over nadenken, dat kan ik zo niet uit mijn mouw schudden.’* Eén respondent geeft aan de sociale kaart in te delen met behulp van een geografisch kaartje. *‘Geografisch kaartje met daarin icoontjes op de plekken die ontmoeting*

voorstellen, of zorg. Elk icoontje krijgt zijn eigen kleur'. Eén respondent geeft aan dat hij het handig vindt als de sociale kaart alfabetisch geordend is; *'ik vind zelf alfabetisch gewoon handig. Dan kan je gewoon heel handig zaken terug vinden, dat vind ik eigenlijk nog de meest logische rubricering'*.

Indeling	Aantal
Wonen, zorg en welzijn	3
Discipline	3
Alfabetische volgorde	1
Geen idee	1
Geografische kaart	1

Tabel 31. Indeling

Beschikbaarheid sociale kaart

Zes respondenten vinden dat de sociale kaart voor professionals en voor buurtbewoners beschikbaar zou moeten zijn. *'Ja, iedereen die interesse heeft in de wijk, of iets wil opzoeken, of iets actiever wil worden. Dus voor beiden, dus bewoners en professionals.'* Drie respondenten vinden dat de sociale kaart alleen beschikbaar moet zijn voor professionals werkend in wijken. *'ik denk iedereen die bij de mensen thuis komt, of met de zorg van mensen te maken heeft'*. Zie tabel 32.

Beschikbaarheid	Aantal
Professionals en buurtbewoners	6
Professionals	3

Tabel 32.

Updaten sociale kaart

Alle respondenten geven aan dat één persoon eindverantwoordelijk moet zijn voor het updaten van de sociale kaart. Drie respondenten hiervan geven aan dat de eindverantwoordelijke zelf achter de veranderingen aan moet gaan. *'Ja, goeie vraag. Het zou mooi zijn als het zelf up to date gehouden werd. Dat iedereen dat doet, maar dan heb je weer heel veel ruis. [Maar u zegt dus dat het door een onafhankelijk iemand bij gehouden zou moeten worden?] Ja het liefste wel, iemand die het schoon kan vegen.'* Een andere respondent zegt hierover: *'Dan moet je ook weer, mensen die eerder die sociale kaart hebben gekregen via de mail kunnen aanschrijven, is er iets om toegevoegd te worden?'*

Vier respondenten zijn van mening dat er één eindverantwoordelijke moet zijn van de sociale kaart, maar dat de personen of organisaties die op de sociale kaart vermeld staan zelf hun veranderingen door moeten geven. *'Dus je moet gewoon afspraken maken met ZZG, dat als mw. L. niet meer werkzaam is in de Hatertse Hei dan moet ZZG dat aanpassen. Ja, en het is wel zo dat de mensen van de website, die houden dat een beetje in de gaten. Dus die geven wel een seintje van Hé volgens mij werkt Loes hier toch niet meer?'* Een respondent geeft aan dat er een mail rondgestuurd zou moeten worden naar de gebruikers van de sociale kaart wanneer er een verandering heeft plaatsgevonden, zodat iedereen daarvan op de hoogte is. *'Wat zou kunnen is dat als er dingen veranderen op iemand zijn website, dat er van een soort mailtje gaat naar iedereen; er is op die en die website wat veranderd.'* Zie een schematisch weergave van deze resultaten in tabel 33.

Up to date houden	Aantal respondenten
Eén eindverantwoordelijke	9
- eindverantwoordelijke moet zelf achter veranderingen aan	3
- Vermelde persoon of organisatie moet wijzingen doorgeven aan de eindverantwoordelijke	4
- mail rond sturen naar de gebruikers, nadat er verandering heeft plaatsgevonden	1

Tabel 33. Up to date houden.

Tijd updaten sociale kaart

Vier respondenten zijn van mening dat de sociale kaart geüpdate moet worden zodra veranderingen plaatsvinden. *‘Ja, praktisch gezien denk ik als je het op een internetsite up to date houdt, dan kun je elke verandering ter plekke doorvoeren. Dan moet iedereen zelf maar zorgen voor zijn papieren versie.’*

Twee respondenten geven aan de update van de sociale kaart één keer per kwartaal te doen. *‘Ja, wat is een goede tijd. Ik denk dat je zeker een keer per kwartaal moet checken of alles klopt met je organisatie. Dat gaat soms zo snel die veranderingen.’* Twee respondenten stellen voor deze update minimaal één keer per jaar te doen. *‘Ik denk het zou een nobel streven zijn om van jullie opdrachtgever om een keer of twee keer per jaar zelf gaan doen’.* Een respondent geeft aan dit een keer per maand te doen. *‘Nou ik denk als je er één keer per maand naar kijkt, want je komt soms heel veel tegen. Zeker als je huisbezoeken doet en je te maken krijgt met zorg, behandeling en welzijn.’*

Zie tabel 34.

Tijd up to date	Aantal respondent
Update na verandering	4
Één keer per kwartaal	2
Minimaal een keer per jaar	2
Een keer per maand	1

Tabel 34. Tijd up to date

4.4 Conclusie interview sociale kaart

In deze paragraaf wordt de conclusie beschreven van de resultaten uit de interviews met respondenten. Er is antwoord gegeven op deelvraag drie;

Hoe wordt de sociale kaart voor professionals uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna uiteindelijk vormgegeven en hoe kan de ontwikkelde sociale kaart worden bijgehouden/up to date blijven?

Door middel van de interviews is gevraagd naar de behoefte van de professional over de vormgeving van de sociale kaart. Uit de resultaten zijn de volgende punten naar voren zijn gekomen:

- *De sociale kaart moet zowel digitaal als op een papieren versie ontwikkeld worden;* uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de respondenten vindt dat de sociale kaart digitaal en op papier ontwikkeld moet worden.
- *De indeling van de sociale kaart moet worden ingedeeld op wonen, zorg en welzijn én op discipline van de professional;* respondenten hebben aangegeven dat de indeling van wonen, zorg en welzijn goed is voor de sociale kaart, maar de indeling op discipline ook makkelijk zoekt in de sociale kaart.
- *De sociale kaart moet beschikbaar zijn voor professionals en burgers;* zoals eerder is gebleken geven respondenten aan dat de sociale kaart digitaal en op papier beschikbaar zou moeten zijn. Vooral voor de burger is het handig om papieren versie aan

te bieden. De meeste professionals zijn geholpen met een digitale versie, en zij geven aan dat wanneer een papieren versie gewenst is zij dit kunnen maken vanuit de digitale versie.

- *Er zou één eindverantwoordelijke voor het up to date houden van de sociale kaart;*
een aantal respondenten geeft hierbij aan dan wijzigingen worden doorgegeven door de organisaties zelf. Deze geven dit door aan de eindverantwoordelijke van de sociale kaart, die dit dan aanpast.
- *De update van de sociale kaart moet plaatsvinden nadat er verandering heeft plaatsgevonden.*
respondenten geven aan dat de sociale kaart moet worden aangepast zodra er veranderingen hebben plaats gevonden. Op deze manier kan de sociale kaart up to date blijven.

4.5 Resultaten ontwerp sociale kaart

De uiteindelijke vormgeving van de sociale kaart die ontwikkeld is door de studentonderzoekers is gebaseerd op het 'raamwerk' uit de sociale kaart analyse in vergelijking met de behoefte van de respondent. Door middel van een interview is aan de respondent gevraagd naar de behoefte over de vormgeving van een sociale kaart. De resultaten uit de interviews en uit de sociale kaart analyse vormen samen het ontwerp voor de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De resultaten zijn beschreven in punten, in tabel 35.

<i>Kenmerk</i>	<i>Resultaten analyse</i>	<i>Resultaten interviews</i>
<i>Aanbieder</i>	Onafhankelijk	
<i>Context</i>	Op zichzelf staan systeem	
<i>Aanleiding</i>	In opdracht van bepaald persoon/organisatie	
<i>Doelgroep</i>	Burgers en/ of professionals	Burgers en professionals
<i>Regio</i>	Gemeente en landelijk niveau	
<i>Focus</i>	Breder dan wonen, zorg en welzijn	
<i>Informatie per voorziening</i>	Meer dan alleen telefoon- en adresgegevens	
<i>Overzicht</i>	Consequent	
<i>Rubrieken</i>	Rubriceren.	Wonen, zorg en welzijn én Discipline van de professionals.
<i>Volgorde</i>	Geen specifieke volgorde	
<i>Context</i>	Digitaal	Digitaal en papier
<i>Gebruiksvriendelijkheid</i>	Uitleg sociale kaart	
<i>Lettergrootte</i>	Kan aangepast worden	
<i>Navigatie- en zoekmogelijkheden</i>	Zoekmachine	
<i>Eindverantwoordelijkheid up to date houden</i>		Eén persoon
<i>Hoe up to date houden</i>		De organisatie geeft de wijzingen door aan de eindverantwoordelijke
<i>Tijd up to date houden</i>		Na verandering van informatie

Tabel 35. Resultaten ontwerp sociale kaart

4.6 Resultaten interviews voorzieningen

Om antwoord te krijgen op deelvraag vier is in de interviews aan de respondenten gevraagd naar voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn in én rond de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Al deze voorzieningen zijn bij elkaar gezet in een tabel, zie tabel 36. De sociale kaart die ontwikkeld is, is met al deze voorzieningen ingevuld. Sommige voorzieningen kunnen ingedeeld worden in meerdere topics. Hierbij is gekeken wat het hoofddoel is van de voorziening, en is zo onderverdeeld bij de juiste topic. Tevens is aan respondenten gevraagd naar voorzieningen die aansluiten bij de cliëntencategorieën.

Definitief overzicht voorzieningen		
Wonen	Zorg	Welzijn
Woningcorporaties - Gemeenschap - Talis - Portaal - Woongenot - Standvast Wonen Begeleid wonen - Park Maldenborgh - o De Zonnebaars - o Waterrijk - Joachim en Anna (verpleeghuis <i>De Waalboog</i>) - De Eikenhorst (verpleeghuis) - Pluryn - Oudburger Gasthuis - Boszicht (woonzorgcentrum) - Orangerie (woonzorgcentrum) - Nijenveld (woonzorgcentrum <i>De Waalboog</i>) Hulpmiddelen wonen - WMO - Welzorg - Hartingbank - Thuiszorgwinkel van Peltlaan, - Thuiszorgwinkel en uitleen ZZG, Marialaan Overig - Woonconsulenten - Klus-aan-huis dienst (Swon)	Huisartsen - Huisartsenpraktijk Lasage - Huisartsenpraktijk v.d. Laan-Evers - Huisartsenpraktijk Bijleveld, Huurman en Hennekam - Huisartsenpraktijken Medisch Centrum Sint Anna - Huisartsenpraktijken Gezondheidscentrum Hazenkamp Praktijkondersteuners - o Heidi Egbers - o Brigit Kors - o Corry van der Velden - o Cindy Koerenkop - o Praktijkondersteuner GGZ Fysiotherapie - Fysiotherapiepraktijk St. Jacobslaan - o Sport - o Oedeem - o Werkgerelateerde klachten - o Longrevalidatie - o Diabetes: Bas Tittse - o Geriatrie - o Mobiele fysiotherapiepraktijk 'fysiotherapie St. Jacobslaan' - o Risico-analyse - o Valpreventie - Fysiotherapiepraktijk Homburg en Pennock - Chiropractie & Wellness (Hatertseweg) - Waterrijk met geriatisch geschoolde	SWON - Ouderenadviseurs; - o Renate Delleman - o Trees van Ooijen - o Saskia van Driel - o Nienke van Weel - Alarmeringsvoorziening - Claviso kastjes - Financiële ondersteuning - Vrijwilligersorganisatie - Vervoersvoorzieningen - Coördinatie maaltijdvoorziening; Karin Pestors Vrijwilligersorganisatie - Vrijwilligersorganisaties voor vervoer - De Zonnebloem - Maatjesproject - Buddyzorg, NIM - Het Rode Kruis Maaltijdvoorziening - Maaltijden aan huis - o Tafeltje dekje - o Appetito - o Etumé - o Hoffmans (bezorgt ook warm) - Bij de Buren (restaurant) - Restaurant Valdin - Toekomst: Resto van Harte Welzijnsorganisatie - Stichting MEE

- De Ring - Kastanjehof - Stichting Thuishuisproject	fysiotherapeut) Thuiszorg - ZZG Zorggroep - Verian - TSN-thuiszorg - Buurtzorg - Inez - Zorgzuster - Interzorg ZZG - Ergotherapeut van de ZZG - Logopedist van de ZZG - Longverpleegkundige ZZG - o Tiny Rooijackers - Nurse Practitioners van ZZG; - o Astma/ COPD - o Ouderen - o Wondzorg - o Palliatieve zorg - Zorgtrajectbegeleiders; - o Charlotte van der Broek - o Trudy Kolner - Aandachtsvelders; - o Palliatieve zorg: Reinier Titselaar - o Dementie: Charlotte (Team Hazenkamp), - o Astma/ COPD: Natasja - o Wondzorg: Marjolein (team Brakkenstein) GGZ - Pro Persona - o Zorgtrajectbegeleiders - o Ouderenpsychiatrie (Louis	- NIM Maatschappelijk werk Nijmegen - Dichterbij - Breed - De Kentering (instituut psychiatrische zorg) - Tandem - o Resie Meilink (opbouwwerker) Ontmoeten - De Schakel: buurtcentrum - De Mix: buurtcentrum - Café het Heideroosje - Biljart van Piet Huisman - Project Hatert Ontmoet Sleutelfiguren - Wijkagent Jan van Uden - Wijkmanager - o Ed van Dael - o Marjan Hooijman - Wijkraad Hatertse Hei - Wijkraad Grootstal - Wijkraad Sint Anna/ Heyendaal - Sociaal Wijkteam Middel Gemeente Nijmegen (Hatert) Sport - Sportservice (gemeente Nijmegen) - Health club - Sportclub Brakkenstein - Voetbalvereniging Blauwwit - Taekwondo vereniging Yoo Sinh - Gymzaal Heidebloemstraat (Gemeente Nijmegen) - Sportcentrum Fit For Free Dagbesteding
--	--	---

	Tiemersma) ○ PIT psychiatrische thuiszorg ○ Crisisdienst - Pompestichting ○ Kairos - RIBW - Iriszorg Ziekenhuizen - Sint Maartenskliniek - UMC Radboud - Canisius Wilhelmina Ziekenhuis - UCCZ Dekkerswald - Polikliniek Dermatologie (CWZ) Diëtiste ○ Pleun ten Bos ○ Marel Gremmen ○ Marie-Louise Clerks ○ Mariëlle Claassen Verzorging - Podotherapie Driessen Jacobsaan (<i>diabetes mellitus</i>) - Pedicures - Optiek ○ Schoenmakers Optiek - Hoorcomfort ○ Schonenberg - Tandartsenpraktijk ○ Tandheelkunde & Implantologie ○ Gezamenlijke Tandartspraktijk Projecten - TOS project - Ouderenmodule in samenwerking met de	- Swon ○ Cypres ○ Zilverden ○ Larix - Orangerie - Waterrijk - Neijenveld Uitvaartorganisaties - Uitvaartconsulent - DELA - Klopper en Kramer Overig - Valys (recreatieve uitjes) - Hobbycentrum Hazekamp - Voorzieningshart 't Hert (<i>Willemskwartier</i>) - Het C.O.I.L.; Centrum voor Ouderen met Individuele Levensvraagstukken. - POM Revalidatie Techniek - Regiotaxi - KBO Nijmegen - Alzheimer cafés - Mantelzorgondersteuning (ook vanuit Pro Persona) - Praatgroepen voor mantelzorgers - Turks centrum op de Heidebloemstraat - DVN (Diabetes Vereniging Nederland)
--	--	--

	huisartsenpraktijk v.d. Laan en Lasage Psychologie - Psychologenpraktijk Neomai - Psychologenpraktijk MIND - Psychologenpraktijk Andriessen - Psychologenpraktijk Iris Lasschuit; psycholoog, psychotherapeut. Overig - Medisch centrum Sint Anna - Medisch centrum Hazenkamp - Specialist Ouderengeneeskunde - o Ronny Komen - GGD - o Gezondheidsmakelaar: Rebecca Kramer - Beweegtuin Hatert - Sociaal wijkteam Midden gemeente Nijmegen (Hatert) - Zuiderapotheek Medisch Centrum St. Jacobslaan - Ergotherapie Bei Sei - Hospice Bethlehem - Hospice Joachim en Anna - Prikpost SHO laboratorium - Folderinformatie	
--	---	--

Tabel 36. Resultaten overzicht voorzieningen

5. Discussie

In dit hoofdstuk zijn discussiepunten beschreven over de onderzoekstechnische aspecten. De betekenis van de resultaten wordt bespreekbaar gemaakt in dit hoofdstuk. Door de studentonderzoekers is kritisch gekeken naar de resultaten en het verloop van dit praktijkonderzoek.

Literatuur sociale kaart

De studentonderzoekers hebben voor het ontwerpplan en het onderzoeksverslag gezocht naar literatuur. Deze literatuur gaat over de opzet van de sociale kaart en wetenschappelijk onderzoeken met het onderwerp 'sociale kaart'. De studentonderzoekers hebben deze literatuurschat uitgevoerd door een PICO op te stellen aan de hand van de SMART geformuleerde vraagstelling. De tendens in de gevonden literatuur gaat over het integraal samenwerken van professionals rondom de individuele cliënt, voorbeeld hiervan is het opzetten van een sociaal wijkteam. Ook het opzetten van ketenzorg is een belangrijk gegeven in de literatuur. Een ander gegeven wat uit de literatuur naar voren komt is om de sociale netwerken rond de cliënt te organiseren volgens een bepaalde methodiek. Daar is het opstellen van een ecogram een goed voorbeeld van (Vilans, z.d.). Deze literatuur gaat niet specifiek over het de methodiek van een sociale kaart, wat ervoor zorgt dat de gebruikte literatuur niet volledig geschikt is. De vormgeving van de 'ideale' sociale kaart staat niet tot nauwelijks beschreven in literatuur. Dit is opgelost door methodisch een sociale kaart analyse uit te voeren. Bij deze analyse is gekeken naar aspecten die naar voren komen in de verschillende sociale kaarten. Deze aspecten zijn verkregen middels observatie van verschillende sociale kaarten. Deze aspecten zijn niet gebaseerd op literatuur. Ondanks dat de aspecten niet op literatuur gebaseerd zijn, zijn deze wel relevant voor een analyse van sociale kaarten omdat het op een systematische manier verschillende aspecten van sociale kaarten weergeeft.

Dataverzameling cliëntendossiers

Om antwoord te krijgen op deelvraag één zijn cliëntendossiers doorzocht. Met deze dataverzameling zijn gegevens verzameld over wat voor cliënten dit wijkteam heeft en wat de cliëntencategorie is om een sociale kaart voor op te stellen. De verzamelde gegevens komen uit 68 cliëntendossiers. Echter waren dit naslagwerken van de dossiers van cliënten, die op donderdag 21 november in zorg waren bij dit verplegend wijkteam. De naslagwerken bevatten onder andere kopieën van de originele dossiers; deze liggen bij de cliënten thuis. In de originele dossiers is alle informatie te vinden van de cliënt. 'In het dossier moeten zorgverleners alle gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde handelingen noteren die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening (WGBO art. 7.454) (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), 2011).' De naslagwerken die zijn gebruikt, zouden (mogelijk) niet alle informatie bevatten die wel in de originele dossiers zijn vastgelegd. Het was in dit onderzoek niet mogelijk de originele cliëntendossier te gebruiken voor de dataverzameling, omdat deze liggen bij de cliënt thuis. In verband met praktische overwegingen (de beperkte tijdsduur en de privacy van de cliënt) was het niet mogelijk een huisbezoek te brengen aan deze cliënten om hun dossiers in te zien. Voor dit onderzoek betekent dit, dat waarschijnlijk niet alle informatie van de cliënten voor de studentonderzoekers beschikbaar was. Dit heeft invloed op de resultaten van de meest voorkomende cliëntencategorieën. In de naslagwerken zaten echter wel documenten en formulieren waarop diagnoses van de cliënten werden gesteld, vanuit deze documenten zijn de diagnoses verzameld. Het is niet duidelijk of deze diagnoses nog representatief zijn voor de huidige situatie van de cliënten van Hatertse Hei en Sint Anna. Echter bestaan de cliëntencategorieën uit chronische ziekten. 'In het algemeen worden chronische ziekten omschreven als irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Een chronische ziekte onderscheidt zich verder door een langdurig beroep op de zorg (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).' Doordat het irreversibele aandoeningen zijn zullen deze op het moment van de inzage nog steeds bij de cliënten aanwezig zijn geweest.

Respondentkeuze

De respondentkeuze is gemaakt op basis van de cliëntencategorie. Hierbij zijn sleutelfiguren gekozen die werkzaam zijn in of nauw betrokken zijn met, de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. In dit onderzoek was het streven om in de sector welzijn nog een respondent te interviewen. Dit was een respondent van de organisatie MEE Gelderse Poort. Deze organisatie was gewenst als respondent omdat zij een sociale kaart aanbieden op de website en aansluiten op de categorieën. Deze organisatie gaf aan mee te willen werken aan dit onderzoek maar dat dit niet mogelijk was in verband met drukte. Zij boden echter wel aan vragen via de email te beantwoorden. Op dit voorstel is ingegaan door middel van het opsturen van een vragenlijst. Deze ingevulde vragenlijst is 07-01-2014 ontvangen door de studentonderzoekers, op dat moment waren alle resultaten al verwerkt. Het was niet mogelijk deze informatie nog te verwerken omdat het om een schriftelijk interview ging en de respondent niet persoonlijk geïnterviewd is.

Eén respondent voldoet niet geheel aan de vereiste criteria. De deelnemende diëtiste is werkzaam in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna per 1 januari 2014. Op het moment van afname interview (december 2013) is deze respondent nog geen sleutelfiguur in de wijk. Omdat een diëtist gewenst was als respondent en zij al werkzaam was bij de ZZG Zorggroep in Nijmegen is deze respondent geïnccludeerd voor deelname aan dit onderzoek.

Er zijn twee wijkmanagers geïnterviewd. In de uitvoeringsfase is gebleken dat één wijkmanager sleutelfiguur is in de wijk Hatertse Hei en de andere wijkmanager is sleutelfiguur in de wijk Sint Anna: één wijkmanager niet representatief is voor beide wijken. Vanuit deze gedachte is gekozen om beide wijkmanagers te interviewen.

Saturatie.

Saturatie wil zeggen dat er geen nieuwe informatie meer bij komt na het afnemen van een bepaald aantal interviews (Baarda, et al., 2013). Saturatie kon in dit onderzoek niet geheel bereikt worden. Dit heeft te maken met de beperkte tijdsduur van het onderzoek en de maximum variatie van respondenten. Maximum variatie is een manier van het selecteren van respondenten dat ze zo veel mogelijk van elkaar verschillen (Migchelbrink, 2009). Doordat alle respondenten verschillen in hun professie en werkveld, hebben zij ieder een ander beeld van de voorzieningen die aanwezig zijn in én rondom de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Zij werken ieder op een andere manier en maken daardoor ook gebruik van andere voorzieningen. Dit heeft echter wel telkens nieuwe informatie opgeleverd in de interviews. Anderzijds kwamen ook vaak dezelfde voorzieningen naar voren in de interviews. Hierdoor is er wel deels verzadiging van informatie ontstaan, maar heeft het in dit onderzoek niet geleid tot gehele saturatie. Om dit te kunnen bereiken zouden meer interviews moeten plaatsvinden met meer verschillende professionals in de wijken, dit was niet haalbaar in dit onderzoek.

Sociale kaart analyse en interviews sociale kaart

Om tot een ontwerp te komen van de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna, is gebruik gemaakt twee methodieken. De sociale kaart analyse waarbij een raamwerk is gecreëerd en de bevraging van professionals door middel van interviews. Tijdens het afnemen van de interviews is verder gezocht naar literatuur voor de sociale kaart analyse. Uiteindelijk hebben we de methodiek gevonden die nu gebruikt is geworden. Deze methodiek was zeer handig bij het uitvoeren van de sociale kaart analyse. Om de interviewgide aan te passen op die methodiek was niet mogelijk in dit onderzoek omdat een deel van de interviews al afgenomen was. De methodiek van de sociale kaart analyse is niet aangepast op de punten die gevraagd werden in de interviews, omdat er in de interviews deels vragen werden gesteld, die niet bruikbaar waren voor de sociale kaart analyse (het up to date houden). Ook zou dit geen volledige analyse van de sociale kaarten opleveren. Omdat deze analyse zich op meerdere aspecten heeft gericht, is het generaliseerbaar en dus bruikbaar voor andere onderzoeken, of een vervolgonderzoek.

Bij het trekken van de conclusies bleek dat dit niet ideaal was voor de studentonderzoekers omdat de vergelijking vanuit twee verschillende methodieken gedaan moest worden. Dit was lastiger

conclusies trekken. Dit is weer goed gekomen doordat beide resultaten overzichtelijk bij elkaar in een tabel zijn gezet, met onderverdeling in kenmerken. Hierdoor kon toch tot een ontwerp van de sociale kaart komen.

Betrouwbaarheid en validiteit topiclijst

Er heeft een proefinterview plaatsgevonden aan de hand van de opgestelde interviewguide, deze is onderbouwd met literatuur. De credibility van de topiclijst en interviewguide is getest door middel van een proefinterview. Eén van de opdrachtgevers is geïnterviewd voor dit proefinterview. Zij is als wijkverpleegkundige een sleutelfiguur in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Hierdoor is zij representatief voor de andere respondenten, die ook sleutelfiguren zijn uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Na het proefinterview bleek dat de opgestelde vragen, geen antwoord gaven die aansluiten bij de deel- en vraagstelling. Dit zorgt ervoor dat de validiteit van de interviewguide niet goed is, er wordt namelijk niet gemeten wat er gemeten moet worden. Naar aanleiding van het proefinterview zijn de topiclijst en interviewguide aangepast. Deze aanpassingen zijn gebaseerd op de feedback die we hebben gekregen van de opdrachtgever op de interviewguide en topiclijst. De nieuw ontwikkelde topiclijst kon niet opnieuw worden getest door middel van een proefinterview. De validiteit van deze vernieuwde topiclijst en interviewguide is aan de hand van de eerste interviews met de respondenten bepaald. Het bleek dat de verkregen antwoorden pasten bij de gestelde vragen.

Betekenis voor verpleegkundige beroepspraktijk

Zoals eerder benoemt in het theoretisch kader is een sociale kaart een handig hulpmiddel voor de wijkverpleegkundige. Door gebruik te maken van voorzieningen, die zijn gepresenteerd op een sociale kaart kan zij netwerken rond de cliënten opbouwen en onderhouden. Zij moet niet alleen kennis hebben over zorg en ziekte maar zij moet ook de verbinding leggen met preventie, wonen en welzijn en kennis hebben van wet- en regelgeving. Zij is dus niet alleen bezig met gezondheidszorgorganisaties (VenVN, 2013). De sociale kaart heeft een positieve betekenis voor de wijkverpleegkundige in de praktijk. Naarmate het onderzoek liep werd duidelijk dat er een aantal aspecten waren die belangrijk zijn voor het opstellen van een sociale kaart, maar die buiten het vakgebied van de (wijk)verpleegkundige vallen. Het zijn vaak technische aspecten van het ontwerpen van een product. Voorbeelden hiervan zijn:

- Het zoeken naar de bruikbare voorzieningen die zich in én rondom de wijken bevinden, is een vorm van informatiekundig zoeken en vinden.
- Uit resultaten bleek dat er een grote behoefte is aan een digitale versie van de sociale kaart. De kennis om een digitale versie aan te leveren en/of te implementeren was er bij de studentonderzoekers niet. Dit resulteert in een groot deel van aanbevelingen om de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna op te zetten en uiteindelijk te implementeren. Idealistisch voor dit onderzoek zou zijn geweest dat informaticastudenten hadden mee gewerkt om een digitale sociale kaart te ontwikkelen, zodat de opdrachtgever een mooi resultaat heeft en dit aansluit op het onderzoeksdesign.

6.Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven. Deze conclusie is gebaseerd op de resultaten en conclusies van de deelvragen en geeft antwoord op de vraagstelling. Deze hoofdvraagstelling is:

Welke voorzieningen op het gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna moeten overzichtelijk gepresenteerd worden in een sociale kaart voor de cliënten van het verplegend wijkteam Hatertse Hei en Sint Anna en hoe kan deze worden vormgegeven voor professionals in deze wijken, zodat de samenwerking ten aanzien van eerstelijnszorg verder verbeterd?

Het verplegend wijkteam van de ZZG Zorggroep, dat werkzaam is in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna, mist een volledig overzicht van voorzieningen (wonen, zorg en welzijn) in én rondom deze wijken. Zij hebben een sociale kaart ter beschikking, echter is deze niet compleet genoeg. Volgens de opdrachtgevers uit dit verplegend wijkteam geeft deze geen volledig beeld van alle professionals en voorzieningen in de wijk. Deze behoefte is er wel. Door middel van een dataverzameling in cliëntendossiers van dit verplegend wijkteam is gebleken dat de meest voorkomende cliëntencategorieën van dit team in deze wijken zijn: ouderen, mensen met hypertensie, diabetes mellitus, dementie, artrose en COPD.

Vanuit deze gegevens zijn negen respondenten geselecteerd voor interviews. Uit deze interviews blijkt dat zes respondenten nog geen gebruik maken van een sociale kaart. Waarbij acht respondenten aangeven dat ze in de toekomst de ontwikkelde sociale kaart van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna willen gaan gebruiken. Daarnaast verwachten zeven respondenten dat de samenwerking ten aanzien van de eerstelijnszorg verbeterd wordt door het gebruik van de sociale kaart in de wijken. Ook geeft het merendeel van de respondenten aan dat de sociale kaart, naast professionals, ook beschikbaar gesteld zou moeten worden voor bewoners in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Door middel van een sociale kaart analyse en de meningen van de respondenten zijn een aantal punten naar voren gekomen waaraan het ontwerp van de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna zou moeten voldoen. Eén van deze punten is dat de sociale kaart: digitaal én van papier zou moeten zijn. De categorieën; wonen, zorg en welzijn zijn de basis voor de indeling van de sociale kaart. Daarnaast zouden de voorzieningen ingedeeld moeten worden op discipline of soort voorziening. De digitale versie van de sociale kaart bevat een zoekmachine om zo de voorzieningen snel te kunnen vinden. De voorzieningen die in de sociale kaart staan moeten voorzien zijn van meer informatie dan enkel de contactgegevens. Ten aanzien van de gebruiksvriendelijkheid van de sociale kaart zou er een consequente weergave moeten zijn en er moet een uitleg gegeven worden over het gebruik van de sociale kaart.

Uit de interviews kwamen meningen van de respondenten naar voren ten aanzien van het up to date houden van de sociale kaart. Daaruit blijkt dat alle respondenten van mening zijn dat er één eindverantwoordelijke zou moeten zijn voor de sociale kaart. Uit de resultaten blijkt ook dat het aanpassen van de sociale kaart moet gebeuren, zodra veranderingen plaatsvinden, aldus de respondenten. Het merendeel geeft hierbij aan dat de organisaties en personen die vermeld staan op de sociale kaart zelf hun veranderingen zouden moeten doorgeven aan de eindverantwoordelijke.

De voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn, die in deze sociale kaart gepresenteerd worden, zijn door middel van interviews met respondenten verkregen. Deze voorzieningen zijn terug te vinden in het concept ontwerp van de sociale kaart. Deze is te vinden in hoofdstuk acht. In de sociale kaart zijn de cliëntencategorieën weergegeven, deze zijn benoemt bij de voorzieningen waar deze bij van toepassing zijn.

7.Aanbevelingen

Vervolgonderzoek

De sociale kaart die ontwikkeld is in dit kwaliteitsproject, is opgesteld op basis van de cliëntcategorieën van het verplegend wijkteam van ZZG Zorggroep in de Hatertse Hei en Sint Anna. Dit wilt zeggen dat de invulling van de ontwikkelde sociale kaart representatief is voor het verplegend wijkteam, maar niet generaliseerbaar is voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. Om de sociale kaart representatief te maken voor alle groepen in deze wijken zou een wijkanalyse een goede basis zijn voor een vervolgonderzoek.

‘Een zinvol instrument om tot een afgewogen keuze te komen is een wijkprofiel of een wijkanalyse, die aangeeft wat de meest voorkomende gezondheids- en welzijnsproblemen zijn, die de ‘witte vlekken’ in zorg- en welzijn in kaart brengt en risicogroepen identificeert (Molleman, 2013).’

Door in een vervolgonderzoek een wijkanalyse uit te voeren, kunnen andere groepen cliëntencategorieën naar voren komen. Om vanuit een wijkanalyse een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren, wordt de invulling van de sociale kaart breder en meer toepasbaar voor alle professionals in de wijken. Op dit moment wordt een wijkanalyse uitgevoerd door GGD Gelderland-Zuid, ZZG Zorggroep, Health at Home BV en Radboudumc. Desondanks is deze wijkanalyse gericht op de wijken Hatertse Hei en Grootstal. Hier valt de wijk Sint Anna (helaas) niet onder. Deze zou dan niet geheel representatief zijn voor het vervolgonderzoek voor de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

Uit de resultaten is gebleken dat het merendeel van de respondenten aan heeft gegeven dat de sociale kaart voor zowel professionals als bewoners van de wijken Hatertse Hei en Sint Anna beschikbaar zou moeten worden. Wil de sociale kaart ook representatief zijn voor de wijkbewoners, dan zouden zij ook meegenomen moet worden in het vervolgonderzoek als respondenten. Zij kunnen een bijdrage leveren ten aanzien van voorzieningen waar professionals geen weet van hebben; informele kringen. Ook kunnen zij door middel van deelnemen aan het onderzoek hun wensen uitspreken ten aanzien van de vormgeving en het gebruik van de sociale kaart.

Opzetten en implementeren sociale kaart

Uit de resultaten is gebleken dat alle respondenten de voorkeur hebben voor een digitale versie van de sociale kaart. In verband met de beperkte tijd en de ontbrekende kennis van de studentonderzoekers, was het niet mogelijk een digitale versie aan te leveren. Een digitale versie ontwikkelen wordt aanbevolen door de studentonderzoekers. Een dergelijke digitale sociale kaart zou een zoekmachine moeten bevatten, dit is gebleken uit de resultaten van de respondenten. De onderverdeling zou moeten worden gemaakt in wonen, zorg en welzijn. Om meerdere professionals en organisaties te bereiken zou een internetsite voldoen om de sociale kaart op te plaatsen. Enkele respondenten gaven aan dit op www.mijnbuurtje.nl te zetten. Via deze website kunnen ook wijkbewoners gebruik maken van de sociale kaart; de sociale kaart is voor iedereen online beschikbaar. Via mijnbuurtje.nl zijn personen betrokken die kunnen helpen om een sociale kaart online op te zetten.

Om de sociale kaart functioneel te laten zijn in de praktijk, moet één eindverantwoordelijke aangesteld worden. Dit zou één van de opdrachtgevers van dit kwaliteitsproject kunnen zijn. De taak van de eindverantwoordelijke van de sociale kaart is om deze up to date te houden. Organisaties en personen zouden dan zelf hun veranderingen moeten doorgeven aan de eindverantwoordelijke, zodat hij deze kan aanpassen. Op de website van MEE Gelderse Poort gebruikt deze methode ook. Op deze site staat vermeld:

‘Staat uw organisatie nog niet in de Sociale Kaart en heeft u een aanbod dat geschikt is voor één van de doelgroepen van MEE binnen ons werkgebied Gelderse Poort? Vul dan dit [aanmeldingsformulier](#) in.

Staat uw organisatie al wel in de Sociale Kaart maar zijn de gegevens niet juist vermeld? Gebruik dan het [wijzigingsformulier](#) dat bij uw organisatie wordt weergegeven. Andere vragen over de Sociale Kaart kunt u stellen aan informatievoorziening@meegeldersepoort.nl (MEE Gelderse Poort, 2014).’

Dit zou een voorbeeld kunnen zijn om toe te voegen aan de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna.

Het doel van dit onderzoek was dat de sociale kaart uiteindelijk de samenwerking in de eerstelijnszorg verbeterd. Twee respondenten hebben in het interview aangegeven dat de samenwerking verbeterd door niet alleen over de sociale kaart te beschikken, maar ook door elkaar te leren kennen. Deze aanbevelingen van de respondenten worden hieronder weergegeven.

‘Je moet dus wel een beetje met elkaar.. Je spreekt een keer af, zo ga je meer samenwerken.’ (respondent 5)

‘Want ik denk eigenlijk dat met zo’n sociale kaart, het is natuurlijk mooi dat het allemaal op een site staat of op een papiertje of iets. Maar daar hoort eigenlijk ook een soort van gemeenschappelijke.. dat je elkaar ziet. Wat er gebeurt is, dat merk ik binnen dit centrum ook. Je weet dat we er zijn, maar het wordt toch niet gedaan omdat de drempel nog groot omdat je elkaar niet kent. En het zou best wel iets kunnen zijn om te zeggen, oké je staat op die sociale kaart en dat is belangrijk en voor iedereen is dat een aanwinst zegmaar. Maar daar hoort een jaarlijks of een iets bij.. waar je elkaar ook een soort van meeting hebt. Waarin thema’s worden besproken of waarin je nog iets mee kan, waardoor iedereen een gezicht krijgt. Want dat ga je missen op zo’n papieren ding.’ (respondent 9)

Dit zijn aanbevelingen vanuit professionals in de wijken. Deze zouden meegenomen kunnen worden bij de implementatie van de sociale kaart.

Op dit moment is de gemeente Nijmegen bezig om sociale wijkteams op te zetten in Nijmegen. Een sociaal wijkteam bestaat uit professionals van verschillende zorg- en welzijninstellingen. De sociale wijkteams bouwen aan sociale netwerken in de wijk en ondersteunen wijkbewoners. Vanuit deze visie en vanuit de respondenten, zou het logisch zijn om de sociale kaart ook bij een sociaal wijkteam neer te leggen. Op dit moment is nog geen sociaal wijkteam werkzaam in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De ontwikkelde sociale kaart zou kunnen worden aangeleverd aan dit sociale wijkteam.

8.Sociale kaart

De sociale kaart die is ontworpen is bijgeleverd in een apart document. Dit is een concept ontwerp. De indeling is gemaakt in wonen, zorg en welzijn. De voorzieningen zijn zo ingedeeld per sector zoals in de interviews naar voren is gekomen. Hiervoor is gekozen omdat sommige voorzieningen bij meerdere sectoren ingedeeld kunnen worden. Het is een subjectief gegeven bij welke sector deze voorzieningen horen. Per voorzieningen wordt het aanbod, cliëntencategorieën en de adresgegevens vermeld. Bij het vakje aanbod wordt een korte toelichting gegeven over de voorzieningen. In het vakje cliëntencategorieën wordt aangegeven voor welke cliënten deze voorziening geschikt is, hierbij gaat het voornamelijk om de cliëntencategorieën zoals deze uit de dataverwerking van de cliëntendossiers zijn gekomen. In het vakje adresgegevens worden de adres- en contactgegevens van de voorzieningen vermeld, eventueel ook het e-mailadres en de website.

Literatuurlijst

Atlas van Zorg en Hulp. (2012). *Veranderingen Zorgverzekeringswet*. Opgeroepen op 8 november 2013, van Atlas van Zorg & Hulp: <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/zorgverzekeringswet-2013/>

Baarda, B., Bakker, E., Ficher, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T., et al. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., van der Hulst, M., & de Goede, M. (2012). *Basisboek interviewen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bouwman, B. (2011). *Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen*. Arnhem: Coppa Consultancy.

CBS. (2013). *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers*. Opgeroepen op 14 oktober 2013, van Centraal Bureau voor de statistiek: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81628NED&D1=53&D2=a&VW=T>

CIZ. (2012). *CIZ Indicatiwijzer*. Driebergen: Centrum indicatiestelling zorg.

CIZ. (2013). *CIZ Indicatiwijzer toelichting beleidsregels op indicatiestelling AWBZ 2013, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS*. Driebergen: CIZ.

Dassen, T. K. (2010). *Lezen en beoordelen van onderzoekpublicaties*. Baarn: ThiemeMeulenhoff.

de Haan, D. W. (2011). *Gehandicaptenzorg*. Opgeroepen op 6 november 2013, van <http://www.watze.info/>

Encyclo. (2013). *Gebruiksvriendelijkheid*. Opgeroepen op 11 december 2013, van Encyclo, online encyclopedie: <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=gebruiksvriendelijkheid>

Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: Lemma.

Finnema, E. (2011). *Lang zullen ze leven*. Leeuwarden: NHL, Hogeschool Leeuwarden.

Gemeente Nijmegen. (2012). *Hatertse Hei*. Opgeroepen op 8 november 2013, van Stads- en wijkmonitor gemeente Nijmegen: http://nijmegen.buurtmonitor.nl/Quickstep/QsReportAdvanced.aspx?report=swm_deel_wijk

Gemeente Nijmegen. (2013). *Het Sociaal Wijkteam doet wat nodig is*. Opgeroepen op 4 oktober 2013, van Gemeente Nijmegen: http://www2.nijmegen.nl/content/1408677/het_sociaal_wijkteam_doet_wat_nodig_is

Gemeente Nijmegen. (2013). *Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn*. Opgeroepen op 8 oktober 2013, van http://www2.nijmegen.nl/content/1408727/veranderingen_zorg_welzijn

Gemeente Nijmegen. (2013). *Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn*. Opgeroepen op 6 januari 2014, van Gemeente Nijmegen: http://www2.nijmegen.nl/wonen/zorgwelzijn/veranderingen_zorg_welzijn

Gemeente Nijmegen. (z.d.). *Wat doet een wijkmanager voor de wijken?* Opgeroepen op 10 november 2013, van Gemeente Nijmegen:

http://www2.nijmegen.nl/content/100883/wat_doet_de_wijkmanager_voor_de_wijken

GGD Gelderland Zuid; ZZG Zorggroep; Radboudumc; AMPHI. (2013). *Sociale Plattegrond van Grootstal/ Hatertse Hei*. Nijmegen.

GGD Midden-Nederland. (z.d.). *Sociale kaart*. Opgeroepen op 8 november 2013, van GGD Midden-Nederland: <http://www.ggdmn.nl/professionals/gemeenten/sociale-kaart.html>

Google Maps- kaartgegevens. (2013). Opgeroepen op oktober 23, 2013, van <https://maps.google.nl/>

Graas T, S. J.-T. (2008). Meer dan gezondheid. *Medisch Contact*, 553-557.

Huisartsenpraktijk K.M van der Laan-Evers. (2013). *Medisch Centrum Jacobslaan*. Opgeroepen op 10 november 2013, van Huisartspraktijk K.M. van der Laan-Evers: <http://vanderlaan-evers.praktijkinfo.nl/pagina/44/medisch-centrum-jacobslaan/>

IrisZorg. (2012). *Over IrisZorg*. Opgeroepen op 10 november 2013, van IrisZorg: <http://www.iriszorg.nl/over-iriszorg>

MAAT Nijmegen. (2013). Opgeroepen op 10 november 2013, van De menselijke maat in wonen, welzijn en zorg: <http://www.stichtingmaat.nl/upload/file/quick/111110%20Samenvatting%20workshop%20Van%20wijken%20weten.pdf>

Mast, J., & Pool, A. (2005). *Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen*. NIZW.

MEE Gelderse Poort. (z.d.). *Over ons*. Retrieved 20 december 2013 from MEE Gelderse Poort: <http://www.meegeldersepoort.nl/Overons.aspx>

MEE Gelderse Poort. (2014). *Zoeken in de Sociale Kaart*. Opgeroepen op 11 januari 2014, van MEE: <http://meegeldersepoort.socialekaartnederland.nl/>

Menzis zorgkantoor. (z.d.). *ZZP (Zorgzwaartepakket)*. Opgeroepen op 8 november 2013, van Menzis zorgkantoor: <http://www.menziszorgkantoor.nl/web/Zorgaanbieders/Zorginkoop1/ZZPZorgzwaartepakket.htm>

Migchelbrink. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Ministerie van Volksgezondheid, Sport en Welzijn. (2011). *Ziektekostenverzekeringen in Nederland*. Den Haag: Ministerie van VSW.

Molleman, D. G. (2013). *Doorontwikkelen van een instrument voor wijkanalyse*. Opgeroepen op 11 januari 2014, van ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/doorontwikkelen-van-een-instrument-voor-wijkanalyse/samenvatting/>

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2013). *Preventie gericht op ouderen: Wat wordt met preventie gericht op ouderen beoogd?* Opgeroepen op 7 oktober 2013, van Nationaal Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/doel/>

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2013). *Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit?* Opgeroepen op 9 januari 2014, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/beschrijving/>

NIM. (2013). *Over de organisatie*. Opgeroepen op 10 november 2013, van NIM Maatschappelijk Werk: <http://www.nim.nl/over-nim>

Nouws, H. (2010). *De wijkverpleegkundige in de eerstelijns. Nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven*. STOOM and ActiZ, Editors: Utrecht .

Pluryn. (2011). *Over Pluryn*. Opgeroepen op 10 november 2013, van Pluryn ondersteunt in wonen, werken, leren, dagbesteding en vrije tijd. : <http://www.pluryn.nl/Over-Pluryn.aspx>

Post, N. (., & Gijsen, R. (. (2013). *Wat is gezondheidszorg?* Opgeroepen op 2 oktober 2013, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>

Prakken, D. W. (2007). *Informatieanalyse*. Saxion Hogescholen.

Pro Persona. (2010-2013). *Psychiatrische Intensieve Gezondheidszorg*. Opgeroepen op 10 november 2013, van Pro Persona Geestelijke gezondheidszorg: http://www.propersona.nl/Home/lk%20zoek%20een%20afdeling/?address_category_id=44&mode=location

Rijksoverheid. (z.d.). *Zorgzwaartepakketten (ZZP)* . Opgeroepen op 7 november 2013, van Invoering WMO: <http://www.invoeringwmo.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten-zzp>

Rijksoverheid. (z.d.). *Algemene Wet Bijzondere ziektekosten*. Opgeroepen op 13 oktober 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>

Rijksoverheid. (2013). *De Rijksoverheid*. Opgeroepen op 6 oktober 2013, van Eerstelijnszorg: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>

Rijksoverheid. (z.d.). *Eerstelijnszorg*. Opgeroepen op 3 oktober 2013, van Overzicht: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>

Rijksoverheid. (2013). *WMO Algemeen*. Opgeroepen op 7 oktober 2013, van Invoering WMO: <http://www.invoeringwmo.nl/content/wmo-algemeen>

Rijn, d. M. (2013). *Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag.: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Stapel, J., & Keukens, R. (2009). *Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Talis. (z.d.). *Wie is Talis*. Opgeroepen op 10 november 2013, van Talis, leven begint met wonen: <http://www.talis.nl/Over-Talis/Waar-wij-voor-staan/Wie-is-Talis.htm>

Tandem. (z.d.). *Missie en Visie*. Opgeroepen op 10 november 2013, van Tandem Welzijnsorganisatie Nijmegen: <http://www.tandemwelzijn.nl/over-tandem/missie-en-visie.html>

Thesaurus Zorg en Welzijn. (2013). *thesauruszorgenwelzijn*. Opgeroepen op 8 oktober 2013, van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/extramuralisering.htm>

Universiteit Leiden. (z.d.). *Inhoudsvaliditeit*. Opgeroepen op 11 november 2013, van Lexicon Methoden en Technieken: <http://www.leidenuniv.nl/fsw/psychologielexicon/index.php3-c=125.htm>

V&VN. (2010). *Op een lijn komen- Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerste lijn*. Utrecht : V&VN.

Van Dale . (2013). Opgeroepen op 20 november 2013, van Van Dale : <http://www.vandale.nl/>

VenVN. (2013). *Wat maakt een verpleegkundige tot Wijkverpleegkundige?* Opgeroepen op 8 november 2013, van VenVn eerstelijnsverpleegkundige: <http://eerstelijns.venvn.nl/Projecten/CompetentieprofielWijkverpleegkundige.aspx>

Verbeek, M. (2013). *De sociale kaart is onontbeerlijk in het Sociale Domein*. Opgeroepen op 8 november 2013, van Het Sociale Domein: <http://www.hetsocialedomein.nl/de-sociale-kaart-in-het-sociale-domein/>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2013). *Hoe zit het met het schrappen van Zorgzwaartepakketten uit de AWBZ?* Opgeroepen op 13 oktober 2013, van maatschappelijke ondersteuning: <http://www.vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/van-awbz-naar-wmo/vraag-en-antwoord/hoe-zit-het-met-het-schrappen-van-zorgzwaartepakketten-uit-de-awbz>

Verenso. (z.d.). *De specialist ouderengeneeskunde*. Opgeroepen op 10 januari 2014, van Verenso, specialist in ouderengeneeskunde: <http://www.verenso.nl/ouderengeneeskunde/de-specialist-ouderengeneeskunde/>

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Utrecht .

Vilans. (z.d.). Tool: Ecogram. Vilans Kenniscentrum Langdurige zorg.

Waalens, d. J. (2013). *Digitale sociale kaart gemeente Nijmegen*. Opgeroepen op 8 november 2013, van Digitale Sociale Kaart: <http://www.digitale-sociale-kaart.nl/nijmegen>

Wiegers, T., Hopman, P., Kringos, D., & de Bakker, D. (2011). *Nivel overzichtstudies- De eerste lijn. Nivel* .

Woorden Nederlandse taal. (n.d.). *Woorden Nederlandse taal*. Retrieved 2013 йил 30 december from <http://www.woorden.org/woord/raamwerk>

ZonMw. (2013). *Ateliers in de eerstelijns, de kunst van geïntegreerd samenwerken*. Opgeroepen op 9 oktober 2013, van ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/ateliers-in-de-eerstelijns-de-kunst-van-geïntegreerd-samenwerken/samenvatting/>

ZonMw. (2013). *ZonMw*. Opgeroepen op 7 november 2013, van Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/>

Zorggroep, Z. (2012). *Jaarverslag 2012*. Nijmegen: ZZG Zorggroep.

Bijlage 1. Literatuur search

Stap 1

Vraagstelling/onderwerp: Sociale kaart opzetten

Stap 2

Pico formuleren

P: Geen overzicht op sociale en medische voorzieningen in de wijk.

I: Sociale kaart met hierop alle sociale en medische voorzieningen in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna.

C: Wijkverpleegkundigen bemiddelen tussen patiënten en de sociale en medische voorzieningen.

O: Er is een duidelijk overzicht, in de vorm van een sociale kaart, met sociale en medische voorzieningen in de wijken Hatertse Hei en Sint Anna voor bewoners en wijkverpleging.

Stap 3

Zoektermen formuleren

- Sociale kaart
- Buurtbewoners
- Medische/ sociale voorzieningen in de wijk
- Wijkverpleging
- Ontwikkelen sociale kaart
- Eerstelijns zorg

Zoektermen in het Engels

- Social graph

Stap 4

Zoek in de gevonden literatuur naar bestaande concepten, definities, oplossingen en ideeën.

Ideeën:

- Beroepsprofiel wijkverpleegkundige
- Boek: sociologie voor verpleegkundigen
- Artikelen invert.

A. Zoeken via Invert

Er is gekozen om te zoeken via Invert, omdat het werken met een sociale kaart een Nederlands verschijnsel is.

Zoekvraag: wijkverpleging

Aantal hits: 228

Inclusiecriteria: Bruikbaar zijn artikelen die als aard een onderzoek hebben: literatuurstudie, onderzoek verricht door een bepaalde instelling.

We vonden 1 zeer bruikbaar artikel. We hebben verder gezocht via deze literatuurlijst.

- Engels artikel: Home care in Europe.
- 3 Nederlandse artikelen: rol van de verpleegkundige in de wijk.

Inclusiecriteria: De publicatiedatum moet recent zijn; Na 80 artikelen, is de publicatiedatum al in 2005. Vooral de eerste 42 artikelen zijn bruikbaar, deze gaan terug tot 2010.

Van die 42 artikelen zijn er niet zoveel bruikbaar, omdat veel van de artikelen interviews zijn en geen 'echte' onderzoeken.

<https://stc-proxy.han.nl/han/Invert/www.tijdschriftverpleegkunde.nl/archief.php?artikel=202&nl=1>

Zoekvraag: wijkverpleging en sociale kaart

Aantal hits: 0

Zoekvraag: medische voorziening in de wijk
Aantal hits: 0

Zoekvraag: medisch
Aantal hits: 190

Niet veel bruikbare artikelen omdat de meeste artikelen gericht zijn op intramurale zorg. Wij zijn specifiek op zoek naar artikelen in de extramurale zorg.

Zoekvraag: thuiszorg

Aantal hits: 1580

Verfijn: thuiszorg en verpleegkundige

Aantal hits: 55

Bruikbare artikelen, schaars. De publicatiedatum is al snel niet meer recent (2008, 2009).

Zoekvraag: sociale kaart

Aantal hits: 0

B. Zoeken via HBO Kennisbank

Zoekterm: sociale kaart

Aantal hits: 176 publicaties.

Verfijn: Gezondheid en sociale kaart

Aantal hits: 14 publicaties.

Verfijn: Mens en Maatschappij en sociale kaart

Aantal hits: 78 publicaties

C. Zoeken via HBO voorsprong

Zoekterm: sociale kaart

Aantal hits: meer dan 50. Echte aantallen worden niet genoemd.

D. via Pubmed

Zoekterm: social graph

Aantal hits: 330

Zoekterm: social graph and nurse

Aantal hits: 2

Zoekterm: social graph and home care

Aantal hits: 9

Tijdens het zoeken naar relevante artikelen over sociale kaart, hebben we veel rapporten gevonden. Hier hebben wij ook gebruik van gemaakt in ons theoretisch kader.

E. Rapporten

- Centrum indicatiestelling Zorg (2013). *Inhoudelijke veranderingen per 1 januari 2013 in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van het ministerie van VWS en de CIZ Indicatielijzer*. In dit document worden de veranderingen weergegeven in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van het ministerie van VWS en de bijbehorende bijlagen. Ook zijn de wijzigingen in de CIZ Indicatielijzer toegelicht. De veranderingen gelden per 1 januari 2013.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2012). *Gezondheid en zorg in cijfers*. Rapportnummer 60073 201101 C-156. Den Haag: Centraal Bureau voor Statistiek.
In deze publicatie doet het CBS verslag van ontwikkelingen op het terrein van de statistieken

over gezondheid en zorg. Naast nieuwe statistische uitkomsten is er ook ruimschoots aandacht voor de gehanteerde methodes. Na een overzicht van de kerncijfers volgen zes hoofdstukken die ieder op zich staan en specifieke onderwerpen behandelen, die gemeen hebben dat het CBS daarover nieuwe statistische informatie heeft samengesteld.

- Keurhorst, M., Kusters, S. en Laurant, dr. M, (2011). *De wijkverpleegkundige van de toekomst.* UMC St Radboud: IQ Healthcare. In opdracht van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) heeft IQ healthcare (UMC St Radboud) een onderzoek uitgevoerd naar het wijkverpleegkundige profiel van de toekomst. Doel van deze verkenning was een beeld te schetsen van het takenpakket van de toekomstige wijkverpleegkundige, haar competenties (kennis, vaardigheden, inzichten en attitude) en de gevolgen voor de opleiding tot wijkverpleegkundige.
- Centrum Indicatiestelling Zorg (2013). *Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, zoals vastgesteld is door het ministerie van VWS.* Versie 6.0. Driebergen
- ZZG Zorggroep (2012). *Jaarverslag ZZG Zorggroep volop in beweging.* ZZG Zorggroep, Groesbeek.
- Nouws, H. (2010) *De wijkverpleegkundige in de wijk. Nieuwe inzichten, nieuwe initiatieven.* In opdracht van ActiZ en STOOM; Actieprogramma "Versterken van zorg thuis in de eerste lijn" Net als bij andere maatschappelijke innovaties en vernieuwingen geven voorlopers de toon aan. Zij zijn de eersten die nieuwe ideeën of strategieën in de praktijk proberen te brengen. De ervaringen van hen, zijn voorbeelden, inzichten en lessen voor de organisaties die in het kielzog volgen. STOOM en ActiZ hebben het initiatief genomen tot een verkenning bij deze voorlopers en protagonisten van de wijkverpleegkundige in de eerstelijnszorg.
- Hoeijmakers, M. dr. (2012) *Wat heeft de wijkverpleegkundige nodig van de wijk? Randvoorwaarden om integraal te kunnen werken.* Gezond in beweging: in opdracht van ZonMw.

Dit rapport doet verslag van de uitvoering en bevindingen van de verkennende studie. Het geeft inzicht in welke randvoorwaarden in de wijk voor het werk van de wijkverpleegkundige volgens relevante betrokkenen het belangrijkst worden gevonden en waarom. Het besteedt ook aandacht aan de aan- dan wel afwezigheid van deze randvoorwaarden en de organisatie ervan.

- Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2011). *Ziektekostenverzekeringen in Nederland.* Den Haag: Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit rapport geeft kort het stelsel van ziektekostenverzekeringen sinds 1 januari 2006 weer. Op deze datum trad de Zorgverzekeringswet in werking. Ook andere belangrijke wetten die samenhangen met de ziektekostenverzekeringen komen aan bod. Op onderdelen is vooruitgelopen op nieuwe wetgeving die bij het samenstellen van de brochure nog bij het parlement in behandeling was.
- V&VN. (2010). *Op een lijn komen, visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg.* Van der Weij BV. In dit rapport vertelt de V&VN hoe de verpleegkundigen hun competenties, kwaliteiten en deskundigheid in de eerste lijn kunnen inzetten en waarom dat zo belangrijk is.
- de Bont, M., van Schoonhoven, K., van Haastert, C., & Zijdeveld, C. (2012). *Versterken van verpleging thuis, naar een basisvoorziening wijkverpleging.* Utrecht : V&VN. Met dit project is gekeken naar de effecten van het geven van meer ruimte aan de verpleging thuis voor het kijken met een brede blik (zorg, wonen en welzijn) en het bevorderen van zelfredzaamheid.
- van Dalen, A. (2013). *Stopwatchzorg doorbroken! nederlands tijdschrift voor evidence based practice.* Buurtzorg heeft een werkwijze ontwikkeld die leidt tot betere en goedkopere zorg, minder bureaucratie en zeer tevreden cliënten. Onderzoek door Kiwa Prismant¹) laat zien dat cliënten de zorg van Buurtzorg waarderen met een 9,1. Ook de zorgverleners zijn zeer

betrokken en enthousiast over de organisatie en het werk. Hier is een gegronde visie op goede zorg beschreven: doen wat nodig is voor de cliënt. dit bestaat uit 4 punten: contextgericht werken, relatiegericht werken, behoeftegericht werken en streven naar zelfredzaamheid en zorgonafhankelijkheid. Zorgverleners bij Buurtzorg zoeken actief naar manieren om de zelfstandigheid van cliënten te versterken. Het streven is om mensen zo te ondersteunen dat ze zo min mogelijk afhankelijk zijn van zorg. Dit is niet alleen een kwestie van tijdig afbouwen van zorg, maar het is een benaderingswijze die al vanaf het eerste contact met de cliënt richtinggevend is: "Wij denken steeds aan wat onze zorg toevoegt." Zorgverleners proberen alleen over te nemen wat echt nodig is, en werken verder aanvullend op wat mensen en hun netwerk zelf (nog) kunnen. Zij ondersteunen cliënten zo veel mogelijk bij hun zelfredzaamheid. Ook wanneer dat in eerste instantie meer tijd kost dan geïndiceerd. Ondersteunen met zorgonafhankelijkheid voor ogen betekent ook steeds zoeken naar de vraag achter de vraag. Om deze werkwijze in de praktijk te realiseren werkt Buurtzorg met vakbekwame en generalistisch werkende wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op hbo- en mbo-niveau. De extra kosten die dit met zich meebrengt, worden terugverdiend door de werkwijze. Buurtzorg gaat niet uit van kosten per uur maar van kosten per cliënt. Het bouwen van een goede relatie, streven naar zorgonafhankelijk en het inzetten van mensen uit het netwerk van de cliënt leiden tot effectievere interventies en oplossingen bij cliënten. Hierdoor gebruikt men bij Buurtzorg slechts een gedeelte van de tijd die zij volgens de indicaties mag gebruiken. De kosten per cliënt liggen daardoor ruim 30 procent lager dan in de rest van de sector.

- Wiegers, T., Hopman, P., Kringos, D., & de Bakker, D. (2011). *Nivel overzichtstudies- De eerste lijn*. Utrecht: Nivel.
- Dit is een overzichtstudie met een overzicht van de eerstelijnszorg in Nederland.

F. Kamerbrief

- Schippers, drs. E. L., en Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, drs. M.L.L.E (2011) *Zorg en ondersteuning in de buurt*. Kenmerk: CZ/EKZ – 3086843 Ministerie van Volksgezondheid, Sport en welzijn.

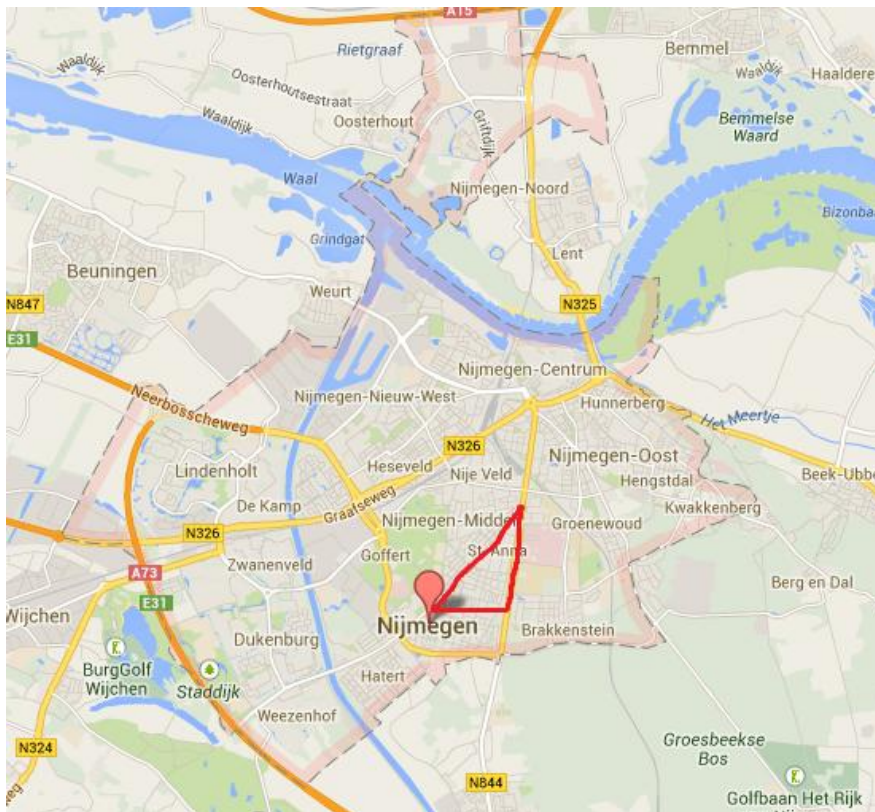
G. Relevante websites

- Zonmw.nl Programma's --> Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt. ---> Publicaties.
- RIVM
- CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid/welzijn/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2131-wm.htm>
- Nationaal kompas
- Gemeente Nijmegen
- ZZG Zorggroep
- VenVn

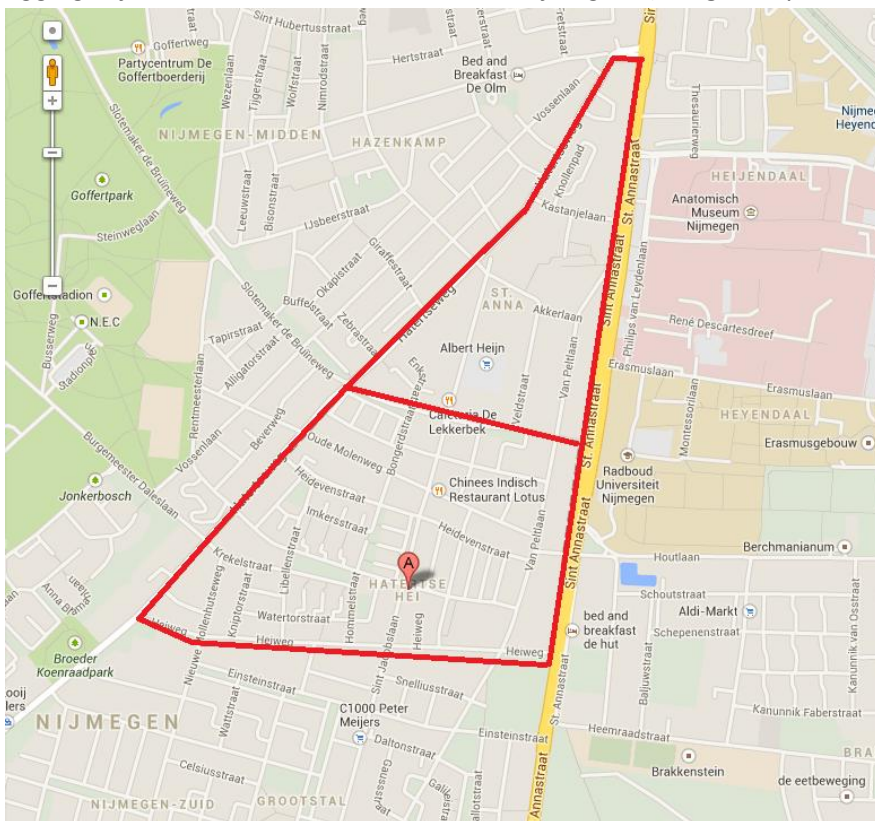
Conclusie:

Uiteindelijk zijn er rapporten gebruikt, en veel informatie van de websites zoals het RIVM en de gemeente Nijmegen. De opdrachtgever heeft ons ook veel kennis verstrekt. Er is contact opgenomen met het lectoraat Lokale dienstverlening en klantperspectief en met Maria van Erp, om informatie op te vragen over de sociale kaart. Daarnaast kregen wij inzage over het onderzoeksverslag van de HBO-V studenten Linda Thissen en Shelley Driessen, die in februari 2013 zijn gestart met een onderzoek voor verplegend wijkteam Hatertse Hei/ St. Anna van de ZZG Zorggroep.

Bijlage 2. Plattegrond Hatertse Hei en Sint Anna.



Ligging wijken Hatertse Hei en Sint Anna in Nijmegen. (Google Maps- kaartgegevens, 2013)



Wijken Hatertse Hei (onder) en Sint Anna (boven)

A: Medisch centrum Sint Jacobslaan. (Google Maps- kaartgegevens, 2013)

Bijlage 3. Informed Consent



Nijmegen, 21 oktober 2013.

Betreft: deelname onderzoek

Geachte heer/ mevrouw,

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen wil in samenwerking met het teamwijkverpleging Hatertse Hei/ Sint Anna van ZZG Zorggroep een onderzoek starten omtrent het ontwikkelen van een sociale kaart van de wijken Hatertse Hei/ Sint Anna. Dit onderzoek zal worden uitgevoerd door twee vierdejaars hbo verpleegkundige studenten. Het doel van dit onderzoek is om met behulp van een sociale kaart, gemaakt door en voor professionals, de eerstelijnszorg in deze wijken te verbeteren.

In het kader van dit onderzoek is het gewenst om interviews af te nemen bij de professionals die in deze wijken werkzaam zijn en/of professionals die nauw betrokken zijn met deze wijken Hatertse Hei/ Sint Anna. Door middel van interviews willen we te weten komen van welke onderlinge netwerken verschillende professionals gebruik maken. Door uiteindelijk alle informatie bij elkaar te voegen, hopen wij te komen tot een wijkgerichte sociale kaart. Daarnaast zijn we geïnteresseerd in uw mening over de opzet van een sociale kaart.

De interviews zullen maximaal een 1 uur duren en kunnen plaats vinden op uw werkplek. Lukt dit niet dan kunnen wij zorgen dat er een beschikbare ruimte is in het medisch centrum aan de st. Jacobslaan. De interviews zullen opgenomen worden met geluidsapparatuur, en met uw gegevens wordt uiteraard zorgvuldig omgegaan. Anonimiteit is mogelijk, indien wenselijk.

Wij hopen dat u mee wilt werken aan dit onderzoek, zodat u kunt bijdragen aan een betere samenwerking in uw wijk. Wij nemen binnen 3 werkdagen contact met u op, als u niet wilt deelnemen laat dit dan zo snel mogelijk weten. Eenvoudig door de e-mail te beantwoorden.

Wanneer u mee werkt aan dit onderzoek dan zult u na afloop de sociale kaart ontvangen, hier kunt u dan zelf gebruik van maken in uw werkveld. Mocht u nog vragen hebben na aanleiding van deze brief, dan kunt u contact met ons opnemen.

Ingeborg Gelink: ingeborg_gelink@hotmail.com

06 101 611 30

Kim Verkoelen: kimverkoelen@live.nl

06 48 22 51 69

Met vriendelijke groet,

Ingeborg Gelink en Kim Verkoelen.

Ook namens Sanne Brok en Loes Braam, wijkverpleegkundigen ZZG Zorggroep.

Bijlage 4. Interviewgids

Topics	Subtopics	Vragen	Opmerkingen
Introductie		Voorstellen studentonderzoekers	
		Onderwerp interview	
		Doel interview (onzichtbare netwerken blootleggen)	
		Resultaten interviews - Sociale kaart ontwikkelen - Opname m.b.v. opnameapparatuur - Vertrouwelijke behandeling van informatie	
		Duur interview	
		Tijdens het interview wordt gevraagd over de situatie waarin u werkzaam bent als professional.	
		Heeft de geïnterviewde nog vragen?	
	Persoons-gegevens geïnterviewde	Werk en functie - Relatie de wijken Hatertse Hei/ St. Anna - Wonend in de wijken Hatertse Hei/ St. Anna	Informed consent opnemen Ik, (naam geïnterviewde) geef toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek en geef toestemming voor opname van dit interview.
	Achtergrond samenwerking	- Werkt u of de organisatie wijkgericht? - Hoe richt u dit in of de organisatie?	Niet samenwerken, maar netwerken. Zoeken naar de blinde vlek van de respondent.
Sociale kaart		Introductie sociale kaart	
	Aanbod	1. Maakt u op dit moment gebruik van een sociale kaart?	Doorvragen - wat kunt u daarover vertellen? - Is de sociale kaart bruikbaar?
		2. Zou u de sociale kaart kunnen gebruiken in uw werkveld?	-waarom wel/niet?
		3. Verwacht u dat de samenwerking in de eerstelijnszorg verbeterd door gebruik te maken van een sociale kaart?	Eventuele uitleg - Eerstelijnszorg
	Vormgeving	4. Hoe zou de sociale kaart er uit moeten zien?	Zo nodig voorbeelden geven - digitaal - papier
		5. Op welke wijze zou de sociale kaart moeten worden vormgegeven? (rubriceren)	Zo nodig voorbeelden geven - alfabetisch

			- per sector
		6. Wie zouden er volgens u gebruik moeten maken van de sociale kaart?	
	Up to date	7. Hoe zou de sociale kaart up to date moeten worden gehouden? En wie zou dit moeten doen?	
		8. Hoe vaak zou dit moeten gebeuren?	
Zorg		Introductie zorg Benoemen dat men niet groots hoeft te denken.	Geef zo nodig voorbeelden.
	Ouderen	9. Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor ouderen?	
	Hypertensie	10. Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met hypertensie?	
	Diabetes	11. Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met diabetes?	
	Dementie	12. Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met dementie?	
	Artrose	13. Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met artrose?	
	COPD	14. Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met COPD?	
Welzijn		Introductie welzijn	Geef zo nodig voorbeelden.
	Ouderen	15. Welke organisaties kent u omtrent welzijn voor ouderen?	
	Hypertensie	16. Welke organisaties kent u omtrent welzijn voor mensen met hypertensie?	
	Diabetes	17. Welke organisaties kent u omtrent welzijn voor mensen met diabetes?	
	Dementie	18. Welke organisaties kent u omtrent welzijn voor mensen met dementie?	
	Artrose	19. Welke organisaties kent u omtrent welzijn voor mensen met artrose?	
	COPD	20. Welke organisaties kent u omtrent welzijn voor mensen met COPD?	
Wonen		Introductie wonen	Geef zo nodig voorbeelden.
	Ouderen	21. Welke organisaties kent u omtrent wonen voor ouderen?	
	Hypertensie	22. Welke organisaties kent u omtrent wonen voor mensen met hypertensie?	

	Diabetes	23. Welke organisaties kent u omtrent wonen voor mensen met diabetes?	
	Dementie	24. Welke organisaties kent u omtrent wonen voor mensen met dementie?	
	Artrose	25. Welke organisaties kent u omtrent wonen voor mensen met artrose?	
	COPD	26. Welke organisaties kent u omtrent wonen voor mensen met COPD?	
Afsluiting		Afronding interview, bedankt.	
		Heeft de geïnterviewde nog vragen/ aanvullingen?	
		Informatie over verloop - member check - sociale kaart	
		Opname apparatuur uit	
Zorg	Welzijn	Wonen	
• Huisartsen • Praktijkondersteuner • (Wijk) Verpleegkundigen • Verpleegkundig specialisten • Fysiotherapeuten • Diëtisten • Ergotherapeuten • Logopedisten • Psychologen • Apotheek • Tandartsen • GGD • GGZ zorg • Creatief therapeut • Welzijnsorganisaties • Thuiszorgorganisaties • Zorgtrajectbegeleider • Specialistische zorg • Ziekenhuizen • Bemoeizorg • AIV	• Wijkmanager • Wijkagent • Maatschappelijk werk • NIM • Tandem • SWON • FIBON • Dagbesteding/verzorging • Alarmeringsvoorzieningen • Vervoersvoorzieningen • Mantelzorgorganisaties/ mantelzorgondersteuning • Vrije tijdsorganisaties • Vrijwilligers • Sportverenigingen • Buurtverenigingen • Wijkcentra • Voorzieningen eten (tafeltje dekje/ andere initiatieven) • Hulp bij geldzaken • Bewonerscomités • Dagbesteding • Belangenorganisaties	• Woningcorporaties • Begeleid wonen • Gemeentelijke instanties • WMO • AWBZ • Woonvoorzieningen • Verpleeghuizen • Veilig wonen • Woningaanpassingen • Thuiszorgwinkels	

Bijlage 5. Opstellen topiclist en interviewguide

De topiclist is opgesteld zodat gemeten wordt, wat de studentonderzoekers willen weten. Wat de studentonderzoekers willen weten staat vermeld in de hoofdvraag en de deelvragen. Het interview is gebaseerd op deelvragen drie en vier. Deze deelvragen zijn geoperationaliseerd tot interviewvragen. Door de deelvragen om te zetten in interviewvragen, meet je wat je wilt meten vanuit de deelvraag. Hierdoor is de interviewguide valide.

Interviewvragen deelvraag drie.

Allereerst is begonnen met het operationaliseren van deelvraag drie.

Deelvraag 3: Hoe wordt de sociale kaart voor professionals uit de wijken Hatertse Hei en Sint Anna uiteindelijk vorm gegeven en hoe kan deze worden bijgehouden/ up to date blijven?

Deze vraag kan in tweeën worden gesplitst:

1. Hoe kan de sociale kaart worden vormgegeven?
2. Hoe kan deze bijgehouden worden/ up to date blijven?

Vormgeving.

Bij het eerste deel van deelvraag 3 is gekeken naar de betekenis van vormgeven. Volgens de Van Dale (2013) betekent vormgeven; een vorm bedenken voor; ontwerpen. Kijkend naar sociale kaart analyse kan een vormgeving van de sociale kaart digitaal zijn maar ook papier. Vanuit hier is de vraag ontstaan: Hoe zou de sociale kaart vorm gegeven moeten worden (digitaal/papier)? Deze vraag blijft een open vraag, want de respondent zou eventueel nog met andere suggesties komen.

Vormgeven heeft ook te maken met indelen. 'Indelen is het plaatsen bij een bepaald gedeelte (Van Dale, 2013).' Dit heeft te maken met de indeling van de voorzieningen in de sociale kaart. Dit kan op verschillende manieren gebeuren, zoals ook blijkt uit de sociale kaart analyse. Daarom de volgende vraag: Op welke wijze zou de sociale kaart moeten worden ingedeeld?

De vormgeving van de sociale kaart is onder andere gebaseerd op de doelgroep. De gebruikers van de sociale kaart wordt hier met de doelgroep bedoeld. Gebruiken is volgens de Van Dale (2013); Het zich bedienen van: in gebruik nemen. Hiermee is de volgende vraag gevormd: Wie zou er volgens u gebruik mogen maken van de sociale kaart.

- Hoe zou de sociale kaart vorm gegeven moeten worden? (digitaal/papier)
- Op welke wijze zou de sociale kaart moeten worden ingedeeld?
- Wie zou volgens u gebruik mogen maken van de sociale kaart?

Up to date houden.

Het tweede deel van deelvraag drie heeft te maken met het bijhouden/ up to date houden van de sociale kaart. Hierbij willen de studentonderzoekers weten hoe dit, volgens de respondent, zou moeten gebeuren. Volgens de Van Dale (2013) is updaten; in overeenstemming met de eisen van de tijd; modern. Bijhouden staat beschreven als; niet achterop raken ten opzichte van (Van Dale, 2013). Hierdoor de vraag: Hoe zou de sociale kaart up to date gehouden moeten worden, en wie zou dit moeten doen?

Updaten is iets wat met tijd te maken heeft, daardoor zijn de studentonderzoekers op de volgende vraag gekomen: Hoe vaak zou de sociale kaart up to date gehouden moeten worden?

- Hoe zou de sociale kaart up to date gehouden moeten worden, en wie zou dit moeten doen?
- Hoe vaak zou de sociale kaart up to date gehouden moeten worden?

Aanbod.

Met de bovenstaande vragen is deelvraag drie gevalideerd. Echter is het bij deze vragen van belang om het uitgangspunt van de respondent te weten. Mocht de respondent op het moment van afname van het interview al gebruik maken van een sociale kaart dan zou dit invloed kunnen hebben op de beantwoording van de vragen. Hiervoor is de volgende vraag opgesteld: Maakt u op dit moment gebruik van een sociale kaart in uw werkveld? Bij deze vraag kunnen de studentonderzoekers eventueel doorvragen, mocht de respondent hier gebruik van maken.

Mochten de respondenten aangeven dat zij geen gebruik maken van een sociale kaart, is het interessant om te weten of de respondenten wel gebruik gaan maken van de sociale kaart die nu ontwikkeld gaat worden. De studentonderzoekers inventariseren daarmee of er behoefte is naar de sociale kaart; dit is gedaan door de volgende vraag op te stellen: Hoe zou u de sociale kaart gebruiken in uw werkveld?

In de hoofdvraag wordt de vraag gesteld of er verbetering zal plaatsvinden in de samenwerking in de eerstelijnszorg. Om de opinie van de respondenten te achterhalen is de volgende vraag opgesteld: Verwacht u dat de samenwerking in de eerstelijnszorg verbetert door gebruik te maken van de sociale kaart.

- Maakt u op dit moment gebruik van een sociale kaart in uw werkveld?
- Hoe zou u de sociale kaart kunnen gebruiken in uw werkveld?
- Verwacht u dat de samenwerking in de eerstelijnszorg verbetert door gebruik te maken van de sociale kaart.

Met deze vragen zal uiteindelijk deelvraag drie beantwoord worden. De volgorde van deze vragen is echter nog aangepast. De vragen ten aanzien van *Aanbod* zullen als eerste gesteld worden, zodat de studentonderzoekers de achtergrond van de respondent ten aanzien van sociale kaart te weten komt. Dit geeft een goede basis om het interview mee te starten.

Interviewvragen deelvraag vier.

De volgende stappen is het omzetten van deelvraag vier in bruikbare interviewvragen.

Deelvraag 4: Van welke voorzieningen in én rondom de wijken Hatertse Hei en Sint Anna op het gebied van wonen, preventie, zorg en welzijn kunnen cliëntencategorieën van het verplegend wijkteam Hatertse Hei/ Sint Anna gebruik maken volgens professionals uit deze wijken?

Deze vraag is op te splitsen in drie delen:

1. Voorzieningen op het gebied van wonen.
2. Voorzieningen op het gebied van zorg
3. Voorzieningen op het gebied van welzijn.

Naar voorzieningen op het gebied van preventie wordt niet expliciet gevraagd omdat deze sector terug komt in de andere drie sectoren die hierboven genoemd zijn.

In de deelvraag wordt er verwezen naar de cliëntencategorieën. Deze cliëntencategorieën zijn gebaseerd op de dataverzameling uit cliëntendossiers. Deze categorieën zijn;

- Ouderen
- Hypertensie
- Diabetes Mellitus
- Dementie
- Artrose
- COPD

De vragen die hier uit komen zijn dan:

- Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor ouderen?
- Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met hypertensie?
- Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met Diabetes Mellitus?
- Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met dementie?
- Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met artrose?
- Welke organisaties kent u omtrent gezondheidszorg voor mensen met COPD?

De bovenstaande vragen zijn op basis van de sector zorg. Deze vragen worden op dezelfde manier gesteld maar dan over de sectoren wonen en welzijn. Deze vragen zijn relatief lastig te beantwoorden omdat het over veel organisaties kan betreffen. Hiervoor is er een lijst gemaakt met mogelijke organisaties die voorkomen in de drie sectoren (wonen, zorg en welzijn). Deze lijst is gemaakt zodat de studentonderzoekers op deze organisaties kunnen doorvragen.

Zorg	Welzijn	Wonen
• Huisartsen • Praktijkondersteuner • (Wijk) Verpleegkundigen • Verpleegkundig specialisten • Fysiotherapeuten • Diëtisten • Ergotherapeuten • Logopedisten • Psychologen • Apotheek • Tandartsen • GGD • GGZ zorg • Creatief therapeut • Welzijnsorganisaties • Thuiszorgorganisaties • Zorgtrajectbegeleider • Specialistische zorg • Ziekenhuizen • Bemoezorg • AIV	• Wijkmanager • Wijkagent • Maatschappelijk werk • NIM • Tandem • SWON • FIBON • Dagbesteding/verzorging • Alarmeringsvoorzieningen • Vervoersvoorzieningen • Mantelzorgorganisaties/ mantelzorgondersteuning • Vrije tijdsorganisaties • Vrijwilligers • Sportverenigingen • Buurtverenigingen • Wijkcentra • Voorzieningen eten (tafeltje dekje/ andere initiatieven) • Hulp bij geldzaken • Bewonerscomités • Dagbesteding • Belangenorganisaties	• Woningcorporaties • Begeleid wonen • Gemeentelijke instanties • WMO • AWBZ • Woonvoorzieningen • Verpleeghuizen • Veilig wonen • Woningaanpassingen • Thuiszorgwinkels

Nadat de deelvragen zijn geoperationaliseerd tot interviewvragen, is de volgende stap het opstellen van de interviewgide. In Migchelbrink (2009) staan een aantal stappen om te komen tot een vragenlijst. De stappen 1 tot en met 3 zijn hierboven al beschreven. De volgende stap is stap 4. De stappen die Migchelbrink beschrijft zijn:

- Stap 1. Lijstje maken
- Stap 2. Operationaliseren
- Stap 3. Eerste formulering van vragen
- Stap 4. Indelen van vragen
- Stap 5. Routing
- Stap 6. Beoordeling vragenlijst
- Stap 7. Inhoudelijke check
- Stap 8. Probeer de vragenlijst uit
- Stap 9. Productie vragenlijst

Stap 4. Indelen van vragen

De vragen zijn vanuit de deelvragen opgesteld. Van daaruit is er een indeling gemaakt, waarbij topics zijn gekozen. Deze zijn verder onderverdeeld in subtopics.

Topics:

- Sociale kaart
- Voorzieningen zorg
- Voorzieningen welzijn
- Voorzieningen wonen

Topic sociale kaart:

Subtopics hiervan zijn:

- Vormgeving sociale kaart
- Up to date houden sociale kaart
- Aanbod sociale kaart

Topic Voorzieningen zorg

Subtopics hiervan zijn:

- Voorzieningen zorg ouderen
- Voorzieningen zorg hypertensie
- Voorzieningen zorg diabetes mellitus
- Voorzieningen zorg dementie
- Voorzieningen zorg artrose
- Voorzieningen zorg COPD

Op deze manier zijn ook de topics Voorzieningen welzijn en voorzieningen wonen opgesteld.

Stap 5. Routing

De volgorde van de vragen moet worden vast gesteld. Dit heet 'routing'. Er is gelet op de logica voor de respondent. Deze wijkt af van de hierboven beschreven volgorde. De subtopics van de topic sociale kaart zijn in een andere volgorde geplaatst. Te beginnen is nu met de vragen van de subtopic aanbod sociale kaart. Hierdoor wordt het onderwerp meteen ingeleid, met de vraag: Gebruikt u op dit moment een sociale kaart? Hierdoor weten de studentonderzoekers meteen het referentiekader van de respondent.

Stap 6 Beoordeling vragenlijst.

Check de aldus gedane vragenlijst op de volgende punten:

De interviewvragen zijn gescreend op:

- Taalgebruik. Bij alle vragen is rekening gehouden met begrijpbare taal voor interviewer en respondent.
- Vraag- en antwoordrubrieken. Hierbij is gelet op dat er geen dubbele vragen gesteld worden in een vraag. Dat er enkel dat geantwoord kan worden wat gevraagd wordt.
- Neutrale formulering van de vragen. Er worden geen dingen voorgelegd. Gelet is geworden op het feit dat er geen suggesties worden gedaan, bijvoorbeeld over bepaalde voorzieningen bij de topics wonen, zorg en welzijn.
- Vragen zijn niet te lang of te kort? De vragen zijn duidelijk opgesteld. Echter de antwoorden kunnen lang zijn. Hiermee wordt rekening mee gehouden in het interview zelf, door de respondent de ruimte te geven om hier volledig antwoord op te kunnen geven.
- De vormgeving van de vragenlijst. De vragenlijst wordt gesteld door een interviewer. Dit is dan een open interview. De vormgeving is verder verwerkt in de vorm van een interviewgide.
- Is de lijst niet te lang? Kost het niet te veel tijd? Er wordt uitgegaan van een 1 uur durend interview. Dit zou realiseerbaar zijn, kijkend naar het aantal vragen en de tijd die nodig is voor het beantwoorden van deze vragen. De respondent wordt voorafgaand aan het interview geïnformeerd over de duur van het interview.

Stap 7 Inhoudelijke check

De vragenlijst is inhoudelijk gecheckt door te kijken of deze ook antwoord zal geven op de deelvragen. De opdrachtgevers en de docentbegeleider hebben hier ook inhoudelijk naar gekeken en deze gefiatteerd.

Stap 8 Probeer de vragenlijst uit

De vragenlijst is in verband met de tijdsplanning niet meer uitgetoetst aan de hand van een proefinterview. Dit is wel gebeurd met de eerste versie van de interviewgide. Aan de hand van de feedback van het proefinterview is een nieuwe interviewgide gemaakt aan de hand van de hiervoor beschreven stappen.

Stap 9 Productie vragenlijst.

De vragenlijst is af en verwerkt in een interviewgide. Deze is uitgeprint en meegenomen naar de interviews.

Bijlage 6. Coderingen

Hieronder zijn de coderingen weergegeven voor de verwerking van gegevens van de interviews. Ten aanzien van de topics aanbod sociale kaart, vormgeving sociale kaart en updaten sociale kaart.

Topic	Subtopic	Codering	betekenis
Themacode	variatiecode		
Aanbod sociale kaart	1	SoA1	Gebruik sociale kaart in werkomgeving respondent.
	2	SoA2	Hoe respondent een sociale kaart zou kunnen gebruiken.
	3	SoA3	Mening respondent of sociale kaart de samenwerking in de eerstelijnszorg zou verbeteren.
Vormgeving sociale kaart	1	SoV1	Hoe sociale kaart er volgens respondent uit zou moeten zien.
	2	SoV2	Hoe sociale kaart zou moeten worden ingedeeld volgens respondent.
	3	SoV3	Voor wie de sociale kaart beschikbaar gesteld zou moeten worden volgens respondent.
Updaten sociale kaart:	1	SoU1	Hoe de sociale kaart volgens de respondent, up to date gehouden zou moeten worden, en door wie hier verantwoordelijk voor zou moeten zijn.
	2	SoU2	Hoe vaak de sociale kaart vernieuwd/herziend zou moeten worden volgens respondent.

Bijlage 7. Labels

Code: SoA1 Gebruik sociale kaart in werkomgeving respondent.

Labels :

- Ja, sociale kaart binnen eigen organisatie
- Ja, maar sociale kaart is niet compleet
- Ja, sociale kaart in ander gebied
- Nee
- Nee, zoekt zelf
- Nee, zoekt zelf, bestaande contacten
- Nee, zoekt zelf, bestaande contacten.
- Nee, bestaande contacten, houdt alles zelf bij
- Nee, zoekt zelf, bestaande contacten, houdt alles zelf bij

Code SoA2: Mogelijk gebruik sociale kaart

Labels:

- Ja, makkelijker zoeken en vinden.
- Ja, makkelijker zoeken en vinden.
- Ja, makkelijker zoeken en vinden
- Ja, beter inzicht
- Ja, beter inzicht, wel verbonden aan OCE
- Ja, makkelijker verbindingen leggen.
- Ja en nee, makkelijker verbindingen leggen, ziet nadelen (up to date houden)
- Ja, nieuwe informatie
- Nee, wel positief over gebruik

Code SoA3: Verbetering eerstelijnszorg door sociale kaart.

Labels:

- Ja
- Ja, als je eenmaal mensen kent
- Ja, als je eenmaal mensen kent (niet iedereen gaat evengoed met elkaar samenwerken.)
- Ja, als je eenmaal mensen kent (gezichten leren kennen dan wordt drempel kleiner voor zoeken van contact.)
- Ja, als je eenmaal mensen kent (met elkaar in gesprek blijven, iedereen moet hiervan op de hoogte zijn)
- Ja, om mensen buiten medisch centrum te leren kennen
- Ja, meer inzicht in wat er aangeboden wordt in wijken, wijkverpleegkundige is steeds meer wijkgericht
- Weet het niet, wel makkelijker dat je dingen bij de hand hebt

Code SoV1: Vormgeving sociale kaart.

Labels:

- Digitaal + papier, papier voor bij cliënt thuis
- Digitaal + papier, papier voor bij cliënt thuis
- Digitaal + papier, papier voor bij cliënt thuis

- Digitaal + papier, kan op eigen internet, papier voor bepaalde doelgroep
- Digitaal + papier, digitaal kan uitgebreid, papier dan compact.
- Digitaal, kan op eigen internet
- Digitaal, kan op eigen internet
- Digitaal, kan op eigen internet
- Digitaal, toegankelijk voor iedereen.

Code SoV2 : Indeling sociale kaart.

Labels:

- Categoriseren op wonen, zorg, welzijn
- Categoriseren op wonen, zorg, welzijn. Verder categoriseren met disciplines.
- Categoriseren op wonen, zorg, welzijn. Per professional of voorziening uitleg + voor- en nadelen.
- Categoriseren per doelgroep of diagnose
- Categoriseren per discipline, alfabetisch
- Categoriseren per discipline of aanbod
- Zoekmachine met optie: zoeken op afstand
- Zoekmachine, categoriseren op wonen, zorg, welzijn, behandeling, diensten, hulpmiddelen, praktische aspecten
- Geografisch kaartje met icoontjes, icoontjes categoriseren op kleur

Code SoV3: Beschikbaarheid sociale kaart

labels

- Professionals + buurtbewoners
- Professionals + buurtbewoners
- Professionals + buurtbewoners
- Professionals + buurtbewoners
- Professionals + buurtbewoners
- Professionals + buurtbewoners
- Professionals
- Professionals
- Professionals

Code SoU1: updaten sociale kaart

Labels:

- Eindverantwoordelijke, vraagt naar veranderingen.
- Eindverantwoordelijke is ZZG, vraagt naar veranderingen.
- Eindverantwoordelijke is ZZG, vraagt naar veranderingen.
- Eindverantwoordelijke, personen geven zelf veranderingen door.
- Eindverantwoordelijke, personen geven zelf veranderingen door
- Eindverantwoordelijke, personen geven zelf veranderingen door.
- Eindverantwoordelijke, personen geven zelf veranderingen door, bespreken in teamoverleg
- Eindverantwoordelijke

Code SoU2: Tijd updaten sociale kaart

- Wanneer veranderingen plaatsvinden
- Wanneer veranderingen plaatsvinden
- Wanneer veranderingen plaatsvinden
- Wanneer veranderingen plaatsvinden, papieren versie: 1x per jaar.
- 1x per kwartaal
- 1x per kwartaal
- 1 of 2x per jaar
- 1x per jaar
- 1x per maand