Aandacht voor de antroposofie

Communicatie naar de niet-gebruiker van antroposofische zorg



Auteur: Leo Hoekstra
S1052972
COM4V

Opdrachtgever: Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg
Cluster Zorg aan Hogeschool Leiden
Zernikedreef 11
2333 CK Leiden

Bedrijfsbegeleider: Erik Baars

Afstudeerbegeleider: Wies Edam

Onderwijsinstelling: Hogeschool Leiden

Opleiding: Communicatie

Vakcode: CO416AO

Eerste lezer: Cécile Klok

Tweede lezer: Elianne Caljouw

Leiden, 23 mei 2014

Versie 1

"Denk als een wijs man maar communiceer in de taal van gewone mensen"

- William Butler Yeats -

Bron afbeelding voorblad: quoteko.com, *Balance Built From The Beginning For Ultimate Success*, publicatiedatum onbekend. Opgehaald op 20-5-2014 via http://quoteko.com/snone-your-business-skipping-class.html

Voorwoord

Begin september 2009 begon ik aan mijn eerste lessen en opdrachten voor de opleiding Communicatie aan Hogeschool Leiden. Nu, ruim viereneenhalf jaar later, rond ik mijn laatste opdracht voor de opleiding af. Terugkijkend op mijn periode op Hogeschool Leiden zijn de jaren voorbij gevlogen. Ik heb spannende tijden meegemaakt, leuke periodes, minder leuke periodes, relatief rustige momenten en enorm drukke momenten. In mijn tijd op Hogeschool Leiden heb ik veel (levens)lessen geleerd en veel leuke mensen leren kennen. Graag wil ik daarom hier alle docenten en (voormalig) medestudenten, die een rol hebben gespeeld in mijn ontwikkeling op Hogeschool Leiden, bedanken voor alles wat zij voor mij gedaan hebben.

Mijn afstudeeronderzoek heb ik uitgevoerd voor het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg gevestigd aan Hogeschool Leiden. De interesse voor de antroposofische gezondheidszorg (afgekort AG) werd vorig jaar gewekt toen ik een goede vriendin hielp bij haar afstudeerscriptie voor het lectoraat AG. Toen duidelijk werd dat een vervolgonderzoek voor het lectoraat gewenst was, besloot ik daarom mijn diensten aan het lectoraat aan te bieden.

Het resultaat van mijn inspanningen, dit onderzoeksrapport, is mede tot stand gekomen door de hulp en medewerking van een aantal mensen die ik graag wil bedanken. Uiteraard wil ik alle mensen die de online enquête hebben ingevuld bedanken voor hun medewerking. Een extra woord van dank gaat hierbij uit naar de negen personen die zich lieten interviewen naar aanleiding van het invullen van de enquête. Ik wil ook alle organisaties, (patiënten)verenigingen en personen die een oproep hebben geplaatst om de enquête in te vullen onder hun leden, medewerkers en/of vrienden bedanken. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleidster Wies Edam en de afstudeercoördinator Martien Schriemer bedanken voor hun kritische blik en de bijbehorende adviezen.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn bedrijfsbegeleider Erik Baars en Evi Koster, onderzoeker bij het lectoraat AG. Zij namen de afgelopen maanden, ondanks hun zeer drukke agenda's, alle tijd om mijn vragen te beantwoorden. Verder wil ik mijn zus en mijn ouders bedanken voor hun onmisbare raad en daad op diverse momenten voor, tijdens en na het onderzoek. Tevens wil ik Irene de Graaff, Finist van Onna, Tamara van den Kerkhof en Susanne Boer bedanken voor hun feedback op mijn werk. Dankzij hun bijdragen kon ik mijn onderzoeksrapport in de afrondende fase van mijn werkzaamheden bijschaven.

Ten slotte wil ik u als lezer veel leesplezier toewensen bij het doornemen van dit onderzoeksrapport. Ik hoop dat het onderwerp u, net als mij, aanspreekt en dat dit onderzoeksrapport aan uw verwachtingen voldoet.

Leo Hoekstra

Samenvatting

Opdrachtnemer Leo Hoekstra heeft een onderzoek uitgevoerd voor het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (AG). Het doel van dit onderzoek was om vast te stellen hoe het lectoraat AG via communicatie een betere aansluiting kan vinden bij gebruikers van reguliere zorg. De doelgroep van het onderzoek bestond uit alle gebruikers van reguliere zorg in Nederland van 18 jaar en ouder. Door middel van literatuuronderzoek, kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek werd gezocht naar een antwoord op de centrale deelvraag: '*Via welke wijze van communiceren kan het lectoraat AG aansluiting vinden bij patiënten uit de reguliere zorg?*' Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is onderzoek gedaan naar welke waarden de doelgroep belangrijk vindt in de zorg en via wat voor medium de doelgroep het liefst wordt benaderd door zorginstellingen.

Als eerste werd middels literatuuronderzoek onderzocht hoe de huidige communicatie vanuit het lectoraat AG is georganiseerd. Daarnaast werden naar aanleiding van literatuuronderzoek en overleg met mensen uit het werkveld van de AG de kernwaarden van de AG gedefinieerd.

Hierna werd er een online enquête uitgezet waarin de respondenten onder andere gevraagd werd hoe belangrijk deze kernwaarden van de AG voor hen waren. De respondenten hadden ook de mogelijkheid om extra waarden in de zorg toe te voegen die zij belangrijk vonden. Verder werd de respondenten ook gevraagd om een aantal benaderingswijzen van zorginstellingen te beoordelen. In totaal was het aantal bruikbare respons van dit kwantitatieve onderzoek 261.

De vijf meest genoemde 'extra' waarden uit het kwantitatief onderzoek zijn meegenomen naar het kwalitatieve onderzoek. Tijdens de interviews werd de respondenten wederom gevraagd welke waarden zij in de zorg het belangrijkste vinden en wat hun favoriete benaderingswijzen van zorginstellingen zijn. Een groot verschil is echter dat tijdens de interviews ook is doorgevraagd naar de achterliggende redenen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de communicatie vanuit het lectoraat naar de doelgroep nog zeer gering is. In de communicatie vanuit het lectoraat komen vijf kernwaarden naar voren die in overleg met de opdrachtgever en het werkveld zijn omgevormd tot de zes kernwaarden van de AG voor dit onderzoek.

Van de zes kernwaarden van de AG en de vijf 'extra' waarden uit het kwantitatief onderzoek vinden de respondenten de waarde *Kwaliteit* het belangrijkst. Andere waarden die voor de respondenten belangrijk zijn in de zorg, zijn *Individugericht*, *Eigen regie*, *Respect*, *Communicatie en transparantie* en *Onafhankelijkheid*. De respondenten worden het liefst door zorginstellingen geïnformeerd via informatieve folders, via de post en door middel van digitale nieuwsbrieven en specifieke websites.

Om beter aansluiting te vinden bij patiënten uit de reguliere zorg, is het belangrijk dat het lectoraat AG bewerkstelligt dat er een duidelijke communicatiestructuur aanwezig is binnen het lectoraat. Een belangrijke stap om dit te realiseren, is het aannemen van een communicatieadviseur die de bestaande communicatieactiviteiten kan overnemen van de werknemers die de communicatiewerkzaamheden er nu 'bij doen'. De communicatieadviseur kan vervolgens de algemene richtlijnen van de externe communicatie aanpassen naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek. Daarnaast kan de communicatieadviseur, als het budget het toelaat, de huidige communicatie-uitingen aanpassen en/of nieuwe communicatie-uitingen ontwikkelen. Deze communicatie-uitingen kunnen ervoor zorgen dat er een betere aansluiting met de patiënten uit de reguliere zorg wordt gevonden.

Een andere manier om aansluiting te vinden bij patiënten die gebruik maken van reguliere zorg, is het organiseren van een themaweek voor de antroposofische gezondheidszorg. Het is aan te raden om tijdens de voorbereiding van deze *Week van de antroposofie* iedereen te betrekken die direct betrokken is bij de antroposofie. Hieronder vallen niet alleen de mensen die direct betrokken zijn bij het lectoraat AG, maar ook mensen die vanuit het werkveld van antroposofische gezondheidszorg betrokken zijn bij de antroposofie. Tijdens de voorbereiding van de ontwikkeling van de Week van de antroposofie kan er gebrainstormd worden over de invulling van het programma en de bijbehorende kosten.

Om meer inzicht te krijgen in trends in de reguliere zorg en contact te houden met de reguliere tak van de zorg, geeft de onderzoeker nog twee aanbevelingen: het actief bijwonen van (netwerk)bijeenkomsten van de reguliere zorg en het monitoren van trends in de (reguliere) gezondheidszorg op fora.

Inhoudsopgave

Inleiding 6

Hoofdstuk 1: Probleemformulering 7

1.1 Aanleiding 7

1.2 Probleemstelling 7

1.3 Onderzoeksdoelstelling 7

1.4 Deelvragen 8

1.5 Onderzoeksdoelgroep 8

1.6 Grenzen van het onderzoek 8

Hoofdstuk 2: Literatuuronderzoek 9

2.1 Theoretisch kader 9

Hoofdstuk 3: Methode van onderzoek 13

3.1 Literatuuronderzoek 13

3.2 Kwantitatief onderzoek 13

3.3 Kwalitatief onderzoek 16

Hoofdstuk 4: Resultaten literatuuronderzoek 18

4.1 Bepaling kernwaarden antroposofische gezondheidszorg 18

4.2 Huidige communicatie vanuit het lectoraat richting de doelgroep 18

Hoofdstuk 5: Resultaten kwantitatief onderzoek 20

5.1 Significantie resultaten 20

5.2 Demografische gegevens 20

5.3 Waarden in de zorg 21

5.4 Algemene waarden met betrekking tot leefstijl 22

5.5 Gewenste communicatiekanalen bij benadering van zorginstellingen 23

5.6 Opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek 24

5.7 Hypothesen 24

Hoofdstuk 6: Resultaten kwalitatief onderzoek 26

6.1 Benadering respondenten 26

6.2 Resultaten topic 1 27

6.3 Resultaten topic 2 27

6.4 Resultaten topic 3 31

Hoofdstuk 7: Conclusies 34

7.1 Inleiding 34

7.2 Huidige communicatie vanuit het lectoraat richting de doelgroep 34

7.3 Kernwaarden antroposofische gezondheidszorg 34

7.4 Kernwaarden in de zorg van de doelgroep 34

7.5 Geprefereerde communicatiekanalen van de doelgroep 34

7.6 Beantwoording centrale vraag 34
Hoofdstuk 8: Aanbevelingen 36
8.1 Startpunt 36
8.2 Opzetten communicatiestructuur 36
8.3 Inhoud communicatie 37
Hoofdstuk 9: Implementatieplan 38

Literatuurlijst 44
Bijlage I: Visuele weergave theorieën uit theoretisch kader 47
Bijlage II: Situatieanalyse 49
Bijlage III: Communicatie lectoraat AG en kernwaarden AG 54
Bijlage IV: Analyse communicatie vanuit het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg 56
Bijlage V: Analyse aanwezige kernwaarden belangrijkste spelers in het veld van AG 58
Bijlage VI: Lijst met geschikte patiëntenverenigingen om te benaderen 60
Bijlage VII: verantwoording benaderde groepen voor respons 62
Bijlage VIII: benadering groepen respondenten voor deelname enquête 67
Bijlage IX: vragenlijst vanaf 14-3-2014 72
Bijlage X: aangepaste vragenlijst vanaf 21-3-2014 77
Bijlage XI: Topic guide kwalitatief onderzoek 82
Bijlage XII: Resultaten kwantitatief onderzoek 86
Bijlage XIII: Codeboek 106
Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek 112
Bijlage XV: Kruistabellen 112
Bijlage XVI: Analyseschema's topic 1 140
Bijlage XVII: Analyseschema's topic 2 147
Bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3 163
Bijlage XIX: Verbatimverslag interview respondent 1 172
Bijlage XX: Verbatimverslag interview respondent 2 182
Bijlage XXI: Verbatimverslag interview respondent 3 194
Bijlage XXII: Verbatimverslag interview respondent 4 205
Bijlage XXIII: Verbatimverslag interview respondent 5 216
Bijlage XXIV: Verbatimverslag interview respondent 6 227
Bijlage XXV: Verbatimverslag interview respondent 7 237
Bijlage XXVI: Verbatimverslag interview respondent 8 249
Bijlage XXVII: Verbatimverslag interview respondent 9 263
Bijlage XXVIII: Logboek 275

Inleiding

Dit onderzoeksrapport is geschreven in opdracht van het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (AG). Het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg is in 2007 opgericht als kenniskring van en voor de AG en is gevestigd aan Hogeschool Leiden. Er wordt door het lectoraat intensief samengewerkt met het werkveld van de AG om met behulp van praktijkgericht onderzoek een bijdrage te leveren aan het behalen van drie centrale doelstellingen:

1) het aantonen van effectiviteit en veiligheid van AG
2) het leveren en ontwikkelen van optimale kwaliteit binnen de AG
3) het verbeteren van de communicatie over AG. [1]

Erik Baars, lector van het lectoraat AG, geeft aan dat enkele belangrijke stakeholders (patiënten van de reguliere zorg, doorverwijzende artsen en zorgverzekeraars) veelal een negatief beeld hebben van de AG. Het beeld dat deze stakeholdersgroepen van de AG hebben, rust vaak op negatieve informatie over de AG en/of een gebrek aan communicatie over de AG vanuit het werkveld van de AG zelf. De reputatie van de AG die het lectoraat bij deze doelgroepen bewerkstelligd zou willen zien, komt niet overeen met de werkelijke manier waarop de doelgroepen de AG zien en beoordelen.[2]

Om het imago te verbeteren, wil het lectoraat onderzoeken hoe communicatie kan bijdragen aan het vinden van betere aansluiting met de doelgroepen. Uit tijdsoverwegingen wordt alleen onderzocht hoe de aansluiting gevonden kan worden met de belangrijkste doelgroep: patiënten van reguliere zorginstellingen. Vierdejaarsstudent Leo Hoekstra van de opleiding Communicatie neemt in het kader van zijn afstudeerscriptie bovenstaand onderzoek op zich. De centrale vraag in dit onderzoek is met welke wijze van communiceren de opdrachtgever aansluiting kan vinden bij de patiënten uit de reguliere zorg.

Het eerste hoofdstuk van dit onderzoeksrapport behandelt de probleemformulering met de aanleiding van het onderzoek, de probleemstelling en de bijbehorende deelvragen. Daarnaast komen in dit hoofdstuk de onderzoeksdoelstelling, een omschrijving van de doelgroep en de grenzen van het onderzoek naar voren. Hoofdstuk twee behandelt het theoretisch kader met het conceptueel model, waarna hoofdstuk drie de methoden van onderzoek beschrijft. Hoofdstuk vier bevat de belangrijkste resultaten van het literatuuronderzoek, hoofdstuk vijf behandelt de belangrijkste uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek en hoofdstuk zes behandelt de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek. Hierna komen in hoofdstuk zeven en hoofdstuk acht respectievelijk de conclusies van het onderzoek en de aanbevelingen op basis van de conclusies naar voren. Het negende en laatste hoofdstuk bevat een implementatieplan waarin suggesties staan voor het uitvoeren van de aanbevelingen in hoofdstuk acht.

[1] Lectoraat antroposofische gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[2] E. Baars, persoonlijke mededeling, 10 januari 2014

Hoofdstuk 1: Probleemformulering

In dit hoofdstuk komen de aanleiding van het onderzoek, de probleemstelling en de doelstelling van het onderzoek aan bod. Vervolgens worden de deelvragen uiteengezet en volgt er een omschrijving van de onderzoeksdoelgroepen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de reikwijdte van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

De opdrachtgever geeft aan dat de antroposofische gezondheidszorg (AG) bij veel niet-gebruikers van deze vorm van zorg een slecht imago heeft. Begrippen als 'kwakzalverij', 'placebo-effect' en 'onwetenschappelijk' zijn volgens lector Erik Baars vaak de eerste termen die opkomen bij mensen die geen gebruikmaken van antroposofische zorg. Dit beeld wordt onder andere bevestigd door websites[3] [4] die de AG als kwakzalverij bestempelen.[5] Omdat er nog relatief weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar de werkzaamheid van de AG en door de ontwikkeling van EBM (*Evidence-based medicine)* ontstaat er een beeld dat de AG onwetenschappelijk is. Evidence Based Medicine staat voor de in de zorg gebruikelijke methode om de werkzaamheid van behandelmethoden te meten op basis van wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Bij het uitkiezen van een behandelmethode kijkt de behandelend arts dus altijd naar welke wetenschappelijk bewezen werkzaamheid de mogelijke behandelmethoden hebben.[6]

Daarnaast weten veel mensen niet goed wat AG precies inhoudt. De materie is vaak ingewikkeld en daardoor is onder andere het taalgebruik gecompliceerd en moeilijk te volgen.[7] De kennis van de stakeholders over de AG blijft hierdoor beperkt omdat de communicatie niet goed aankomt of niet goed begrepen wordt. Eén van de vier belangrijkste doelen waarop het lectoraat AG zich focust, is 'het verzorgen van professionele communicatie en de transfer van hoogwaardige kennis over AG.'[8] Om deze doelstelling te kunnen bereiken, wil lector Erik Baars aansluiten bij de communicatiebehoeften van de doelgroepen.

Om de communicatie vanuit het lectoraat AG beter te laten aansluiten bij de reguliere patiënten, wil zij onderzoeken of haar kernwaarden aansluiten bij de kernwaarden van deze doelgroep. Daarnaast heeft het lectoraat ook behoefte aan een korte inventarisatie van de communicatiekanalen die het beste aansluiten bij de waardenbeleving van de patiënten uit de reguliere zorg.

1.2 Probleemstelling

De centrale vraag van dit onderzoek is:

Via welke wijze van communiceren kan het lectoraat AG aansluiting vinden bij patiënten uit de reguliere zorg?

Met aansluiting vinden bij de doelgroep wordt het volgende bedoeld: de communicatie moet zo in elkaar steken dat de ontvanger zich herkent in de wijze van communicatie. Dit betekent niet dat de doelgroep het zonder meer eens is met de inhoudelijke kant van de communicatie, maar dat zij wel open staat voor de communicatie van de afzender, het lectoraat AG.
De definitie van 'de wijze van communiceren' omvat voor dit onderzoek zowel de keuze voor een communicatiemiddel als de waarden die in de communicatie naar voren komen.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de kernwaarden van de patiënten van reguliere zorgverleners met betrekking tot de gezondheidszorg in vergelijking met de kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg, teneinde het lectoraat AG te adviseren hoe zij met communicatie kunnen aansluiten bij de waarden van deze patiënten.

---

[3] De Boer (2003)
[4] Vereniging tegen de kwakzalverij (publicatiedatum onbekend)
[5] E. Baars, persoonlijke mededeling, 10 januari 2014
[6] Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes en Richardson (1996)
[7] E. Baars, persoonlijke mededeling, 20 november 2013
[8] Baars (2011)

In dit adviesrapport staan aanbevelingen over de wijze van communiceren richting deze patiënten van reguliere zorgverleners. Zo kan het lectoraat AG de randvoorwaarden scheppen om de dialoog over de antroposofische gezondheidszorg met deze groep aan te gaan.

1.4 Deelvragen

Om een antwoord te kunnen geven op de centrale vraag moeten de volgende deelvragen beantwoord worden:

1) Wat zijn de kernwaarden van de AG?

2) Via welke communicatiekanalen communiceert het lectoraat AG met reguliere patiënten?

3) Welke kernwaarden komen naar voren in de communicatie van het lectoraat naar de reguliere patiënten?

4) Wat zijn de kernwaarden van reguliere patiënten met betrekking tot zorg in het algemeen?

5) Via welke communicatiekanalen worden de reguliere patiënten bij voorkeur over zorggerelateerde zaken benaderd?

1.5 Onderzoeksdoelgroep

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit patiënten boven de achttien jaar die gebruikmaken van de reguliere zorg. Het beeld dat de onderzoeksdoelgroep van de AG heeft, is van belang met het oog op het aantal personen dat gebruikmaakt van de antroposofische gezondheidszorg. De patiënten die momenteel geen gebruikmaken van de AG kunnen de patiënten die wel gebruikmaken van de AG van morgen zijn. Bij de keuze voor een bepaald merk of een bepaalde aanbieder selecteert de consument, in dit geval de zorggebruiker, eerst een aantal aanbieders. Het rijtje van mogelijke aanbieders dat hierna overblijft, wordt ook wel de 'consideration set' genoemd. Consumenten kiezen nooit voor een aanbieder die niet in hun consideration set voorkomt. Om te zorgen dat de onderzoeksdoelgroep bij het zoeken naar een zorgaanbieder de AG in ieder geval in haar consideration set opneemt, moet zij wel bekend zijn met het fenomeen antroposofische zorg. [9] De onderzoeksdoelgroep moet verder een compleet en op feiten gebaseerd beeld van de AG hebben voordat zij een weloverwogen keuze kan maken voor een bepaalde zorgaanbieder. Als het plaatje van AG dat mensen in hun hoofd hebben, aansluit op wat zij zelf willen, dan is de kans groot dat zij voor deze vorm van zorg kiezen.

1.6 Grenzen van het onderzoek

Het onderzoek beperkt zich tot de patiënten van reguliere zorgverleners. De vragen aan de respondenten hebben slechts betrekking op wat zij belangrijk vinden in de zorg in het algemeen en hun voorkeur qua benadering door instanties die hen informeren over verschillende vormen van zorg. Het onderzoek richt zich alleen op Nederland en de doelgroep bestaat daarom uit personen die in Nederland woonachtig zijn.

[9] Kardes, Kalyanaram, Chandrashekaran en Dornoff (1993)

Hoofdstuk 2: Literatuuronderzoek

Dit hoofdstuk behandelt het theoretisch kader met daarin theorieën en de bijbehorende modellen die relevant kunnen zijn voor het onderzoek. Vervolgens komt het conceptueel model aan de orde, dat gebruikt zal worden voor het onderzoek.

2.1 Theoretisch kader

2.1.1 Rokeach Values System

In 1973 brengt Rokeach het boek *The nature of human values* uit met daarin een revolutionaire onderzoeksopzet van de waarden en de hieraan gekoppelde gedragingen van personen: het *Rokeach Value System* (RVS). Dit meetsysteem bestaat uit twee reeksen van elk achttien waarden: 18 instrumentale waarden (*instrumental values*) en 18 terminale waarden (*terminal values*).[10] De 36 waarden van Rokeach Values System staan in bijlage I.
De terminale waarden staan voor een begeerde staat van zijn, zoals het hebben van een opwindend leven of juist een veilig leven. De instrumentele waarden staan voor het gewenste gedrag dat mensen willen tonen om zo tot de eerder genoemde begeerde staat van zijn te komen. Voorbeelden hiervan zijn mensen die zich ambitieus opstellen of personen die zich zelfstandig gedragen.[11]

Hoewel het model van Rokeach positieve kritieken krijgt, zetten diverse auteurs door de jaren heen ook een aantal kritische kanttekeningen bij het model. Zo geven onderzoekers Clawson en Vinson aan dat de rangschikkingsmethode tekort schiet, omdat deze de verschillen in mate van belangrijkheid van de rangen niet aangeven. Uit later onderzoek blijkt echter dat andere voorgestelde meetmethoden minder betrouwbaar zijn. De instructies bij de vragenlijst van Rokeach zijn volgens Clawson en Vinson niet duidelijk genoeg, omdat geen onderscheid wordt gemaakt tussen situationele belangen en waarden die permanent van groot belang zijn voor de respondenten.
Een derde punt van kritiek dat de twee wetenschappers aandragen, is dat Rokeach een groot aantal waarden niet opneemt die voor veel mensen wel belangrijk zijn. Voorbeelden hiervan zijn ‘individualisme’, ‘fysieke kracht’, ‘fysieke aantrekkelijkheid’ en ‘praktische bruikbaarheid’.[12]
Andere punten van kritiek van andere auteurs zijn de splitsing tussen individuele en maatschappelijke waarden en de mogelijkheid dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven.[13]

2.1.2 List of Values

In 1983 ontwikkelt Lynn Kahle op basis van eerder werk van zijn collega-onderzoekers de List of Values (LOV). Kahle vormt meerdere, op elkaar lijkende, terminale waarden uit het model van Rokeach om in negen waarden. Deze negen waarden zijn zowel te generaliseren voor de verschillende levensrollen die Kahle beschrijft als voor situaties die op individuen georiënteerd zijn. Hoewel voor Kahle’s onderzoek alleen de twee belangrijkste waarden van respondenten werden meegenomen, wordt in huidige onderzoeken weer de methode van rangschikking gebruikt.[14] In bijlage I staat een overzicht met de negen waarden van Kahle.

De List of Values heeft een aantal belangrijke voordelen ten opzichte van het Rokeach Value System. Zo is het voor respondenten eenvoudiger om negen waarden te rangschikken op volgorde van belangrijkheid dan twee keer achttien waarden op volgorde te rangschikken. Voor de onderzoeker zijn de uitkomsten vervolgens weer eenvoudiger vast te leggen. Daarnaast ontbreken waarden die minder belangrijk zijn in het dagelijkse leven van mensen in de List of Values. Hierdoor ligt de focus op de belangrijkste waarden die de beweegredenen vormen voor het gedrag van de respondenten.

2.1.3 Schwartz Value Survey

Shalom H. Schwartz publiceert in 1992 zijn theorie over waarden en een bijbehorende vragenlijst: de Schwartz Value Survey (SVS). Op deze vragenlijst staan 57 waarden die respondenten moeten doornemen. Wanneer zij dit gedaan hebben, krijgen de respondenten de opdracht om de waarden een cijfer te geven van -1 (voor

[10] Beatty, Kahle, Homer en Misra (1985)
[11] Munson en McQuarrie (1988)
[12] Munson en McQuarrie (1988)
[13] Beatty, Kahle, Homer en Misra (1985)
[14] Beatty, Kahle, Homer en Misra (1985)

waarden die botsen met hun principes) tot 7 (waarden van groot belang voor de respondent). Het cijfer 0 staat voor de niet belangrijke waarden voor de respondent.[15]
Schwartz stelde tien waarden op en onderzocht in 42 landen met behulp van de SVS of deze waarden aansloten bij de sterkste drijfveren van respondenten uit verschillende culturen.[16] Uit Schwartz' onderzoek blijkt dat de tien kernwaarden betrouwbaar, stabiel en valide zijn. Ook komt naar voren dat de onderzoeksresultaten niet beïnvloed worden door sociaal wenselijke antwoorden, zoals dit bij het Rokeach Values System wel het geval leek te zijn. [17]

2.1.4 Conceptueel model

Het model van Schwartz past het beste bij het onderzoek en fungeert daarom als conceptueel model voor het onderzoek naar de kernwaarden van de reguliere patiënten in de zorg. Deze paragraaf geeft weer hoe het model in elkaar zit en waarom dit model het meest geschikt is voor het onderzoek.

In 2003 past Schwartz zijn model aan op basis van het inzicht dat twee van de tien kernwaarden veel gemeen hebben. De waarden *tradition* en *conformity* worden apart van elkaar in één deel van het model gezet, zodat er negen onderdelen in het model zijn in plaats van tien. Eén van de negen delen van de cirkel is bezet door de twee afzonderlijke waarden.
Schwartz overweegt daarna om *tradition* en *conformity* samen te voegen tot één waarde, maar ziet hier vanaf. Eerdere onderzoeksresultaten dat de twee waarden verschillende associaties oproepen, brengen hem ertoe de twee waarden los van elkaar in het model te laten staan.[18]

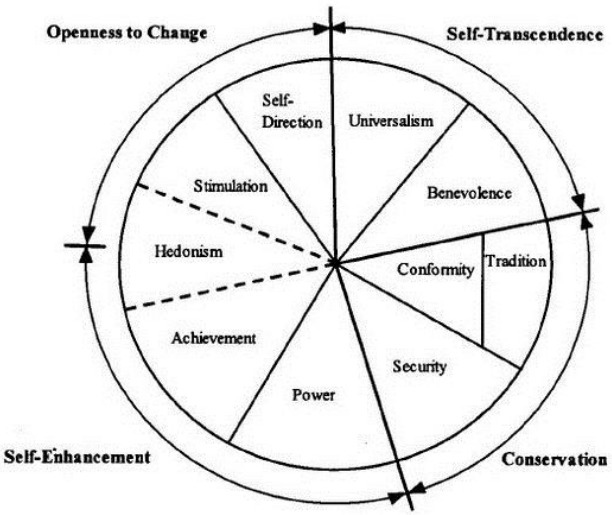
In het model van Schwartz staan 'conflicterende' waarden tegenover elkaar en zijn waarden die elkaar aanvullen of positief versterken naast elkaar gepositioneerd. Daarnaast zijn er vier algemene, 'hogere' waarden te onderscheiden in het model: *self-transendence, self-enhancement, openness to change* en *conservation*. *Self-transendence* gaat over het accepteren van de ander en de zorg om het welzijn van die ander. S*elf-enhancement* gaat juist over het najagen van eigen relatieve successen en de overheersing over anderen. *Opennes to change* houdt een onafhankelijke levensstijl in waarin ruimte is voor positieve veranderingen. Hier tegenover staat *conservation,* waarbij het vooral gaat om het beperken van de eigen persoon om de huidige situatie hetzelfde te houden. In figuur 2 is te zien welk van de tien waarden uit het model onder welke algemene waarden vallen. Opvallend is dat de waarde *hedonism* zowel onder *openness to change* als onder *self-enhancement* valt.[19] Figuur 1 geeft een overzicht van waar de verschillende waarden voor staan. Een overzicht van de inhoud van de vier algemene waarden van Schwartz is terug te vinden in figuur 3.

De tien waarden van Schwartz met de vier bovenliggende algemene waarden sluiten goed aan op de probleemstelling en de doelstelling. De waarden van de respondenten en het lectoraat zijn eenvoudig in te delen onder de tien waarden en/of de vier algemene waarden in het model van Schwartz.
Ook de vraag over de inzet van de communicatiekanalen die aansluiten bij de waardenbeleving van de respondenten, sluit aan bij het model. Zo maken respondenten die *tradition* als belangrijkste waarde hebben waarschijnlijk niet graag gebruik van het nieuwste social mediakanaal.
Daarnaast passen de waarden van Schwartz beter bij de kernwaarden van het lectoraat AG (zie bijlage II) en de verschillende waarden in de zorg dan de negen algemene waarden van Kahle. Waarden als *benevolence* en *selfdirection* sluiten goed aan bij het karakter van de zorg en de maatschappelijke trend dat burgers (en dus patiënten) meer inspraak willen in processen die gevolgen voor hen hebben[20]. Maar ook de kernwaarden van de AG tonen gelijkenissen met de waarden van Schwartz. Zo lijkt de kernwaarde *totaalbeeld* naadloos te passen in de waarde *universalism* en past *selfdirection* goed bij de kernwaarde *gelijkwaardigheid*. Gelijkwaardigheid in de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener houdt immers in dat de patiënt zelf keuzes kan maken voor zijn behandeling.

[15] Bardi en Schwartz (2003)
[16] Kleyweg (2006)
[17] Bardi en Schwartz (2003)
[18] Boehnke en Schwartz (2004)
[19] Kleyweg (2006)
[20] Overheid.nl (publicatiedatum onbekend)

Belang	Waarde	Omschrijving
Groepsbelang	Tradition	Toewijding, respect en acceptatie van bestaande gewoontes, opvattingen en situaties
Groepsbelang	Benevolence	Zorgdragen voor en het bevorderen van het welzijn van personen waar men regelmatig contact mee heeft
Groepsbelang	Conformity	Het vermijden van acties, impulsen en/of neigingen die anderen overstuur maken of schade kunnen toebrengen. Men houdt zich aan de sociale normen
Individueel belang	Stimulation	Het leven als een uitdaging zien, de wereld ontdekken en opwinding opzoeken
Individueel belang	Selfdirection	Een onafhankelijk leven leiden, waarbij men zelf keuzes maakt
Individueel belang	Hedonism	Het genieten en/of de sensuele voldoening voor de persoon zelf staat centraal. Carpe diem
Individueel belang	Achievement	Persoonlijke successen behalen door de eigen vaardigheden te demonstreren, afgemeten aan de sociale standaard
Individueel belang	Power	Een hoge sociale status en/of prestige nastreven. Controle hebben over mensen of (natuurlijke) bronnen
Gemixt belang	Universalism	Het begrijpen, waarderen, tolereren en beschermen van het welzijn van alle mensen en de natuur
Gemixt belang	Security	Veiligheid, harmonie en stabiliteit van zichzelf, de leefomgeving en in relaties

Figuur 1: Toelichting van de tien waarden van Schwartz[22]



Figuur 2: De waarden van Schwartz[21]

Algemene waarde Schwartz	Invulling van de algemene waarde qua leefstijl
Self-transendence	Het accepteren van anderen en bezorgd zijn over het welzijn van de mensen die om de persoon heen staan
Self-enhancement	De focus op het hebben van eigen successen en najagen van macht over anderen
Openness to change	Het zelfstandig bedenken hoe men zaken aanpakt en het zelfstandig aanpakken van dingen. Men staat open voor (positieve) veranderingen in de manier van leven
Conservation	Het geneigd zijn tot het beperken van de eigen persoon om de huidige situatie hetzelfde te houden

Figuur 3: De vier algemene waarden van Schwartz[23]

[21] Schwartz (1994)
[22] Schwartz (1994)
[23] Kleyweg (2006)

Hypothesen

Naar aanleiding van het gekozen conceptueel model zijn er drie hypothesen opgesteld over de verwachte uitkomsten van het onderzoek.

1) Van de vier algemene waarden vindt minimaal 50% van de onderzoeksdoelgroep de algemene waarde *Self-transendence* het beste of het op één na beste bij zijn persoonlijkheid passen.
2) Meer dan 50% van de onderzoeksdoelgroep kiest van de vier algemene waarden *Opennes to change* als waarde die het beste of op één na beste bij hem past.
3) De algemene waarde *self-enhancement* wordt gemiddeld als laagste gewaardeerd van de vier algemene waarden.

Toelichting bij de hypothesen

Veel Nederlanders hebben een groot solidariteitsgevoel en bieden hun hulp aan anderen aan[24]. Het is dan ook de verwachting dat een groot deel van de respondenten aangeeft dat de algemene waarde *Self-transendence* bij hun levensstijl past.

De burger wilde en kreeg de afgelopen jaren steeds meer inspraak[25] en daarom is de verwachting dat veel respondenten de waarden *selfdirection* en *stimulation* erg belangrijk vinden. De algemene waarde *Opennes to change* omvat beide waarden.

De laatste hypothese komt voort uit de wetenschap dat de algemene waarde *self-enhancement* vooral gaat over zaken als 'genieten van het leven', 'persoonlijke successen behalen' en 'macht hebben over anderen'. Wanneer het gaat om ziekte en gezondheid is de verwachting dat deze zaken naar de achtergrond verschuiven omdat de gezondheid van de respondent dan prioriteit krijgt boven de hierboven genoemde zaken. Een uitzondering kan het genieten van het leven zijn in het geval van een levensbedreigende ziekte. In zulke gevallen komt het voor dat de patiënt besluit om alleen nog maar dingen te doen waar hij gelukkig van wordt.[26]

[24] Agis (2012)
[25] Overheid.nl (publicatiedatum onbekend)
[26] Petrie, Buick, Weinman en Booth (1999)

Hoofdstuk 3: Methode van onderzoek

Hieronder volgt een uiteenzetting van de methoden van onderzoek die aan de basis staan van de resultaten waarmee de onderzoeksvraag beantwoord wordt. Het onderzoek valt uiteen in literatuuronderzoek en empirisch onderzoek. Empirisch onderzoek bestaat uit kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek. Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van triangulatie: het combineren van beide methoden om de geldigheid te verhogen.[27] Per onderzoeksmethode wordt aangegeven waarom voor deze specifieke methode is gekozen.

3.1 Literatuuronderzoek

Literatuuronderzoek is het doen van onderzoek naar informatie die al beschikbaar is, bijvoorbeeld omdat een eerder onderzoek deze gegevens al boven water haalde.[28] Om het lectoraat en de situatie waarin zij zich bevindt goed in kaart te brengen, deed de onderzoeker literatuuronderzoek. Verder werd voor het theoretisch kader en het bijbehorende conceptueel model gebruik gemaakt van literatuuronderzoek.

3.1.1 Organisatie-analyse

Bij het in beeld brengen van de organisatie werd gebruik gemaakt van informatie van de website van het lectoraat en brochures, folders, digitale documenten en boeken over het lectoraat die lector Erik Baars beschikbaar stelde. Extra informatie is verkregen door vragen te stellen aan Erik Baars en de informatie online op te zoeken. Omdat Irene de Graaff vorig jaar de identiteit en het imago van dezelfde organisatie onderzocht, is haar opbouw van de organisatieanalyse meegenomen bij het zoeken naar bronnen.

3.1.2 Beantwoording deelvragen

Ook de communicatie van het lectoraat moest in beeld gebracht te worden. Door dit te doen, konden de deelvragen '*via welke communicatiekanalen communiceert het lectoraat AG met reguliere patiënten?*' en '*Welke kernwaarden komen naar voren in de communicatie van het lectoraat naar de reguliere patiënten?*' worden beantwoord. Om dit te bewerkstelligen, analyseerde de onderzoeker zoveel mogelijk communicatie-uitingen van de opdrachtgever richting de onderzoeksdoelgroep. Hierbij keek de onderzoeker naar het medium dat het lectoraat per uiting gebruikt en de kernwaarden die in de boodschappen te onderscheiden zijn.
Naast de analyse van de communicatie vanuit het lectoraat AG was het ook nodig om de kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg in kaart te brengen. Alleen zo kon bepaald worden of de kernwaarden van de respondenten ten opzichte van de zorg in het algemeen overeenkomen met de kernwaarden van de AG. De bestaande communicatie over de belangrijkste waarden van de AG vanuit het lectoraat en andere antroposofische instellingen werden hiervoor als input gebruikt. Waarden die het sterkste naar voren komen en belangrijk zijn voor de antroposofische gezondheidszorg, werden in overleg met de opdrachtgever als kernwaarden aangewezen. Op deze manier kon een antwoord worden gegeven op de deelvraag *'Wat zijn de kernwaarden van de AG?'*

3.1.3 Theoretisch kader

Een vierde onderdeel van het onderzoek waarbij literatuuronderzoek een belangrijke rol speelde, is het theoretisch kader. Door op internet en binnen de literatuur te zoeken naar relevante theorieën en de bijbehorende kritieken, maakte de onderzoeker een selectie van de meest relevante theorieën. Hiervan is uiteindelijk één theorie uitgekozen die als input diende voor het conceptueel model.

3.2 Kwantitatief onderzoek

Bij het in kaart brengen van de kernwaarden van de patiënten uit de reguliere zorg werd kwantitatief onderzoek gedaan. De keuze hiervoor kwam voort uit de wens om de onderzoeksresultaten zo representatief mogelijk te laten zijn. Kwantitatief onderzoek is een logische keuze, aangezien er miljoenen reguliere patiënten in Nederland wonen. Momenteel wonen er ruim 16,5 miljoen mensen in Nederland[29] waarvan ongeveer 200.000 volwassenen gebruikmaken van antroposofische zorg. [30] De overige volwassen zorgvragers maken gebruik van reguliere zorg. Omdat iedereen die gebruikmaakt of ooit gebruik heeft gemaakt van reguliere zorg onder de term 'reguliere patiënt' valt, was de onderzoeksdoelgroep erg groot. Het was zodoende niet mogelijk

[27] Verhoeven (2011)
[28] Inview Veldwerk BV (publicatiedatum onbekend)
[29] CBS (2014)
[30] Baars (2012)

om binnen de aangegeven randvoorwaarden een kwalitatief onderzoek op te zetten waarvan de resultaten representatief zouden zijn. Het voordeel van het feit dat er kwantitatief onderzoek is gedaan, is dat in de onderzoeksperiode relatief veel respondenten benaderd konden worden.

3.2.1 Implementatie

Gezien het grote aantal mensen dat onder de doelgroep viel, was het niet realistisch om voor het kwantitatieve onderzoek de gehele populatie te benaderen. Het was daarom noodzakelijk een steekproef te nemen. Vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens[31] was het niet mogelijk om gegevens van personen uit de onderzoeksdoelgroep te achterhalen. Daarom maakte de onderzoeker gebruik van een selecte steekproef. Het is immers onmogelijk om willekeurig een aantal mensen te selecteren, als niet duidelijk is wie er exact tot de doelgroep behoren en wat de gegevens van deze mensen zijn.

Door het toepassen van de formule voor de berekening van de steekproefgrootte[32] werd duidelijk dat de bruikbare respons minimaal 385 moest zijn om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de gehele populatie. Hierbij werd uitgegaan van een foutmarge van 5%, een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een geschatte totale populatie van 16.000.000. Omdat de steekproef is getrokken binnen een aantal groepen die een klein onderdeel uitmaken van de gehele populatie, gelden de uitkomsten van het onderzoek slechts voor de geoperationaliseerde populatie. Om toch zo representatief mogelijke resultaten te krijgen, bleef het streven om 385 volledig ingevulde enquêtes te verzamelen.

$$n >= \frac{N \times z^2 \times p(1-p)}{z^2 \times p(1-p) + (N-1) \times F^2}$$

De ingevulde waardes zijn als volgt:
(N): Populatie: 16.000.000
(z): Betrouwbaarheid (95%)
(p): Spreiding: 50%
(F): Foutmarge: 5%

Figuur 4: De formule voor het bepalen van de steekproefgrootte

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de sneeuwbalsteekproef. Een sneeuwbalsteekproef houdt in dat respondenten benaderd worden via personen of instanties die mensen kennen die tot de doelgroep behoren.[33] De sneeuwbalsteekproef was uitermate geschikt voor dit onderzoek vanwege de afwezigheid van gegevens van de hele populatie.

De meningen van de respondenten werden gemeten door hen een online enquête voor te leggen. Op deze manier konden veel respondenten tegelijkertijd benaderd worden om de online vragenlijst in te vullen. De enquête is zo opgesteld dat het invullen ervan niet langer dan elf minuten in beslag nam. Na drie weken sloot de enquête. Hierna voerde de onderzoeker de resultaten in SPSS in en analyseerde en interpreteerde de onderzoeker deze resultaten.

3.2.2 Respondentengroepen

Voor dit onderzoek zijn patiëntenverenigingen van onderdelen van de reguliere zorg benaderd met het verzoek of zij de enquête onder hun leden wilden uitzetten. De enquête was via een specifieke link beschikbaar, zodat de leden van de patiëntenvereniging direct konden 'doorklikken' naar de enquête als zij deze wilden invullen.

Daarnaast werden er nog een aantal groepen benaderd om zo dicht mogelijk bij het aantal van 385 bruikbare respons te komen. De onderzoeker benaderde ook vrienden, familie en kennissen die tot de onderzoeksdoelgroep behoren. Het verzoek aan hen was om de enquête in te vullen en hun bekenden op te roepen hetzelfde te doen. Zo is er naast een sneeuwbalsteekproef onder de patiëntenverenigingen ook een sneeuwbalsteekproef onder de bekenden van de onderzoeker gedaan.

De onderzoeker probeerde om een derde sneeuwbalsteekproef uit te zetten via de afdeling Marketing en Communicatie van Hogeschool Leiden. Met instemming van deze afdeling kwam de oproep voor het invullen van de enquête ook in de nieuwsbrief van Hogeschool Leiden en op de nieuwsgroep van de medewerkers van Hogeschool Leiden.

[31] Rijksoverheid (publicatiedatum onbekend)
[32] Marktonderzoek.punt.nl (2011)
[33] Baarda en De Goede (2006)

Verder plaatste het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg nog een oproep op haar website op de pagina *Agenda/Nieuws*. Lector Erik Baars plaatste op eigen titel nog een oproep van de onderzoeker op zijn Twitter- en LinkedInaccount.

3.2.3 Benadering respondenten

De patiëntenverenigingen die zijn benaderd, zijn van tevoren geselecteerd op de hoeveelheid leden, de bereikbaarheid van vereniging en de mate waarin het een professionele vereniging/stichting betreft. Een lijst met de patiëntenverenigingen die zijn benaderd, staat in bijlage VI. Omdat niet bij alle patiëntenverenigingen gegevens over het exacte aantal leden beschikbaar waren, is er een schatting gedaan over het totale aantal leden van de patiëntenverenigingen die zijn benaderd. Dit aantal is uitgekomen op 674.150 personen.

De vrienden, familie en bekenden zijn zoveel mogelijk via een oproep op Facebook benaderd om de enquête in te vullen. Onderdeel van deze oproep aan de 67 contactpersonen van de onderzoeker was het verzoek om deze oproep te 'delen' via Facebook om zo meer mensen te bereiken. De oproep om de enquête in te vullen en te verspreiden onder bekenden is ook naar acht kennissen en zeven familieleden gestuurd middels een begeleidende e-mail.

De onderzoeker verzocht de afdeling Marketing en Communicatie van Hogeschool Leiden via een e-mail om de oproep in de nieuwsbrief en op de Facebookpagina van Hogeschool Leiden te plaatsen. In deze e-mail gaf de onderzoeker achtergrondinformatie over het onderzoek en informatie over de inhoud van de enquête. Nadat de afdeling Marketing en Communicatie akkoord was gegaan, stuurde de onderzoeker een tekst naar de afdeling op. Deze tekst is opgenomen in de nieuwsbrief en de nieuwsgroepen van Hogeschool Leiden en riep de medewerkers op om mee te doen aan het onderzoek.

In bijlage VII staat per benaderde groep de verantwoording voor de benadering en de wijze van benadering. Ook is in deze bijlage terug te vinden op welke data de verschillende groepen zijn benaderd. De exacte invullingen van alle oproepen om de enquête in te vullen en/of uit te zetten, zijn terug te vinden in bijlage VIII.

3.2.4 Beantwoording deelvragen

Middels de enquête zijn de deelvragen '*wat zijn de kernwaarden van reguliere patiënten met betrekking tot zorg in het algemeen?*' en '*via welke communicatiekanalen worden de reguliere patiënten bij voorkeur over zorggerelateerde zaken benaderd?*' beantwoord. In de enquête kwamen de zes kernwaarden van het lectoraat AG aan bod. De respondenten werd verzocht om middels een vierpuntsschaal aan te geven hoe belangrijk zij deze kernwaarden van het AG vinden. De vierpuntsschaal komt voor in het handboek CQI meetinstrumenten dat methodologisch leidend is voor het opstellen van onderzoeken naar ervaringen en belevingen van patiënten in de zorg[34].

Een andere vraag was aan welke communicatiekanalen de respondenten de voorkeur geven bij benadering door instellingen uit de gezondheidszorg. Deze vraag is middels een Likertschaal met vijf antwoordopties beantwoord, waarbij de antwoordmogelijkheden variëren tussen heel negatief en heel positief. Een belangrijke reden voor de keuze voor de Likertschaal is het feit dat het de respondenten een 'veilige' antwoordoptie verschafte. Respondenten werden zo namelijk niet gedwongen om zich voor of tegen een manier van benaderen uit te spreken. De middelste antwoordoptie 'neutraal' gaf de respondent de mogelijkheid om een eerlijk antwoord te geven als het hem niet uitmaakt of hij wel of niet op een bepaalde manier benaderd wordt.

3.2.5 Beantwoording hypothesen

In de online vragenlijst kwamen naast bovenstaande elementen ook de vier algemene waarden uit het conceptueel model aan bod. De waardering voor de vier algemene waarden werd gemeten door een vraag waarin de respondenten deze vier waarden op volgorde van belang voor hen moesten sorteren. Hierdoor werd meteen duidelijk in welke segmenten van het model van Schwartz zij zich voornamelijk bevinden. De antwoorden op deze vraag beantwoordden ook direct de vraag of de drie hypothesen werden aangenomen of verworpen.

3.2.6 Tussentijdse aanpassing enquête

Op 21 maart 2014, zeven dagen na de startdatum van de online enquête, paste de onderzoeker de enquête aan naar aanleiding van nieuwe inzichten. De tekst die de respondent zag als hij op de link van de enquête klikte, is vervangen door instructies voor het invullen van de vragenlijst. De informatie die in de vervangen tekst stond, kwam namelijk al terug in de oproepen om de enquête in te vullen. Instructies voor het invullen van de vragenlijst ontbraken juist nog. Daarnaast lukte het de onderzoeker eerst niet om bij de eerste twee vragen (*'Via welke instantie bent u benaderd om deze vragenlijst in te vullen?'* en *'Via welk medium vond u de link naar*

[34] Sixma, Delnoij, Hendriks en de Boer (2008)

deze vragenlijst?') de antwoordmogelijkheid 'Anders' open te maken. Tijdens het wijzigen van de enquête lukte dit wel, zodat de respondenten daarna deze antwoordmogelijkheid specifieker konden toelichten. Dit zorgde ervoor dat de resultaten na het wijzigen van de enquête helderder waren wat betreft de manier waarop de respondenten van de enquête hoorden. Bij de vraag die onderzoekt hoe de respondenten de vier algemene waarden beoordelen, is de toelichting iets aangescherpt. Dit zorgde ervoor dat het voor de respondent duidelijk was dat alle vier de algemene waarden in het antwoordenvlak moesten staan voordat zij verder konden met de enquête. Het is mogelijk dat dit tot minder uitstroom heeft geleid bij deze vraag. In de vraag die als *screener* diende om de onderzoeksdoelgroep te scheiden van de overige respondenten is ook een kleine aanpassing aangebracht. De zin '*Ongeveer 6% van de bevolking gebruikt naast de reguliere zorg aanvullende complementaire zorg'* in de toelichting bij deze vraag is geschrapt, omdat deze zin sturend zou kunnen werken. Al deze wijzigingen zijn om 13:01 uur doorgevoerd en versies van de vragenlijst voor én na de wijziging staan in bijlage IX en bijlage X.

3.3 Kwalitatief onderzoek

Naast kwantitatief onderzoek is er ook kwalitatief onderzoek gedaan. Hier is voor gekozen om een beter beeld te krijgen van de achterliggende redenen waarom de respondenten bepaalde waarden in de zorg belangrijker vinden dan andere waarden. Omdat deze methode relatief veel tijd kost, heeft de onderzoeker een selecte groep van negen respondenten geïnterviewd.

3.3.1 Selectie en benadering respondenten

In de online enquête werd aan het eind van de vragenlijst een verzoek aan de respondent opgenomen om zijn antwoorden toe te lichten in een interview.[35] Als de respondent open stond voor dit verzoek kon hij zijn naam, e-mailadres en telefoonnummer invullen zodat de onderzoeker contact met de respondent kon opnemen. Bij dit verzoek stond beschreven waar de interviews voor zouden dienen en dat gegevens vertrouwelijk behandeld zouden worden. Uit de uitkomsten van de online enquête zijn vervolgens de drie waarden die de respondenten het hoogst waarderen genomen. Van deze top drie van waarden ten opzichte van de zorg zijn per waarde drie respondenten geselecteerd die open stonden voor een interview over hun voorkeur. Respondenten die aangaven complementaire zorg te gebruiken kwamen niet in aanmerking voor een interview omdat zij niet tot de onderzoeksdoelgroep (reguliere zorggebruikers) behoren. Deze selectie vormde de *screener* voor het toepassen van het kwalitatieve onderzoek.

Bij elke waarde uit de ´top drie´ van de waarden van de onderzoeksdoelgroep zijn drie respondenten geïnterviewd. In totaal interviewde de onderzoeker dus negen respondenten. Hiervoor is gekozen omdat bij respondenten met gelijke profielen al na relatief weinig interviews een verzadigingspunt optreedt. Dit wil zeggen dat volgende interviews weinig tot geen nieuwe inzichten meer zouden opleveren.[36] Tijdens de interviews ging de onderzoeker dieper in op de exacte redenen waarom de aangewezen waarden zo belangrijk zijn voor de respondent. Verder kwamen de achterliggende gronden voor de voorkeuren voor bepaalde benaderingswijzen vanuit zorginstellingen aan bod.

3.3.2 Interviewtechniek

Tijdens het interview maakte de onderzoeker gebruik van de technieken *card sorting* en *showcard*. Bij de card sorting vroeg de onderzoeker de respondenten om de vier algemene waarden van Schwartz uit het conceptueel model op volgorde te leggen van hoe zij in het leven staan. Daarnaast vroeg de onderzoeker de respondenten ook om kaartjes met daarop verschillende waarden in de zorg op volgorde van importantie voor hen neer te leggen. De onderzoeker benadrukte hierbij dat er geen 'foute' antwoorden waren en dat de respondent de kaartjes mocht neerleggen zoals hij dat wilde. Naast zes kaartjes met de kernwaarden van de AG legde de onderzoeker ook vijf kaartjes neer met andere waarden. Op deze vijf kaartjes stonden de vijf waarden die het vaakst genoemd werden in de enquête bij de vraag welke waarden de respondenten nog misten. Bij het selecteren van de vijf meest genoemde waarden zijn alleen de antwoorden van reguliere zorggebruikers meegenomen. Respondenten die aangaven gebruik te maken van complementaire zorg vallen namelijk niet binnen de onderzoeksdoelgroep. Er lagen bij elk interview ook twee lege kaartjes op tafel. Op deze kaartjes kon de respondent twee waarden schrijven die hij miste, maar wel wilde meenemen in de beoordeling van de waarden.

De showcard bevatte de mogelijke benaderingswijzen met daarboven een Likertschaal met vijf antwoordmogelijkheden die variëren van 'zeker niet op deze manier benaderen' tot 'zeker op deze manier benaderen'. Een overzicht van de waarden op de verschillende kaartjes en de showcard staat in de topic guide in bijlage XI.

[35] Zie bijlage IX en bijlage X
[36] Verhoeven (2011)

De methode van cardsorting was geschikt voor het onderzoek omdat de respondent zo overzichtelijk kon laten zien welke waarden voor hem het belangrijkste zijn. Ook was het voor de onderzoeker eenvoudiger om door te vragen over bepaalde waarden omdat deze overzichtelijk tegenover de onderzoeker en de respondent lagen. Daarnaast is card sorting minder formeel dan het klassieke vraag-antwoordinterview, waardoor de sfeer wat losser was tijdens de interviews. Dit zorgde voor een soepele opstart van het interview. Het gebruik van de showcard hielp bij het voor de respondent visueel inzichtelijk maken van de vraag welke benaderingswijzen hij prefereert.

3.3.3 Implementatie

Voor het interview startte, legde de onderzoeker aan de respondent uit waar het interview voor diende en hoe er met de gegevens van de respondent omgegaan zou worden. Er was sprake van versluierd onderzoek omdat de onderzoeker voorafgaand aan het interview niet aangaf wie de opdrachtgever van het onderzoek is. Op deze manier werd voorkomen dat de respondenten bevooroordeeld aan het interview zouden beginnen en antwoorden zouden geven die stroken met hun houding tegenover complementaire zorg. Het was voor dit onderzoek belangrijk dat de beoordeling van de verschillende waarden in de zorg boven tafel kwam, zonder beïnvloeding van vaststaande meningen over antroposofische gezondheidszorg.

De onderzoeker nam bij elk interview in een hoek van 90 graden plaats ten opzichte van de respondent om een confronterende houding te vermijden. De interviews duurden gemiddeld een uur. In deze tijdsperiode was er genoeg tijd om de achterliggende beweegredenen van de respondenten te achterhalen en langere interviews zouden door de aflopende spanningsboog niet effectiever zijn.

Na de kennismaking en de introductie van het onderzoek leidde de onderzoeker de kern van het interview in door uit te leggen wat card sorting is. Onderdeel van deze introductie was een uitleg van wat de opdracht van de respondent was. De onderzoeker hield bij elke respondent dezelfde introductie aan, om te voorkomen dat de verschillende respondenten de onderzoeksopzet verschillend interpreteerden. Na de introductie werden elf kaartjes met waarden één voor één aan de respondent uitgereikt met een korte samenvatting van wat er onder elke waarde werd verstaan. De toelichtingen van de waarden stonden ook op de kaartjes. Daarna gaf de onderzoeker de respondent de twee lege kaartjes. Om te voorkomen dat de volgorde waarin de kaartjes werden uitgereikt de resultaten zou beïnvloeden, verschilde deze volgorde per interview. Ook het kaartje dat de onderzoeker als eerste aan de respondent uitreikte, was bij elk interview anders.

De onderzoeker vroeg elke respondent om hardop na te denken. Bij het doorvragen waarom bepaalde waarden hoger of lager in de rangorde van de respondenten stonden, is rekening gehouden met het feit dat alle rangorden even belangrijk zijn. Het doorvragen naar het waarom van de rangorde ging van hoog naar laag of andersom, afhankelijk van hoe het interview zich ontspon. Ook de waarden die waren ingevuld op de lege kaartjes kwamen tijdens het interview aan bod.

Na de card sorting en het bespreken van de waarden kwam de showcard aan bod. De onderzoeker introduceerde ook deze techniek en legde de respondent uit wat de bedoeling was. De introducties van zowel de card sorting als de showcard staan in de topic guide in bijlage XI. Na de uitleg over de showcard en het invullen van de showcard vroeg de onderzoeker weer door naar de achterliggende redenen van de gegeven antwoorden. Het was belangrijk om te achterhalen waarom bepaalde wijzen van benadering wel gewenst zijn en andere niet. De respondenten werd ook gevraagd hoe zij de manier van benaderen zelf zouden invullen als zij mochten kiezen. Eventuele aanvullingen wat betreft de benaderingswijzen zijn ook in het interview meegenomen.

Tijdens de interviews stonden vooral de vragen centraal waarom de respondenten bepaalde waarden belangrijk vinden in de zorg en waarom zij bepaalde communicatiekanalen prefereren bij de benadering door zorggerelateerde instellingen. Alle interviews zijn opgenomen met een audioapparaat. Zo kon de onderzoeker het interview rustig terugluisteren bij het uitwerken van de interviews en bij het trekken van conclusies naar aanleiding van de vraaggesprekken.

Per respondent werden de algemene persoonskenmerken leeftijd en geslacht vastgesteld, zodat hiermee rekening gehouden kon worden bij het interpreteren van de resultaten. Overige kenmerken of gegevens van de respondenten zijn niet in dit onderzoeksrapport opgenomen om de privacy van de respondenten te waarborgen. De interviews zijn na afloop uitgewerkt en in de bijlagen van het onderzoeksrapport opgenomen, zodat de opdrachtgever en andere lezers kunnen nalezen wat er precies is gezegd tijdens het interview.

Hoofdstuk 4: Resultaten literatuuronderzoek

4.1 Bepaling kernwaarden antroposofische gezondheidszorg

Om voor dit onderzoek de kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg (AG) vast te stellen, heeft de onderzoeker verschillende uitingen van antroposofische organisaties of instellingen geanalyseerd. Zo is de communicatie vanuit zowel het lectoraat AG als een aantal belangrijke spelers in het werkveld van de AG geanalyseerd.[37] [38] Na deze analyse heeft de onderzoeker in samenspraak met de opdrachtgever een aantal kernwaarden geformuleerd. Tijdens een bijeenkomst van het werkveld van de AG zijn deze kernwaarden bediscussieerd en teruggegeven aan de onderzoeker. De onderzoeker en de opdrachtgever hebben naar aanleiding van deze discussie en de analyse van de onderzoeker vervolgens de definitieve kernwaarden van het AG voor dit onderzoek vastgesteld. Deze zes kernwaarden staan weergeven in figuur 5.

Kernwaarde	Toepassing vanuit het gezichtspunt van de antroposofische gezondheidszorg
Persoonlijke ontwikkeling	(Het doormaken van) ziekte en (het verbeteren van) gezondheid worden binnen de AG in verband gebracht met zelfontwikkeling ofwel het actief bevorderen van de eigen gezondheid
Eigen regie	Antroposofische zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in het omgaan met de eigen gezondheidstoestand en het verbeteren hiervan
Individugericht	Professionele, persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn of haar eigen situatie en omgeving
Gelijkwaardigheid	Gelijkwaardigheid in de zorgrelatie tussen de patiënt en de behandelaar(s)
Totaalbeeld	de AG kijkt naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid
Kwaliteit	De antroposofische zorg is veilig, effectief en/of kosteneffectief en verbetert de kwaliteit van leven van de patiënt (duurzame behandeling). De behandelingen hebben niet of nauwelijks bijwerken en de zorgprofessionals zijn dienstbaar aan het therapeutische proces van de patiënt

Figuur 5: Vastgestelde kernwaarden van de AG

4.2 Huidige communicatie vanuit het lectoraat richting de doelgroep

De communicatie-uitingen die door de onderzoeksdoelgroep kunnen worden ontvangen, zijn geanalyseerd om een beeld te krijgen van de huidige manier van communiceren van het lectoraat AG. De uitkomsten van deze analyse staan hieronder beschreven. De complete analyse is terug te vinden in Bijlage III: Communicatie lectoraat AG en kernwaarden AG.

4.2.1 Gebruikte communicatiekanalen

De communicatie vanuit het lectoraat die door de doelgroep ontvangen kan worden is beperkt. Het aantal verschillende communicatie-uitingen komt uit op negen. Eén van deze negen uitingen is een nieuwsbrief die gestopt is omdat het gerelateerde project waarvan hij deel uitmaakte is afgerond. Tussen de overige communicatie-uitingen zitten vier boeken, twee nieuwsbrieven, de agenda en het laatste nieuws op de website van het lectoraat en een PDF-document over het systeem van de antroposofische gezondheidszorg.[39]

[37] Bijlage III: Communicatie lectoraat AG en kernwaarden AG
[38] Bijlage V: Analyse aanwezige kernwaarden belangrijkste spelers in het veld van AG
[39] Bijlage IV: Analyse communicatie vanuit het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg

4.2.2 Gecommuniceerde kernwaarden

Vijf waarden komen in de geanalyseerde communicatie-uitingen meerdere keren naar voren. In onderstaand figuur staan deze waarden met daarbij een toelichting van wat er onder deze waarde verstaan wordt.

Waarde	Toelichting waarde
Totaalbeeld	Niet alleen reguliere behandelmethoden toepassen, maar ook aanvullende antroposofische behandelmethoden gebruiken. De antroposofische gezondheidszorg kijkt naar het lichaam, de ziel en de geest.
Individugericht	Aandacht voor de persoon als uniek mens, in unieke situatie en een eigen context.
Gelijkwaardigheid	Een gelijkwaardige relatie/verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener.
Zelfontwikkeling	Het actief bevorderen van de eigen gezondheid van de patiënt die gebruikmaakt van antroposofische zorg.
Kwaliteit	De wetenschappelijke onderbouwing dat de AG veilig en verantwoord is en dat de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert wanneer deze gebruikmaakt van antroposofische zorg.

Figuur 6: Overzicht vaakst terugkomende waarden in communicatie richting reguliere patiënten

Hoofdstuk 5: Resultaten kwantitatief onderzoek

Dit hoofdstuk behandelt de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek. Allereerst wordt aangetoond of de resultaten van het kwantitatieve onderzoek significant zijn of niet. Hierna komen de kenmerken van de respondenten aan bod en worden de resultaten van de online enquête uiteengezet. Alle percentages die hierbij genoemd worden, zijn afgerond op hele getallen. De exacte uitwerkingen van de resultaten staan in bijlage XII. Aan het einde van dit hoofdstuk staat per hypothese aangegeven of deze op basis van de resultaten wordt aangenomen of verworpen.

5.1 Significantie resultaten

Voor een foutmarge van 5% was het benodigde aantal respondenten 385. In totaal gaven 360 respondenten een bruikbaar antwoord op de filtervraag '*Maakt u op dit moment gebruik van complementaire zorg?*'. Van deze 360 personen gaven 71 personen aan inderdaad gebruik te maken van complementaire zorg. Deze mensen maken geen onderdeel uit van de onderzoeksdoelgroep en daarom zijn de resultaten van deze respondenten niet meegenomen in dit onderzoeksrapport. Het aantal respondenten dat tot de onderzoeksdoelgroep behoort, komt dus uit op 289. Van deze 289 personen hebben 28 respondenten niet alle vragen van vraag 5 tot en met vraag 8 beantwoord. Omdat dit de inhoudelijke vragen van het onderzoek betreft, worden deze respondenten niet meegeteld bij het berekenen van de foutmarge. Het aantal bruikbare respons komt hiermee uit op een aantal van 261. Met behulp van de formule voor de berekening van de foutmarge (zie figuur 7) is te berekenen dat de afgeronde foutmarge van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek hierdoor uitkomt op 6,07%.

$$E = z_{\alpha/2}/(2\sqrt{n})$$

De ingevulde waarden zijn als volgt:
($z_{\alpha/2}$): De z-waarde die af te lezen is van de tabel Standaardnormale verdeling bij een betrouwbaarheidspercentage van 95%: 1,96
n: Steekproefgrootte: 261

Overige symbolen:
E: De te berekenen foutmarge in procenten

Figuur 7: De formule voor het bepalen van de foutmarge[40]

Het betrouwbaarheidspercentage komt hiermee uit op 93,93%. Omdat dit iets lager is dan de benodigde 95% zijn de resultaten niet significant. De resultaten geven echter wel een goed beeld van de geoperationaliseerde populatie.

5.2 Demografische gegevens

Om een goed beeld van de respondenten te kunnen schetsen, zijn ook een aantal demografische gegevens in kaart gebracht. De respondenten is ook gevraagd via welke instantie ze benaderd zijn om de enquête in te vullen en via welk medium ze bij de online vragenlijst terecht zijn gekomen.

Van de 261 respondenten van wie de respons bruikbaar is, bestaat het grootste gedeelte uit vrouwen. Om precies te zijn beslaat deze groep 56% van het totaal aantal respondenten.[41]

Bij de vraag naar de leeftijd van de respondent konden de respondenten voor het antwoord uit zeven leeftijdscategorieën kiezen. De meeste respondenten die de enquête hebben ingevuld, vallen in de leeftijdscategorie 65- tot-en-met 74-jarigen (25%) of de leeftijdscategorie 55- tot-en-met 64-jarigen (23%). Hierop volgt de groep die tussen de 45 en 55 jaar oud is met 15%. Drie groepen beslaan elk 10% van het totale aantal respondenten: 25- tot-en-met 34-jarigen, 35- tot-en-met 44-jarigen en de mensen van 75 jaar of ouder. Van de 261 respondenten gaf 7% aan in de leeftijdscategorie 18- tot-en-met 24-jarigen te vallen.[42]

[40] Courtney Taylor (publicatiedatum onbekend)
[41] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek
[42] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek

40% van de respondenten van wie de antwoorden bruikbaar waren, vulde bij de eerste vraag de antwoordmogelijkheid 'Ik ben persoonlijk door de onderzoeker benaderd' in. Een beduidend kleiner aantal respondenten, 17%, gaf aan via Hogeschool Leiden op de hoogte te zijn geraakt aan het onderzoek deel te kunnen nemen. Een tiende van de respondenten gaf aan via Hartpatiënten Nederland te zijn benaderd om aan de enquête deel te nemen. Een overzicht van de frequentie van alle gegeven gesloten antwoorden bij vraag 1 staat in bijlage XIII.[43]

Van de respondenten van wie de antwoorden bruikbaar zijn en die bij vraag 1 de antwoordoptie '*Anders*' aanklikten, vulden 52 personen het open antwoordveld in. Het grootste deel van deze respondenten werd via de organisatie Huis voor de zorg benaderd. Andere antwoorden die vaker voorkomen, zijn '*DSVP*', '*Hogeschool Leiden*' en '*Facebook*'. Een aantal personen kwam via een vriend of een kennis bij de vragenlijst terecht. Deze personen zijn ondergebracht in het kopje '*Via via*'.[44]

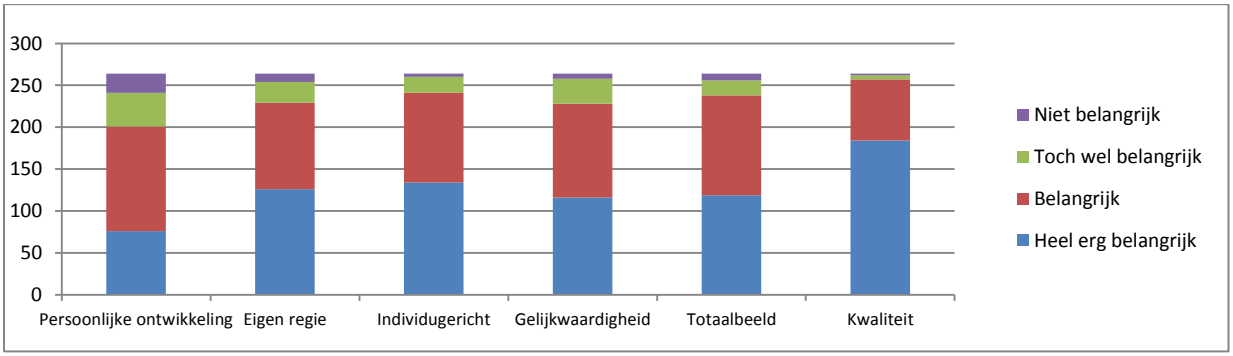
Vraag 2 brengt in kaart via welk medium respondenten benaderd waren om de vragenlijst in te vullen. Van de bruikbare antwoorden viel 32% in de categorie 'Persoonlijk verzoek van de onderzoeker'. Ongeveer een kwart van de respondenten gaf aan via Facebook benaderd te zijn en 18% liet weten via de website van een patiëntenvereniging doorgelinkt te zijn naar de enquête. Een compleet overzicht van de frequentie van de resultaten qua gesloten antwoordmogelijkheden staat in bijlage VIII.[45]

Bij vraag 2 vulden 57 respondenten van wie de respons bruikbaar was het antwoordveld van de optie '*Anders*' in. Het grootste gedeelte van deze 57 respondenten gaf aan via een e-mail benaderd te zijn (53%) en ongeveer een kwart (26%) liet weten via de website of de nieuwsbrief van voetbalvereniging DSVP benaderd te zijn. Een kleiner percentage (16%) is via het nieuwsbulletin of de nieuwsgroep van de medewerkers van Hogeschool Leiden benaderd. De overige 5% gaf aan op een andere wijze benaderd te zijn. [46]

5.3 Waarden in de zorg

5.3.1 Beoordeling zes kernwaarden AG

Het overgrote merendeel van de respondenten bestempelt alle genoemde waarden in de zorg als '*belangrijk*' of '*heel belangrijk*'. Erg verwonderlijk is dit niet, omdat de gebruikte vierpuntschaal voor de antwoordmogelijkheden geen neutrale antwoordoptie biedt. Dit zorgt ervoor dat de respondenten de antwoordoptie '*belangrijk*' gemakkelijk als het nieuwe 'neutrale' antwoord kunnen aanzien. Wat wel bijzonder is, is dat per waarde steeds een gering aantal mensen aangeeft deze waarde in de zorg niet belangrijk te vinden. Bij geen enkele waarde komt het aantal respondenten dat aangeeft deze waarde niet belangrijk te vinden boven de 10% uit.



Figuur 8: Weergave waardering kernwaarden in de zorg (N= 261)

Kijkend naar de resultaten per individuele subvraag, wordt duidelijk dat de respondenten de waarde *Persoonlijke ontwikkeling* het minst belangrijk achten in de zorg. Van de 264 respondenten geeft 9% van de respondenten aan deze waarde niet belangrijk te vinden. 15% van de respondenten geeft aan de waarde 'toch wel belangrijk' te vinden en ongeveer de helft van de respondenten gaf als antwoord '*belangrijk*'. Deze subvraag kent het kleinste aantal respondenten dat de waarde als 'Heel erg belangrijk' aanduidde: 29% van de respondenten gaf dit antwoord.
De belangrijkste waarde in de zorg voor de respondenten is '*Kwaliteit*'. Maar liefst 70% van het totale aantal respondenten geeft aan deze waarde 'heel erg belangrijk' te vinden. De antwoordoptie 'belangrijk' is door 28%

[43] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek
[44] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek
[45] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek
[46] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek

van de respondenten geselecteerd en slechts 2 respondenten geven aan deze waarde 'toch wel belangrijk' te vinden. Nog eens 2 respondenten vinden de waarde *Kwaliteit* niet belangrijk.

De op één na belangrijkste waarde voor de respondenten is '*Individugericht*'. Met 51% van alle respondenten die aangeven deze waarde 'heel erg belangrijk' te vinden, komt deze waarde in de zorg op de tweede plaats qua belangrijkheid voor de respondenten. De waarde '*Eigen regie*' komt op plaats drie wat betreft belangrijke waarden in de zorg. Van de 264 respondenten vindt 48% deze waarde 'heel erg belangrijk'.

De antwoorden van de respondenten bij de waarden '*Gelijkwaardigheid*' en '*Totaalbeeld*' liggen vrij dicht bij elkaar, met respectievelijk 116 (44%) en 119 (45%) personen die deze waarde 'heel erg belangrijk' vinden.

5.3.2 Open antwoorden extra waarden in de zorg

Na de vraag hoe belangrijk de respondenten bovenstaande waarden in de zorg vinden, kregen de respondenten de vraag of zij nog waarden aan deze vraag zouden willen toevoegen. Van de respondenten van wie de respons bruikbaar is voor het onderzoek, gaven 118 personen een inhoudelijk antwoord op deze vraag. De gegeven antwoorden zijn in vijftien categorieën ondergebracht, waarvan de vier meest relevante categorieën hieronder staan toegelicht.[47]

Respect

Twintig personen geven aan een stukje respect te missen in de zorg. Deze respondenten vinden vooral respect voor de eigen keuze van de patiënt en respect voor de patiënt als mens belangrijk.

Communicatie en transparantie

De respondenten geven aan belang te hechten aan 'goede communicatie' en 'openheid en eerlijkheid' richting de patiënt.

Menselijke zorg

'Begrip voor mensen die zorg nodig hebben', 'aandacht voor de persoon' en 'persoonlijke benadering en tijd voor de mens' zijn voorbeelden van zaken die respondenten aanstippen.

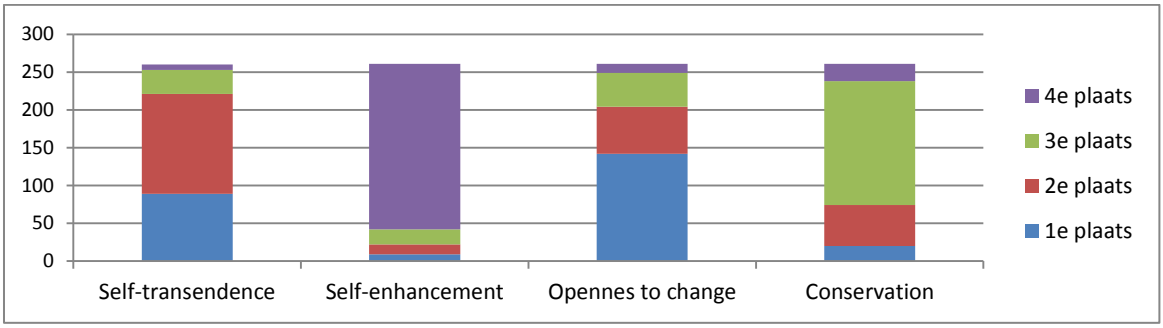
Overige

In deze categorie staan diverse antwoorden. Een aantal zaken die genoemd worden zijn 'Betaalbaarheid', 'Keuzevrijheid', 'De vertrouwensband met de zorgverlener' en 'het nakomen van afspraken'.

5.3.2.1 Selectie vijf extra waarden kwalitatief onderzoek

De categorie 'Overig' kan niet gebruikt worden voor kwalitatief onderzoek (voor persoonlijke waarden kregen de respondenten twee lege kaartjes). De vijf antwoordcategorieën die het grootste zijn, zijn dan de categorieën 'Respect', 'Communicatie en Transparantie', 'Menselijke zorg', 'Onafhankelijkheid patiënt' en 'Zorg op maat'. Deze vijf waarden zijn toegevoegd aan het lijstje met waarden bij het kwalitatieve onderzoek, waarbij respondenten waarden in de zorg moeten sorteren op volgorde van belang.[48]

5.4 Algemene waarden met betrekking tot leefstijl



Figuur 9: Rangschikking algemene waarden Schwartz (N= 261)

De vraag welke algemene waarden uit het conceptueel model het beste bij de leefstijl van de respondent passen, levert uitgesproken resultaten op. De opdracht bij deze vraag was om de algemene waarden van Schwartz op volgorde te rangschikken in hoeverre deze waarden passen bij de levensstijl van de respondent.

[47] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek
[48] Bijlage XI: Topic guide kwalitatief onderzoek

Waarden die beter bij de levensopvatting van de respondent passen, moesten hoger in de rangschikking worden gezet. In bovenstaande grafiek zijn de namen van de algemene waarden te zien. In de vragenlijst stonden omschrijvingen van de algemene waarden in plaats van de namen.[49] De resultaten bij deze vraag zijn erg duidelijk, waardoor in één oogopslag duidelijk is dat de meeste respondenten de waarde '*Opennes to change*' het beste bij zichzelf vinden passen. Van de 261 respondenten geeft 54% aan dat deze waarde het beste bij hen past. Bijna een kwart (24%) van de respondenten zette '*Opennes to change*' op de tweede plaats in de rangschikking. Bij een aanmerkelijk kleiner percentage van de respondenten kwam deze waarde op de derde of de vierde plaats: respectievelijk 17% en 5%.

Naast '*Opennes to change*' wordt ook de waarde '*Self-transendence*' door relatief veel respondenten op de eerste plaats van de rangschikking gezet. In totaal zette 34% van de respondenten deze waarde bovenaan het lijstje met waarden. Ongeveer de helft (51%) van alle respondenten zette '*Self-transendence*' op de tweede plek van de rangschikking. De percentages van respondenten die deze waarde op de derde (12%) of vierde plaats (3%) legde, liggen beduidend lager.

De waarde die het vaakst door de respondenten op de derde plaats in de rangschikking werd gelegd, is de waarde '*Conservation*'. Van alle respondenten sleepte 63% deze waarde naar de derde plek toe. Het percentage van de respondenten dat '*Conservation*' op de eerste plaats zette was met 7% aanmerkelijk kleiner. Ongeveer een vijfde van de respondenten gaf deze waarde de tweede plaats in de rangschikking en 9% van de respondenten zette de waarde op de vierde plaats.

Niet veel respondenten vonden de waarde '*Self-enhancement*' bij hun manier van leven passen. Gemiddeld genomen kreeg deze waarde het vaakste de vierde en dus laatste plaats aangewezen: bij 84% van de respondenten kwam deze waarde op de laatste plaats. Bij een veel lager percentage van de respondenten kwam '*Self-transendence*' op de derde (8%), tweede (5%) of eerste (3%) plaats bij de rangschikking.

5.5 Gewenste communicatiekanalen bij benadering van zorginstellingen

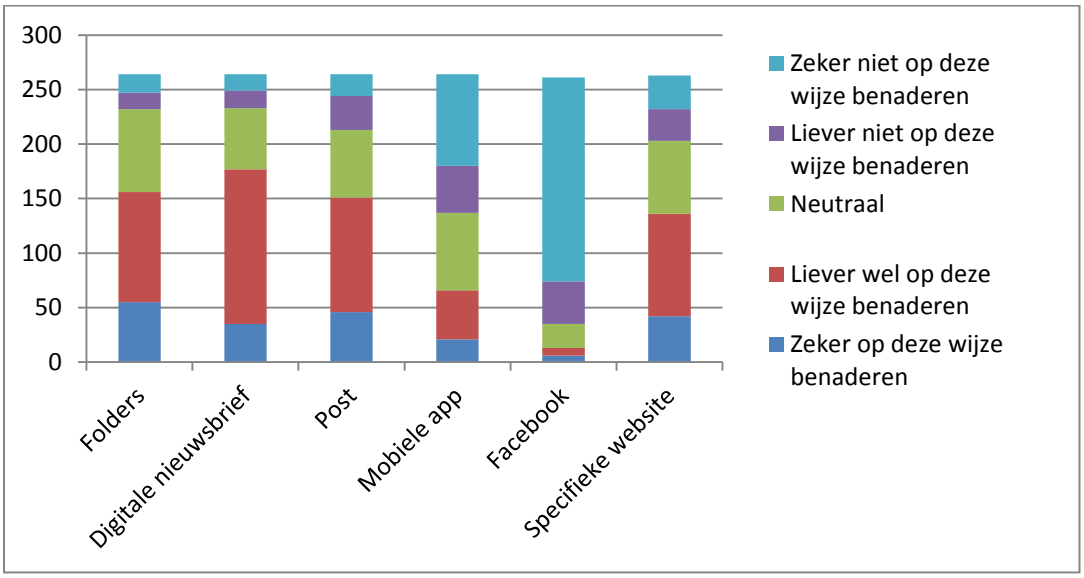
Een opvallende uitkomst bij de gewenste manier van benadering door zorginstellingen is de afkeer van Facebook van de respondenten. Maar liefst 72% van de respondenten geeft aan zeker niet via Facebook benaderd te willen worden. Nog eens 11% van alle respondenten geeft aan 'liever niet' op deze wijze benaderd te worden. Slechts 5% van alle respondenten geeft aan 'zeker wel' of 'liever wel' op deze manier benaderd te worden. Van deze 5% vinden de meeste respondenten de waarden '*Kwaliteit*', '*Eigen regie*' en '*Individualiteit*' binnen de zorg het belangrijkste.[50]

De respondenten staan minder afwijzend tegenover het gebruik van een mobiele app, maar toch is ook deze benaderingswijze niet favoriet bij de respondenten. Van de respondenten geeft 32% aan 'zeker niet' op deze manier benaderd te willen worden en 16% laat weten 'liever niet' via een app geïnformeerd te worden. Iets meer dan een kwart van de respondenten staat neutraal tegenover het gebruik van een mobiele app. De respondenten die positief tegenover de benadering via een app staan, vinden de waarde '*Kwaliteit*' het belangrijkste binnen de zorg.[51]

Bij de subvraag 'Via een specifieke website' geeft 51% aan 'liever wel' (35%) of 'zeker' (16%) op deze wijze benaderd te willen worden. Een kwart van de respondenten staat neutraal tegenover deze benaderingswijze en de overige respondenten laten weten liever niet of zeker niet middels een specifieke website benaderd te worden. De waarden de waarden '*Kwaliteit*', '*Eigen regie*' en '*Individualiteit*' zijn het belangrijkste voor de respondenten die via een specifieke website geïnformeerd willen worden.[52]

De drie best gewaardeerde communicatiekanalen zijn informatieve folders, een digitale nieuwsbrief en de benadering per post. Van de respondenten wil 21% zeker door middel van folders geïnformeerd worden en 38% geeft aan 'liever wel' via deze weg benaderd te worden. In totaal staat dus 59% positief tegenover deze benaderingswijze. Slechts 12% van de respondenten geeft aan liever niet of zeker niet op deze manier geïnformeerd te worden. Dit betekent dat iets minder dan een derde van de respondenten neutraal tegenover deze wijze van benadering staat. De respondenten die aangeven zeker wel of liever wel op deze wijze benaderd te worden, vinden de waarden '*Kwaliteit*', '*Eigen regie*' en '*Individualiteit*' het belangrijkste.[53]

[49] Bijlage IX: vragenlijst vanaf 14-3-2014 en bijlage X: aangepaste vragenlijst vanaf 21-3-2014
[50] Bijlage XV, figuur 27: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (Facebook)
[51] Bijlage XV, figuur 31: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (mobiele app)
[52] Bijlage XV, figuur 29: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (specifieke website)
[53] Bijlage XV, figuur 28: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (informatieve folders)



Figuur 10: Gewenste wijze van benadering (N= 261)

In totaal staat 67% van de respondenten positief tegenover de benadering van zorginstellingen middels digitale nieuwsbrieven. Dit percentage is afkomstig van de 54% van de respondenten die aangeven liever op deze manier benaderd te willen worden en de 13% van de respondenten die zeker via een digitale nieuwsbrief benaderd willen worden. Van alle respondenten staat 21% neutraal tegenover het gebruik van een digitale nieuwsbrief en 12% wil liever niet of zeker niet op deze manier benaderd worden. De respondenten die wel door middel van een digitale nieuwsbrief benaderd willen worden, vinden de waarden '*Kwaliteit*', '*Eigen regie*' en '*Individualiteit*' het belangrijkst binnen de zorg.[54]

De onderstaande resultaten geven aan in hoeverre de respondenten via de post benaderd willen worden. Deze resultaten lijken op de resultaten bij de benaderingswijze 'Via informatie folders'. Iets minder dan een vijfde (17%) van de respondenten geeft aan zeker via de post benaderd te willen worden. Van alle respondenten geeft 40% aan 'liever wel' op deze wijze benaderd te worden en 24% van de respondenten staat neutraal tegenover deze benaderingswijze. 19% van de respondenten wil liever niet of zeker niet op deze manier benaderd worden. De respondenten die positief staan tegenover benadering middels de post, vinden de waarden *Kwaliteit*' en '*Totaalbeeld*' het belangrijkste in de zorg.[55]

5.6 Opmerkingen naar aanleiding van het onderzoek

Alle respondenten kregen aan het einde van het onderzoek de kans om eventuele aan- of opmerkingen te noteren en door te geven aan de onderzoeker. Van de respondenten van wie de respons bruikbaar was, vulden 59 personen hier iets in. Negen personen wenste de onderzoeker succes met het onderzoek en een aantal respondenten gaf de onderzoeker feedback op de vragenlijst of het onderzoek zelf. De rest van de opmerkingen waren dermate uiteenlopend dat ze in de categorie ´Overig´ zijn ondergebracht. Frappant is dat negen respondenten bij deze vraag aangaven geen opmerkingen te hebben, terwijl in de omschrijving bij de vraag stond dat de respondent in dit geval niks hoefde in te vullen.[56]

5.7 Hypothesen

De resultaten die in het theoretisch kader op basis van het conceptueel model zijn geformuleerd, worden naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek aangenomen of verworpen.

Hypothese 1

'Minimaal 50% van de onderzoeksdoelgroep vindt de algemene waarde Self-transendence het beste of het op één na beste bij zijn persoonlijkheid passen van de vier algemene waarden.'

Uit onderzoek blijkt dat 34% van de respondenten deze waarde het beste bij zijn of haar manier van leven vindt passen. Nog eens 51% van de respondenten geeft aan dat deze waarde het op een na beste bij zijn leefstijl past. Deze hypothese wordt dus aangenomen.

[54] Bijlage XV, figuur 30: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (digitale nieuwsbrief)
[55] Bijlage XV, figuur 32: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (via de post)
[56] Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek

Hypothese 2

'Meer dan 50% van de onderzoeksdoelgroep kiest van de vier algemene waarden Opennes to change als waarde die het beste of op één na beste bij hem past.'

Hypothese 2 wordt ook aangenomen, omdat uit onderzoek blijkt dat 54% van de respondenten vindt dat deze waarde het beste bij hun levensopvatting past. Bij 24% van de respondenten komt de waarde op de tweede plaats bij de rangschikking van hoe goed de waarden bij de leefstijl van de respondent passen.

Hypothese 3

'De algemene waarde self-enhancement wordt gemiddeld als laagste gewaardeerd van de vier algemene waarden.'

Deze hypothese wordt aangenomen om het feit dat 84% van de respondenten deze waarde het laagst waardeerde van de vier algemene waarden.

Hoofdstuk 6: Resultaten kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk komen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek aan bod. Deze resultaten vormen samen met de resultaten van het kwantitatieve onderzoek (zie hoofdstuk 5) de inbreng van het volgende hoofdstuk met daarin de conclusies. Dit hoofdstuk trapt af met de verantwoording van de respondenten en een schema met een aantal persoonskenmerken van de respondenten. Hierna volgen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek per topic uit de topic guide.

6.1 Benadering respondenten

Van alle respondenten die de enquête in zijn geheel invulden, vulden 96 personen hun contactgegevens in om benaderd te worden voor een vervolginterview. Van deze groep gaven 23 personen in de enquête aan gebruik te maken van complementaire zorg. Omdat deze mensen buiten de onderzoeksdoelgroep vallen, zijn zij uit de lijst met mogelijk te benaderen respondenten gefilterd. Van de overgebleven 73 personen is vervolgens in kaart gebracht hoe zij het belang van de drie best gewaardeerde waarden uit het kwantitatieve onderzoek waardeerden. De drie best gewaardeerde waarden in de zorg zijn *Eigen regie*, *Individugericht* en *Kwaliteit*.

Van de 73 overgebleven respondenten zijn alleen respondenten die aan één of meerdere van deze drie best gewaardeerde waarden de hoogste waardering gaven, meegenomen. Uiteindelijk bleven er 54 respondenten over om te benaderen. De onderzoeker heeft geprobeerd om zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten uit verschillende leeftijdsklassen te benaderen. Om de privacy van de respondenten te waarborgen, zijn hun namen niet meegenomen in het onderzoek. Wel zijn per respondent een aantal persoonsgegevens genoteerd om een beeld te vormen van de negen respondenten. Deze gegevens zijn terug te vinden in figuur 11: het respondentenschema.

	Benaderd vanwege hoge waardering waarde in de zorg	Geslacht	Leeftijd	Zorggebruik
Respondent 1	Eigen regie	Man	25	Maakt bijna geen gebruik van zorg. Bij ziekte bezoekt de respondent de huisarts
Respondent 2	Individugericht	Vrouw	58	Slikt medicijnen, maar wil hier verder niet op ingaan. Bij ziekte bezoekt de respondent de huisarts
Respondent 3	Individugericht	Man	59	Maakt momenteel geen gebruik van zorg. De respondent gaat één keer per jaar naar de tandarts en de huisarts voor een check-up
Respondent 4	Kwaliteit	Vrouw	33	Maakt bijna geen gebruik van zorg. De respondent gaat eens in het halfjaar naar de tandarts voor controle
Respondent 5	Eigen regie	Man	56	De respondent maakt wel eens gebruik van zorg en gaat dan naar de huisarts. De respondent is daarnaast een aantal keer voor zichzelf en anderen bij de spoedeisende hulp geweest
Respondent 6	Kwaliteit	Vrouw	21	Een jaar geleden is de respondent bij de huisarts geweest voor maagzuurremmers. Momenteel maakt de respondent geen gebruik van zorg
Respondent 7	Eigen regie	Man	68	De respondent bezoekt ieder jaar voor controle een specialist in het ziekenhuis wegens hartproblemen. Verder maakt de respondent geen gebruik van zorg
Respondent 8	Kwaliteit	Vrouw	53	De respondent zal een hersteloperatie ondergaan na een behandeling van borstkanker. Verder is de respondent recent bij de spoedeisende hulp geweest voor een ongeluk tijdens het hardlopen
Respondent 9	Individugericht	Man	74	De respondent maakt momenteel geen gebruik van zorg. Als de respondent zorg nodig heeft gaat hij naar de huisarts

Figuur 11: het respondentenschema

6.2 Resultaten topic 1

In deze paragraaf staat beschreven welke algemene waarden de negen respondenten het belangrijkste vinden en welke waarden hen minder aanspreken. Deze uitkomsten zijn verkregen door middel van card sorting. De respondenten kregen vier kaartjes, waarbij op elk kaartje een omschrijving van één van de vier algemene waarden uit het conceptueel model stond. Vervolgens kregen de respondenten de opdracht de algemene waarden op volgorde van belang voor hen neer te leggen. De meeste respondenten hebben een duidelijke voorkeur voor twee waarden en vinden dat de twee andere waarden helemaal niet bij hen passen.

6.2.1 De belangrijkste algemene waarden

Bij de card sorting van de vier algemene waarden van Schwartz past één algemene waarde bij de leefstijl van alle respondenten: *Opennes to change*. De respondenten geven aan dat ze zelfstandig zijn in hun doen en laten. Enkelen laten ook weten actief om zich heen te kijken naar mogelijkheden om hun leefstijl te veranderen.[57] Deze veranderingen in hun leefstijl hebben als doel dat hun leven hier beter en/of eenvoudiger door wordt. Een voorbeeld hiervan is veranderingen in het eetgedrag om de gezondheid te verbeteren.[58]

Veel respondenten geven daarnaast aan dat de waarde *Self-transendence* goed bij hen past.[59] Een aantal respondenten geeft aan dat deze waarde niet alleen bij hun manier van leven past, maar dat ze ook als waarde belangrijk is voor de respondent.[60]

6.2.2 De minst belangrijke algemene waarden

Daar waar de negen respondenten veelal de waarden *Opennes to change* en *Self-transendence* bovenaan zetten tijdens de card sorting, liggen de waarden *Conservation* en *Self-enhancement* vaak onderaan het rijtje. [61] De respondenten geven aan dat zij het niet aantrekkelijk of nastrevenswaardig vinden om een bestaande situatie hetzelfde te houden. Het onderdrukken van de eigen behoeften spreekt de respondenten daarbij ook niet aan.[62] Een aantal respondenten laat weten soms de eigen behoeften te onderdrukken om zo de huidige situatie in stand te houden. Zij doen dit vooral om anderen niet tegen de haren in te strijken.[63]

De meeste respondenten leggen de waarde *Self-enhancement* onderaan. De belangrijkste reden hiervoor is dat de zin *'…ik vind het fijn om macht te hebben over anderen'* hen tegen de borst stuit. Geen enkele respondent kan zich hierin vinden. Een klein aantal respondenten geeft toe dat zij het wel fijn vindt om succes te hebben, maar ook hierbij vinden ze de formulering, *'Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen'*, niet passend. [64]

6.3 Resultaten topic 2

Deze paragraaf geeft de belangrijkste uitkomsten van de card sorting van waarden in de zorg weer. Voor deze card sorting kregen de respondenten elf gegeven waarden met de mogelijkheid om twee eigen waarden toe te voegen. De opdracht voor de respondenten was om deze waarden in de zorg te rangschikken op volgorde van belang voor hen.

6.3.1 Drie trends bij de beoordeling van waarden in de zorg

Tijdens de interviews kwamen drie trends vaak naar voren. Deze trends worden hieronder toegelicht.

Trend 1: Koppeling rangschikking waarden aan chronologie van de waarden in het zorgproces

De eerste trend is dat een aantal respondenten de volgorde van de waarden bij de card sorting koppelt aan de fasen waarin zij vinden dat deze waarden moeten terugkomen in het zorgproces.[65] Zo zetten respondent 3, respondent 7 en respondent 9 de waarde *Onafhankelijkheid* wat meer onderaan tijdens de card sorting omdat voor hen de patiënten pas weer onafhankelijk kunnen leven als de behandeling er opzit.[66] De fase waarin deze

[57] Zie bijlage XVI: Analyseschema's topic 1; Analyseschema 1
[58] Zie bijlage XIX: Verbatimverslag interview respondent 1
[59] Zie bijlage XVI: Analyseschema's topic 1; Analyseschema 2
[60] Zie bijlage XXII: Verbatimverslag interview respondent 4
[61] Zie bijlage XVI: Analyseschema's topic 1; Analyseschema 3 en Analyseschema 4
[62] Zie bijlage XVI: Analyseschema's topic 1; Analyseschema 3
[63] Zie bijlage XXIV: Verbatimverslag interview respondent 6 en bijlage XXVII: Verbatimverslag interview respondent 9
[64] Zie bijlage XVI: Analyseschema's topic 1; Analyseschema 4
[65] Zie bijlage XVII: Analyseschema's topic 2; Analyseschema 26, Analyseschema 31 en Analyseschema 33
[66] Zie bijlage XXI: Verbatimverslag interview respondent 3, bijlage XXV: Verbatimverslag interview respondent 7 en bijlage XXVII: Verbatimverslag interview respondent 9

waarde aan bod komt, de laatste fase, bepaalt dus waar *Onafhankelijkheid* komt te staan in de rangschikking: in de onderste regio van het rijtje.

Trend 2: Verbanden aanbrengen tussen de waarden

Het is opvallend dat alle respondenten gelijkenissen zien tussen een aantal kaartjes tijdens de card sorting. De respondenten geven bijvoorbeeld vrij vaak aan dat de waarden *Individugericht* en *Zorg op maat* op elkaar lijken,[67] maar ze zien ook overeenkomsten tussen andere waarden.[68] Naast de gelijkenissen die sommige respondenten tussen bepaalde waarden zien, geven enkelen ook aan dat er een oorzaak-gevolgverband bestaat in de sortering van de waarden. Dit sluit weer enigszins aan op de eerste trend waarin waarden die later aan bod komen, lager in de sortering komen te staan. Vooral in het interview met respondent 2 kwam het oorzaak-gevolgverband sterk naar voren.[69]

Trend 3: Weinig 'onbelangrijke' waarden

Uit de interviews is af te leiden dat de respondenten bijna alle waarden binnen de zorg die zij beoordelen wel in enige mate belangrijk vinden. De meeste respondenten kunnen zich slechts in de onderste twee á drie waarden van hun rangschikking niet vinden.[70] Respondent 5 en respondent 7 geven zelfs expliciet aan dat er geen waarden in hun rangschikking staan die voor hen niet belangrijk zijn in de zorg.[71]

6.3.2 De belangrijkste kernwaarde in de zorg

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat de waarde *Kwaliteit* voor alle respondenten erg belangrijk is. Acht van de negen respondenten zetten deze waarde in de top drie van hun rijtje van meest belangrijke waarden. Slechts één respondent zet de waarde *Kwaliteit* lager neer en geeft daarbij aan dat de kwaliteit van de zorg voor haar een randvoorwaarde is in de zorg. [72] De respondent geeft aan dat als de kwaliteit van de zorg niet goed zou zijn, zij deze waarde hoger zou neerzetten bij de card sorting.[73] In dit licht bekeken, behoort de (waarborging van de) kwaliteit van de zorg dus tot de kernwaarden van de respondenten in de zorg.

6.3.3 Communicatie binnen de zorg

De respondenten zijn het zonder uitzonderingen eens dat goede communicatie van de behandelaar richting de patiënt een stukje onzekerheid wegneemt en zo rust creëert. Bij veel respondenten staat de waarde *Communicatie en transparantie* daarom hoog in het vaandel. De zorg moet transparant en eerlijk zijn en de zorgsituatie moet met de patiënt besproken worden zodat deze hier een compleet beeld van krijgt.[74]

6.3.4 Beoordeling overige waarden in de zorg

De kwaliteit van de zorg en een goede communicatie binnen de zorg zijn duidelijk de twee belangrijkste waarden in de zorg voor de respondenten. Bij de overige waarden die hen worden voorgelegd, zijn de respondenten minder eenduidig in hun oordeel. In deze subparagraaf komen de overige waarden die door de respondent beoordeeld zijn één voor één aan bod.

Onafhankelijkheid

De waarde *Onafhankelijkheid* staat bij de meeste respondenten niet heel hoog in het rijtje met waarden. Dit betekent echter niet dat deze waarde niet belangrijk is voor de respondenten. Een aantal respondenten zet deze waarde wat lager in de rangschikking neer omdat onafhankelijkheid wat hen betreft in een latere fase in het zorgproces aan de orde komt (zie ook subparagraaf 5.5.3, trend 1). Veel respondenten zien onafhankelijkheid dan ook als een te bereiken einddoel van het zorgproces. Wanneer de behandeling erop zit, is de patiënt weer voor een zo groot mogelijk deel zelfredzaam. Enkele respondenten merken wel op dat

[67] Zie bijlage XVII: Analyseschema's topic 2; Analyseschema 25, Analyseschema 27, Analyseschema 28, Analyseschema 30 en Volgorde waarden in de zorg van respondent 31
[68] Zie bijlage XVII: Analyseschema's topic 2; Analyseschema 26, Analyseschema 29, Analyseschema 32 en Analyseschema 33
[69] Zie bijlage XX: Verbatimverslag interview respondent 2
[70] Zie bijlage XVII: Analyseschema's topic 2; Analyseschema 25, Analyseschema 26, Analyseschema 27, Analyseschema 28, Analyseschema 29, Analyseschema 30, Analyseschema 31, Analyseschema 32 en Analyseschema 33
[71] Zie bijlage XIII: Verbatimverslag interview respondent 5 en bijlage XXV: Verbatimverslag interview respondent 7
[72] Zie bijlage XVII: Analyseschema's topic 2; Analyseschema 14
[73] Zie bijlage XXVI: Verbatimverslag interview respondent 8
[74] Zie bijlage XVII: Analyseschema's topic 2; Analyseschema 15

onafhankelijkheid alleen goed is als de patiënt zowel de wil als de vaardigheden heeft om onafhankelijk te leven.[75]

Totaalbeeld

De meningen over de waarde *Totaalbeeld* vallen sterk uiteen. Respondent 1, respondent 2 en respondent 3 zetten de waarde stijf onderaan tijdens de card sorting en respondent 4, respondent 8 en respondent 9 zetten dezelfde waarde op de tweede plaats in de rangschikking. De overige respondenten zetten *Totaalbeeld* in de middenmoot bij het sorteren van de kaartjes.[76]

Gelijkwaardigheid

Evenals bij de waarde *Totaalbeeld* verschillen de meningen van de respondenten bij de waarde *Gelijkwaardigheid* sterk van elkaar. Enkele respondenten geven niet veel om gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar, andere respondenten vinden dit stukje gelijkwaardigheid tussen beide partijen wel belangrijk. Een aantal respondenten laat expliciet weten dat het voor hen hier gaat om de gelijkwaardigheid tussen de partijen in de omgang. Qua behandeling heeft de arts voor hen wel altijd het laatste woord, omdat de arts de nodige expertise heeft.[77]

Menselijke zorg

Van de negen respondenten geven drie respondenten aan dat de waarde *Menselijke zorg* niet heel belangrijk is voor hen. Respondent 3 en respondent 1 vinden deze waarde echt niet belangrijk, respondent 5 vindt *Menselijke zorg* wel belangrijk, maar minder belangrijk dan de andere waarden in de zorg. De andere respondenten vinden deze waarde om uiteenlopende redenen wel redelijk belangrijk, al valt deze waarde bij alle respondenten buiten de top drie.[78]

Zorg op maat

Alle respondenten vinden de waarde *Zorg op maat* in bepaalde mate wel belangrijk in de zorg. De rangschikking van deze waarde bij de card sorting van de respondenten verschilt van plaats twee tot plaats negen. De helft van de respondenten geeft aan dat de waarde *Zorg op maat* voor hen ook aansluit bij een andere waarde.[79]

Individugericht

Net als bij de waarde *Zorg op maat* vinden de respondenten de waarde *Individugericht* allemaal wel in enige mate belangrijk binnen de zorg. Zo zet respondent 7 deze waarde op de eerste plaats qua belangrijkheid omdat ‘ieder mens uniek is en dus de aandacht en zorg moet krijgen die aansluit bij zijn behoeften’.
Respondent 3 en respondent 4 zetten dezelfde waarde juist op de negende plek bij de sortering op belang voor hen. Zij geven hierbij wel aan dat deze waarde niet onbelangrijk is voor hen. Opmerkelijk is dat de helft van de respondenten de waarde *Zorg op maat* bij de card sorting dicht bij de waarde *Individugericht* heeft gezet. Een aantal respondenten geeft ook expliciet aan dat deze twee waarden bij elkaar horen.[80]

Eigen regie

De respondenten reageren wisselend op de waarde *Eigen regie*. Een aantal respondenten geeft aan eigen regie binnen het zorgtraject niet nodig of ongewenst te vinden, anderen vinden het juist fijn om zelf invulling te geven aan de zorg. Een tweetal respondenten twijfelt aan de haalbaarheid van de waarde *Eigen regie*. Een aantal andere respondenten interpreteert de waarde *Eigen regie* anders dan de invulling die de antroposofische gezondheidszorg (AG) er aan geeft.[81] Door de uiteenlopende reacties van de respondenten is het lastig om een heldere conclusie te trekken over hoe de respondenten deze waarde waarderen.

Respect

De waarde *Respect* is voor de meeste respondenten erg belangrijk. Hoewel deze waarde niet bij elke respondent in de top drie staat, wordt uit de toelichting die de respondenten geven wel duidelijk dat zij respect binnen de zorg belangrijk vinden. Slechts twee respondenten koppelen respect los van de kwaliteit van de zorg.

---

[75] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 16
[76] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 17
[77] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 18
[78] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 19
[79] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 20
[80] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 25, Analyseschema 27, Analyseschema 28, Analyseschema 30, Analyseschema 31 en Analyseschema 33
[81] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 22

Deze twee respondenten geven aan respect binnen de zorg niet zo belangrijk te vinden, als de kwaliteit van de zorg maar goed is.[82]

Persoonlijke ontwikkeling

Van alle waarden die tijdens de card sorting aan bod kwamen, waardeerden de respondenten de waarde *Persoonlijke ontwikkeling* het laagste. Respondent 1 en respondent 3 zetten deze waarde respectievelijk op plaats zeven en plaats acht en waren daarmee de enige respondenten die niet (gedeeltelijk) negatief reageerden op deze waarde. Er zijn twee redenen te identificeren voor de lage waardering van deze waarde. De eerste oorzaak voor de lage waardering van *Persoonlijke ontwikkeling* is dat sommige respondenten van mening zijn dat de behandelaar geen rol heeft in dit proces. Deze respondenten zien de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt na een periode van ziek zijn als een eigen aangelegenheid van de patiënt. Een ander punt dat de respondenten aandragen is dat niet iedereen sterker uit het ziekteproces kan komen. De respondenten geven hier als voorbeeld chronisch zieken of patiënten die uitbehandeld zijn. Zij kunnen bij deze specifieke gevallen de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt niet plaatsen in het ziekteproces.[83]

6.3.5 Toegevoegde waarden van respondenten

Enkele respondenten vulden ook één of twee lege kaartjes in met een eigen waarde die zij belangrijk vinden in de zorg. Deze toegevoegde waarden worden hieronder kort behandeld.

Arts de LEAD

Respondent 3 vulde deze extra waarde in op één van de lege kaartjes en legde het kaartje vervolgens onder de vijf bovenste waarden. De achterliggende gedachte bij dit kaartje is helder: ‘De arts bepaalt uiteindelijk wel wat er gebeurt als het aan mij ligt.’[84]

Betaalbaarheid

Voor respondent 4 komt deze waarde op de eerste plaats bij het sorteren van de belangrijkste waarden in de zorg. ‘Want als het niet betaalbaar is dan vallen alle andere mogelijkheden meteen weg. (…)Dus al het onderliggende in deze rij van kaartjes is geldafhankelijk.’[85]

Effectiviteit

De toegevoegde waarde *Effectiviteit* komt van de hand van respondent 4, die het kaartje op de vierde plaats legt tijdens de card sorting. Onder de titel van het kaartje schrijft de respondent ook een toelichting: ‘de zorg verbetert de gezondheid van mensen’.[86]

Hulp van naasten

Respondent 7 schrijft bovenstaande waarde op een leeg kaartje en legt deze vervolgens op de twaalfde (en dus laatste) plaats neer tijdens het rangschikken van de waarden in de zorg. Dit betekent alleen niet dat de respondent deze waarde niet belangrijk vindt. Integendeel, de respondent geeft direct aan dat hij deze waarde heel belangrijk vindt: ‘De hulp van naasten hoort bij mijn levensopvatting, hoort bij de levensopvatting van veel meer mensen. Hulp aan naasten en van naasten is gewoon een onderdeel van hoe je functioneert als mens. Dat moet gewoon. Geen mens kan het alleen doen, je hebt hulp van naasten nodig.’[87]

Inhoud van zorg/medicijn

De naam van deze waarde kan wat verwarrend werken omdat respondent 3 het hier niet heeft over de inhoud van de geleverde zorg of de gegeven medicijnen. De respondent lichtte zijn eigen waarde gelukkig nader toe: ‘Dat is zeg maar de informatie die je van tevoren via het internet allemaal bij elkaar scharrelt. Die neem je dan bij Communicatie en transparantie ook mee in het gesprek met de artsen.’ De belangrijkste reden voor de respondent om dit kaartje toe te voegen is de behoefte aan een beeld van de hele situatie. Dit complete beeld is voor respondent 3 zo belangrijk dat hij op de derde plaats komt tijdens de card sorting.[88]

[82] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 23
[83] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 24
[84] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 34
[85] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 34
[86] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 34
[87] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 34
[88] Zie bijlage XVII: Analyseschema’s topic 2; Analyseschema 34

6.4 Resultaten topic 3

Hieronder zal per benaderingswijze aangegeven worden in hoeverre de respondenten het fijn vinden om op die manier benaderd te worden. Naast de gegeven benaderingswijzen wisten sommige respondenten ook een aantal andere manieren te noemen voor zorginstellingen om contact op te nemen met mensen. Deze extra benaderingswijzen en de beoordelingen van de betreffende respondenten staan ook hieronder omschreven. Hierna staat een overzicht met de ideale benaderingswijzen van de respondenten.

6.4.1 Resultaten per benaderingswijze

Facebook

De eerste benaderingswijze die op de showcard staat, is de minst populaire benaderingswijze van de respondenten. De respondenten gaven allemaal aan liever niet of zeker niet via Facebook benaderd te willen worden als het om informatie gaat die aan zorggerelateerd is. De enige uitzondering hierop vormt respondent 4, die als het algemene informatie betreft een lichte voorkeur uitspreekt voor het medium. De belangrijkste reden dat respondenten niet via Facebook benaderd willen worden, is het gebrek aan privacy op Facebook. Daarnaast vinden enkele respondenten het medium niet bij de boodschap passen: 'Op Facebook zie je meer reclame voorbij komen en gezellige kletspraatjes van wat ze nou weer die dag beleefd hebben. Dan vind ik het niet echt passend om het daarbij te doen.'[89]

Specifieke website

De respondenten hebben een voorkeur om door zorginstellingen middels een specifieke website geïnformeerd te worden. Slechts één respondent geeft aan niet op deze manier door zorginstellingen benaderd te willen worden. De overige respondenten staan neutraal of positief tegenover deze communicatiewijze. Het feit dat de respondenten zelf kunnen bepalen wanneer zij een website bezoeken en welke informatie zij hier vandaan halen, is een van de belangrijkste redenen dat zij een voorkeur hebben voor deze communicatiewijze. Een ander voordeel dat de respondenten zien, is de mogelijkheid om informatie op de website te zetten die specifiek gericht is op hen.[90]

Informatieve folders

Vier van de negen respondenten staan neutraal tegenover het gebruik van informatieve folders van zorginstellingen en nog eens vier respondenten worden liever wel of zeker wel op deze manier benaderd. Slechts één respondent geeft aan liever niet door middel van folders geïnformeerd te worden. Opvallend is dat de respondenten die zelf geen interesse hebben om via folders geïnformeerd te worden, wel aangeven neutraal tegenover het gebruik van folders te staan. Zij geven aan dat het goed is dat dit soort folders beschikbaar zijn voor de mensen die er wel gebruik van maken. Een reden voor respondenten om positief tegenover het gebruik van folders te staan, is het feit dat zij de informatie later nog eens rustig kunnen teruglezen. Wat opvalt, is dat ondanks de positieve houding tegenover folders geen enkele respondent de informatieve folder aanwijst als de ideale manier om hem of haar te benaderen.[91]

Digitale nieuwsbrief

De respondenten reageren wisselend op de mogelijkheid om via een digitale nieuwsbrief benaderd te worden door zorginstellingen. Twee respondenten geven aan het medium irritant te vinden en liever zelf op zoek te gaan naar informatie dan eens in de zoveel tijd een nieuwsbrief te ontvangen. Verder wordt duidelijk dat de respondenten een nieuwsbrief als een geschikt middel bestempelen als het een specifiek onderwerp behandelt. De digitale nieuwsbrief is voor de respondenten een goed communicatiemiddel om nieuwe ontwikkelingen en/of specifieke informatie over een bepaald thema te communiceren.[92]

Via de post

De gegeven antwoorden onder deze benaderingswijze lopen erg uiteen, maar de meeste respondenten staan niet negatief tegenover informerende post van zorginstellingen. Hier staat tegenover dat maar twee van de negen respondenten een uitgesproken voorkeur hebben voor deze manier van benadering. Een aantal respondenten geeft aan de meerwaarde van deze benaderingswijze niet te zien, als ze bijvoorbeeld ook via een e-mail benaderd kunnen worden. Redenen om wel voor informatie via de post te gaan, zijn het persoonlijke karakter die de post kan hebben en het feit dat men de informatie nog eens kan nalezen.[93]

---

[89] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 35
[90] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 36
[91] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 37
[92] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 38
[93] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 39

Speciale mobiele app
De reacties op de mogelijkheid om middels een mobiele app door zorginstellingen benaderd te worden zijn wisselend. Uit de reacties van de respondenten blijkt dat de mensen die 60 jaar of ouder zijn waarschijnlijk niet zitten te wachten op deze benaderingswijze. De respondenten die wel voor de mobiele app kiezen, doen dit op voorwaarde dat de informatie die via de app te verkrijgen is specifiek op hen gericht is.[94]

Persoonlijk gesprek
Twee respondenten geven aan dat een persoonlijk gesprek voor hen de ideale manier is waarop zij aan hun informatie komen in het zorgtraject. Respondent 7 geeft hierbij aan dat hij er de voorkeur aan geeft dat er een partner van de patiënt bij het gesprek aanwezig is. Deze partner kan de informatie die tijdens het gesprek naar voren komt onthouden als de patiënt te emotioneel is.[95]

Telefonisch
Respondent 8 werd na haar opname in het ziekenhuis vaak telefonisch benaderd door de zorginstelling waar zij onder behandeling was. Hoewel zij deze manier van benadering niet ideaal vindt, geeft ze wel aan neutraal tegenover deze benaderingswijze te staan.[96]

Informatie-uren binnen de zorginstelling
In het ziekenhuis waar respondent 5 werkt, houdt men af en toe informatieavonden of informatie-uren. Op deze wijze laat het ziekenhuis potentiële patiënten zien hoe de afdelingen er uitzien en wat er op de verschillende afdelingen gebeurt. Deze manier van 'low-profile' mensen informeren spreekt de respondent echt aan.[97]

6.4.2 Ideale benaderingswijzen van respondenten

Een informatieve mobiele app
Een mobiele app waarop per categorie op alfabetische volgorde naar zorggerelateerde informatie gezocht kan worden; dat is voor respondent 1 de ideale benaderingswijze. De respondent geeft aan dat de medische wereld niet voor iedereen even eenvoudig te doorgronden is en dat een encyclopedie-achtige indeling aan te raden is voor de mobiele app. De gebruiker gaat dus op zoek naar bepaalde informatie en doet dit via het alfabetische register en komt uiteindelijk bij het onderwerp uit dat hij zoekt. De respondent geeft aan dat het daarna misschien wel handig is dat voor de specifieke informatie over dat onderwerp de bezoeker wordt doorgelinkt naar een specifieke website.[98]

Een persoonlijke brief als uitnodiging voor een persoonlijk gesprek
Respondent 2 licht zijn favoriete benaderingswijze als volgt toe: 'Gewoon dat ze weten dat je daar en daar mee zit en wij bieden dan dat en dat aan en het volgende is dan mogelijk en wij zouden daar graag met u van gedachten over wisselen. Of: 'Wij nodigen u uit voor een informeel gesprek op een informatieavond' of zoiets.'[99]

Een specifieke website met vraag gestuurde informatie
De ideale manier van benadering door een zorginstelling van respondent 3 bestaat uit een website waarbij de informatie op de website wordt aangeleverd door artsen en deskundigen. Vragen van bezoekers van de website komen bij deze artsen en deskundigen terecht en zij vullen de website aan met de informatie die deze vragen beantwoordt. Een andere mogelijkheid die de respondent noemt is om, evenals de invulling van de mobiele app bij respondent 1, per thema informatie in te vullen op de website.[100]

Een mobiele app met informatie die is afgestemd op de gebruiker
Respondent 4 laat zich het liefste door zorginstellingen informeren door middel van een mobiele app die persoonsgebonden informatie geeft. De gebruiker van de app vult eerst een soort vragenlijst in waarin hij aangeeft welke klachten of aandoeningen hij heeft of over welke zorggerelateerde onderwerpen hij informatie wil ontvangen. Op het moment dat er nieuws is op het gebied van de zorg dat voor de gebruiker van toepassing

[94] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 40
[95] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[96] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 34
[97] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 34
[98] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[99] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[100] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42

is, krijgt deze een berichtje dat er nieuwe informatie beschikbaar is. De mobiele app is beveiligd met een persoonlijke code zodat de privacy van de gebruiker gewaarborgd is.[101]

Een specifieke website en huis-aan-huiskrantjes

Voor informatie over een bepaald onderwerp is volgens respondent 5 de specifieke website het beste communicatiemiddel. Op het moment dat een zorginstelling algemene informatie met mensen wil delen, geeft de respondent aan dat huis-aan-huiskrantjes een goed middel kunnen zijn. De respondent waarschuwt wel dat deze manier van benaderen niet werkt bij specifieke informatie: 'Want dat is dus de truc: in zo`n huis-aan-huiskrant kun je dingen wel benaderen maar dan kun je niet specifiek zijn. Dan geef je algemene informatie over het ziekenhuis. Dan kun je algemene dingen promoten en zeggen dat je bepaalde dingen in zo`n ziekenhuis kunt doen, maar als je het hebt over een specifiek onderwerp dan zoom je al in op een stukje specifieke kennis.'[102]

Een specifieke website met algemene informatie over zorggerelateerde zaken

De favoriete benaderingswijze van respondent 6 lijkt op de invulling van de mobiele app die respondent 1 aanbrengt als ideale benaderingswijze. Respondent 6 geeft namelijk ook aan algemene informatie over zorggerelateerde onderwerpen als beste inhoud te zien voor haar gekozen medium. Als voorbeelden geeft de respondent aan dat er informatie over medicijnen of adviezen over het omgaan met bepaalde klachten op de website kunnen staan. De respondent is wel van mening dat er bij de informatie over medische klachten altijd een waarschuwing bij moet staan dat iemand bij medische klachten altijd een dokter moet raadplegen. De patiënten met behulp van een website zelf de diagnose laten stellen, vindt de respondent namelijk geen goed idee.[103]

Een persoonlijk gesprek van behandelaar met patiënt en partner en een digitale nieuwsbrief

Respondent 7 deelt de benaderingswijze van zorginstellingen naar mensen toe in twee groepen op: zieke mensen en gezonde mensen. De zieke mensen moeten van de respondent zeker door middel van een persoonlijk gesprek geïnformeerd worden omdat persoonlijk contact heel belangrijk is voor de respondent. Om er zeker van te zijn dat de patiënt alle informatie meekrijgt, moet er van de respondent ook een partner bij zijn die bij emotionele situaties de informatie kan onthouden.

De gezonde mensen kunnen volgens de respondent beter benaderd worden via een nieuwsbrief die informatie over een specifiek onderwerp behandelt. Net als respondent 3, ziet respondent 7 antwoorden op vragen van geabonneerden van de nieuwsbrief als de ideale invulling van de nieuwsbrief. 'Die folder of nieuwsbrief is dan gevuld met informatie die antwoord geeft op de vragen die geabonneerden via een website aan die instelling stellen.'[104]

Een digitale nieuwsbrief met patiëntinformatie

Een digitale nieuwsbrief met daarin de afspraken die de gebruiker bij de zorgverlener heeft staan en informatie over aankomende behandelingen is voor respondent 8 de beste benaderingswijze. De informatie in deze nieuwsbrief is dus per abonnee op de nieuwsbrief verschillend en specifiek op hem of haar gericht. De respondent geeft aan dat deze nieuwsbrief bijvoorbeeld een keer per week verstuurd zou kunnen worden naar iedereen die zich daarvoor heeft ingeschreven.[105]

Een digitale nieuwsbrief met nieuwe informatie over een specifiek onderwerp

Niet alleen respondent 8 geeft de voorkeur aan een nieuwsbrief, ook respondent 9 vindt dit de beste manier om benaderd te worden. De invulling van de digitale nieuwsbrief ziet respondent 9 alleen wel iets anders voor zich. Het liefste zou de respondent per onderwerp (dus bijvoorbeeld per aandoening) een aparte nieuwsbrief hebben waarvoor mensen zich kunnen inschrijven. Op het moment dat er nieuws is over dit onderwerp, verstuurt de zorginstelling de nieuwsbrief met de nieuwe informatie daarin. De respondent verwacht niet dat er vaak nieuws beschikbaar is en geeft aan zelf te denken aan een nieuwsbrief die eens per kwartaal uitkomt.[106]

[101] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[102] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[103] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[104] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[105] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42
[106] Zie bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3; Analyseschema 42

Hoofdstuk 7: Conclusies

In dit hoofdstuk staan de belangrijkste conclusies van het onderzoek naar mogelijke benaderingswijzen van de opdrachtgever richting de onderzoeksdoelgroep. Deze conclusies vormen de antwoorden op de deelvragen die, tezamen beantwoord, op hun beurt de centrale vraag van dit onderzoek beantwoorden.

7.1 Inleiding

De onderzoeker onderzocht voor het lectoraat wat de mogelijkheden zijn met betrekking tot de wijzen van benadering van inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder die geen gebruikmaken van antroposofische gezondheidszorg (AG). Met de resultaten die in voorgaande hoofdstukken staan, kan nu de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden: **'Via welke wijze van communiceren kan het lectoraat AG aansluiting vinden bij patiënten uit de reguliere zorg?'**

'Aansluiting vinden bij de doelgroep' houdt binnen deze centrale onderzoeksvraag in dat de communicatie-uiting de doelgroep aanspreekt. De doelgroep hoeft het niet eens te zijn met de inhoud van de communicatieboodschap(pen) als zij maar open staat voor de manier waarop er gecommuniceerd wordt door het lectoraat AG. Onder de 'wijze van communiceren' vallen in dit onderzoek de keuze voor een communicatiemiddel en de waarden die in de communicatie naar voren komen.

7.2 Huidige communicatie vanuit het lectoraat richting de doelgroep

7.2.1 Gebruikte communicatiekanalen

De huidige communicatie vanuit het lectoraat richting de doelgroep is beperkt. In totaal zijn er vier boeken, twee nieuwsbrieven en een PDF-document die de doelgroep onder ogen kan krijgen. Daarnaast kan de doelgroep via de website van het lectoraat nog over de agendapunten en het nieuws van het lectoraat op de hoogte worden gebracht.

7.2.2 Gecommuniceerde kernwaarden

In de communicatie richting de doelgroep komen vijf waarden meerdere keren aan bod: *Totaalbeeld*, *Individugericht*, *Gelijkwaardigheid*, *Zelfontwikkeling* en *Kwaliteit*. Wat deze waarden inhouden, staat in hoofdstuk 4.2.2.

7.3 Kernwaarden antroposofische gezondheidszorg

In samenspraak met de opdrachtgever zijn er na analyses van communicatie vanuit de AG en feedback van het werkveld zes kernwaarden opgesteld: *Persoonlijke ontwikkeling*, *Eigen regie*, *Individugericht*, *Gelijkwaardigheid*, *Totaalbeeld* en *Kwaliteit*. De toelichting bij deze waarden staat in hoofdstuk 4.1.

7.4 Kernwaarden in de zorg van de doelgroep

De respondenten vinden de kernwaarde *Kwaliteit* het belangrijkste in de zorg. Deze waarde wordt door een groot deel van de doelgroep gezien als een randvoorwaarde in de zorg. Andere belangrijke waarden in de zorg zijn *Individugericht*, *Eigen regie*, *Respect* en *Communicatie en transparantie*. De waarde *Onafhankelijkheid* is ook belangrijk voor de respondenten omdat veel zorggebruikers het onafhankelijk van anderen kunnen leven als een gewenst einddoel van de zorg zien. De overige waarden zijn voor de respondenten niet onbelangrijk in de zorg, maar minder belangrijk dan de bovenstaande waarden.

7.5 Geprefereerde communicatiekanalen van de doelgroep

De respondenten worden het liefste door zorginstellingen benaderd via informatieve folders. Een voordeel van dit communicatiemiddel is het feit dat zorggebruikers de informatie later nog eens rustig kunnen teruglezen. Hetzelfde geldt voor de benaderingswijze '*Via de post*', waarbij ruim de helft van de respondenten aangeeft zo wel benaderd te willen worden. Ook tegenover de benadering van zorginstellingen via digitale nieuwsbrieven en middels informatieve websites staan de respondenten merendeels positief. Deze benaderingswijzen zijn ietwat minder populair dan de informatieve folders of de post, maar worden wel door respondenten aangestipt als ideale wijze van benadering door zorginstellingen.

7.6 Beantwoording centrale vraag

Op basis van bovenstaande resultaten kan geconcludeerd worden dat het lectoraat het beste aansluiting kan vinden bij de doelgroep door gebruik te maken van informatieve folders en het versturen van informatie via de

post. Ook het aanbieden van informatie via een digitale nieuwsbrief of een specifieke website is een mogelijkheid om deze aansluiting te vinden. Door de (invulling van de) waarden *Kwaliteit*, *Individugericht*, *Eigen regie*, *Respect*, *Communicatie en transparantie* en *Onafhankelijkheid* in deze communicatie-uitingen op te nemen, kan het lectoraat nog beter aansluiting vinden bij de doelgroep.

Hoofdstuk 8: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk komen de aanbevelingen voor het lectoraat aan bod. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten en de conclusies van het onderzoek. Het doel van de aanbevelingen is om de doelstelling van het onderzoek te behalen. Voor de duidelijkheid wordt de doelstelling hieronder herhaald. Hierna volgt in de paragrafen een aantal adviezen om de doelstelling te kunnen bereiken.

Doelstelling onderzoek

'Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de kernwaarden van de patiënten van reguliere zorgverleners met betrekking tot de gezondheidszorg in vergelijking met de kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg. De bedoeling is om naar aanleiding van dit inzicht het lectoraat AG te adviseren hoe zij met communicatie kunnen aansluiten bij de waarden van deze patiënten. Zo kan het lectoraat AG de randvoorwaarden scheppen om de dialoog over de antroposofische gezondheidszorg met deze groep aan te gaan.'

8.1 Startpunt

Uit het literatuuronderzoek komt duidelijk naar voren dat het lectoraat AG momenteel nog geen gebruikmaakt van communicatie die op de onderzoeksdoelgroep gericht is. Het aantal communicatie-uitingen dat bij de doelgroep terecht kan komen, is daarnaast zeer beperkt. Deze uitingen bestaan namelijk vooral uit wetenschappelijke publicaties en digitale communicatiemiddelen die gericht zijn op mensen die geïnteresseerd zijn in de AG. De informatie in deze uitingen is daardoor lastig te begrijpen voor mensen die weinig achtergrondkennis hebben van de AG en spreekt de doelgroep niet erg aan. Het advies is daarom om een communicatiestroom op gang te brengen die qua informatie en te gebruiken communicatiemiddelen aansluit op de onderzoeksdoelgroep. In de volgende paragrafen staat beschreven hoe dit gerealiseerd kan worden.

8.2 Opzetten communicatiestructuur

Om succesvol de randvoorwaarden voor het lectoraat te scheppen om de dialoog te kunnen aangaan met de doelgroep, dient aan een aantal voorwaarden voldaan te worden. Het is belangrijk dat er communicatie met de doelgroep op gang komt met inhoud die is afgestemd op de doelgroep. Daarnaast is het van belang dat de communicatie consistent is en dat er over een langere periode met een vaste frequentie nieuwe communicatie-uitingen voor de doelgroep naar buiten komen. Met consistente communicatie wordt bedoeld dat de wijze van communiceren en de communicatieboodschappen allemaal in lijn zijn met elkaar.

Bovenstaande is alleen mogelijk als er een duidelijke communicatiestructuur is binnen het lectoraat. Onderdeel van deze structuur is dat alle medewerkers weten wie er verantwoordelijk is voor de communicatie, wat er gecommuniceerd wordt met de doelgroep en waarom dit zo gebeurt. Daarnaast is het belangrijk dat al het personeel op de hoogte is van de frequentie waarin de verschillende communicatie-uitingen naar buiten komen.

Momenteel staat de communicatie binnen het lectoraat AG nog in de kinderschoenen. Binnen het lectoraat bevinden zich geen personen die de verantwoordelijkheid hebben voor de externe communicatie en de rolverdeling wat betreft de communicatie is daarom niet altijd helder. Het personeel dat op dit moment de communicatiewerkzaamheden op zich neemt, moet deze taken naast haar reguliere takenpakket uitvoeren. Daarbij is het personeel niet opgeleid om communicatieve werkzaamheden uit te voeren[107]. Het is belangrijk dat de communicatie als afzonderlijke taak in de organisatie van het lectoraat wordt geïntegreerd. Om te waarborgen dat de communicatieve werkzaamheden worden uitgevoerd door iemand die hiervoor is opgeleid, is het aan te raden om een communicatiemedewerker aan te nemen. Een belangrijk voordeel van dit extra personeelslid, is dat de communicatiemedewerker voldoende tijd en aandacht heeft voor de communicatiewerkzaamheden.

De communicatiemedewerker kan vervolgens beginnen met het opstellen van algemene richtlijnen voor de externe communicatie. Bij de inventarisatie van de huidige situatie en de gewenste situatie op het gebied van communicatie kan de communicatiemedewerker dit onderzoeksrapport en het onderzoeksrapport *Tussen wens en werkelijkheid*[108] gebruiken. Hierin is namelijk al informatie over de rol van communicatie binnen het

[107] Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[108] De Graaff (2013)

lectoraat opgenomen. Na het opstellen van de algemene richtlijnen voor de externe communicatie kan de volgende stap genomen worden: het opzetten van consistente, op de doelgroep gerichte communicatie.

8.3 Inhoud communicatie

Uit het kwantitatieve onderzoek kwam naar voren dat de respondenten een voorkeur hebben om de informatie van zorginstellingen door middel van folders of via de post te krijgen. Verder staan de meeste respondenten ook positief tegenover benadering van zorginstellingen via een digitale nieuwsbrief of informatie op een specifieke website. Het is aan te bevelen om deze communicatiekanalen in te zetten bij de communicatie met de doelgroep.

Om de communicatie bij de doelgroep te laten aansluiten, kan het lectoraat de waarden in de zorg die de doelgroep belangrijk vindt in haar communicatie laten terugkomen. De belangrijkste waarde in de zorg voor de respondenten is *Kwaliteit.* Andere waarden die de respondenten belangrijk vinden in de zorg zijn *Individugericht*, *Eigen regie*, *Respect*, *Communicatie en transparantie* en *Onafhankelijkheid*.

Door bovenstaande communicatiemiddelen en waarden in de zorg te combineren, sluit de communicatie van het lectoraat naar de doelgroep het beste aan. Een minpunt van de meeste van deze communicatiemiddelen is dat het initiatief bij het gebruik van de communicatiemiddelen bij de ontvanger ligt. Een folder wordt alleen gelezen als deze door iemand wordt meegenomen en voor een digitale nieuwsbrief moet men zich eerst inschrijven. Een website komt daarnaast alleen onder de ogen van de bezoekers van de website die daarvoor eerst een link aanklikten of het webadres invulden.

Een ‘passieve communicatieaanpak’ is echter niet aan te raden om aansluiting te vinden bij de doelgroep. Het zou zonde zijn om tijd en geld te besteden aan communicatiemiddelen die vervolgens mogelijk bijna niet bij de doelgroep terecht komen. Om echt in contact te treden met de doelgroep is een actieve benadering van de doelgroep nodig, waarbij het initiatief bij het lectoraat AG ligt. Een voorbeeld hiervan is het organiseren van evenementen over de AG, waarbij iedereen die interesse heeft in de AG welkom is. De communicatiemiddelen die de doelgroep het beste waardeert bij benadering vanuit zorginstellingen kunnen vervolgens tijdens deze evenementen worden aangeboden. Door de communicatiemiddelen op te hangen aan een evenement ligt het initiatief van de communicatie bij het lectoraat. Hieronder staat een voorbeeld van hoe een dergelijk evenement en de aansluitende communicatiemiddelen ingevuld zouden kunnen worden.

Een voorbeeld van een evenement om mensen te informeren over de AG is om een week te organiseren waarin voorlichting wordt gegeven over dit onderwerp: de *Week van de antroposofie*. Tijdens deze week is er elke dag minimaal één congres, open dag of andere activiteit die mensen in contact brengt met deze vorm van zorg. Het is belangrijk dat bij al deze evenementen het voorlichtingsaspect voorop staat en dat de informatie is afgestemd op mensen die geen voorkennis hebben over de AG.

Eén dag van de Week van de antroposofie is gereserveerd voor een congres. Tijdens dit congres houdt lector Erik Baars een korte rede over de inhoud, de werking en de voordelen van de AG. Na de rede kan er een vragenronde plaatsvinden waarbij een medewerker rondloopt met een microfoon voor mensen die vragen willen stellen. Erik Baars kan deze vragen vervolgens beantwoorden. Hierna kunnen de bezoekers op een soort markt langs allerlei kraampjes lopen om informatie in te winnen over bepaalde onderdelen van de AG. Er kunnen kraampjes staan met algemene informatie over de AG en kraampjes over meer specifieke onderdelen van de AG, zoals antroposofische fysiotherapie. Als het mogelijk is, is het aan te raden ook vrijwilligers van instellingen die gebruikmaken van AG bij sommige kraampjes neer te zetten. Ervaringsverhalen van mensen die vroeger nog niets afwisten van de AG maar er nu enthousiast over zijn, zijn soms geloofwaardiger dan de verhalen van de deskundigen. Ook is het verstandig om antroposofische (huis)artsen en leden van de antroposofische patiëntenvereniging Antroposana uit te nodigen.

De overige dagen van de Week van de antroposofie zijn er verspreid over het land lezingen, open dagen en soortgelijke informerende activiteiten in antroposofische zorginstellingen.

Het is belangrijk dat er tijdens alle activiteiten en evenementen informatieve folders over de AG aanwezig zijn. Het is ook van belang dat er de mogelijkheid is voor mensen om zichzelf in te schrijven voor een digitale nieuwsbrief met eenvoudig te begrijpen inhoud. De mensen moeten de informatie in de nieuwsbrief namelijk wel kunnen begrijpen. Verder is het belangrijk om een website te ontwikkelen die als centraal informatiepunt voor de Week van de antroposofie dient. Op deze website staat algemene informatie over de AG, wanneer en waar de activiteiten plaatsvinden en waar de Week van de antroposofie voor bedoeld is. Aangezien het lectoraat AG onderdeel is van Hogeschool Leiden, kan op de website van Hogeschool Leiden ook geadverteerd worden voor de week van de Antroposofie.

Een belangrijk aspect tijdens de Week van de antroposofie is aandacht van de pers. Vooral tijdens de eerste Week van de antroposofie is het erg belangrijk om genoeg media-aandacht te creëren voor dit evenement. Hier moet ruim op tijd mee begonnen worden, zodat genoeg mensen op de hoogte zijn van de Week van de antroposofie en de bijbehorende activiteiten.

Hoofdstuk 9: Implementatieplan

Het slotstuk van dit onderzoeksrapport is het implementatieplan, dat als leidraad dient bij het uitvoeren van de aanbevelingen. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in een aantal onderdelen om het implementatieplan overzichtelijk te houden.

Verantwoording invulling implementatieplan

Om het implementatieplan goed op de wensen van de opdrachtgever aan te laten sluiten, heeft de onderzoeker de opdrachtgever de keuze gegeven tussen twee invullingen van het implementatieplan. De eerste optie was een implementatieplan waarin de aanbevelingen algemeen worden uitgewerkt en waarbij zonder restrictie van beschikbare middelen wordt gekeken naar de uitvoering van de aanbevelingen. Deze aanbevelingen leiden ertoe dat de onderzoeksdoelstelling zo dicht mogelijk wordt benaderd. Inhoudelijk kan er in dit geval echter niet bij de uitvoering van alle aanbevelingen een precieze inschatting van de kosten qua geld, tijd en mankracht gemaakt worden.

De tweede optie was dat de onderzoeker met de opdrachtgever in gesprek zou gaan over de aanbevelingen en de bijbehorende uitvoeringen die de onderzoeker bedacht had. In samenspraak met de opdrachtgever zou de onderzoeker vervolgens alleen de uitvoeringen van de aanbevelingen in het implementatieplan zetten die binnen de mogelijkheden en de wensen van de opdrachtgever zouden passen. De uitvoeringen kunnen op deze manier specifieker uitgewerkt worden in het implementatieplan. Daar staat tegenover dat door de beperkte beschikbare middelen niet alle aanbevelingen uitgewerkt kunnen worden waardoor niet alle mogelijkheden om de onderzoeksdoelstelling te behalen worden weergegeven.

De opdrachtgever koos voor de eerste optie waarin alle aanbevelingen zo uitgewerkt worden dat de onderzoeksdoelstelling zo dicht mogelijk wordt benaderd. De onderstaande uitvoeringen van de aanbevelingen vormen daarom mogelijkheden waar het lectoraat AG voor kan kiezen. Met het oog op het budget van €2.500,- dat de opdrachtgever beschikbaar stelt, is het immers niet haalbaar om al deze plannen uit te voeren. Het lectoraat kan er daarom voor kiezen bepaalde plannen wel ten uitvoer te brengen en andere niet. Andere mogelijkheden om dit knelpunt op te lossen, zijn het werven van extra fondsen of het herschikken van financiële middelen binnen het lectoraat.

Aanstelling communicatieadviseur	
Doel	Het professionaliseren van de communicatie binnen het lectoraat. Door een communicatieadviseur aan te nemen, haalt het lectoraat AG professionele kennis en kunde op het gebied van communicatie binnen. De communicatieadviseur ontlast de medewerkers die momenteel de communicatieactiviteiten 'erbij doen' en kan structuur aanbrengen in de bestaande communicatie-uitingen van het lectoraat. Daarnaast kan de communicatieadviseur ondersteuning bieden bij het (scherper) stellen van de communicatiedoelen, het opstellen van de tijdsplanning van de communicatie en de inzet en invulling van de communicatiemiddelen. De communicatieadviseur kan ook een grote rol spelen bij toekomstige communicatieactiviteiten van het lectoraat, zoals de Week van de antroposofie (zie het uitvoeringsplan *Voorbereiding week van de antroposofie* verderop in dit implementatieplan).
Betrokken partijen	De medewerkers van het lectoraat die momenteel de communicatieactiviteiten op zich nemen: Erik Baars, Rachel Heybroek en Annemarie Abbing.
Wanneer uitvoeren	Het is belangrijk dat de communicatie binnen het lectoraat naar een hoger plan wordt getild zodat de overige aanbevelingen goed ten uitvoer gebracht kunnen worden. Daarom is het aan te raden om eerst op zoek te gaan naar een communicatieadviseur/communicatiedeskundige voordat een begin wordt gemaakt aan de implementatie van de andere aanbevelingen. In deze volgorde kan de communicatieadviseur het lectoraat namelijk ondersteunen bij het uitvoeren van de overige werkzaamheden. Als bijvoorbeeld in september begonnen wordt met het zoeken naar een communicatieadviseur is het misschien mogelijk om circa november een geschikte kandidaat voor deze functie te vinden.
Stappenplan	1. Formuleren van de functieomschrijving voor de vacature.

	2. Opstellen van het profiel van de communicatieadviseur voor de vacature. Aan welke eisen moet de toekomstige communicatieadviseur voldoen? Welke competenties moet hij of zij beheersen? Het advies is om in ieder geval de kernwoorden 'zelfstandig', 'initiatief', 'proactief' en 'pr-ervaring' in het profiel op te nemen.
	3. Formuleren bedrijfsprofiel lectoraat AG voor de vacature.
	4. Uitzetten van de vacature op LinkedIn en diverse websites met vacatures zoals NationaleVacaturebank, Vacature.nl en Monsterboard.nl. Op de website van Hogeschool Leiden staat een pagina met beschikbare vacatures waar de vacature voor de communicatieadviseur ook geplaatst zou kunnen worden. De vacature kan daarnaast ook in de nieuwsbrief van het lectoraat opgenomen worden.
	5. Beoordelen van de binnenkomende sollicitaties.
	6. Uitnodigen beste kandidaat/kandidaten die op de vacature heeft/hebben gesolliciteerd voor een sollicitatiegesprek met Erik Baars, Rachel Heybroek en Annemarie Abbing.
	7. Keuze maken: wie aannemen voor de functie van communicatieadviseur?
	8. Arbeidsovereenkomst sluiten met de uitgekozen sollicitant.
Geschatte tijdsduur	De eerste vier stappen kunnen in 10 uur voltooid worden. Hoe lang het daarna duurt voordat de eerste sollicitanten van zich laten horen is onder andere afhankelijk van de arbeidsmarkt. Afhankelijk van het aantal sollicitanten dat op gesprek komt, is de tijdsduur tussen het laatste sollicitatiegesprek en het moment van de arbeidsovereenkomst langer of korter. De verwachting is dat in dit geval een week na het laatste sollicitatiegesprek de arbeidsovereenkomst gesloten kan worden.
Schatting kosten	Lector Erik Baars geeft aan dat er 0,3 FTE (FTE staat voor *fulltime-equivalent*. 1 FTE staat gelijk aan een 40-urige werkweek) beschikbaar is qua capaciteit voor extra werknemers. Dit komt dus neer op anderhalve dag per week. Het modale salaris van een communicatieadviseur is ongeveer €2.600 per maand, uitgaande van een 40-urige werkweek.[109] Teruggerekend is het bruto uurloon dan €15,03 (uitgaande van het feit dat het gemiddelde aantal werkuren per maand 173 is). De communicatieadviseur zal anderhalve dag per week voor het lectoraat werken, wat neerkomt op 12 uur per week en ongeveer 48 uur per maand. Het maandsalaris van de communicatieadviseur zal dus op ongeveer (48 x 15,03=) €721,44 uitkomen. De kosten van de communicatieadviseur komen dus uit op 0,3 FTE en €721,44 per maand. Het aantal personeelsuren dat in het aannemen van de communicatieadviseur gaat zitten, wordt op 24 geschat. Voor het lectoraat is het waarschijnlijk het eenvoudigst om een zzp'er aan te nemen met het oog op het relatief beperkte aantal werkuren per week. Daarnaast is het bij een zzp'er ook eenvoudiger om de arbeidsovereenkomst te beëindigen als de situatie hierom vraagt.

Inwerken communicatieadviseur	
Doel	De communicatieadviseur bekend maken met de organisatie, de stand van zaken wat betreft de communicatie binnen de organisatie en zijn werkzaamheden.
Betrokken partijen	Erik Baars, Rachel Heybroek, Annemarie Abbing (momenteel voeren zij de communicatiewerkzaamheden uit) en de communicatieadviseur.
Wanneer uitvoeren	Direct nadat de communicatieadviseur is aangenomen, zodat hij zo snel mogelijk zelfstandig aan de slag kan.
Stappenplan	1. Inventariseren van de communicatieactiviteiten die nu al gedaan worden door Erik Baars, Rachel Heybroek en Annemarie Abbing. Dit kan al gedaan worden voordat de communicatieadviseur is aangenomen.

[109] Intermediair Salariskompas (publicatiedatum onbekend)

	2. Naar de communicatieadviseur terugkoppelen aan welke communicatieactiviteiten er op dat moment wordt gewerkt en wie wat doet. Ook de werkwijze en de voortgang van de communicatieactiviteiten zijn hierbij van belang.
	3. Geleidelijk overdragen van de communicatiewerkzaamheden van Erik Baars, Annemarie Abbing en Rachel Heybroek naar de communicatieadviseur.
Geschatte tijdsduur	Er moet rekening mee gehouden worden dat al het personeel van het lectoraat slechts twee werkdagen per week voor het lectoraat werkzaam is (16 uur per week) en de communicatieadviseur anderhalve werkdag per week voor het lectoraat werkt (12 uur per week). In dit licht bezien, zal het na de overdracht van de communicatiewerkzaamheden ongeveer anderhalve maand duren voordat de communicatieadviseur zelfstandig zijn werkzaamheden kan uitvoeren.
Schatting kosten	Het inwerken van de communicatieadviseur zal ongeveer anderhalve maand duren en zal dus eenmalig ongeveer 96 personeelsuren kosten.

Opstellen algemene richtlijnen externe communicatie	
Doel	Structuur aanbrengen in de externe communicatie van het lectoraat AG. Dit betekent dat op vaste momenten gecommuniceerd wordt en dat steeds dezelfde elementen qua informatie in de communicatie terugkomen.
Betrokken partijen	Erik Baars, Rachel Heybroek, Annemarie Abbing (momenteel voeren zij de communicatiewerkzaamheden uit) en de communicatieadviseur.
Wanneer uitvoeren	Tegelijkertijd met het inwerken van de communicatieadviseur, zodat de communicatieadviseur de communicatieactiviteiten beter richting kan geven op het moment dat deze aan hem overgedragen worden.
Stappenplan	1. Inventariseren huidige wijze van communicatie vanuit het lectoraat. Naast het voeren van gesprekken met Erik Baars, Rachel Heybroek en Annemarie Abbing kan dit ook gebeuren door de communicatieanalyses uit dit rapport en het rapport *Tussen wens en werkelijkheid* van Irene de Graaff door te nemen.
	2. Met het oog op de verschillende doelgroepen richtlijnen opstellen aan welke eisen de communicatie per doelgroep moet voldoen.
Geschatte tijdsduur	16 Werkuren.
Schatting kosten	Eenmalig 16 personeelsuren.

Ontwikkelen en eventueel aanpassen externe communicatie	
Doel	Communicatie-uitingen ontwikkelen en/of aanpassen zodat de communicatie richting de doelgroep beter aansluit op de doelgroep. Onder de communicatie-uitingen vallen zowel de inhoud van de communicatie als de communicatiemiddelen.
Betrokken partijen	Erik Baars, Rachel Heybroek, Annemarie Abbing (zij hebben inzicht in de inhoud van de te communiceren boodschap) en de communicatieadviseur.
Wanneer uitvoeren	Na het inwerken van de communicatieadviseur en het opstellen van de algemene richtlijnen voor de externe communicatie.
Stappenplan	1. Bespreken wat de mogelijkheden zijn qua budget en personeelsuren om de externe communicatie aan te passen en/of aan te vullen om beter aansluiting te vinden bij de onderzoeksdoelgroep. De manier van communiceren om beter aansluiting te vinden bij de onderzoeksdoelgroep staat in Hoofdstuk 7 van dit rapport. Uiteraard kunnen de betrokken partijen ook andere manieren bedenken om de doelgroep te bereiken. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met de opgestelde algemene richtlijnen voor de externe communicatie.

	2. Beslissen welke aanpassingen van de huidige communicatie worden doorgevoerd en/of welke nieuwe manieren van communiceren worden ingevoerd.
	3. Aanpassen van de bestaande communicatiemiddelen en/of ontwikkelen van nieuwe externe communicatiewijzen.
	4. Evalueren van de nieuwe invulling van de externe communicatie
Geschatte tijdsduur	De geschatte tijdsduur is sterk afhankelijk van de gekozen aanpassingen van de huidige manier van communiceren. Als alleen de huidige communicatiewijzen worden aangepast, zal dit proces sneller afgerond zijn dan wanneer er bijvoorbeeld een nieuwe website wordt ontwikkeld. Op het moment dat de beslissing is gemaakt wat er wordt veranderd aan de externe communicatie, kan pas een inschatting gemaakt worden van de tijdsduur.
Schatting kosten	Net als de tijdsduur van dit uitvoeringsplan zijn ook de kosten sterk afhankelijk van de gekozen aanpassingen in de huidige manier van extern communiceren. Het aanpassen van de huidige communicatie-uitingen zal waarschijnlijk geen of zeer beperkte kosten met zich meebrengen. Voor het ontwikkelen van nieuwe communicatiemiddelen kan het beste een schatting van de kosten gemaakt worden op het moment dat de overweging wordt gemaakt om dat bepaalde communicatiemiddel te ontwikkelen.

Voorbereiding week van de Antroposofie	
Doel	Een haalbaar programma opstellen om invulling te geven aan de week van de Antroposofie.
Betrokken partijen	Alle medewerkers van het lectoraat AG (inclusief de communicatieadviseur) en vertegenwoordigers van de belangrijkste partijen binnen de antroposofische gezondheidszorg in Nederland zoals Antroposana, NVAZ, en antroposofische zorginstellingen.
Wanneer uitvoeren	Nadat de hierboven beschreven wijzigingen in de externe communicatie zijn doorgevoerd.
Stappenplan	1. Brainstormsessie houden met alle medewerkers van het lectoraat AG en andere betrokkenen bij het lectoraat (zoals opleidingscoördinatoren van de opleiding Kunstzinnige Therapie). Het doel van deze brainstormsessie is om ideeën te verzamelen voor de week van de Antroposofie.
	2. Tijdens het eerstvolgende werkveldoverleg van de antroposofische gezondheidszorg een brainstormsessie houden met alle aanwezigen om nog meer ideeën te verzamelen voor de week van de Antroposofie. De ideeën die bij de brainstormsessie van het lectoraat AG naar voren kwamen, kunnen ingebracht worden door Erik Baars in zijn functie als lector. Tijdens de brainstormsessie van het werkveld kan hier vervolgens feedback op gegeven worden en op voortgeborduurd worden. Het is verstandig om een centrale coördinator aan te stellen voor (het organiseren van) de week van de Antroposofie. De centrale coördinator verdeelt vervolgens de taken die hieronder staan vermeld.
	3. Toetsen van de haalbaarheid van de ideeën waarover consensus is dat dit de beste ideeën zijn voor de invulling van de week van de Antroposofie. Bij het toetsen van de haalbaarheid moet vooral gekeken worden naar de beschikbaarheid van tijd, geld, ruimte en mankracht.
	4. Terugkoppelen van de haalbaarheid van alle ideeën naar alle betrokkenen van het werkveldoverleg tijdens een speciale bijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst wordt besloten welke ideeën wel en niet worden uitgevoerd tijdens de week van de Antroposofie. Verder wordt naar aanleiding van mogelijke uitvoerdata van de haalbare ideeën besloten in welke periode de week van de Antroposofie zal plaatsvinden.

	5. Opstellen van een agenda met daarin de exacte data en begin- en eindtijden van alle evenementen tijdens de week van de Antroposofie. In deze agenda staan ook de locaties van de evenementen en de contactgegevens van de personen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de evenementen. Verder wordt bepaald wie er meehelpen bij het organiseren van de evenementen. Daarnaast wordt er een begroting opgesteld voor de week van de Antroposofie.
	6. Benaderen van de media om hen te informeren over de aankomende week van de Antroposofie. Het is aan te raden dit ruim van tevoren te doen (zeker een maand van tevoren) om ervoor te zorgen dat de media genoeg tijd hebben om het op te pikken. Dit is belangrijk met het oog op het vergaren van genoeg media-aandacht voor de week van de Antroposofie. Op het moment dat de aanvang van de week van de Antroposofie dichterbij komt, kan het lectoraat meer informatie naar buiten brengen over het programma. Het lectoraat kan journalisten en/of redacties van verschillende kranten uitnodigen om één van de evenementen te bezoeken en hier een artikel over te schrijven. Het lectoraat kan er ook voor kiezen om te adverteren in het Witte Weekblad. Adverteren in het Witte Weekblad is relatief goedkoop ten opzichte van de grotere kranten terwijl het Witte Weekblad toch een totale oplage van 109.962 heeft.[110]
Geschatte tijdsduur	De geschatte tijdsduur van dit uitvoeringsplan is sterk afhankelijk van het aantal ideeën dat op haalbaarheid getoetst moet worden en hoe makkelijk of moeilijk het is om de haalbaarheid te achterhalen. Daarnaast is de tijdsduur ook afhankelijk van het aantal mensen dat hun medewerking verleent aan dit voorbereidingstraject en hoeveel tijd zij beschikbaar hebben om te helpen. Verder heeft de tijdsperiode tussen de twee bijeenkomsten van het werkveld van de AG ook invloed op de doorlooptijd van de voorbereiding. Omdat al deze factoren nog niet in te vullen zijn, kan er nog geen exacte schatting van de tijdsduur gemaakt worden. Vast staat wel dat dit uitvoeringsplan een kwestie van maanden zal worden.
Schatting kosten	Voor de kosten van het adverteren in het Witte Weekblad kan gekeken worden naar de tariefbrochure: http://www.hc-hdc.nl/_upload/tarievenkaarten/Reg12-midw-feb2014.pdf[111] Verder zal dit voorbereidingstraject geen geld kosten, maar wel personeelsuren. Net als bij de doorlooptijd is van deze personeelsuren nog geen goede inschatting te maken.

Implementatie week van de Antroposofie	
Doel	Actief op de kaart zetten van de antroposofische gezondheidszorg bij de doelgroep.
Betrokken partijen	Alle mensen die tijdens de voorbereiding van de week van de Antroposofie (zie hierboven) zijn aangewezen om te helpen bij de evenementen die georganiseerd worden tijdens de genoemde week.
Wanneer uitvoeren	Tijdens de week van de Antroposofie volgens de planning die gemaakt is in het voorbereidingstraject. In dit voorbereidingstraject wordt ook vastgesteld wanneer de week van de Antroposofie wordt gehouden.
Stappenplan	Het stappenplan van de week van de Antroposofie komt in de planning te staan die in het voorbereidingstraject wordt opgesteld.
Geschatte tijdsduur	De week van de Antroposofie zal logischerwijs een week duren. De opdrachtgever kan echter ook met het oog op de beschikbare middelen besluiten om een korter tijdsbestek te kiezen. Het is aan te raden om de naam 'week van de Antroposofie' in dit geval te wijzigen.
Schatting kosten	Omdat de week van de Antroposofie inhoudelijk nog vorm moet krijgen, kan er geen accurate schatting worden gemaakt van de kosten. De begroting die tijdens

[110] Witte Weekblad (publicatiedatum onbekend)
[111] Witte Weekblad (publicatiedatum onbekend)

	het voortraject wordt opgesteld, zal de kosten van de week van de Antroposofie in kaart brengen. In grote lijnen kan wel gesteld worden dat als de tijdsduur van een week wordt aangehouden met op elke dag minimaal één evenement, de kosten zeker rond de €50.000,- uitkomen.

Actief (netwerk)bijeenkomsten reguliere zorg bezoeken	
Doel	Meer inzicht krijgen in trends in de reguliere zorg en contact houden met de reguliere tak van de zorg. Om de doelgroep te bereiken is het belangrijk om ook te kijken naar de communicatie-uitingen van de zorg waar de doelgroep al gebruik van maakt.
Betrokken partijen	Erik Baars is als lector het gezicht en uithangbord van het lectoraat AG. Daarom is het aan te bevelen dat hij de (netwerk)bijeenkomsten bezoekt.
Wanneer uitvoeren	Dit advies kan direct uitgevoerd worden.
Stappenplan	1. Inventariseren welke (netwerk)bijeenkomsten er worden georganiseerd over zorg en zorggerelateerde zaken. Een handige website die hiervoor gebruikt kan worden is http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/map-bijeenkomsten[112].
	2. Beslissen welke (netwerk)bijeenkomsten nuttig zijn om te bezoeken.
	3. Bezoeken (netwerk)bijeenkomsten, netwerk uitbreiden en opgedane kennis terugkoppelen naar de rest van het lectoraat.
Geschatte tijdsduur	Dit uitvoeringsplan is doorlopend, omdat er in de toekomst altijd weer nieuwe (netwerk)bijeenkomsten over de zorg georganiseerd worden.
Schatting kosten	De kosten qua tijd en geld zijn afhankelijk van de keuze voor de bij te wonen (netwerk)bijeenkomsten. Sommige bijeenkomsten zijn gratis en voor andere bijeenkomsten is een bijdrage verplicht om te mogen deelnemen. De meeste (netwerk)bijeenkomsten duren minimaal 4 uur.

Monitoren trends in de (reguliere) gezondheidszorg	
Doel	Meer inzicht krijgen in trends in de reguliere zorg en in kaart brengen wanneer er (netwerk)bijeenkomsten over de zorg gehouden worden (zie hierboven).
Betrokken partijen	Communicatieadviseur, Erik Baars, Evi Koster, Annemarie Abbing en Rachel Heybroek.
Wanneer uitvoeren	Dit advies kan direct uitgevoerd worden.
Stappenplan	1. Inventariseren geschikte fora over de zorg om te monitoren. Enkele voorbeelden zijn http://www.zorghulpatlas.nl/forum-alles-over-zorg-en-welzijn/, http://www.nationaalgezondheidsforum.nl/ en http://www.dokter.nl/forum.
	2. Monitoren wat er geschreven wordt op de fora. Eventueel kan er over bepaalde onderwerpen ook meegepraat worden op de fora. Let hierbij wel op dat medewerkers van het lectoraat niet proberen mensen te werven voor de antroposofische zorg. Dit werkt namelijk vaak averechts.
	3. Opslaan gesignaleerde trends na monitoring fora. Dit kan worden opgeslagen in een gedeeld bestand (een bestand dat voor alle medewerkers beschikbaar is). Het is aan te raden de gesignaleerde trends terug te koppelen naar zowel de communicatieadviseur als Erik Baars. Het is ook mogelijk deze informatie tijdens het maandelijkse afdelingsoverleg met alle medewerkers te delen.
Geschatte tijdsduur	Dit uitvoeringsplan is een continue proces. Het gaat om het monitoren van de trends in de reguliere gezondheidszorg.
Schatting kosten	Dit uitvoeringsplan kost geen geld. Per week zullen alle medewerkers bij elkaar waarschijnlijk maximaal 2 werkuren kwijt zijn aan het monitoren van de fora.

[112] In voor zorg (publicatiedatum onbekend)

Literatuurlijst

Agis (2012). *Hoe zorgzaam is Nederland?*. [Electronic version]. Geraadpleegd op 10-3-2014 via http://www.agisweb.nl/Blog/Zorg/2012/11/Hoe_zorgzaam_is_Nederland

Antroposana (2013). *Jaarrekening 2012*. [Electronic version]. Geraadpleegd op 17-1-2014 via http://www.antroposana.nl/SiteFiles/1/files/FJV%20Antroposana%202012.pdf

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. (2006) *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Baars, E.W. (2012). *Routekaart praktijkonderzoek*. Plaats en drukker zijn onbekend.

Baars, E.W. (2012). *Zelfevaluatie Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg 2012*. Plaats en drukker zijn onbekend.

Baars E.W., Van der Bie G. (2008). *Praktijkonderzoek in de Antroposofische Gezondheidszorg 2008. Eerste stappen in de ontwikkeling van: practice-based evidence, ondersteuning in de therapeutische besluitvorming en evalueren van kwaliteit en effect.* Leiden: Hogeschool Leiden.

Bardi, A. en Schwartz, S. H. (2003). Values and Behavior: Strength and Structure of Relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207-1220.

Beatty, S.E., Kahle, L.R., Homer, P., Misra, S. (1985). *Alternative Measurement Approaches to Consumer Values: The List of Values and the Rokeach Value Survey.* Psychology & Marketing, 1985; Volume 2 (Fall), 181-200. [Electronic version]. Geraadpleegd op 9-2-2014 via http://www.csulb.edu/~pamela/pubs/Consumer_Values.pdf

Boehnke, K. en Schwartz, S.H. (2004). Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 38, 230–255

CBS, *Bevolkingsteller*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 11-2-2014 via http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/bevolkingsteller.htm

Courtney Taylor, *How to Calculate the Margin of Error*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 29-4-2014 via http://statistics.about.com/od/Inferential-Statistics/a/How-To-Calculate-The-Margin-Of-Error.htm

De Boer, B. (2003). *Het juiste niveau van domheid*. [Electronic version]. Geraadpleegd op 13-1-2014 via http://www.skepsis.nl/antroposofisch.html

De Graaff, I. (2013) *Tussen wens en werkelijkheid. Imago- en identiteitsonderzoek onder klanten en medewerkers*. [Electronic version]. Geraadpleegd op 9-5-2014 via het originele PDF-document

Intermediair, *Intermediair Salariskompas*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 15-5-2014 via http://www.intermediair.nl/testen-tools/intermediair-salariskompas

Inview Veldwerk BV, *Deskresearch*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 11-2-2014 via http://www.inviewveldwerk.nl/over_marktonderzoek_deskresearch.htm

IVAA (2012). Facts and Figures on Anthroposophic Medicine (AM) Worldwide. Brussel: IVAA.

In voor zorg, *Alle bijeenkomsten*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 16-5-2014 via http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/map-bijeenkomsten

Kardas, F.R., Kalyanaram, G., Chandrashekaran, M., Dornoff, R.J. (1993). *Brand Retrieval, Consideration Set Composition, Consumer Choice, and the Pioneering Advantage*. Journal of Consumer Research, 1993; volume 20, 62-75. 1988 ; Volume 15, 381-386. [Electronic version]. Geraadpleegd op 12-3-2014 via http://www.gkalyan.com/Uploads/Documents/GK_JCR1993.pdf

Kleyweg, J. (2006). Moraliteitontwikkeling en de 10 waardentheorie van Schwartz. Plaats en drukker zijn onbekend.

Koster, E.B., Ong, R.R.S., Heybroek-Bellwinkel, R., Baars, E.W. (2012). *CQ-Index Antroposofische Gezondheidszorg. Constructie en validering.* Leiden: Hogeschool Leiden.

Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg, *Antroposofische Gezondheidszorg*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 14-1-2014

Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg, *Kenniskring/Medewerkers*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 9-5-2014 via http://www.hsleiden.nl/lectoraten/antroposofische-gezondheidszorg/stories/storyReader$7

Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg, *Nut en noodzaak van het lectoraat*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 14-1-2014 via http://www.hsleiden.nl/lectoraten/antroposofische-gezondheidszorg/

Lectoren.nl, *Omschrijving lectoraten*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 17-1-2014 via http://www.lectoren.nl/algemene-info/wat-zijn-lectoren-en-lectoraten.html

Marktonderzoek.punt.nl, *Berekening steekproefgrootte*, gepubliceerd op 11-12-2006. Geraadpleegd op 18-3-2014 via http://marktonderzoek.punt.nl/content/2006/12/berekening-steekproefgrootte

Munson, J.M., McQuarrie, E.F. (1988). *Shortening the Rokeach Value Survey For Use in Consumer Research*. Advances in Consumer Research, 1988 ; Volume 15, 381-386. [Electronic version]. Geraadpleegd op 10-2-2014 via http://www.acrwebsite.org/search/view-conference-proceedings.aspx?Id=6656

NVAZ, *Beleidsdomeinen*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 14-1-2014 via http://www.nvaz.nl/wat-we-doen/beleidsdomeinen

Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). *Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients*. Journal of psychosomatic research, 1999; Volume 47 No. 6, 537-543. [Electronic version]. Geraadpleegd op 18-3-2014 http://folk.uib.no/phpbs/Petrie/articles/Positive%20effects%20-%20Real.pdf

Rijksoverheid, *Persoonsgegevens*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 11-2-2014 via http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgegevens

Rokeach, M. (1968). Beliefs, attitudes, and values: A theory of organization and change. Plaats onbekend: Jossey-Bass

Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: The Free Press.

Sackett, D. L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. en Richardson, W.S. (1996). *Evidence Based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, 18 mei 1996, Volume 312, 71-72. [Electronic version]. Geraadpleegd op 12-3-2014 via http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf

Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S. en Harris, M. *Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement*. Journal of Cross Cultural Psychology, Volume 32, No. 5, 519–542. [Electronic version]. Geraadpleegd op 17-2-2014 via http://jcc.sagepub.com/content/32/5/519.full.pdf+html

Schwartz, S.H. *Are There Universal Aspects int he Structure and Contents of Human Values?*. Journal of Social Issues, 1994; Volume 50, No. 4, 19-45. [Electronic version]. Geraadpleegd op 17-2-2014 via http://dev.crs.org.pl:4444/rid=1K6GFZBH9-255VHHF-GZ/Schwartz%201994%20-%20Are%20there%20universal%20aspects%20in%20the%20content%20of%20human%20values.pdf

Sixma, H. en anderen. (2008). *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. [Electronic version]. Geraadpleegd op 19-2-2014 via http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/procedures/Handboek_CQI_Ontwikkeling_versie_2.0_november_2008-2.pdf

Vereniging Hogescholen, *Lectoraten*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 17-1-2014 via http://www.vereniginghogescholen.nl/onderzoek/lectoraten

Vereniging tegen de Kwakzalverij, *Homepagina van de website van de Vereniging tegen de Kwakzalverij*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 13-1-2014 via http://www.kwakzalverij.nl/

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

Witte Weekblad, *Tarievenkaarten*, publicatiedatum onbekend. Geraadpleegd op 16-5-2014 via http://www.hc-hdc.nl/_upload/tarievenkaarten/Reg12-midw-feb2014.pdf

Bijlage I: Visuele weergave theorieën uit theoretisch kader

Hieronder volgen de visuele weergaven van de theorieën uit het theoretisch kader die niet gebruikt zijn als conceptueel model. De bronnen die voor de inhoud van deze bijlage zijn gebruikt, staan in de literatuurlijst van het onderzoeksrapport vermeld.

Rokeach Values List

Terminale waarden	Instrumentele waarden
True Friendship	Cheerfulness
Mature Love	Ambition
Self-Respect	Love
Happiness	Cleanliness
Inner Harmony	Self-Control
Equality	Capability
Freedom	Courage
Pleasure	Politeness
Social Recognition	Honesty
Wisdom	Imagination
Salvation	Independence
Family Security	Intellect
National Security	Broad-Mindedness
A Sense of Accomplishment	Logic
A World of Beauty	Obedience
A World at Peace	Helpfulness
A Comfortable Life	Responsibility
An Exciting Life	Forgiveness

Figuur 12: Rokeach Values List[113]

[113] Rokeach (1973)

List of Values

Waarden
Sense of belonging
Excitement
Fun and enjoyment in life
Warm relationships with others
Self-fulfillment
Being well-respected
A sense of accomplishment
Self-respect
Security

Figuur 13: De List of Values van Kahle[114]

[114] Beatty, Kahle, Homer en Misra (1985)

Bijlage II: Situatieanalyse

Deze bijlage geeft een helder beeld van het lectoraat AG en de antroposofische gezondheidszorg in het algemeen. Deze informatie draagt eraan bij dat de organisatie van de opdrachtgever en zijn achtergrond duidelijk zijn. De bronnen die voor de inhoud van deze bijlage zijn gebruikt, staan in de literatuurlijst van het onderzoeksrapport vermeld.

Antroposofische gezondheidszorg

Omdat niet iedereen precies weet de antroposofische gezondheidszorg precies inhoudt, zal in de eerste paragraaf in een beknopte uiteenzetting worden aangegeven wat er onder antroposofische zorg wordt verstaan. Hierna volgt er in de tweede paragraaf een beschrijving van de belangrijkste partijen op het gebied van de AG.

Antroposofische gezondheidszorg: een korte introductie

De antroposofische gezondheidszorg (AG) ontstond aan het begin van de twintigste eeuw als een verruiming op de bestaande, reguliere gezondheidszorg.[115] Rudolf Steiner legde de basis voor deze integratieve vorm van zorg aan het begin van de twintigste eeuw. Hij werd hierbij ondersteund door de Nederlandse arts Ita Wegman, die in 1921 in de buurt van Basel het eerste antroposofische ziekenhuis oprichtte.[116]
De AG integreert de kennis en behandelmethoden uit de reguliere gezondheidszorg met inzichten uit de antroposofische wetenschap en menskunde.[117] De samenhang tussen lichaam, ziel en geest in relatie tot ziekte en gezondheid staat hierbij centraal. Kenmerkend voor de AG zijn de sterk individugerichte aanpak, de ondersteuning en stimulering van het zelfgenezend vermogen van de patiënten, de gelijkwaardige verhouding tussen de patiënt en de behandelaar en het streven om het gebruik van reguliere medicatie laag te houden.[118]

Omdat er nog veel onduidelijkheden en vooroordelen bestaan over de AG is er behoefte aan onderzoek om deze vorm wetenschappelijk te kunnen onderbouwen.[119] Wetenschappelijke publicaties over de AG zijn de afgelopen jaar flink in aantal toegenomen: 114 publicaties in 2005 tegenover 816 publicaties in 2011.[120] Vergeleken met de wetenschappelijke publicaties over een willekeurig gezondheidsdomein uit de reguliere zorg is dit echter een miniem aantal.[121]

Het werkveld

Het werkveld van de AG is opgesplitst in twee takken: de eerstelijns zorg en de tweedelijnszorg. De eerstelijnszorg bestaat onder meer uit de antroposofische huisartsen en consultatiebureaus voor zuigelingen en kinderen tot vier jaar. Onder de tweedelijnszorg vallen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg (VZ), de zorg aan cliënten met ontwikkelings,- verstandelijke- en/of lichamelijke stoornissen en de ouderenzorg. Naar schatting maken ongeveer 200.000 mensen in Nederland gebruik van deze onderdelen van zorg.[122] Figuur 14 geeft een overzicht in de precieze indeling van zorgonderdelen binnen de AG.

Eerstelijnszorg	Tweedelijnszorg
• Huisartsengeneeskunde • Consultatiebureaus • Bedrijfsgeneeskunde • Schoolartsendiensten	• Ouderenzorg • Verslavingszorg (VZ) • Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) • Ontwikkelings,- verstandelijke- en/of lichamelijke stoorniszorg (VGZ)

Figuur 14: Weergave van de eerstelijnszorg en tweedelijnszorg binnen de AG

[115] Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[116] Baars en van der Bie (2008)
[117] Koster, Ong, Heybroek-Bellwinkel & Baars (2012)
[118] Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[119] Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[120] Ivaa (2012)
[121] Baars (2012)
[122] Baars (2012)

Belangrijkste partijen

De AG heeft een werkgebied dat de hele wereld bestrijkt. Binnen Nederland zijn de belangrijkste partijen binnen de AG de patiëntenvereniging Antroposana, de brancheorganisatie NVAZ en het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg.[123] In deze paragraaf worden de NVAZ en Antroposana kort beschreven.

NVAZ

De Nederlandse Vereniging Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ) is de brancheorganisatie waarin alle antroposofische zorgverleners zich verenigd hebben. Ze richt zich vooral op het bundelen van de krachten van alle leden van de organisatie door samenhang en samenwerking tussen de leden. Op deze wijze wil de NVAZ een eigen bijdrage kunnen leveren rondom maatschappelijke vraagstukken omtrent ziekte en gezondheid. Verder doet de NVAZ onderzoek naar de werking van de AG.[124]

Antroposana

Een kleine 6000 mensen zijn lid van de antroposofische patiëntenvereniging Antroposana.[125] Antroposana komt op voor de belangen van haar leden door druk uit te voeren op de politiek, artsen en verzekeraars om zo de integratieve gezondheidszorg zichtbaar en toegankelijk te maken. [126]

Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg

Doel van het lectoraat

In 2001 zijn op initiatief van de overheid de eerste lectoraten opgericht op hogescholen om door middel van praktijkgericht onderzoek de beroepspraktijk te ondersteunen in het zoeken naar oplossingen voor praktijkproblemen. De belangrijkste drijfveer om een lectoraat op te richten is om ervoor te zorgen dat het onderwijs beter op het bedrijfsleven aansluit.[127] Lectoren en kenniskringen hebben in het algemeen vier doelen:

1) Het verbeteren van de externe communicatie
2) Vernieuwing van het curriculum
3) De professionalisering van docenten
4) De versterking van de circulatie en ontwikkeling van kennis binnen hbo-instellingen[128]

Op dit moment zijn er rond de 450 lectoraten in Nederland actief.[129] In 2007 werd binnen Hogeschool Leiden het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg opgericht om het werkveld van de AG te ondersteunen. De opleidingen binnen Hogeschool Leiden die geïnspireerd zijn door AG (waaronder Kunstzinnige Therapie) waren een belangrijke reden om het lectoraat op deze locatie te huisvesten. [130]

Visie, missie en doelstellingen

Visie

Het lectoraat AG wil op termijn zowel binnen de reguliere gezondheidszorg, de universitaire/hogeschool wereld en binnen de AG een van de belangrijkste onderzoeksgroepen in Nederland en Europa zijn, gericht op het domein van AG (op zich en als onderdeel van Integrative Medicine (IM)). De onderzoeksgroep wil hierbij erkend en gewaardeerd worden door de hoogwaardige en innovatieve kwaliteit van het onderzoeks- en ontwikkelwerk, de goede, professionele samenwerking met het AG veld/ het gezondheidszorg veld i.h.a., en de goede, professionele samenwerking met partners binnen projecten. De onderzoeksgroep wil dat de stakeholders van het lectoraat voortdurend tevreden zijn over 'geproduceerde producten en resultaten'.[131]

Missie

Het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (AG) verzamelt kennis, verricht

[123] Baars (2012)
[124] NVAZ (publicatiedatum onbekend)
[125] Antroposana (2012)
[126] Antroposana (2012)
[127] Vereniging Hogescholen (publicatiedatum onbekend)
[128] Lectoren.nl (publicatiedatum onbekend)
[129] Lectoren.nl (publicatiedatum onbekend)
[130] Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[131] Baars (2012)

praktijkonderzoek en communiceert over onderzoeksresultaten binnen het domein van de AG, om daarmee de AG zorgpraktijk (a) verder te ontwikkelen, (b) wetenschappelijk te verantwoorden, (c) verantwoorde communicatie over AG mogelijk te maken, (d) de integratie met de reguliere gezondheidszorg optimaal mogelijk te maken, en (e) de AG opleidingen inhoudelijk te ondersteunen. Het lectoraat werkt hierbij samen met (inter)nationale partners en financiers binnen en buiten de AG.[132]

Doelstellingen

Het lectoraat AG heeft vier belangrijke doelstellingen:

1) De (verdere) ontwikkeling van professionele, transparante AG zorgprogramma's, waarin de eigenheid van de AG gewaarborgd blijft;
2) Het monitoren van kwaliteit en (kosten)effecten;
3) Het op basis hiervan produceren van hoogwaardige kennis over AG, waaronder proefschriften;
4) Het verzorgen van professionele communicatie en transfer van deze kennis.[133]

Personeel

Het lectoraat AG telt veertien medewerkers, waaronder onderzoekers, docenten, fondsenwervers, artsen en lector Erik Baars.[134]

Belangrijkste Stakeholders

De belangrijkste stakeholders voor het lectoraat AG zijn:

- Het werkveld van de AG, waaronder beroepsverenigingen, beroepsuitoefenaars, patiënten, zorgaanbieders en opleidingen
- Het overige antroposofische veld
- De docenten en studenten van de opleiding Kunstzinnige Therapie aan Hogeschool Leiden
- Het cluster Zorg aan Hogeschool Leiden
- Stakeholders van de reguliere gezondheidszorg, waaronder zorgprofessionals, zorgverzekeraars, beleidsmakers, zorginstellingen, patiënten en overheden[135]

Behoeften en problemen

Er zijn verschillende behoeften en problemen bij de stakeholders waar het lectoraat probeert op in te spelen:

- **Verdunning van de identiteit van de AG**

  Er wordt in de zorgpraktijk van AG steeds minder antroposofisch gewerkt. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de toenemende druk om *Evidence-based* regulier te werken (de effectiviteit van de behandeling moet aantoonbaar zijn middels *Evidence-based medicine.* Dit is bij veel antroposofische behandelmethoden niet mogelijk en daarom wordt er gekozen voor reguliere behandelmethoden). Andere oorzaken voor de afbrokkeling van de identiteit van de AG zijn het feit dat er te weinig zorgprofessionals zijn die antroposofisch geschoold zijn en het gebrek aan ruimte voor ontwikkeling van de AG

- **Onvoldoende mogelijkheid om het zorgaanbod van de AG te optimaliseren**

  Er is een tekort aan geld, tijd en middelen binnen het veld van de AG om de grote potentie van de AG optimaal te benutten met een maximaal zorgaanbod.

- **Onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van de zorg van de AG**

  Er is, ondanks het toegenomen aantal wetenschappelijke publicaties over de AG, nog te weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit, bijdrage en veiligheid van de AG.

- **Gebrek aan communicatie over AG**

  Het betreft hier op onderzoek gebaseerde communicatie over de AG naar onder andere zorgprofessionals en opleidingen om daar de kennis over AG te verbeteren.

---

[132] Baars (2012
[133] Baars (2012)
[134] Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (publicatiedatum onbekend)
[135] Baars (2012)

Daarnaast is er ook een trend dat er door derden toenemend negatief gecommuniceerd wordt over de AG. In combinatie met het uitblijven van communicatie over het AG vanuit het lectoraat AG, heeft dit het imago van de AG geen goed gedaan.[136]

Communicatie

Het lectoraat AG zet verschillende communicatiemiddelen in om in contact te treden met geïnteresseerden. Voorbeelden hiervan zijn de nieuwsbrieven die het lectoraat met enige regelmaat verstuurd en de uitgave van schriftelijke brochures. Hieronder staat een overzicht van alle interne en externe communicatiemiddelen van het lectoraat AG.

Communicatiemiddelen	Intern	Extern
Persoonlijk	• Lectoratenberaad • Vergaderingen • Werkoverleggen	• Jaarlijks symposium, waarbij verschillende thema's centraal staan zoals 'Eigen regie versterken' • Lezingen nationaal en internationaal, zoals 'Open ontmoeting- en studiecentrum voor Antroposofie' • Netwerken • Presentaties, zoals een presentatie voor de minor 'AG' op Hogeschool Leiden • Toespraken • Workshops, op bijvoorbeeld het congres 'Gezonde Zorg'
Digitaal	• E-mail • Social Media	• E-mail • Eigen website Lectoraat (in ontwikkeling) • Nieuwsbrief internationaal: 'International Research Newsletter on Antroposophic Medicine' • Nieuwsbrief regulier • Website (eigen pagina op website Hogeschool Leiden) <u>Social Media</u> • Facebook (in ontwikkeling) • LinkedIn • Twitter
Schriftelijk	• Memo	• Artikelen, zoals 'Gezondheid als effectieve zelfregulatie • Boekbijdragen, zoals 'Inventarisatie van Best practices' • Boeken/rapporten, zoals 'Routekaart praktijkonderzoek AG' • Brochures • Folders
Audiovisueel	• Telefonisch	• Telefonisch

Figuur 15: Communicatiemiddelen- en activiteiten lectoraat AG[137]

[136] Baars (2012)

Uit onderzoek van De Graaff blijkt dat de communicatie vanuit het lectoraat structuur mist. [138] Navraag bij de lector leert dat dit nog steeds het geval is[139]. Het communicatiebeleid is nog in ontwikkeling en binnen het lectoraat zijn er geen medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de communicatie. Op dit moment zijn er een aantal kleine communicatieprojecten opgestart, maar deze verlopen traag omdat de werkzaamheden hiervoor naast de reguliere werkzaamheden plaatsvinden.[140] Er is daarnaast vanuit het lectoraat geen communicatie die specifiek op de onderzoeksdoelgroep is gericht (zie bijlage III: Communicatie lectoraat AG en kernwaarden AG).

Concurrentieanalyse

Het is lastig om directe concurrenten aan te wijzen voor het lectoraat AG. Het lectoraat op zich heeft namelijk geen concurrentie in de zin van andere lectoraten of organisaties. In bredere zin is de antroposofische gezondheidszorg, waarvan het lectoraat de belangen behartigt, wel een concurrent van andere vormen van gezondheidzorg. Zorggebruikers kunnen immers kiezen tussen zorginstellingen en behandelaren die van elkaar verschillen door het wel of niet gebruik maken van antroposofische behandelmethoden. In dit licht bekeken, is de antroposofische gezondheidszorg een alternatief voor de reguliere gezondheidszorg. Opvallend hierbij is dat de antroposofische zorg een aanvulling is op de reguliere zorg. Dit betekent dat antroposofische behandelaars altijd gebruik maken van reguliere behandelmethoden en daarnaast ook kijken naar antroposofische behandelmogelijkheden.

Naast concurrentie van de reguliere gezondheidszorg heeft de antroposofische gezondheidszorg ook te maken met andere vormen van complementaire zorg. Deze vormen van complementaire zorg kunnen voor zorgvragers ook een alternatief vormen voor de antroposofische gezondheidszorg.

[137] De Graaff (2013)
[138] De Graaff (2013)
[139] E. Baars, persoonlijke mededeling, 10 januari 2014
[140] A. Abbing, persoonlijke mededeling, 9 mei 2014

Bijlage III: Communicatie lectoraat AG en kernwaarden AG

Deze bijlage brengt de huidige situatie waarin de opdrachtgever zich bevindt in kaart. Er kan immers geen helder advies gegeven worden als de huidige situatie niet helder is. Verder is het voor de toekomstige evaluatie van de uitgevoerde adviezen van belang dat er een zogenoemde 'nulmeting' is gedaan van de beginsituatie.

Analyse communicatie vanuit het lectoraat

In samenspraak met de opdrachtgever, zijn eerst de verschillende wijzen van communicatie richting patiënten van reguliere zorginstellingen in kaart gebracht. Dit zijn niet alleen de uitingen vanuit het lectoraat AG die de reguliere patiënten als doelgroep hebben. Ook communicatie van het lectoraat die niet specifiek op reguliere patiënten is gericht, maar die deze doelgroep wel kan ontvangen, wordt meegenomen in de analyse.

Communicatiekanalen

Uit de inventarisatie van de bestaande communicatie-uitingen kwam naar voren dat de communicatie richting reguliere patiënten vrij beperkt is. In totaal zijn er negen verschillende communicatie-uitingen van het lectoraat gevonden die door reguliere patiënten gelezen zouden kunnen worden. Het betreft hier vier boeken, twee actuele nieuwsbrieven en één nieuwsbrief die niet meer uitkomt, de website van het lectoraat AG en het PDF-document *The System of Anthroposophic Medicine*. Ter vergelijking van soortgelijke communicatie vanuit een instelling van de reguliere zorg is er ook een analyse gemaakt van een folder van het NPCF: *Kwaliteit van zorg en behandeling vanuit patiënten-perspectief*. Een overzicht van de geanalyseerde communicatiekanalen staat in bijlage IV.

Aanwezige waarden in de communicatie

In de negen geanalyseerde bronnen komen veel verscheidene waarden naar voren. De meest genoemde waarden zijn 'het hele plaatje bekijken' of 'universalisme', 'individugericht', 'gelijkwaardigheid', 'zelfontwikkeling' en 'kwaliteit' (van de zorg). Hieronder staat kort per term wat er inhoudelijk mee bedoeld wordt. In het onderzoeksrapport komt een bijlage te staan met alle gevonden waarden in de geanalyseerde communicatie-uitingen.

Waarde	Toelichting waarde
Totaalbeeld	Niet alleen reguliere behandelmethoden toepassen, maar ook aanvullende antroposofische behandelmethoden gebruiken. De antroposofische gezondheidszorg kijkt naar het lichaam, de ziel en de geest.
Individugericht	Aandacht voor de persoon als uniek mens, in unieke situatie en een eigen context.
Gelijkwaardigheid	Een gelijkwaardige relatie/verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener.
Zelfontwikkeling	Het actief bevorderen van de eigen gezondheid van de patiënt die gebruik maakt van antroposofische zorg.
Kwaliteit	De wetenschappelijke onderbouwing dat de AG veilig en verantwoord is en dat de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert wanneer deze gebruik maakt van antroposofische zorg.

Figuur 16: Overzicht vaakst terugkomende waarden in communicatie richting reguliere patiënten

Wat verder opviel in de geanalyseerde communicatie-uitingen is dat geen enkel communicatiemiddel van de van het lectoraat afkomstige communicatie specifiek gericht leek te zijn op patiënten van reguliere zorginstellingen. Hier lijken dus kansen te liggen voor het lectoraat AG.

Vaststelling kernwaarden antroposofische gezondheidszorg

Bovenstaande analyse van de communicatie vanuit het lectoraat heeft de onderzoeker al in grote lijnen een beeld gegeven van de belangrijkste waarden van de AG. Verder is ook gekeken naar een aantal bronnen over de waarden van de AG van de belangrijkste spelers binnen de AG. Zo is een breder en completer beeld verkregen van de kernwaarden binnen de AG. Naast bronnen van het lectoraat AG zijn er ook bronnen gebruikt van de Nederlandse Vereniging Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ), het Medizinische Sektion am Goetheanum en de **International Federation of Anthroposophic Medical Associations** (IVAA).

In bijlage IV staan de gevonden waarden per bron. Naar aanleiding van de gevonden waarden vond er een gesprek over de resultaten plaats tussen de onderzoeker en de opdrachtgever, Erik Baars. Hierna zijn de kernwaarden van de AG nog bediscussieerd in een bijeenkomst van het werkveld van de AG. De uiteindelijke kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg als input voor het onderzoek zijn vastgesteld in overleg met de opdrachtgever.

Resultaat

Onderstaande waarden zijn door de onderzoeker en de opdrachtgever vastgesteld als kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg. Deze waarden zullen dan ook in het onderzoek dienen als de kernwaarden van de AG en zodoende vergeleken worden met de waardenbeleving ten opzichte van de zorg van de onderzoeksdoelgroep.

Kernwaarde	Toepassing vanuit het gezichtspunt van de antroposofische gezondheidszorg
Persoonlijke ontwikkeling	(Het doormaken van) ziekte en (het verbeteren van) gezondheid worden binnen de AG in verband gebracht met zelfontwikkeling ofwel het actief bevorderen van de eigen gezondheid
Eigen regie	Antroposofische zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in het omgaan met de eigen gezondheidstoestand en het verbeteren hiervan
Individugericht	Professionele, persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn of haar eigen situatie en omgeving
Gelijkwaardigheid	Gelijkwaardigheid in de zorgrelatie tussen de patiënt en de behandelaar(s)
Totaalbeeld	de AG kijkt naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid
Kwaliteit	De antroposofische zorg is veilig, effectief en/of kosteneffectief en verbetert de kwaliteit van leven van de patiënt (duurzame behandeling). De behandelingen hebben niet of nauwelijks bijwerken en de zorgprofessionals zijn dienstbaar aan het therapeutische proces van de patiënt

Figuur 17: Vastgestelde kernwaarden van de AG

Bijlage IV: Analyse communicatie vanuit het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg

Analyse aanwezige kernwaarden lectoraat AG

Soort bron	Titel/omschrijving	Auteur(s)	Inhoud, kernwaarden die naar voren komen	Aantekeningen
Boek	Health promotion: preventief en curatief	E.W. Baars & G.H. van der Bie	Individualiteit, zelfverantwoordelijkheid, het hele plaatje bekijken/ de zaken in een groter geheel zien, jezelf met alles blijven ontwikkelen, (gevoel van) geluk, veerkracht, preventie van ziekten/proactiviteit, duurzaamheid/effectief omspringen met middelen en kwaliteit en waarborging van kwaliteit (veiligheid)	Veel informatie uit dit boek is terug te brengen op de kernwaarden 'het hele plaatje bekijken/de zaken in een groter perspectief zien', 'individualiteit' en 'zelfverantwoordelijkheid'
	Kwaliteit van zorg en behandeling vanuit patiënten-perspectief*	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)	Individualiteit, individuele diversiteit, zelfverantwoordelijkheid, eigen initiatief, gelijkwaardigheid, kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid)	*= De NPCF is niet specifiek op de AG gericht. De vaststelling van deze kernwaarden is bedoeld om vergelijkingsmateriaal te hebben van de reguliere zorg ten opzichte van de antroposofische zorg
	Kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief voor de antroposofische gezondheidszorg	Patiënten Platform Antroposofische Gezondheidzorg (PPAG)	Individualiteit, individuele diversiteit, zelfverantwoordelijkheid, jezelf met alles blijven ontwikkelen, gelijkwaardigheid, kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid), zorgdragen voor het (leef)milieu, het hele plaatje bekijken/ de zaken in een groter geheel zien, zorg dragen voor anderen, preventie van ziekten/proactiviteit en openheid/transparantie	Er is een duidelijke overlap met de waarden van de NPCF (reguliere patiënten vereniging)
	Goede zorg, Ethische en methodische aspecten	Erik Baars e.a.	Gelijkwaardigheid, dienstbaarheid, *tegenwoordigheid van geest*, het hele plaatje bekijken/ de zaken in een groter geheel zien, individualiteit, jezelf met alles blijven ontwikkelen, kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid) en interactie met de omgeving (specifiek: tussen patiënt en	

			zorgverlener)	
	Gezondheid voor de Toekomst	Antroposana, redactie Essink e.a.	jezelf met alles blijven ontwikkelen, kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid), zelfverantwoordelijkheid, het hele plaatje bekijken/ de zaken in een groter geheel zien, individualiteit en sociale *geborgenheid*	
Internet	Nieuwsbrief lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg	Erik Baars	Kennis/ kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid) en kosteneffectief	
	Nieuwsbrief in Verbinding	Erik Baars	Kennis/ kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid) en educatie	Er zijn slechts drie exemplaren van deze nieuwsbrief uitgekomen tussen mei 2011 en juli 2012 omdat deze nieuwsbrief deel uitmaakte van een tijdelijk project
	International Research Newsletter on Anthroposophic Medicine	Edeltraud Lenk	Kennis/ kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid)	
	Agenda/Nieuws op de website van het lectoraat AG	Verschillende auteurs bij de verschillende bronnen	Kosteneffectief, Kennis/ kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid), jezelf met alles blijven ontwikkelen en het hele plaatje bekijken/ de zaken in een groter geheel zien	
Overige documenten (PDF-documenten en Word-documenten)	The System of Anthroposophic Medicine	International Federation of Anthroposophic Medical Associations (IVAA)	Kennis/ kwaliteit/ waarborging van kwaliteit (veiligheid), jezelf met alles blijven ontwikkelen, het hele plaatje bekijken/ de zaken in een groter geheel zien, interactie met de omgeving, individualiteit en individuele diversiteit	

Bijlage V: Analyse aanwezige kernwaarden belangrijkste spelers in het veld van AG

Om de kernwaarden van de antroposofische gezondheidszorg te achterhalen, zijn de belangrijkste waarden met betrekking tot de antroposofische gezondheidszorg onder de loep genomen. Deze waarden zijn afkomstig van een aantal belangrijke spelers in het veld van de AG: het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg, De Nederlandse Vereniging Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ), het Medizinische Sektion am Goetheanum en de **International Federation of Anthroposophic Medical Associations** (IVAA). De NVAZ is een brancheorganisatie waar alle antroposofische zorgverleners zich in verenigd hebben. Het Medizinische Sektion am Goetheanum is een van de elf gespecialiseerde afdelingen van de Hogeschool voor Geesteswetenschap, met als specialisme antroposofische geneeskunde. Het IVAA is een koepelorganisatie die alle nationale verenigingen van antroposofische artsen op zowel Europees als internationaal niveau vertegenwoordigd. De waarden die het meest genoemd worden en waar veel nadruk op ligt, zullen in eerste instantie worden aangewezen als kernwaarden. Vervolgens zullen in samenspraak met opdrachtgever Erik Baars de kernwaarden van de AG voor dit onderzoek worden vastgesteld zodat er een basis is om de onderzoeksresultaten mee te vergelijken.

Bron: Het document *De identiteit van de Antroposofische Gezondheidszorg, Een eerste exploratie van aspecten en vragen*
Auteur: Erik Baars
Kernwaarden:

- *Gelijkwaardigheid*: De overtuiging dat een mens, ongeacht de mate van zijn disfunctioneren, principieel gelijkwaardig is aan alle andere mensen, was en is de 'drive' van de antroposofische zorgverlener.
- *Dienstbaarheid*: een ontwikkelingsgerichte hulpvaardigheid vanuit het besef van lotsverbondenheid met een ver perspectief. Wij mensen hebben met elkaar te maken; mijn ontwikkeling is gekoppeld aan die van jou en omgekeerd. Wat mij ten deel is gevallen, is jou onthouden, en omgekeerd. Mijn eigen lot is verbonden met dat van alle andere mensen.
- *Tegenwoordigheid van geest*: het situationeel het goede kunnen doen in de voorhanden situatie. (Uit: Blomaard, 2005)

Bron: Het document *Verslag WERKCONFERENTIE AG-identiteit*, *Met meer bewustzijn van onze AG identiteit gezamenlijk de toekomst in!*
Auteurs: Erik Baars en Annemarie Abbing
Kernwaarden:

- Aandacht
- Ontmoeting
- Gastvrijheid
- Gelijkwaardigheid
- Ontwikkelingsgericht

Bron: De website van het NVAZ: www.nvaz.nl (geraadpleegd op 13-2-2014)
Organisatie: NVAZ
Kernwaarden:

- De balans tussen individualiteit, ziel en lichaam
- Het versterken en ondersteunen van de eigen natuurlijke afweer van de mens
- De antroposofische gezondheidszorg verder ontwikkelen en versterken

Bron: De website van het Medsektion am Goetheanum: http://www.medsektion-goetheanum.org/ (geraadpleegd op 13-2-2014)
Organisatie: Medsektion am Goetheanum
Kernwaarden:

- Patiëntgericht/mensgericht; het actief betrekken van de patiënt bij het genezingsproces
- Zelfeducatie/zelfontwikkeling

- Patiënt-behandelaar relatie op basis van gelijkwaardigheid en vertrouwen
- Het gehele leefmilieu van de patiënt is van belang

Bron: De website van het IVAA: http://www.ivaa.info/home/ (geraadpleegd op 13-2-2014)
Organisatie: IVAA
Kernwaarden:

- Zelfontwikkeling patiënt/eigen vermogen om te herstellen
- Op het unieke individu gericht/Gericht op de unieke wensen en omstandigheden van het individu
- Preventie van ziekte/actief werken aan gezondheid

Bijlage VI: Lijst met geschikte patiëntenverenigingen om te benaderen

Naam patiëntenvereniging	(Geschat) aantal leden
Bijniervereniging NVACP	**1.000**
Borstkankervereniging Nederland	**300**
Demosthenes	**350**
Dwarslaesie Organisatie Nederland	**100**
Hartpatiënten Nederland	**100**
HIV Vereniging Nederland	**1.500**
Hoornvlies Patiënten Vereniging	**50**
Huis voor de Zorg	**600**
Klaverblad Zeeland (overkoepeling van verschillende patiëntenverenigingen in Zeeland)	**50**
Landelijk platform GGZ	**250**
LOC Zeggenschap in zorg	**600.000**
LSR (Koepelorganisatie van ruim 500 cliëntenraden)	**1.000**
MD Vereniging	**4.500**
Nationale Vereniging Sjögren Patiënten	**100**
Nederlandse Federatie van *Kankerpatiënten*organisaties	**250**
NPCF	**20.000**
NPV	**5.000**
NVA	**14.000**
NVHP	**1.250**
NVLE	**2.000**
NVN	**6.250**

Olijf (netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker)	**1.000**
Oogvereniging	**7.500**
Osteoporose Vereniging	**2.000**
Patiëntenvereniging CRPS	**2.500**
Polyposis (darmkanker)	**100**
Psoriasis	**100**
Stichting Klankbord (hoofdhalskanker)	**100**
Stichting Pijn-Hoop	**100**
Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen	**500**
Vereniging van scoliosepatiënten	**1.600**
Zorgbelang Nederland	Zorgbelang kent per provincie een aparte afdeling. De onderzoeker probeert alle aparte provinciale afdelingen te benaderen om te vragen of zij de enquête onder hun leden willen uitzetten. Zorgbelang is er voor vragen en klachten van burgers en heeft geen leden.

Totaal: 674.150

Bijlage VII: verantwoording benaderde groepen voor respons

In deze bijlage staat de verantwoording voor het benaderen van de verschillende groepen respondenten. Daarnaast vermeldt deze bijlage ook de data van benadering en de wijze van communiceren tussen de onderzoeker en de respondentengroep.

Respondenten-groep	Verantwoording benadering	Manier van communiceren tussen onderzoeker en respondenten-groep	Datum van eerste benadering	Datum definitieve reactie
Patiënten-verenigingen	De verwachting van de onderzoeker is dat mensen die lid zijn van een patiëntenvereniging zich meer betrokken voelen met ziekte, gezondheid en alles wat hiermee te maken heeft dan niet-leden. De motivatie om mee te werken aan een onderzoek over waarden in de zorg zal daarom hoger liggen bij leden van patiëntenverenigingen. De keuze om patiëntenverenigingen te benaderen om de enquête uit te zetten onder hun leden komt voort uit de verwachting dat deze leden gemotiveerd zijn om aan de enquête deel te nemen. Zo wordt een groter aantal respondenten bereikt en worden de meningen van een belangrijk deel van de onderzoeksdoelgroep (betrokken patiënten) meegenomen in het onderzoek.	E-mailcontact	5-3-2014	Verschille-nde data met een definitieve reactie op verzoek uitzetten enquête. Zie tabel 1 voor de datum waarop definitief gereageerd werd op het verzoek
Facebook-vrienden	De onderzoeker heeft ook zijn contactpersonen op Facebook opgeroepen de enquête te delen en in te vullen. De verwachting was dat de leeftijd voor leden van patiëntenverenigingen gemiddeld tussen de 35 en de 55 jaar zit. Om ook de meningen van jongere mensen te meten is de vragenlijst ook onder de contacten op Facebook van de onderzoeker uitgezet. De gemiddelde leeftijd van deze groep is aannemelijk lager omdat de Facebookvrienden gemiddeld tussen de 18 en 30 jaar oud zijn. Uiteraard is wel duidelijk vermeld dat de enquête bestemd is voor personen van 18 jaar en ouder.	(reacties op) Statusbericht op Facebook	15-3-2014	Van 15-3-2014 tot en met 20-3-2014
Vrienden en kennissen	Vrienden en kennissen die niet tot de contactpersonen van de onderzoeker op Facebook behoren zijn via een e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Ook werden zij opgeroepen om de link naar de enquête met bekenden te delen met de aangepaste	E-mailcontact	15-3-2014	Van 16-3-2014 tot en met 21-3-2014

	introductie (zie paragraaf 1.1.4 van deze bijlage) als inleiding. De benadering van deze groep komt voort uit het feit dat deze mensen ook tot de (onderzoeks)doelgroep behoren. Onder de benaderde kennissen bevinden zich een aantal oudere mannen (leeftijd tussen de 50 en de 80) wat het aantal ouderen dat de enquête invult kan vergroten zodat de leeftijdsverdeling representatiever is voor de samenleving.			
Familie	De onderzoeker nodigde een aantal familieleden die ook tot de onderzoeksdoelgroep behoren uit om de enquête in te vullen en te verspreiden onder bekenden. Deze groep werd middels een e-mail benaderd met als bijlage de introductie die in bijlage VIII is terug te vinden. Door te vragen of deze groepsleden de enquête wilden delen met hun kennissen zette de onderzoeker een extra sneeuwbalsteekproef uit.	E-mailcontact	16-3-2014	16-3-2014 en 17-3-2014
Afdeling Marketing & Communicatie Hogeschool Leiden	De nieuwsbrief gaat elke week uit naar 1052 medewerkers van Hogeschool Leiden. Hetzelfde aantal medewerkers kan in de groep 'groep voor Medewerkers HL' de publicatie van het bericht, waar de oproep instaat, lezen. Via de nieuwsbrief en de nieuwsgroep op intranet van Hogeschool Leiden worden deze mensen opgeroepen om de enquête in te vullen. Deze oproep komt tot stand in samenwerking met de afdeling Marketing & Communicatie van Hogeschool Leiden, die verantwoordelijk is voor deze communicatie-uitingen. Als de medewerkers lezen dat het onderzoek wordt uitgevoerd door een student aan Hogeschool Leiden zullen zij naar verwachting gemotiveerder zijn om aan de enquête mee te doen. Het grote bereik van de nieuwsbrief en de nieuwsgroepen is een goede reden om een oproep te plaatsen voor het invullen van de enquête. Zo zullen naar verwachting meer mensen de enquête invullen.	Telefonisch contact en e-mailcontact	De afdeling Marketing & Communicatie werd op 14-3-2014 benaderd. Op 27-3-2014 werd de oproep uitgezet via een bericht in de interne nieuwsbrief en door een publicatie op intranet in de groep voor medewerkers van Hogeschool Leiden	20-3-2014
Online volgers lectoraat Antroposofische Gezondheids-zorg	Een omroep van de onderzoeker om de enquête in te vullen is door Erik Baars op zijn accounts van Twitter en LinkedIn gezet. Op Twitter heeft Erik Baars 65 volgers, op LinkedIn heeft hij 328 connecties. Een wat uitgebreidere oproep om deel te nemen aan de enquête kwam op de website van het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg. Het ligt in de lijn der verwachting dat mensen die online verbonden zijn met	Artikel gedeeld op LinkedIn, tweet op Twitteraccount Erik Baars en bericht op de website van het lectoraat Antroposofische Gezondheids-zorg	Artikel op LinkedIn en tweet op Twitter-account Erik Baars: 19-3-2014 Bericht op de website van het lectoraat AG: 25-3-2014	N.V.T

	(de lector van) het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg al enige affectiviteit hebben met (antroposofische) zorg. Zij zullen daarom waarschijnlijk sneller geneigd zijn om deel te nemen aan het onderzoek.			

Tabel 1: Overzicht welke patiëntenverenigingen de enquête gedeeld hebben

Naam patiëntenvereniging	(Geschat) aantal leden	Datum definitieve reactie	Reactie op verzoek uitzetten enquête onder de leden	Wijze waarop de enquête wordt uitgezet	Verzoek om enquête in te vullen uitgezet op
Bijniervereniging NVACP	1.000	16-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Borstkankervereniging Nederland	300	6-3-2014	Doet mee	Forum op de website en bericht op Facebook	Forum en Facebook: 16-3-2014
Demosthenes	350	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Dwarslaesie Organisatie Nederland	100	14-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Hartpatiënten Nederland	100	16-3-2014	Doet mee	Forum op de website en bericht op Facebook	Forum: 16-3-2014 en Facebook: 26-3-2014
HIV Vereniging Nederland Doet niet mee	1.500	11-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Hoornvlies Patiënten Vereniging	50	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Huis voor de Zorg	585	18-3-2014	Doet mee	585 panelleden worden per e-mail benaderd	Benadering per e-mail: 19-3-2014
Klaverblad Zeeland (overkoepeling van verschillende patiëntenverenigingen in Zeeland)	50	18-3-2014	Doet mee	Oproep op de website en op Twitter	Website en Twitter: 19-3-2014
Landelijk platform GGZ	250	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
LOC Zeggenschap in zorg	600.000	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T

LSR (Koepelorganisatie van ruim 500 cliëntenraden)	1.000	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
MD Vereniging	4.500	17-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Nationale Vereniging Sjögren Patiënten	100	21-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Nederlandse Federatie van *Kankerpatiënten*-organisaties	250	24-3-2014	Doet mee	Op de website bij de panel-leden 'Oproepen derden'	Op de website: 24-3-2014
NPCF	20.000	10-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
NPV	5.000	6-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
NVA	14.000	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
NVHP	1.250	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
NVLE	2.000	23-3-2014	Doet mee	Bericht op de website onder 'Actueel'	Website: 23-3-2014
NVN	6.250	6-3-2014	Doet mee	Forum op de website en bericht op Facebook	Forum: 16-3-2014, Facebook: 18-3-2014
Olijf (netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker)	1.000	17-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Oogvereniging	7.500	10-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Osteoporose Vereniging	2.000	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Patiëntenvereniging CRPS	2.500	17-3-2014	Doet mee	Bericht op de website	Website: 18-3-2014
Polyposis (darmkanker)	100	N.V.T	Geen reactie		

Psoriasis	100	26-3-2014	Doet mee	Oproep op de website	Website: 24-3-2014
Stichting Klankbord (hoofdhalskanker)	100	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Stichting Pijn-Hoop	100	N.V.T	Niet bereikbaar	N.V.T	N.V.T
Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen	500	7-3-2014	Doet mee	Oproep op de website, oproep op het forum, verwijzing naar het forum op Twitter en oproep in het ledenblad	Website en forum: 15-3-2014, ledenblad: 20-3-2014 en Twitter: 29-3-2014
Vereniging van scoliosepatiënten	1.600	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Hart&Vaatgroep	250	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Zorgbelang Drenthe	Onbekend	27-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Zorgbelang Groningen	Onbekend	6-3-2014	Doet mee	Oproep op de website	Website: 18-3-2014
Zorgbelang Friesland	Onbekend	N.V.T	Geen reactie	N.V.T	N.V.T
Cliëntenbelang Utrecht	Onbekend	7-3-2014	Doet niet mee	N.V.T	N.V.T
Zorgbelang Brabant	Onbekend	13-3-2014	Doet mee	Oproep op de website en in de nieuws-brief	Website: 17-3-2014 Nieuws-brief: 21-3-2014

Bijlage VIII: benadering groepen respondenten voor deelname enquête

Deze bijlage bevat de communicatie-uitingen naar alle groepen die zijn benaderd om de enquête in te vullen en de enquête te delen met vrienden, familie en kennissen.

Benadering patiëntenverenigingen

Verzoek uitzetten enquête

Communicatiemiddel: e-mail

Beste medewerkers van (naam patiëntenvereniging),

Om inzicht te krijgen in de wensen van de patiënten van 18 jaar en ouder en hun belangrijkste waarden in de zorg, voer ik momenteel een afstudeeronderzoek uit. Onderdeel van dit onderzoek is een anonieme online-enquête waarin de patiënt aangeeft welke waarde(n) het belangrijkst zijn voor hem of haar. Ook krijgt de patiënt de vraag welke manier van communiceren vanuit zorginstellingen hij prettig vindt. Via dit bericht wil ik u informeren over hoe u kunt bijdragen aan een betere aansluiting van de zorg op de patiëntbehoeften.

Om een goed beeld te krijgen van wat patiënten belangrijk vinden in de zorg, wil ik u vragen of u de enquête met uw leden wilt delen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door de link naar de enquête op uw website en/of in de nieuwsbrief te plaatsen. Wellicht is het ook mogelijk om een uitnodiging voor het invullen van de enquête naar uw leden uit te zetten via een bestaande mailinglijst.

Voorbeelden van vragen die terugkomen in de enquête zijn hoe belangrijk patiënten het vinden om zelf keuzes te kunnen maken in de zorg en of zij het belangrijk vinden om zichzelf te ontwikkelen tijdens ziekte of gezondheid. Uiteraard is deelname aan de enquête volledig anoniem. Het invullen van de enquête zal ongeveer acht minuten duren.

De mening van uw leden is belangrijk omdat het invullen van de enquête inzicht geeft in de behoeften van patiënten in de zorg. Op deze manier is het mogelijk om verbeterpunten in de zorg boven water te halen.

Momenteel ben ik bezig met het opstellen van de enquête. In de week van 14 maart rond ik de enquête af en komt de vragenlijst online te staan. Op 5 april sluit de enquête om de resultaten tijdig te verwerken. Mocht uw nieuwsbrief in de eerste week na het uitzetten van de enquête uitkomen dan wil ik u vragen om de link naar de enquête hierin op te nemen. In andere gevallen is het wellicht handiger om de link op de website te plaatsen of via een mailing uit te zetten. Bijgevoegd vindt u een introductie voor de enquête die u kunt overnemen op de website of in een e-mail.

Ik hoor graag van u of u bereid bent om de stem van uw leden terug te laten komen in het onderzoek. Mocht u nog vragen hebben dan zal ik deze graag voor u beantwoorden. U kunt mij bereiken door een e-mail te sturen naar s1052972@student.hsleiden.nl

Met vriendelijke groet,

Leo Hoekstra
Afstuderend student Communicatie
Hogeschool Leiden

Bijlage e-mail met verzoek uitzetten enquête: introductie

Communicatiemiddel: Word-document als bijlage in een e-mail

Beste lezer,

Om inzicht te krijgen in de wensen van de patiënten van 18 jaar en ouder en hun belangrijkste waarden in de zorg, voer ik momenteel een afstudeeronderzoek uit. Onderdeel van dit onderzoek is een anonieme online-enquête waarin u kunt aangeven welke waarde(n) het belangrijkst voor u zijn in de zorg. Daarnaast krijgt u de kans om aan te geven welke manier van communiceren vanuit zorginstellingen u prettig vindt.

Uw mening is belangrijk bij het in kaart brengen van de behoeften van mensen die gebruik maken van zorg en daarom nodig ik u van harte uit om uw mening te geven in de enquête. Zo maakt u het mogelijk om verbeterpunten in de zorg aan het licht te brengen. Deelname aan de enquête is volledig anoniem en het invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten.

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Leo Hoekstra
Afstuderend student Communicatie
Hogeschool Leiden

Ingekorte introductie voor CPRS

Communicatiemiddel: Word-document als bijlage in een e-mail

Beste lezer,

Om inzicht te krijgen in de wensen van de patiënten van 18 jaar en ouder en hun belangrijkste waarden in de zorg, voer ik momenteel een afstudeeronderzoek uit. Onderdeel van dit onderzoek is een anonieme online-enquête waarin u kunt aangeven welke waarde(n) het belangrijkst voor u zijn in de zorg. Daarnaast krijgt u de kans om aan te geven welke manier van communiceren vanuit zorginstellingen u prettig vindt. Deelname aan de enquête is volledig anoniem en het invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten. De link naar de enquête is: http://q.mwm2.nl/MEhiPXJAdEOkvXNOlSvZ2g

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Leo Hoekstra
Afstuderend student Communicatie
Hogeschool Leiden

Aangepaste introductie met link naar enquête

Communicatiemiddel: Word-document als bijlage in een e-mail

Beste lezer,

Om inzicht te krijgen in de wensen van de patiënten van 18 jaar en ouder en hun belangrijkste waarden in de zorg, voer ik momenteel een afstudeeronderzoek uit. Onderdeel van dit onderzoek is een anonieme online-enquête waarin u kunt aangeven welke waarde(n) het belangrijkst voor u zijn in de zorg. Daarnaast krijgt u de kans om aan te geven welke manier van communiceren vanuit zorginstellingen u prettig vindt.

Uw mening is belangrijk bij het in kaart brengen van de behoeften van mensen die gebruik maken van zorg en daarom nodig ik u van harte uit om uw mening te geven in de enquête. Zo maakt u het mogelijk om verbeterpunten in de zorg aan het licht te brengen. Deelname aan de enquête is volledig anoniem en het

invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten. De link naar de enquête is:
http://q.mwm2.nl/MEhiPXJAdEOkvXNOlSvZ2g

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Leo Hoekstra
Afstuderend student Communicatie
Hogeschool Leiden

Benadering vrienden, familie en kennissen via social media

Communicatiemiddel: Statusupdate op Facebook



Benadering vrienden en kennis per e-mail

Beste vrienden en kennissen,

Na 5 bewogen studiejaren is het moment aangebroken dat ik aan mijn afstudeeronderzoek ben begonnen. Voor mijn afstudeerscriptie onderzoek ik voor het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg de waarden in de zorg van alle Nederlanders van 18 jaar en ouder die gebruik maken van zogenoemde 'reguliere zorg'. Zoals jullie je waarschijnlijk wel kunnen voorstellen is deze doelgroep ontzettend breed: Rond de 90% van de Nederlandse bevolking valt onder deze brede omschrijving! Ik heb daarom een flink aantal mensen nodig die mijn enquête invullen voordat ik wat zinnigs kan zeggen over de onderzoeksdoelgroep. Daarom aan jullie de vraag of jullie de enquête willen invullen en, als jullie dat willen, ook verspreiden onder jullie vrienden en kennissen. Voor degenen die dit willen heb ik in de bijlage een algemene introductie voor de enquête in de bijlage toegevoegd naast mijn eeuwige dankbaarheid. De enquête bestaat uit 11 vragen en het invullen hiervan kost ongeveer 10 minuten.

De enquête kan ingevuld worden door op de link te klikken: http://q.mwm2.nl/MEhiPXJAdEOkvXNOlSvZ2g

Alvast heel erg bedankt!

Leo

Benadering familie per e-mail

Lieve familie,

Na 5 bewogen studiejaren is het moment aangebroken dat ik aan mijn afstudeeronderzoek ben begonnen. Voor mijn afstudeerscriptie onderzoek ik voor het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg de waarden in de zorg van alle Nederlanders van 18 jaar en ouder die gebruik maken van zogenoemde 'reguliere zorg'. Zoals jullie je waarschijnlijk wel kunnen voorstellen is deze doelgroep ontzettend breed: Rond de 90% van de Nederlandse bevolking valt onder deze brede omschrijving! Ik heb daarom een flink aantal mensen nodig die mijn enquête invullen voordat ik wat zinnigs kan zeggen over de onderzoeksdoelgroep. Daarom aan jullie de vraag of jullie de enquête willen invullen en, als jullie dat willen, ook verspreiden onder jullie vrienden en kennissen. Voor degenen die dit willen heb ik in de bijlage een algemene introductie voor de enquête in de bijlage toegevoegd naast mijn eeuwige dankbaarheid. De enquête bestaat uit 11 vragen en het invullen hiervan kost ongeveer 10 minuten.

De enquête kan ingevuld worden door op de link te klikken: http://q.mwm2.nl/MEhiPXJAdEOkvXNOlSvZ2g

Alvast heel erg bedankt!

Leo

Benadering afdeling Marketing & Communicatie Hogeschool Leiden

Communicatiemiddelen: telefoon en e-mail



Hoekstra, Leo
vr 14-03-14 14:47

markeren als ongelezen

Aan: Website;

Beste Nick en oud-collega`s,

Momenteel ben ik bezig aan de laatste loodjes van mijn opleiding Communicatie: het afstudeeronderzoek. Hiervoor doe ik onderzoek voor het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg aan Hogeschool Leiden. Specifiek doe ik onderzoek naar de waardebeleving van patiënten die geen gebruik maken van complementaire zorg (de tak van aanvullende zorg waar antroposofische zorg onder valt) zodat ik mogelijke gemeenschappelijke raakvlakken tussen deze 'reguliere patiënten' en de antroposofische zorg kan identificeren. Ook vraag ik mijn respondenten naar de wijze waarop deze doelgroep benaderd wil worden door instellingen uit de zorg.

Uiteindelijk is het doel om een advies aan te leveren hoe het lectoraat het beste de dialoog aan kan gaan met de 'reguliere patiënten' die vaak een negatief en beeld hebben van de antroposofische zorg. De uitkomsten van mijn online enquête zijn daarvoor onmisbaar.

Ik doe mijn onderzoek deels door het uitzetten van een online enquête. Omdat de doelgroep heel erg groot is (alle mensen in Nederland van 18 jaar en ouder, die geen gebruik maken van complementaire zorg), heb ik ook een hoog aantal respondenten nodig om wat over de onderzoeksdoelgroep te kunnen zeggen.

In samenspraak met lector Erik Baars heb ik daarom mede besloten om te vragen of de link naar dit onderzoek in de nieuwsbrief en op de Facebookpagina van Hogeschool Leiden geplaatst kan worden, zodat medewerkers en andere betrokkenen bij de hogeschool ook in het onderzoek betrokken worden. Momenteel schrijf ik een korte introductie die aangeeft waar het onderzoek over gaat en oproept tot het invullen van de enquête. Als jullie de link naar het onderzoek in de nieuwsbrief en/of op de Facebookpagina willen zetten dan kan ik die naar jullie mailen ter ondersteuning.

Ik hoop vandaag de enquête online te zetten, anders gebeurt dit uiterlijk zondag. De enquête loopt zeker tot 5 april en, afhankelijk van de respons, wellicht nog iets langer.

Ik hoop dat jullie mij en het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg willen helpen bij het uitzetten van dit onderzoek onder zoveel mogelijk mensen.

Hartelijke groet aan iedereen!

Leo Hoekstra

Oproep via Twitter en LinkedIn Erik Baars

Twitter:



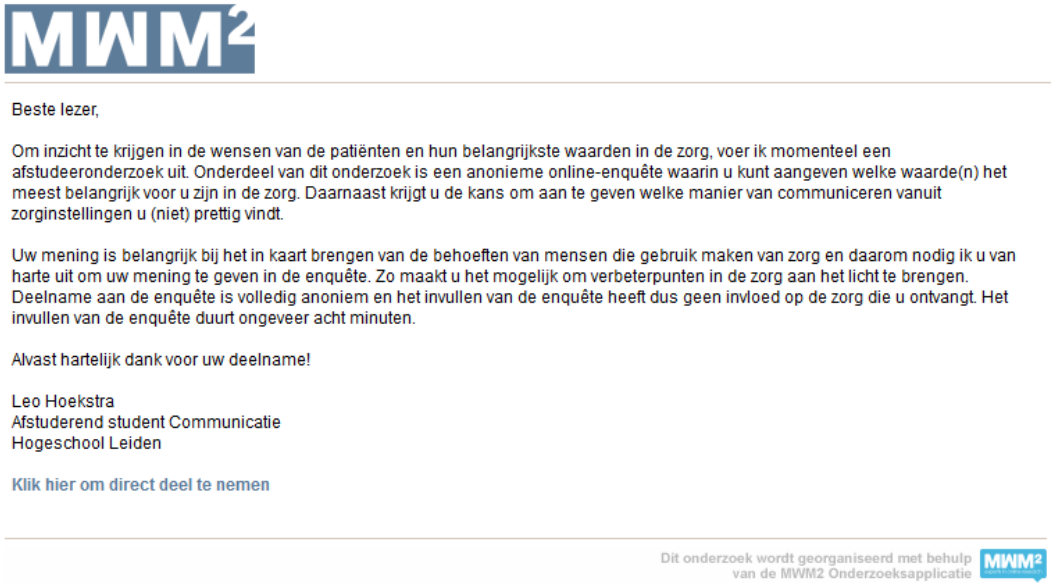
LinkedIn:



Oproep via de website van het lectoraat AG



Bijlage IX: vragenlijst vanaf 14-3-2014



Beste lezer,

Om inzicht te krijgen in de wensen van de patiënten en hun belangrijkste waarden in de zorg, voer ik momenteel een afstudeeronderzoek uit. Onderdeel van dit onderzoek is een anonieme online-enquête waarin u kunt aangeven welke waarde(n) het meest belangrijk voor u zijn in de zorg. Daarnaast krijgt u de kans om aan te geven welke manier van communiceren vanuit zorginstellingen u (niet) prettig vindt.

Uw mening is belangrijk bij het in kaart brengen van de behoeften van mensen die gebruik maken van zorg en daarom nodig ik u van harte uit om uw mening te geven in de enquête. Zo maakt u het mogelijk om verbeterpunten in de zorg aan het licht te brengen. Deelname aan de enquête is volledig anoniem en het invullen van de enquête heeft dus geen invloed op de zorg die u ontvangt. Het invullen van de enquête duurt ongeveer acht minuten.

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Leo Hoekstra
Afstuderend student Communicatie
Hogeschool Leiden

Klik hier om direct deel te nemen

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie



Voltooid: 0%

Via welke instantie bent u benaderd om deze vragenlijst in te vullen?

- Bijniervereniging NVACP
- Het forum 'Bliksem' voor mensen met een visuele beperking
- Borstkankervereniging Nederland
- Hartpatiënten Nederland
- Hogeschool Leiden
- NVLE
- NVN
- Patiëntenvereniging CRPS
- Psoriaris Vereniging Nederland
- Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen
- Zorgbelang Brabant
- Zorgbelang Drenthe
- Zorgbelang Friesland
- Zorgbelang Groningen
- Ik ben persoonlijk door de onderzoeker benaderd
- Anders

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie



Voltooid: 9%

Terug naar vorige vraag

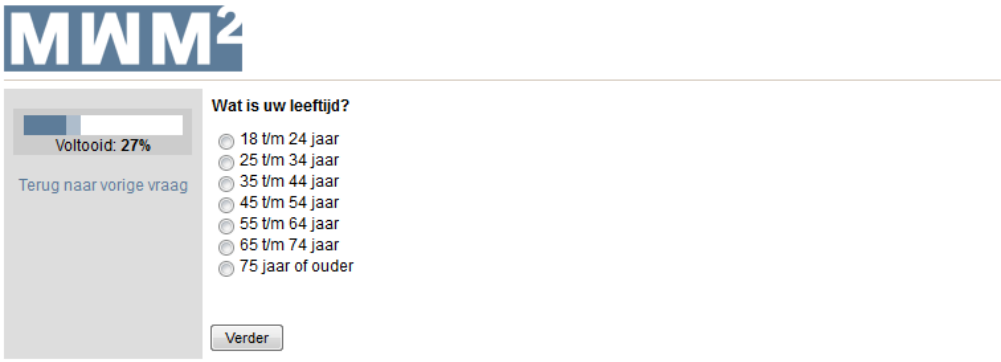
Via welk medium vond u de link naar deze vragenlijst?

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
- Forum van een patiëntenvereniging
- Website van een patiëntenvereniging
- Een oproep van een zorginstelling
- Persoonlijk verzoek van de onderzoeker
- Anders

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie







Toelichting bij de waarden:

Waarde	**Toelichting**
Persoonlijke ontwikkeling	Ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling. Voorbeelden hiervan zijn dat patiënten ‘sterker’ uit hun ziekteproces kunnen komen en aan het ziek zijn betekenis kunnen geven in hun leven.
Eigen regie	De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in het omgaan met de eigen gezondheidstoestand en het verbeteren hiervan
Individugericht	Professionele, persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn of haar eigen situatie en omgeving
Gelijkwaardigheid	Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar(s)
Totaalbeeld	In de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid
Kwaliteit	De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben niet of nauwelijks bijwerkingen,

	zijn effectief en/of kosteneffectief en bieden een verbetering van de kwaliteit van leven. De zorgprofessionals zijn dienstbaar aan het doel van de behandeling en de behoeften van de patiënt





Voltooid: **64%**

Terug naar vorige vraag

Hoe wilt u dat zorginstellingen u benaderen?

Hieronder staan een aantal manieren die zorginstellingen kunnen gebruiken om mensen te benaderen die gebruik maken van zorg. Hier kunt u per benaderingswijze aangeven in welke mate deze manier van benaderen aansluit op uw behoeften. Als u liever niet benaderd wordt door zorginstellingen kunt u dit aangeven door bij elke vraag de antwoordmogelijkheid 'Zeker niet op deze manier benaderen' aan te kruisen.

	Zeker niet op deze manier benaderen	Liever niet op deze manier benaderen	Neutraal	Liever op deze manier benaderen	Zeker op deze manier benaderen
Via Facebook	○	○	○	○	○
Via een specifieke website	○	○	○	○	○
Door middel van informatieve folders (bijvoorbeeld in de wachtkamer van de huisarts of het ziekenhuis)	○	○	○	○	○
Via een digitale nieuwsbrief	○	○	○	○	○
Via de post (bijvoorbeeld een brief)	○	○	○	○	○
Via een speciale mobiele app (een programma voor mobiele apparaten)	○	○	○	○	○

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

MWM2

Voltooid: **73%**

Terug naar vorige vraag

Maakt u op dit moment gebruik van complementaire zorg?

Ongeveer 6% van de bevolking gebruikt naast de reguliere zorg aanvullende complementaire zorg. Voorbeelden van behandelmethoden die in de complementaire zorg terugkomen, zijn speciale massages (dit is iets anders dan fysiotherapie), mind-body interventies, muziek- en kunsttherapie, acupunctuur en kruidengeneeskunde. Onder complementaire zorg vallen onder meer homeopathie, acupunctuur, antroposofische gezondheidszorg, natuurgeneeskunde en manuele therapie.

○ Ja
○ Nee

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

MWM2

Voltooid: **82%**

Terug naar vorige vraag

Uw antwoorden zijn waardevolle drijfveren om de zorg te verbeteren. Als u interesse heeft om uw waardenbeleving in de zorg verder toe te lichten, vul dan hieronder uw naam, e-mailadres en telefoonnummer in. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Mensen die meewerken aan een interview ontvangen na afloop van het interview een online cadeaubon ter waarde van €10,- en een kleinigheidje van de onderzoeker. De interviews zullen maximaal 40 minuten duren.

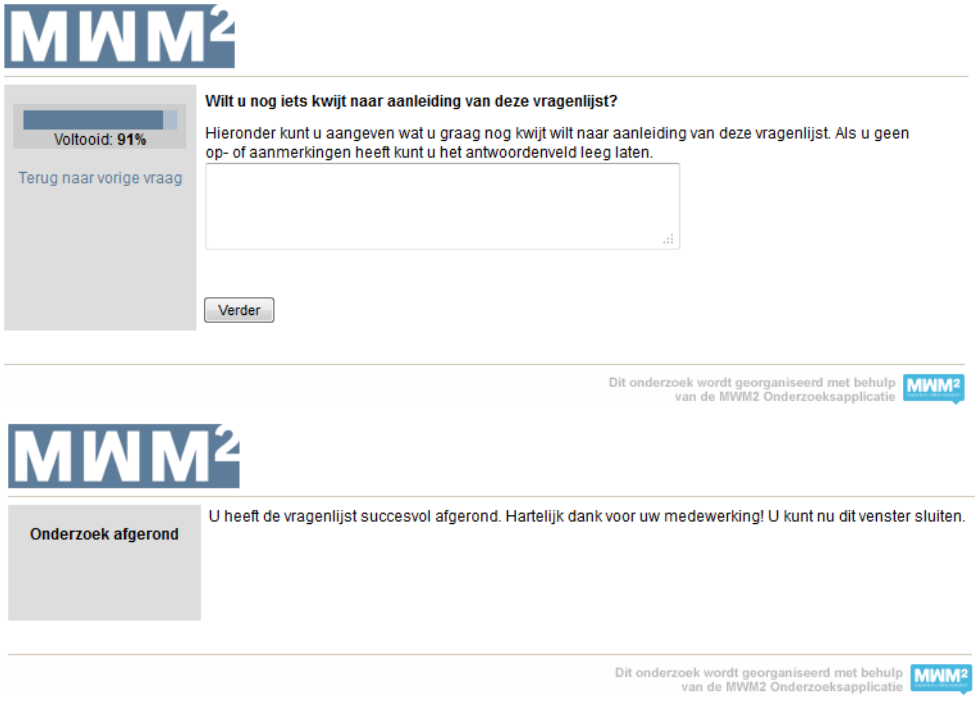
Naam:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

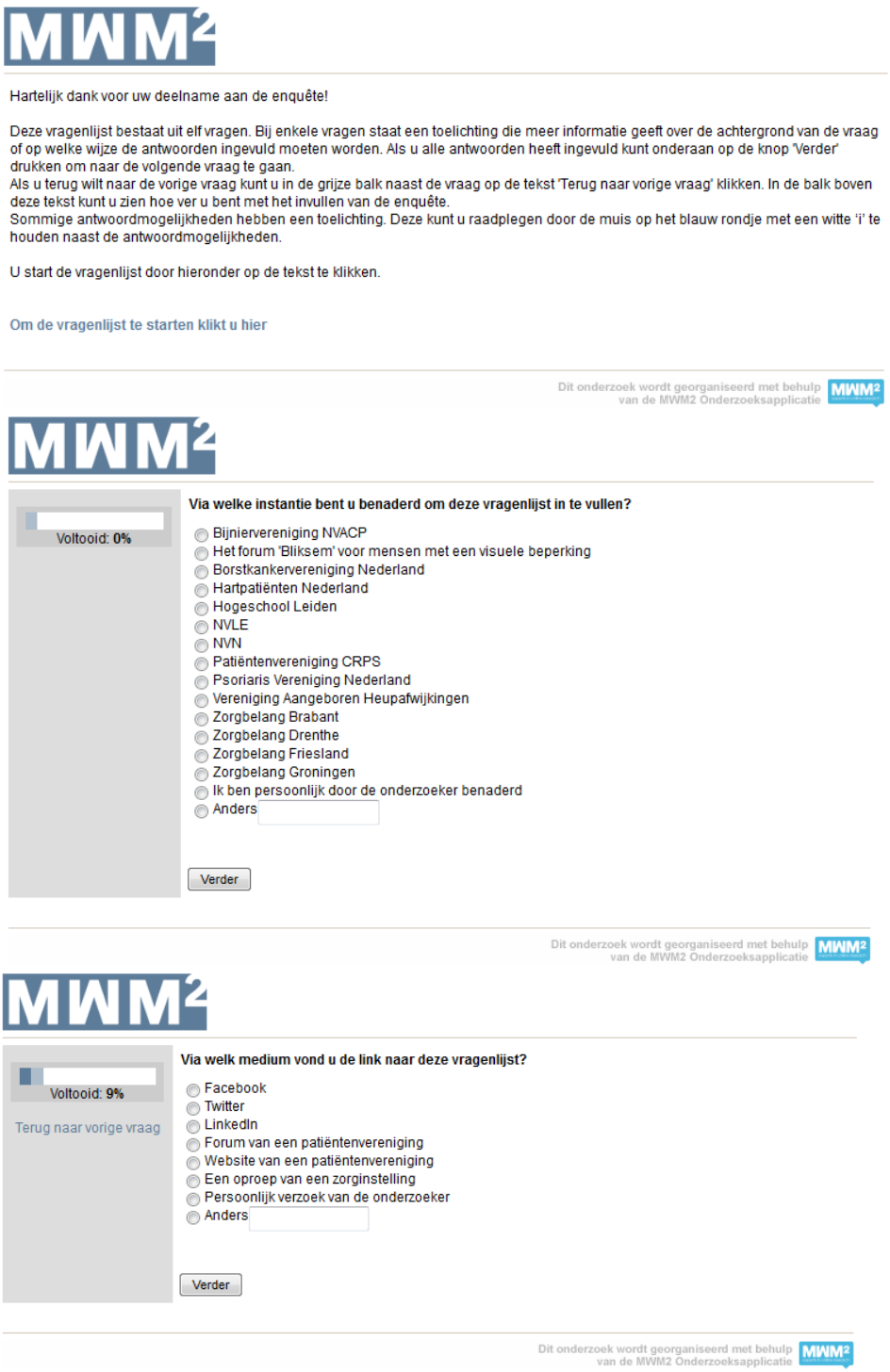
Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie


Voltooid: 91%
Terug naar vorige vraag
Wilt u nog iets kwijt naar aanleiding van deze vragenlijst?
Hieronder kunt u aangeven wat u graag nog kwijt wilt naar aanleiding van deze vragenlijst. Als u geen op- of aanmerkingen heeft kunt u het antwoordenveld leeg laten.
Verder
Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

Onderzoek afgerond
U heeft de vragenlijst succesvol afgerond. Hartelijk dank voor uw medewerking! U kunt nu dit venster sluiten.
Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

Bijlage X: aangepaste vragenlijst vanaf 21-3-2014



Hartelijk dank voor uw deelname aan de enquête!

Deze vragenlijst bestaat uit elf vragen. Bij enkele vragen staat een toelichting die meer informatie geeft over de achtergrond van de vraag of op welke wijze de antwoorden ingevuld moeten worden. Als u alle antwoorden heeft ingevuld kunt onderaan op de knop 'Verder' drukken om naar de volgende vraag te gaan.
Als u terug wilt naar de vorige vraag kunt u in de grijze balk naast de vraag op de tekst 'Terug naar vorige vraag' klikken. In de balk boven deze tekst kunt u zien hoe ver u bent met het invullen van de enquête.
Sommige antwoordmogelijkheden hebben een toelichting. Deze kunt u raadplegen door de muis op het blauw rondje met een witte 'i' te houden naast de antwoordmogelijkheden.

U start de vragenlijst door hieronder op de tekst te klikken.

Om de vragenlijst te starten klikt u hier

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

Voltooid: 0%

Via welke instantie bent u benaderd om deze vragenlijst in te vullen?

- Bijniervereniging NVACP
- Het forum 'Bliksem' voor mensen met een visuele beperking
- Borstkankervereniging Nederland
- Hartpatiënten Nederland
- Hogeschool Leiden
- NVLE
- NVN
- Patiëntenvereniging CRPS
- Psoriaris Vereniging Nederland
- Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen
- Zorgbelang Brabant
- Zorgbelang Drenthe
- Zorgbelang Friesland
- Zorgbelang Groningen
- Ik ben persoonlijk door de onderzoeker benaderd
- Anders

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

Voltooid: 9%

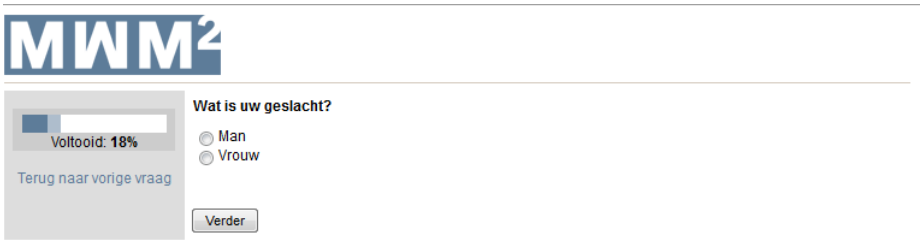
Terug naar vorige vraag

Via welk medium vond u de link naar deze vragenlijst?

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
- Forum van een patiëntenvereniging
- Website van een patiëntenvereniging
- Een oproep van een zorginstelling
- Persoonlijk verzoek van de onderzoeker
- Anders

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie







Toelichting bij de waarden:

Waarde	**Toelichting**
Persoonlijke ontwikkeling	Ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling. Voorbeelden hiervan zijn dat patiënten ‘sterker’ uit hun ziekteproces kunnen komen en aan het ziek zijn betekenis kunnen geven in hun leven.
Eigen regie	De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in het omgaan met de eigen gezondheidstoestand en het verbeteren hiervan
Individugericht	Professionele, persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn of haar eigen situatie en omgeving
	Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar(s)
Totaalbeeld Gelijkwaardigheid	In de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid
Kwaliteit	De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben niet of nauwelijks bijwerkingen, zijn effectief en/of kosteneffectief en bieden een verbetering van de kwaliteit van leven. De zorgprofessionals zijn dienstbaar aan het doel van de behandeling en de behoeften van de patiënt


Voltooid: 45%
Terug naar vorige vraag
Welke waarden, die belangrijk zijn voor u in de zorg, zou u aan de vorige vraag willen toevoegen?
Hier kunt u aangeven welke waarden die belangrijk voor u zijn, u zou willen toevoegen aan de vorige vraag. Als u geen waarden miste in de vorige vraag kunt u het antwoordenveld leeg laten.
Verder
Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie


Voltooid: 55%
Terug naar vorige vraag
Welke omschrijving past het beste bij uw levensstijl?
Sleep de antwoorden naar het antwoordvlak hieronder (Gerangschikte antwoorden). Door de antwoordmogelijkheden naar boven en naar onderen te slepen kunt u de rangorde van de antwoorden veranderen. Om verder te gaan naar de volgende vraag dienen alle antwoorden in het antwoordenvlak te staan.
Hieronder staan vier algemene uitspraken die passen bij een algemene manier van leven. U wordt verzocht om deze uitspraken op volgorde te rangschikken. Hoe beter een uitspraak bij uw levensopvatting past, des te hoger komt deze uitspraak in de rangschikking te staan.
Te rangschikken antwoorden
'Ik accepteer anderen en ben bezorgd over het welzijn van de mensen om mij heen'
'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden'
'Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen'
'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden'
Gerangschikte antwoorden
Verder

Voltooid: 64%

Terug naar vorige vraag

Hoe wilt u dat zorginstellingen u benaderen?

Hieronder staan een aantal manieren die zorginstellingen kunnen gebruiken om mensen te benaderen die gebruik maken van zorg. Hier kunt u per benaderingswijze aangeven in welke mate deze manier van benaderen aansluit op uw behoeften. Als u liever niet benaderd wordt door zorginstellingen kunt u dit aangeven door bij elke vraag de antwoordmogelijkheid 'Zeker niet op deze manier benaderen' aan te kruisen.

	Zeker niet op deze manier benaderen	Liever niet op deze manier benaderen	Neutraal	Liever op deze manier benaderen	Zeker op deze manier benaderen
Via Facebook	○	○	○	○	○
Via een specifieke website	○	○	○	○	○
Door middel van informatieve folders (bijvoorbeeld in de wachtkamer van de huisarts of het ziekenhuis)	○	○	○	○	○
Via een digitale nieuwsbrief	○	○	○	○	○
Via de post (bijvoorbeeld een brief)	○	○	○	○	○
Via een speciale mobiele app (een programma voor mobiele apparaten)	○	○	○	○	○

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

MWM2

Voltooid: 73%

Terug naar vorige vraag

Maakt u op dit moment gebruik van complementaire zorg?

Voorbeelden van behandelmethoden die in de complementaire zorg terugkomen, zijn speciale massages (dit is iets anders dan fysiotherapie), mind-body interventies, muziek- en kunsttherapie, acupunctuur en kruidengeneeskunde. Onder complementaire zorg vallen onder meer homeopathie, acupunctuur, antroposofische gezondheidszorg, natuurgeneeskunde en manuele therapie.

○ Ja
○ Nee

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

MWM2

Voltooid: 82%

Terug naar vorige vraag

Uw antwoorden zijn waardevolle drijfveren om de zorg te verbeteren. Als u interesse heeft om uw waardenbeleving in de zorg verder toe te lichten, vul dan hieronder uw naam, e-mailadres en telefoonnummer in. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Mensen die meewerken aan een interview ontvangen na afloop van het interview een online cadeaubon ter waarde van €10,- en een kleinigheidje van de onderzoeker. De interviews zullen maximaal 40 minuten duren.

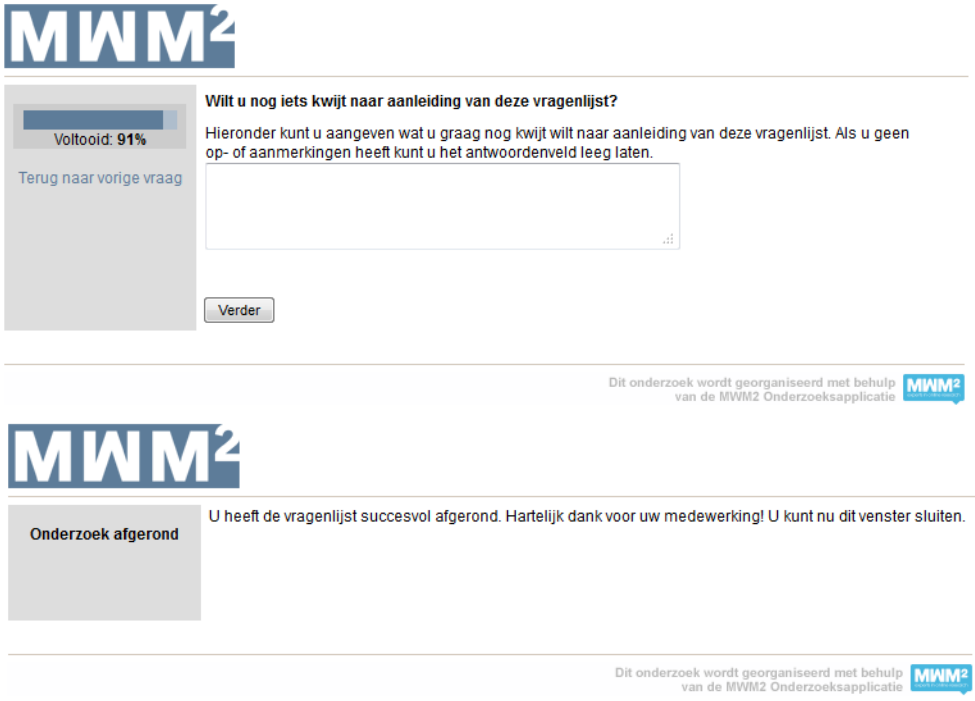
Naam:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Verder

Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie


Voltooid: 91%
Terug naar vorige vraag
Wilt u nog iets kwijt naar aanleiding van deze vragenlijst?
Hieronder kunt u aangeven wat u graag nog kwijt wilt naar aanleiding van deze vragenlijst. Als u geen op- of aanmerkingen heeft kunt u het antwoordenveld leeg laten.
Verder
Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

Onderzoek afgerond
U heeft de vragenlijst succesvol afgerond. Hartelijk dank voor uw medewerking! U kunt nu dit venster sluiten.
Dit onderzoek wordt georganiseerd met behulp van de MWM2 Onderzoeksapplicatie

Bijlage XI: Topic guide kwalitatief onderzoek

Doel en inhoud van topic guide

Deze topic guide vormt een richtlijn voor de interviews die samen het kwalitatieve onderzoek vormen. Doel van dit topic guide is om alle gespreksonderwerpen in een logische en overzichtelijke volgorde weer te geven. Elk interview zal zijn eigen wending hebben, zoals geen enkel face-to-face contact hetzelfde is en van te voren goed te voorspellen is. De interviewer zal een sturende rol hebben tijdens de interviews om zo de belangrijkste onderwerpen die in deze topic guide staan te behandelen. Hoe de interviewer dit precies doet hangt af van de situatie en kan per interview verschillen.

Hoofdvragen

- Wat zijn de kernwaarden van reguliere patiënten met betrekking tot zorg in het algemeen?

- Via welke communicatiekanalen worden de reguliere patiënten bij voorkeur over zorg gerelateerde zaken benaderd?

Tijdens de interviews gaat de onderzoeker dieper in op de bovenstaande deelvragen. Het doel van het kwalitatieve onderzoek is niet slechts om antwoorden op deze deelvragen te krijgen. Deze antwoorden verkrijgt de onderzoeker namelijk al door het kwantitatieve onderzoek. De belangrijkste reden om respondenten te interviewen is om de 'waaromvraag' te beantwoorden. Het is belangrijk om te weten waarom mensen een bepaalde waarde wel belangrijk vinden en een andere waarde niet. De onderzoeker wil inzicht krijgen in de reden waarom de onderzoeksdoelgroep wel op de ene manier benaderd wil worden door zorginstellingen en niet op een andere wijze.

Methode

Van de zes waarden in vraag vijf van de enquête wordt een top drie gemaakt van waarden die gemiddeld genomen het belangrijkste zijn voor de respondenten. Per waarde die in deze top drie staat, worden drie respondenten gezocht die mee willen werken aan een interview en de betreffende waarde als 'heel erg belangrijk' beschouwen. Uiteindelijk interviewt de onderzoeker dus negen mensen voor het kwalitatieve onderzoek. De respondenten worden individueel geïnterviewd om te voorkomen dat ze 'sociaal wenselijke' antwoorden geven omdat zij in zich in een groep bevinden.

Aantal deelnemers per interview: 1
Deelnemers: Volwassen mannen en vrouwen, leeftijd kan variëren.
Duur per interview: Circa 45 minuten
Locatie: Voor elk interview wordt met de respondent afgesproken op welke locatie het interview plaatsvindt

Verloop interview:

Inleiding (5 minuten)

- Kennismaking
- Introductie onderzoek
- Vragen naar leeftijd

Kern (35 minuten)

- Vraag naar zorggebruik respondent
- Card sorting: opdracht om de vier algemene waarden van Schwartz uit het conceptueel model op volgorde te leggen van belang voor de respondent
- Doorvragen op de antwoorden
- Card sorting: opdracht om de dertien kaartjes met kernwaarden op volgorde te leggen van belang voor de respondent
- Doorvragen op de antwoorden
- Vraag showcard met benaderingswijzen en Likertschaal: op welke manieren willen respondenten benaderd worden door zorginstellingen?

- Doorvragen op de antwoorden, bespreken welke invulling zij goed zouden vinden

Afronding (5 minuten)

- Bedanken
- Overhandigen presentje voor deelname interview

Card sorting

Topic 1: vier algemene waarden van Schwartz

Introductie vier algemene waarden Schwartz

Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef u straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan u is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor u. Het belangrijkste kaartje mag u bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan u is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat uw beweegredenen zijn.

Kaartjes vier algemene waarden Schwartz

Waarde op het kaartje	**Toelichting van waarde op het kaartje**
Self-transendence	'Ik accepteer anderen en ben bezorgd over het welzijn van de mensen om mij heen'
Self-enhancement	'Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen'
Openness to change	'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden'
Conservation	'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden'

Topic 2: Kernwaarden respondenten binnen de zorg

Introductie kernwaarden binnen de zorg

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat u precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga u straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan u uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kunt u opschrijven welke waarden, die voor u belangrijk zijn in de zorg, u nog mist. Als u alle dertien kaartjes op tafel heeft liggen, wil ik u vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat u belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden legt u bovenaan, de minst belangrijke waarden legt u onderaan. Ik wil u vragen of u tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in uw denkprocessen. Als u alle kaartjes op volgorde heeft, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Kaartjes kernwaarden AG aangevuld met suggesties voor aanvullingen van waarden uit de enquête

Waarde op het kaartje	Toelichting van waarde op het kaartje
Persoonlijke ontwikkeling	Ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling. Voorbeelden hiervan zijn dat patiënten 'sterker' uit hun ziekteproces kunnen komen en aan het ziek zijn betekenis kunnen geven in hun leven
Eigen regie	De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in het omgaan met de eigen gezondheidstoestand en het verbeteren hiervan
Individugericht	Professionele, persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn of haar eigen situatie en omgeving
Gelijkwaardigheid	Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar(s)
Totaalbeeld	In de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid
Kwaliteit	De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben niet of nauwelijks bijwerkingen, zijn effectief en/of kosteneffectief en bieden een verbetering van de kwaliteit van leven. De zorgprofessionals zijn dienstbaar aan het doel van de behandeling en de behoeften van de patiënt
Menselijke zorg	De zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt met de patiënt mee. De zorgverlener kan zich verplaatsen in de situatie van de patiënt en het feit dat hij het hier moeilijk mee heeft
Communicatie en transparantie	De zorgverlening biedt de patiënt een compleet beeld van wat zij de patiënt aanbiedt of kan aanbieden. De zorgprofessional is duidelijk naar de patiënt toe en geeft eerlijk aan wat er speelt en wat mogelijk is
Respect	De zorgverlener heeft respect voor de achtergrond, de normen en waarden, de eigen keuze en de wensen van de patiënt. De patiënt wordt als gelijkwaardig mens gezien en er wordt geduldig naar hem geluisterd
Onafhankelijkheid	De zorg is erop gericht om de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn eigen leven te laten leiden. De zorgverlener bevordert de zelfredzaamheid van de patiënt en doet er alles aan om de patiënt zo lang mogelijk de regie in eigen handen te laten houden
Zorg op maat	De patiënt ontvangt zorg die speciaal voor hem op maat gemaakt is. De zorg wordt aangepast aan de specifieke situatie en zorgbehoeften van de patiënt

Showcard met Likertschaal

Topic 3: Preferentie benaderingswijzen van zorginstellingen

Introductie

Ik leg u nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen u kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre u het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil u vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die u heeft gegeven. Mocht u zelf nog benaderingswijzen weten dan kunt u die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

Showcard

	Zeker niet op deze manier benaderen	Liever niet op deze manier benaderen	Neutraal	Liever op deze manier benaderen	Zeker op deze manier benaderen
Via Facebook	○	○	○	○	○
Via een specifieke website	○	○	○	○	○
Door middel van informatieve folders (bijvoorbeeld in de wachtkamer van de huisarts of het ziekenhuis)	○	○	○	○	○
Via een digitale nieuwsbrief	○	○	○	○	○
Via de post (bijvoorbeeld een brief)	○	○	○	○	○
Via een speciale mobiele app (een programma voor mobiele apparaten)	○	○	○	○	○

Bijlage XII: Resultaten kwantitatief onderzoek

1. Via welke instantie bent u benaderd om deze vragenlijst in te vullen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	5	1.9	1.9	1.9
	4	11	4.2	4.2	6.1
	5	19	7.3	7.3	13.4
	6	2	.8	.8	14.2
	7	5	1.9	1.9	16.1
	8	9	3.4	3.4	19.5
	9	8	3.1	3.1	22.6
	10	1	.4	.4	23.0
	11	3	1.1	1.1	24.1
	12	1	.4	.4	24.5
	14	3	1.1	1.1	25.7
	15	44	16.9	16.9	42.5
	16	150	57.5	57.5	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

OPENSCREENER_BENADERING1_16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~~	12	4.6	4.6	4.6
	~DSVP (Trimclub)~	1	.4	.4	5.0
	~DSVP voetbal~	1	.4	.4	5.4
	~DSVP voetbalver.~	1	.4	.4	5.7
	~DSVP~	3	1.1	1.1	6.9
	~Facebook~	1	.4	.4	7.3
	~fb~	1	.4	.4	7.7
	~huis van de zorg~	1	.4	.4	8.0
	~Huis voor de Zorg Limburg~	1	.4	.4	8.4
	~Huis voor de Zorg Sittard~	1	.4	.4	8.8
	~huis voor de zorg~	1	.4	.4	9.2
	~Huis voor de Zorg~	4	1.5	1.5	10.7
	~ik zag het op facebook~	1	.4	.4	11.1
	~Klankbordgroep kwaliteit huis voor de zorg~	1	.4	.4	11.5

	~NULL~	220	84.3	84.3	95.8
	~personeelsnieuwsbrief HS Leiden~	1	.4	.4	96.2
	~via Aber cluster4~	1	.4	.4	96.6
	~via DSVP~	1	.4	.4	96.9
	~Via Hogeschool Leiden.~	1	.4	.4	97.3
	~via Kees Schuuring~	1	.4	.4	97.7
	~via kennis~	1	.4	.4	98.1
	~via via~	2	.8	.8	98.9
	~website voetbalvereniging~	1	.4	.4	99.2
	~zorg voor het huis~	1	.4	.4	99.6
	~zorgbelang Limburg~	1	.4	.4	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

SCREENER_BENADERING2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.0	38	14.6	14.6	14.6
	3.0	6	2.3	2.3	16.9
	4.0	18	6.9	6.9	23.8
	5.0	27	10.3	10.3	34.1
	6.0	10	3.8	3.8	37.9
	7.0	46	17.6	17.6	55.6
	8.0	116	44.4	44.4	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

OPENSCREENER_BENADERING2_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~~	3	1.1	1.1	1.1
	~Bulletin Landelijk Bestuur~	1	.4	.4	1.5
	~dsvp-site~	1	.4	.4	1.9
	~e-mail~	2	.8	.8	2.7
	~email~	1	.4	.4	3.1
	~Huis van de Zorg~	1	.4	.4	3.4
	~Huis voor de zorg~	1	.4	.4	3.8
	~Huis voor de Zorg~	2	.8	.8	4.6
	~internet sportvereninging site~	1	.4	.4	5.0
	~mail Huis voor de zorg~	1	.4	.4	5.4
	~mail~	1	.4	.4	5.7

	~Nieuwsbrief DSVP~	1	.4	.4	6.1
	~Nieuwsbrief Zorgbelang Brabant~	1	.4	.4	6.5
	~nieuwsbrief~	1	.4	.4	6.9
	~Nieuwsbrief~	1	.4	.4	7.3
	~nieuwsbulletin hl~	1	.4	.4	7.7
	~NULL~	217	83.1	83.1	90.8
	~oproep cliëntenpanel Huis voor de Zorg~	1	.4	.4	91.2
	~Oproep DSVP~	1	.4	.4	91.6
	~Panel Huis vd Zorg~	1	.4	.4	92.0
	~panel Huis voor de Zorg~	1	.4	.4	92.3
	~persoonlijk~	1	.4	.4	92.7
	~Site DSVP~	1	.4	.4	93.1
	~via de infomail van hsl~	1	.4	.4	93.5
	~via de website van DSVP voetbalvereniging~	1	.4	.4	93.9
	~via DSVP~	1	.4	.4	94.3
	~via mail Zorgbelang~	1	.4	.4	94.6
	~via mail/link werkgever (hogeschool Leiden~	1	.4	.4	95.0
	~via nieuwsbrief hsl~	1	.4	.4	95.4
	~via nieuwsbrief HSL~	1	.4	.4	95.8
	~vrien van onderzoeker~	1	.4	.4	96.2
	~website DSVP~	1	.4	.4	96.6
	~Website DSVP~	1	.4	.4	96.9
	~Website hogeschool leiden~	1	.4	.4	97.3
	~website hogeschool~	1	.4	.4	97.7
	~Website voetbalvereniging DSVP Pijnacker~	1	.4	.4	98.1
	~website voetbalvereniging~	1	.4	.4	98.5
	~website zorgbelang~	1	.4	.4	98.9
	~weet niet~	1	.4	.4	99.2
	~zie vorige vraag~	1	.4	.4	99.6
	~zorgbelang~	1	.4	.4	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

GESLACHT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	114	43.7	43.7	43.7
	2	147	56.3	56.3	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

LEEFTIJD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	6.1	6.1	6.1
	2	26	10.0	10.0	16.1
	3	27	10.3	10.3	26.4
	4	40	15.3	15.3	41.8
	5	59	22.6	22.6	64.4
	6	66	25.3	25.3	89.7
	7	27	10.3	10.3	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Persoonlijke_ontwikkeling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	23	8.8	8.8	8.8
	2	39	14.9	14.9	23.8
	3	123	47.1	47.1	70.9
	4	76	29.1	29.1	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Eigen_regie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	3.8	3.8	3.8
	2	24	9.2	9.2	13.0
	3	101	38.7	38.7	51.7
	4	126	48.3	48.3	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Individugericht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	1.5	1.5	1.5
	2	19	7.3	7.3	8.8
	3	105	40.2	40.2	49.0
	4	133	51.0	51.0	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Gelijkwaardigheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	2.3	2.3	2.3
	2	30	11.5	11.5	13.8
	3	110	42.1	42.1	55.9
	4	115	44.1	44.1	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Totaalbeeld

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	3.1	3.1	3.1
	2	18	6.9	6.9	10.0
	3	117	44.8	44.8	54.8
	4	118	45.2	45.2	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Kwaliteit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	.8	.8	.8
	2	5	1.9	1.9	2.7
	3	71	27.2	27.2	29.9
	4	183	70.1	70.1	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Waarden_die_de_respondent_wil_toevoegen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-99	158	60.5	60.5	60.5
	~- Respectvol- gezien en gehoord worden als ouder worderd mens~	1	.4	.4	60.9
	~-Integriteit-Privacy~	1	.4	.4	61.3
	~authenticiteit van de zorgverlener~	1	.4	.4	61.7
	~Begrip voor mensen die zorg nodig hebben~	1	.4	.4	62.1
	~BegripCommunicatie~	1	.4	.4	62.5
	~Belangrijk is ook de geestelijke zorg maar dit werd gelukkig al genoemd. Aandacht hebben waar de patiënt mee zit en zo nodig professionele ondersteuning geven~	1	.4	.4	62.8
	~Belangrijk is volgens mij de dialoog en de op te bouwen vertrouwensband tussen zorgverlener (arts) en patiënt. Elkaar goed en open informeren versterkt het zorgproces.~	1	.4	.4	63.2
	~Beschikbaarheid~	1	.4	.4	63.6
	~betaalbaarheid / dekking via zorgverzekering~	1	.4	.4	64.0
	~betrouwbaarheid~	1	.4	.4	64.4
	~Bruikbaar behandelplan en evaluatie daarvan.Afspraken nakomen.duidelijke communicatie en afstemming zorgverleners onderling~	1	.4	.4	64.8
	~Communicatie tussen zorgverleners en naar de patiënt.~	1	.4	.4	65.1
	~communicatie~	1	.4	.4	65.5
	~custom made	1	.4	.4	65.9

	~dat de patiënt eindelijk eens geloofd wordt!~	1	.4	.4	66.3
	~Dat de zorg terecht komt waar het nodig is~	1	.4	.4	66.7
	~Dat iedereen de hulp krijgt in de zorg die iemand nodig heeft.~	1	.4	.4	67.0
	~Dat ik als persoon goed behandeld wordt ook al ben ik al ouder(81)Heb een ernstige levensbedreigende ziekte dat ik niet in een verpleeghuis terecht kom~	1	.4	.4	67.4
	~De eindigheid van het leven meer integreren in het totaalbeeld~	1	.4	.4	67.8
	~de mens voor op stellen~	1	.4	.4	68.2
	~de patiënt serieus nemen ook als die niet zo goed alles onder woorden kan brengen~	1	.4	.4	68.6
	~Deskundigheid~	1	.4	.4	69.0
	~Die zorg te kunnen krijgen die je nodig hebt en niet afhankelijk zijn van Zorgverzekeraar of Ziekenhuisapotheek voor de verstrekking van medicatie.~	1	.4	.4	69.3
	~Een goede uitleg over de nevengevolgen die bij sommige behandelingen kunnen voorkomen~	1	.4	.4	69.7
	~eerlijkheid en open.~	1	.4	.4	70.1
	~Geduld voor iedere patiënt (kwaliteit boven geld en tijd) en vertrouwen in de zorg~	1	.4	.4	70.5
	~Geduld~	1	.4	.4	70.9
	~geen aanvulling~	1	.4	.4	71.3
	~geen~	1	.4	.4	71.6
	~Géén~	1	.4	.4	72.0
	~Gekwalificeerde aandacht in een sociale context~	1	.4	.4	72.4

~Gelijkwaardigheid met respect voor mij als individu. Een geduldige en begrijpbare uitleg~	1	.4	.4	72.8
~Goede communicatie / uitleg~	1	.4	.4	73.2
~Goede communicatie~	1	.4	.4	73.6
~Het betrekken van echtgenoot en ouders in behandelingen~	1	.4	.4	73.9
~het kunnen vertrouwen op goede nazorg~	1	.4	.4	74.3
~Het moet betaalbaar blijven.~	1	.4	.4	74.7
~Het zou wel prettig zijn te weten op wie je meteen een beroep kunt doen indien dat nodig is.~	1	.4	.4	75.1
~Hoogwaardige kwaliteit zorgverleners~	1	.4	.4	75.5
~ik vind wederzijds respect erg belangrijk~	1	.4	.4	75.9
~ik wil zelf dossierhouderzijn~	1	.4	.4	76.2
~Informatie~	1	.4	.4	76.6
~inlevingsvermogen~	1	.4	.4	77.0
~Integeriteit van professional~	1	.4	.4	77.4
~inzichtgevend~	1	.4	.4	77.8
~kans op genezing in vroeg stadium~	1	.4	.4	78.2
~keuze vrijheid~	1	.4	.4	78.5
~Kijk naar het totale traject. Goede coordinatie van alle zorgaspecten die een patient raakt dient overzien te worden.~	1	.4	.4	78.9
~Kortere wachttijden~	1	.4	.4	79.3
~kwaliteit van het zorgpersoneel~	1	.4	.4	79.7
~meer eigen inbreng bij keuze van levensbeeindiging~	1	.4	.4	80.1

	~Mensen in hun waarde laten en serieus nemen~	1	.4	.4	80.5
	~Menslievendheid~	1	.4	.4	80.8
	~Met goede zorg/ hulp in eigen woning zelfstandig blijven.~	1	.4	.4	81.2
	~Motivatie~	1	.4	.4	81.6
	~n.v.t~	1	.4	.4	82.0
	~Niet-veroordelend~	1	.4	.4	82.4
	~objectieve informatie~	1	.4	.4	82.8
	~onafhankelijkheid~	1	.4	.4	83.1
	~open overleg tussen arts en patiënt. Goed overleg tussen de verschillende disciplines. Duidelijke uitleg over behandeling.~	1	.4	.4	83.5
	~openheid en eerlijkheid over het ziekteproces en respect voor de keuze van de patient~	1	.4	.4	83.9
	~overleg met andere soorten zorg die een patiënt krijgt i.v.m. het totaalplaatje.~	1	.4	.4	84.3
	~participatie in de ggz betekent ook familie als gelijkwaardige partner behandelen.~	1	.4	.4	84.7
	~patiëntvriendelijke therapie~	1	.4	.4	85.1
	~Persoonlijke aandacht en een goede uitleg over behandelmogelijkheden. Dat zorgverlener met je praat en niet in PC blijft kijken~	1	.4	.4	85.4
	~persoonlijke aandaxcht~	1	.4	.4	85.8
	~Persoonlijke benadering en tijd voor de mens.~	1	.4	.4	86.2
	~privacy~	1	.4	.4	86.6
	~relativeringsvermogen~	1	.4	.4	87.0
	~Respect (om eigen keuze te mogen maken)~	1	.4	.4	87.4

	~Respect voor de zorgvrager~	1	.4	.4	87.7
	~respect voor religieuze en andere waarden van de zorgvrager~	1	.4	.4	88.1
	~respect~	3	1.1	1.1	89.3
	~Respect~	2	.8	.8	90.0
	~samenwerking tussen de diverse medische disciplines~	1	.4	.4	90.4
	~serieus genomen worden~	1	.4	.4	90.8
	~serieus nemen.~	1	.4	.4	91.2
	~Snel geholpen worden.~	1	.4	.4	91.6
	~Snelheid. Ik wil graag snel geholpen kunnen worden als ik klachten heb. Mocht een klacht opeens opnieuw opkomen of verergeren wil ik het liefste binnen en dag een gespecialiseerde hulpverlener kunnen zien.~	1	.4	.4	92.0
	~Teamwork instelling van patient en zorgverlener~	1	.4	.4	92.3
	~Toepassen preventie~	1	.4	.4	92.7
	~Transparantie en duidelijkheid.De geboden zorg moet voor de zorgvrager begrijpelijk en te volgen zijn en deze moet niet tot verwarring aanleiding geven.~	1	.4	.4	93.1
	~transparantie~	1	.4	.4	93.5
	~Uit de vorige vraag maak ik op dat DEZE patiënt centraal staat gedurende de behandeling en/of gesprekken.Ik heb dit wel eens gemist bij artsen in opleiding.~	1	.4	.4	93.9
	~veiligheid en genoeg zorgpersoneel~	1	.4	.4	94.3
	~Voor iedereen altijd goede zorg~	1	.4	.4	94.6

~voor iedereen in zelfde mate toegankelijk~	1	.4	.4	95.0
~Vooral kijken wat iemand nog wel kan en iemand zolang mogelijk zelfstandig laten functioneren!!!~	1	.4	.4	95.4
~Voorlichting over de aandoening in de meest ruime zin~	1	.4	.4	95.8
~vriendelijkheid van het personeel~	1	.4	.4	96.2
~vrijheid van keuze van de behandelende arts en dus ziekenhuis.op basis van het kennen van de trackrecords van dedesbetreffende artsen.~	1	.4	.4	96.6
~Wat géén goede ontwikkeling is aangaande de zorg de decentralisaties die 1 januari 2015 zullen worden doorgevoerd.~	1	.4	.4	96.9
~Wat is de plek van de familie (naasten).~	1	.4	.4	97.3
~zelfbeschikking~	1	.4	.4	97.7
~zelfredzaamheid~	1	.4	.4	98.1
~Zelfstandigheid~	1	.4	.4	98.5
~Zich voorstellen: Dat profesionals zich bij een eerste bezoek in ziekenhuizen duidelijk voorstellen en bespreken wat de patiënt van haar/hem mag verwachten.~	1	.4	.4	98.9
~zolang mogelijk de eigen regie houden~	1	.4	.4	99.2
~Zorg op maat~	1	.4	.4	99.6
~zorgvuldigheidmultidisciplinaire behandeling~	1	.4	.4	100.0
Total	261	100.0	100.0	

ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	260	99.6	99.6	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~1~	89	34.1	34.1	34.5
	~2~	132	50.6	50.6	85.1
	~3~	32	12.3	12.3	97.3
	~4~	7	2.7	2.7	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	261	100.0	100.0	100.0

OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~1~	9	3.4	3.4	3.4
	~2~	13	5.0	5.0	8.4
	~3~	20	7.7	7.7	16.1
	~4~	219	83.9	83.9	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	261	100.0	100.0	100.0

OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~1~	142	54.4	54.4	54.4
	~2~	62	23.8	23.8	78.2
	~3~	45	17.2	17.2	95.4
	~4~	12	4.6	4.6	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ingevuld	261	100.0	100.0	100.0

OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~1~	20	7.7	7.7	7.7
	~2~	54	20.7	20.7	28.4
	~3~	164	62.8	62.8	91.2
	~4~	23	8.8	8.8	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Facebook

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	187	71.6	71.6	71.6
	2	39	14.9	14.9	86.6
	3	22	8.4	8.4	95.0
	4	7	2.7	2.7	97.7
	5	6	2.3	2.3	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Specifieke_website

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	~1~	1	.4	.4	.4
	1	29	11.1	11.1	11.5
	2	29	11.1	11.1	22.6
	3	66	25.3	25.3	47.9
	4	94	36.0	36.0	83.9
	5	42	16.1	16.1	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Folders

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	6.1	6.1	6.1
	2	15	5.7	5.7	11.9
	3	76	29.1	29.1	41.0
	4	99	37.9	37.9	78.9
	5	55	21.1	21.1	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Digitale_nieuwsbrief

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	5.7	5.7	5.7
	2	16	6.1	6.1	11.9
	3	55	21.1	21.1	33.0
	4	140	53.6	53.6	86.6
	5	35	13.4	13.4	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	20	7.7	7.7	7.7
	2	31	11.9	11.9	19.5
	3	59	22.6	22.6	42.1
	4	105	40.2	40.2	82.4
	5	46	17.6	17.6	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Mobiele_app

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	84	32.2	32.2	32.2
	2	43	16.5	16.5	48.7
	3	69	26.4	26.4	75.1
	4	44	16.9	16.9	92.0
	5	21	8.0	8.0	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

ZORGGEBRUIK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	261	100.0	100.0	100.0

AANMERKINGEN_ENOF_OPMERKINGEN_RESPONDENT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-99	219	83.9	83.9	83.9
	~-~	2	.8	.8	84.7
	~Als onderzoeker zou ik zelf absoluut ook willen weten of ik als respondent gebruik maak van reguliere zorg en of dat somatisch of psychiatrisch is.~	1	.4	.4	85.1
	~De actualiteit: uitbreiding zorgtaken naar gemeenten daarbij veel onduidelijkheid diversiteit in aanpak verschuivingen intra-muraal naar extra-muraal.~	1	.4	.4	85.4

	~De grote zorginstellingen hebben nog altijd teveel macht over de cliënten. Het ontbreekt een deel van de managers aan empathie en soms hapert er iets aan hun geweten.Dit is op zich nog niet het allerergste. Het ergste is dat na grove fouten in de zorgverlening de cliënt in de praktijk bijna nergens wordt geloofd. De managers worden klakkeloos geloofd. Zij hoeven niet te bewijzen dat ze de waarheid spreken. De toegebrachte (Destructieve relaties op de schop. Psychopathie herkennen en hanteren. 2010.~	1	.4	.4	85.8

	~de positie van de zorgverzekeraar dient zeer sterk te worden verminderd. ik zou de zorgverzekeraar het liefst afschaffen100 procent omdat ik hun added value 0.0. vind.wij moeten naar een totaal andere aanpak die ik ook indringend met het kamerlid anne mulder van de VVD heb besproken.de interesse bij de politiek t.a.v. effectieve zorg acht ik echter ooko.o . men heeft totaal geen benul van kostenefficiency men leutert over marktwerking alsof zorg verlening gelijk gesteld kan worden met het aankopen van consumer electronics.in dit land is men totaal verkeerd bezig. echter een kleine groepmanagementidioten hebben er een dikke boterham an~	1	.4	.4	86.2
	~De vragenlijst op zich vind ik goed maar al die vervelende reclame uitingen die met dit onderzoek in beeld komen zijn verschrikkelijk en zeer irritant. Misschien is openen via een andere browser beter!~	1	.4	.4	86.6
	~door de bezuinigen en de participatie in de zorg zullen we de belangen van de clienten moeten bewaken~	1	.4	.4	87.0

	~Door mijn auditieve beperking bemerk ik in de zorg weinig aandacht hiervoor in de communicatie met zorgverleners. Daar zou bij de opleiding van zorgverleners eens aandacht aan besteed moeten worden. !!!!~	1	.4	.4	87.4
	~Door mijn hersenletsel ben ik snel overbelast. Wil vaak meer dan ik kan. Daarom geen interview.~	1	.4	.4	87.7
	~Een goede vragenlijst.~	1	.4	.4	88.1
	~er is soms moeilijke taal gebruikt om de vragen te formuleren...~	1	.4	.4	88.5
	~Er moet meer onderzoek naar galwegkanker worden gedaan met name klatskin.~	1	.4	.4	88.9
	~Ergernis: steeds wisselend personeel~	1	.4	.4	89.3
	~Ik ben in de gelukkig omstandigheid dat ik nog geen hulp nodig heb~	1	.4	.4	89.7
	~Ik mis de mogelijkheid om terug te gaan naar een vorige pagina~	1	.4	.4	90.0
	~Ik vind dit onderzoek goed.Het besteedt aandacht niet aan behandel technische zaken maar aan humanitaire waarden met respect voor de mens die zorg vraagt~	1	.4	.4	90.4
	~Ik vraag me af hoe mensen denken over telefonische conculten.Persoonlijk vind ik het heel moeilijk vooral als er problemen zijn die je graag even wil laten zien.~	1	.4	.4	90.8

	~Mij is ook na afloop van de vragenlijst onvoldoende duidelijk waarvoor het onderzoek dient. Mag sterker worden gecommuniceerd cq benadrukt worden.~	1	.4	.4	91.2
	~Misde rol van de hulpverlener tov cliënt~	1	.4	.4	91.6
	~nee. Is prima zo.~	1	.4	.4	92.0
	~Nee.~	1	.4	.4	92.3
	~nee~	3	1.1	1.1	93.5
	~Nee~	1	.4	.4	93.9
	~neen~	1	.4	.4	94.3
	~Prettige manier van afnemen interview.~	1	.4	.4	94.6
	~prima onderzoeksinitiatief~	1	.4	.4	95.0
	~Succes !!~	1	.4	.4	95.4
	~succes er mee.~	1	.4	.4	95.8
	~Succes met de verdere afwikkeling.~	1	.4	.4	96.2
	~succes met het onderzoek en de studie~	1	.4	.4	96.6
	~Succes met het onderzoek!~	1	.4	.4	96.9
	~Succes met het onderzoek.~	1	.4	.4	97.3
	~Succes met je onderzoek Leo!~	1	.4	.4	97.7
	~succes met verwerking van de enquete! Groeten van een ADR-collega (vandaar 2 keer anders bij de eerste 2 vragen)~	1	.4	.4	98.1
	~veel succes ermee!~	1	.4	.4	98.5
	~Vond het een vrij korte vragenlijst en miste voor mijn gevoel redelijk wat vragen met meer inhoud.~	1	.4	.4	98.9

	~Vragen over leefstijl zijn niet van toepassing. Heb deze ingevuld voor mijn zoon met autisme en die kan niets hiermee. Voor mensen die zorg nodig hebben zoals mijn zoon met GGZ indicatie zijn deze vragen te hoog gegrepen. Hij valt dus hier ook al buiten de boot. Het valt mij op dat er alleen onderzoek lijkt gedaan worden naar de zorgbehoefte van mensen met fysieke beperkingen of mensen met een goed ziekte inzicht. Hun belangen worden daardoor wel goed in kaart gebracht.~	1	.4	.4	99.2
	~wijkverpleeg kundige van een organisatie die nu voor de gemeentes werken voor indicatie zijn er op gefokust om voor hun eigen organisatie werk binnen te slepen. laat gemeentes zelfwijk verpleegkundige aan nemen.met een grote vrij heid van werken. grote organisaties zijn er op uit om zelf zo veel mogelijk werk binnen te slepen.~	1	.4	.4	99.6
	~Zorg voor een respectvolle benadering van de zorgvrager.~	1	.4	.4	100.0
	Total	261	100.0	100.0	

Bijlage XIII: Codeboek

Variable Information

Variable	Position	Label	Measurement Level	Role	Column Width	Alignment	Print Format	Write Format
BEGINDATUM	1	<none>	Nominal	Input	10	Left	A10	A10
BEGINTIJD	2	<none>	Nominal	Input	5	Left	A5	A5
EINDDATUM	3	<none>	Nominal	Input	10	Left	A10	A10
EINDTIJD	4	<none>	Nominal	Input	5	Left	A5	A5
DOORLOOPTIJD	5	<none>	Nominal	Input	20	Left	A20	A20
LOGIN	6	<none>	Nominal	Input	50	Left	A500	A500
APPARAATTYPE	7	<none>	Nominal	Input	50	Left	A100	A100
REFERRER	8	<none>	Nominal	Input	50	Left	A500	A500
GROEP	9	<none>	Nominal	Input	50	Left	A500	A500
SCREENER_BENADERING1	10	1. Via welke instantie bent u benaderd om deze vragenlijst in te vullen?	Scale	Input	8	Right	F3	F3
OPENSCREENER_BENADERING1_16	11	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
SCREENER_BENADERING2	12	<none>	Scale	Input	8	Right	F3.1	F3.1
OPENSCREENER_BENADERING2_8	13	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
GESLACHT	14	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
LEEFTIJD	15	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
Persoonlijke_ontwikkeling	16	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
Eigen_regie	17	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
Individugericht	18	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
Gelijkwaardigheid	19	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
Totaalbeeld	20	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3

Kwaliteit	21	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
Waarden_die_de_respondent_wil_toevoegen	22	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A1	23	<none>	Nominal	Input	24	Left	A178	A178
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_1	24	<none>	Nominal	Input	24	Left	A2500	A2500
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A2	25	<none>	Nominal	Input	23	Left	A3	A3
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_2	26	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A3	27	<none>	Nominal	Input	3	Left	A3	A3
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_3	28	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A4	29	<none>	Nominal	Input	3	Left	A3	A3
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_4	30	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
Facebook	31	<none>	Nominal	Input	3	Left	A3	A3
Specifieke_website	32	<none>	Nominal	Input	3	Left	A3	A3
Folders	33	<none>	Nominal	Input	8	Left	A3	A3
Digitale_nieuwsbrief	34	<none>	Nominal	Input	8	Left	A3	A3
Post	35	<none>	Nominal	Input	8	Left	A3	A3
Mobiele_app	36	<none>	Nominal	Input	8	Left	A3	A3
ZORGGEBRUIK	37	<none>	Scale	Input	8	Right	F3	F3
AANMERKINGEN_ENOF_OPMERKINGEN_RESPONDENT	38	<none>	Nominal	Input	50	Left	A2500	A2500
V42	39	<none>	Nominal	Input	50	Left	A167	A167
V43	40	<none>	Nominal	Input	50	Left	A191	A191
V44	41	<none>	Nominal	Input	50	Left	A73	A73
V45	42	<none>	Nominal	Input	29	Left	A29	A29
V46	43	<none>	Nominal	Input	50	Left	A138	A138

V47	44	<none>	Nominal	Input	50	Left	A67	A67
V48	45	<none>	Nominal	Input	1	Left	A1	A1
filter_$	46	ZORGGEBRUIK=2 AND ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A2="1" (FILTER)	Nominal	Input	10	Right	F1	F1

Variables in the working file

Variable Values

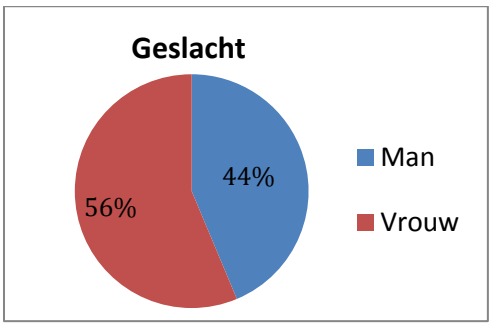
Value		Label
SCREENER_BENADERING1	1	Bijniervereniging NVACP
	2	Het forum 'Bliksem' voor mensen met een visuele beperking
	3	Borstkankervereniging Nederland
	4	Hartpatiënten Nederland
	5	Hogeschool Leiden
	6	NVLE
	7	NVN
	8	Patiëntenvereniging CRPS
	9	Psoriaris Vereniging Nederland
	10	Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen
	11	Zorgbelang Brabant
	12	Zorgbelang Drenthe
	13	Zorgbelang Friesland
	14	Zorgbelang Groningen
	15	Ik ben persoonlijk door de onderzoeker benaderd
	16	Anders
SCREENER_BENADERING2	1.0	Facebook
	2.0	Twitter
	3.0	LinkedIn
	4.0	Forum van een patiëntenvereniging

	5.0	Website van een patiëntenvereniging
	6.0	Een oproep van een zorginstelling
	7.0	Persoonlijk verzoek van de onderzoeker
	8.0	Anders
GESLACHT	1	Man
	2	Vrouw
LEEFTIJD	1	18 t/m 24 jaar
	2	25 t/m 34 jaar
	3	35 t/m 44 jaar
	4	45 t/m 54 jaar
	5	55 t/m 64 jaar
	6	65 t/m 74 jaar
	7	75 jaar of ouder
Persoonlijke_ontwikkeling	1	Niet belangrijk
	2	Toch wel belangrijk
	3	Belangrijk
	4	Heel erg belangrijk
Eigen_regie	1	Niet belangrijk
	2	Toch wel belangrijk
	3	Belangrijk
	4	Heel erg belangrijk
Individugericht	1	Niet belangrijk
	2	Toch wel belangrijk
	3	Belangrijk
	4	Heel erg belangrijk
Gelijkwaardigheid	1	Niet belangrijk
	2	Toch wel belangrijk
	3	Belangrijk
	4	Heel erg belangrijk
Totaalbeeld	1	Niet belangrijk
	2	Toch wel belangrijk
	3	Belangrijk
	4	Heel erg belangrijk
Kwaliteit	1	Niet belangrijk
	2	Toch wel belangrijk
	3	Belangrijk
	4	Heel erg belangrijk
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A1	1	ingevuld
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_1	~1~	1
	~2~	2

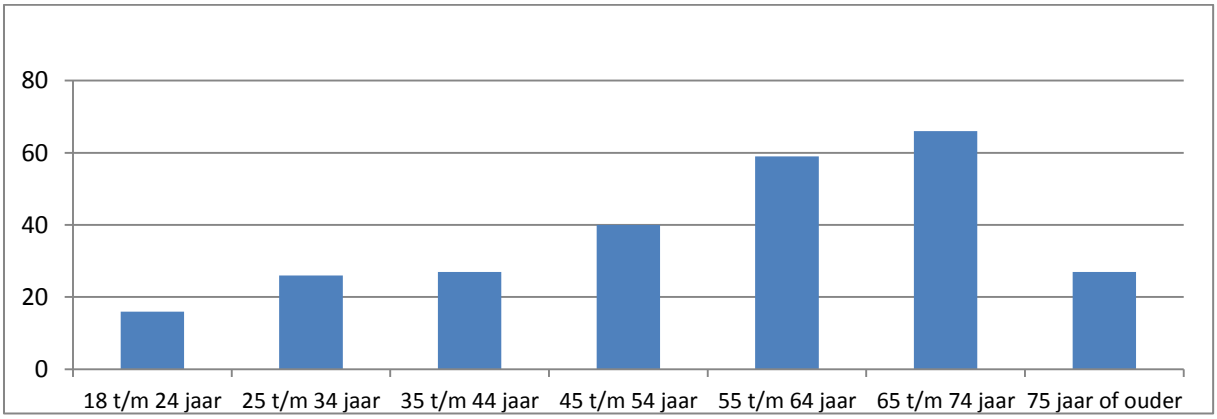
	~3~	3
	~4~	4
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A2	1	ingevuld
	~1~	1
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_2	~2~	2
	~3~	3
	~4~	4
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A3	1	ingevuld
	~1~	1
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_3	~2~	2
	~3~	3
	~4~	4
ALGEMENE_WAARDENRANGORDE_A4	1	ingevuld
	~1~	1
OPENALGEMENE_WAARDENRANGORDE_4	~2~	2
	~3~	3
	~4~	4
Facebook	1	Zeker niet op deze wijze benaderen
	2	Liever niet op deze wijze benaderen
	3	neutraal
	4	Liever wel op deze wijze benaderen
	5	Zeker wel op deze wijze benaderen
Specifieke_website	1	Zeker niet op deze wijze benaderen
	2	Liever niet op deze wijze benaderen
	3	neutraal
	4	Liever wel op deze wijze benaderen
	5	Zeker wel op deze wijze benaderen
Folders	1	Zeker niet op deze wijze benaderen
	2	Liever niet op deze wijze benaderen
	3	neutraal
	4	Liever wel op deze wijze benaderen

	5	Zeker wel op deze wijze benaderen
Digitale_nieuwsbrief	1	Zeker niet op deze wijze benaderen
	2	Liever niet op deze wijze benaderen
	3	neutraal
	4	Liever wel op deze wijze benaderen
	5	Zeker wel op deze wijze benaderen
Post	1	Zeker niet op deze wijze benaderen
	2	Liever niet op deze wijze benaderen
	3	neutraal
	4	Liever wel op deze wijze benaderen
	5	Zeker wel op deze wijze benaderen
Mobiele_app	1	Zeker niet op deze wijze benaderen
	2	Liever niet op deze wijze benaderen
	3	neutraal
	4	Liever wel op deze wijze benaderen
	5	Zeker wel op deze wijze benaderen
ZORGGEBRUIK	1	Ja
	2	Nee
filter_$	0	Not Selected
	1	Selected

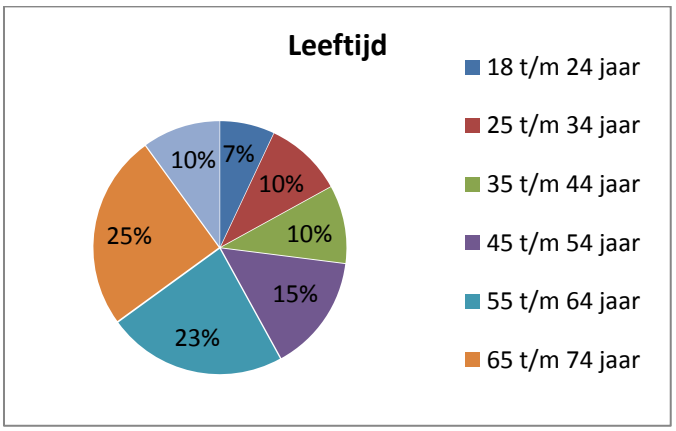
Bijlage XIV: Visuele weergave resultaten kwantitatief onderzoek



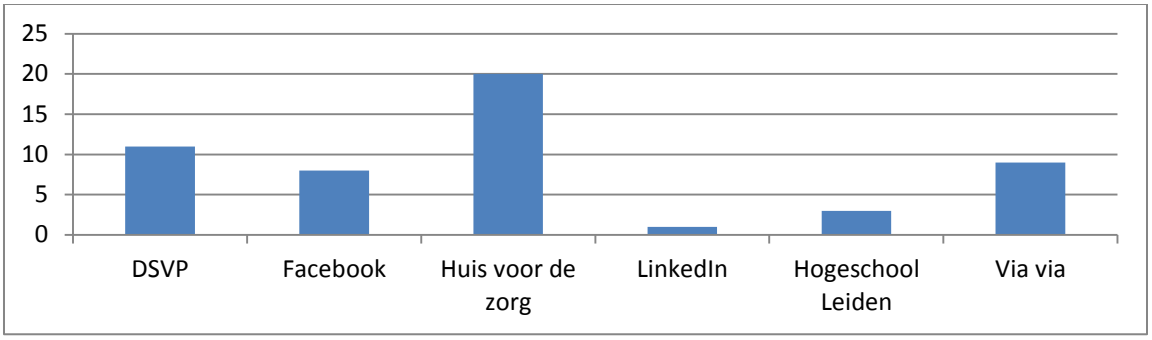
Figuur 18: Verdeling geslacht (N= 261)



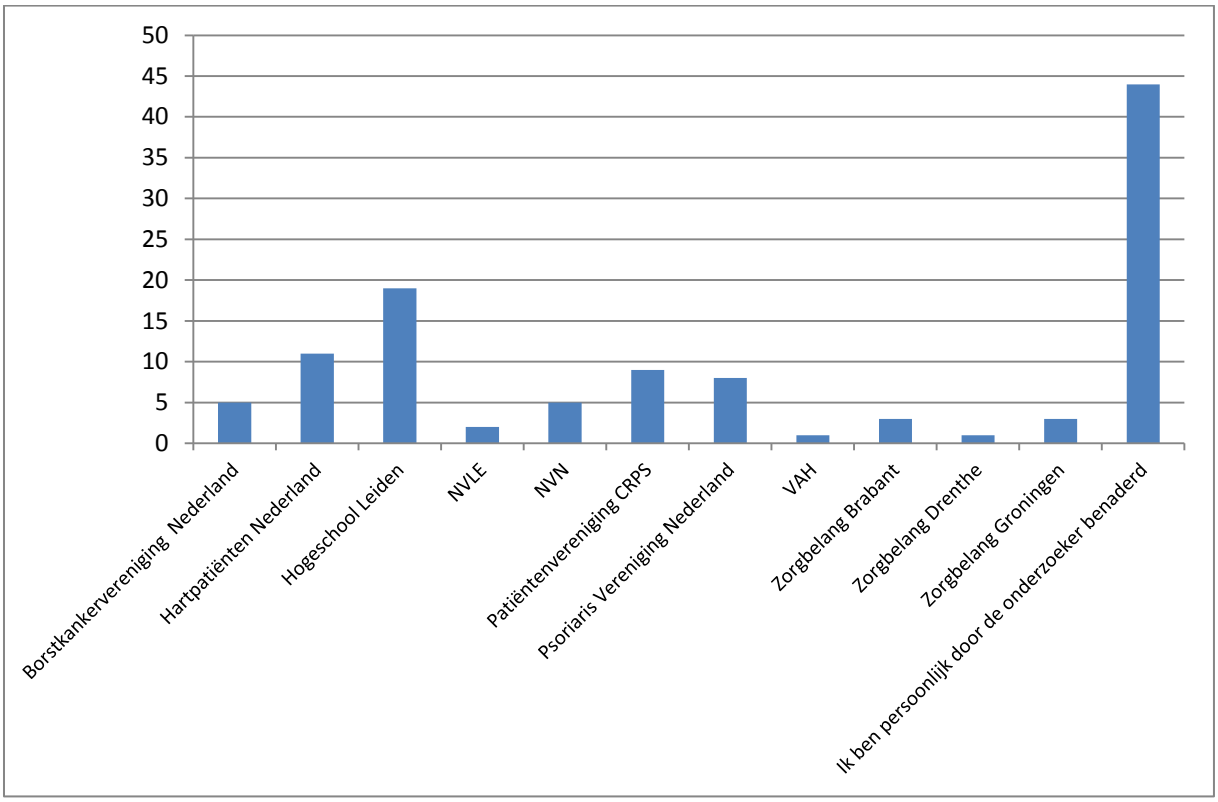
Figuur 19: Absolute cijfers leeftijd respondenten (N= 261)



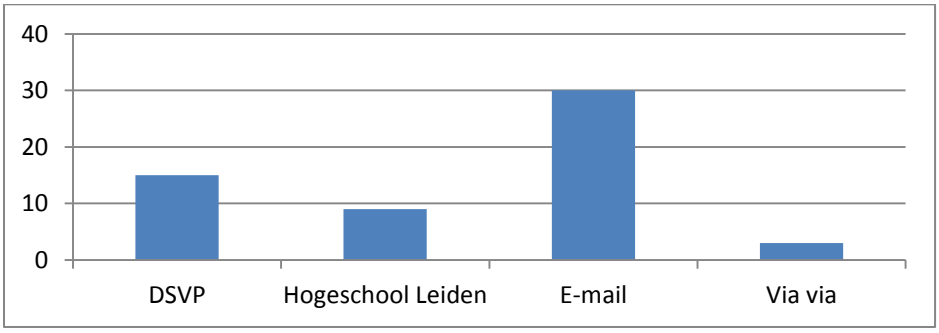
Figuur 20: Percentagecijfers leeftijd respondenten (N= 261)



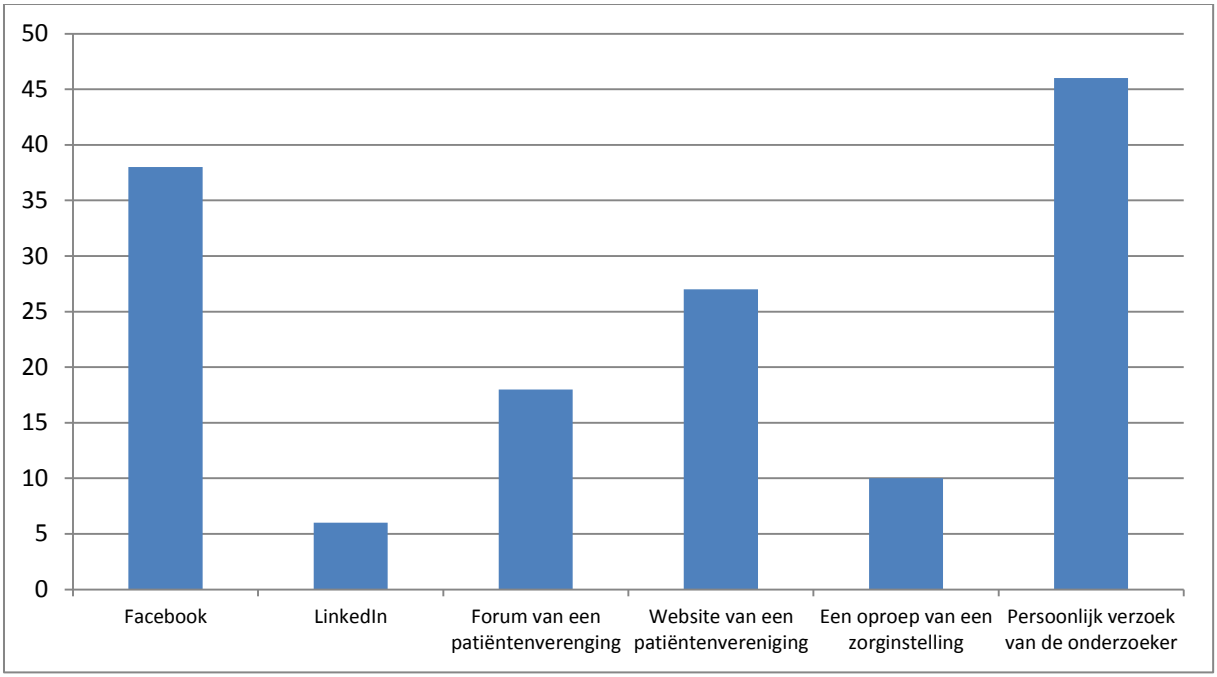
Figuur 21: Open antwoorden via welke instantie benaderd (N= 52)



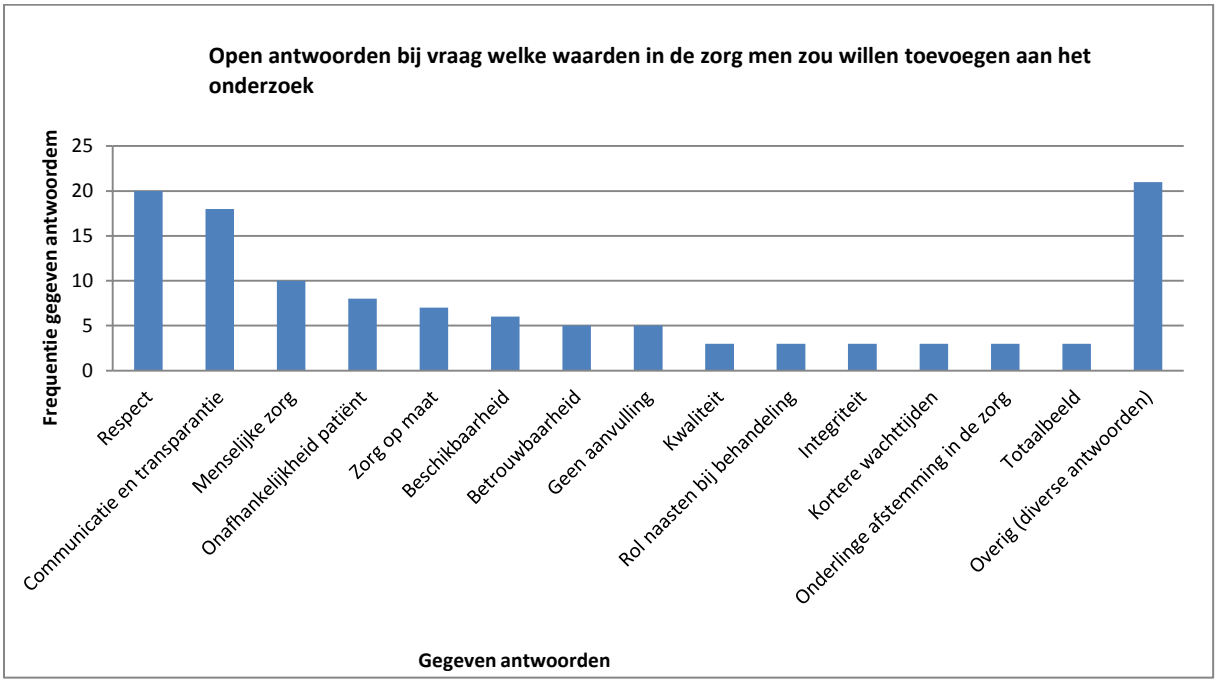
Figuur 22: Resultaten gesloten antwoordmogelijkheden via welke instantie benaderd (N= 111)



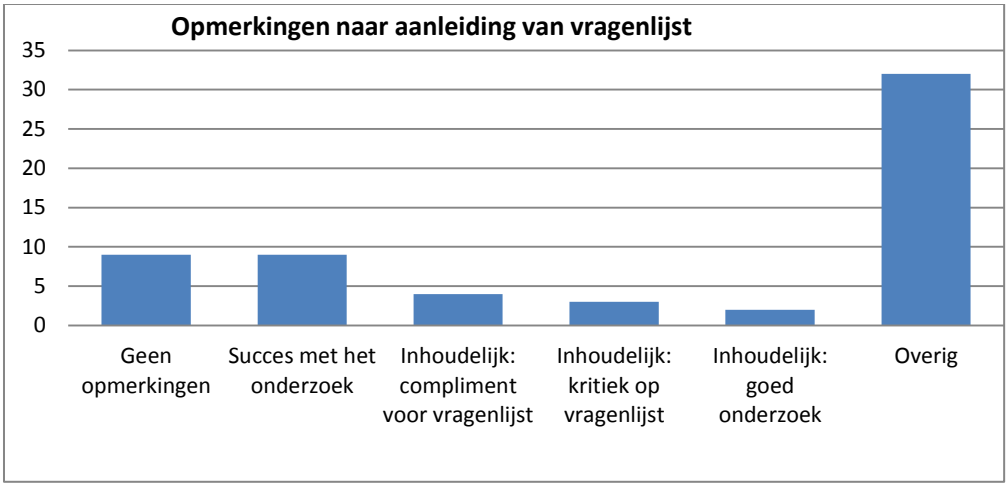
Figuur 23: Open antwoorden via welk medium benaderd (N= 57)



Figuur 24: Resultaten gesloten antwoordmogelijkheden via welk medium benaderd (N= 145)



Figuur 25: Open antwoorden bij vraag welke waarden in de zorg men zou willen toevoegen aan het onderzoek (N= 118)



Figuur 26: Opmerkingen naar aanleiding van de vragenlijst (N= 59)

Bijlage XV: Kruistabellen

Persoonlijke_ontwikkeling * Facebook

Crosstab

Count

		Facebook					Total
		1	2	3	4	5	
Persoonlijke_ontwikkeling	1	19	1	3	0	0	23
	2	29	8	2	0	0	39
	3	84	20	8	7	4	123
	4	55	10	9	0	2	76
Total		187	39	22	7	6	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.945[a]	12	.194
Likelihood Ratio	20.497	12	.058
N of Valid Cases	261		

a. 11 cells (55.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .53.

Persoonlijke_ontwikkeling * Specifieke_website

Crosstab

Count

		Specifieke_website						Total
		~1~	1	2	3	4	5	
Persoonlijke_ontwikkeling	1	0	5	1	4	9	4	23
	2	0	4	3	13	12	7	39
	3	0	11	18	28	47	19	123
	4	1	9	7	21	26	12	76
Total		1	29	29	66	94	42	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.111[a]	15	.745
Likelihood Ratio	10.887	15	.761
N of Valid Cases	261		

a. 9 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

Persoonlijke_ontwikkeling * Folders

Crosstab

Count

		Folders					Total
		1	2	3	4	5	
Persoonlijke_ontwikkeling	1	5	0	7	8	3	23
	2	3	3	12	16	5	39
	3	3	6	38	49	27	123
	4	5	6	19	26	20	76
Total		16	15	76	99	55	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.585[a]	12	.099
Likelihood Ratio	17.240	12	.141
Linear-by-Linear Association	3.956	1	.047
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.32.

Persoonlijke_ontwikkeling * Digitale_nieuwsbrief

Crosstab

Count

		Digitale_nieuwsbrief					Total
		1	2	3	4	5	
Persoonlijke_ontwikkeling	1	5	0	3	12	3	23
	2	3	1	9	24	2	39
	3	3	13	26	64	17	123
	4	4	2	17	40	13	76
Total		15	16	55	140	35	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.716[a]	12	.016
Likelihood Ratio	23.050	12	.027
Linear-by-Linear Association	3.023	1	.082
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.32.

Persoonlijke_ontwikkeling * Post

Crosstab

Count

		Post					Total
		1	2	3	4	5	
Persoonlijke_ontwikkeling	1	3	4	5	7	4	23
	2	6	5	8	15	5	39
	3	4	14	32	58	15	123
	4	7	8	14	25	22	76
Total		20	31	59	105	46	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.488[a]	12	.058
Likelihood Ratio	19.881	12	.069
Linear-by-Linear Association	4.124	1	.042
N of Valid Cases	261		

a. 5 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.76.

Persoonlijke_ontwikkeling * Mobiele_app

Crosstab

Count

		Mobiele_app					Total
		1	2	3	4	5	
Persoonlijke_ontwikkeling	1	8	4	8	3	0	23
	2	12	6	12	7	2	39
	3	38	22	31	23	9	123
	4	26	11	18	11	10	76
Total		84	43	69	44	21	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.320[a]	12	.836
Likelihood Ratio	8.797	12	.720
Linear-by-Linear Association	.784	1	.376
N of Valid Cases	261		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.85.

Eigen_regie * Facebook

Crosstab

Count

		Facebook					Total
		1	2	3	4	5	
Eigen_regie	1	8	1	0	0	1	10
	2	22	2	0	0	0	24
	3	65	21	9	5	1	101
	4	92	15	13	2	4	126
Total		187	39	22	7	6	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.322[a]	12	.138
Likelihood Ratio	20.178	12	.064
N of Valid Cases	261		

a. 12 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

Eigen_regie * Specifieke_website

Crosstab

Count

		Specifieke_website						Total
		~1~	1	2	3	4	5	
Eigen_regie	1	0	3	2	3	1	1	10
	2	0	3	2	6	10	3	24
	3	0	11	15	27	31	17	101
	4	1	12	10	30	52	21	126
Total		1	29	29	66	94	42	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.523[a]	15	.639
Likelihood Ratio	12.572	15	.635
N of Valid Cases	261		

a. 12 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Eigen_regie * Folders

Crosstab

Count

		Folders					Total
		1	2	3	4	5	
Eigen_regie	1	4	0	1	3	2	10
	2	2	0	6	11	5	24
	3	3	8	38	36	16	101
	4	7	7	31	49	32	126
Total		16	15	76	99	55	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.361[a]	12	.002
Likelihood Ratio	23.438	12	.024
Linear-by-Linear Association	3.626	1	.057
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .57.

Eigen_regie * Digitale_nieuwsbrief

Crosstab

Count

		Digitale_nieuwsbrief					Total
		1	2	3	4	5	
Eigen_regie	1	3	1	0	4	2	10
	2	3	1	2	17	1	24
	3	3	8	23	52	15	101
	4	6	6	30	67	17	126
Total		15	16	55	140	35	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.329[a]	12	.025
Likelihood Ratio	21.025	12	.050
Linear-by-Linear Association	1.911	1	.167
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .57.

Eigen_regie * Post

Crosstab

Count

		Post					Total
		1	2	3	4	5	
Eigen_regie	1	3	0	2	2	3	10
	2	1	3	3	13	4	24
	3	8	7	24	47	15	101
	4	8	21	30	43	24	126
Total		20	31	59	105	46	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.959[a]	12	.068
Likelihood Ratio	18.761	12	.094
Linear-by-Linear Association	.146	1	.703
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .77.

Eigen_regie * Mobiele_app

Crosstab

Count

		Mobiele_app					Total
		1	2	3	4	5	
Eigen_regie	1	5	4	0	0	1	10
	2	8	6	6	3	1	24
	3	35	13	28	19	6	101
	4	36	20	35	22	13	126
Total		84	43	69	44	21	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.824[a]	12	.312
Likelihood Ratio	17.076	12	.147
Linear-by-Linear Association	4.658	1	.031
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .80.

Individugericht * Facebook

Crosstab

Count

		Facebook					Total
		1	2	3	4	5	
Individugericht	1	3	0	1	0	0	4
	2	13	2	2	1	1	19
	3	75	17	7	6	0	105
	4	96	20	12	0	5	133
Total		187	39	22	7	6	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.053[a]	12	.239
Likelihood Ratio	20.032	12	.066
N of Valid Cases	261		

a. 13 cells (65.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

Individugericht * Specifieke_website

Crosstab

Count

		Specifieke_website						Total
		~1~	1	2	3	4	5	
Individugericht	1	0	2	1	0	1	0	4
	2	0	2	1	4	8	4	19
	3	0	14	12	28	34	17	105
	4	1	11	15	34	51	21	133
Total		1	29	29	66	94	42	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.225[a]	15	.662
Likelihood Ratio	11.749	15	.698
N of Valid Cases	261		

a. 13 cells (54.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Individugericht * Folders

Crosstab

Count

		Folders					Total
		1	2	3	4	5	
Individugericht	1	2	0	1	1	0	4
	2	1	3	4	9	2	19
	3	6	6	38	38	17	105
	4	7	6	33	51	36	133
Total		16	15	76	99	55	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.804[a]	12	.011
Likelihood Ratio	18.255	12	.108
Linear-by-Linear Association	8.671	1	.003
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

Individugericht * Digitale_nieuwsbrief

Crosstab

Count

		Digitale_nieuwsbrief					Total
		1	2	3	4	5	
Individugericht	1	2	0	0	2	0	4
	2	2	2	2	10	3	19
	3	5	10	23	55	12	105
	4	6	4	30	73	20	133
Total		15	16	55	140	35	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.137[a]	12	.027
Likelihood Ratio	16.460	12	.171
Linear-by-Linear Association	4.895	1	.027
N of Valid Cases	261		

a. 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

Individugericht * Post

Crosstab

Count

		Post					Total
		1	2	3	4	5	
Individugericht	1	2	1	1	0	0	4
	2	2	3	6	6	2	19
	3	8	12	24	43	18	105
	4	8	15	28	56	26	133
Total		20	31	59	105	46	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.380[a]	12	.221
Likelihood Ratio	12.344	12	.418
Linear-by-Linear Association	6.611	1	.010
N of Valid Cases	261		

a. 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.

Individugericht * Mobiele_app

Crosstab

Count

		Mobiele_app					Total
		1	2	3	4	5	
Individugericht	1	2	0	1	1	0	4
	2	8	2	3	5	1	19
	3	32	21	26	19	7	105
	4	42	20	39	19	13	133
Total		84	43	69	44	21	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.490[a]	12	.824
Likelihood Ratio	8.371	12	.756
Linear-by-Linear Association	.358	1	.550
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .32.

Gelijkwaardigheid * Facebook

Crosstab

Count

		Facebook					Total
		1	2	3	4	5	
Gelijkwaardigheid	1	4	0	1	0	1	6
	2	22	6	1	1	0	30
	3	76	15	11	5	3	110
	4	85	18	9	1	2	115
Total		187	39	22	7	6	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.932[a]	12	.374
Likelihood Ratio	11.901	12	.454
N of Valid Cases	261		

a. 13 cells (65.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .14.

Gelijkwaardigheid * Specifieke_website

Crosstab

Count

		Specifieke_website						Total
		~1~	1	2	3	4	5	
Gelijkwaardigheid	1	0	4	0	0	0	2	6
	2	0	1	2	12	11	4	30
	3	0	10	16	24	42	18	110
	4	1	14	11	30	41	18	115
Total		1	29	29	66	94	42	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.925[a]	15	.009
Likelihood Ratio	26.664	15	.032
N of Valid Cases	261		

a. 12 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Gelijkwaardigheid * Folders

Crosstab

Count

		Folders					Total
		1	2	3	4	5	
Gelijkwaardigheid	1	4	0	1	0	1	6
	2	1	1	11	13	4	30
	3	5	8	34	42	21	110
	4	6	6	30	44	29	115
Total		16	15	76	99	55	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.961[a]	12	.000
Likelihood Ratio	22.792	12	.030
Linear-by-Linear Association	6.287	1	.012
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .34.

Gelijkwaardigheid * Digitale_nieuwsbrief

Crosstab

Count

		Digitale_nieuwsbrief					Total
		1	2	3	4	5	
Gelijkwaardigheid	1	3	0	0	1	2	6
	2	2	1	4	21	2	30
	3	4	9	20	63	14	110
	4	6	6	31	55	17	115
Total		15	16	55	140	35	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.517[a]	12	.001
Likelihood Ratio	23.675	12	.023
Linear-by-Linear Association	.352	1	.553
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .34.

Gelijkwaardigheid * Post

Crosstab

Count

		Post					Total
		1	2	3	4	5	
Gelijkwaardigheid	1	3	1	1	0	1	6
	2	3	3	9	9	6	30
	3	5	16	25	47	17	110
	4	9	11	24	49	22	115
Total		20	31	59	105	46	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.070[a]	12	.037
Likelihood Ratio	16.849	12	.155
Linear-by-Linear Association	3.694	1	.055
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

Gelijkwaardigheid * Mobiele_app

Crosstab

Count

		Mobiele_app					Total
		1	2	3	4	5	
Gelijkwaardigheid	1	4	0	1	0	1	6
	2	9	4	9	6	2	30
	3	32	22	35	15	6	110
	4	39	17	24	23	12	115
Total		84	43	69	44	21	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.703[a]	12	.391
Likelihood Ratio	14.129	12	.293
Linear-by-Linear Association	.470	1	.493
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (35.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .48.

Totaalbeeld * Facebook

Crosstab

Count

		Facebook					Total
		1	2	3	4	5	
Totaalbeeld	1	6	1	1	0	0	8
	2	12	4	1	1	0	18
	3	86	18	8	2	3	117
	4	83	16	12	4	3	118
Total		187	39	22	7	6	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.171[a]	12	.980
Likelihood Ratio	4.819	12	.964
N of Valid Cases	261		

a. 12 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .18.

Totaalbeeld * Specifieke_website

Crosstab

Count

		Specifieke_website						Total
		~1~	1	2	3	4	5	
Totaalbeeld	1	0	2	2	0	1	3	8
	2	0	2	2	6	3	5	18
	3	1	12	12	32	45	15	117
	4	0	13	13	28	45	19	118
Total		1	29	29	66	94	42	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.983[a]	15	.453
Likelihood Ratio	16.643	15	.341
N of Valid Cases	261		

a. 13 cells (54.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

Totaalbeeld * Folders

Crosstab

Count

		Folders					Total
		1	2	3	4	5	
Totaalbeeld	1	2	1	2	2	1	8
	2	3	2	6	5	2	18
	3	4	4	36	49	24	117
	4	7	8	32	43	28	118
Total		16	15	76	99	55	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.535[a]	12	.213
Likelihood Ratio	12.825	12	.382
Linear-by-Linear Association	4.147	1	.042
N of Valid Cases	261		

a. 8 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

Totaalbeeld * Digitale_nieuwsbrief

Crosstab

Count

		Digitale_nieuwsbrief					Total
		1	2	3	4	5	
Totaalbeeld	1	2	0	2	3	1	8
	2	1	3	2	10	2	18
	3	7	5	21	68	16	117
	4	5	8	30	59	16	118
Total		15	16	55	140	35	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.852[a]	12	.310
Likelihood Ratio	11.238	12	.509
Linear-by-Linear Association	.620	1	.431
N of Valid Cases	261		

a. 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

Totaalbeeld * Post

Crosstab

Count

		Post					Total
		1	2	3	4	5	
Totaalbeeld	1	3	1	2	1	1	8
	2	1	4	4	7	2	18
	3	9	15	29	49	15	117
	4	7	11	24	48	28	118
Total		20	31	59	105	46	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.958[a]	12	.090
Likelihood Ratio	14.749	12	.255
Linear-by-Linear Association	9.342	1	.002
N of Valid Cases	261		

a. 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .61.

Totaalbeeld * Mobiele_app

Crosstab

Count

		Mobiele_app					Total
		1	2	3	4	5	
Totaalbeeld	1	2	2	1	1	2	8
	2	6	1	9	2	0	18
	3	36	25	32	20	4	117
	4	40	15	27	21	15	118
Total		84	43	69	44	21	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.776[a]	12	.054
Likelihood Ratio	21.363	12	.045
Linear-by-Linear Association	.351	1	.553
N of Valid Cases	261		

a. 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .64.

Kwaliteit * Facebook

Crosstab

Count

		Facebook					Total
		1	2	3	4	5	
Kwaliteit	1	2	0	0	0	0	2
	2	5	0	0	0	0	5
	3	50	11	6	4	0	71
	4	130	28	16	3	6	183
Total		187	39	22	7	6	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.291[a]	12	.762
Likelihood Ratio	11.291	12	.504
N of Valid Cases	261		

a. 14 cells (70.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Kwaliteit * Specifieke_website

Crosstab

Count

		Specifieke_website						Total
		~1~	1	2	3	4	5	
Kwaliteit	1	0	2	0	0	0	0	2
	2	0	2	0	3	0	0	5
	3	0	10	7	17	26	11	71
	4	1	15	22	46	68	31	183
Total		1	29	29	66	94	42	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28.142[a]	15	.021
Likelihood Ratio	22.274	15	.101
N of Valid Cases	261		

a. 14 cells (58.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

Kwaliteit * Folders

Crosstab

Count

		Folders					Total
		1	2	3	4	5	
Kwaliteit	1	2	0	0	0	0	2
	2	2	0	1	2	0	5
	3	5	6	18	30	12	71
	4	7	9	57	67	43	183
Total		16	15	76	99	55	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.410[a]	12	.000
Likelihood Ratio	23.233	12	.026
Linear-by-Linear Association	11.188	1	.001
N of Valid Cases	261		

a. 12 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Kwaliteit * Digitale_nieuwsbrief

Crosstab

Count

		Digitale_nieuwsbrief					Total
		1	2	3	4	5	
Kwaliteit	1	2	0	0	0	0	2
	2	2	1	0	2	0	5
	3	5	7	16	37	6	71
	4	6	8	39	101	29	183
Total		15	16	55	140	35	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53.458[a]	12	.000
Likelihood Ratio	27.709	12	.006
Linear-by-Linear Association	21.248	1	.000
N of Valid Cases	261		

a. 12 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

Kwaliteit * Post

Crosstab

Count

		Post					Total
		1	2	3	4	5	
Kwaliteit	1	2	0	0	0	0	2
	2	2	0	3	0	0	5
	3	5	10	20	31	5	71
	4	11	21	36	74	41	183
Total		20	31	59	105	46	261

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.268[a]	12	.000
Likelihood Ratio	33.653	12	.001
Linear-by-Linear Association	16.108	1	.000
N of Valid Cases	261		

a. 10 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .15.

Kwaliteit * Mobiele_app

Crosstab

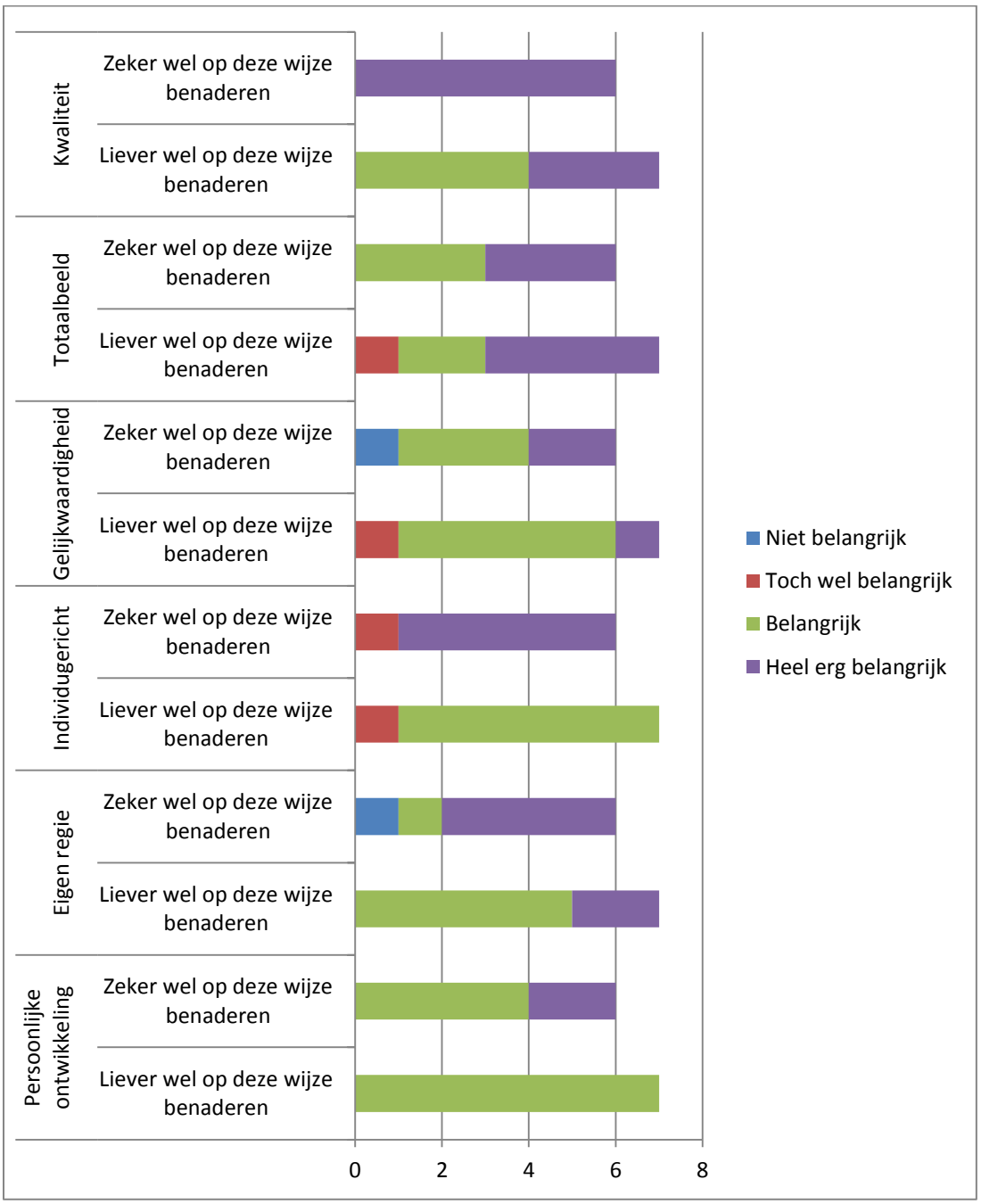
Count

		Mobiele_app					Total
		1	2	3	4	5	
Kwaliteit	1	2	0	0	0	0	2
	2	4	0	1	0	0	5
	3	26	8	16	17	4	71
	4	52	35	52	27	17	183
Total		84	43	69	44	21	261

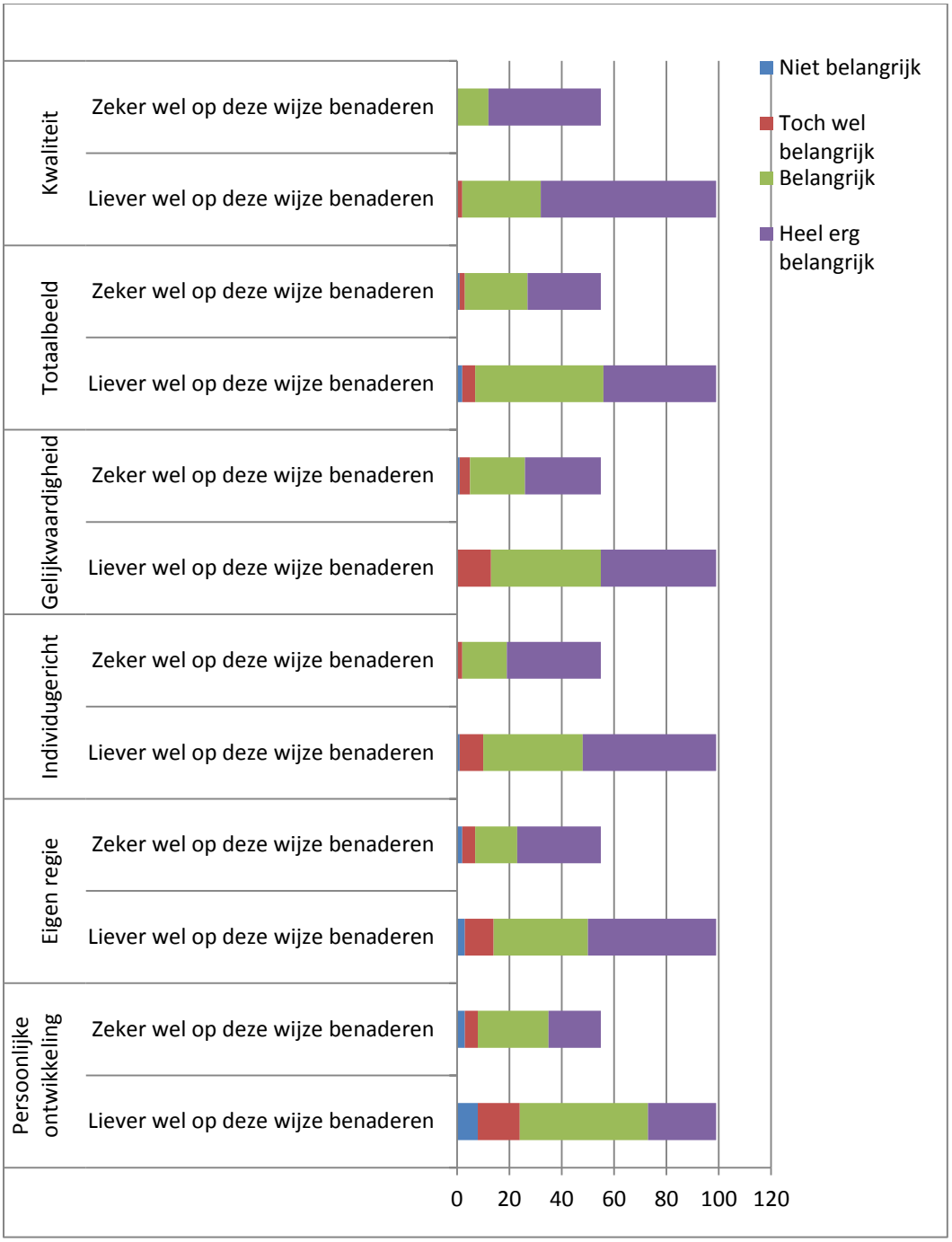
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.244[a]	12	.141
Likelihood Ratio	18.549	12	.100
Linear-by-Linear Association	3.308	1	.069
N of Valid Cases	261		

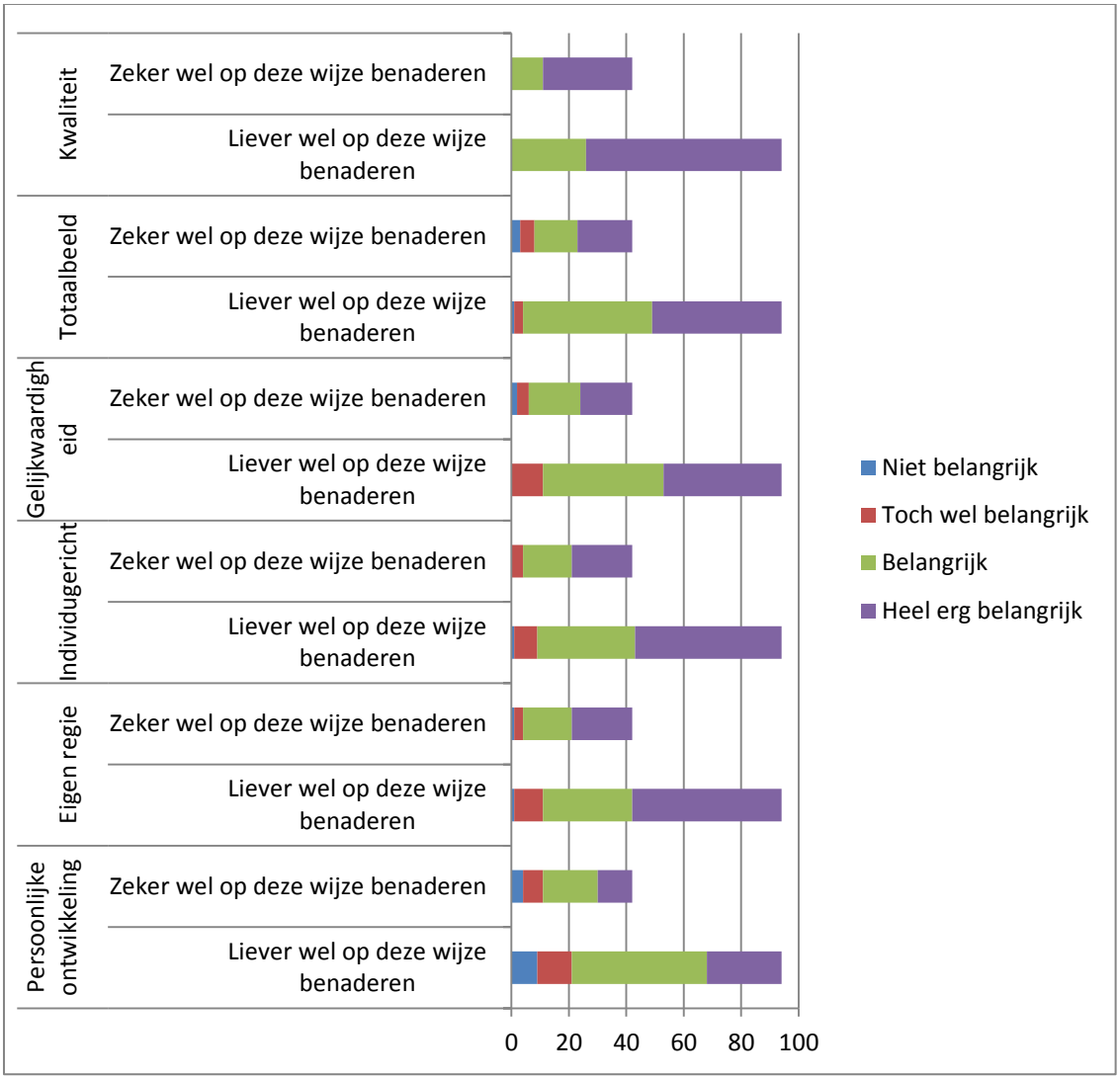
a. 10 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .16.



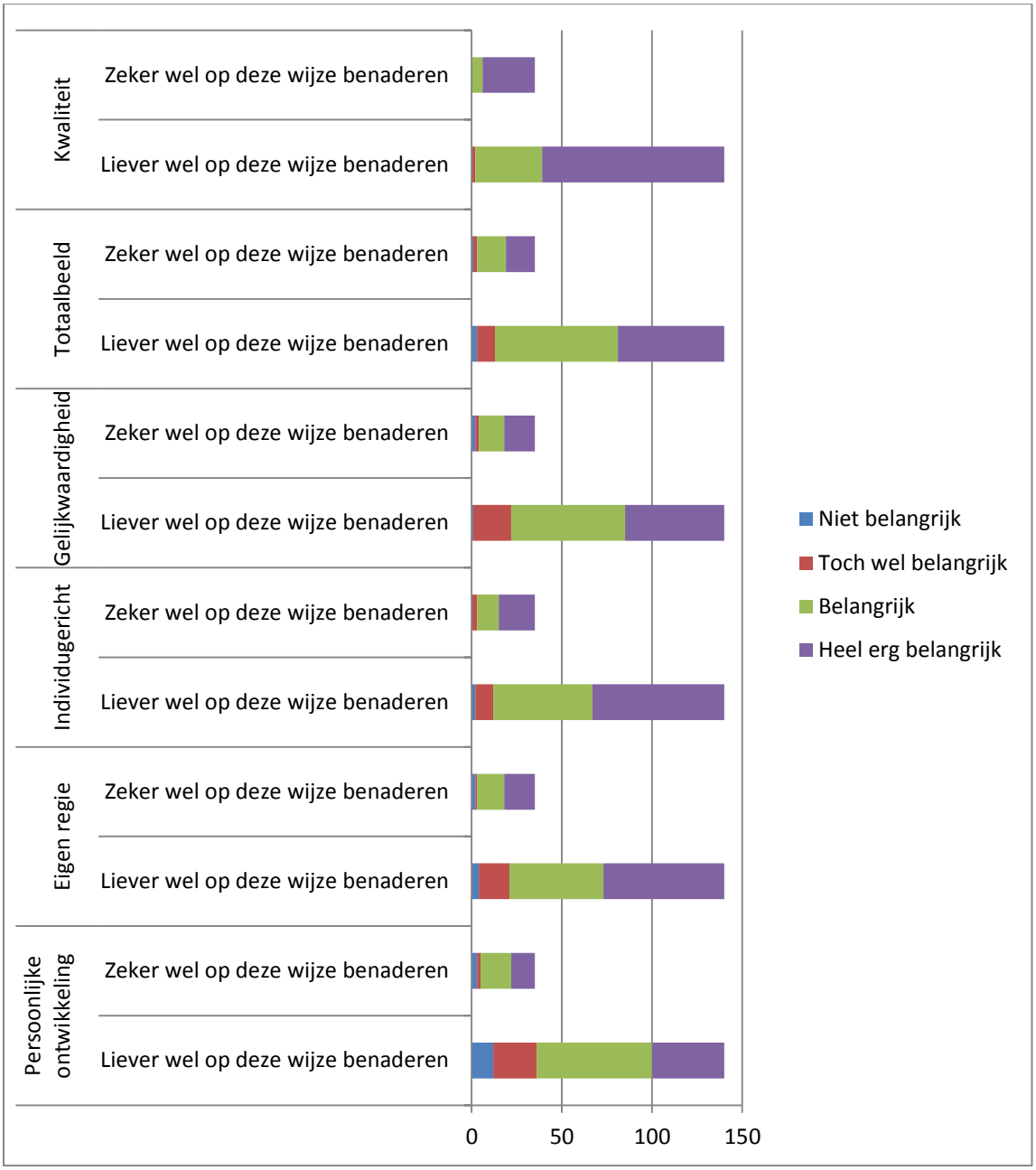
Figuur 27: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (Facebook)



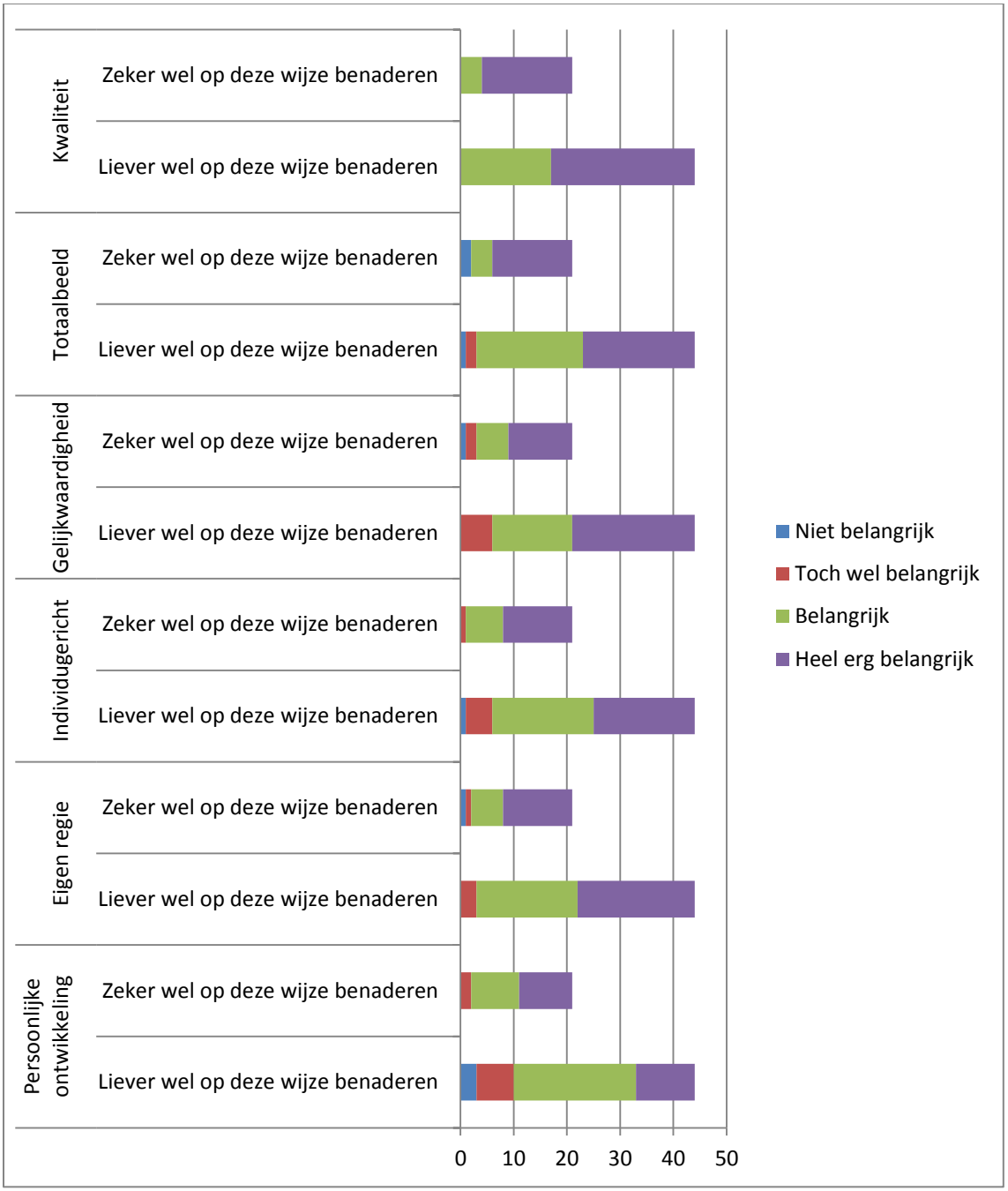
Figuur 28: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (informatieve folders)



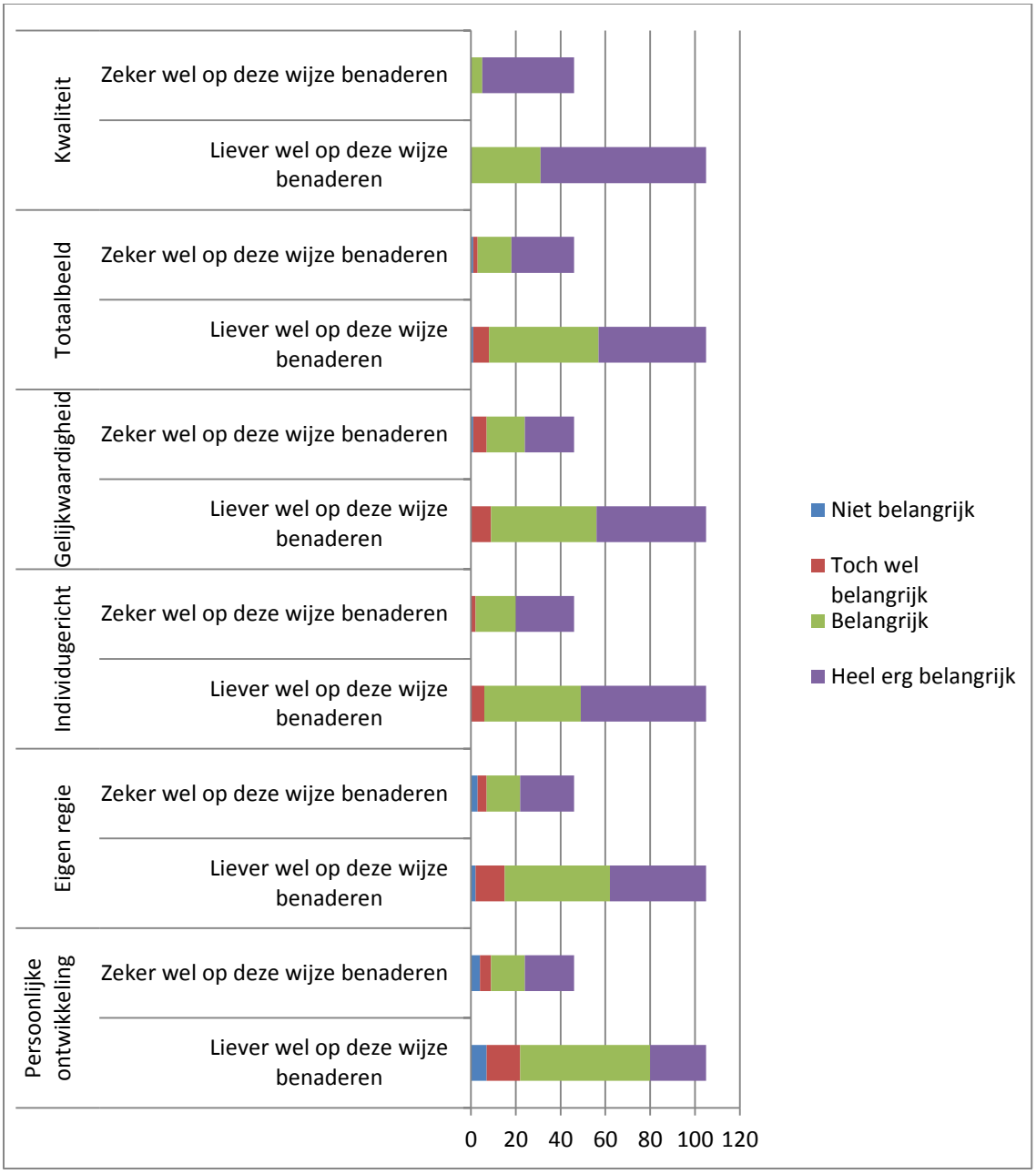
Figuur 29: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (specifieke website)



Figuur 30: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (digitale nieuwsbrief)



Figuur 31: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (mobiele app)



Figuur 32: Kruistabel waarden in de zorg en wijze van benadering (via de post)

Bijlage XVI: Analyseschema's topic 1

Analyseschema 1: Waardering *Opennes to change*

Respondent	Rangschikking waarde	Toelichting
1	2	'Zelfstandig hoe ik de dingen aanpak daar hou ik sowieso heel erg van en zo nu en dan verander ik ook dingen in mijn leefstijl.'
2	1	'Ik bedenk altijd hoe ik dingen zelfstandig aanpak en ik pak dingen ook zelf aan. Dat heb ik geleerd en zo zit ik in elkaar.'
3	1	'Zo zit ik er zelf in en dat is de reden dat ik die verdeling zo gemaakt heb. Dus praktisch kijken naar hoe je de problemen zou oplossen door er rationeel naar te kijken. Vooral het stukje zelfstandigheid is daarin belangrijk.'
4	2	'Ik ben sowieso wel een beetje eigengereid, maar ik probeer ook altijd wel te kijken of mensen van buitenaf of invloeden met goede ideeën aankomen. Dan sta ik daar wel voor open en dat vind ik wel goed.'
5	1	'Nou ik denk dat Opennes to change bij mij toch wel bovenaan ligt omdat de communicatie in de zorg ontzettend belangrijk is en zeker op de afdeling waar ik zelf werk niks anders van je vraagt dan voortdurend je strategie te veranderen. Dat is altijd aan allerlei invloeden onderhevig. Omdat je altijd samen moet kunnen werken met anderen.'
6	1	'Nou volgens mij ben ik wel zelfstandig en als het beter kan dan ga ik niet gelijk in de verdediging zeg maar. Als ik inzie dat het positief is en dat ik denk 'nou, daar kan ik me wel in vinden' dan mag het wel veranderen.'
7	1	'Ik leef mijn eigen leven en ik beslis zelf hoe ik dingen doe, hoe ik zaken aanpak (…) Maar goed ik leef en ik leef mijn eigen leven en dat is natuurlijk het allerbelangrijkst.'
8	1	''Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak graag zelf dingen aan', nou dat is echt helemaal zoals ik ben. In mijn werk, in mijn omgeving, in het sporten en dat soort dingen. Leefstijlveranderingen daar ben ik altijd mee bezig en zeker nu ik borstkanker gehad heb en dat in feite helemaal niet bij mij past.'
9	1	'En één is dan 'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen kan aanpakken, houd mijn ogen op voor veranderingen in mijn leefstijl om het leven positief te beïnvloeden'. Behoudens dan de technologie zoals de smartphone. Dat is meer voor mijn kleinkinderen. Maar dingen aanpakken dat doe ik ook zelfstandig.'

Analyseschema 2: Waardering *Self-transendence*

Respondent	Rangschikking waarde	Toelichting
1	1	'Ik vind het welzijn van de mensen om mij heen eigenlijk belangrijker dan mijn eigen welzijn. Als hun welzijn beter is, dan heb ik het idee dat mijn welzijn of mijn geluk ook beter is.'
2	3	' Ja, ook dat is wel zo. Ik bezoek ook mensen van de kerk en daarbij krijg je natuurlijk met allerlei situaties te maken en ik ben bezorgd over het welzijn van de mensen en ik ben daar ook deels verantwoordelijk voor. En ik accepteer anderen ook.'
3	2	'Dat ik anderen accepteer en bezorgd ben over hun welzijn. Ik heb die emotie wel, dat ik het idee heb dat ik zorg moet besteden aan de mensen om mij heen. Dat heb ik niet alleen bij mijn gezin, maar ook op het werk.'
4	1	'En Self-transendence past niet alleen goed bij me, maar ik ben ook van mening dat als je alle plussen en minnen op elkaar afweegt, dat je dan een goed leven hebt geleid op het moment dat je een plusje in het algeheel hebt. Dus als je goed bent geweest voor de mensen om je heen.'
5	2	'Ik moet dus altijd open zijn om te kunnen veranderen en daar hoort eigenlijk die Self-transendence wel bij omdat ik een teamplayer ben en rekening moet houden met de mensen om mij heen; de collega's en patiënten waarmee ik werk.'
6	3	'Het springt er niet heel erg bovenuit voor mijn idee. Het is niet zo dat als ik ernaar kijk dat ik dan denk van 'O, hoe zou het nou met die vriend of vriendin zijn, wat ben ik nou zorgzaam voor anderen'. Dat vind ik niet heel erg een sterk kenmerk voor mij.'
7	2	'Ik accepteer anderen en ik ben bezorgd om de mensen om me heen, ik denk dat dat zo is. Ik maak natuurlijk wel eens een grap, maar het is wel zo.'
8	2	'Nouja, ik accepteer iedereen zoals die is eigenlijk, dat is wat ik bedoel met 'ik accepteer anderen'. En 'ik ben bezorgd om het welzijn van anderen'… Ja dat is alleen maar het welzijn van mijn man en mijn twee kinderen en mijn familie.'
9	2	'Ik accepteer iedereen zoals die is. Ik zeg altijd: 'elke gek heeft het recht op zijn eigen gebrek'. De één is links, de ander is rechts en die is wit en die is zwart, maar iedereen is gelijk. Dus vandaar dat die toch hoger op nummer twee komt. Omdat iedereen voor mij gelijk is en deze waarde wat meer de nadruk legt op de mensen.'

Analyseschema 3: Waardering *Conservation*

Respondent	Rangschikking waarde	Toelichting
1	3	'Voor mij hoeft de situatie niet hetzelfde te blijven. Wat mij betreft veranderen er ook dingen.'
2	4	'Ik kan me daar weinig bij voorstellen. Het past niet bij mij en als je bezig bent met het bereiken van doelen dan wil je niet steeds de situatie hetzelfde houden. Doelen bereiken is dat situaties veranderen.'
3	3	'Ja, dat komt vanuit de wetenschap dat als je alles hetzelfde wilt houden je uiteindelijk achter de feiten aan gaat lopen. Dingen veranderen onherroepelijk en je kunt dan beter aan de voorkant van de veranderingen meedoen zodat je de verandering iets kunt sturen.'
4	4	'Omdat je eigen behoeften onderdrukken niet gezond is. Dan ga je denk ik aan jezelf vreten. En als je dat dan vervolgens nog doet om de huidige situatie hetzelfde te houden, wat al geen interessant doel is, dan ben je aan jezelf aan het vreten om iets oninteressants voor

		elkaar te krijgen.’
5	3	‘Omdat die daar aan ondergeschikt is en je moet toch wel een bepaalde trend proberen te houden in de zorg die je doet. Je hebt een bepaald kader nodig in de zorg die je wilt geven. (…) Maar je eigen behoeftes onderdrukken moet je wel doen om het totale doel van een afdeling tot zijn recht te laten komen. Dat is een hoger doel.’
6	2	‘Ik denk dat het is omdat ik mijn eigen behoeften, naja eigen behoeften klinkt zo negatief… Misschien toch ook wel een beetje dat je anderen ook accepteert en dat je die ook wel belangrijk vindt en dat je daarom je eigen behoeften onderdrukt. Dat je die niet bovenaan stelt en als het nu prima is, waarom zou je het dan niet zo houden?’
7	3	‘‘Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken’… Ik vind het een beetje vaag, ik weet niet zo goed wat ik ermee moet.’
8	4	‘Ja… dat ligt een beetje aan dat stukje ‘ik ben geneigd om mijn eigen behoefte te onderdrukken’. Dat doe ik helemaal niet. En ook dat stukje ‘…om de huidige situatie hetzelfde te houden’ vind ik echt absurd. Dat zorgt ervoor dat het helemaal onderaan komt te staan.’
9	3	‘Soms vind je dingen niet leuk en dan kan je met je macht zeggen ‘oké, ik wil het toch zo hebben’, maar die gebruik ik dan niet. Want als je het zo doet gaat het ook en als je dat wel doet is het maar de vraag of het beter gaat. Je kan dan beter het huidige houden dan dat het minder gaat en in die stand ben ik wel geneigd om eigen behoefte te onderdrukken.’

Analyseschema 4: Waardering *Self-enhancement*

Respondent	**Rangschikking waarde**	**Toelichting**
1	4	‘Mensen die echt macht hebben over anderen dat vind ik te ver gaan. Ik wil dat mensen hun eigen ding kunnen doen, hun eigen gedachtes kunnen hebben en hun eigen plan kunnen volgen.’
2	2	‘Hier staat dan weer ‘gefocust op najagen eigen succes’… dat is dan weer een beetje negatief geformuleerd. Ik zou zeggen ‘ik ben gefocust op het bereiken van doelen. (…) Het gaat mij dus om doelgerichtheid.’
3	4	‘Nee, ik ben van het met elkaar samen opwerken om te kijken of je samen die prestatie kan leveren en niet op een positie gaan zitten van ik ben de baas en die doet dat. Ik vind dat iedereen recht heeft om zoveel mogelijk van zijn eigen kunnen te gebruiken om het doel te gebruiken.’
4	3	‘Ik vind mijn eigen successen wel belangrijk. Maar om macht te hebben over anderen… Ik weet niet zeker of ik het wel interessant vind of dat ik het verschrikkelijk vind… maar het hoeft niet voor mij in ieder geval.’
5	4	‘Nou dat eigen successen najagen is een grote valkuil omdat je dan het grote verband dan een beetje kwijtraakt. Natuurlijk mag je je eigen competenties hebben, maar als je dat puur tot een eigen succes torpedeert dan zit daar wel een valkuil in. (…) Dat kan in de afdeling waar we nu zijn, in de intensive care, kan dat niet.’
6	4	‘Omdat ik het helemaal niet fijn vind om macht te hebben over anderen. Het is leuk om binnen je werk verantwoordelijkheid te hebben voor bepaalde dingen, maar ik vind het niet leuk om mensen aan te sturen bijvoorbeeld. Als teamleider, zoiets. Dan wil ik liever vrienden zijn zeg maar dat we op gelijk niveau staan dan dat ik daar boven sta.’

7	4	‘Ik streef niet naar succes want ik zou niet weten wat dat zou moeten inhouden en ik wil helemaal geen macht hebben over anderen. Dit is voor mij dus zeker nummer vier.’
8	3	‘Ja en het najagen van successen… Ach, dat ben ik helemaal niet. Ik vind het wel leuk om succes te hebben. En macht over anderen hebben, ja… Ik ben lerares dus misschien heb ik dat wel een klein beetje… Maar nee hoor, dat denk ik helemaal niet. Maar goed… Misschien...’
9	4	‘Het najagen van successen dat heeft denk ik iedereen wel. Dat heb ik ook wel, op mijn leeftijd is het wel minder geworden, maar toen ik jong was heb ik het wel gehad. Bijvoorbeeld je carrière: dat je hogerop wilt en meer wilt verdienen en dat soort dingen meer. Maar ik hoef geen macht over anderen te hebben.’

Analyseschema 5: Volgorde respondent 1 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Self-transendence	Ik vind het welzijn van mensen om me heen eigenlijk belangrijker dan mijn eigen welzijn.
Openness to change	Ik houd ervan om zelfstandig dingen aan te pakken en af en toe mijn leefstijl aan te passen.
Conservation	De situatie hoeft wat mijn betreft dan ook niet hetzelfde te blijven, er mogen ook dingen veranderen.
Self-enhancement	Ik wil dat iedereen zijn eigen dingen kan doen, dus mensen die macht hebben over anderen dat spreekt mij helemaal niet aan.

Analyseschema 6: Volgorde respondent 2 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	Ik bedenk altijd zelf hoe ik dingen moet aanpakken en pak het dan ook zelf aan, zo zit ik in elkaar.
Self-enhancement	beetje negatief geformuleerd. Ik zou zeggen ‘ik ben gefocust op het bereiken van doelen.’ Ik houd er wat dat betreft wel van om succes te behalen.
Self-transendence	Vanuit werk voor de kerk bezoek ik mensen en ik ben bezorgd over het welzijn van deze mensen en ik ben daar ook deels verantwoordelijk voor. En ik accepteer anderen ook.
Conservation	Conservation past helemaal niet bij mij. Mijn doelgerichtheid zorgt er ook voor dat situaties veranderen.

Analyseschema 7: Volgorde respondent 3 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	Ik kijk praktisch naar hoe ik problemen kan oplossen en vooral het stukje zelfstandigheid is daarin belangrijk voor mij.
Self-transendence	Ik heb die emotie wel, dat ik het idee heb dat ik zorg moet besteden aan de mensen om mij

	heen. Dat heb ik niet alleen bij mijn gezin, maar ook op het werk.
Conservation	Conservation past niet bij mij. Dingen veranderen onherroepelijk en je kunt dan beter aan de voorkant van de veranderingen meedoen zodat je de verandering iets kunt sturen.
Self-enhancement	Nee, ik ben van het met elkaar samen opwerken om te kijken of je samen die prestatie kan leveren en niet op een positie gaan zitten van ik ben de baas en die doet dat.

Analyseschema 8: Volgorde respondent 4 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Self-transendence	Als je goed bent voor de mensen om je heen, dan heb je aan het einde van je leven een goed leven geleid.
Opennes to change	Ik ben wel eigengereid maar ik kijk wel om me heen of ik mensen of dingen zie die me op goede ideeën brengen om bepaalde zaken iets anders aan te pakken.
Self-enhancement	Het hebben van succes vind ik wel belangrijk, maar macht hebben over anderen vind ik ongewenst.
Conservation	Je eigen behoeften onderdrukken is niet gezond, dan ga je aan jezelf vreten. Daarnaast is het hetzelfde houden van situaties niet interessant voor mij.

Analyseschema 9: Volgorde respondent 5 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	Opennes to change ligt bij mij bovenaan, want in mijn werk moet je je altijd snel kunnen aanpassen aan veranderende situaties.
Self-transendence	Ik moet altijd open staan naar anderen om snel te kunnen reageren. Het accepteren van anderen zit daarin ook opgesloten: ik moet rekening houden met mijn collega`s en mijn patiënten.
Conservation	Soms moet je je eigen behoeftes onderdrukken voor een groter doel. Zeker op de intensive care moet je je soms schikken naar de situatie.
Self-enhancement	Nou dat eigen successen najagen is een grote valkuil omdat je dan het grote verband dan een beetje kwijtraakt. Op de afdeling waar ik werk, de intensive care, kan dat niet.

Analyseschema 10: Volgorde respondent 6 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	Nou volgens mij ben ik wel zelfstandig en als het beter kan dan ga ik niet gelijk in de verdediging zeg maar. Als ik inzie dat het beter kan dan mag het wel veranderen.
Conservation	Ik houd altijd rekening met anderen en vanuit dat oogpunt wil ik mijn eigen behoeften wel eens onderdrukken om zo voor hen de situatie niet te veranderen.
Self-transendence	Dit springt er bij mij niet bovenuit. Ik vind dat 'bezorgd zijn over anderen' geen heel sterk kenmerk van mij.
Self-enhancement	Ik vind het niet fijn om macht te hebben over anderen. Ik ben liever vrienden met iemand dan de baas over iemand.

Analyseschema 11: Volgorde respondent 7 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	Ik leef mijn eigen leven en ik beslis zelf hoe ik dingen doe en dat is natuurlijk het allerbelangrijkst.
Self-transendence	Ik accepteer anderen en ik ben bezorgd om de mensen om me heen, ik denk dat dat zo is. Ik maak natuurlijk wel eens een grap, maar het is wel zo.
Conservation	'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken'… Ik vind het een beetje vaag, ik weet niet zo goed wat ik ermee moet.
Self-enhancement	Ik streef niet naar succes want ik zou niet weten wat dat zou moeten inhouden en ik wil helemaal geen macht hebben over anderen.

Analyseschema 12: Volgorde respondent 8 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak graag zelf dingen aan', nou dat is echt helemaal zoals ik ben. In mijn werk, in mijn omgeving, in het sporten en dat soort dingen.
Self-transendence	Nouja, ik accepteer iedereen zoals die is eigenlijk, dat is wat ik bedoel met 'ik accepteer anderen'. En 'ik ben bezorgd om het welzijn van anderen'… Ja dat is alleen maar het welzijn van mijn man en mijn twee kinderen en mijn familie.
Self-enhancement	Ja en het najagen van successen… Ach, dat ben ik helemaal niet. Ik vind het wel leuk om succes te hebben. En macht over anderen hebben, ja… Misschien.
Conservation	Mijn eigen behoeften onderdrukken en situaties hetzelfde houden vind ik absurd. Dat doe ik helemaal niet.

Analyseschema 13: Volgorde respondent 9 van vier algemene waarden uit het conceptueel model

Waarde	**Samenvatting toelichting respondent**
Opennes to change	Opennes to change past wel bij mij. Ik kijk zelf hoe ik dingen wil aanpakken en pak die zaken dan ook zelf aan. Ik kijk ook inderdaad om mij heen of ik dingen beter anders kan doen.
Self-transendence	Ik accepteer iedereen zoals die is. Ik zeg altijd: 'elke gek heeft het recht op zijn eigen gebrek'.
Conservation	Soms wil ik wel mijn eigen behoeften onderdrukken om anderen niet in de wielen te rijden. Vooral in mijn rol in het bestuur gebeurt dat vaak.
Self-enhancement	Het najagen van successen heeft iedereen denk ik wel, maar nu heb ik dat wel minder. Maar dat macht hebben over anderen spreekt mij helemaal niet aan.

Bijlage XVII: Analyseschema's topic 2

Analyseschema 14: Waardering *Kwaliteit*

Respondent	Rangschikking in volgorde van belangrijkheid	Toelichting
1	1	'Dat is voor mij het allerbelangrijkste en dat is ook echt voor mij de essentie van wat de zorgverlening is en wat er ook onder staat aan waarden.'
2	1	'Er moet gewoon begonnen worden met een goede inhoud. Je begint gewoon met goede zorg te leveren. Daar begint het mee. Want je wilt beter worden, daar begint het mee.'
3	1	'Omdat de kwaliteit uiteindelijk bepaalt of het genezingsproces, want daar heb je het uiteindelijk over als je in de zorg bezig bent, of je de beste zorg krijgt die beschikbaar is. En dat is eigenlijk waar je naartoe wilt. Ze kunnen het heel moeilijk voor je maken, ze kunnen het heel lastig maken, (…) maar waar het om gaat is natuurlijk dat je gezond wordt. En dan is de kwaliteit het belangrijkste.'
4	3	'Onder kwaliteit valt de effectiviteit van de zorg. Dus of je er beter van wordt. En of er aan de behoeften voldaan wordt. Levert de zorg dat waarvoor je naar het ziekenhuis of naar de arts toegaat. (…)Dus of het op een prettige manier je probleem oplost.'
5	1	'Kwaliteit staat voor mij voor een duurzame behandeling; de behandelingen zijn veilig en heel vaak is dat evidence based dus daar moeten wij ons aan houden en proberen zo goed mogelijk die zorg toe te passen en dat is ook het eerste wat we doen. We proberen zo snel mogelijk een goede analyse te maken van de problemen die er zijn, zowel medisch als verpleegtechnisch, en daarop ga je je zorg dan plannen. Dus je doet eerst de analyse en daarop zet je de zorg neer. Dat is een cyclisch proces.'
6	1	'Ja, omdat ik dat toch wel het hoofddoel vind van zorg eigenlijk: om beter te worden. Dus ja dat is verder niet zo heel bijzonder denk ik. Het lijkt mij het hoofddoel denk ik, ook als je kijkt naar die andere punten. Beter worden is het allerbelangrijkste.'
7	3	'Dus ik denk dat de geboden hulp, de pakketten zorg die de mensen krijgen dat die nog thuis zijn, dat die heel goed moet zijn. En dat is dus wat ik in mijn omgeving heb meegemaakt: daar mankeert het nog wel eens aan. Maar dat moet honderd procent zijn.'
8	9	'Omdat ik dat gewoon eigenlijk iets vind waar de zorgverlening sowieso aan moet voldoen. Dat vind ik gewoon een vanzelfsprekendheid. Die is niet in zoverre voor mij belangrijk omdat ik er vanuit ga dat dat gewoon goed geregeld is. (…) Als dit niet goed geregeld is? Nou dan zit er iets wel heel goed mis in de zorg denk ik.
9	1	'Ik vind Kwaliteit heel belangrijk (..)Van Kwaliteit hangt af of ze je goed kunnen helpen, de juiste instrumenten hebben, de juiste mensen hebben, de juiste apparatuur hebben en op de juiste manier met mensen omgaan. Al die dingen; Menselijke zorg, Zorg op maat, Individugericht… Dat valt allemaal onder Kwaliteit..'

Analyseschema 15: Waardering *Communicatie en transparantie*

Respondent	Rangschikking in volgorde van belangrijkheid	Toelichting

1	6	‘Communicatie en transparantie kan wat mij betreft heel stressverlichtend werken, dus als het goed loopt draagt dit wel bij aan de goede gezondheid van die persoon. Maar het is niet direct in lijn met de genezing van die ziekte.’
2	2	‘Ja, ik wil wel dat er goed met mensen gecommuniceerd wordt. (…) Ik ben medebelanghebbende dacht ik zo… Ik wil duidelijk weten wat er met me aan de hand is en dat dit op een heldere manier uitgelegd wordt en ook de kansen weten.’
3	2	‘De arts is dan degene die uiteindelijk moet gaan snijden en die de expert is. Je moet op basis van de informatie die je krijgt tot de conclusie kunnen komen dat je met de juiste arts in zee gaat. Dat de kans op resultaat, voor zover je dat kunt beoordelen, goed zit. Dat geeft een stukje rust.’
4	6	‘Ik denk dat bij veel ziekteverschijnselen één van de grote problemen de onzekerheid is. Op het moment dat die communicatie en transparantie goed werken en alles duidelijk en helder is, denk ik dat er een heel groot probleem wordt weggenomen.’
5	3	‘Ik denk dat bij veel ziekteverschijnselen één van de grote problemen de onzekerheid is. Op het moment dat die communicatie en transparantie goed werken en alles duidelijk en helder is, denk ik dat er een heel groot probleem wordt weggenomen.’
6	3	‘Nouja, het lijkt mij belangrijk dat je weet waar je aan toe bent. Het is toch heel persoonlijk; het gaat je eigen lichaam en je eigen leven aan. Dan vind ik het belangrijk wanneer een zorgverlener iets beslist voor jou, dat ik weet waarop die keuze is gebaseerd. Ik wil gewoon helder wat er gebeurt en waarom het gebeurt omdat het mijn leven is.’
7	10	‘Maar mensen met een bepaalde ziekte (…) dan is het belangrijk dat er altijd duidelijkheid wordt geboden aan de mensen van wat de vooruitzichten zijn. Dus er moet een transparant gesprek zijn en zeker voor de patiënt moet het begrijpbaar en verstaanbaar zijn van wat de vooruitzichten zijn. Openheid moet er zijn!’
8	3	‘Nou dat zijn echt de mogelijkheden, dat vind ik echt belangrijk. Dat je echt eerlijk naar de patiënt communiceert dat er stappen genomen moeten gaan worden of gaan worden. (…) Communicatie en transparantie heeft ook te maken met openheid, open zijn als arts ook.’
9	3	‘Nou omdat je dat als eerste tegenkomt als je in het ziekenhuis komt. Dan ga je praten en dan moeten ze goed kunnen uitleggen wat je mankeert, wat je eraan kunt doen, wat de voor- en nadelen zijn, afijn dat soort dingen. Om mensen gerust te stellen dat er wat aan gedaan kan worden. (…)maar dat je compleet geeft van ‘dit hebben we ontdekt’ of ‘dit gaan we onderzoeken en dat zijn de resultaten en dat zijn de bijwerkingen’’

Analyseschema 16: Waardering *Onafhankelijkheid*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	2	‘Als zij dan hun leven zoveel mogelijk zelf kunnen invullen hoe zij dat willen dan is dat voor mij heel belangrijk.’
2	7	‘Ja, je kunt alleen maar Eigen regie toepassen als je onafhankelijk bent. Dat is een oorzaakgevolgrelatie. Nee, ik denk dat het gewoon zo is. Ik denk dat dit ook de toekomst is in Nederland, dat je zelf over je eigen gezondheid de regie houdt. Dan moet je dus onafhankelijk zijn.’

3	8	‘Onafhankelijkheid is dat die ingreep gericht is op de meest optimale prestatie. Dat je na die ingreep weer onafhankelijk kan zijn. Dat je daarna weer zo goed mogelijk kunt functioneren.’
4	8	‘Het is wat dat betreft een beetje dubbel: het is goed als mensen onafhankelijk zijn, maar ze moeten naast de wil het ook gewoon kunnen. Het is mooi als het kan, maar het heeft geen hoge prioriteit.’
5	8	‘Die is wel belangrijk. Je probeert wel zelfredzaamheid ehm… de patiënt de regie zelf te laten behouden, maar wanneer die ziek is en die is afhankelijk van apparatuur dan is er geen enkele mogelijkheid om de regie in eigen handen te houden. Dat zullen wij dan moeten overnemen. En wanneer het kan zul je dat stukje regie dan weer overgeven.’
6	4	‘Ja, je wilt geen kasplantje zijn als je ouder bent natuurlijk. (…) Dat je toch nog van alles kan doen. Dat je dan gewoon verder kan gaan met je eigen leven zeg maar en dat je niet helemaal afhankelijk bent van de zorg. Dat zorg dan meer een bijzaak is om je te kunnen ondersteunen daarbij waar nodig.’
7	9	‘En daar hoort dus weer bij dat Onafhankelijkheid, dat hij zolang mogelijk zijn eigen leven kan leiden. Dus eerst komt de zorg, dan is die meneer behandelt en dan ga je kijken hoe je die meneer of mevrouw zo lang mogelijk in zijn eigen woonsituatie kan laten.’
8	7	‘Ja, omdat ik toch zoiets heb… ‘De zorgverlener bevordert de eigen zelfredzaamheid’, nee dat doe ik toch gewoon zelf. Ik vind het niet nodig dat de zorgverlener dat voor mij doet.’
9	10	‘Omdat het eigenlijk een beetje het einde van het proces is hè. Als je behandeld bent dan moet je dus onafhankelijk kunnen functioneren als het even kan. Tegenwoordig zeker, want alle bejaardenhuizen sluiten en dat soort dingen meer. (…) Maar het zou wel fijn zijn als je onafhankelijk verder kon leven.’

Analyseschema 17: Waardering *Totaalbeeld*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	11	‘Maar als er nu staat ‘lichaam, vitaliteit en ziel’ dan heb ik zoiets van.. Ja oké.. Daar kan ik niks mee.’
2	11	‘Ik wil gewoon geholpen worden en hoe mensen dan naar het probleem kijken zal me dan een zorg zijn. …het zit in de waarde Kwaliteit opgesloten. (…) En dan neem je dat er wordt gekeken naar lichaam, ziel en individualiteit impliciet mee vind ik. Ik kan er niks mee.’
3	13	‘Maar het probleem is vaak dat daar altijd keuzes gemaakt moeten worden en die keuzes betekenen dat het één dan meer aandacht krijgt dan het ander. Dus alles op elkaar afgestemd krijgen, dat lukt toch niet en dan denk ik: laten we nou niet proberen om zoveel mogelijk dingen aangenaam te maken, doe gewoon wat je moet doen en zorg ervoor dat dat gebeurt.’
4	2	‘Totaalbeeld is belangrijker omdat er dan naar meer onderdelen van de zorg gekeken wordt. (…)Omdat ik het idee heb dat Totaalbeeld nog iets breder is (dan Kwaliteit).’
5	5	‘Natuurlijk moeten wij de mensen als een eenheid zien. Wij proberen natuurlijk al één ding te behandelen of verschillende aandoeningen te behandelen, maar we kijken wel naar het totaalbeeld: heeft het nog zin om zo lang door te gaan met de behandeling als we zien dat er geen resultaat is. (…)Dus de vitaliteit is dus in dit Totaalbeeld een heel belangrijk woord. Je kan bijvoorbeeld willen om als een skiër de berg af te gaan, maar

		als die, wat ik al zei, zich alleen verplaatst heeft van zijn bed naar z`n stoel dan zal die dat niet meer kunnen.'
6	5	'Het lijkt er een beetje op alsof hij (de arts) hier alleen maar is om medicijnen uit te delen, maar wie zegt dat dat medicijn het beste is voor mij? Ik had zoiets van 'jij bent alleen maar je medicijn aan het uittesten, je kijkt niet naar mij als persoon met mijn eigen oorzaken enzo'.'
7	7	'Bij de thuiszorg, als je mensen hebt die ziek zijn geweest, dan moet daar goed naar gekeken worden. Het grijpt allemaal in elkaar, het hoort bij elkaar. Lichaam, ziel, vitaliteit naar alles moet worden gekeken. Het hoort eigenlijk bij elkaar.'
8	2	'Dat is ook een beetje respect hebben voor de mens in het geheel. Het is niet zo alleen 'de linkerborst', maar ik heb ook gewoon mijn werk waarvoor het bij mijn leerlingen heel confronterend was voor mijn leerlingen om te weten dat ik ziek was. Voor mijn man en mijn twee puberkinderen ook. Daar werd helemaal niks naar gevraagd.'
9	2	'Nee, voor Communicatie en transparantie moet je een totaalbeeld hebben dus dan zou die daar moeten komen ergens.'

Analyseschema 18: Waardering *Gelijkwaardigheid*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	10	'Nogmaals, daar zitten mensen denk ik niet op te wachten, daar geloof ik niet in. Je krijgt een bepaalde behandelaar toegewezen en die zijn nou eenmaal niet gelijkwaardig in de wereld van de zorg.'
2	4	'Als je Respect hebt dan ben je ook Gelijkwaardig.'
3	5	'Wel gelijkwaardigheid dat hij mij in het voortraject behandelt als iemand die recht heeft op informatie en dat als ik vragen heb dat hij daar open en eerlijk antwoord op geeft. Dat hij niet zegt: 'ik ben de arts, ik weet het en wat zit je nu te zeuren?'. Zo`n gelijkwaardigheid bedoel ik. Vandaar dat hij ook iets lager staat.'
4	12	'In enige mate is gelijkwaardigheid goed; de behandelaars zijn niet belangrijker dan de patiënt. Dus wat dat betreft ´ja´. Maar zowel de behandelaars als de patiënt mogen zich wel degelijk realiseren dat de behandelaars de experts zijn. Omdat zij de expertise hebben om de knoop door te kunnen hakken.'
5	7	'Nou het is natuurlijk een basisprincipe dat er gelijkwaardigheid is tussen patiënt en behandelaar. Als mens ben je gelijkwaardig, daarom lig je ook wat lager, maar wij hebben een andere positie. Want wij nemen de beslissing, wij zijn ook verplicht om zo goed mogelijke zorg te geven. Wij hebben die kwaliteit.'
6	11	'Nou hoe de rollen verdeeld zijn dat vind ik niet zo heel erg belangrijk. Ik heb niet zoveel met autoriteit en wie er boven je staat of wie er onder je staat of zoiets. (…) Ja dat valt er eigenlijk onder: dat je vertrouwen hebt in die behandelaar want die heeft er voor geleerd. Dus die staat toch een beetje boven je, die heeft autoriteit. Dat is een beetje het idee.'
7	5	'Er moet altijd gelijkwaardigheid zijn tussen de patiënt en de behandelaar. De dokter mag nooit belangrijker dan de patiënt en de patiënt is niet belangrijker dan de dokter. Gelijk moet het zijn, gelijkwaardigheid.'
8	11	'Dat vind ik ook niet nodig. We zijn geen vrienden zeg maar en dat is iets anders dan niet met respect behandeld te worden, maar je hoeft niet helemaal op een gelijkwaardig niveau behandeld te

		worden. Dat vind ik niet nodig.’
9	9	‘Er is geen gelijkwaardigheid als ze tegen je zeggen ‘ik ben de baas en je doet wat ik zeg’. Dat vind ik dus dat ziekenhuispersoneel of mensen die thuis mensen verzorgen dat ze gelijkwaardig met je praten en niet ‘ik zeg het dus het moet maar gebeuren’.’

Analyseschema 19: Waardering *Menselijke zorg*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	9	‘Maar om met de patiënten mee te voelen en te verplaatsen in de situatie.. Ja, het is wel empathisch allemaal. Ik denk niet dat patiënten daar op zitten te wachten.’
2	5	‘Ja, (…) Respect en Gelijkwaardigheid vanuit de zorg leiden samen tot Menselijke zorg. Dus het is altijd oorzaak en gevolg, oorzaak en gevolg.’
3	12	‘Maar goed, dat aardig zijn vind ik dan niet zo belangrijk. Nogmaals, ik had dan liever gezien dat hij dat ene been wel had laten zitten bij wijze van spreken.’
4	5	‘Menselijke zorg is dat de zorg geen machine wordt. Dat er in de zorg rekening wordt gehouden met dat mensen ook echt mensen zijn.’
5	11	‘Eigen regie hoort daar eigenlijk bij hè. Je probeer het wel te stimuleren een stuk eigen regie, maar het lukt maar in beperkte mate. Pas in het follow-uptraject kun je meer regie gaan geven. Niet op een afdeling als deze.’
6	7	‘Want hij komt nu wel heel erg onderaan natuurlijk, maar het is wel belangrijk. (…) Maar ik vind het er nou ook weer niet eentje die helemaal bovenaan moet staan. Want als hij gewoon kijkt hoe jouw situatie is zoals bij Zorg op maat en ook naar jou kijkt als persoon dan laat hij op die manier al merken dat hij menselijke zorg geeft.’
7	4	‘Daar hoort gewoon de aandacht bij voor de patiënt. Aandacht is heel belangrijk en ik weet wel dat de zorgverlener niet altijd even veel tijd heeft om mensen hun verhaal aan te horen, maar toch is dat heel belangrijk.’
8	5	‘En dat stukje van Menselijke zorg vind ik daar bij horen, maar dat stukje van ‘meevoelen met de patiënt en verplaatsen in de patiënt’ dat vind ik dan minder belangrijk.’
9	4	‘Dus eerst kijk je met Menselijke zorg wat er aan de hand is. Eerst ga je praten. Dan heb je dus menselijke zorg en daarna krijg je zorg op maat.’

Analyseschema 20: Waardering *Zorg op maat*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	4	‘Ik vind dat dit ook onder Kwaliteit al een beetje staat, maar als je dan een andere invulling van die ziekte tegenkomt, moet je ook je kunnen aanpassen aan die situatie en de behandeling daarop afstemmen.’
2	9	‘Zorg op maat is goed als het kan, maar het kan denk ik niet altijd. Ik vind het minder belangrijk dan kwalitatief goede zorg waarbij er wordt gekeken naar het ziektebeeld in plaats van de individuele patiënt.’

3	7	‘Ja, als ik een hartoperatie moet krijgen en die afspraak staat er dat hij dat doet, dan lijkt het me niet handig als hij vervolgens mijn been amputeert. Die zorg op maat betekent dan niet meer dan dat de zorg die is afgesproken er voor mij het beste uithaalt.’
4	8	‘Ja, dit lijkt sterk op Individugericht. Alleen is dit meer in effect en minder in persoonlijke aandacht.’
5	2	‘Zorg op maat hoort daar eigenlijk helemaal bij. Dat je dus heel goed kunt inzoomen, zeker op de afdeling waar we nu zitten. (…) Dus Zorg op maat is wel belangrijk. (…) Omdat je in eerste instantie, wat ik al zei, een analyse doet van wat moet er hier gebeuren. Die zorg voer je uit en daar maak je een planning van omdat je daar voor bent opgeleid’
6	6	‘Ja, dat hangt onder dat Totaalbeeld. Hij moet gewoon helemaal naar mij als persoon kijken en niet alleen naar een bepaald lichaamsdeel dat toevallig ziek is. Dus dat hij wel kijkt naar de specifieke situatie.’
7	2	‘Dus dat sluit al aan bij de ontwikkelingen die er in het zorggebied zijn; mensen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving houden, maar dan moet er wel een pakket zorg tegenover staan. Want als mensen oud worden dan hebben ze hulp nodig. Dat moet gewoon want anders zou je daar geen recht aan doen.’
8	8	‘Ja, want als ik Zorg op maat nu lees, dat vind ik dan eigenlijk ook wel belangrijk. ‘Speciaal voor hem op maat gemaakt, specifiek aangepast op de specifieke situatie’. Ja in mijn geval was dat toch wel een beetje lastig omdat er standaarddingen gebeuren die voor iedereen hetzelfde zijn die in die situatie zit.’
9	5	‘Je praat met iemand en je geeft hem dus zorg op maat maar je praat alleen met hem, of met mensen erbij dat maakt niet uit, maar dan geef je een beeld van zijn ziekte en van zijn behandeling en wat niet meer… Dat is in feit al Zorg op maat.’

Analyseschema 21: Waardering *Individugericht*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	5	‘En ik vind zorg op maat, dus dat die zorg op hem gericht is ietsje belangrijker dan dat je zegt dat je aandacht hebt voor die persoon in zijn situatie of zijn omgeving.’
2	6	‘Dat is dan de beleving. Dat je persoonlijke, professionele aandacht krijgt als uniek mensen in de eigen situatie. Dat is natuurlijk in de praktijk niet altijd zo, maar het is wel een mooi streven. Het is wel een manier van zorgverlener zijn.’
3	9	‘Maar dat Individugericht, dat je zaken aantrekkelijker maakt voor de patiënt, dat vind ik minder belangrijk dan dat de arts gewoon zijn werk goed doet.’
4	9	‘Als het kan graag. Maar tegelijkertijd moet het ook niet ten koste van alles doorgezet worden. Op het moment dat jij je puur op het individu gaat richten, kan dat ten koste gaan van de effectiviteit omdat je met een beperkte hoeveelheid personeel zit.’
5	6	‘Wij zijn in het slechtste voorbeeld bijna verplicht om te zeggen bij iemand die niet meer vooruit komt ‘we stoppen met de behandeling’. Dat gaat net iets boven het individueel gerichte. Natuurlijk kijken we naar de patiënt en is die uniek in zijn of haar eigen situatie of omgeving. Maar als wij op medische gronden een bepaalde behandeling moeten stoppen, dan zullen we dat doen.’
6	7	‘Het is een beetje hetzelfde alleen gaat het wat mij betreft iets dieper. Individugericht is wat mij betreft wat meer op de persoon, dat vind ik dan wat minder belangrijk.

		Hij is er natuurlijk ook weer niet helemaal om mijn hele leven door te spitten.'
7	1	'Nou ik denk dat alles overziend dat Individugericht het belangrijkste is. (…)ieder mens, of je nu patiënt bent of gewoon, is een uniek mens en die verdient gewoon persoonlijke aandacht. Ieder mens is uniek, ieder persoon is uniek, iedere patiënt is uniek, dus iedereen moet die aandacht krijgen en die zorg die aansluit bij zijn eigen behoeften. Dat staat voor mij voorop, dat staat voor mij helemaal buiten alles.'
8	4	'Ja, dat is wat ik net ook bedoelde met 'kijk eens wie je voor je hebt, kijk eens wie dat is'. Ik informeer me goed. Ik wil niet zeggen dat ik intelligent ben, maar ik ben misschien iets hoger dan gemiddeld. Dan moet je niet aankomen met een folder die je voor gaat lezen, want die heb ik allang gelezen.'
9	6	'Ik heb zelf ook wel eens een paar keer in het ziekenhuis gelegen en dan komt zo`n dokter op je af en die vraagt 'gaat het goed?' dan zeg je ja en dan lopen ze weer door. Ja dat kan ook moeilijk anders, je kan bij zo`n ronde moeilijk bij iedere patiënt een uur gaan praten, maar soms dan komt het heel onpersoonlijk over. En soms dus ook heel persoonlijk.'

Analyseschema 22: Waardering *Eigen regie*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	3	'Dat komt omdat ik het zelf heel belangrijk vindt dat mensen het leven kunnen leiden dat zij willen. Of dat nu in gezondheid of ziekte is dat maakt niet uit. Dus op het moment dat de zorg zo ingericht wordt dat de patiënten dat zelf kunnen invullen dan vind ik dat heel belangrijk.'
2	8	'Dat je het zelf in handen hebt, dat je zelf kunt omgaan met je eigen gezondheidstoestand en de verbetering hiervan. Ja, dat heb ik wel graag. Ik zeg niet dat ik het altijd doe, maar ik heb wel eigen regie.'
3	4	'Het gaat mij niet primair om de eigen regie, het gaat mij erom dat ik de informatie heb en dat ik weet wat er gebeurt. En dat doe je door in principe voor een deel zelf de regie te voeren.'
4	13	'… ik blijf van mening dat de behandelaar het meeste verstand heeft van de zorg en dat die in eerste instantie de touwtjes in handen moet hebben. Patiënt mag daar zeker wel in sturen en heeft daar zeker een belangrijke stem in. (…) Maar de professional heeft er het meeste verstand van dus ik denk dat die enigszins het initiatief moet nemen.
5	10	'Ja, stel je voor een patiënt heeft eigen medicatie bij zich en die is gewend om zijn eigen medicijnen mee te nemen dan vind ik het belangrijker dat hij daar de eigen regie over houdt. Dat stukje zorg vind ik dan belangrijker.'
6	10	'De mensen in de zorg hebben er niet voor niks jarenlang voor gestudeerd dus dan vind ik dat als die zorgverlener respect voor je heeft en kijkt naar wat het beste bij jou past dan vind ik niet per se dat jij moet bepalen wanneer jij welke therapie gaat volgen. (…) Maar als de kwaliteit goed is dan heb je eigen regie niet nodig lijkt mij.'
7	8	'Hij moet zijn eigen leven weer in de hand zien te krijgen, hij moet zelf weer zien te gaan functioneren ik denk dat Eigen regie dan komt in dit traject.'
8	6	'Nou op een gegeven moment… ehm, als ik naar mijn verleden kijk: die leidende rol, eigen keuzes heb je in feite niet zo erg. Dat

		wil je ook niet zo erg hebben. Je komt in een soort molen terecht en dan moeten er dingen. (…) Ja, dat is wel vervelend, want je hebt een afspraak en het is 'hup, andere afspraak'.'
9	7	'Maar ja, wat is eigen regie? Je kan niet zeggen van 'haal mijn been maar niet eraf' of 'haal mijn andere been er maar af'. Je moet mondig zijn, dat is een ding dat zeker is. (…) Nou soms heb je daar geen eigen regie in. Als je je been hebt gebroken dan krijg je gewoon gips en dan is je regie of je rood of blauw gips om je been heen neemt. Maar verder niks. Dus het moet wel, maar die valt eigenlijk onder Communicatie en transparantie. Als dat daar goed gaat dan komt die eigen regie eigenlijk vanzelf naar voren toe.'

Analyseschema 23: Waardering *Respect*

Respondent	**Rangschikking in volgorde van belangrijkheid**	**Toelichting**
1	8	'Ik ben het er wel mee eens dat het goed is dat die dingen geregeld zijn, maar respect heeft voor mij weinig te maken met de zorg. Dat zijn meer normen en waarden. (…) Dus als je geen respect voor iemand hebt, dan kun je nog wel goed je beroep doen.'
2	3	'Kwaliteit is de inhoud van de zorg en Communicatie is hoe je de boodschap overbrengt en daar horen Respect en Gelijkwaardigheid bij en die leiden dan tot Menselijke zorg.'
3	11	'Respect en Menselijke zorg zit een beetje in elkaars verlengde. Want je kan aandacht krijgen van iemand, maar dat diegene je dan geen respect geeft. Bijvoorbeeld een arts die twee benen heeft afgezet in plaats van één.. Nou daar heb je dan geen respect meer voor. Maar dan kan die nog steeds wel aardig zijn voor je.'
4	7	'Ja, ik denk dat het heel belangrijk is dat met name de zorgverlener respect heeft voor de patiënt zelf als mens.'
5	4	'Nouja, kijk in die communicatie komt een stukje respect terug. (…)De eigenwaarde dondert in elkaar op het moment dat je geen respect meer hebt voor de mensen met wie je bezig bent. Die voelen zich gelijk aan de kant gezet. Dat zijn gelijk dingen geworden in plaats van mensen. Dus Respect is terdege wel belangrijk.'
6	2	'Ik vind dat je daar rekening mee moet houden als arts of als zorgverlener. Dat je daar niet zomaar aan voorbij kunt gaan. Anders krijg je dat de arts beslist wat er gebeurt alleen maar om van je af te kunnen: 'als ik die oplossing geef, dan ben ik klaar'. Maar je moet wel kijken of diegene zich daar ook in kan vinden.'
7	6	'Net zo goed als Respect daarbij hoort. Want een zorgverlener kan zijn van een andere cultuur en een autochtoon kan ook bij een allochtoon komen, maar je moet altijd respect hebben voor hoe iemand het wil. Het hoort allemaal bij elkaar.'
8	1	'Wat bij mij echt een sleutelwoord is geweest, is Respect. 'De patiënt wordt als een gelijkwaardig mens gezien en er wordt geduldig naar hem geluisterd.'(…) Ik zie mijzelf ook als een heel compleet persoon en ik werd in het ziekenhuis continue alleen als 'linkerborst' behandeld en niet als mens..'
9	8	'Respect is dat je niet de baas speelt, dat je respect voor de ander hebt en met hem praat zonder dat je je wil oplegt.'

Analyseschema 24: Waardering *Persoonlijke ontwikkeling*

Respondent	Rangschikking in volgorde van belangrijkheid	Toelichting
1	7	'Die persoonlijke ontwikkeling staat voor mij namelijk wel voor dat je beter uit je ziekte komt en dat je beter met je leven kan doorgaan. Wat de zorg er dan precies mee doet was me even onduidelijk, maar dat zet ik dan nu boven Respect nu ik dit weet.'
2	10	'Ik vind dat dit uit jezelf moet komen en niet uit de zorg. Als ik naar die omschrijving kijk dan is het iets wat ik wel veel tegenkom in mijn leven, maar tegelijkertijd vind ik 'aan het ziek zijn betekenis kunnen geven in hun leven' een vrij boute uitspraak.'
3	8	'Stel dat je behandelt ben en er blijft toch een restprobleem over dan moet je toch leren om daarmee om te gaan. Dan kan je dit wel aan de voorkant zetten dat het belangrijk is, maar dit komt natuurlijk pas op het moment dat je uitbehandeld bent of dat de behandeling niet verder kan.'
4	11	'Ja, die lijkt een beetje op Onafhankelijkheid, maar ik denk dat Persoonlijke ontwikkeling dat dat toch ook iets is dat op een gegeven moment niet meer onder de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen valt. Dat is een beetje iets voor de patiënt.'
5	9	'Ehm… 'Het sterker uit een ziekteproces kunnen komen en betekenis kunnen geven aan…' ja niet iedereen kan dat. Je kunt aan de organisatie van een ziekenhuis niet zoveel veranderen dat iedereen er sterker uitkomt helaas. Dat zou je misschien wel willen maar dan zou je nog per afdeling een blik verpleegkundigen moeten opentrekken, een man of vier erbij allemaal omdat proces te kunnen waarborgen en dat kan gewoon niet.'
6	9	'Ziek worden daar kies je niet voor en dan is het gewoon fijn als die ziekte opgelost wordt, maar niet dat je er nou direct heel veel beter van wordt. Ik vind dan toch dat je dat apart moet zien. (…) Ja, die hoeft nou ook weer niet helemaal prominent terug te komen in de zorg. Je wordt sterker van alles wat je meemaakt of juist niet, dat weet ik niet.'
7	11	'Ja, dat is natuurlijk een stuk moeilijker als iemand chronische leukemie heeft ofzo… Dan is het heel moeilijk. (…) Als een patiënt wel beter is, denk dan even aan oudere mensen, die hebben dan iets achter de rug en mentaal kunnen ze daar sterker uitkomen en dat kan ze een boost geven om het leven weer op te pakken en een soort herstart of doorstart te maken.'
8	10	'Persoonlijke ontwikkeling is iets wat je zelf moet doen. Het is er wel, maar daar hoef je niet in begeleid te worden denk ik, daar heeft de zorg geen rol in. Dat is iets wat je zelf of met je partner doet.'
9	11	'Ja ik vind het een beetje bla ba. (…) Nouja het kan natuurlijk in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling. Een patiënt kan er sterker uitkomen en een patiënt kan er zwakker uitkomen. Ik weet niet in hoeverre er in de zorg tijd is om aandacht aan de ontwikkeling te besteden.'

Analyseschema 25: Volgorde waarden in de zorg van respondent 1

Waarde in de zorg	Samenvatting toelichting respondent
Kwaliteit	De kwaliteit van de zorg is het allerbelangrijkste en vormt de essentie van de zorg: zorg moet mensen beter maken. Alle waarden die onder Kwaliteit staan, vallen voor mij eigenlijk onder de kwaliteit van de zorg.

Onafhankelijkheid	Ik vind het verder belangrijk dat mensen zo veel mogelijk alles zelf kunnen doen, dus vandaar dat Onafhankelijkheid en Eigen regie bovenin staan. Als er een andere invulling van de ziekte plaatsvindt, dan moet je via zorg op maat dit kunnen opvangen. Individugericht lijkt hierop maar is iets minder belangrijk. Daar gaat het om persoonlijke aandacht, dat is minder belangrijk dan de zorg zelf. Communicatie en transparantie kan als het goed wordt ingevuld heel stressverlichtend werken, maar draagt niet direct bij tot het genezingsproces, dus die waarde staat wat lager. Persoonlijke ontwikkeling is een mooi fenomeen als het mogelijk is. Respect is wel belangrijk om te hebben in het algemeen, maar niet noodzakelijk binnen de zorg. Op Menselijke zorg en Gelijkwaardigheid zitten mensen naar mijn mening helemaal niet te wachten in de zorg. Met de waarde Totaalbeeld kan ik niks, ik vind het een rare formulering.
Eigen regie	
Zorg op maat	
Individugericht	
Communicatie en transparantie	
Persoonlijke ontwikkeling	
Respect	
Menselijke zorg	
Gelijkwaardigheid	
Totaalbeeld	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

Analyseschema 26: Volgorde waarden in de zorg van respondent 2

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Kwaliteit	Er moet gewoon begonnen worden met een goede inhoud. Want je wilt beter worden, daar begint het mee. Ik wil als medebelanghebbende duidelijk weten wat er met me aan de hand is en dat dit op een heldere manier uitgelegd. Vandaar dat communicatie belangrijk is. Kwaliteit is de inhoud van de zorg en Communicatie is hoe je de boodschap overbrengt en daar horen Respect en Gelijkwaardigheid bij en die leiden dan tot Menselijke zorg. Persoonlijke aandacht geven aan de patiënt is een mooi streven. In de praktijk gebeurt het niet altijd, maar het geven van persoonlijke aandacht aan de unieke persoon in zijn eigen situatie dat is een mooi doel. Je kunt alleen maar Eigen regie toepassen als je onafhankelijk bent. Dat is een oorzaakgevolgrelatie. Het zijn beide belangrijke factoren in de zorg. Ik wil ook graag zelf de zaken in handen houden.
Communicatie en transparantie	
Respect	
Gelijkwaardigheid	
Menselijke zorg	
Individugericht	
Onafhankelijkheid	
Eigen regie	

Zorg op maat	Zorg op maat is goed als het kan, maar het kan denk ik niet altijd. Ik vind het belangrijker als er naar de ziekte wordt gekeken en als dat kwalitatief goed bestreden wordt. Persoonlijke ontwikkeling moet uit jezelf komen en niet uit de zorg. Met het totaalbeeld kan ik niks. Ik wil gewoon goed geholpen worden en hoe ze er dan naar kijken maakt me niet uit. Eigenlijk zou dit in de waarde Kwaliteit opgesloten moeten zitten.
Persoonlijke ontwikkeling	
Totaalbeeld	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

Analyseschema 27: Volgorde waarden in de zorg van respondent 3

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Kwaliteit	Het gaat er uiteindelijk om dat je gezond wordt en de kwaliteit van de zorg is dan het allerbelangrijkste. De communicatie moet goed zijn zodat je goed geïnformeerd bent en weet of je met de juiste arts in zee gaat. Dat geeft rust. Inhoud van zorg/medicijn is de informatie die je voor het gesprek met de arts verzamelt. Zo krijg je een goed beeld van de hele situatie en kun je de waarde Eigen regie daaronder waarborgen. Het gaat mij dan ook niet primair om de eigen regie, het gaat mij erom dat ik de informatie heb en dat ik weet wat er gebeurt. En dat doe je door in principe voor een deel zelf de regie te voeren. Gelijkwaardigheid is belangrijk in de zin dat de arts mij gelijkwaardig behandelt als iemand die recht heeft op informatie. Dat de arts mij eerlijke antwoorden geeft op mijn vragen. Maar de arts moet altijd de beslissing nemen als de voorbereidende fase voorbij is, want hij heeft de expertise. Zorg op maat betekent simpelweg dat de arts er het beste voor mij uithaalt qua zorg. Onafhankelijkheid past daar een beetje bij omdat die zorg erop gericht moet zijn dat ik weer zo goed mogelijk functioneer. Individugericht, dat je zaken aantrekkelijker maakt voor de patiënt, vind ik minder belangrijk dan de waarborging van de kwaliteit van de zorg. Wat betreft Persoonlijke ontwikkeling: dat komt pas aan het einde van het proces en dat vind ik daarom ook minder belangrijk. Respect en Menselijke zorg passen wel bij elkaar. Het ene is puur respect tonen naar iemand toe, het andere aandacht geven aan de persoon. Ik vind beide minder belangrijk dan Kwaliteit, dat staat bij mij voorop. Bij Totaalbeeld is het probleem vaak dat er in de zorg keuzes gemaakt moeten worden, waardoor het ene meer aandacht krijgt dan het andere. Alles op elkaar afstemmen is dan denk ik niet mogelijk.
Communicatie en transparantie	
Inhoud van zorg/medicijn	
Eigen regie	
Gelijkwaardigheid	
Arts de LEAD	
Zorg op maat	
Onafhankelijkheid	
Individugericht	
Persoonlijke ontwikkeling	
Respect	
Menselijke zorg	
Totaalbeeld	

Analyseschema 28: Volgorde waarden in de zorg van respondent 4

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Betaalbaarheid	Je kan wel van alles willen in de zorg, maar je moet er wel geld voor hebben. Daarom is Betaalbaarheid het belangrijkste. Totaalbeeld is daarna het belangrijkste omdat je alles binnen de zorg moet overzien. Als je dingen mist dan gaat dat ten koste van de kwaliteit. Daarna is Kwaliteit het belangrijkste. Dat bepaalt namelijk of jouw gezondheidsprobleem effectief wordt opgelost of niet. Effectiviteit sluit daarop aan voor mij.
Totaalbeeld	
Kwaliteit	

Effectiviteit	Menselijke zorg is dat de zorg geen machine wordt. Mensen blijven altijd mensen en dat moet in de zorg ook niet uit het oog verloren worden. Op het moment dat de communicatie en transparantie goed is, haal je heel veel onzekerheid weg en onzekerheid is een groot probleem als je ziek bent. Respect voor de patiënt als mens is heel belangrijk. Dus dat er normaal met mensen wordt omgegaan. Zorg op maat en Individugericht lijken op elkaar. Zorg op maat is meer in effect en Individugericht meer in aandacht. Daarom is Zorg op maat belangrijker voor mij. Individugericht is mooi als het kan, maar het moet niet ten koste gaan van de effectiviteit als je met weinig personeel zit. Onafhankelijkheid is goed als het kan, maar mensen moet het wel willen én kunnen. Persoonlijke ontwikkeling lijkt hierop, al is dit ook iets wat ik meer onder de verantwoording van de patiënt vind vallen en niet van de zorg. Gelijkwaardigheid is in die zin goed dat de behandelaars niet belangrijker zijn dan de patiënten, maar zij moeten zich wel beiden realiseren dat de arts de expert is. Daarom staat Eigen regie ook onderaan: de patiënt mag wel een stem hebben en sturing geven, maar de behandelaar is en blijft degene die wat mij betreft de touwtjes in handen houdt.
Menselijke zorg	
Communicatie en transparantie	
Respect	
Zorg op maat	
Individugericht	
Onafhankelijkheid	
Persoonlijke ontwikkeling	
Gelijkwaardigheid	
Eigen regie	

Analyseschema 29: Volgorde waarden in de zorg van respondent 5

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Kwaliteit	Eigenlijk zijn alle waarden die hieronder staan heel belangrijk. Maar ik heb ze toch op volgorde gelegd voor dit interview. Kwaliteit staat voor mij op één omdat dat het product is dat je levert en de patiënt heeft gewoon recht op de hoogste kwaliteit zorg. Zorg op maat hoort daar eigenlijk helemaal bij: dat je goed kunt inzoomen op het probleem. Zeker op de intensive care waar ik werk. Dat is gewoon onderdeel van de werkwijze. Communicatie en transparantie is ook heel belangrijk hier op de intensive care. Als we niet transparant zijn en aangeven wat we doen dan zijn we gewoon fout bezig. Respect heeft ook veel te maken met zowel Communicatie en transparantie als Totaalbeeld. Je moet met respect naar de patiënt toe aangeven wat wel en niet mogelijk is. En je hebt natuurlijk te maken met de ethisch zieken. We zijn wel individueel gericht maar soms kan dat niet. Wij zijn in het slechtste voorbeeld bijna verplicht om te zeggen bij iemand die niet meer vooruit komt 'we stoppen met de behandeling'. Dat gaat net iets boven het individueel gerichte. Als wij op medische gronden een bepaalde behandeling moeten stoppen, dan zullen we dat doen. Er is vanuit basisprincipe gelijkwaardigheid tussen patiënt en behandelaar als mens, maar wij nemen de beslissingen. Wij hebben die kwaliteit. Op deze afdeling is onafhankelijkheid moeilijk te realiseren. Net als bij Eigen regie zijn dit dingen die we toelaten als het mogelijk is, maar vaak pas kunnen terugleggen bij de mensen als het wat beter met ze gaat. Maar dat maakt ze niet onbelangrijk. Persoonlijke ontwikkeling is niet bij iedereen mogelijk. En je kunt aan de organisatie binnen het ziekenhuis ook niet veel veranderen om dat mogelijk te maken. Menselijke zorg is het minst belangrijk. Op de intensive care is het allerbelangrijkste dat de mensen snel weer opknappen, al doen we natuurlijk wel ons best om de
Zorg op maat	
Communicatie en transparantie	
Respect	
Totaalbeeld	
Individugericht	
Gelijkwaardigheid	
Onafhankelijkheid	
Persoonlijke ontwikkeling	
Eigen regie	
Menselijke zorg	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

	patiënt aandacht te geven waar dat nodig is.

Analyseschema 30: Volgorde waarden in de zorg van respondent 6

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Kwaliteit	Kwaliteit is het belangrijkste omdat dat het hoofddoel is van de zorg: beter worden. Respect is belangrijk omdat je als arts ook moet kijken of de persoon die je behandelt het eens is met de behandeling. Die heeft daar geen leidende rol in, maar moet wel gehoord en serieus genomen worden. Communicatie en transparantie zijn ook heel belangrijk. Je wilt weten waar je aan toe bent. Ik wil gewoon helder hebben wat er gebeurt en waarom het gebeurt. Het is mijn leven. Onafhankelijkheid is voor mij belangrijk omdat je later zoveel mogelijk zelf je eigen leven kan leiden. Dat zorg een bijzaak is om dat mogelijk te maken. Totaalbeeld is ook belangrijk omdat je anders alleen maar naar de symptomen kijkt en niet naar het hele beeld. Soms komen klachten niet door een fysieke oorzaak. Zorg op maat sluit daarop aan. Dat je naar alles kijkt en dan een behandeling geeft die op dat hele beeld gericht is. Individugericht is een beetje hetzelfde als Zorg op maat, alleen gaat dat wat dieper. Dat hoeft van mij niet zo. De arts is er niet om mijn hele leven door te spitten. Menselijke zorg komt daaronder. Als de arts naar jou als persoon kijkt en je zorg op maat aanbiedt, is dat in feite ook menselijke zorg. Beter uit een ziekteproces komen is niet iedereen gegeven. Ik vind dat je dat los moet zien van de zorg. Je kiest er namelijk niet voor om ziek te worden. Eigen regie heb je niet nodig als de kwaliteit goed is. Behandelaars hebben niet voor niks jarenlang gestudeerd. Hoe de rollen zijn qua gelijkwaardigheid vind ik niet zo belangrijk. Ik heb niet zoveel met autoriteit.
Respect	
Communicatie en transparantie	
Onafhankelijkheid	
Totaalbeeld	
Zorg op maat	
Individugericht	
Menselijke zorg	
Persoonlijke ontwikkeling	
Eigen regie	
Gelijkwaardigheid	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

Analyseschema 31: Volgorde waarden in de zorg van respondent 7

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Individugericht	Ik vind eigenlijk alles heel belangrijk. Veel waarden grijpen ook in elkaar. Ieder mens is uniek, ieder persoon is uniek, iedere patiënt is uniek, dus iedereen moet die aandacht krijgen en die zorg die aansluit bij zijn eigen behoeften. Daarom is Individugericht het belangrijkste. Zorg op maat is ook belangrijk, die hoort eigenlijk bij Individugericht. De zorg moet aansluiten op de behoeften van de patiënt. Kwaliteit komt daarna. Ik vind dat de zorg honderd procent moet zijn. Je hoort wel eens dat mensen te duur worden als ze oud zijn en zorg nodig hebben. Dat vind ik heel erg. Menselijke zorg komt daarna. Aandacht is heel belangrijk en ik weet wel dat de zorgverlener niet altijd even veel tijd heeft om mensen hun verhaal aan te horen, maar toch is dat heel belangrijk. Er moet ook altijd gelijkwaardigheid zijn tussen de patiënt en de behandelaar. De dokter mag nooit belangrijker dan de patiënt en de patiënt is niet belangrijker dan de dokter. Gelijk moet het zijn, gelijkwaardigheid. Respect hoort daar ook bij. Je
Zorg op maat	
Kwaliteit	
Menselijke zorg	
Gelijkwaardigheid	
Respect	
Totaalbeeld	
Eigen regie	
Onafhankelijkheid	

Communicatie en transparantie	moet altijd respect hebben voor hoe iemand het wil. Totaalbeeld is ook heel belangrijk omdat lichaam, ziel en vitaliteit allemaal invloed op elkaar hebben. Eigen regie is voor mij dat de patiënt zijn eigen leven weer in de hand krijgt. Onafhankelijkheid hoort daarbij. Het is toch de bedoeling dat je na de zorg weer zo lang mogelijk in je eigen woonsituatie kan blijven leven. Over Communicatie en transparantie: er moet openheid zijn! Je moet mensen met een bepaalde ziekte een stukje duidelijkheid bieden. Persoonlijke ontwikkeling kan goed als iemand weer helemaal herstelt. Bij mensen met een chronische ziekte vind ik dit verhaal een stuk lastiger. Dat hulp van naasten hoort bij mijn levensopvatting, hoort bij de levensopvatting van veel meer mensen. Hulp aan naasten en van naasten is gewoon een onderdeel van hoe je functioneert als mens. Dat moet gewoon.
Persoonlijke ontwikkeling	
Hulp van naasten	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

Analyseschema 32: Volgorde waarden in de zorg van respondent 8

Waarde in de zorg	**Samenvatting toelichting respondent**
Respect	Respect is bij mijn ziekenhuisopname echt een sleutelwoord geweest. Ik werd als aandoening behandeld en niet als de complete persoon die ik ben. Dat vond ik heel erg. Ook het Totaalbeeld ontbrak tijdens mijn behandeling. Voor mijn omgeving was het heel confronterend om te horen dat ik ziek was. Maar daar werd helemaal niet naar gevraagd. Communicatie en transparantie zijn belangrijk omdat je echt de mogelijkheden qua behandeling wilt weten. De arts moet open zijn. Individugericht is dat je ook kijkt naar wie je voor je hebt. Dat heeft ook te maken met Totaalbeeld vind ik. Dat stukje professionele aandacht is belangrijk voor mij. Ik vind dat Menselijke zorg daar ook een beetje bij hoort, maar ik heb niks met dat stukje 'meevoelen met de patiënt en verplaatsen in de patiënt'. Binnen de zorg heb je eigenlijk geen eigen regie. Dat is heel vervelend want je komt in een molen terecht waar je van de ene naar de andere afspraak gaat. Onafhankelijkheid vind ik niet zo belangrijk. Die bevorder ik gewoon zelf. Zorg op maat is wel belangrijk, dat je die zorg krijgt die je nodig hebt. Maar bij mij was dat niet echt van toepassing. Ik had een standaardaandoening met een standaardbehandeling. Kwaliteit heb ik lager staan omdat dat voor mij echt een vanzelfsprekendheid is. Dat is een randvoorwaarde waaraan de zorg gewoon aan moet voldoen. Als dit niet zo is dan is er wel iets heel erg mis in de zorg. Persoonlijke ontwikkeling komt daaronder. Dat is iets wat je zelf moet doen of met je partner. Daar heeft de zorg geen rol in vind ik. Gelijkwaardigheid hoeft van mij niet. Als er maar respect is. Voor de rest hoef ik niet op een gelijkwaardig niveau behandeld te worden.
Totaalbeeld	
Communicatie en transparantie	
Individugericht	
Menselijke zorg	
Eigen regie	
Onafhankelijkheid	
Zorg op maat	
Kwaliteit	
Persoonlijke ontwikkeling	
Gelijkwaardigheid	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

Analyseschema 33: Volgorde waarden in de zorg van respondent 9

Waarde in de zorg	Samenvatting toelichting respondent
Kwaliteit	Ik vind Kwaliteit heel belangrijk. Van Kwaliteit hangt af of ze je goed kunnen helpen, de juiste instrumenten hebben, de juiste mensen hebben, de juiste apparatuur hebben en op de juiste manier met mensen omgaan. Al die dingen; Menselijke zorg, Zorg op maat, Individugericht… Dat valt allemaal onder Kwaliteit. Dan komen daaronder Totaalbeeld en Communicatie en transparantie. De communicatie is erg belangrijk omdat je compleet beeld krijgt van wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden. Zo kun je mensen ook gerust stellen. En voordat je dat weet en kan communiceren heb je eerst een totaalbeeld van de situatie nodig. Menselijke zorg en Zorg op maat sluiten op elkaar aan. Menselijke zorg is voor mij dat je met de mensen blijft praten en dat je ze dus informeert. Zorg op maat komt daarna, dat is de uitvoering. Individugericht lijkt op Menselijke zorg. Dat is dat de behandelaar ook de tijd neemt om met zijn patiënten te praten. Eigen regie kan niet altijd in de zorg denk ik. Je moet wel mondig zijn, maar dat valt eigenlijk onder Communicatie en transparantie. Daar heb je ook zelf een rol in. Respect is dat je niet de baas speelt, dat je respect voor de ander hebt en met hem praat zonder dat je jouw wil oplegt. Dat is altijd belangrijk. Gelijkwaardigheid heeft daar mee te maken. Behandelaren moeten gelijkwaardig met je praten en niet zeggen ik zeg het dus het moet maar gebeuren'. Onafhankelijkheid staat wat lager omdat dit het einde van het proces is. Als je behandeld bent dan moet je dus onafhankelijk kunnen functioneren als het even kan. Het zou wel fijn zijn als je onafhankelijk verder kon leven. Persoonlijke ontwikkeling vind ik een beetje bla bla. Het is wel mogelijk, maar ik vraag me af in hoeverre er in de zorg tijd is om aandacht aan de ontwikkeling te besteden.
Totaalbeeld	
Communicatie en transparantie	
Menselijke zorg	
Zorg op maat	
Individugericht	
Eigen regie	
Respect	
Gelijkwaardigheid	
Onafhankelijkheid	
Persoonlijke ontwikkeling	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	
(Leeg kaartje niet ingevuld)	

Analyseschema 34: Eigen toegevoegde antwoorden respondent card sorting waarden in de zorg

Respondent	Toegevoegde antwoordoptie van respondent	Rangschikking toegevoegde waarde in de zorg	Toelichting
1	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
2	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
3	Arts de LEAD	6	'Ja, de arts bepaalt uiteindelijk wel wat er gebeurt als het aan mij ligt. Je bent dan uiteindelijk door de voorbereidende fase heen. Dan moet je op een gegeven moment actief iets gaan doen. Dan ga je naar het behandelplan toe. Dan heeft de arts de leiding. Hij weet toch uiteindelijk het beste wat er moet gebeuren.'
	Inhoud van zorg/medicijn	3	'Dat is zeg maar de informatie die je van tevoren via het internet allemaal bij elkaar scharrelt. Die neem je dan bij Communicatie en transparantie ook mee met het gesprek met de artsen. (…) Je wilt toch een beeld van de hele situatie hebben. Op bijvoorbeeld patiëntenfora wordt daar

			gecommuniceerd over individuele ervaringen van mensen en andere rubrieken die tussen aanhalingstekens objectieve informatie geven.'
4	Betaalbaarheid	1	'Want als het niet betaalbaar is dan vallen alle andere mogelijkheden gelijk weg. (…) Als je dat naar de zorg vertaalt, dan betekent dat dat je alle behandelingen kan willen maar dat je ze pas uit kan voeren als er geld voor is. Dus al het onderliggende in deze rij van kaartjes is geldafhankelijk.'
	Effectiviteit	4	De zorg verbetert de gezondheid van mensen. Op het moment dat je naar een ziekenhuis gaat en je wordt niet beter dan valt het ziekenhuis denk ik nog meer tegen dan wanneer je een hele nare arts hebt die ontzettend onaangenaam is maar die je wel beter maakt. Ik heb liever een arts die mij helemaal uitkaffert en me vervolgens iets voorschrijft waardoor ik beter wordt dan wanneer het een onwijs aardige gozer is die niks zinnigs te zeggen heeft.
5	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
6	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
7	Hulp van naasten	12	Ja die vind ik heel belangrijk! Ik heb daar samen met nog iemand van de kerk constant mee te maken. Dat hulp van naasten hoort bij mijn levensopvatting, hoort bij de levensopvatting van veel meer mensen. Hulp aan naasten en van naasten is gewoon een onderdeel van hoe je functioneert als mens. Dat moet gewoon. Geen mens kan het alleen doen, je hebt hulp van naasten nodig.
8	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
9	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

Bijlage XVIII: Analyseschema's topic 3

Analyseschema 35: Waardering benaderingswijze *Via Facebook*

Respondent	Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden	Toelichting
1	Zeker niet op deze manier benaderen	'Ik vind het medium niks, maar ik wil ook geen zorg gerelateerde informatie ontvangen via een social mediakanaal. Dat is een beetje ongemakkelijk, dat hoeft niet zo van mij.'
2	Zeker niet op deze manier benaderen	'Het is sowieso een open verhaal en zo doe je dat niet met zorg gerelateerde zaken. Ik wil zaken die met de zorg te maken hebben niet open en bloot gecommuniceerd hebben.'
3	Zeker niet op deze manier benaderen	'Als het dan om specifieke dingen gaat vind ik Facebook sowieso een heel slecht medium, omdat daar ook gewoon de mensen meelezen die daar misschien wel helemaal niet over geïnformeerd over hoeven te worden.'
4	Zeker niet op deze manier benaderen (specifieke informatie)/ Liever op deze manier benaderen (algemene informatie)	'Privacygevoelige informatie wil ik niet via Facebook overgebracht krijgen. Maar op het moment dat het algemene dingetjes zijn en het niet persoonsgebonden zou zijn dan denk ik dat het een prima manier is.'
5	Zeker niet op deze manier benaderen	'Nou ik zou Facebook niet gebruiken want dat is een heel kortstondig medium en daarin speelt het risico mee dat anderen over je schouder mee kijken en daarin inzicht hebben in de zorg die jij nodig hebt, lijkt me heel ongewenst.'
6	Liever niet op deze manier benaderen	'Op Facebook zie je meer reclame voorbij komen en gezellige kletspraatjes van wat ze nou weer die dag beleefd hebben. Dan vind ik het niet echt passend om het daarbij te doen.'
7	Zeker niet op deze manier benaderen (zieke mensen)/ Liever niet op deze manier benaderen (gezonde mensen)	' Nou Facebook valt voor mij af dat gaat voor mij nergens over.'
8	Liever niet op deze manier benaderen	'Omdat het voor mij geen meerwaarde biedt. Dat je dan beter via de digitale nieuwsbrief ofzo kan doen. Want via Facebook krijg ik misschien ook reacties van anderen te lezen enzo en daar heb ik verder helemaal geen behoefte aan. Het gaat erom hoe ze mij benaderen'
9	Zeker niet op deze manier benaderen	'Ik weet niet of Facebook de privacy waarborgt, maar ik heb zelf Facebook en elke keer als ik een berichtje krijg dan kan de hele wereld meelezen. Dus dat vind ik niet heel erg veel privacy geven.'

Analyseschema 36: Waardering benaderingswijze *Via een specifieke website*

Respondent	Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden	Toelichting
1	Liever op deze manier benaderen	'Omdat je dan zelf de controle hebt of je het wil vinden of niet. Met een specifieke website kun je zelf zeggen 'ik ga daar en daar naartoe'. Dan kies je er zelf voor.'
2	Neutraal	'…tegenwoordig gaat alles digitaal en via die websites en die websites kan je benaderen en anoniem benaderen. Zo kun je informatie tot je nemen. Maar meestal is die informatie ook niet altijd zo goed, dus ja ik heb altijd liever gesprekken met mensen. Persoonlijk contact.'
3	Zeker op deze manier benaderen	'En bij een specifieke website heb je dan als voordeel dat je daar zelf kan bepalen, binnen hetgene dat aangeboden wordt, wat je daarvan meeneemt. Wat dan bij een specifieke website dan ook wel belangrijk is, is dat die specifieke website op een beheerste en gecontroleerde manier tot stand komt.'
4	Zeker op deze manier benaderen	'Nou dat lijkt me een prima manier. Dan kun je gewoon lekker die informatie opzoeken zonder aan tijd gebonden te zijn.'
5	Liever op deze manier benaderen	'Ik vind de huidige manier waarmee mensen hun informatie kunnen krijgen en ik zelf ook, via specifieke website, om informatie te winnen van een bepaalde zorgaanbieder heel belangrijk.'
6	Zeker op deze manier benaderen	'Als je ergens informatie voor nodig hebt dan heb je toch dokter.nl ofzo? Maar via een website lijkt me wel handig dat je dan ook weet waar je terecht kan als je bepaalde vragen hebt. Dat je dan niet per se een dokter hoeft te bellen. Je zit al heel vaak op internet dus effetjes naar die website googelen is dan wel handig.'
7	Zeker niet op deze manier benaderen (zieke mensen)/ Liever niet op deze manier benaderen (gezonde mensen)	' Mensen die ziek zijn ook niet via een specifieke website.'
8	Liever op deze manier benaderen	'Nou daar staat alle informatie op die je nodig hebt denk ik en alle andere informatie staat daar niet op. (…) Ik zit bijvoorbeeld bij een borstkliniek die hebben een speciale website en daar staan alle personen die je nodig hebt of tegenkomt, alle behandelingen enzovoort. Ik vind dat wel prettig.'
9	Neutraal	' Of je nou een brief krijgt of een speciale website… Kijk als je een speciale website hebt, dan zal het niet zo zijn dat ze zeggen 'je moet morgen komen'. Dus dat is dan alleen voor algemene informatie en daarvoor ga ik er wel eens heen. Dan kan je zeggen 'ik ga kijken' of 'ik ga niet kijken'.'

Analyseschema 37: Waardering benaderingswijze *Door middel van informatieve folders*

Respondent	Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden	Toelichting
1	Neutraal	'Ik vind dat die folders er moeten zijn, puur voor de mensen die daar interesse voor hebben, maar zelf lees ik het nooit.'
2	Liever op deze manier benaderen	'Een brief vind ik dan toch wat persoonlijks en een folder is dat minder. Folders zijn vaak ook wat algemener gesteld.'
3	Neutraal	'Die folders die moeten er zijn, je moet als je daar behoefte aan hebt wat kunnen pakken. Maar het probleem is dat die folders altijd alleen maar op een bepaalde plaatsen liggen. Maar ik vind dat dat soort zaken die in die folder staan, ook gewoon op die specifieke website moeten staan.'
4	Neutraal	'Ik ga die folders meestal denk ik niet lezen. (…) Op het moment dat het op mij van toepassing zou zijn zou ik er misschien wel eens een keertje één meenemen. Maar het doet me niet zoveel.'
5	Zeker op deze manier benaderen	'Ik vind daarnaast de folders in de informatievoorziening bij huisartsen en bij ziekenhuizen ook heel belangrijk. Wij delen zelf ook heel veel folders uit dat je dan heel gericht mensen die folder kan geven die bij dat ziektebeeld of die zorgvraag past. Je kunt heel gericht informatie geven. Mensen kunnen het dan rustig doorlezen en zijn niet afhankelijk van een beeldscherm op dat moment.'
6	Zeker op deze manier benaderen	'Informatieve folders in de wachtkamer. Nouja, dan zit je toch niets te doen en je kan het dan later nog even nalezen dus dat is zeker wel handig.'
7	Liever op deze manier benaderen (zieke mensen) /Zeker op deze manier benaderen (gezonde mensen)	' Wel informatie in het ziekenhuis, maar dat gebeurt dus al in de wachtkamer van een huisarts of het ziekenhuis. Dat kan wel. Dat is dan met die folders.'
8	Liever niet op deze manier benaderen	'Nee, die lees ik liever niet nee. Folders vind ik een beetje achterhaald. Dat lees ik niet, dat lees ik niet meer.'
9	Neutraal	'Ja dat vind ik prima. Je pikt de folders eruit je belangrijk vindt in het ziekenhuis, dat doe ik nog steeds, of in de apotheek en die lees ik dan. Wat ik belangrijk vind dat pik ik mee dan. Of dat krijg je soms aangeboden.'

Analyseschema 38: Waardering benaderingswijze *Via een digitale nieuwsbrief*

Respondent	Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden	Toelichting
1	Liever niet op deze manier benaderen	'Maar ik vind het zelf irritant als je van die nieuwsbrieven krijgt. Ik vind het prettig om zelf dingen op te zoeken. Dus als ik iets wil weten dan zoek ik het wel op.'
2	Neutraal	'Een digitale nieuwsbrief vind ik dan toch wat onpersoonlijker en een folder is dat minder.'

3	Zeker niet op deze manier benaderen (algemene informatie/ Zeker op deze manier benaderen (specifieke informatie)	'Die digitale nieuwsbrief is een beetje hetzelfde probleem. Algemene informatie daar heb je natuurlijk niet zoveel aan. Want ik ga geen nieuwsbrief lezen omdat ik iets wil lezen. Ik ga die nieuwsbrief lezen omdat ik wil weten waarin ik in geïnteresseerd ben.'
4	Liever niet op deze manier benaderen (algemene informatie)/ Zeker op deze manier benaderen (specifieke informatie)	'Als het om specifieke informatie gaat, van een probleem dat je zou kunnen hebben dan denk ik dat dat heel goed is en dat ik graag op die manier benaderd zou worden. Bij algemene informatie liever niet, maar ik vind het ook niet zo heel erg.'
5	Neutraal	'Dan moet je eigenlijk wel aangemeld zijn bij een zorginstelling voor die nieuwsbrief en dat is eigenlijk wel voor een groep mensen die bij een patiëntenvereniging horen. Dan is een digitale nieuwsbrief interessant, want dan krijg je gerichte informatie, verzamelde informatie, gecomprimeerde informatie over een bepaald onderwerp.'
6	Liever niet op deze manier benaderen	'Nou nee, doe maar niet. Ik vind nieuwsbrieven altijd heel erg irritant. Dus liever niet denk ik.'
7	Zeker niet op deze manier benaderen (zieke mensen) /Zeker op deze manier benaderen (gezonde mensen)	' Via een digitale nieuwsbrief ook niet.' 'Als iemand gezond is maar bepaalde vragen heeft over iets, dat kan ook voor een ander iemand zijn, dan zou dat heel goed via een nieuwsbrief kunnen zijn. Hij zou zich daarop kunnen abonneren bij een dokter of een ziekenhuis.'
8	Liever op deze manier benaderen	'Die website is vrij statisch. Die informatie staat daarop en daar verandert nooit wat aan en juist die dingen die wel veranderen enzo die staan dan in de digitale nieuwsbrief. Die kun je zo verspreiden. (…) Nieuwe ontwikkelingen bijvoorbeeld.'
9	Liever op deze manier benaderen	'Het staat niet op papier, je kunt het opslaan, ander papier dat gooi je weg. Ik vind het een prima systeem.'

Analyseschema 39: Waardering benaderingswijze *Via de post*

Respondent	**Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden**	**Toelichting**
1	Neutraal	'Ik sta er wel neutraal tegenover hoor. Ik zeg ook niet dat het slecht is, maar ik denk dat het geen nut heeft. Ik zou het niet erg vinden als ze het doen. Maar ik zou het wel weg gooien.'
2	Zeker op deze manier benaderen	'Die vormen (via de post en via een persoonlijk gesprek) van communicatie vind ik het prettigst. Als het niet anders kan val ik terug op websites en digitale nieuwsbrieven.'

3	Liever wel op deze manier benaderen (specifieke informatie per mail)	Ik zet erbij 'mail' omdat je mail eigenlijk je elektronische postbus is. Maar dat is dan echt specifiek op jou gericht. Ik ga er dan vanuit dat het gaat om post over dat specifieke traject waar je in zit.
4	Zeker niet op deze manier benaderen	'Ja, wederom als het onspecifieke informatie is dan absoluut niet. Dat vind ik ook nog eens een keertje milieuverspilling (…) Als het specifieke informatie is dan… Ja, dan snap ik niet waarom ze het niet gewoon digitaal naar me toesturen want ik heb een e-mailadres.'
5	Liever op deze manier benaderen	'…nogmaals wanneer er iets gebeurt of afspraken gemaakt moeten worden en je mensen dan ook weer heel gericht tegelijk weer met die specifieke website informatie kan versturen dan zijn mensen even weer gefocust op dit gaat er gebeuren. Een folder nemen ze bij zich en geeft ook een stukje houvast. Dus dat geeft duidelijk een stukje structuur.'
6	Zeker op deze manier benaderen	'Ik ben wel van de post. Gewoon lekker ouderwets. Dan kun je het nog eens nalezen. Nieuwsbrieven daar krijg je er ook al zoveel van en dan moet je eerst weer inloggen op je mail en al die onzin.'
7	Zeker niet op deze manier benaderen (zieke mensen) /Liever niet op deze manier benaderen (gezonde mensen)	' De post vervalt voor mij eigenlijk gewoon dat is eigenlijk hetzelfde als op Facebook: je krijgt dan een mededeling op schrift en anders krijg je het op je scherm…'
8	Liever op deze manier benaderen	'Ja persoonlijk is dat. Echt persoonlijk. Bijvoorbeeld een uitnodiging is er bij mij per post gekomen voor een thema-avond. Dat had ook via de digitale nieuwsbrief gekund, maar dan maak je het echt heel persoonlijk.'
9	Neutraal	'Nouja, dat zou via de post kunnen, dat zou via de telefoon kunnen en het zou via de mail kunnen… (…) Nee, dat maakt me niet uit.'

Analyseschema 40: Waardering benaderingswijze *Via een speciale mobiele app*

Respondent	**Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden**	**Toelichting**
1	Neutraal	'…dan zou ik toch liever een app hebben die als het ware een versimpelde versie van die website is. Dat je dus zelf heel makkelijk via de app info kan opzoeken. Niet dat ik via een app nieuws binnenkrijg.'
2	Zeker niet op deze manier benaderen	'Met een mobiele app heb ik ook helemaal niets, daar zet ik bij 'Zeker niet op deze manier benaderen''.
3	Zeker niet op deze manier benaderen (algemene informatie/ Liever op deze manier benaderen (specifieke	'Voor die app geldt voor mij hetzelfde. Als het een app is met algemene informatie dan zeg ik 'Zeker niet op deze manier benaderen' en voor een specifieke 'Liever op deze manier benaderen'.'

	informatie)	
4	Neutraal (algemene informatie)/ Zeker op deze manier benaderen (specifieke informatie)	‘Als het specifieke informatie is dan lijkt me dat perfect. Als het algemene informatie is… Hartstikke leuk voor ze maar dat hoef ik niet. Dus dan installeer ik hem niet.’
5	Neutraal	‘Ik denk dat dat wel de toekomst is aan de ene kant, dat apps sowieso een enorme mogelijkheid geeft. Kijk ik naar de oudere generatie, kijk ik naar de grootste groep patiënten die we op dit moment hebben, dat is tussen de 60 en de 90, dan is dat nog niet van toepassing. Dus dat is nu nog ‘Neutraal’ dat zal in de toekomst nog wel veranderen.’
6	Neutraal	‘Ja, ik gebruik niet zo heel veel apps en ik gebruik sowieso al niet zo heel veel van de zorg. Stel dat je nou veel van de zorg zou gebruiken, dan is het misschien handig om zo`n app op je mobiel te hebben zodat je kan kijken wat dat dan is, voor de informatie.’
7	Zeker niet op deze manier benaderen (zieke mensen) /Liever niet op deze manier benaderen (gezonde mensen)	‘Via een speciale mobiele app ook niet, dat vind ik zo onpersoonlijk.’
8	Liever op deze manier benaderen	‘Ja, dat vind ik ook juist weer die eigen keuze daarin… Dat je het nog niet hoeft te openen als je er geen zin in hebt en ook zou het handig zijn bij afspraken bijvoorbeeld om dat via de app af te spreken.’
9	Zeker niet op deze manier benaderen	‘Nee, dan heb ik gewoon liever een mailtje dat ik kan beantwoorden ofzo. Een mail heb ik dan veel liever.’

Analyseschema 41: Toegevoegde antwoorden respondenten benaderingswijzen van zorginstellingen

Respondent	**Toegevoegde antwoordoptie van respondent**	**Antwoord in hoeverre respondent zo benaderd wil worden**	**Toelichting**
1	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
2	Mondeling gesprek	Zeker op deze manier benaderen	‘Ja, ik houd erg van gesprekken. (…)Als ik naar een zorginstelling moet voor een behandeling dan ga je eerst naar de dokter en dan daar vragen ‘wat gebeurd er met me?’ daar denk ik dan aan. Dan zal je misschien ook wel een folder meekrijgen, maar ik wil toch wel weten wat dan de context is.’
3	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
4	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

5	Informatie-uren binnen de zorginstelling	Zeker op deze manier benaderen	Wat hier in het ziekenhuis wel gebeurt en dan denk ik eventjes aan de poli verloskunde en ook aan andere systemen is dat je patiëntengroepen uitnodigt in je ziekenhuis. Dus dat je een soort informatieavonden of informatie-uren houdt waar mensen in het pand komen kijken naar de zorg die jij biedt. En wij hebben laatst een open dag gehad en daar kwamen vijfduizend mensen op af in vier uur tijd. Dus dat is waanzinnig hot om mensen binnen je eigen toko uit te nodigen, hetzij door gerichte patiëntengroepen uit te nodigen of door een algemene open dag te houden maar er is heel veel behoefte aan dat soort informatie. (…)Dus je moet een hele lage, een low-barrier hebben. In de dierentuin hebben ze dat met glas en lage muurtjes gedaan, maar zo moet je dat bij ziekenhuizen ook doen. Gewoon een heel low-profile, dat je ook patiëntengroepen kunt uitnodigen binnen de muren. Als je daarin slaagt, dan heb je ze gewonnen zeg maar. Dan heb je klantenbinding, natuurlijk is dat klantenbinding. Maar dat is wel een manier om drempelverlagend te werken.
6	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
7	Persoonlijk gesprek met een partner	Zeker op deze manier benaderen	‘Voor mij is een persoonlijk gesprek altijd het belangrijkste.’
8	Telefonisch	Neutraal	‘Ja ik wil niet al te negatief zijn. Ze doen natuurlijk wel hun best, maar je wordt een soort overvallen door zo`n telefoontje; je verwacht het niet. Je weet niet wanneer ze gaan bellen en ik ben een aantal keer gebeld tijdens mijn werk en dat is dan niet handig.’
9	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

Analyseschema 42: Ideale benaderingswijze van zorginstellingen voor de respondent

Respondent	**Ideale benaderingswijze van zorginstellingen**	**Toelichting**
1	Een informatieve mobiele app waarop de respondent zelf zorg gerelateerde informatie kan opzoeken	‘Ik denk dat het makkelijkste zou zijn om een programma te hebben dat volledige informatie geeft. Dat datgene wat jij zoekt, dat daar uitgebreide informatie over te vinden is. De medische wereld is ook niet altijd even simpel voor mensen die er geen verstand van hebben. Dus dan wil ik wel heel veel achtergrondinformatie hebben. Het makkelijkste zou dan denk ik zijn om een soort van encyclopedie-achtige indeling te hebben. Dat je op bepaalde categorieën kan zoeken. Bijvoorbeeld geneesmiddelen en geneeswijzen. En dat je daar dan een alfabetische lijst met alle soorten binnen krijgt. Dan kun je daarna worden doorgestuurd worden naar een website waar de informatie opstaat die jij zoekt. Dus uiteindelijk wordt je dan wel doorgelinkt, maar dat geeft op zich helemaal niet. Ik denk dat dat het beste is. Eerst die app waar je op kunt zoeken en dan uiteindelijk de specifieke webpagina met de informatie. (…) Dan zou ik het allerliefste die app willen, maar dan wat ik zei: over dat opzoeken. Er zijn misschien soms situaties waarbij

		je niet per se een pc bij de hand hebt en een app werkt ook over het algemeen wel iets makkelijker dan een website bezoeken op je telefoon. Die app is een kwestie van aanklikken en dan ben je er.'
2	Een persoonlijke brief met een uitnodiging om daar persoonlijk over door te praten	'Gewoon dat ze weten dat je daar en daar mee zit en wij bieden dan dat en dat aan en het volgende is dan mogelijk en wij zouden daar graag met u van gedachten over wisselen. Of: 'Wij nodigen u uit voor een informeel gesprek op een informatieavond' of zoiets.'
3	Een specifieke website met vraag gestuurde informatie	'Die website daar zou ik een terminal nemen die via het internet naar een database gaat. Bij die database zitten dan de artsen en andere deskundigen die de database invullen. Dan is het mooie dat die database vraag gestuurd is opgebouwd. Dan heb je dus een database met beperkte informatie die wordt ingevuld door artsen en deskundigen. En dat je dan op basis van vragen de antwoorden geeft. Dat is dus één op één vraag en antwoord. Een andere invulling is dat je per project of thema informatie invult. Dat je dan geen antwoorden krijgt op vragen maar dat gewoon alles per thema er instaat. Dan heb je dus één vraag maar je krijgt meerdere informatiestukjes.'
4	Een mobiele app die in te stellen is op specifieke ziektebeelden van de gebruiker	'Dan denk ik dat zo`n mobiele app een hele goede is en dat je die in kunt stellen op ziektebeelden of op dingen die op jou van toepassing zijn. Vervolgens moet je er wel een beveiliging op doen. Al is het maar een driecijferige code ofzo om er even binnen te komen op het moment dat je je mobiel kwijtraakt en mensen weten van wie die mobiel is of als mensen voor de lol eens even in je mobiel gaan kijken dat ze geen privacygevoelige informatie te zien krijgen. Dus daar moet wel een beveiliging opzitten, maar vervolgens maak je een lijstje met dingen of laat je mensen iets invullen van wat ze hebben of waar ze last van hebben en dat als daar informatie over is je daar een berichtje van krijgt. Een soort alertservice als er nieuws is over een gebied in de zorg waar je geïnteresseerd in bent. Ik denk dat zo`n mobiele app dan het mooiste is wat er is.'
5	Een specifieke website of via huis-aan-huiskrantjes	'Ik denk dat de website op dit moment nog het beste instrument is. Als je het hebt over een specifieke website dan hè. Want dat is dus de truc: in zo`n huis-aan-huiskrant kun je dingen wel benaderen maar dan kun je niet specifiek zijn. Dan geef je algemene informatie over het ziekenhuis. Dan kun je algemene dingen promoten en zeggen dat je bepaalde dingen in zo`n ziekenhuis kunt doen, maar als je het hebt over een specifiek onderwerp dan zoom je al in op een stukje specifieke kennis.'
6	Een specifieke website met algemene informatie over ziekteverschijnselen, medicijnen en andere zorg gerelateerde zaken	'Ik denk dat ik de website het handigste vind. Dan heb je geen oud papier in huis dat je dat weer op moet zoeken en dat je dat weer kwijt bent. Daarom is een website wel handig. (…) Informatie over medicijnen ofzo. Informatie over wat je het beste kan doen bij bepaalde klachten. Je moet natuurlijk ook niet krijgen dat als je ergens een pijntje hebt dat je dan gelijk de engste dingen te horen krijgt en dat je dan opeens doodziek blijkt te zijn terwijl het best wel meevalt omdat je bijvoorbeeld alleen maar spierpijn hebt. Daar moet je dan wel weer mee oppassen natuurlijk. Ik denk dat het wel handig is, want dat zag ik pas op een website, dat je hier en hier en hier last van kan hebben. Dat dat de klachten zijn, maar neem wel contact op met een dokter als je het zeker wilt weten.'
7	Een persoonlijk gesprek met de hulpverlener	'Ja, voor mij is persoonlijk contact het allerbelangrijkste. Alleen zieke mensen die kan je vast na een gesprek met een hulpverlener of zorgverlener een folder meegeven. (…)Zo'n

	waarbij een partner van de patiënt aanwezig is voor zieken en een digitale nieuwsbrief voor gezonde mensen	gesprek moet je altijd hebben met een partner. Ja, partner van de patiënt. Dat kan z`n vader of moeder zijn, vader-zoon, moeder-zoon, man-vrouw, man-man, vrouw-vrouw; het is maar net hoe die relaties zijn. Maar altijd iemand erbij, dat is heel belangrijk. Want die patiënt kan door zijn emoties bevangen misschien niet meer goed horen hoe het moet en dan is er altijd een ander bij die dat opvangt. Een soort chaperonne die oplet.' 'Dat is afhankelijk van de behoefte van iemand. Als iemand gezond is maar bepaalde vragen heeft over iets, dat kan ook voor een ander iemand zijn, dan zou dat heel goed via een nieuwsbrief kunnen zijn. Hij zou zich daarop kunnen abonneren bij een dokter of een ziekenhuis en dat kan dan ook nog via folders, maar mensen hebben tegenwoordig allemaal computers. Dus via een nieuwsbrief of eventueel via folders dat zijn voor mij de manieren. (…) Die folder of nieuwsbrief staat dan gevuld met informatie die antwoord geeft op de vragen die geabonneerden via een website aan die instelling stellen'
8	Een digitale nieuwsbrief met informatie over afspraken van de patiënt en aankomende behandelingen voor de patiënt	'Ik denk dan de digitale nieuwsbrief. Ik denk dat ik dat het prettigst vind. Dan zou ik bijvoorbeeld wekelijks een nieuwsbrief willen ontvangen van het ziekenhuis of van de Borstkliniek in dit geval, waarin mijn afspraken staan en informatie over de behandeling en dat soort dingen.'
9	Een digitale nieuwsbrief met nieuwe informatie over een bepaald onderwerp	'Een nieuwsbrief hè, dus dat is alleen maar met nieuwtjes. Dus niet met een diagnose of iets dergelijks. Dus ja dan kun je denken aan de nieuwsbrief van DSVP, van Landal of van de Hema. Noem maar op. Dus met nieuwe informatie of informatie van dit onderwerp. Als het gaat om een zorginstelling dan kan ik me voorstellen dat je niet elke week een nieuwsbrief uitstuurt. Dus per kwartaal of twee keer per jaar of iets dergelijks. Want ja, hoe vaak kan je nieuws hebben?'

Bijlage XIX: Verbatimverslag interview respondent 1

Geslacht respondent: man

Iter: Zojuist heb ik u in het kort uitgelegd waar ik onderzoek naar doe. Ik zou nu graag beginnen met het interview. Als eerste wil ik u vragen hoe oud u bent.

Itee: Zeg maar 'je' hoor. Ik ben 25.

Iter: Prima, dan wil ik je als tweede vragen of je op dit moment gebruik maakt van zorg. Als dit het geval is, zou je dan ook kunnen aangeven welke zorg dat is?

Itee: Ik ben gelukkig gezond op dit moment. Dus ik maak momenteel geen gebruik van zorg. Als ik ziek ben of geblesseerd ofzo dan ga ik gewoon naar de huisarts. Voor de rest heb ik mijn leven ook bijna niet te maken gehad met andere vormen van zorg.

Iter: Oké. Dan wil ik nu graag meteen door naar de kern van het interview. Om dit goed in te leiden lees ik de introductie en de instructies even hardop voor. Dit doe ik om ervoor te zorgen dat alles goed duidelijk is.

Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef je straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan jou is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor jou. Het belangrijkste kaartje mag je bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan jou is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat jouw beweegredenen zijn.

Dan begin ik met het eerste kaartje. De waarden op het kaartje zijn in het Engels. Dit komt omdat een foutieve vertaling van de waarde op het kaartje zou kunnen leiden tot andere uitkomsten van het onderzoek. Ik begin met Self-transendence. Onder deze waarde valt accepteren van anderen en dat je bezorgd bent om het welzijn van de mensen om je heen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Hierna komt Self-enhancement. Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen
[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Conservation: Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En als laatste van de vier algemene waarden komt Openness to change: Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Je mag nu best even hardop nadenken en de kaartjes van plek verwisselen voordat je ze op de definitieve volgorde legt en antwoord geeft. Neem je tijd.

Itee: Oké, nou dat kaartje met macht hebben over anderen en eigen successen dat is me eigenlijk een beetje vreemd. Die gaat meteen onderaan, dat weet ik nu al. Dat is voor mij echt het minst belangrijke

[denkt even na]

Ik vind de waarde Conservation ook niet heel interessant. Dus die leg ik wat lager neer. Ik doe het dan zo. Ik vind het welzijn van de mensen om me heen heel belangrijk. Eigenlijk meer dan mijn eigen welzijn omdat als het welzijn van de mensen om mij heen goed is, dan heb ik het idee dat mijn welzijn of mijn geluk ook beter is. Dat is voor mij dus belangrijk.

Zelfstandig hoe ik de dingen aanpak daar hou ik sowieso heel erg van. Mogelijke veranderingen in mijn leefstijl daar houd ik mijn ogen ook voor open. Zo nu en dan verander ik ook dingen. Zo heb ik een tijdje geleden goed op mijn eetpatroon gelet en dat ook wat aangepast.

Mijn eigen behoeften onderdrukken om de situatie hetzelfde te houden is ook niet echt van toepassing, maar die andere waarde is nog minder van toepassing.

Dat hebben van macht hebben over anderen dat spreekt mij helemaal niet aan. Dat hebben van eigen succes, ja oké daar kan ik me wel iets bij indenken. Maar dat macht hebben over anderen dat vind ik helemaal niks.

Iter: Waarom spreekt dat macht hebben over anderen je niet aan? Er zijn mensen die het wel fijn vinden en er zijn mensen die het niet fijn vinden. Waarom is het voor jou niet fijn?

Itee: Ik vind dat het woordje macht hier een negatieve lading heeft. Je kan boven iemand staan en iemand aansturen of begeleiden. Maar echt macht hebben over iemand vind ik een heel negatieve lading hebben. Mensen die echt macht hebben over anderen dat vind ik te ver gaan. Ik wil dat mensen hun eigen ding kunnen doen, hun eigen gedachtes kunnen hebben en hun eigen plan kunnen volgen. Als ik daar macht over heb dan vind ik dat helemaal niks.

Iter: Ik hoorde je net zeggen dat je ook zelf iets heb aangepast in je eigen eetpatroon. Waar komt dat uit voort?

Itee: Dat is wel grappig. [lacht even kort] Mijn ouders zijn gescheiden en de nieuwe vriendin van mijn vader leeft heel gezond en let heel goed op wat ze allemaal eet en drinkt ook van die gezonde sapjes. Dat laatste doe ik dan niet. Maar ze heeft wel altijd tips over de voeding en daar luister ik dan wel eens naar en dat neem ik dan wel eens mee.

Iter: Dus als andere mensen jou dingen aanraden of tips geven dan neem je dat wel van hen aan?

Itee: Ja. Ja zeker.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Self-transcendence bovenaan, daaronder Openness to change, daarna Conservation en als laatste Self-enhancement]

Iter: Ik hoorde je net al zeggen dat de waarde Conservation niet goed bij je paste. Waar komt dat uit voort?

Itee: Nou, dat komt omdat voor mij de situatie niet hetzelfde hoeft te blijven. Kijk het is ook wat ik net zeg over dat eetpatroon. Wat mij betreft veranderen er ook dingen. Ik ga niet mijn behoeften onderdrukken om ook andere situaties hetzelfde te houden. Dat past gewoon niet bij mij. Die tweede waarde [Openness to change] , dat je ook zelf dingen aanpakt, dat ligt ook een beetje in lijn met veranderingen. Dat past dan ook niet bij die andere. Dat heb ik gewoon niet zo.

Iter: Wil je er verder nog iets over kwijt?

Itee: Nee, dit is wel een beetje hoe ik er tegenover sta.

Iter: Oké, dan gaan we door met het interview. Ik ga het volgende onderdeel weer even inleiden.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat je precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga je straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan je uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kun je opschrijven welke waarden, die voor jou belangrijk zijn in de zorg, je nog mist. Als je alle dertien de kaartjes op tafel hebt liggen, wil ik je vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat jij belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden leg je weer bovenaan, de minst belangrijke waarden leg je onderaan. Ik wil je vragen of je tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in je denkprocessen. Als je alle kaartjes op volgorde hebt liggen, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Ik heb als eerste de waarde Respect voor je. De zorgverlener heeft respect voor de patiënt en de patiënt wordt als gelijkwaardig mens gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Daarna heb ik de waarde Eigen regie. De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in zijn gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de waarde Individugericht. Persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn eigen situatie.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Persoonlijke ontwikkeling: ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Gaan we door met Menselijke zorg: de zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt met de patiënt mee.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Communicatie en transparantie: De zorgverlening geeft een compleet beeld, is duidelijk naar de patiënt toe en geeft eerlijk aan wat er speelt en wat mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Onafhankelijkheid: de zorg is erop gericht om de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn eigen leven te laten leiden. De zorgverlener doet er alles aan om de patiënt zo lang mogelijk de regie in eigen handen te laten houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Gelijkwaardigheid gaat over de gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Zorg op maat: De patiënt ontvangt zorg die speciaal voor hem op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Totaalbeeld: In de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En het laatste kaartje dat ingevuld is: Kwaliteit. Dat is dat de zorgverlening patiënten een duurzame behandeling biedt. De behandelingen zijn veilig, hebben nauwelijks bijwerkingen en zijn effectief.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier voor je nog twee lege kaartjes waar je de waarden die eventueel nog mist op zou kunnen schrijven.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: Oké, ik vind het eigenlijk al vrij uitgebreid, dus we gaan het zien of ik die lege kaartjes nodig heb.

[Denkt even na]

Ik heb helemaal bovenaan Kwaliteit staan. Dat is voor mij het allerbelangrijkste en dat is ook echt voor mij de essentie van wat de zorgverlening is en wat er ook onder staat aan waarden. Dus die heb ik dan ook bovenaan staan. Die is in mijn ogen echt het belangrijkste.

Daaronder heb ik de waarden Onafhankelijkheid en Eigen regie. Dat komt omdat ik het zelf heel belangrijk vindt dat mensen het leven kunnen leiden dat zij willen. Of dat nu in gezondheid of ziekte is dat maakt niet uit. Dus op het moment dat de zorg zo ingericht wordt dat de patiënten dat zelf kunnen invullen dan vind ik dat heel belangrijk. Want sommige mensen zijn natuurlijk langdurig ziek of chronisch ziek. Als zij dan hun leven zoveel mogelijk zelf kunnen invullen hoe zij dat willen dan is dat voor mij heel belangrijk. Het voegt niet direct iets toe aan de zorg misschien. Misschien ook wel trouwens, dat weet ik niet. Maar dat vind ik in ieder geval heel belangrijk.

Als vierde heb ik Zorg op maat staan. Want ondanks dat ziekten in boeken heel goed beschreven zijn en vaak hetzelfde zijn, is het bij sommigen mensen zo dat bij hen de situatie toch anders is. En de behoeften zijn dan ook anders. Ik vind dat dit ook onder Kwaliteit al een beetje staat, maar als je dan een andere invulling van die ziekte tegenkomt, moet je ook je kunnen aanpassen aan die situatie en de behandeling daarop afstemmen. In die zin is Zorg op maat ook gelieerd aan de waarde Kwaliteit.

Individugericht, op plek vijf, ligt daar eigenlijk mee in lijn. Dat is voor mij bijna hetzelfde denk ik.

Daaronder staat Communicatie en transparantie op nummer zes. Dat heeft niet direct met zorg te maken denk ik, maar het is wel belangrijk dat het goed gaat. Iemand die ik goed ken heeft kanker gehad, is daar gelukkig ook van genezen, maar die had heel veel stress omdat ze niet goed wist wat er ging gebeuren en wat haar kansen waren. Ze wist niet waar ze aan toe was. Ik denk dat als de communicatie goed is, dat dit heel veel stress weg kan halen en dat dit voor de gezondheid ook beter is.

Daaronder heb ik Respect staan. Ik ben het ermee eens dat dit heel belangrijk is, maar ik denk dat het niet per se leidend is voor de kwaliteit in de zorg. Dus die heb ik op nummer zeven staan.

Persoonlijke ontwikkeling heb ik daaronder staan. Nogmaals, ik ben het ermee eens net als hierboven, maar ondanks dat ik het ermee eens ben heb ik hem niet bovenaan staan. Het is wat mij betreft toch ondergeschikt aan de kwaliteit van de zorg en kwaliteit van het leven.

Dan heb ik daarna Menselijke zorg. Dat er wordt meegeleefd met patiënt, tja. Ik kan me voorstellen dat dit prettig is voor mensen maar ik heb toch liever dat bovenstaande waarden goed geregeld zijn.

Gelijkwaardigheid, tja.. Daar ben ik het ook wel mee eens hoor. Maar dat is ook niet heel boeiend. Het gaat mij toch in de eerste plaats om de kwaliteit van de geleverde zorg.

Totaalbeeld: dat er wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit.. Dat gaat mij ook te ver. Ik heb liever dat er gewoon goed naar me wordt gekeken. Ik wil niet denigrerend doen, dus ik zeg het volgende tussen aanhalingstekens, maar ik heb er een beetje een zweverig gevoel bij. Ik heb daar helemaal niks mee. [zwijgt even]
Als iemand ziek is, dan moet daar gewoon goed naar gekeken worden. Als al het bovenstaande wat we net hebben genoemd goed loopt, dan zorgen we ervoor dat mensen een gezond en gelukkig leven leiden. Wat betreft dan die relatie tussen lichaam, vitaliteit en ziel.. Ja, nee dat vind ik een beetje onzin.

Iter: Vat ik het goed samen als ik zeg dat van alle waarden in de zorg je Kwaliteit het allerbelangrijkste vindt en dat Eigen regie, Onafhankelijkheid en Zorg op maat daar een beetje onder valt?
Itee: Dat klopt ja.

Iter: Daaronder heb je Individugericht staan en die vond je een beetje hetzelfde als Zorg op maat zei je?

Itee: Ja, inderdaad.

Iter: Wat is dan de reden dat je toch Zorg op maat boven Individugericht hebt neergelegd?

Itee: Omdat het bij Zorg op maat over de patiënt gaat en dat die zorg voor hem of haar op maat gemaakt is. Daaronder gaat het over professionele en persoonlijke aandacht in zijn situatie of omgeving. En ik vind zorg op maat, dus dat die zorg op hem gericht is ietsje belangrijker dan dat je zegt dat je aandacht hebt voor die persoon in zijn situatie of zijn omgeving. Ik vind dan het beter maken wel wat belangrijker, maar het ligt voor mij wel in dezelfde lijn.

Iter: Volgens mij had je een beetje hetzelfde bij Onafhankelijkheid en Eigen regie, de nummers 2 en 3, die je ook een beetje hetzelfde vond.

Itee: Ja.

Iter: Kun je dan ook hierbij aangeven waarom je Onafhankelijkheid op nummer twee hebt gezet en Eigen regie op drie en niet andersom?

Itee: Dat komt eigenlijk een beetje door de tekst zelf. Bij Onafhankelijkheid staat omschreven dat de zorg erop gericht is om de patiënt zo lang mogelijk zijn leven onafhankelijk te laten leiden. Dat sluit aan bij het verhaal dat ik eerder vertelde dat ik het heel belangrijk vindt dat mensen hun eigen leven kunnen leiden zoals zij dit willen. Dat staat hierbij letterlijk beschreven en dat spreekt mij heel erg aan. Dat verhaal van Eigen regie dat gaat dan wat meer in op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de rol die hij of zij speelt in het eigen genezingsproces. Dat is ook belangrijk, maar puur door de tekst vindt ik het stuk over Onafhankelijkheid belangrijker.

Iter: Op nummer zes heb je Communicatie en transparantie staan. Die staat onder Individugericht en de andere kaartjes. Je zei dat je het goed vind dat dit goed geregeld is, maar dat je liever hebt dat de kwaliteit goed op orde is. Kun je aangeven waarom dat zo is?

Itee: Ja, want in mijn ogen is de essentie van zorg dat je iemand die kampt met een ziekte, dat je die probeert te genezen. De reden daarvoor is dat hij of zij dan zijn eigen leven kan leiden zoals hij dat wil. Dat is voor mij de essentie van zorg. Als iets daartoe kan bijdragen dan is dat belangrijk. Communicatie en transparantie kan wat mij betreft heel stressverlichtend werken, dus als het goed loopt draagt dit wel bij aan de goede gezondheid van die persoon. Maar het is niet direct in lijn met de genezing van die ziekte. En die waarden die ik daar boven heb staan doen dit in mijn ogen wel.

Iter: Onder Communicatie en transparantie heb je de waarde Respect staan. Wat is eigenlijk het verschil, in jou ogen, tussen Communicatie en transparantie en Respect? Wat is de reden dat de een hoger staat dan de ander?

Itee: Ehm, het verschil is dat je bij respect gewoon iedereen hetzelfde behandelt. Dat je gewoon hetzelfde doet tegen iedereen, ook al komt er iemand binnen waarbij je zoiets hebt van ‘ik weet het niet’.

Iter: Wat bedoel je daar precies mee? Met ‘ik weet het niet’

Itee: Als er iemand binnenkomt met een heleboel piercings, die onder de tatoeages zit en een hanenkam heeft of een heel lief vriendelijk omaatje. Als ze allebei dezelfde ziekte hebben dan moet je ze allebei met respect en hetzelfde behandelen. Ik moet eerlijk zeggen dat alle waarden die onder Communicatie en transparantie staan ik wat minder belangrijk vindt. Ik ben het er wel mee eens dat het goed is dat die dingen geregeld zijn, maar respect heeft voor mij weinig te maken met de zorg. Dat zijn meer normen en waarden. Dat is iets dat algemeen gewenst is; dat je respect hebt voor anderen. Het is altijd goed om respect te hebben. Maar als je geen respect hebt voor de patiënt dan wordt het wel heel klinisch. Ik denk alleen wel dat je ondanks dat wel gewoon de kwaliteit goed kan houden. Dus als je geen respect voor iemand hebt, dan kun je nog wel goed je beroep doen. Alleen voelt die persoon zich niet zo fijn daaronder. Als de arts niet naar jou luistert als patiënt zijnde dan baal je natuurlijk even. Maar als die arts daarna wel gewoon kwaliteit levert en jou goede zorg aanbiedt, dan is dat verder prima vind ik.

Iter: Daaronder heb je de waarde Persoonlijke ontwikkeling. Die vind je dus minder belangrijk dan de waarde Respect. Kun je aangeven waar dit uit voortvloeit?

Itee: Nogmaals ben ik het wel ermee eens dat dit een belangrijk fenomeen is, maar het gaat hier vooral om iets wat gebeurt tijdens het genezingsproces. Ik zie niet helemaal in wat de zorg hier in doet. Je maakt zo`n ontwikkeling door, oké. Maar wat doet de zorg daar dan mee?

Iter: Het achterliggende idee is dat de zorg je zou kunnen ondersteunen in het herkennen van het doormaken van dat proces en dat zij ook kunnen aangeven wat dit is en wat er dan gebeurt.

Itee: Ah, oké. Mag ik schuiven?

Iter: Natuurlijk.

Itee: Oké dan verwissel ik deze toch nog even met Respect. Dit vind ik dan toch wel iets belangrijker. Die persoonlijke ontwikkeling staat voor mij namelijk wel voor dat je beter uit je ziekte komt en dat je beter met je leven kan doorgaan. Wat de zorg er dan precies mee doet was me even onduidelijk, maar dat zet ik dan nu boven Respect nu ik dit weet.

[Respondent verwisselt de waarden Respect en Persoonlijke ontwikkeling]

Dat staat namelijk wel in lijn met de kwaliteit van leven vind ik.

Iter: Dan heb je daaronder Menselijke zorg staan. In verhouding met Respect en Menselijke zorg, waarom is Menselijke zorg dan minder belangrijk dan Respect voor jou?

Itee: Ik ben het er nogmaals mee eens dat dit ook belangrijk is hoor. Het is ook goed. Maar om met de patiënten mee te voelen en te verplaatsen in de situatie.. Ja, het is wel empathisch allemaal. Ik denk niet dat patiënten daar op zitten te wachten. Kijk respect is wel belangrijk. Als iemand geen respect voor je heeft vindt iedereen dat irritant. Meevoelen, tja.. Ik denk niet dat ze daar op zitten te wachten. Ik denk dat ze dat liever hebben van vrienden, familie en buren dan van zorgverleners. Die zijn er in mijn ogen voor om alle bovenstaande waarden uit te voeren. Die moeten gewoon zorgen dat ze beter worden en dat ze hun eigen leven kunnen leiden. Maar meevoelen vind ik daar niet onder passen.

Iter: Oké. Dan heb je daaronder Gelijkwaardigheid staan. Waarom staat die op deze plek?

Itee: Omdat voor mij nog iets verder gaat dan meevoelen. Gelijkwaardigheid tussen patiënt en behandelaar.. Nogmaals, daar zitten mensen denk ik niet op te wachten, daar geloof ik niet in. Je krijgt een bepaalde behandelaar toegewezen en die zijn nou eenmaal niet gelijkwaardig in de wereld van de zorg. De patiënten weten niet of bijna niet wat er aan de hand is of aan de gang is met ze. Behandelaars weten dat allemaal wel en die kunnen zich ook zo professioneel gedragen dat ze niet gelijkwaardig zijn aan de patiënt. Die heeft namelijk ook zijn emoties en heeft minder kennis van de zaken. De patiënt gaat dan veel meer op zijn emoties af en de behandelaar meer op de kennis die hij heeft over hoe hij de ziekte kan bestrijden.

Iter: In feite is wat jij zegt dan dat de gelijkwaardigheid er niet is omdat er een afstand is tussen de patiënt en de zorgverlener en dat dit goed is omdat de arts dan vanaf een afstandje kan kijken naar de ziekte en dan met logica en ratio een oplossing daarvoor probeert te vinden?

Itee: Precies ja. Dat een arts zo objectief mogelijk naar de situatie kijkt, maar daarbij wel rekening houdt met de situatie en de leefstijl van de patiënt zelf. Die denkt dan meer met ratio en kan daardoor beter beslissingen nemen en handelt daarom niet op een gelijkwaardig niveau met de patiënt. Ik heb hem niet helemaal onderaan staan, maar dit is wel mijn op een na laatste waarde.

Iter: Je leidt het eigenlijk zelf al een beetje in: de laatste waarde. Helemaal onderaan heb je Totaalbeeld staan. Kun je daar een toelichting bij geven?

Itee: Eigenlijk komt dat vooral door het woord ‘ziel’. Als daar gewoon had gestaan ‘vitaliteit en psychische gezondheid’ dan had ik het wel oké gevonden. Maar als er nu staat ‘lichaam, vitaliteit en ziel’ dan heb ik zoiets van.. Ja oké.. Daar kan ik niks mee. Waar staat dat woordje ‘ziel’ dan voor?

Iter: En als dat woordje ‘ziel’ er niet in zou staan, zou je hem dan hoger zetten of zou het dan nog steeds onderaan staan?

Itee: Nee, dan zou ik het hoger zetten. Dan is het in mijn ogen een soort feit en dan wordt er gekeken naar lichaam en vitaliteit in relatie tot ziekte en gezondheid. Dat verwacht ik wel van de zorg dat ze dat wel doen ja. Dan zou ik hem misschien een plaatsje hoger zetten denk ik. Dan zou Gelijkwaardigheid onder hebben gezet.

Iter: Ik zie dat je de twee lege kaartjes leeg hebt gelaten. Is daar een specifieke reden voor of ben je die vergeten?

Itee: Nee, het komt vooral omdat ik niks mis. Het is al vrij uitgebreid en ik zou persoonlijk eigenlijk niet weten wat ik er nou bij zou willen hebben als waarde. Die vier, vijf, eigenlijk zes bovenste kaartjes zijn het belangrijkste voor mij in de zorg. Dat is ook hoe ik er eigenlijk al wel over dacht in de zorg. Voor de rest heb ik eigenlijk niks meer toe te voegen.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Kwaliteit, Onafhankelijkheid, Eigen regie, Zorg op maat, Individugericht, Communicatie en transparantie, Persoonlijke ontwikkeling, Respect, Menselijke zorg, Gelijkwaardigheid en Totaalbeeld]

Iter: dan mag je als je wilt de kaartjes even aan de kant schuiven.
Ik heb hier een showcard met een aantal manieren waarop zorginstellingen je kunnen benaderen. Op deze kaart staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre je het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil je vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die je hebt gegeven. Mocht je zelf nog benaderingswijzen weten dan kun je die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

[Interviewer geeft de respondent de showcard]

Itee: Het gaat om benadering vanuit zorginstellingen en dan om algemene informatie neem ik aan?

Iter: Ja, dat klopt.

Itee: Oké, dan ga ik het even invullen.

Iter: Neem je tijd.

[De respondent vult de showcard in]

Itee: [lachend:] Als ik hem niet hetzelfde heb ingevuld als in de enquête dan sta ik nu voor paal.

Iter: Dat maakt helemaal niet uit hoor. Het gaat erom wat jij belangrijk vindt.
Ik begin gewoon bovenaan. Ik zie daar bij Facebook staan dat je zeker niet op die manier benaderd wil worden. Wat is daar de reden voor?

Itee: Nou dat is wel heel persoonlijk voor mij, maar dat komt vooral omdat ik zelf Facebook helemaal niet intensief gebruik. Alleen daarom al zou dat voor mij geen goed medium zijn. Ten tweede zou ik het ook niet willen. Want hoe zou ik dat moeten zien? Via een bericht of een post?

Iter: Dat heb ik expres open gelaten zodat iedereen dat zelf kan invullen, dus dat mag je zelf weten.

Itee: Ik vind het medium niks, maar ik wil ook geen zorg gerelateerde informatie ontvangen via een social mediakanaal. Dat is een beetje ongemakkelijk, dat hoeft niet zo van mij.

Iter: Dat is duidelijk. Daaronder staat de benaderingswijze ‘via een specifieke website’. Je hebt daar aangevinkt ‘Liever op deze manier benaderen’. Dat is dan ook meteen de benaderingswijze die je het meest positief hebt beoordeeld. Dus wel via een specifieke website maar niet via Facebook. Waarom wil je wel via de specifieke website benaderd worden?

Itee: Omdat je dan zelf de controle hebt of je het wil vinden of niet. Via Facebook dan heb je daar geen controle op omdat je dan een berichtje, een post of iets anders krijgt en je moet het ermee doen. Met een specifieke website kun je zelf zeggen ‘ik ga daar en daar naartoe’. Dan kies je er zelf voor. Dat is in mijn ogen de beste manier waarop je dat kunt doen. Want in mijn ogen is dat informatie die je alleen wilt hebben als je er ook geïnteresseerd in bent. Het is geen informatie die je wilt krijgen over een product dat je misschien wel leuk vindt. Het is informatie die je alleen wilt als het toepasselijk is voor jou.

Iter: Dus jij wilt die informatie kunnen ophalen als jij dat wilt, op het moment dat ik daar behoefte aan heb?

Itee: Ja. Want ik heb normaal gesproken geen behoefte aan die informatie als ik niet zelf of iemand in mijn omgeving daar mee te maken heeft. Dan interesseert het me gewoon niet.

Iter: Is het dan voor jou zo dat zolang je niet met zorg te maken hebt, je er niks over hoeft te horen?

Itee: [Weifelt even voordat hij wat zegt] Ik weet niet of het er onder valt, maar wat ik wel interessant vindt is, zijn nieuwe ontwikkelingen qua geneesmiddelen en geneesmethoden. Dat vind ik wel interessant. Maar dan

nog zoek ik het op. Dat wil ik niet binnen krijgen. Dat is wel leuk hoor, maar als ik zoiets wil weten dan ga ik er toch zelf naar zoeken.

Iter: Als jij die specifieke website zelf mocht invullen hoe dat in elkaar zou zitten, hoe zou je dat dan doen? Als jij voor jezelf de ideale website mocht creëren.

Itee: Dit gaat dan over zorg in brede zin? Dus eigenlijk alles?

Iter: Het gaat inderdaad over zorg in brede zin, dus niet alleen over geneesmiddelen of dat je een uitslag krijgt van het ziekenhuis.

Itee: Dan zou ik twee dingen belangrijk vinden. Eén is dat het heel makkelijk is om dingen op te zoeken. Dat de navigatie heel makkelijk is en goed werkt. Dus dat je makkelijk dat kunt opzoeken waar je geïnteresseerd in bent. Dat je heel makkelijk ziet wat je wilt zien. En twee is dat ik heel graag een soort forum of iets dergelijks willen hebben, waarin mensen een ervaring zouden kunnen delen. Ik heb er zelf niet zoveel ervaring mee, maar ik kan me voorstellen dat mensen die een ziekte hebben of iemand in hun omgeving kennen die een ziekte heeft, het fijn vinden om de persoonlijke ervaringen van anderen te kunnen lezen.

Iter: Dus de navigatie moet goed zijn zodat je kan vinden wat je wilt en je zou graag een patiëntenforum willen zien, waarop mensen hun gebruikerservaringen kunnen delen?

Itee: Ja, exact.

Iter: Dan gaan we door naar de benaderingswijze eronder. Daar staat ‘door middel van een informatieve folder’. Daar heb je ‘neutraal’ ingevuld.

Itee: Ja. Ik vind dat die folders er moeten zijn, puur voor de mensen die daar interesse voor hebben, maar zelf lees ik het nooit. Ik heb niet zo heel veel ervaringen met ziekenhuizen; slechts een aantal keer. En bij huisartsen ook een aantal keer geweest. Maar ik heb die folders nooit gelezen. Ik heb het idee dat het er ligt omdat het moet, misschien voor mensen die zijn geïnteresseerd of vanwege regelgeving. Maar ik denk dat het in deze eeuw zo is dat mensen in drie seconden op hun telefoon tien keer zoveel informatie kunnen opzoeken dan in zo`n foldertje. Dus het ligt daar meer voor het idee denk ik. Ik sta er daarom neutraal tegenover: leg het maar neer hoor, maar voor mij hoeft het niet per se.

Iter: Oké. Daaronder staat de benadering middels een digitale nieuwsbrief. Je zegt ‘liever niet op die manier benaderen’. Waarom?

Itee: Ik vind digitale nieuwsbrieven heel irritant. Ik snap dat het een nieuwe vorm is van ‘iets via de post versturen’ en als je het echt interessant vindt dan lees je het misschien wel. Ik weet ook niet wat de frequentie van zo`n nieuwsbrief zou zijn.

Iter: Gebruikelijk is vaak één keer per maand of eens in de twee weken.

Itee: Nouja, dan lees je het misschien één keer in het jaar als er iets interessants voor jou instaat. Maar ik vind het zelf irritant als je van die nieuwsbrieven krijgt. Ik vind het prettig om zelf dingen op te zoeken. Dus als ik iets wil weten dan zoek ik het wel op. Als mensen mij een mail sturen over iets nieuws dat in de medische wereld speelt, dan was ik dat zelf wel tegengekomen bij het zoeken naar dingen die ik interessant vindt. Dan heb ik geen zin in een mailbox die volstaat met allemaal nieuwsbrieven. Dus nee, liever niet.

Iter: Duidelijk. Dan hebben we nog de optie ‘via de post’. Daar sta je neutraal tegenover?

Itee: Ja, dat klopt ja. Ik sta daar een beetje hetzelfde in als bij die folders. Op het moment dat je te maken hebt met de zorg en daar dan af en toe nog een brief van krijgen, ja dan snap ik de gedachtegang. Ik denk alleen dat het geen zin heeft, want mensen zoeken alles op via internet. Zo`n brief is leuk en ze kijken er misschien een keer naar, maar als je twee keer zo`n brief hebt gekregen dan gooien ze het denk ik in de prullenbak. Beetje zonde van het papier denk. Ik snap dat ze het zouden sturen, maar ik denk niet dat het effect heeft.

Iter: Maar je zegt toch ‘ik sta hier neutraal tegenover’, terwijl je zelf zoiets hebt van dat het zonde van het papier is?

Itee: Ik sta er wel neutraal tegenover hoor. Ik zeg ook niet dat het slecht is, maar ik denk dat het geen nut heeft. Ik zou het niet erg vinden als ze het doen. Maar ik zou het wel weg gooien.
[lachend:] dus dat heeft niet zoveel nut dan.

Iter: De laatste die er bij staat is via een mobile app. Er staat tussen haakjes achter wat dit is, begrijp je dit?

Itee: [knipogend:] Ja, zover kom ik nog wel hoor.
Daar heb ik ook neutraal neergezet. Ik twijfelde hier wel tussen 'neutraal' en 'liever op deze manier benaderen' want ik wist niet goed hoe ik dat moest zien. Die website dat vind ik goed. Daar sta ik nog steeds positief tegenover. Maar die app… [zwijgt even en twijfelt heel erg].
Ik weet het niet… Die app is natuurlijk wel dat je zelf aangeeft dat je die informatie wilt hebben. Als je die app downloadt, dan doe je dat omdat je die informatie wilt ontvangen. Het enige nadeel daarvan is dat je dan misschien informatie ontvangt die jij niet interessant vindt. Dus het is eigenlijk een soort digitale nieuwsbrief of brief, maar dan via een app. Want je hebt nog steeds geen controle over het nieuws dat je krijgt. Dus ondanks dat ik denk dat het medium wel goed is, in de zin van de mobiele app, dan zou ik toch liever een app hebben die als het ware een versimpelde versie van die website is. Dat je dus zelf heel makkelijk via de app info kan opzoeken. Niet dat ik via een app nieuws binnenkrijg. Dus dan zou het een app zijn die ik zelf open als ik benieuwd ben naar het laatste nieuws en niet dat ik zelf via de app nieuwsbericht binnen zie komen. Als je zelf kan bepalen dat je die app opent en dan de informatie ziet, dan zou ik er van maken 'liever op deze manier benaderen'. Ik wil geen 'push-achtige' berichtjes.

Iter: Oké, dat is helder. We hebben nu de gegeven dingen besproken, maar zijn er nog manieren van benaderen die jou wel zouden aanspreken, maar die er niet tussen staan? Echt manieren waarop jij wel benaderd zou willen worden door zorginstellingen.

Itee: Dan zou ik het allerliefste die app willen, maar dan wat ik zei: over dat opzoeken. Er zijn misschien soms situaties waarbij je niet per se een pc bij de hand hebt en een app werkt ook over het algemeen wel iets makkelijker dan een website bezoeken op je telefoon. Die app is een kwestie van aanklikken en dan ben je er. Browsen op het internet via je telefoon is vaak toch wat minder overzichtelijk dan een app. Dus dan kies ik voor het gebruikersgemak van de app. Ik gebruik niet zo heel veel apps, maar ik gebruik liever mijn weer-app dan dat ik naar www.weer.nl ga. Dat is minder stappen. Dus dan heb ik liever een app waar je alles op kunt opzoeken en die volledige informatie aanbiedt.

Iter: Zie je dat dan ook nog specifiek voor je op een of andere manier? Heb je daar nog ideeën over?

Itee: Dat is wel lastig. [denkt even na:]Ik denk dat het makkelijkste zou zijn om een programma te hebben dat volledige informatie geeft. Dat datgene wat jij zoekt, dat daar uitgebreide informatie over te vinden is. De medische wereld is ook niet altijd even simpel voor mensen die er geen verstand van hebben. Dus dan wil ik wel heel veel achtergrondinformatie hebben. Het makkelijkste zou dan denk ik zijn om een soort van encyclopedie-achtige indeling te hebben. Dat je op bepaalde categorieën kan zoeken. Bijvoorbeeld geneesmiddelen en geneeswijzen. En dat je daar dan een alfabetische lijst met alle soorten binnen krijgt. Dan kun je daarna worden doorgestuurd worden naar een website waar de informatie opstaat die jij zoekt. Dus uiteindelijk wordt je dan wel doorgelinkt, maar dat geeft op zich helemaal niet. Ik denk dat dat het beste is. Eerst die app waar je op kunt zoeken en dan uiteindelijk de specifieke webpagina met de informatie. Zo`n specifieke webpagina maken is wel veel werk, maar het is wel wat ik het allerliefste zou hebben.

Iter: Heb je verder nog ideeën over wijze van benadering?

Itee: Vooral online zou ik het houden. Folders en post is grotendeels voorbij. Sommige doelgroepen gebruiken dit nog wel, je hebt ook de vergrijzing natuurlijk, maar voor de rest kunnen de post en de folders wel weg. Mensen zullen toch ook veel meer zelf gaan zoeken naar informatie op internet.

Iter: Heb je verder als afsluiting nog op- of aanmerking naar aanleiding van dit interview of onderzoek? Is er nog iets wat je kwijt wilt?

Itee: Nee, niet echt. Ik ben het met veel dingen eens, met sommige ook niet maar dat is verder wel prima lijkt me.

Iter: Oké, dan wil ik je bedanken voor je tijd

Itee: Graag gedaan hoor!

Bijlage XX: Verbatimverslag interview respondent 2

Geslacht respondent: vrouw

Iter: Dan zou ik na deze introductie van het onderzoek graag met het interview willen beginnen. En als eerste wil ik u vragen hoe oud u bent.

Itee: 58 jaar.

Iter: En maakt u op dit moment gebruik van zorg? En als dit zo is, zou u dan willen delen welke zorg dit is?

Itee: Ik slik medicijnen, maar daar wil ik verder niets over kwijt.

Iter: En loopt u nog bij een specifieke arts of alleen bij de huisarts?

Itee: Alleen bij de huisarts.

Iter: Is dat alle zorg die u op dit moment gebruikt?

Itee: Ja.

Iter: Oké, dan kunnen we zo naar de kern van het interview gaan. Ik zal dit eerst inleiden met een introductie met daarbij de instructies, zodat alles goed duidelijk is als we beginnen.

Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef u straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan u is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor u. Het belangrijkste kaartje mag u bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan u is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat uw beweegredenen zijn.

Ik heb hier het eerste kaartje. Dat is Opennes to change. Dat houdt in dat je zelfstandig bekijkt hoe je zaken aanpakt en dat je openstaat voor mogelijke veranderingen in je manier van leven die je leefstijl positief kunnen beïnvloeden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het tweede kaartje is Conservation. Mensen die dat hoog hebben staan zijn mensen die snel geneigd zijn om hun eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Daarna heb ik hier Self-enhancement. Dat is dat je gefocust ben op het najagen van successen en dat je het fijn vindt om macht te hebben over anderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het laatste kaartje dat ik u geef is Self-transendence. Dat is dat je anderen mensen accepteert en dat je bezorgd bent om de mensen om je heen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan mag u ze op volgorde leggen. Er bestaat geen foute volgorde, u mag het gewoon neerleggen zoals u voelt hoe goed het bij u past.

Itee: Ik ben wel gefocust op het najagen van mijn eigen successen. Dat andere, 'ik vind het fijn om macht te hebben over anderen', dat heb ik minder. Dus het is wel heel belangrijk voor me.

'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden'. Ehm, dat eerste vind ik dan wel heel belangrijk, dat tweede daar doe ik dan niet aan. Die komt daar dus in ieder geval onder, maar ik weet nog niet welke positie.

Ehm dan Conservation: 'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden'. Ja… Ik kan mijn eigen behoeften wel onderdrukken om een bepaald doel te bereiken, maar om dezelfde situatie hetzelfde te behouden dat weet ik dan weer niet. Dat past er weer niet bij. Ik vind ze allemaal gedeeltelijk waar.

Die andere is dan 'Ik accepteer anderen en ben bezorgd over het welzijn van de mensen om mij heen'. Dat is dan ook wel weer een belangrijke.

[Respondent is even stil]

Nou, dan moet ik toch een beetje een keuze gaan maken, maar ik ben toch niet helemaal tevreden met die stellingen omdat ik overal maar een beetje de helft voor kan gebruiken. Ik kan me dus goed focussen op wat ik wil doen en wat ik wil bereiken. Ik accepteer anderen… Dat is ook weer niet helemaal waar. Je mag ze zeker niet naast elkaar leggen?

Iter: Het is wel de bedoeling dat u de ene boven de andere legt inderdaad. Dus echt op volgorde leggen. Maar u mag straks als u klaar bent wel toelichten dat de ene heel dichtbij de andere ligt voor uw gevoel.

Itee: Self-enhancement en Opennes to change staan voor mij heel dichtbij elkaar. Dat sowieso. Dat van die macht hebben over anderen dan weer niet. Misschien moet ik het dan toch een beetje schuiven. Bij Opennes to change heb ik vrij weinig met het openstaan voor veranderingen in mijn eigen leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden. En bij Self-enhancement vind ik dat macht hebben over anderen weer niks. Ik vind het nogmaals een beetje vervelend dat overal maar de helft van waar is.

Iter: Oké, dat is duidelijk. Liggen de kaartjes nu voor u op volgorde?

Itee: Ja.

Iter: Dan wil ik ze nu graag met u bespreken. Mocht u tijdens het bespreken van de volgorde waarop u ze heeft neergelegd nog willen schuiven omdat u nieuwe inzichten krijgt, dan mag dat ook nog.
Ik zie Opennes to change bovenaan staan. Dus dat is inderdaad het zelfstandige en dat je zelf zaken aanpakt. U geeft aan dat u wat minder heeft met het openhouden van de ogen voor dingen in uw leven die u anders zou kunnen doen waardoor het beter zou kunnen gaan. Daaronder staat dan
Self-enhancement: het najagen van eigen successen waarbij u dan aangeeft dat dat laatste, het macht hebben over anderen, u niet aanspreekt. Daaronder staat dan Self-transendence, het accepteren van anderen en bezorgd zijn over anderen. En als laatste heeft u dan neergezet Conservation. Daar valt onder dat men alles een beetje hetzelfde wil houden.

Waarom heeft u voor de bovenste, Opennes to change, als belangrijkste gekozen?

Itee: Omdat ik daar altijd wel mee bezig ben. Omdat ik daar altijd wel mee bezig ben. Ik bedenk altijd hoe ik dingen zelfstandig aanpak en ik pak dingen ook zelf aan. Alleen dat tweede deel dat heb ik dan minder.

Iter: Waar komt het vandaan dat u altijd dingen zelfstandig aanpakt?

Itee: Dat heb ik geleerd en zo zit ik in elkaar. Ik ben altijd zelfstandig en ook een beetje eigenwijs soms.

Iter: U zegt 'dat heb ik geleerd'. Van wie heeft u dat geleerd?

Itee: Nouja, gewoon door de jaren heen in het leven denk ik. Dat zijn dingen die ik in de praktijk oppik door de jaren heen. Ik pik veel in de praktijk op. En die pas ik dan in de praktijk toe.

Iter: Dan past u het tweede niet echt toe zegt u. Het openstaan voor mogelijke veranderingen om de leefstijl positief te veranderen.

Itee: Nouja, leefstijl vind ik wat anders. Leefstijl is veel breder dan als je voor je werk bezig bent met dingen. Leefstijl is veel breder, dat verander ik niet zo snel.

Iter: Maar als u zelfstandig uw dingen doet, doet u dat dan alleen op het gebied van werk? Of ook buiten uw werk?

Itee: Nou dat doe ik ook buiten mijn werk. Ik doe het ook bij vrijwilligerswerk en binnen vanzelf. Dat pik ik wel op. Dus misschien is dat tweede deel wel meer waar. Bijvoorbeeld als ik wat oppik van een ander waarvan ik denk dat het wel handig is dan neem ik het wel over. Maar om leefstijl daar aan te betrekken dat vind ik dan wel een erg zwaar woord.

Iter: Ligt het dan aan de formulering?

Itee: Ja, dat ligt dan aan de formulering. Want het is wel iets wat ik toepas in wat ik doe. Maar dat is dan niet mijn leefstijl.

Iter: Oké, zou u dan een voorbeeld kunnen geven van wat u buiten uw leefstijl rekent en waarbij u iets hetzelfde houdt?

Itee: Ehm buiten mijn werk dus… Ik vind het moeilijk om lekker eten af te schaffen, ook al zou dat beter voor me zijn. Dus dat pik ik dan niet op. Als het om beter functioneren gaat in mijn werk of vrijwilligerswerk dan pik ik het wel op. Dan pas ik het aan. Dus daar zit ergens een verschil.

Iter: Dat is dan wel opvallend: U geeft eigenlijk aan dat als iets gezond voor u is dan vindt u het moeilijk om het door te voeren, maar als het beter voor uw werkwijze is dan doet u het wel.

Itee: Ja, dat klopt.

Iter: Hoe komt dat dan precies? Wat zit daar achter?

Itee: Het is niet consistent nee…

[Respondent is even stil]

Iter: Zou men daar uit kunnen opmaken dat werk voor u belangrijker is dan uw gezondheid?

Itee: Nou, dat natuurlijk ook weer niet. Maar ik voel me op het werk meestal wel lekker. Dat vind ik een belangrijk element voor mij.

Iter: Op plaats twee heeft u Self-enhancement staan: het najagen van eigen succes en dus, voor u, wat minder het macht hebben over anderen. Waarom staat deze waarde voor u op nummer twee?

Itee: Omdat dat dan vooral aan die eerste gekoppeld is. Dus het is zo dat ik me helemaal kan afsluiten naar een doel toe en dat begint natuurlijk al bij het eerste. Dus er komt iets aan, er moet een doel bereikt worden en dan regel ik zelf de aanpak en ik weet hoe ik dingen moet doen enzovoort en daarbij zal ik me helemaal focussen op het bereiken van mijn eigen doel. Hier staat dan weer ‘gefocust op najagen eigen succes’… dat is dan weer een beetje negatief geformuleerd. Ik zou zeggen ‘ik ben gefocust op het bereiken van doelen’. Dat zou voor mij beter zijn, maar oké. Het gaat mij dus om doelgerichtheid.

Iter: U gaf al aan dat het macht hebben over anderen u niet aanspreekt. Sommige mensen vinden dit wel fijn en sommige mensen niet. Waarom heeft u er niks mee?

Itee: Omdat het meestal heel negatief werkt. Dat werkt negatief in het bereiken van doelen en je imago bij mensen gaat achteruit. Ik denk niet dat je dat zoveel bij mij zal zien.

Iter: Het kaartje dat u daaronder heeft gelegd is Self-transendence. Dat is dat men mensen om zich heen accepteert en bezorgd is over hun welzijn.

Itee: Ja, ook dat is wel zo. Een deel van dat is in mijn vrijwilligerswerk opgesloten. Ik bezoek ook mensen van de kerk en daarbij krijg je natuurlijk met allerlei situaties te maken en ik ben bezorgd over het welzijn van de

mensen en ik ben daar ook deels verantwoordelijk voor. En ik accepteer anderen ook. Tenminste, ik vind van wel. Maar hij staat op de derde plaats, maar ik weet niet of dat wel de juiste plaats is. Misschien moet deze wel tweede zijn. Ik weet dat niet. Ik denk dat ik dit ben de eerste twee kaartjes. Maar je zou deze dus ook naast het tweede kaartje kunnen schuiven qua belangrijkheid.

Iter: Dus Self-enhancement en Self-transendence staan nu op twee en drie, maar die zouden ook op de gedeelde tweede plaats kunnen staan?

Itee: Ja precies.

Iter: Omdat u moet kiezen heeft u toch de ene boven de andere gelegd. Waarom heeft u dan toch Self-transendence op drie neergelegd?

Itee: Omdat ik denk dat die eerste twee kaartjes weergeven hoe ik voor een deel ben en dat andere kaartje vloeit er toch uit voort. Dus ik ben datgene wat op de eerste twee kaartje staat en wat we hebben besproken en dat hanteer ik ook bij de Self-transendence. Ik hanteer nummer één en twee in hoe ik met anderen mens omga.

Iter: Dan heeft u als laatste kaartje Conservation: Het onderdrukken van eigen gevoelens en behoeften om de situatie hetzelfde te houden.

Itee: Ik kan me daar weinig bij voorstellen.

Iter: Waarom is dat zo?

Itee: Die eerste twee kaartjes passen er niet bij. Het past niet bij mij en als je bezig bent met het bereiken van doelen dan wil je niet steeds de situatie hetzelfde houden. Doelen bereiken is dat situaties veranderen.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, daarna Self-enhancement, daarna Self-transendence en als laatste Conservation]

Iter: Bent u tevreden met de volgorde zoals die nu is?

Itee: Voor nu wel.

Iter: Als u moest zeggen wat de afstand tussen de vier waarden is, hoe groot zijn die afstanden dan?

Itee: Die is heel klein. Een mens heeft altijd overal wel een deel van. Nummer één en twee zijn dingen die ik ben. De nummer drie valt daar eigenlijk naast, die hoort erbij. En Conservation die valt er helemaal buiten, die hoort niet bij mij.

Iter: Wilt u daar nog iets aan toevoegen?

Itee: Nee.

Iter: Oké, dan leggen we de kaartjes weer weg zodat we door kunnen gaan met het volgende onderdeel van het interview. Dat leid ik eerst weer even in.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat u precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga u straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan u uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden voor. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kunt u opschrijven welke waarden, die voor u belangrijk zijn in de zorg, u nog mist. Als u alle dertien kaartjes op tafel heeft liggen, wil ik u vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat u belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden legt u bovenaan, de minst belangrijke waarden legt u onderaan. Ik wil u vragen of u tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in uw denkprocessen. Als u alle kaartjes op volgorde heeft, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Itee: Dat is goed.

Iter: Het eerste kaartje is Totaalbeeld. Dat is dat er in de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Daarna het kaartje Menselijke zorg. Dat is dat de zorgverlener aandacht heeft voor de patiënt en met de patiënt meevoelt.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het kaartje Gelijkwaardigheid: Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het kaartje Respect: De zorgverlener heeft respect voor de patiënt en de patiënt wordt als gelijkwaardig mens gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Communicatie en transparantie: dat is dat de zorgverlening een compleet beeld geeft, duidelijk is naar de patiënt toe en eerlijk aangeeft wat er speelt en wat mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan Persoonlijke ontwikkeling: Dat is dat ziekte en gezondheid binnen de zorg in verband gebracht kunnen worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Individugericht. Dat is persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in zijn eigen unieke situatie.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Zorg op maat: De patiënt ontvangt zorg die speciaal voor hem op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Eigen regie: De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in zijn eigen gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Kwaliteit: De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben nauwelijks bijwerkingen en zijn effectief.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En Onafhankelijkheid. Dat is dat de zorg erop gericht is dat de patiënt zo lang mogelijk zijn eigen leven kan leiden en dat de zorgverlener er alles aan doet om die patiënt alles in eigen hand te laten houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier nog de twee lege kaartjes. Ik leg ze hier bij u neer en dan leg ik hier ook een pen neer. Mocht u de lege kaartjes dan willen invullen dan kunt u dat gewoon doen.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Neemt u vooral uw tijd bij het sorteren, het gaat er niet om hoe snel u het af heeft, maar het gaat erom wat u belangrijk vindt.

Itee: Even kijken… Hier zie ik Respect en Kwaliteit. Die zijn wel belangrijk. Ik zie er een aantal die identiek zijn. Ik heb wat minder met Totaalbeeld. Persoonlijke ontwikkeling kan ook over psychische processen gaan… Nou we gaan eens even kijken!

Kwaliteit is natuurlijk altijd belangrijk. Dat had ik ook al in de enquête aangegeven, dat is heel belangrijk. Die omschrijving klinkt ook goed.

Daarbij hoort dan het Respect en de Gelijkwaardigheid. Ja die zitten daar dan bij, dat hoort erbij. Eigenlijk zouden die twee op elkaar moeten liggen.

Menselijke zorg dat hoort weer bij Respect, Gelijkwaardigheid en Individugericht. Dat hoort allemaal bij elkaar. Eigenlijk zouden een heleboel kaartjes op elkaar moet kunnen liggen.

Zorg op maat is niet altijd mogelijk als je Kwaliteit bovenaan hebt liggen denk ik.

Onafhankelijkheid dat is voor mij ook wel een belangrijke. Eigen regie hoort daar ook wel een beetje bij voor mij.

Communicatie en transparantie is een deel van de kwaliteit die wordt geleverd.

Respect, Gelijkwaardigheid en Menselijke zorg zie ik daar dan nog staan… Ook Individugericht heb ik daaronder liggen. Dan hoort de Onafhankelijkheid en de Eigen Regie daar ook bij. Zorg op maat daar kan ik wat minder mee. Dat hoort hier namelijk wel een beetje bij Individugericht. Met de Persoonlijke ontwikkeling heb ik eigenlijk weinig. En met Totaalbeeld heb ik ook vrij weinig.

Ik denk dat dit het dan is. Kwaliteit staat bovenaan. Communicatie en transparantie hoort bij die kwaliteit. En dat is ook een onderdeel van het Respect, van de Gelijkwaardigheid en van de Menselijke zorg. Als je dat allemaal doet ben je ook Individugericht bezig en Zorg op maat hoort daar ook bij, evenals de Onafhankelijkheid en het voeren van de Eigen regie. Persoonlijke ontwikkeling kan, maar dat heeft niks met de zorg die wordt geleverd te maken. Dat moet uit jezelf komen vind ik. En van Totaalbeeld weet ik niks af. Ik mis verder geen dingen denk ik, dus die twee lege kaartjes laat ik liggen.

Iter: Oké, dan gaan we de kaartjes die u net zelf al voorlas nog even langslopen. Laten we eens onderaan beginnen. Daar heeft u het kaartje Totaalbeeld helemaal onderaan gezet. Die vindt u dus het minst belangrijk van alle kaartjes?

Itee: Ik wil gewoon geholpen worden en hoe mensen dan naar het probleem kijken zal me dan een zorg zijn. Ik vind dit meer iets voor de behandelaar zelf dat Totaalbeeld, dat die er naar kijkt, maar zelf heb ik er niks mee.

Iter: Maar vindt u het dan wel belangrijk? Want als de behandelaar daar naar kijkt, is het wel een onderdeel van de zorg voor u.

Itee: Ja, maar dan zit het in de waarde Kwaliteit opgesloten. Dus de Kwaliteit is gewoon de bovenste kaartjes. Dat er goed met je gecommuniceerd wordt, dat je weet wat je kan verwachten, Respect, Gelijkwaardigheid, enzovoorts. Dat zit er allemaal in. En dan neem je dat er wordt gekeken naar lichaam, ziel en individualiteit impliciet mee vind ik.

Iter: Toch zet u hem dan helemaal onderaan.

Itee: Ja ik kan niks met die term.

Iter: Als u dan naar de formulering kijkt, welke term stuit u dan tegen de borst?

Itee: Ik vind het geheel een beetje zweverig klinken. Ik denk dat het hartstikke goed is, maar ik heb daar een meer praktische invulling voor nodig.

Iter: Maar ‘zweverig’ is in dit geval dus niet goed?

Itee: Ik kan er niks mee. Ik zeg niet dat het niet goed is, maar ik kan er minder mee.

Iter: Zou het dan specifieker omschreven moeten worden voor u?

Itee: Ja, als je kijkt bij Kwaliteit dan zie je dat in die uitleg van het begrip alles er in zit. Daar zitten een aantal kaartjes al gewoon in opgesloten. Als de formulering van Totaalbeeld praktischer zou zijn, zou het mij meer zeggen.

Iter: Als nummer een na laatst heeft u Persoonlijk ontwikkeling staan. Die heeft u dus nog boven Totaalbeeld gezet, maar nog onder Eigen regie.

Itee: Ik vind dat dit uit jezelf moet komen en niet uit de zorg. Als ik naar die omschrijving kijk dan is het iets wat ik wel veel tegenkom in mijn leven, maar tegelijkertijd vind ik 'aan het ziek zijn betekenis kunnen geven in hun leven' een vrij boute uitspraak. Bijvoorbeeld ik bezoek nu een persoon die een beroerte heeft gehad, die kan niet meer goed uit zijn woorden komen dus die kan niet meer praten. En als je dan zegt dat je aan het ziek zijn betekenis kan geven in het leven dan vind ik dat een zware opgave voor iedereen die niet helemaal meer beter kan worden. Als je een chronische ziekte hebt of gaat sterven dan vind ik dat een vrij zware opgave, dus een vrij boute uitspraak. Die onderste twee daar kan ik niks mee. Die heb ik in het begin ook een beetje weggeschoven. De stekels gaan daarbij wel overeind staan.

Iter: Daarboven heeft u dan het kaartje Eigen regie staan. Kunt u daar dan wel iets mee?

Itee: Ja, dat is dat je je eigen regie neemt. Dat je het zelf in handen hebt, dat je zelf kunt omgaan met je eigen gezondheidstoestand en de verbetering hiervan. Ja, dat heb ik wel graag. Ik zeg niet dat ik het altijd doe, maar ik heb wel eigen regie. Ik vind het fijn om zelf de touwtjes in handen te hebben.

Iter: Oké, die heeft u dan onder Onafhankelijkheid gezet.

Itee: Ja, je kunt alleen maar Eigen regie toepassen als je onafhankelijk bent. Dat is een oorzaakgevolgrelatie.

Iter: Wilt u daar verder nog iets over kwijt?

Itee: Nee, ik denk dat het gewoon zo is. Ik denk dat dit ook de toekomst is in Nederland, dat je zelf over je eigen gezondheid de regie houdt. Dan moet je dus onafhankelijk zijn.

Iter: Vindt u dat goed, dat dat de toekomst wordt?

Itee: Nee, nee dat vind ik niet goed, maar het is wel het verhaal. Dus enerzijds wil ik best die eigen regie houden, maar dat dat dan een beetje beleid wordt dat vind ik dan niet goed.
Onafhankelijkheid hoort bij Eigen regie. Zorg op maat, wat daarboven zit, allemaal oorzaakgevolg. Dat is met elkaar verbonden.

Iter: Als ik daar heel even op terug mag komen: U zegt dat het bij Eigen regie goed is om de touwtjes in eigen handen te houden, maar ik vind het geen goede ontwikkeling dat het straks zo is dat mensen voor zichzelf moeten zorgen.

Itee: Nee, nee ik wil best voor mezelf zorgen maar ik vind het geen goede ontwikkeling dat oudere mensen straks voor zichzelf MOETEN zorgen. Dat is wat anders. Ik wil het wel, maar als het algemeen beleid wordt, dan gaat het iedereen overkomen. En ik weet niet of iedereen dat aankan.

Iter: Dan had u het ook over Onafhankelijkheid. Die staat boven Eigen regie.

Itee: Als oorzaakgevolg dus. Als je onafhankelijk hebt dan heb je eigen regie, als je niet onafhankelijk bent kan je ook niet de eigen regie voeren.

Iter: Die heeft u dan onder Zorg op maat staan.

Itee: Ja, dat had ook andersom gekund. Maar Zorg op maat is dus een voorwaarde om Onafhankelijk te zijn en Eigen regie te voeren.

[De respondent denkt even na en komt moeilijk uit zijn woorden. Dan zegt ze:] Je kan zelf Zorg op maat onder Eigen regie doen zo zou je het ook nog kunnen doen. Ja zo zou dat ook nog kunnen. Zorg op maat is eigenlijk het product van Eigen regie en Onafhankelijkheid. Ja, laten we het zo maar doen. Daar is ook wel wat voor te zeggen.

Iter: Dan heeft u dus nu onder Onafhankelijkheid Individugericht staan.

Itee: Ja, dat heeft er natuurlijk ook mee te maken. Dat is dan de beleving. Dat je persoonlijke, professionele aandacht krijgt als uniek mensen in de eigen situatie. Dat is natuurlijk in de praktijk niet altijd zo, maar het is wel een mooi streven. Het is wel een manier van zorgverlener zijn.

Iter: Waar vindt u deze dan bij horen?

Itee: De Kwaliteit, Respect, Gelijkwaardigheid dat zijn allemaal dingen die komen vanuit de zorg. Die komen uiteindelijk allemaal naar jou toe en dan zeg je Onafhankelijkheid is daar dan het gevolg van. De eerste zes waarden zijn allemaal benaderingen vanuit de zorg. En op de individu gerichte zorg valt onder de zaken die vanuit de zorg moeten komen. De eerste zes zijn voor mij de kernwaarden, tot Individugericht. Vanaf Individugericht kom je bij de gevolgen ervan terecht.

Iter: Oké, dat is duidelijk. Dan gaan we gewoon door met de waarden. Menselijke zorg behoort voor u tot de kernwaarden zoals u die net indeelde. Waarom staat deze waarde waar hij staat?

Itee: Dat is gewoon Menselijke zorg; Gelijkwaardigheid en Respect dat hoort allemaal bij elkaar.

Iter: Maar toch heeft u deze lager gezet dan die andere twee waarden die u net noemde.

Itee: Ja, dat is een beetje willekeur. Ik weet dat niet precies.

Iter: Ja, maar er zit toch wel iets achter?

Itee: Ja, ehm, Respect en Gelijkwaardigheid vanuit de zorg leiden samen tot Menselijke zorg. Dus het is altijd oorzaakgevolg, oorzaakgevolg.

Iter: Dit is dus een beetje het kind van de ouders Gelijkwaardigheid en Respect?

Itee: Ja, precies. Zo moet je het zien. Dit zijn de oorzaken dat is het gevolg. Als je dit doet dan heb je ook dat. En als je dit, dit en dit doet dan krijg je dat.

Iter: Dan krijg je daarboven dus de oorzaken die u net noemde: Gelijkwaardigheid en Respect. Als onderste van die twee heeft u Gelijkwaardigheid neergezet; die staat onder Respect.

Itee: Ja, dat is ook weer zoiets… Als je Respect hebt dan ben je ook Gelijkwaardig.

Iter: Maar waarom zet u dan Gelijkwaardigheid niet boven Respect neer?

Itee: Dat zou kunnen het is gewoon willekeur. Ik zit er niet zo sterk in.

Iter: Dus die verschillen zijn helemaal niet zo groot voor u?

Itee: Nee, helemaal niet.

Iter: Waar komt dat uit voort die verschillen voor u zo klein zijn?

Itee: Ik denk dat ik ook niet zoveel met de zorg te maken heb. Ik weet het allemaal nog niet zo precies.

Iter: Is het dan een ver-van-uw-bed-show?

Itee: Nee, ik denk dat het zo zit. Maar het kan zijn dat als ik er echt mee te maken krijg en als ik het doorleef dat je dan een heel ander verhaal krijgt. Dan gaat het echt voor je spelen en voor je leven. Nu is het een beetje theorie allemaal. Behalve Kwaliteit en Communicatie. Dat snap ik.

Iter: Dan heeft u daarboven nog Respect staan. Die staat onder de nummer één en twee. Wilt u daar nog iets over zeggen?

Itee: Ja. Kwaliteit is de inhoud van de zorg en Communicatie is hoe je de boodschap overbrengt en daar horen Respect en Gelijkwaardigheid bij en die leiden dan tot Menselijke zorg.

Iter: Boven Communicatie staat dus Kwaliteit. Die vindt u het allerbelangrijkste. Wat is daar de reden van?

Itee: Nou, als de Kwaliteit niet goed is… Als er wel goed wordt gepraat en respect is en gelijkwaardigheid en menselijke zorg, maar ze maken er een zootje van inhoudelijk gezien dan schiet het niet op. Er moet gewoon begonnen worden met een goede inhoud. Je begint gewoon met goede zorg te leveren. Daar begint het mee. Want je wilt beter worden, daar begint het mee.

Iter: Communicatie en transparantie staat op nummer twee, dus die is ook heel belangrijk voor u?

Itee: Ja, ik wil wel dat er goed met mensen gecommuniceerd wordt.

Iter: Waarom?

Itee: Omdat ik medebelanghebbende ben. Dacht ik zo… Ik wil duidelijk weten wat er met me aan de hand is en dat dit op een heldere manier uitgelegd wordt en ook de kansen weten.

Iter: Wat gebeurt er als dit niet het geval is?

Itee: Dan gaat dit mis: Respect, Gelijkwaardigheid en Menselijke zorg. De Gelijkwaardigheid valt er dan tussenuit en naar mijn mening is er dan ook geen sprake meer van Menselijke zorg. Dan valt dat hele zootje, de hele piramide in elkaar.

Iter: Stel dat de Kwaliteit wel goed is, maar er wordt niet goed gecommuniceerd. Hoe zou u dat beleven?

Itee: Als ik wel snel beter wordt…

[Respondent is even stil]

Nouja, dan klopt dit hele zootje niet meer [Respondent wijst naar de waarden onder Kwaliteit] maar dan wordt ik wel beter. Maar ik denk dat ik dat dan helemaal niet meer zo belangrijk vindt als ik wel gewoon beter wordt. [Respondent begint te lachen]

Iter: Maar u wordt dus wel het liefste goed op de hoogte gehouden?

Itee: Ja!

Iter: Wat zou het met u als persoon doen als de communicatie niet goed is?

Itee: Ik denk dat ik dan wel even mijn mondje open doe.

Iter: Wat zou u dan zeggen?

Itee: Dat ik precies wil weten wat er van me verwacht wordt, wat de kansen zijn en dat soort zaken.

Iter: En dan zegt die doktersassistente die nog in opleiding is tegen jou ‘waarom dan?’

Itee: Omdat ik dat wil weten. Ik ben jullie patiënt en die patiënt is eigenlijk heel belangrijk in deze casus.

Iter: Stel dan dat ze het toch niet zegt. Hoe zou u zich daar dan bij voelen?

Itee: Nou dat moeten ze zeggen…

Iter: Maar hoe zou u zich dan voelen?

Itee: Zwaar klote. Dat is niet Gelijkwaardig, niet menselijk behandeld, dus dan stort dat ook allemaal in.

Iter: Zou u een emotie kunnen opnoemen?

Itee: Boosheid denk ik.

Iter: Oké, ik denk dat we dit onderdeel goed hebben doorgenomen. Dus ik leg de kaartjes weer opzij. Ik zie dat de witte kaartjes leeg zijn gebleven. Betekent dit dat u geen waarden mist?

Itee: Nee, dit was het wel.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Kwaliteit, Communicatie en transparantie, Respect, Gelijkwaardigheid, Menselijke zorg, Individugericht, Onafhankelijkheid, Eigen regie, Zorg op maat, Persoonlijke ontwikkeling en Totaalbeeld]
Iter: Dan gaan we door naar het volgende onderdeel. Ik leg u nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen u kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre u het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil u vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die u heeft gegeven. Mocht u zelf nog benaderingswijzen weten dan kunt u die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten. Daarvoor kunt u deze pen gebruiken.

[De respondent vult de showcard in]

Itee: Oké, ik ben klaar!

Iter: Eens even zien wat u heeft ingevuld. Ik begin bovenaan bij Facebook. Daar heeft u neergezet 'Zeker niet op deze manier benaderen'.

Itee: Nee, ik heb geen Facebook.

Iter: En als u het wel zou hebben?

Itee: Dan houd ik er ook niet van. Het is sowieso een open verhaal en zo doe je dat niet met zorg gerelateerde zaken. Ik wil zaken die met de zorg te maken hebben niet open en bloot gecommuniceerd hebben.
Via een speciale website dat kan wel. Ik houd niet zo van digitale overdracht van informatie dus ik heb daar 'Neutraal' ingevuld.

Iter: Hoe zou u het dan wel willen zien?

Itee: Het liefste in een mondeling gesprek. Of met een brief, gewoon met de post. Met een mobiele app heb ik ook helemaal niets, daar zet ik bij 'Zeker niet op deze manier benaderen'. Een digitale nieuwsbrief: ik weet dat het zo gebeurt, maar daar zet ik ook 'Neutraal' neer. En via informatieve folders dat vind ik ook wel prettig. Dat zit dan eigenlijk tegen een brief aan bijna. Maar het liefste gewoon mondeling.

Iter: Waarom zet u bij de specifieke website 'neutraal' neer terwijl u liever niet benaderd wordt door digitale media?

Itee: Waarom ik daar niet afwijzend tegenover sta? Nouja, tegenwoordig gaat alles digitaal en via die websites en die websites kan je benaderen en anoniem benaderen. Zo kun je informatie tot je nemen. Maar meestal is die informatie ook niet altijd zo goed, dus ja ik heb altijd liever gesprekken met mensen. Persoonlijk contact.

Iter: Waar komt dat uit voort?

Itee: Ja, zo zit ik nu eenmaal in elkaar. Ik praat altijd graag met mensen. En dan haal ik zo die informatie op.

Iter: Stel nu dat er een zorginstelling u wil benaderen, u nieuwe informatie wil geven. Dan heb ik het dus over iets algemeens, niet over een uitslag van een onderzoek of iets dergelijks. Hoe zou u het dan willen.

Itee: Nou dan zit het wel anders. Ik heb het liefste dat ik mondeling benaderd wordt, maar dan alleen als het mij persoonlijk aangaat. Als het om nieuwe behandelmethoden gaat dan haal ik ook altijd veel uit de kranten of uit digitale nieuwsbrieven of websites. Daarom sta ik er ook neutraal tegenover. Ik heb het liefste dat ik mondeling benaderd wordt, anders sta ik neutraal tegenover de andere manieren van informatieoverdracht.

Iter: Bij 'Via de post benaderen' staat er 'Zeker op deze manier benaderen'. Samen met de mondelinge benaderingswijze die u er zelf bij heeft gezet is dat uw favoriete benaderingswijze. Waar komt dat uit voort?

Itee: Zo ben ik. Dat zei ik net al. Die vormen van communicatie vind ik het prettigst. Als het niet anders kan val ik terug op websites en digitale nieuwsbrieven.

Iter: Bij de folders zet u neer 'Liever op deze manier benaderen' en bij de nieuwsbrief staat er 'Neutraal'. Wat is daar het verschil tussen voor u in de preferentie?

Itee: Een digitale nieuwsbrief vind ik dan toch wat onpersoonlijker en een folder is dat minder. Folders zijn vaak wel ook wat algemener gesteld.

Iter: dus u heeft liever informatie die op u is gericht?

Itee: Ja, zorg op maat. Daar had ik het net natuurlijk al over. Of dat haalbaar is weet ik niet. In de meeste gevallen niet dus dan moet je toch gewoon terugvallen op folders of op websites en digitale nieuwsbrieven. Maar dit is mijn voorkeur.

Iter: Oké, maar waarom wilt u zo graag persoonlijk benaderd worden?

Itee: Dat weet ik niet, dat vind ik prettig.

Iter: Waarom vindt u dat prettig?

Itee: Dat weet ik niet, dan heb ik gelijk een relatie met een zorginstelling. Ik wil wel die persoonlijke benadering er een beetje in hebben. Dat komt eigenlijk neer op die eerdere kaartjes.

Iter: Hoe komt het dat u het fijn vindt om een relatie te hebben met die zorginstelling of behandelaar? Er zijn mensen die dat niet zo belangrijk vinden.

Itee: Nouja, ze komen wel aan je lichaam. Ik heb het zelf nog niet echt meegemaakt maar als je behandeld wordt dan wil je dat als ze dat communiceren dan wil je dat sowieso persoonlijk hebben. Als er een nieuwe behandelingswijze komt waar jij mogelijk in aanleiding voor komt of je moet iets laten behandelen en je gaat eens kijken hoe dat eruit ziet dan ga je informatie ophalen bij een zorginstelling. Dan heb je toch nog wel iets aan een folder. Dat heb ik liever dan dat ik op een site moet gaan zoeken waar dat op staat. Die zijn meestal toch slechter.

Iter: Dan heeft u hier nog 'Mondeling' bijgezet.

Itee: Ja, ik houd erg van gesprekken.

Iter: Hoe ziet u dat voor zich?

Itee: Als ik naar een zorginstelling moet voor een behandeling dan ga je eerst naar de dokter en dan daar vragen 'wat gebeurd er met me?' daar denk ik dan aan. Dan zal je misschien ook wel een folder meekrijgen, maar ik wil toch wel weten wat dan de context is. En dan kom je toch weer uit op Communicatie en transparantie.

Iter: De brief beoordeeld u ook hoog als benaderingswijze. Hoe ziet u dat in het beste geval voor zich? Als u mocht kiezen hoe dat ingevuld werd.

Itee: Een persoonlijke brief en dan een uitnodiging om daar persoonlijk over door te praten.

Iter: En hoe ziet die brief eruit?

Itee: Ehm, dat weet ik niet precies hoor. Gewoon dat ze weten dat je daar en daar mee zit en wij bieden dan dat en dat aan en het volgende is dan mogelijk en wij zouden daar graag met u van gedachten over wisselen.

[Respondent is even stil]

Of: 'Wij nodigen u uit voor een informeel gesprek op een informatieavond' of zoiets.

Iter: Dan komt daar dus ook dat mondelinge uit?

Itee: Ja, dat vind ik wel.

Iter: Zijn er nog andere manieren waarop u benaderd zou willen worden?

Itee: Nee, dit is wel het beste.

Iter: Dan hebben we nu alles gehad. Wilt u nog u hier nog iets over kwijt over deze laatste vraag?

Itee: Nee.

Iter: Wilt u nog iets kwijt over de voorgaande vragen of over het onderzoek in het algemeen?

Itee: Ik ben wel benieuwd wat je nu precies met dit onderzoek gaat doen.

Iter: Ik ga de resultaten uitwerken en daarna ga ik kijken hoe een zorgaanbieder bepaalde informatie naar zijn potentiële klanten toe kan brengen. Dat ga ik uitwerken in mijn onderzoeksrapport.

Itee: Oké, dat is duidelijk. Dat is goed.

Iter: Is er verder nog iets wat u kwijt wilt?

Itee: Nee, dat was het.

Iter: Dan wil ik u hartelijk bedanken voor dit gesprek.

Itee: Geen probleem.

Bijlage XXI: Verbatimverslag interview respondent 3

Geslacht respondent: man

Iter: Dat was in het kort een introductie over het onderzoek dat ik nu uitvoer. Heeft u daar nog vragen over?

Itee: Nee, het is me allemaal heel duidelijk. Omdat ik op het departement van het ministerie van VWS werk, ben ik wel geïnteresseerd in de zorg en dingen die daarmee te maken hebben. Ik weet niet precies wat je me gaat vragen maar ik laat het gewoon allemaal over me heen komen.

Iter: Ik wil graag beginnen met een paar algemene vragen. Mag ik weten hoe oud u bent?

Itee: 59

Iter: Oké en mag ik u ook vragen of u gebruik maakt van zorg, en zo ja, welke zorg dit is?

Itee: Ja, hoor. Ik ben zorggebruiker als patiënt. Ik werk bij het ministerie. In dit geval is dat het ministerie van Financiën, maar dus in het departement van VWS waar we nu zitten. Ik ben de zorggebruiker zoals eigenlijk elke Nederlander.

Iter: En gebruikt u momenteel ook zorg?

Itee: Nee, op dit moment niet. Ik ben helemaal gezond en ga ik één keer per jaar naar de tandarts voor controle, dat hoort erbij. Ik ga ook eens per jaar naar de arts voor een check-up.

Iter: Oké, dank u wel voor deze informatie. Dan zou ik nu graag meteen doorgaan naar de kern van het interview. Die zal ik even inleiden door een introductie met instructies aan u te geven.

Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef u straks vier kaartjes met algemene waarden en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan u is dan om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor u. Het belangrijkste kaartje mag u bovenaan leggen, het minst belangrijke onderaan. Mijn verzoek aan u is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat uw beweegredenen zijn.

Itee: Oké, laat maar komen.

Iter: Ik begin met de waarde Self-enhancement. Hierin staat: Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de waarde Openness to change: Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Conservation: Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als vierde Self-transendence: Ik accepteer anderen en ben bezorgd over het welzijn van de mensen om mij heen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan mag u ze op volgorde leggen en ik wil u nogmaals verzoeken om daarbij hardop na te denken. Op die manier kan ik uw denkprocessen goed volgen.

Itee: Ik heb ze tijdens het uitdelen al een beetje op volgorde gelegd dus dat denkproces heeft al een beetje plaatsgevonden, maar ik zal het nog even toelichten zodat je weet waarom ik het zo neerleg.
Bovenaan heb ik Opennes to change, omdat ik graag wel zelf de regie houd over mijn eigen zaken. Ik realiseer me daarbij dat veranderingen inherent zijn aan het leven en dat dat er dus gewoon bij hoort. Op de tweede plek heb ik Self-transendence. Dat ik anderen accepteer en bezorgd ben over hun welzijn. Ik heb die emotie wel, dat ik het idee heb dat ik zorg moet besteden aan de mensen om mij heen. Dat heb ik niet alleen bij mijn gezin, maar ook op het werk. Ik houd dan Opennes to change wel bovenaan omdat ik mijn eigen sturing wel het belangrijkste vind. Conservation heb ik dan op de derde plaats staan. Ik ben niet geneigd mijn eigen behoeften te onderdrukken, want ik heb gewoon ook behoeften. Ik heb er verder ook geen behoefte aan om de situatie hetzelfde te houden. Nou is dat een algemene insteek. Ik weet niet of dit al toegespitst moet zijn op de zorg?

Iter: Nee, dit is inderdaad nog even algemeen wat het beste bij uw manier van leven past.

Itee: Oké, dan klopt dat wel zo. 'Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en macht over anderen' dat is niets voor mij. Dus dat zet ik onderaan. Dat is ook de reden dat ik ze op deze volgorde heb liggen. Je mag trouwens ook 'je' zeggen als je dat prettiger vindt hoor.

Iter: Oké, ik zal eraan denken. Dan wil ik nu iets dieper ingaan op deze volgorde. Als bovenste waarde heb je nu Opennes to change en daaronder de waarde dat je bezorgd bent over de mensen om je heen. Ik heb het idee dat deze twee waarden allebei wel bij je passen als ik je uitleg net hoorde. Klopt dat?

Itee: Ja, dat klopt ja.

Iter: En je gaf aan dat Opennes to change net iets beter bij jou past.

[Respondent knikt]

Iter: Kun je aangeven waar dat uit voortkomt?

Itee: Ja, dat komt vooral door mijn praktische insteek; je kunt heel bezorgd zijn over anderen en je kan je dan laten leiden door wat zij allemaal willen. Maar ik denk niet dat je de mensen daar echt mee helpt omdat je dan veel in de gemoedstoestand van de ander probeert mee te gaan. Wat belangrijk is, is dat je anderen ook gelijk een perspectief biedt. Dan moet je dus na blijven denken over wat het beste is voor de ander. Dan kun je zeggen dat de bezorgdheid er is, maar daar hoort wel een helder advies bij. Dus niet in de zin van 'goh, wat ben jij zielig' en 'ja, dat vind ik ook' maar dat je zegt: 'ja, je bent zielig, maar zou je niet dit of dat doen? Want dan kun je daar wat aan doen.' Zo zit ik er zelf in en dat is de reden dat ik die verdeling zo gemaakt heb. Dus praktisch kijken naar hoe je de problemen zou oplossen door er rationeel naar te kijken. Vooral het stukje zelfstandigheid is daarin belangrijk.

Iter: Op nummer drie heb je dan Conservation staan. Je gaf al aan dat dit niet echt bij je paste. Waarom past dit niet bij je?

Itee: Ja, dat komt vanuit de wetenschap dat als je alles hetzelfde wilt houden je uiteindelijk achter de feiten aan gaat lopen. Dingen veranderen onherroepelijk en je kunt dan beter aan de voorkant van de veranderingen meedoen zodat je de verandering iets kunt sturen. Ik heb niet de neiging dat ik overal invloed op heb, maar dan zit je in ieder geval aan de voorkant waardoor je kan anticiperen op wat er aan zit te komen en dat maakt het voor jezelf een stuk makkelijker. Dat geeft ook heel veel rust als je aan de andere kant anders alles maar probeert te houden zoals het is. Dan moet je namelijk heel veel energie stoppen in iets wat uiteindelijk toch niet gaat werken. Nou, dat vind ik zonde van die energie.

Iter: Helemaal als laatste staat de Self-enhancement. Je gaf aan dat het najagen van successen en het hebben van macht over anderen jou niet aanspreekt.

Itee: Nee, ik ben van het met elkaar samen opwerken om te kijken of je samen die prestatie kan leveren en niet op een positie gaan zitten van ik ben de baas en die doet dat. Ik vind dat iedereen recht heeft om zoveel

mogelijk van zijn eigen kunnen te gebruiken om het doel te gebruiken. Wat ik dan doe is dat ik mensen een beetje coach en gebruik maak van de kennis van anderen om mij heen. Er zit uiteraard wel een stukje sturing bij, maar dat zit ook al een beetje in dat eerste stukje van het zelfstandig kijken naar oplossingen. Ik denk dat als je zo bezig bent dat het voor alle partijen leuk en aardig is om te werken naar dat doel. Ik denk dat je op die wijze toch wel de kwaliteiten die je hebt naar boven kan laten drijven. Dan gaat het niet zo zeer om het feit dat mensen vinden dat je de baas bent omdat je dat nu eenmaal bent, maar omdat ze het gezamenlijk opwerken plezierig vinden en dat ik dan van hen daar het voortouw in mag nemen. Mensen hebben dan meer hun aandacht erbij en kunnen zichzelf ook ontplooien. En dan kom je wellicht in een situatie dat zij alle problemen zelf kunnen opruimen en dat ik achterover kan leunen en ze het gewoon zelf kan laten doen. Dus het is niet dat ik, zoals het hier staat, echt gefocust ben op mijn eigen succes. Ik denk dat dat succes vanzelf komt als je op een bepaalde manier in het leven staat. Het voordeel hierbij is ook dat als je niet op dat eigen succes uit bent je ook nooit teleurgesteld kunt raken als dat niet lukt. Dat scheelt een hoop energie.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, Self-transendence daaronder, daarna Conservation en als laatste de waarde Self-enhancement]

Iter: Oké, het is mij duidelijk. Je mag de vier kaartjes wegschuiven als je wilt, dan kunnen we verder met het interview.

Ik lees weer even de inleiding en de instructies voor. Dan wijst de rest zich vanzelf.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat u precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga u straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan u uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden voor. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kunt u opschrijven welke waarden, die voor u belangrijk zijn in de zorg, u nog mist. Als u alle dertien kaartjes op tafel heeft liggen, wil ik u vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat u belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden legt u bovenaan, de minst belangrijke vragen legt u onderaan. Ik wil u vragen of u tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in uw denkprocessen. Als u alle kaartjes op volgorde heeft, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Itee: Prima, ik ben er klaar voor.

Iter: We beginnen met de waarde Communicatie en transparantie. Dat is dat zorgverlening een compleet beeld geeft, duidelijk naar de patiënt toe is en eerlijk aangeeft wat er speelt en wat mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Persoonlijke ontwikkeling. Dat is dat ziekte en gezondheid binnen de zorg in verband gebracht kunnen worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Individugericht. Dat is dat er persoonlijke aandacht voor de patiënt is als uniek mens in zijn eigen situatie.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Kwaliteit: De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben nauwelijks bijwerkingen en zijn effectief

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Zorg op maat. Dat is dat de patiënt zorg ontvangt die speciaal voor hem of haar op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Totaalbeeld: In de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan hebben we Menselijke zorg: dat de zorgverlener aandacht heeft voor de patiënt en meevoelt met de patiënt.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Eigen regie. Dat is dat de zorg gericht is op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in zijn gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Gelijkwaardigheid: dat gaat over de gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Onafhankelijkheid: De zorg is erop gericht om de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn eigen leven te laten leiden. De zorgverlener doet er alles aan om de patiënt zo lang mogelijk de regie in eigen handen te laten houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Respect. Dat is dat de zorgverlener respect heeft voor de patiënt en dat deze patiënt ook als gelijkwaardig mens wordt gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier nog de twee lege kaartjes en een pen zodat je de dingen die belangrijk voor je zijn maar die je nog mist kunt opschrijven.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Ik zou zeggen: denk even goed na, hardop als het kan, en leg de kaartjes rustig op volgorde.

Itee: Ik zit eerst even te denken.. Of die elf verschillende kaartjes mijn belangrijkste waarden in de zorg dekken. Kwaliteit zit er al tussen en dat is voor mij sowieso de belangrijkste waarde in de zorg, omdat dit in hoge mate bepaald wat uiteindelijk het effect is van de behandeling. Dat gaat zowel over de zorgverlener als over het medicijn wat je hanteert. Als ik dan kijk naar wat ik nog meekrijg van jou dan denk ik dat het moeilijk wordt om daar nog wat aan toe te voegen.

Iter: Het hoeft niet. Als u geen waarde mist dan mag u ze ook leeg laten.

Itee: Ik weet niet of het alles is wat ik belangrijk vind, maar ik vind het wel lastig om te zien wat ik dan mis. Ik laat ze nog even liggen en dan ga ik eerst even nadenken en dan sorteren.

Iter: Oké.

Itee: Als ik naar de kaartjes kijk zie ik daar een aantal zaken tussen zitten die ik inderdaad wel belangrijk vindt. Wat ik dan vooral zie is een aantal groepen met waarden die gelijkwaardig zijn wat mij betreft. Maar ik ga er vanuit dat jij graag wilt dat ik ze toch in een bepaalde volgorde leg.

Iter: Dat heeft u goed gezien. Dat zorgt ervoor dat ik goed kan analyseren wat nu echt belangrijk is voor de mensen.

Itee: Ik heb natuurlijk al een bepaalde visie op wat ik belangrijk vind in de zorg. Ik heb ze tijdens het uitdelen al een beetje gesorteerd op wat belangrijk is en wat voor mij minder belangrijk is. Dat maakt het proces dus wel wat sneller.

Ik vind sowieso Kwaliteit het allerbelangrijkste. Want het gaat er natuurlijk uiteindelijk om dat je geholpen wordt en dat als je iets mankeert dat je dan op dat moment geholpen wordt. Hetzij door uiteindelijk

weer helemaal te herstellen, dan wel door de kwaliteit die nodig is om het proces te doorlopen om iemand zo goed mogelijk te ondersteunen. Dan heb ik er een aantal waar ik een beetje mee zit te *hannessen*.

Ik denk toch dat de Communicatie en transparantie van belang is, omdat dat je in staat stelt om aan de ene kant te horen wat de kwaliteit is die geleverd kan worden en wat daar allemaal aanzit. Maar ook wat de mogelijkheden zijn in het geheel. Dat heeft voor mij ook te maken met de eerlijkheid en dat je vanuit de communicatie en de transparantie mee kan blijven denken met hetgene wat de specialist te melden heeft. Zo kan je dan toch een klein beetje de regie houden over wat er met je gebeurt zonder dat je dat wilt sturen. Ik ben namelijk geen 'zorg man' dus dat is waar ik aan denk.

Dan zit ik ook gelijk met die gelijkwaardigheid. Want die communicatie over … en dan gelijk samen opwerken naar een oplossing dat gaat uit van gelijkwaardigheid. Maar aan de andere kant denk ik ook dat het eigenlijk niet waar is. Want de arts is toch degene die het beste weet wat goed voor jou is. Dus ik had die er een beetje tussen gezet voor nu, omdat het nog een beetje onduidelijk was voor me. Maar ik zie wel dat als je het over Eigen regie hebt, want dat zit een beetje in de transparantie en communicatie omdat je dat nodig hebt om de regie te voeren, dat er twee kanten aan die Eigen regie zitten. Je wilt aan de ene kant weten wat je te wachten staat en dan heb je Eigen regie nodig om te weten wat je te wachten staat. Aan de andere kant kun je niet de regie nemen, omdat je helemaal niet voldoende kwaliteit en kennis hebt om dat te doen. Dus hier zit een mengeling van zaken in.

Iter: Ik maak een beetje uit je woorden op dat jij vindt dat de arts de regie heeft omdat hij de expertise heeft. Klopt dat?

Itee: Uiteindelijk wel. Wat je probeert te doen in de Communicatie en transparantie, daar hoort informatievoorziening bij… Die zit er trouwens niet in volgens mij…

Iter: Wat zit er niet bij?

Itee: De informatievoorziening. Want Communicatie en transparantie zegt iets over een proces. De inhoud van de zorg of het medicijn dat is ook belangrijk. Omdat die inhoud van die zorg die komt uit de communicatie voort en eigenlijk ook uit onderzoek. Je kan op internet tegenwoordig alles vinden, al is dat ook een risico omdat je niet weet wat de waarde is van die informatie. Maar dat heeft iets te maken met een stukje eigen regie. De communicatie in combinatie met wat je weet, daar kun je een stukje eigen regie mee voeren. Maar…

[De respondent denkt even diep na en pakt dan een leeg kaartje waar hij 'Inhoud van zorg/medicijn' opschrijft. Dit kaartje legt hij als tweede van boven neer]

Je maakt het me wel heel moeilijk moet ik zeggen..

Iter: Het spijt me.

Itee: [lachend:] Nee daar kun jij niks aan doen. Ik denk dat dit goed is dat ik er even diep over nadenk. Ik schuif het kaartje Totaalbeeld toch even naar onder omdat ik die wat minder interessant vind. Het is goed om een overzicht te hebben van alles, maar dat moet niet leidend zijn bij een oplossing van alles. Menselijke zorg vind ik ook niet zo belangrijk, omdat de kwaliteit gewoon goed moet zijn en dan vind ik Menselijk zorg wat minder belangrijk. Dus die laat ik ook wat zakken. Maar dat is dan een persoonlijke insteek.

Iter: daar gaat het ook om. Het gaat erom wat u het belangrijkste vindt.

Itee: Dat komt ook een beetje omdat je Communicatie en transparantie al aan de bovenkant hebt. Dan is de menselijke zorg ook niet zo interessant meer omdat je daarmee als het ware een stukje regie samen met de arts voert. Dus Gelijkwaardigheid zit dan toch nog wel hoog in de boom uiteindelijk. Hoewel een aantekening van mij wel is dat de arts dan uiteindelijk degene is die het moet doen. Zijn kwaliteit en kunde moet uiteindelijk een oplossing voor mij opleveren.

[De respondent begint wat zachter te praten. Hij mompelt als het ware:] Zorg op maat, Individugericht en Respect…

[De respondent klopt even met zijn vingers op tafel. Hij vervolgt zijn verhaal met normaal stemvolume:] Ja, dat zit ook al in dat verhaal van Menselijk zorg, dus dan gaat die naar beneden.

[De respondent begint weer te mompelen. Zijn woorden worden onverstaanbaar. Dan zegt hij weer met een normaal stemvolume:] Ik leg het zo nog wel even uit.

[De respondent blijft even stil kijken naar de waarde Persoonlijke ontwikkeling]

Iter: Als u ergens vragen over heeft dan kunt u het gewoon zeggen hè. Dan leg ik het gewoon uit.

Itee: Ja, ik zit even te kijken wat hier precies onder verstaan wordt. Dit heeft iets te maken met het feit dat als de arts je niet beter kan maken, dat je daar als mens wel mee leert omgaan om er iets positiefs van te maken. Ik leg hem voorlopig even hier neer.

[het kaartje Persoonlijke ontwikkeling wordt op de één na laatste plek gelegd]

Ik zet dan Kwaliteit bovenaan. Dan de Communicatie en transparantie op plaats twee. Die kan samen met de Inhoud van de zorg de Eigen regie stimuleren. Maar nogmaals, de Kwaliteit blijft bovenaan staan. Zo kom je dan tot Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar dat is op zich wel belangrijk.

[De respondent is even stil en denk weer diep na]

Dat de arts dat moet doen.. Dat is voor mij wel belangrijk; dat die een klein beetje de lead heeft.

[De respondent pakt de pen en het laatste lege kaartje. Op dit kaartje schrijft hij 'Arts de LEAD, zijn kennis is bepalend']

Dit zet ik dan toch onder gelijkwaardigheid, omdat de arts dan toch wel bepaalt wat er moet gebeuren. Dan krijg je daaronder de wat meer softe elementen in het zorgproces. Zoals de Zorg op maat: dat is toch dat je de zorg krijgt als je dat hele proces daarboven hebt doorlopen. Ook de Onafhankelijkheid. Die komt daarna omdat je wel door moet als je eenmaal de afspraak hebt hoe het moet. Je moet door als je behandelt kan worden, maar als je niet behandelt kan worden moet je ook door. Wat je dan doet is Individugericht en gericht op een ontwikkeling. Daar komt dan ook de waarde Persoonlijke ontwikkeling in terug. Ik zit nog even te kijken wat ik met Respect doe. Die kun je onder Communicatie en transparantie zetten omdat respect daar getoond kan worden door informatie te verstrekken die je nodig hebt om tot een beeld te komen van waar je staat en waar je naartoe gaat. Maar ik hoef op zich geen respect te hebben van de beste man. Ik wil gewoon dat die man zijn kwaliteiten toont. Als ik iemand heb die wel respect toont maar vervolgens een lulverhaal zit op te hangen, daar koop ik niet zoveel voor. Ik heb liever iemand die bot en rauw is, maar die wel vertelt waar het op slaat. Dat is mijn persoonlijke mening. De Menselijke zorg zit ook een beetje in het Totaalbeeld opgesloten. Dat zijn ook een beetje de softe waarden. Ik vind dat Totaalbeeld ook iets te ver gaan. Ik vind dat die mensen zich vooral moeten focussen op waar ze echt verstand van hebben. Je moet je niet in de breedte gaan bewegen om het de patiënt zo veel mogelijk naar de zin te maken. Want zachte heelmeesters maken stinkende wonden is het spreekwoord. Daar is het eigenlijk mee gezegd. Moet ik het nog opnoemen voor je opname?

Iter: Nee, dat doe ik straks als we het besproken hebben. Het kan zijn dat je tijdens het bespreken nog dingen wilt verleggen. Daarom noem ik de volgorde pas op als we dit helemaal besproken hebben. We beginnen bovenaan. Daar heb je Kwaliteit staan. Je gaf al aan dat Kwaliteit het belangrijkste voor je is. Misschien is dit een beetje een open deur maar ik vraag het toch: waarom vind je dat?

Itee: Omdat de kwaliteit uiteindelijk bepaalt of het genezingsproces, want daar heb je het uiteindelijk over als je in de zorg bezig bent, of je de beste zorg krijgt die beschikbaar is. En dat is eigenlijk waar je naartoe wilt. Ze kunnen het heel moeilijk voor je maken, ze kunnen het heel lastig maken, ze kunnen tegen je schreeuwen en je allerlei andere marteltuigen toedienen, maar waar het om gaat is natuurlijk dat je gezond wordt. En dan is de kwaliteit het belangrijkste. Ik refereer weer aan het spreekwoord: zachte heelmeesters maken stinkende wonden.

Iter: Dus in die zin is de kern van de gezondheidszorg dat ze kwaliteit leveren en dat ze je beter maken als je ziek bent?

Itee: Ja. Gewoon de optimale kwaliteit van leven beschikbaar maken.

Iter: Daaronder heb je Communicatie en transparantie neergezet. Dat betekend dat alles duidelijk wordt neergezet en dat helder is wat alles is. Waarom staat deze waarde op nummer twee?

Itee: Omdat je als leek, tussen aanhalingstekens, niet bent geschoold om in het medische traject. Je kan tegenwoordig een heleboel informatie overal vandaan halen, maar dat is allemaal informatie die soms gedateerd. Maar dat weet je dus niet. Je bent niet op de hoogte van de laatste stand van zaken binnen de medische wetenschap op dat moment. Daardoor heb je die communicatie met de arts nodig, die wel op zijn gebied volledig bij is. Zo kun je kijken wat de stand van zaken is. En als je een second opinion wil aanvragen heb je die informatie nodig om bij de second opinion te kunnen toetsen of dat wat ze daar vertellen wel of niet aansluit. Zo houd je toch een beetje regie over wat er gebeurt en weet je wat je te wachten staat. De arts is dan degene die uiteindelijk moet gaan snijden en die de expert is. Je moet op basis van de informatie die je krijgt tot de conclusie kunnen komen dat je met de juiste arts in zee gaat. Dat de kans op resultaat, voor zover je dat kunt beoordelen, goed zit. Dat geeft een stukje rust.

Iter: Dan heb je daaronder de Inhoud van zorg/medicijn staan. Dat is een leeg kaartje dat je hebt ingevuld. Zou je daar wat meer toelichting bij kunnen geven?

Itee: Dat is zeg maar de informatie die je van tevoren via het internet allemaal bij elkaar scharrelt. Die neem je dan bij Communicatie en transparantie ook mee met het gesprek met de artsen.

Iter: Dat is dus de informatie die je verkrijgt op andere manieren dan door met de behandelaar te communiceren?

Itee: Ja, dat klopt ja.

Iter: Waarom is dat belangrijk voor je?

Itee: Om zo dat complete beeld van de situatie te vormen. Je wilt toch een beeld van de hele situatie hebben. Op bijvoorbeeld patiëntenfora wordt daar gecommuniceerd over individuele ervaringen van mensen en andere rubrieken die tussen aanhalingstekens objectieve informatie geven. Je weet namelijk nooit of die informatie die je vindt of dat waar is in de zin van actualiteit. Maar dat is het risico van internet tegenwoordig.

Iter: Wat is de reden dat je dat complete beeld zo belangrijk vindt?

Itee: Omdat dat ervoor zorgt dat je de waarde Eigen regie, die daaronder staat, kunt waarborgen. Je moet dan wel goed geïnformeerd zijn.

Iter: Waarom staat Eigen regie onder de bovenste drie waarden?

Itee: Het is enigszins uitwisselbaar. Het één heeft met het ander te maken. Doordat je eigen regie wilt houden, met de uitdrukkelijke opmerking dat artsen degene zijn die de behandeling moeten uitvoeren, heb je eigen informatie nodig. Eigen regie staat onder het zelf verzamelen van die informatie, omdat je die informatie en de Communicatie en transparantie nodig hebt om de regie te voeren. Je kunt niet eerst de regie voeren en dan communiceren. Dat is wat lastig om uit te leggen, maar het gaat om de volgorde waarin iets gebeurt. Het gaat mij niet primair om de Eigen regie, het gaat mij erom dat ik de informatie heb en dat ik weet wat er gebeurt. En dat doe je door in principe voor een deel zelf de regie te voeren. Je kunt het ook over je heen laten komen. Je gaat naar de arts en je zegt ‘ik heb wat, wat ga je daar aan doen?’ en dat de arts zegt ‘joh, maak je maar geen zorgen, het komt wel goed.’ Dat is dan de gelatenheid waarmee je er vanuit gaat dat de arts het wel weet. Je gaat er wel vanuit dat de arts het weet, maar je wil even toetsen of dat ook echt zo is. Maar dat zit waarschijnlijk ook in mijn beroep; een stukje controle.

Iter: Oké. Dan heb je daaronder de waarde Gelijkwaardigheid staan. Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de zorgverlener. Waarom is dat dermate belangrijk voor jou dat die op de vijfde plaats staat?

Itee: Omdat je alleen open en eerlijke communicatie kunt hebben als je het gevoel hebt dat je op gelijk niveau met elkaar zit. Dan wil ik niet dat ik qua gelijkwaardigheid naast de arts sta en dat ik als het ware samen met hem het mes pak om samen te gaan snijden, want dat is onzin. Wel gelijkwaardigheid dat hij mij in het voortraject behandelt als iemand die recht heeft op informatie en dat als ik vragen heb dat hij daar open en eerlijk antwoord op geeft. Dat hij niet zegt: ‘ik ben de arts, ik weet het en wat zit je nu te zeuren?’. Zo`n gelijkwaardigheid bedoel ik. Vandaar dat hij ook iets lager staat. Omdat ik niet het idee heb dat ik net zo goed ben als de arts. Want dat idee heb ik niet.

Iter: Wat ik mij dan afvraag, is dan of het stukje Gelijkwaardigheid wat jij belangrijk vindt, of dat niet opgesloten zit in de waarde Respect. Dat iemand dermate respect voor jou heeft dat hij jou te woord staat en jou die informatie geeft?

Itee: Nee, dat vind ik niet. Want Gelijkwaardigheid en Respect zijn wat mij betreft twee verschillende kwaliteitsaanduidingen voor iemand. Je kan op een gegeven moment best gelijkwaardig met iemand praten terwijl die beste man in principe geen respect voor je heeft. Kijk het gaat mij wat dat betreft niet om de relatie, want respect heeft iets met een relatie te maken. Gelijkwaardigheid heeft zoals ik het bedoel betrekking op de inhoud. Dus als wij gezamenlijk over de inhoud kunnen praten dan hoeft de ander geen respect voor mij te hebben. Ik zeg niet dat je geen respect hoeft te hebben voor elkaar. Als de ander geen respect voor mij heeft dan ga ik wel twijfelen aan wat hij zegt, maar anders ga je twee dingen met elkaar verbinden. De relatie en de inhoud in dit geval.

Iter: Onder Gelijkwaardigheid heb je de waarde Arts de LEAD, zijn kennis is bepalend staan.

Itee: Ja, de arts bepaalt uiteindelijk wel wat er gebeurt als het aan mij ligt. Je bent dan uiteindelijk door de voorbereidende fase heen. Dan moet je op een gegeven moment actief iets gaan doen. Dan ga je naar het behandelplan toe. Dan heeft de arts de leiding. Hij weet toch uiteindelijk het beste wat er moet gebeuren.

Iter: En die waarde staat dan onder Gelijkwaardigheid. Dat zijn twee waarden die wel een beetje met elkaar lijken te vloeken.

Itee: Ja, maar de Gelijkwaardigheid gaat voor mij echt om de communicatie en de informatie en hoe je elkaar in het voortraject behandelt. Vervolgens maak je dan de overstap naar het echte medische traject. Dan is de arts natuurlijk wel degene die bepaalt. Die moet het dan doen. Vanaf de waarde 'Arts de LEAD, zijn kennis is bepalend' gaat het meer om de actie. Die is dan bepalend. Dan zie je ook de actie en de gevolgen. Dat het ene een gevolg is van het ander. Als ik de waarden van boven naar beneden heb. Dan is het ook niet zo dat het op een schaal van tien bij een waardering van dertien begint en bij nul eindigt. Het begint dan bij een acht en het eindigt bij een zesenhalf of zevenenhalf. Maar die breedte tussen die componenten is ook niet zo enorm groot. Maar ik moet nu eenmaal een keuze maken. Maar zodra de arts de lead neemt, dan gaat het wel over in het doen.

Iter: Dan valt daar onder op nummer zeven de waarde Zorg op maat. Die staat dan bovenaan bij de zaken waarvan je wilt dat de arts die doet?

Itee: Tja, kijk op een gegeven moment heeft de arts besloten wat 'ie doet en Zorg op maat kun je dan het beste zien als de techniek dat de juiste beslissing wordt genomen; het is toch zijn kennisdomein. Het gaat niet om het meest handige van mij, het gaat vooral om de combinatie. Maar primair toch dat wat er moet gebeuren moet er gebeuren en hoe aangenaam mogelijk dat kan zijn is natuurlijk niet onbelangrijk daarbij.

Iter: Dus de arts besluit, maar ergens wil je dan toch wel dat zijn besluit wel op jouw zorgbehoeften aansluit?

Itee: Ja, als ik een hartoperatie moet krijgen en die afspraak staat er dat hij dat doet, dan lijkt het me niet handig als hij vervolgens mijn been amputeert. Die zorg op maat betekent dan niet meer dan dat de zorg die is afgesproken er voor mij het beste uithaalt. Dat heeft dus wel met de behandeling te maken.

Iter: Onder Zorg op maat staat de waarde Onafhankelijkheid. Wat is voor jou het verschil tussen Zorg op Maat en Onafhankelijkheid?

Itee: Nouja, de Zorg op maat is voor mij echt de ingreep, dus dat wat je hebt dat dat past bij wat je moet ondergaan. Onafhankelijkheid is dat die ingreep gericht is op de meest optimale prestatie. Dat je na die ingreep weer onafhankelijk kan zijn. Dat je daarna weer zo goed mogelijk kunt functioneren.

Iter: Dus de ingreep die onder Zorg op maat valt, moet er dan voor zorgen dat je zo onafhankelijk mogelijk verder kunt leven?

Itee: Ja.

Iter: Dan staat daar onder Individugericht. Hoe zie je dat?

Itee: Dat is persoonlijke aandacht. Daarvan zeg ik aan de ene kant 'het zal me een worst wezen, zolang ze maar hun best doen' maar dat kan ook al een beetje in het voortraject opgesloten zitten. Maar dat Individugericht, dat je zaken aantrekkelijker maakt voor de patiënt, dat vind ik minder belangrijk dan dat de arts gewoon zijn werk goed doet. Als hij gewoon de goede zorg op maat levert en ervoor zorgt dat ik zo optimaal mogelijk kan functioneren dan is hij eigenlijk al Individugericht bezig. Dan hoeft hij van mij niet nog eens een uur langs te komen om te vragen hoe het met me gaat. Dan heb ik liever dat hij niet meer komt en dat hij gewoon zorgt dat alles in orde is. Dus dat bedoel ik dan met Individugericht. Ik hoef niet de aandacht om de aandacht. Ik wil alleen maar goed behandeld worden.

Iter: Dan hebben we nog vier waarden over..

Itee: Ja, Persoonlijke ontwikkeling is dan de volgende. [De respondent leest de waarde even zacht aan zichzelf voor] Ja, dat komt omdat dit toch meer na de behandeling speelt. Stel dat je behandelt ben en er blijft toch een restprobleem over dan moet je toch leren om daarmee om te gaan. Dan kan je dit wel aan de voorkant zetten dat het belangrijk is, maar dit komt natuurlijk pas op het moment dat je uitbehandeld bent of dat de behandeling niet verder kan. Vandaar dat ik hem hieronder heb neergelegd. Omdat ik een beetje logisch heb nagedacht over het proces van de zorg. Over welke van deze kwaliteitscriteria in welk deel van het proces het beste passen. Je begint natuurlijk met dat er iets aan de hand is en dat je gaat communiceren over wat er dan kan gebeuren, vervolgens ga je over naar het gebeuren zelf waarin je dan tijdens een ziekenhuisopname de behandeling krijgt en dan krijg je het nazorgtraject. Zo zie ik dan een beetje deze combinatie van waarden zoals die in het proces zitten. Ik heb geprobeerd het aandachtspunt wat jij per kaartje noemt, dan zoveel mogelijk in het proces te zetten waarvan ik denk waar het in thuishoort. Vandaar ook die volgorde. Dat maakt het voor mij ook wat gemakkelijker om de tegenstrijdigheden die ik soms denk te zien, bijvoorbeeld Respect en Gelijkwaardigheid, om die helder neer te zetten. Want Gelijkwaardigheid gaat erom hoe je met elkaar omgaat aan de voorkant en Respect is voor mij wat minder belangrijk.

Iter: Betekent dit dan ook dat de dingen die voor jou voorin het proces zitten, dat die belangrijker zijn dan die onderste waarden?

Itee: Ja, want de bovenkant bepaalt uiteindelijk waar je dan naartoe gaat en hoe het er uit gaat zien en de onderkant is meer gevolgmatig wat daar uit voortkomt. Zo gestructureerd zit ik nou eenmaal in elkaar. Daar kan ik niks aan doen.

Ja Respect dan. Respect en Menselijke zorg zit een beetje in elkaars verlengde. Want je kan aandacht krijgen van iemand, maar dat diegene je dan geen respect geeft. Bijvoorbeeld een arts die twee benen heeft afgezet in plaats van één.. Nou daar heb je dan geen respect meer voor. Maar dan kan die nog steeds wel aardig zijn voor je. Maar goed, dat aardig zijn vind ik dan niet zo belangrijk. Nogmaals, ik had dan liever gezien dat hij dat ene been wel had laten zitten bij wijze van spreken.

Dat Totaalbeeld vind ik in eerste instantie wel lastig. Je wilt toch alles bij elkaar gepakt hebben om alles optimaal op elkaar af te stemmen. Maar het probleem is vaak dat daar altijd keuzes gemaakt moeten worden en die keuzes betekenen dat het één dan meer aandacht krijgt dan het ander. Dus alles op elkaar afgestemd krijgen, dat lukt toch niet en dan denk ik: laten we nou niet proberen om zoveel mogelijk dingen aangenaam te maken, doe gewoon wat je moet doen en zorg ervoor dat dat gebeurt. En dat zit dan aan de voorkant. Dit zit wat dat betreft meer aan de onderkant.

Iter: Weet je waar dat dan vandaan komt?

Itee: Dat zal misschien wel gewoon met mijn levenshouding te maken hebben. Afspraak is afspraak. Je staat voor iets en je moet dat doel bereiken en uiteraard is dat niet het enige wat van belang is. Er komen allerlei dingen bij. Maar het gaat er uiteindelijk toch om, om dat doel te bereiken. En je kan dat dan op een hele autoritaire manier doen of je kan dat op een hele sociale, samenwerkende manier doen. Maar dat doel blijft staan. Dat is ook de Kwaliteit van de zorg. En de manier waarop daar zijn varianten in. En binnen die varianten heb ik dit dan als mijn persoonlijke voorkeur.

[Het blijft even stil]

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Kwaliteit, Communicatie en transparantie, Inhoud van zorg/medicijn (zelf ingevulde waarde), Eigen regie, Gelijkwaardigheid, Arts de LEAD, zijn kennis is bepalend (zelf ingevulde waarde), Zorg op maat, Onafhankelijkheid, Individugericht, Persoonlijke ontwikkeling, Respect, Menselijke zorg en Totaalbeeld]

Itee: Bij de waarde Gelijkwaardigheid zit voor mij een overslagpunt. Van de eerste waarde tot deze waarde zijn het voor mij allemaal ongeveer gelijkwaardige dingen die samen de kern vormen. Dan krijg je daaronder bij 'Arts de LEAD, zijn kennis is bepalend' een ander deel van het proces. Dan krijg je namelijk meer de implementatie van het zorgproces, hoe de arts omgaat met het probleem. Of hij dat goed aanpakt. Onder de waarde Individugericht krijg je zaken die op zich ook wel belangrijk zijn, maar het doel gaat dan voor de manier waarop.

Iter: Oké, dan mag je de kaartjes omhoog schuiven. Je hoeft ze niet op volgorde weg te leggen hoor. Dan gaan we naar het laatste gedeelte.

Ik leg u nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen u kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre u het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil u vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die u heeft gegeven. Mocht u zelf nog benaderingswijzen weten dan kunt u die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Ja, wel lastig hoor.

Iter: Ik zie dat je een vraagteken hebt neergezet bij de antwoordoptie 'Via een digitale nieuwsbrief'. Dus ik zou zeggen: stel eerst de vraag die je daarbij hebt, dan kan ik die beantwoorden.

Itee: Ja, bij een digitale nieuwsbrief is het een beetje de vraag hoe je dat invult. Is dat een algemene nieuwsbrief voor iedereen of een hele specifieke nieuwsbrief die gericht is op een euvel waar je last van hebt?

Iter: Dat heb ik expres een beetje opengelaten zodat je dat zelf kan invullen zoals jij dat het fijnste vindt. Dus ik zou zeggen: vul het in zoals je dat zelf het liefste zou zien.

Itee: Dan splits ik hem in een algemene nieuwsbrief en een specifieke nieuwsbrief.

Iter: Oké, laten we dan gewoon de showcard aflopen van boven naar beneden.

Itee: Bij Facebook heb ik gekozen voor 'Zeker niet op deze manier benaderen'. Dat vind ik toch te generiek als medium om vanuit de zorg te communiceren. Als het dan om specifieke dingen gaat vind ik Facebook sowieso een heel slecht medium, omdat daar ook gewoon de mensen meelezen die daar misschien wel helemaal niet over geïnformeerd over hoeven te worden. Dat is gewoon een probleem.

Via een specifieke website zou ik dan wel graag zien. Ik heb daar gekozen voor 'Zeker op deze manier benaderen'. Dan zit je al in een domein waarin je weet waar je zit. En bij een specifieke website heb je dan als voordeel dat je daar zelf kan bepalen, binnen hetgene dat aangeboden wordt, wat je daarvan meeneemt. Wat dan bij een specifieke website dan ook wel belangrijk is, is dat die specifieke website op een beheerste en gecontroleerde manier tot stand komt. Ik heb dan het idee dat de informatie die daarop staat vanuit een bepaalde regie plaatsvind. Het is dus niet zo dat iedereen maar wat op die website slingert omdat hij vindt dat hij maar wat moet roepen. Maar specifiek in de zin van dat dat dan ook onder de regie staat van iemand die de inhoud van die website beheerst en beheert. Waardoor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de website ook weer toeneemt.

Tegenover het gebruik van folders sta ik neutraal. Ik heb daar ook 'neutraal' ingevuld. Die folders die moeten er zijn, je moet als je daar behoefte aan hebt wat kunnen pakken. Maar het probleem is dat die folders altijd alleen maar op een bepaalde plaatsen liggen. Als je ergens komt en er staan folders dan wordt je gericht op de dingen die er zijn, dus dan kan dat helpen. Dat je even denkt: 'o, daar staat misschien wat in. Laat ik dat dan meenemen'. Maar ik vind dat dat soort zaken die in die folder staan, ook gewoon op die specifieke website moeten staan. Dan heb je gewoon alles in één hand.

Die digitale nieuwsbrief is een beetje hetzelfde probleem. Algemene informatie daar heb je natuurlijk niet zoveel aan. Want ik ga geen nieuwsbrief lezen omdat ik iets wil lezen. Ik ga die nieuwsbrief lezen omdat ik wil weten waarin ik in geïnteresseerd ben. Ik ben geïnteresseerd in dat specifieke. Dus voor een algemene nieuwsbrief zeg ik dan 'Zeker niet op deze manier benaderen'. Voor een specifieke digitale nieuwsbrief zeg ik 'Liever op deze manier benaderen'. Voor die app geldt voor mij hetzelfde. Als het een app is met algemene informatie dan zeg ik 'Zeker niet op deze manier benaderen' en voor een specifieke 'Liever op deze manier benaderen'.

Iter: Is het dan voor jou echt belangrijk om die specifieke informatie te krijgen, de informatie die op jou is toegespitst?

Itee: Ja. Ik wil die informatie die voor mij van toepassing is.
Ja en per post is een beetje ouderwets.

Iter: Maar je hebt wel neergezet 'Liever wel op deze manier benaderen'.

Itee: Ja. Ik zet erbij 'mail' omdat je mail eigenlijk je elektronische postbus is. Maar dat is dan echt specifiek op jou gericht. Ik ga er dan vanuit dat het gaat om post over dat specifieke traject waar je in zit. Dan vind ik wel omdat het specifiek naar jou toegestuurd wordt, dan wil ik op die manier liever wel benaderd worden. Ik vind post of een e-mail dan persoonlijk, zo`n speciale app vind ik weer wat minder persoonlijk en een digitale nieuwsbrief vind ik dan generiek. In die volgorde gaat het ook van 'persoonlijk' naar 'generiek'. De mail is echt persoonlijk gericht. Als dat persoonlijk is dan zeg ik toch 'Zeker op deze manier benaderen'. Maar dat gaat dan uit vanuit de vraag die je stelt in de communicatie. Bij de app en de digitale nieuwsbrief gaat het toch om thematische dingen waarbij je zelf aangeeft dat je van het aanbod gebruik wilt maken.

Iter: Dan heb je dus bij de specifieke digitale nieuwsbrief en nu dus ook bij de benadering per post of per e-mail staan 'Zeker op deze manier benaderen'. Heb je daar ook nog een idee bij als je dit zelf zou mogen invullen? Dus als je alles zelf mocht bepalen hoe zou jij het dan invullen? De sky is the limit.

Itee: Kijk die mail is gewoon een kwestie van je vraagt wat en je krijgt antwoord. Dat is dus gewoon die dialoog. Dat is vrij helder. En je hebt dan ook zelf de keuze met welke persoon je mailt.
Die website daar zou ik een terminal nemen die via het internet naar een database gaat. Bij die database zitten dan de artsen en andere deskundigen die de database invullen. Dan is het mooie dat die database vraag gestuurd is opgebouwd. Dan heb je dus een database met beperkte informatie die wordt ingevuld door artsen en deskundigen. En dat je dan op basis van vragen de antwoorden geeft. Dat is dus één op één vraag en antwoord. Een andere invulling is dat je per project of thema informatie invult. Dat je dan geen antwoorden krijgt op vragen maar dat gewoon alles per thema er instaat. Dan heb je dus één vraag maar je krijgt meerdere informatiestukjes.

Iter: Oké, dan heb ik als afsluiter nog de vraag of jij nog vragen of opmerkingen hebt naar aanleiding van dit interview of het onderzoek in het algemeen.

Itee: Nou nee vragen niet. Maar meer over de techniek achter jouw methode. Ik vond de aanpak wel bijzonder in de zin dat je het erg goed had voorbereid en dat het lastig was om te antwoorden. Maar daarmee creëer je wel een situatie waarin je moet nadenken over dingen en het moet motiveren. Want het zit volgens mij niet zozeer in de volgorde die er op een gegeven moment uitkwam, maar ook vooral in de motivatie die er achter zat. En daar zitten toch de dingen die het meest belangrijk zijn en die je volgens mij goed voor het voetlicht hebt gebracht. Ik vond het plezierig om te doen, hoewel ik er wel bijna hoofdpijn van hebt gekregen. Maar dat zet mij ook wel weer aan het denken over dingen waar ik niet dagelijks mee te maken heb. Maar die wel in potentie voor iedereen wel een keer aan de orde komen. We komen allemaal wel een keer met de zorg in aanraking. Ik ben benieuwd hoe de opdrachtgever uiteindelijk over jou resultaat denkt. Ik ben ook wel benieuwd wat er uitkomt uiteindelijk. Daar heb ik nog niet echt een beeld van op basis van de enquête en dit interview, maar ik ben er bijna zeker van dat de uitkomsten zinvol zijn voor jouw opdrachtgever. En dat het inzicht geeft vanuit de mensen waar de organisatie weinig zicht op heeft omdat ze daar nog weinig over onderzocht hebben. Dat was het eigenlijk.

Iter: Bedankt voor het interview

Itee: Graag gedaan.

Bijlage XXII: Verbatimverslag interview respondent 4

Geslacht respondent: vrouw

Iter: Nu ik u in het kort heb uitgelegd waar het onderzoek over gaat, wil ik graag met het interview beginnen als u dat goed vindt.

Itee: Dat is prima.

Iter: Dan wil ik als eerste graag weten hoe oud u bent.

Itee: Ik ben alweer 33 jaar inmiddels.

Iter: Maakt u op dit moment nog gebruik van zorg? En als dit zo is, wilt u dan ook kwijt welke zorg dit is?

Itee: Ik maak nauwelijks gebruik van zorg. Ik ben best wel een beetje met fitness, mijn gezondheid en goed eten bezig. Ik heb het idee dat dat wel helpt. En ik heb ook gewoon het geluk dat ik gezond ben.

Iter: Dus je bent gewoon gezond er daardoor loopt u nergens bij?

Itee: Ja, inderdaad.

Iter: Oké, nou dat is mooi.

Itee: Ik vind het niet erg inderdaad. Ik ga natuurlijk wel eens in het halfjaar naar de tandarts voor controle.

Iter: Oké, dan zou ik nu graag beginnen met de kern van het onderzoek. Ik zal dit eerst even inleiden met wat instructies.

Itee: Is goed.

Iter: Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef u straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan u is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor u. Het belangrijkste kaartje mag u bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan u is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat uw beweegredenen zijn.

Ik heb als eerste het kaartje met de waarde Conservation voor u. Daarop staat 'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden'.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: Zeg trouwens maar gewoon ‘je’ hoor. Anders voel ik me zo oud.

Iter: Oké, ik zal het proberen!

Dan heb ik het kaartje Self-enhancement. Daar staat op 'Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen'.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan hebben we daarna het kaartje Self-transendence, daar valt onder 'Ik accepteer anderen en ben bezorgd over het welzijn van de mensen om mij heen'.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan is er nog het kaartje Openness to change: Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: Deze waarden zaten ook in de enquête of niet?

Iter: Ja, dat klopt inderdaad.

Itee: Ehm… Ja, ik denk zonder meer dat Self-transendence iets is waar ik goed in ben en wat me aanspreekt. Het past wel bij mij denk ik. Conservation past helemaal niet bij mij. Ik geloof dat ik die wel zo`n beetje onderaan mag zetten, want ik heb helemaal niet zo`n behoefte om de huidige situatie hetzelfde te houden. Ik vind nieuwe situaties wel interessant. En Self-transendence past niet alleen goed bij me, maar ik ben ook van mening dat als je alle plussen en minnen op elkaar afweegt, dat je dan een goed leven hebt geleid op het moment dat je een plusje in het algeheel hebt. Dus als je goed bent geweest voor de mensen om je heen. Dat kan al in kleine dingen zitten dat je mensen op straat begroet en dat ze dat leuk vinden. De hele kleine dingetjes tot weet ik het wat. Maar ik denk dat als iedereen bij die leefregels leeft dan zou dat in theorie een veel betere wereld moeten verzorgen.

Openness to change is wel mijn nummer twee. Er is niet zoveel verschil met nummer één. Ik ben sowieso wel een beetje eigengereid, maar ik probeer ook altijd wel te kijken of mensen van buitenaf of invloeden met goede ideeën aankomen. Dan sta ik daar wel voor open en dat vind ik wel goed.

Dan krijg je de Self-enhancement. Die is eigenlijk net zo onbelangrijk als de Conservation. Of.. Nou nee, dat is niet helemaal waar. Ik vind mijn eigen successen wel belangrijk. Maar om macht te hebben over anderen… Ik weet niet zeker of ik het wel interessant vind of dat ik het verschrikkelijk vind… [De respondent begint te lachen:].. maar het hoeft niet voor mij in ieder geval. Dus, ja.. Ik zet hem dan op de derde plek. Want eigen succes is niet verkeerd.

Iter: Je hebt dan Self-transendence helemaal bovenaan staan. Je gaf net aan dat die samen met Openness to change goed bij je passen en dat ze dicht bij elkaar staan in jouw beleving…

Itee: …Ja en dan een heel groot gat en dan Self-enhancement en Conservation.

Iter: Je hebt ervoor gekozen om Self-transendence boven Openness to change te zetten. Wat was daarbij voor jou de doorslaggevende factor?

Itee: [Denkt even diep na:] Ja, ik denk dat je kijkt naar het eigen leven positief beïnvloeden bij Openness to change en het positief beïnvloeden van de levens van anderen, dan denk ik dat als je de levens van anderen positief beïnvloedt dat dit jouw eigen leven ook positief beïnvloedt. Ik denk dat dat een groter effect heeft dan. Het zou bijna ook andersom kunnen. Ik denk dat als je goed bent voor anderen mensen dat dit ook een effect heeft op jezelf. En dat dit effect dan net even wat groter is dan als het andersom gebeurt. Aan de andere kant is het ook zo dat als je goed bent voor jezelf dat dit ook anderen weer helpt.

Iter: Hoe zie je dat laatste precies voor je?

Itee: Nou, bijvoorbeeld als jij goed op je eigen gezondheid let, dan ben je gezond genoeg om anderen een handje toe te kunnen steken. Als jij je gezondheid helemaal laats versloffen dan wordt dat moeilijker om maar een voorbeeldje te noemen. Ik denk dat het wel goed is om voor jezelf te zorgen om zo ook voor anderen te kunnen zorgen of een handje toe te kunnen steken.

Iter: Dus die twee waarden heb je duidelijk op één en twee staan. Dan komt er volgens jou een gat en dan de waarde Self-enhancement. Je geeft zelf al aan dat het hebben van succes je van deze waarde wel aanspreekt.

Itee: Ja, maar dat macht hebben over anderen dat vind ik niet interessant.

Iter: Sommige mensen vinden het wel interessant en sommige mensen vinden het niet interessant…

Itee: …Ja en ik vind het dodelijk dat sommige mensen het wel interessant vinden. Want ik denk dat machtswellust zo`n beetje de grootste oorzaak is van alle ellende in de wereld. Ik vind het nastreven van macht dan ook geen gezonde eigenschap.

Iter: En bij het zelf behalen van succes heb je wel een goed gevoel?

Itee: Ja, dat vind ik inderdaad prima. Gewoon goed functioneren in de maatschappij en een beetje geld verdienen dat is prima.

Iter: Want dat versta jij onder succes? Geld verdienen? Of is het iets anders of nog meer?

Itee: Ja, ik vind dat dit er ook onder valt. Ik denk dat een carrière met huisje, boompje, beestje ook wel interessant als je daar aan denkt. Iets lulligs als met fitness, als ik weer een nieuw record heb met bankdrukken dan vind ik dat ook prima. Dat is dan weer een succesje. Ik speel ook muziek en als ik samen met de band een goed nieuw nummer in elkaar heb gedraaid dan is dat ook een succes. Dat zijn allemaal prima dingen om te hebben.

Iter: Dan heb je daaronder Conservation staan. Waarom staat die onderaan en niet bijvoorbeeld als derde om maar wat te noemen?

Itee: Omdat je eigen behoeften onderdrukken niet gezond is. Dan ga je denk ik aan jezelf vreten. En als je dat dan vervolgens nog doet om de huidige situatie hetzelfde te houden, wat al geen interessant doel is, dan ben je aan jezelf aan het vreten om iets oninteressants voor elkaar te krijgen.

Iter: Oké, ik hoor je zeggen dat de huidige situatie hetzelfde houden oninteressant is voor je. Waarom vind je dat?

Itee: Waarom zou je de huidige situatie hetzelfde willen houden? Volgens mij moet je dat andersom benaderen.

Iter: Stel dat je straks in een situatie komt dat alles goed met je gaat…

Itee: …De goede dingen wil je natuurlijk behouden, maar je moet altijd op zoek naar andere dingen, betere dingen. Naar interessante nieuwe mogelijkheden. Op het moment dat je continue bezig bent met het behouden van wat je hebt, dan doe je jezelf oogkleppen voor en ga je niet meer vooruit. Dus ik denk dat dat de dood van je eigen ontwikkeling is om je daar te druk mee bezig te houden. Dus daarom zet ik Conservation onderaan en dat is ook de reden dat Opennes to change hoger op nummer twee staat.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Self-transendence bovenaan, Opennes to change daaronder, daarna Self-enhancement en als laatste waarde Conservation]

Iter: Dan wil ik graag verder gaan met het tweede onderdeel van het kern van het interview. Je mag de kaartjes ergens anders neerleggen. Ik lees weer even de inleiding en de instructies voor en dan gaan we verder.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat je precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga je straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan je uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden voor. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kun je opschrijven welke waarden, die voor jou belangrijk zijn in de zorg, je nog mist. Als je alle dertien kaartjes op tafel hebt liggen, wil ik je vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat je belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden leg je bovenaan, de minst belangrijke waarden leg je onderaan. Ik wil je vragen of je tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in je denkprocessen. Als je alle kaartjes op volgorde hebt gelegd, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Dan beginnen we met de waarde Kwaliteit: De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben nauwelijks bijwerkingen en zijn effectief.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Daarna Totaalbeeld: In de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Daarna heb ik het kaartje Respect voor je: de zorgverlener heeft respect voor de patiënt en de patiënt wordt als gelijkwaardig mens gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Menselijke zorg: de zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt met de patiënt mee.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Individugericht. Dat is dat er persoonlijke aandacht is voor de patiënt en dat deze als uniek mens in zijn eigen situatie wordt gezien en behandeld.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de waarde Zorg op maat: De patiënt ontvangt zorg die speciaal voor hem op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Persoonlijke ontwikkeling: ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Onafhankelijkheid: Dat is dat de zorg erop gericht is om de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn eigen leven te laten leiden. De zorgverlener doet er alles aan om de patiënt zo lang mogelijk de regie in eigen handen te laten houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Gelijkwaardigheid. Dat staat voor gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Eigen regie: de zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in zijn eigen gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als laatste ingevulde kaartje heb ik Communicatie en transparantie: de zorgverlening geeft een compleet beeld, is duidelijk naar de patiënt toe en geeft eerlijk aan wat er speelt en wat mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En dan heb ik hier nog de twee lege kaartjes. Is het aan jou of je ze invult of dat je ze leeg laat. Als je een of twee waarden mist, dan kun je ze gebruiken om die daar op te schrijven.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: Ik vind een aantal waarden wel op elkaar lijken of een gevolg van elkaar zijn. Als je kijkt naar Respect en Menselijke zorg… Op het moment dat jij respect hebt voor je patiënt dan lever je die menselijke zorg denk ik bijna per definitie. Als ik er zo naar kijk denk ik dat als je kwaliteit levert, dat dat bijna een paraplu is voor alles. Zeker gezien het feit dat de dienstbaarheid en de behoeften van de patiënt er ook bij geschreven staan. Dus dat gaat denk ik heel hoog staan bij mij. Ik weet nog niet of ze helemaal bovenaan komen. Totaalbeeld lijkt daar denk ik ook een beetje op.

[De respondent denkt even diep na]

Ik denk dat de Onafhankelijkheid en de Persoonlijke ontwikkeling een beetje tegenovergestelde situaties zijn. Ik krijg de indruk dat de Onafhankelijkheid gaat om ouderen en chronisch zieken die in ieder geval de rest van hun leven zorg nodig gaan hebben en dat de Persoonlijke ontwikkeling geldt voor mensen die met iets tijdelijks of mogelijk tijdelijks lopen.

Iter: Dat kan, maar het kan ook zijn dat mensen met een chronische ziekten dit dan een plaats kunnen geven. Dat valt ook onder Persoonlijke ontwikkeling.

Itee: Ja, maar dat zijn voor mijn gevoel dan toch ook wel mensen die weer op hun eigen benen kunnen staan.

[De respondent is even stil]

Ja, het lastige is dat je eigenlijk alles hiervan wel wilt. Maar dan zit je op een gegeven moment toch met de betaalbaarheid. Misschien moet ik daar een kaartje van bijmaken. Dat klinkt echt heel erg naar en hard, maar ik doe het toch.

[De respondent pakt een leeg kaartje en schrijft daarop 'Betaalbaarheid. Zorg is op langere termijn op niveau te houden']

[De respondent denkt is weer even stil en pakt dan het kaartje Gelijkwaardigheid]

Deze moet misschien wel onderaan, dit kaartje. Ik vind het heel goed dat patiënt en behandelaar op een min of meer gelijk niveau spreken en dat je niet als een klein kind behandeld wordt. Tegelijkertijd suggereert gelijkwaardigheid, denk ik, de laatste jaren dat als mensen een paar uurtjes stevig gegoogled hebben over een bepaalde ziektebeelden dat ze net zoveel weten als de arts. En dat is daar een risico van. Ik denk dat je op een gegeven moment wel vertrouwen moet hebben in de kennis van zo`n arts. Maar dat gaat heel erg vanuit de patiënt. Ik denk dat zo`n arts toch wel enige autoriteit mag hebben zonder dat dat door moet schieten. Want ik ook wel verhalen gehoord van mijn vriendin die in Roemenië woont en daar wordt je toch op een iets andere manier behandeld… Er moet wel een soort gelijkwaardigheid zijn, maar het moet tegelijkertijd niet doorslaan dat wij denken dat we net zoveel weten als de arts.

Betaalbaarheid is stiekem ook wel heel belangrijk. Als wij over twintig jaar die zorg niet meer kunnen betalen dan moet je in één keer gaan terugschroeven van een toch relatieve luxe die we hier hebben naar veel te weinig. Dus dan kun je daar beter in 'easen' zeg maar. Rustig toewerken naar een situatie waarin gekeken wordt naar de kosten en de baten. Op het moment dat jij voor drie miljoen nog twee maanden langer kunt leven op laag niveau kwaliteit, moet je dat dan doen? Dat is een hele pijnlijke vraag, maar die moet je denk ik wel stellen. Dus dat vind ik ook heel belangrijk.

[De respondent is een tijdje stil en leest de kaartjes nog eens aandachtig]

Ik vind Totaalbeeld een beetje lastig te plaatsen.

Iter: Ik kan het wel even toelichten als je wilt?

Itee: Ja, als je dat zou willen doen.

Iter: Totaalbeeld houdt in dat je alles meeneemt in je ogenschouw in de zorg. Er wordt dan in dit geval niet alleen gekeken naar lichamelijke en psychische klachten, maar ook in hoeverre je jezelf bewust bent van bepaalde klachten en processen in je lichaam, wat voor persoonlijkheid de patiënt heeft en hoe de omgeving en de situatie van die patiënt is. Het is dus een brede blik op de mens en de zorg. Begrijp je het zo iets beter?

Itee: Ja, het gaat volgens mij vooral om de brede blik.

[De respondent denkt even na en pakt dan het kaartje Eigen regie]

Dit kaartje vind ik nog wat minder interessant, Eigen regie. Die zet ik nog wat lager. Ik vind Communicatie en transparantie wel heel belangrijk dus die zet ik wat hoger neer. Zorg op maat is belangrijk binnen de mogelijkheden die er zijn. Het mag vooral de kosten dus niet extreem opdrijven voor mij. Voor

Onafhankelijkheid geldt voor mij een beetje hetzelfde verhaal. Respect vind ik ook wel vrij belangrijk geloof ik. Dus die komt ook redelijk hoog.

[De respondent is weer even stil en leest de toelichting op de kaartjes]

Persoonlijke ontwikkeling is toch ook een beetje aan de mensen zelf. Dus die zet ik laag neer. Respect zet ik nog iets lager. Je hoeft namelijk geen respect te hebben als patiënten met hele rare alternatieve ideeën komen. Dan mag zo`n arts best eens met de vuist op tafel slaan en zeggen dat ze normaal moeten doen. Je hoeft wat dat betreft niet in alle gevallen respect te tonen vind ik. Je mag duidelijk je mening geven als je vind dat een patiënt een hele rare keuze maken.

Iter: Maar kan dat dan niet op een respectvolle manier?

Itee: Dat kan misschien wel met respect voor de patiënt, maar niet met respect voor de keuze van de patiënt. En daar zit een verschil in. Dan Individugericht… Ja, dat is leuk als het kan. Dus die zet ik een beetje in de middenmoot neer. Mis ik dan nog iets?

[Respondent denkt nog even na]

Oké, dan heb ik het nu goed liggen denk ik. Bovenaan heb je dan als waarde 'duurzaamheid' maar we noemen het gewoon Betaalbaarheid. Want als het niet betaalbaar is dan vallen alle andere mogelijkheden gelijk weg. Een voorbeeld daarbij. Als ik tweehonderd euro heb en ik wil een TV kopen, dan is het niet verstandig om vast te houden aan mijn wens om een veertig inch LCD-scherm te willen. Dus dan moet ik maar voor een tweedehands kleurentelevisie gaan.

Iter: Hoe zou je dat naar de zorg vertalen?

Itee: Als je dat naar de zorg vertaalt, dan betekent dat dat je alle behandelingen kan willen maar dat je ze pas uit kan voeren als er geld voor is. Dus al het onderliggende in deze rij van kaartjes is geldafhankelijk. Dat is natuurlijk ontzettend krom aan de maatschappij en alles. En je kan het er helemaal niet mee eens zijn, maar zo zit dat op dit moment. Dus het moet betaalbaar zijn. Dat is niet eens een keuze maar min of meer een verplichting. Gelukkig hebben we hier in Nederland vrij veel geld om die zorg te betalen. Maar je kan niet uitgeven wat je niet hebt.

Daarna Totaalbeeld. Dat is het tweede geval waarvan je zegt dat alles wat daar onder zit er onder valt. Het is als het ware een paraplu onder een paraplu. En de waarde Kwaliteit is daar weer een paraplu onder.

Iter: Oké, en dan zie ik dat Totaalbeeld nog boven Kwaliteit ligt. Wat maakt het nou zo voor jou dat de paraplu Totaalbeeld boven de paraplu Kwaliteit staat?

Itee: Omdat ik het idee heb dat Totaalbeeld nog iets breder is. Dat Totaalbeeld misschien ook nog een beetje de menselijk maat meeneemt. Het is een grotere paraplu denk ik. En dus staat die hoger voor mij. Op het moment dat je Kwaliteit boven Totaalbeeld zet dan vallen er nog een paar druppeltjes op de paraplu van Totaalbeeld en dat zou andersom moeten.

Iter: Maar je vind het totaalbeeld dan wel belangrijker dan de kwaliteit van de zorg?

Itee: Ik vind het breder en dus belangrijker. Hoe kan ik dit het beste uitleggen… Als jij een boer bent en je hebt vijftig stieren, vijftig koeien en honderd schapen, dan heb je meer dieren dan je runderen hebt. Dan zijn de dieren belangrijker dan de runderen omdat die noemer meer omvat. Totaalbeeld is belangrijker omdat er dan naar meer onderdelen van de zorg gekeken wordt. Dus dat valt voor mij onder Totaalbeeld.

Iter: Oké en wat valt er dan onder Kwaliteit voor jou?

Itee: Onder kwaliteit valt de effectiviteit van de zorg. Dus of je er beter van wordt. En of er aan de behoeften voldaan wordt. Levert de zorg dat waarvoor je naar het ziekenhuis of naar de arts toegaat. Plus dat het op een prettige manier moet, dus met dienstbaarheid van de zorgprofessionals. Dus of het op een prettige manier je probleem oplost.

Iter: Sluit dat ook aan op het kaartje dat je daaronder hebt gezet? Dus valt Menselijke zorg daar ook onder voor jou?

Itee: Ja, het valt denk ik allemaal onder de bovenste drie paraplu`s. Maar Menselijke zorg is denk ik wat specifieker. Menselijke zorg is dat de zorg geen machine wordt. Dat er in de zorg rekening wordt gehouden met dat mensen ook echt mensen zijn.

Iter: En dat valt dan onder de waarde Kwaliteit zeg je, omdat die onder het kaartje Kwaliteit staat?

Itee: Die valt onder de kwaliteit naar mijn idee.

Iter: Je hebt hem dus onder de bovenste drie gezet. Betekent dat dan ook dat je die het belangrijkste vindt van alle waarden die onder de drie bovenste waarden vallen?

Itee: Ehm.. Goed punt.

[De respondent denkt even na en pakt dan het tweede lege kaartje en schrijft hierop 'Effectiviteit. De zorg verbetert de gezondheid van mensen']

Iter: Wat heb je net opgeschreven?

Itee: Effectiviteit. De zorg verbetert de gezondheid van mensen. Op het moment dat je naar een ziekenhuis gaat en je wordt niet beter dan valt het ziekenhuis denk ik nog meer tegen dan wanneer je een hele nare arts hebt die ontzettend onaangenaam is maar die je wel beter maakt. Ik heb liever een arts die mij helemaal uitkaffert en me vervolgens iets voorschrijft waardoor ik beter wordt dan wanneer het een onwijs aardige gozer is die niks zinnigs te zeggen heeft.

Iter: Dus dat vind je dan belangrijker dan Menselijke zorg, wat je eigenlijk ook al een beetje in het voorbeeld aangeeft?

Itee: Ja.

Iter: Dan heb je daaronder Communicatie en transparantie staan.

Itee: Ja, ik denk dat het heel goed is als mensen weten waar ze aan toe zijn en helder hebben wat er aan de hand is. Ik denk dat bij veel ziekteverschijnselen één van de grote problemen de onzekerheid is. Op het moment dat die communicatie en transparantie goed werken en alles duidelijk en helder is, denk ik dat er een heel groot probleem wordt weggenomen. Daarom denk ik dat dit heel belangrijk is. Dat helpt onzekerheid te voorkomen en dat helpt tegen stress.

Iter: Als je deze waarde nu een cijfer moest geven tussen de nul en de tien, wat zou dit dan worden?

Itee: Toch wel een acht denk ik. En alles erboven nog wel meer dan een acht dus. Ik denk dat alles wel een hoog cijfer zou krijgen in deze lijst.

Iter: Dan krijgen we Respect. Die staat nog boven Individugericht. Wat is daar de grootste reden voor?

Itee: Ja, ik denk dat het heel belangrijk is dat met name de zorgverlener respect heeft voor de patiënt zelf als mens. Als de patiënt vervolgens naar een of andere kwakzalver wil, dan is dat voor mij een keuze waar je geen respect voor hoeft te hebben. In ieder geval een keuze waar je vrij fel tegenin mag gaan.

Iter: Dus dan wel respect voor de mens, maar geen respect voor de keuze die de patiënt eventueel zou kunnen maken?

Itee: Ehm… Hoe zeg ik dit goed? Je hoeft het in ieder geval niet te accepteren. Je hebt het natuurlijk wel te accepteren, maar je hoeft het niet zonder meer te slikken. Je mag best tegen een, naar jouw inzicht, verkeerde keuze ingaan.

Iter: Dan daaronder staat de waarde Individugericht. Wat zorgt ervoor dat die op deze plaats komt?

Itee: Ik vind het een mooi beeld hoor, Individugericht. Als het kan graag. Maar tegelijkertijd moet het ook niet ten koste van alles doorgezet worden. Op het moment dat jij je puur op het individu gaat richten, kan dat ten

koste gaan van de effectiviteit omdat je met een beperkte hoeveelheid personeel zit. Sommige patiënten kunnen daarbij misschien heel veel tijd voor zichzelf opeisen.

Iter: En stel nu dat dit niet zo is?

Itee: Ja, maar als alles kan dan is alles bovenaan. Je moet wel rekening houden met tijd en geld. Al is dat eigenlijk hetzelfde.

Iter: Dus als het kan zou jij wel rekening willen houden met de omstandigheden, maar het hangt er vanaf of het mogelijk is?

Itee: Ja, het is goed als het kan, maar het heeft niet topprioriteit.

Iter: Dan heb je daaronder Zorg op maat staan.

Itee: Ja, dat lijkt sterk op Individugericht. Alleen is dit meer in effect en minder in persoonlijke aandacht. Het zou ook andersom kunnen zijn dat Individugericht onder Zorg op maat zou staan.

Iter: Zie je er dan helemaal geen verschil tussen?

Itee: Ja, ik zie er wel verschil tussen. Ik zie er alleen weinig verschil in belangrijkheid tussen. Misschien is Zorg op maat nog wel ietsje belangrijker omdat het om effectiviteit gaat. Individugericht valt meer onder de paraplu van Menselijke zorg… Ik draai ze toch nog even om. Ik vind Zorg op maat toch ietsje belangrijker als ik er iets beter over nadenk.

Iter: Dan heb je daaronder de waarde Onafhankelijkheid.

Itee: Ja. Het zolang mogelijk het eigen leven laten leiden moet de patiënt ook willen. Meestal zullen ze dat willen, maar daar moet je niet zonder meer van uitgaan vind ik.

Iter: En als de mensen het echt willen?

Itee: Ja, dit wordt wel gebruikt als excuus om bezuinigingen uit te voeren. Het klinkt misschien een beetje gek uit mijn mond omdat ik het net over de betaalbaarheid had, maar het kost minder geld als mensen op zichzelf blijven wonen in plaats van in een verzorgingshuis. Dus dat maakt het een beetje moeilijk. Het is wat dat betreft een beetje dubbel: het is goed als mensen onafhankelijk zijn, maar ze moeten naast de wil het ook gewoon kunnen. Het is mooi als het kan, maar het heeft geen hoge prioriteit. Maar ik heb Eigen regie onderaan gezet en die zou ik nog steeds tussen de zes en de zeven geven, dus het is niet zo dat ik het niet belangrijk vind.

Iter: Oké, dan gaan we verder. Onder Zorg op maat staat het kaartje Persoonlijke ontwikkeling. Wat is het verhaal achter dat kaartje op deze positie voor jou?

Itee: Ja, die lijkt een beetje op Onafhankelijkheid, maar ik denk dat Persoonlijke ontwikkeling dat dat toch ook iets is dat op een gegeven moment niet meer onder de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen valt. Dat is een beetje iets voor de patiënt. Er kan best wel even over gepraat worden en gewezen naar mogelijkheden. Dat is prettig, maar het heeft geen hoge prioriteit.

Iter: Waar zou jij dan de grens stellen tussen erover praten met de patiënt of de patiënt zeggen dat hij dat zelf moet doen? Dus aan de ene kant dat de zorg full-time de patiënt begeleidt in zo`n proces en aan de andere kant dat de patiënt dit helemaal zelf moet doen.

Itee: Met de Communicatie, Respect en Menselijke zorg wil je ervoor zorgen dat je mensen naar beterschap toe begeleidt. Je zou kunnen zeggen wat anderen patiënten heeft geholpen en waar ze naar zouden kunnen kijken qua websites of boeken. Je mag best wat handvatten aangeven, maar op het moment dat je een full-time mental coach wordt dan gaat dat weer wat ver vind ik. Dat hoeft dan ook weer niet.

Iter: Dan komen we bij de een na laatste waarde aan: Gelijkwaardigheid.

Itee: In enige mate is gelijkwaardigheid goed; de behandelaars zijn niet belangrijker dan de patiënt. Dus wat dat betreft ´ja´. Maar zowel de behandelaars als de patiënt mogen zich wel degelijk realiseren dat de behandelaars de experts zijn. Omdat zij de expertise hebben om de knoop door te kunnen hakken.

Iter: Dan heb je als laatste waarde Eigen regie neergezet. Waarom staat die onderaan?

Itee: Hier staat dat de patiënt een leidende rol heeft in de gezondheidstoestand en een leidende rol hierin heeft. De patiënt mag hier best wel beslissingen in maken, maar moet zich wel realiseren dat de professional de professional is.

Iter: Zou je dan ook willen zeggen dat de touwtjes in de handen van de professionele zorgverleners moet blijven? Of zeg ik dat dan te stellig?

Itee: Dat moet in een bepaalde overleg gebeuren denk ik. Maar de zorgverlener is wel leidend denk ik. Als je zegt dat de patiënt een leidende rol heeft dan suggereert dit een beetje dat ze boven de zorgverlener geplaatst wordt daarin.

Iter: Oké, maar zo is het niet bedoeld. Ze zijn gelijk aan elkaar in deze uitleg.

Itee: Oké, maar ik blijf van mening dat de behandelaar het meeste verstand heeft van de zorg en dat die in eerste instantie de touwtjes in handen moet hebben. Patiënt mag daar zeker wel in sturen en heeft daar zeker een belangrijke stem in omdat hij zichzelf beter kent en beter voor hem werkt. Dus wat dat betreft ook belangrijk. Maar de professional heeft er het meeste verstand van dus ik denk dat die enigszins het initiatief moet nemen.

Iter: Hoe hoog zou je Eigen regie waarderen op een schaal van één op tien?

Itee: Een zeven min.

Iter: En de betaalbaarheid van de zorg?

Itee: De betaalbaarheid? Een tien! Die is essentieel namelijk. Betrouwbaarheid en Kwaliteit ook een tien trouwens.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Betaalbaarheid (zelf ingevulde waarde), Totaalbeeld, Kwaliteit, Effectiviteit (zelf ingevulde waarde), Menselijke zorg, Communicatie en transparantie, Respect, Zorg op maat, Individugericht, Onafhankelijkheid, Persoonlijke ontwikkeling, Gelijkwaardigheid en Eigen regie]

Iter: Je mag de kaartjes nu ergens anders neerleggen en dan gaan we door naar het laatste onderdeel. Dit onderdeel leid ik weer even in.

Ik leg je nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen je kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre jij het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil je vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die je heeft gegeven. Mocht je zelf nog benaderingswijzen weten dan kun je die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

Itee: Oké, duidelijk.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Via Facebook… Ik vind dat een vreemde manier, ongebruikelijk en hangt ook een beetje van het onderwerp af. Privacygevoelige informatie wil ik niet via Facebook overgebracht krijgen. Maar op het moment dat het algemene dingetjes zijn en het niet persoonsgebonden zou zijn dan denk ik dat het een prima manier is. Dus ‘Zeker niet op deze manier benaderen’ als het om specifieke informatie gaat en ‘Liever op deze manier benaderen’ als het algemeen is.

Via een specifieke website… Hoe moet ik dat voor me zien?

Iter: Dat zij jou benaderen via de mail of dat je ergens een banner naar de website ziet staan.

Itee: O, dus promotie voor een website. Oké. Nou dat lijkt me een prima manier. Dan kun je gewoon lekker die informatie opzoeken zonder aan tijd gebonden te zijn. Dus ik zet hier neer 'Zeker op deze manier benaderen'.

Informatieve folders komt daarna… Het gaat om mij persoonlijk he?

Iter: Ja.

Itee: Ze doen maar. Het maakt mij echt geen reet uit. Ik ga die folders meestal denk ik niet lezen. Laatste keer dat ik bij de dokter was, was een aantal jaar geleden. Dat is de ideale manier om je te vervelen, dus dan kijk ik wel eens wat voor foldertjes er zijn. Op het moment dat het op mij van toepassing zou zijn zou ik er misschien wel eens een keertje één meenemen. Maar het doet me niet zoveel.

Een digitale nieuwsbrief dan. Gaat dat om algemene of specifieke informatie?

Iter: Dat mag je zelf invullen.

Itee: Als het om specifieke informatie gaat, van een probleem dat je zou kunnen hebben dan denk ik dat dat heel goed is en dat ik graag op die manier benaderd zou worden. Ware het niet dat ik geen fysieke ongemakken ervaar op dit moment. Maar als ik zoiets zou hebben dan zou ik wel zo`n digitale nieuwsbrief willen hebben. Prima dan. Ik zet er dan ook bij 'Zeker op deze manier benaderen'.

Iter: En bij algemene informatie?

Itee: Nee. Dan niet. Dan zou ik het op 'Liever niet op deze manier benaderen' zetten. Dan moet ik het weer in de *spambox* gooien. Liever niet, maar ik vind het ook niet zo heel erg.

Dan via de post. Ehm… Ja, wederom als het onspecifieke informatie is dan absoluut niet. Dat vind ik ook nog eens een keertje milieuverspilling, dat vind ik erger dan een mailtje naar de spambox doen. Als het specifieke informatie is dan… Ja, dan snap ik niet waarom ze het niet gewoon digitaal naar me toesturen want ik heb een e-mailadres. Dus 'Liever niet op deze manier benaderen'. Ik maakt het er hun ook makkelijker mee als het via de e-mail gaat. Dus nee dat hoeft niet.

De speciale mobiele app… Dat is eigenlijk een beetje hetzelfde verhaal als de digitale nieuwsbrief. Als het specifieke informatie is dan lijkt me dat perfect. Als het algemene informatie is… Ik ben niet een gezondheidszorgfreak dus dat is mooi voor beroepsgroepen en mensen die zich bezig houden met zorg. Maar of ze dat aanbieden met algemene zaken… Hartstikke leuk voor ze maar dat hoef ik niet. Dus dan installeer ik hem niet. Als zij dat dan willen doen dan vind ik het niet erg, maar ik zal het niet installeren. Ik zet daarom bij algemeen 'Neutraal' neer. Bij specifieke informatie voor de app zet ik dan neer 'Zeker op deze manier benaderen'.

Iter: Oké, ik ga even spieken op de showcard. Ik zie dat je bij de specifieke website, de digitale nieuwsbrief en de speciale mobiele app hebt staan 'Zeker op deze manier benaderen' met daarbij de voorwaarde dat het specifiek over dingen gaat die jou aangaat.

Itee: Nou, voor de website vind ik het allemaal prima hoor. Maar die laatste twee dan moet het me inderdaad specifiek aangaan.

Iter: Hoe zou jij de invulling doen als jij het helemaal zelf mocht weten? Dus als jij de perfecte invulling mocht geven aan hoe zou jij het dan doen?

Itee: Dan denk ik dat zo`n mobiele app een hele goede is en dat je die in kunt stellen op ziektebeelden of op dingen die op jou van toepassing zijn. Vervolgens moet je er wel een beveiliging op doen. Al is het maar een driecijferige code ofzo om er even binnen te komen op het moment dat je je mobiel kwijtraakt en mensen weten van wie die mobiel is of als mensen voor de lol eens even in je mobiel gaan kijken dat ze geen privacygevoelige informatie te zien krijgen. Dus daar moet wel een beveiliging opzitten, maar vervolgens maak je een lijstje met dingen of laat je mensen iets invullen van wat ze hebben of waar ze last van hebben en dat als daar informatie over is je daar een berichtje van krijgt. Een soort alertservice als er nieuws is over een gebied in de zorg waar je geïnteresseerd in bent. Ik denk dat zo`n mobiele app dan het mooiste is wat er is.

Zo`n specifieke website is dan een heel goed extra stuk informatie om jezelf op de hoogte te brengen als er iets geconstanteerd wordt. Dat kan trouwens ook via een mobiele app. Dat als je zegt 'dit en dit is geconstateerd' dat de app dan een uitleg geeft dat dit en dit aan de hand kan zijn en dat dit de symptomen zijn en dit kan je er aan doen en zo gaan mensen er mee om. Een soort wiki'tje.

Iter: Heb je nog ideeën voor de digitale nieuwsbrief?

Itee: De digitale nieuwsbrief? Ja, ik weet het niet zo goed. Over sommige specifieke ziektebeelden zul je daar genoeg specifieke informatie over kunnen geven. Als het op jou van toepassing is dan is het fijn om daar wat informatie over te krijgen via een nieuwsbrief. Ja dat zal bij de meest voorkomende ziektes vooral wat meer van toepassing zijn. Dus dan wel specifiek maar wel over zaken waar wat meer over bekend is of die wat groter zijn. En ook om een beetje het gevoel te krijgen van 'hé, ik ben niet de enige die dit heeft'. Ik denk dat dat alleen haalbaar is bij de wat meer voorkomende dingen.

Iter: Heb je verder nog ideeën over de invulling?

Itee: Nee, dit is wel een beetje zoals ik het zou willen zien.

Iter: Dan heb ik nog een laatste vraag aan jou en dat is of je nog opmerkingen, aanmerkingen of vragen hebt naar aanleiding van dit interview of het onderzoek. Wil je nog dingen kwijt?

Itee: Nou, ik ben wel benieuwd waar dit precies van is, maar dat ik hoor dus na afloop van het onderzoek. Ehm even denken hoor…

[Respondent is even stil]

Nee, ik geloof het niet. Ik denk dat het helder is.

Iter: Oké, bedankt voor je bereidheid om geïnterviewd te worden!

Itee: Graag gedaan!

Bijlage XXIII: Verbatimverslag interview respondent 5

Geslacht respondent: man

Iter: Ik heb net aangegeven waar het onderzoek over gaat. Heeft u daar nog vragen over?

Itee: Joh, brand maar los. Wij zijn gewend aan mensen die interviews afnemen, we zijn gewend aan mensen die meelopen vanuit de industrie, vanuit verschillende afstudeeronderzoeken hebben wij verschillende studenten die kijken naar onze organisatie. Wij zijn zelf vooral getraind door het bedrijfsleven in het kader van team resource management, we hebben training gehad in interne communicatie, we doen eens per jaar een familietevredenheidsonderzoek waarbij we de mening van onze klanten vragen van ons eigen product, we zijn net een tevredenheidsonderzoek gestart van de afdeling cardiologie dus een gecombineerde afdeling dus we zijn gewend aan allerlei toetsmomenten en zijn vanuit de loop der jaren ook getraind in het communiceren zowel onderling als het feit dat we getoetst zijn in onze bedrijfscultuur en onze communicatiemiddelen onderling en we hebben allerlei training hoe wij naar patiënten communiceren om orgaandonatie; hoe benader je de mensen. Ik ben zelf getraind als bedrijfshulpverlener wanneer collega`s vervelende dingen meemaken hoe je dan met hen moet communiceren, dus dat is een beetje een dwarsdoorsnede over hoe wij naar ons eigen product kijken. Laat ik het zo zeggen.

Iter: Ik neem aan dat u nu spreekt vanuit uw beroep?

Itee: Ja, ik werk als verpleegkundige op de intensive care in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Maar brand maar los joh, dan ga ik kijken of ik op jouw vragen een zinnig antwoord kan geven.

Iter: De eerste vraag die ik tijdens elk interview moet stellen is hoe oud de persoon die ik interview is.

Itee: Ik ben 56.

Iter: Maakt u ook zelf gebruik van zorg? Zo, ja wilt u hier dan iets over vertellen?

Itee: Als je ouder wordt dan heb je zelf ook zorg nodig dus mijn eerste lijn naar de huisarts daar maak ik wel gebruik van. Daar ontkom je niet aan. Het is altijd gevaarlijk als je in een ziekenhuis werkt om niet direct de kortsluiting te maken naar die specialist die in je eigen omgeving zit. Dus het is dan wel netjes om de reguliere zorgpaden te bewandelen om eerst naar de eerstelijns te gaan en dan met een nette doorverwijzing naar de tweede lijn in het ziekenhuis te gaan.

Iter: Dus ondanks dat u eigenlijk hier bij wijze van spreken één verdieping hoger kan gaan en het daar een specialist kan vragen, doet u het wel via de officiële manier?

Itee: Ja, dus je moet jezelf daar wel een beetje mee in acht nemen en dat je je verzekeraar geen pootje licht door die lijn niet te bewandelen en je eigen specialisten niet onnodig belasten. Dat is ook mijn hoofdmoot: Als je zorg gebruikt, kijk dan eerst of je niet zelf eruit kunt komen met de eerstelijns. Zeg trouwens maar gewoon ‘je’ tegen mij hoor.

Iter: Heb je verder nog dingen in de zorg waar je echt gebruik van maakt?

Itee: Af en toe komen wij ook wel op de spoedeisende hulp. Ik heb net zo`n situatie achter de rug met mijn schoonvader die veel zorgen nodig had en waarmee we een aantal keer op de spoedeisende hulp zijn geweest. En met de jongens die zelf ongelukken hadden. Ik ben afgelopen jaar drie keer op de spoedeisende hulp geweest. Drie keer hier in Delft dat we zelf directe zorg nodig hadden en dan kom je binnen als klant in je eigen organisatie. Natuurlijk heb je dan wel wat privileges zeg maar, maar daarnaast vond ik wel dat onze eigen organisatie heel goed en heel snel reageerde. Heel acceptabele wachttijden, goede informatie en een goed nazorgtraject ook. Dus ik was tevreden als klant van mijn eigen organisatie. Dat is wel fijn.

Iter: Oké, bedankt voor uw uitgebreide antwoorden. Dan wil ik nu graag beginnen met de kern van het interview. Dat zal ik eerst even introduceren.

We gaan zo dus beginnen met de kern van het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef je straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan jou is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor jou. Het belangrijkste kaartje mag je bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan jou is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat jouw beweegredenen zijn.
Is dit tot zover duidelijk?

Itee: Ja.

Iter: Oké, dan pak ik de kaartjes. Ik heb eerst Opennes to change. Dat is dat je zelfstandig bedenkt hoe je dingen aanpakt en dat je deze dingen vervolgens ook zelf aanpakt en dat je openstaat voor veranderingen in je manier van leven zodat je leefstijl positief kan veranderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het tweede kaartje is Self-enhancement. Dat is dat je gefocust ben op het najagen van je eigen succes en dat je het fijn vindt om macht te hebben over anderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En dan heb ik hier het kaartje Conservation. Dat is dat je geneigd bent om je eigen behoeften te onderdrukken om de situatie waarin je nu zit hetzelfde te houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En als laatste van de vier kaartjes heb ik dan Self-transendence: Het accepteren van andere mensen om je heen en het bezorgd zijn om het welzijn van de mensen om je heen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: Nou ik denk dat Opennes to change bij mij toch wel bovenaan ligt omdat de communicatie in de zorg ontzettend belangrijk is en zeker op de afdeling waar ik zelf werk niks anders van je vraagt dan voortdurend je strategie te veranderen. Dat is altijd aan allerlei invloeden onderhevig. Omdat je altijd samen moet kunnen werken met anderen.
Ik moet dus altijd open zijn om te kunnen veranderen en daar hoort eigenlijk die Self-transendence wel bij omdat ik een teamplayer ben en rekening moet houden met de mensen om mij heen; de collega's en patiënten waarmee ik werk.
Dan denk ik dat daar onder Conservation komt. Omdat die daar aan ondergeschikt is en je moet toch wel een bepaalde trend proberen te houden in de zorg die je doet. Je hebt een bepaald kader nodig in de zorg die je wilt geven.
En als laatste komt dan Self-enhancement. Eigen succes is in de zorg wel belangrijk, want je wordt gestimuleerd in de zorg om je wel te ontwikkelen, maar dat is zeker niet een instrument om macht te hebben, dus vandaar dat die onderaan komt.

Iter: Ik vind dat je het heel helder uitlegt, chapeau daarvoor. Ik heb het idee dat de twee bovenste kaartjes allebei wel bij je passen, klopt dat?

Itee: Nou, het een gaat wel over in het ander maar het woordje aanpak spreekt mij vooral aan in het bovenste kaartje omdat ik vanuit mijn positie als zorgverlener toch altijd wel tot een bepaalde actie moet overgaan. En het is een observatie, plannen en uitvoeren en daarna weer observeren dus het is een heel actief proces.

Iter: Dus dat actieve dat…

Itee: …dat actieve is wel de motor. Dat geeft wel de doorslag dat die bovenaan komt.

Iter: Dan heb je helemaal als laatste Self-enhancement, die staat onder Conservation. Wat is daar voor jou het grootste verschil tussen?

Itee: Nou dat eigen successen najagen is een grote valkuil omdat je dan het grote verband dan een beetje kwijtraakt. Natuurlijk mag je je eigen competenties hebben, maar als je dat puur tot een eigen succes torpedeert dan zit daar wel een valkuil in. Dan verwacht je ook de acceptatie van datgene wat je verder wilt bereiken in je eigen omgeving. Dan ben je alleen maar met je eigen ding bezig. Dat kan in de afdeling waar we nu zijn, in de intensive care, kan dat niet. Natuurlijk zijn er eigen successen: ik heb een onderzoek op mijn eigen naam staan, dat kun je niet anders doen dan wanneer je ervoor gaat en er heel veel tijd in investeert. Maar je eigen behoeftes onderdrukken moet je wel doen om het totale doel van een afdeling tot zijn recht te laten komen. Dat is een hoger doel.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, daaronder Self-transendence, daarna Conservation en als laatste waarde Self-enhancement]

Iter: Oké, het is weer heel duidelijk.

[Respondent begint een beetje te lachen]

Iter: Ik vind echt dat u het heel goed uitlegt!
Dan kunnen we ook meteen door naar het volgende onderdeel van het interview. Ik zal dit eerst weer even inleiden.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat je precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga je straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan je uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kun je opschrijven welke waarden, die voor jou belangrijk zijn in de zorg, je nog mist. Als je alle dertien de kaartjes op tafel hebt liggen, wil ik je vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat jij belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden leg je weer bovenaan, de minst belangrijke waarden leg je onderaan. Ik wil je vragen of je tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in je denkprocessen. Als je alle kaartjes op volgorde hebt liggen, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Ik begin met de waarde Eigen regie. Dat is dat de zorg gericht is op het stimuleren van eigen regie van de patiënten. De patiënt heeft dan een leidende rol in zijn eigen gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Gelijkwaardigheid. Dat gaat over de gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Persoonlijke ontwikkeling: Ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Individugericht. Dat is dat er persoonlijke aandacht voor de patiënt is als een uniek mens in zijn situatie en omgeving.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Totaalbeeld. Dat is dat er in de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in relatie met het ziektebeeld en de gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Kwaliteit: De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben nauwelijks bijwerkingen en zijn effectief.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Zorg op maat. Dat is dat de patiënt zorg ontvang die speciaal voor hem of haar op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Respect. Dat is dat de zorgverlener respect heeft voor de patiënt en de patiënt ook als een gelijkwaardig mens wordt gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Communicatie en transparantie. Dat is de zorgverlening een compleet beeld geeft, duidelijk is naar de patiënt toe en eerlijk aangeeft 'dit is wel mogelijk en dit niet'.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Menselijke zorg. Dat is dat de zorgverlener aandacht heeft voor de patiënt en ook een beetje meevoelt met de patiënt.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als laatste ingevulde waarde heb ik dan Onafhankelijkheid. Dat is dat de zorg erop gericht is dat de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn of haar eigen leven kan leiden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier nog de twee lege kaartjes, die krijg je ook van me. Ik zal nog even een pen erbij pakken.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: Nou het is wel leuk, want je bent allerlei dingen aan het neerleggen die enerzijds door de wetgeving als zijn genoemd en we zitten natuurlijk in een enorme strijd om de zorg aan de ene kant kwalitatief hoog te houden en aan de andere kant kostenbeheersing toe te passen. Daarbij is de Eigen regie heel belangrijk, maar of dat altijd doorslaggevend is… Ik denk dat als een patiënt hier komt, tenminste zo zie ik het, die komt naar een ziekenhuis omdat 'ie allereerst kwaliteit van ons wil. Vandaar dat Kwaliteit voor mij bovenaan staat, omdat het product dat je wilt geven daarvan wil je eigenlijk wel de hoogste kwaliteit bieden omdat de patiënt daar gewoon recht op heeft. De ene is verzekerd en gaat met de auto naar zijn garage en wil gewoon dat zijn auto goed gemaakt is. En die wil dan dat het goed gemaakt is. Dus voor mij staat Kwaliteit gewoon boven op één.

Zorg op maat hoort daar eigenlijk helemaal bij. Dat je dus heel goed kunt inzoomen, zeker op de afdeling waar we nu zitten. Daar moet je met zijn allen als professionals ontzettend goed niet een standaardtherapie, nee natuurlijk zijn er regels, maar de standaard is wel belangrijk. Dus Zorg op maat is wel belangrijk.

Ehm, Daarna komt dan Communicatie en transparantie want als wij niet transparant zijn in wat we willen doen en de persoon daar goed over informeren dan zijn we fout bezig. Naarmate ik dan naar beneden ga wordt de hiërarchie lastiger. Omdat al deze punten die ik verder op tafel neerleg heel erg belangrijk zijn als het gaat om Persoonlijke ontwikkeling en Respect hebben voor…

Iter: Als ze straks allemaal op volgorde liggen kunnen we het ook wel over die verschillen hebben en dan kunt u dat toelichten.

Itee: Oké. Ik denk dat Respect hierna komt, want je moet zeker blijven luisteren naar de achtergrond van de patiënt en vragen wat hij zelf wil. We hebben heel veel met die ethisch zieken te maken hier; mensen worden ziek en mensen worden ouder dan behandelen wij aandoeningen tegelijkertijd en soms moet je dan met heel duidelijk respect wel eens bepaalde zorg niet geven of een patiënt daarom van de nadelige gevolgen van een bepaalde behandeling goed op de hoogte te brengen. Anders krijgt 'ie een totaal verkeerd beeld. Dus dat respect heeft heel veel te maken met Totaalbeeld. Je moet wel een goed beeld geven.

Iter: Zou het dan in die zin ook met Communicatie en transparantie te maken kunnen hebben?

Itee: Ja, ja! Heel veel.

[De respondent is even stil]

Het moet individueel gericht zijn… professioneel totaalbeeld… Hij moet ook Gelijkwaardig zijn. Je ziet bij mij dat Eigen regie en Onafhankelijkheid onderaan komt. Niet omdat ik die niet belangrijk vind, maar ik vind de professionaliteit in de zorg en de communicatie in deze zin belangrijker want de patiënt komt hier om een stuk zorg te verlenen zodat 'ie uiteindelijk weer onafhankelijk het ziekenhuis uit kan. Hij heeft er niets aan als wij hem zo persoonlijk mogelijk en zo individueel mogelijk behandelen als hij daarbij niet eerst de kwaliteit van zorg krijgt. De beste kwaliteit die wij kunnen bieden.

[De respondent is even stil]

Je ziet dat daarmee de Communicatie en transparantie, Zorg op maat en Kwaliteit ligt bovenaan. Dan uit zichzelf krijg je een stukje Respect, we proberen wel de wensen en het Totaalbeeld van de patiënt in de gaten te houden, maar hij komt vaak met een probleem dat we acuut moeten oplossen en dat echt prioriteit heeft. Daarop moeten wij gericht zijn als professionals. Daarna gaan we dan naar dat informatiegegeven en we moeten dan natuurlijk ook heel goed luisteren naar de patiënt waar we dat aan moet vullen en een stukje Gelijkwaardigheid. Dus als de patiënt het er niet mee eens is dan gaan we meekijken wat we daar aan doen. Dan komt het stukje Persoonlijke ontwikkeling eigenlijk als een gevolg om de hoek kijken. Ook belangrijk, maar minder belangrijker dan zorg.

Iter: Ik zie dat je de laatste twee naast elkaar hebt gelegd. Ik moet je toch vragen, hoe moeilijk dat ook is, om deze toch op volgorde te leggen.

Itee: Ja, dat is goed. Ehm… Ik denk dat ik het dan zo doe. Ik vind Eigen regie denk ik nog iets belangrijker dan Menselijke zorg.

Iter: Dan ga ik je meteen een vraag stellen over die beslissing. Die zit er nog vers in.

Itee: Ja, heel goed!

Iter: Eigen regie boven Menselijke zorg. Waarom?

Itee: Ja, stel je voor een patiënt heeft eigen medicatie bij zich en die is gewend om zijn eigen medicijnen mee te nemen dan vind ik het belangrijker dat hij daar de eigen regie over houdt. Dat stukje zorg vind ik dan belangrijker. Vaak is dat ook wel iets dat door de praktijk, dat we het daardoor nog wel iets belangrijker vinden. Dat is voor mij de reden dat ik Eigen Regie boven Menselijke zorg leg.

Iter: En als je Menselijke zorg nou een cijfer zou moeten geven van een één tot een tien hoe hoog zou dat cijfer worden?

Itee: Ja, het ligt allemaal heel dicht tegen elkaar hè. Jij dwingt mij tot een keuze.

[De respondent begint te lachen]

Iter: Daarom stel ik u ook deze vraag, dan heb ik toch een idee hoe de kaartjes zich tot elkaar verhouden.

Itee: Nou kijk als ik in halfjes zou moeten werken dan zou ik zeggen Kwaliteit dat vind ik een negenenhalf dat is voor uitermate belangrijk en Menselijke zorg is een zes. Want de verschillen zijn minimaal en eigenlijk is dit rijtje met kaartjes meer een cirkel omdat het ene opgaat in het ander.

Iter: Dan gaan we helemaal naar boven. Daar heb je Kwaliteit als belangrijkste en daarna Zorg op maat. Wat maakt het nou zo dat Zorg op maat op twee komt?

Itee: Ehm… Kwaliteit staat voor mij voor een duurzame behandeling; de behandelingen zijn veilig en heel vaak is dat evidence based dus daar moeten wij ons aan houden en proberen zo goed mogelijk die zorg toe te passen en dat is ook het eerste wat we doen. We proberen zo snel mogelijk een goede analyse te maken van de problemen die er zijn, zowel medisch als verpleegtechnisch, en daarop ga je je zorg dan plannen. Dus je doet eerst de analyse en daarop zet je de zorg neer. Dat is een cyclisch proces.

Iter: Misschien een beetje een gekke vraag, maar stel dat het niet evidence based zijn maar je hebt wel het idee dat de patiënt er goed op reageert. Hoe sta jij daar dan tegenover?

Itee: Doen. Dat doen we als we goed communiceren met elkaar en we zien dat we moeten afwijken van een protocol voor die situatie en we zijn ervan overtuigd. Bijvoorbeeld omdat we alleen op onze eigen afdeling goede resultaten mee hebben dan switchen we wel eens omdat ook wel eens de evidence daarvoor te dun is. Als die specifieke situatie daartoe leidt dan gaan we er ook wel eens van af ja.

Iter: Heb je dat wel eens meegemaakt?

Itee: Ja, heel recent nog in januari.

Iter: Mag je daar ook iets over zeggen?

Itee: O dat mag ik wel zeggen. Dat ging over een patiënt die had ernstige nierfunctiestoornissen en die behandelde wij met een apparaat dat we hier een soort tijdelijke dialyse noemen. Maar dat had niet het gewenste resultaat omdat we voortdurend stollingen hadden. Toen hebben we een vorm van antistolling gebruikt van twee verschillende soorten bij elkaar die je anders nooit samen zult gebruiken, maar die situatie klinisch was zo bedreigend dat we wel met die machine moesten draaien. Dus toen hebben we heel pragmatisch die twee vormen van antistolling gebruikt en uiteindelijk heeft de patiënt het daarmee overleeft. Dus dan wijk je wel eens van de protocollen af dat je zegt 'dit moet, want anders verlies je het sowieso'.

Iter: Was dat dan een soort improvisatie?

Itee: Het was een hele pragmatische benadering van 'middel A werkt niet, middel B werkt niet dan gaan we middel A en B samenvoegen om te kijken of we er dan wel uitkomen'. Maar als zorgprofessionals neem je die beslissingen samen.

Iter: Dan heb je daaronder Communicatie en transparantie. Die vind je minder belangrijk dan Zorg op maat maar nog wel vrij belangrijk denk ik…

Itee: Ja, kijk in het proces waarin de kwaliteit belangrijk is en je zorg wilt aanbieden, zul je ten alle tijden moeten communiceren met de patiënt wat je hem aanbiedt. Dat is hier in ieder geval op deze afdeling, op deze intensive care is dat heel belangrijk dat we zowel naar de patiënt als de familie heel duidelijk communiceren waar we zitten en wat mogelijk is.

Iter: Hij staat dus nog wel onder Zorg op maat. Waarom vind je het minder belangrijk dat je goed communiceert dan dat je zorg op maat aanbiedt?

Itee: Omdat je in eerste instantie, wat ik al zei, een analyse doet van wat moet er hier gebeuren. Die zorg voer je uit en daar maak je een planning van omdat je daar voor bent opgeleid. Daarvoor zit je in je vak. En je gaat aan die patiënt aanbieden jouw zorgplan dus dat communiceer je. Je gaat niet eerst met die patiënt in discussie van 'wil je wel behandeld worden?'. Nee, de patiënt wil behandeld worden en jij gaat daarvoor een plan opstellen. Daar ben je voor opgeleid. Dat ga je communiceren met de patiënt. En als het niet goed gaat dan kom je weer terug bij de patiënt en dan geef je aan 'ja het gaat niet goed' en dat je een andere strategie moet toepassen.

Iter: Dan heb je daaronder Respect staan, wat is voor jou de reden om die daar neer te zetten?

Itee: Nouja, kijk in die communicatie komt een stukje respect terug. Stel dat je een situatie hebt dat die patiënt of de familie heeft dat wij over een bepaalde grens gaan, dan moeten wij dat ook respecteren bij die patiënt. Zeker als hij daar moeite mee zou hebben of de consequenties die de behandeling inhoudt dat die daar moeite mee heeft dan moeten wij daar wel naar luisteren. Dat respect moeten wij zeker hebben voor een bepaalde situatie. Dat zie je ook wel meer en meer in de zorg gebeuren nu dat de families of patiënten zelf zeggen 'ja, maar dit had ik niet gewild', 'Dit had mijn vader of moeder niet gewild'. Dan moet je terugkomen op je eerdere stappen die je gezet hebt in de zorg.

Iter: Dus dan dwingt het lager staande Respect jou eigenlijk om…

Itee:...ja om een andere beslissing te nemen.

Iter: …om de Zorg op maat die dus hoger staat om dat te veranderen?

Itee: Ja, ja zeker. Dan moeten de dingen die hoger staan opnieuw bekeken worden.

Iter: Dus eigenlijk zouden er pijltjes kunnen staan bij de kaartjes over hoe die elkaar beïnvloeden?

Itee: Ja, maar daarom zeg ik ook: je dwingt me om ze op een rij te leggen, maar die verschillen liggen zo dicht op elkaar en dat het net zo goed een cyclisch proces zou kunnen zijn.

Iter: Daarom ben ik ook blij dat ik er even op doorvraag.

Itee: Dat mag hoor! Ik ben inmiddels 33 jaar zorgverlener dus…

Iter: Als je nu zou kijken naar Respect en stel dan dat er geen respect is, wat zou dat voor invloed hebben denk je?

Itee: Nou dat heeft heel veel invloed, want ik heb de eerste vijf jaar in een zorginstelling gewerkt waar veel minder respect was voor de zorgontvanger door mijn medezorgverleners en je ziet dat dat een heleboel effect heeft op de eigenwaarde van die mensen. De eigenwaarde dondert in elkaar op het moment dat je geen respect meer hebt voor de mensen met wie je bezig bent. Die voelen zich gelijk aan de kant gezet. Dat zijn gelijk dingen geworden in plaats van mensen. Dus Respect is terdege wel belangrijk.

Iter: Dan heb je daaronder Totaalbeeld. Hoe zou je dat omschrijven?

Itee: Natuurlijk moeten wij de mensen als een eenheid zien. Wij proberen natuurlijk al één ding te behandelen of verschillende aandoeningen te behandelen, maar we kijken wel naar het totaalbeeld: heeft het nog zin om zo lang door te gaan met de behandeling als we zien dat er geen resultaat is. Het aantal aandoeningen waarmee mensen zich in een ziekenhuis presenteren vandaag de dag is dat er drie of vier chronische aandoeningen zijn en één daarvan collabeert, 'collapst', die ontspoort en die probeer je te behandelen. Maar tegelijkertijd heb je vaak te maken met veel meer aandoeningen. Je hebt een stukje vitaliteit, de achteruitgang. Eén van de eerste dingen die wij vragen om een voorbeeld te geven is hoe was het in huis, wat deed u daar thuis? Kon u daar alles nog thuis? Als iemand zich een half jaar alleen maar verplaatst heeft van de tafel naar het bed dan zegt dat iets over de vitaliteit die iemand nog in zich heeft. Dan gaan we niet tot in den treure proberen iemand aan de beademing te houden, daar zitten dan wel grenzen in. Daar moet je wel naar kijken. Dus de vitaliteit is dus in dit Totaalbeeld een heel belangrijk woord. Je kan bijvoorbeeld willen om als een skiër de berg af te gaan, maar als die, wat ik al zei, zich alleen verplaatst heeft van zijn bed naar z`n stoel dan zal die dat niet meer kunnen. Dan zijn we zelfs op een afdeling met hoogwaardige zorg niet in staat om dat weer voor elkaar te krijgen. En daarom is Totaalbeeld ook heel belangrijk voor ons.

Iter: Dus daar wordt dan ook rekening mee gehouden in het stellen van de doelen?

Itee: Daar moet je heel goed rekening mee houden. Wij hebben daarvoor ook dagelijks overleg voor en voor mensen die hier langer liggen hebben we een wekelijks 'lange-liggeroverleg' waarin we bepaalde doelen stellen. Mensen moeten, hoe miniem dan ook, een bepaalde progressie laten zien. Wanneer ze geen progressie laten zien bij maximale zorg van 24 uur mensen om ze heen waarin we cyclisch naar dat zorgproces kijken, wanneer dit niet verbetert, dan moet je je gaan afvragen of er wel progressie mogelijk is voor zulke mensen. Soms moet je met elkaar zeggen 'binnen dat totaalbeeld zien we dat deze persoon niet de power heeft, niet de mogelijkheid heeft om beter te worden'. Soms heeft dat wel eens tot consequentie dat we de behandeling afbreken of lagere doelen stellen. Vaak resulteert dat bij oudere mensen in het stoppen van de behandeling en bij jongere mensen zijn we geneigd om héél lang door te gaan. We hebben nu iemand liggen die ligt 110 dagen op de IC. Dat is een hele jonge dame en die is héél erg ziek geweest maar wij hebben zoiets 'ja, hier gaan we gewoon voor'. Dus daarin is het totaalbeeld heel belangrijk. Als iemand jong of vitaal is dan gaan we ik zou bijna zeggen oneindig door om te kijken of we die zorg kunnen bieden.

Iter: Dan heb je daaronder Individugericht staan. Waarom ligt die onder Totaalbeeld?

Itee: Ik had het ook om kunnen draaien hoor, maar ik heb 'm er net iets onder gelegd. Ehm… Omdat we allereerst naar het totaalbeeld kijken omdat dat belangrijker is. Wij zijn in het slechtste voorbeeld bijna verplicht om te zeggen bij iemand die niet meer vooruit komt 'we stoppen met de behandeling'. Dat gaat net

iets boven het individueel gerichte. Natuurlijk kijken we naar de patiënt en is die uniek in zijn of haar eigen situatie of omgeving. Maar als wij op medische gronden een bepaalde behandeling moeten stoppen, dan zullen we dat doen. Dan zullen we iets meer kijken naar het totaalbeeld dan naar het individueel gerichte.

Iter: Hoe hard dat soms ook is?

Itee: Hoe hard dat soms ook is. En je zult in de zorg tegen elkaar moeten zeggen van 'dit is niet met het leven verenigbaar'. En dat gaat net boven het individuele uit.

[Het is even stil]

Wij zeggen ook nooit tegen een familie 'u moet beslissen', nee wij beslissen. Binnen het team van artsen en verpleegkundigen beslissen we wanneer een behandeling niet doorgaat. Bij ons moet er consensus zijn. Daarna gaan we natuurlijk heel goed communiceren met de familie. Juridisch gezien moet je als arts de behandeling kunnen verantwoorden. Want dat is een heel moeilijk dilemma. Je moet nooit de familie het gevoel geven dat zij de stekker eruit hebben getrokken. Wij kunnen ermee leven als je een behandeling hebt gestopt, want wij hebben geen emotionele band. De familie heeft veel meer een emotionele band. Dat is de achterliggende reden. Daarnaast ben je ook juridisch fout als die beslissing aan de familie overlaat.

Iter: Het gaat dan dus vooral om wie het doet en ook om het juridische?

Itee: Ja, om op de vraag terug te komen: het gaat om het totaalbeeld. Wij moeten proberen om een zo correct mogelijk totaalbeeld te krijgen.

Iter: En dat is voor de familie lastiger om dat hele plaatje te bekijken omdat zij emotioneel betrokken zijn?

Itee: Ja, maar vergeet ook niet dat dit een proces van weken is waar je in terecht komt. Dit gebeurt niet van de ene op de andere dag van 'vandaag beslissen we te stoppen, maar halen we de stekker eruit'. Dat is een proces waarin je meeloopt, waarin je uitgebreid met elkaar praat en ook de gesprekken aan het bed. Je spreekt met de families die op bezoek zijn. Ik zou dan niet zeggen je drinkt helemaal koffie met ze, maar we nemen wel heel veel tijd om met de familie mee te lopen, zowel artsen als verpleegkundigen.

Iter: Dan komen we bij Gelijkwaardigheid uit.

Itee: Nou het is natuurlijk een basisprincipe dat er gelijkwaardigheid is tussen patiënt en behandelaar. Als mens ben je gelijkwaardig, daarom lig je ook wat lager, maar wij hebben een andere positie. Want wij nemen de beslissing, wij zijn ook verplicht om zo goed mogelijke zorg te geven. Wij hebben die kwaliteit. Wij worden geacht om daarover na te denken, de kennis te hebben en de ervaring te hebben en wij weten ook hoe anno 2014 die behandeling zou moeten zijn. En als wij het niet weten dan gaan we een stapje hoger naar een academisch ziekenhuis. Dan gaan we overleggen met de academische ziekenhuizen: 'hoe lossen we dit op? Wat vinden jullie daar van?'. Dus wij moeten ook weer de wijsheid en de kwaliteit hebben om te zeggen 'we missen een stukje kennis, we gaan een stapje hoger'.

Iter: Dus dat je ook weet wanneer je hulp in moet schakelen?

Itee: Ja, ja. Dus wat betreft Gelijkwaardigheid: als mens wel, in de zorgverlening nee.

Iter: Dan Onafhankelijkheid, die staat als drie na laatste, maar is die dan ook minder belangrijk?

Itee: Die is wel belangrijk. Je probeert wel zelfredzaamheid ehm… de patiënt de regie zelf te laten behouden, maar wanneer die ziek is en die is afhankelijk van apparatuur dan is er geen enkele mogelijkheid om de regie in eigen handen te houden. Dat zullen wij dan moeten overnemen. En wanneer het kan zul je dat stukje regie dan weer overgeven. Een patiënt die bij ons uit bed moet omdat dat beter is voor zijn proces die kan hoog en laag springen maar die komt uit bed. Dat is een onderdeel van zijn behandelplan. Dan kan die praten als Brugman, maar dan zeg je 'Meneer J, u komt nu uit bed, want anders wordt je niet beter!'. Want zolang je in bed ligt, blijf je staan. Dan blijft je proces staan. Dat is onderdeel van je ontwikkeling. Dus soms moet je dat overrulen en dan zeg je 'dit is de planning: u komt er om elf uur uit'. En dan moet je soms heel hard zijn, maar uiteindelijk is de patiënt je dankbaar. Dus ehm.. alles goed en wel: de regie krijgt de patiënt zeker terug maar nog niet. Niet op dit moment.

Iter: Op het moment dat ze beter of *beterder* zijn dan?

Itee: Ja, inderdaad. En in kleine dingen kun je de regie wel terug geven. Je kunt iemand een bel geven en als die zegt 'ik wil wat water' wat water geven, wil die een washandje dan krijgt die een washandje. Maar tegelijkertijd gaat dat zorgproces voort en moeten wij ervoor zorgen dat de patiënt goed kan slapen, dat die zich comfortabel voelt en geen pijn heeft. Dat die alle medicatie, alle medicijnen en alle voeding krijgt die die nodig heeft. Maar een stukje regie lever je in.

Iter: Dan heb je daaronder Persoonlijke ontwikkeling staan.

Itee: Ehm… 'Het sterker uit een ziekteproces kunnen komen en betekenis kunnen geven aan…' ja niet iedereen kan dat. Wij moeten mensen wel *supporten* en wij zijn een hele sterke voorstander van het bijhouden van dagboeken door de familie en later door de patiënten en het opschrijven van ervaringen. Daar zijn ook geweldig leuke voorbeelden van en we stimuleren mensen ook als ze beter worden om hun eigen ervaringen op te schrijven. Of ze er altijd sterker uitkomen… dat is maar een klein deel. Het is in ieder geval een aanslag op je autonomie zeker als we zijn op een afdeling als deze. Hoe dat verder zich op de afdeling ontwikkelt dat weet ik niet. Je kunt aan de organisatie van een ziekenhuis niet zoveel veranderen dat iedereen er sterker uitkomt helaas. Dat zou je misschien wel willen maar dan zou je nog per afdeling een blik verpleegkundigen moeten opentrekken, een man of vier erbij allemaal omdat proces te kunnen waarborgen en dat kan gewoon niet. Dat pakt de verzekering niet. [De respondent begint te lachen] Dan zul je allemaal andere hulplijnen en familie moeten inzetten in de verwerking om te kijken hoe ze daar sterker kunnen uitkomen.

Iter: Dat is de praktische kant. Als je het dan algemeen bekijkt is dit dan wel iets waarvan je denkt 'hier zou zorg een rol in kunnen spelen' of niet?

Itee: De informatiestromen zie je al sterk toenemen. Je ziet folders bij de huisarts, je ziet folders bij het ziekenhuis zodat mensen zich bewust zijn van wat familieleden meemaken en dat de familie weet wat de patiënten meemaken zodat ze dat een rol kunnen geven. Informatievoorziening vanuit de familie is heel belangrijk, die moet je inschakelen. Wij hebben een heel laagdrempelig beleid wat betreft het inschakelen van familie. Als we maar even denken van 'de familie heeft hierin een belangrijkere rol dan wij' dan halen we die eruit om de patiënten te ondersteunen in hun ziek zijn en zelf proberen we het. Maar je schiet altijd tekort. Je schiet altijd tekort. Omdat het een hele intens proces is dat de mensen doormaken, waarbij ze ook nog eens een deel van een beleving weer kwijtraken. Mensen gaan psychisch door een soort rollercoaster qua beleving. Dus die zullen dat ook niet direct op hun plek kunnen zetten. Mensen worden echt heen en weer geslingerd. En daar zijn we ons wel goed van bewust.

Eigen regie hoort daar eigenlijk bij hè. Je probeer het wel te stimuleren een stuk eigen regie, maar het lukt maar in beperkte mate. Pas in het follow-uptraject kun je meer regie gaan geven. Niet op een afdeling als deze.

Iter: Zou dan in het follow-uptraject dan ook de Persoonlijke ontwikkeling pas aan bod komen of zeg je dat dat eerder komt?

Itee: Die komt daar weer terug. Kijk zodra mensen niet meer afhankelijk zijn van draden en van stekkers en van snoertjes dan kun je die Persoonlijke ontwikkeling en Eigen regie weer terug laten komen. Maar hier is dat heel moeilijk.

Iter: Ik vind het heel duidelijk allemaal. Ik zie dat de twee lege kaartjes nog op hun plek liggen, heb je die niet nodig gehad?

Itee: Ik heb ze niet nodig gehad want dit beeld geeft voldoende mogelijkheid om te laten zien hoe we op deze afdeling en ik zelf ook persoonlijk naar zorg kijk.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Kwaliteit, Zorg op maat, Communicatie en transparantie, Respect, Totaalbeeld, Individugericht, Gelijkwaardigheid, Onafhankelijkheid, Persoonlijke ontwikkeling, Eigen regie en Menselijke zorg]

Iter: Goed, dan mogen de kaartjes nu weer ergens anders heen. Dan gaan we naar het laatste onderdeel toe. Dat leid ik eerst weer even in voor alle duidelijkheid.

Ik leg je nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen je kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre jij het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil je vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die je heeft gegeven. Mocht je zelf nog benaderingswijzen weten dan kun je die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Nou ik vul het een beetje in naar mijn eigen leeftijdscategorie.

Iter: Dat is helemaal goed. Dat is het allerbelangrijkste: dat je het voor jezelf invult.

Itee: Moet ik het uitleggen? Nou ik zou Facebook niet gebruiken want dat is een heel kortstondig medium en daarin speelt het risico mee dat anderen over je schouder mee kijken en daarin inzicht hebben in de zorg die jij nodig hebt, lijkt me heel ongewenst. Lijkt me heel onpersoonlijk ook. Vandaar dat ik daar neerzet 'Zeker niet op deze manier benaderen'.

Ik vind de huidige manier waarmee mensen hun informatie kunnen krijgen en ik zelf ook, via specifieke website, om informatie te winnen van een bepaalde zorgaanbieder heel belangrijk. Ik heb daar 'Liever op deze manier benaderen' ingevuld. Je kunt heel gericht zoeken met zoek termen naar de manieren die je wilt.

Ik vind daarnaast de folders in de informatievoorziening bij huisartsen en bij ziekenhuizen ook heel belangrijk. Wij delen zelf ook heel veel folders uit dat je dan heel gericht mensen die folder kan geven die bij dat ziektebeeld of die zorgvraag past. Je kunt heel gericht informatie geven. Mensen kunnen het dan rustig doorlezen en zijn niet afhankelijk van een beeldscherm op dat moment. Ik heb daarom daar 'Zeker op deze manier benaderen' ingevuld.

Digitale nieuwsbrief daar sta ik een beetje neutraal tegenover. Dan moet je eigenlijk wel aangemeld zijn bij een zorginstelling voor die nieuwsbrief en dat is eigenlijk wel voor een groep mensen die bij een patiëntenvereniging horen. Dan is een digitale nieuwsbrief interessant, want dan krijg je gerichte informatie, verzamelde informatie, gecomprimeerde informatie over een bepaald onderwerp. Dus daar sta ik neutraal in. Ik ben niet aangesloten bij een patiëntenvereniging, maar voor die groep mensen die een chronische ziekte heeft bijvoorbeeld is een digitale nieuwsbrief denk ik erg goed.

Via de post dan… Ik denk als wij als zorgverleners… nogmaals wanneer er iets gebeurt of afspraken gemaakt moeten worden en je mensen dan ook weer heel gericht tegelijk weer met die specifieke website informatie kan versturen dan zijn mensen even weer gefocust op dit gaat er gebeuren. Een folder nemen ze bij zich en geeft ook een stukje houvast. Dus dat geeft duidelijk een stukje structuur. Bij de benaderingswijze via de post heb ik 'Liever op deze manier benaderen'.

En apps: ik denk dat dat wel de toekomst is aan de ene kant, dat apps sowieso een enorme mogelijkheid geeft. Kijk ik naar de oudere generatie, kijk ik naar de grootste groep patiënten die we op dit moment hebben, dat is tussen de 60 en de 90, dan is dat nog niet van toepassing. Dus dat is nu nog 'Neutraal' dat zal in de toekomst nog wel veranderen.

Iter: Als jij zelf de perfecte manier mocht verzinnen of vormgeven hoe je door een zorginstelling voor iets algemeens wordt benaderd, hoe zou dat er dan uitzien?

[Respondent denkt even na]

Itee: Ik denk dat de website op dit moment nog het beste instrument is. Als je het hebt over een specifieke website dan hè. Want dat is dus de truc: in zo`n huis-aan-huiskrant kun je dingen wel benaderen maar dan kun je niet specifiek zijn. Dan geef je algemene informatie over het ziekenhuis. Dan kun je algemene dingen promoten en zeggen dat je bepaalde dingen in zo`n ziekenhuis kunt doen, maar als je het hebt over een specifiek onderwerp dan zoom je al in op een stukje specifieke kennis.

Iter: Maar voor het algemene zeg je…

Itee:… een huis-aan-huiskrant; daar kun je jezelf in promoten maar niet specifiek.

Iter: Heb je verder nog benaderingswijzen waarvan je denkt 'die moeten er nog tussen'?

[De respondent is even stil]

Itee: Wat hier in het ziekenhuis wel gebeurt en dan denk ik eventjes aan de poli verloskunde en ook aan andere systemen is dat je patiëntengroepen uitnodigt in je ziekenhuis. Dus dat je een soort informatieavonden of informatie-uren houdt waar mensen in het pand komen kijken naar de zorg die jij biedt. En wij hebben laatst een open dag gehad en daar kwamen vijfduizend mensen op af in vier uur tijd. Dus dat is waanzinnig hot om mensen binnen je eigen toko uit te nodigen, hetzij door gerichte patiëntengroepen uit te nodigen of door een algemene open dag te houden maar er is heel veel behoefte aan dat soort informatie. Dat is ongelofelijk hot. Dus die moedertjes die gaan bevallen uitnodigen voor een informatie-uurtje en dan dat je de afdeling laat zien, dat je de kraamkamers laat zien en verpleegkamers laten zien; dat is een enorme geruststelling voor de mensen. Dus je moet een hele lage, een low-barrier hebben. In de dierentuin hebben ze dat met glas en lage muurtjes gedaan, maar zo moet je dat bij ziekenhuizen ook doen. Gewoon een heel low-profile, dat je ook patiëntengroepen kunt uitnodigen binnen de muren. Als je daarin slaagt, dan heb je ze gewonnen zeg maar. Dan heb je klantenbinding, natuurlijk is dat klantenbinding. Maar dat is wel een manier om drempelverlagend te werken.

Iter: Is dat ook een stukje informatie, communicatie en transparantie?

Itee: Mensen komen nu uit vrije wil. Kijk patiënten in het ziekenhuis komen nooit uit vrije wil. Je zegt nooit 'kom ik ga eens naar de dokter' of 'kom laat ik eens naar het ziekenhuis gaan', nee die moeten. Die zijn gedwongen om zorg te ontvangen van ons. Kijk wij komen hier vrijwillig, maar onze patiënten komen vanuit de 'moetensituatie'. Dus als je ze zover kunt krijgen dat ze vrijwillig binnen jouw muren komen, dan ben je goed bezig. Dat ze zelf kiezen voor hun zorgaanbieder, ze kiezen er dan voor om bij jou in het ziekenhuis te komen; dat is een vrijwillige keuze. Dat is interessant. Dat is marketing hoor! Zo werkt het wel in zo`n ziekenhuis, daarom wordt zo`n open dag gehouden. Niet omdat ze dat zo leuk vinden, nee dat is gewoon puur marketing. Proberen om je populatie vast te houden. Overigens is het vreselijk leuk om te doen. Ik heb zelf twee keer meegedaan met zo`n open dag gestaan.

Iter: Oké, helemaal duidelijk. Dan is mijn vraag of jij verder nog vragen of opmerkingen hebt naar aanleiding van dit interview of het onderzoek. Wil je nog iets kwijt?

Itee: Nou, ik ben benieuwd wat er uit komt rollen.

Iter: Dat kan ik helaas nu nog niet beantwoorden.

[De respondent begint te lachen]

Itee: Nee dat begrijp ik. Dus ik ben benieuwd hoe ik scoor naast anderen. Maar dit is wel een heel IC-verhaal hoor moet ik zeggen. Dit is wel een intensive careverhaal waar mensen over het algemeen toch wel hoteldebotel in liggen waar wij met z`n allen keihard over na moeten denken. Niet altijd hoor, maar vaak wel.

Iter: Oké, maar dat heb je wel duidelijk aangegeven hoor. Bedankt voor je tijd voor het interview!

Itee: Graag gedaan!

Bijlage XXIV: Verbatimverslag interview respondent 6

Geslacht respondent: vrouw

Iter: Zojuist heb ik dus een korte introductie gegeven over het onderzoek. Heb je daar verder nog vragen over?

Itee: Nee, het is allemaal wel helder hoor.

Iter: Dan wil ik je vragen hoe oud je bent.

Itee: [Lachend:]Dat mag hoor, ik ben 21.

Iter: Maak je wel eens gebruik van zorg?

Itee: Ehm, nou ik lig nooit in het ziekenhuis. Ik ben toen ik zelf aan mijn scriptie werkte wel bij de dokter geweest voor anti-stressdingen. Ik kreeg toen maagzuurremmers voor de stress. Toen die tijd heb ik van die pilletjes gehaald omdat ik er echt niet meer tegen kon. Dan lag ik half over mijn bureau heen van de pijn te creperen. Maar ik heb nu gelukkig nergens last van. Dus verder maak ik niet echt gebruik van zorg momenteel.

Iter: Oké, dan kunnen we met de kern van het interview beginnen. Ik geef daarvoor eerst een korte inleiding die ik even oplees. De reden dat ik dit doe is omdat de inleiding dan bij iedereen hetzelfde is en de respondenten geen andere antwoorden gaan geven omdat de inleiding steeds anders is.

Itee: Oké, dat is goed.

Iter: We gaan zo dus beginnen met de kern van het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef je straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan jou is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor jou. Het belangrijkste kaartje mag je bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan jou is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat jouw beweegredenen zijn.

Itee: Ja, omdat je dat dan ook op de opname komt zeker?

Iter: Onder andere ja. Maar het inzicht verkrijgen in jouw denkprocessen is ook heel belangrijk.

Itee: Oké, komt goed!

Iter: Het eerste kaartje is Self-enhancement. Dat is dat je gefocust bent op het najagen van je eigen successen en dat je het fijn vindt om macht te hebben over anderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan komt daarna Self-transendence. Dat is dat je mensen om je heen accepteert en dat je bezorgd bent om het welzijn van de mensen om je heen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Opennes to change: Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En daarna het kaartje Conservation. Dat is dat je geneigd bent om je eigen behoeften te onderdrukken om de situatie waarin je nu zit hetzelfde te houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: Hm.. Even kijken hoor. Nou ik denk dat die Self-enhancement, die vind ik het minst. Want ik hoef niet per se macht te hebben over anderen. Ik heb eerder juist dan dat ik anderen accepteer. Dus die moet dan sowieso boven. Even kijken hoor… Lastig…

[De respondent is even stil]

Ik denk dat ik de self-transendence dan wel erboven zet, maar niet helemaal daarboven. Ik accepteer anderen wel, maar ik ben nou niet heel bezorgd om anderen, anders was ik wel de zorg in gegaan zeg maar. Dus daar heb ik wel wat minder mee. Dan heb ik die nog… 'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak'… En dit gaat allemaal over de zorg toch? Of is dit nog algemeen?

Iter: Dit is nog algemeen

Itee: Oké. Ehm, mijn eigen behoeften… Ik denk dat ik het dan zo doe. Ik ben eerder geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken. Ik ben nou ook niet heel erg bezig met hoe dingen beter kunnen zeg maar. Als het even kan dan vind ik het prima, maar ik denk dat het toch zo moet.

Iter: Dus je hebt Conservation helemaal bovenaan staan. Wat is daar de belangrijkste reden voor?

Itee: Ik denk dat het is omdat ik mijn eigen behoeften, naja eigen behoefte klinkt zo negatief… Misschien toch ook wel een beetje dat je anderen ook accepteert en dat je die ook wel belangrijk vindt. Dat je daarom je eigen behoeften onderdrukt en dat je die niet bovenaan stelt en als het nu prima is, waarom zou je het dan niet zo houden? Ik kan niet goed voorbeelden bedenken eigenlijk.

Iter: Je hebt onder Conservation Opennes to change, die heb je dan als nummer twee. Wat is de reden dat die op nummer twee staat?

Itee: Nou volgens mij ben ik wel zelfstandig en als het beter kan dan ga ik niet gelijk in de verdediging zeg maar. Als ik inzie dat het positief is en dat ik denk 'nou, daar kan ik me wel in vinden' dan mag het wel veranderen.

Iter: Wat ik een beetje hoor is dat als de situatie goed is dat je hem hetzelfde probeert te houden…

Itee: Ja in eerste instantie wel.

Iter: Maar dan zet je daar onder…

Itee:… als er iets veranderd moet worden dan ben ik de moeilijkste niet. Misschien dat het meer een soort combi is dat je dan…

[Respondent denkt even stil na]

Iter: Is dan dat je zaken die goed gaan dat je die hetzelfde wilt wel dominanter dan het veranderen?

Itee: Hm ja daar zeg je wat… Ehm… Zal ik ze omdraaien? Ik draai ze gewoon om denk ik. Ik kan me hier toch iets meer in vinden. Dus dan eerst Opennes to change want als er iets veranderd moet worden is het prima, maar ja… ehm… Ik vind andermans behoeften dan ook belangrijk dus het is niet zo dat ik per se mezelf bovenop stel. Dus daarom sta ik wel open voor veranderingen. Dan is Conservation toch iets minder belangrijk en komt die op nummer twee.

Iter: Dan zie ik daaronder op nummer drie Self-transendence staan. Dus het accepteren van anderen en bezorgd zijn. Je zegt net zelf over dat bezorgd zijn 'dat valt wel mee'?

Itee: Ja, ik ga niet de zorg in zeg maar dus dat valt dan wel mee.

Iter: Oké, maar bezorgd zijn kun je ook opvatten als dat je nadenkt over de gezondheid of welgesteldheid van een vriend of vriendin en dat je wel hoopt dat het goed met hem of haar gaat.

Itee: Ja, oké zo. Ja, dat hoop je natuurlijk altijd. Ja, het is lastig om ze tegenover elkaar te zetten eigenlijk. Het springt er niet heel erg bovenuit voor mijn idee. Het is niet zo dat als ik ernaar kijk dat ik dan denk van 'O, hoe zou het nou met die vriend of vriendin zijn, wat ben ik nou zorgzaam voor anderen'. Dat vind ik niet heel erg een sterk kenmerk voor mij, dus vandaar dat die een beetje daaronder staat.

Iter: Dan heb je helemaal onderaan Self-enhancement staan. Waarom staat die onderaan?

Itee: Omdat ik het helemaal niet fijn vind om macht te hebben over anderen. Het is leuk om binnen je werk verantwoordelijkheid te hebben voor bepaalde dingen, maar ik vind het niet leuk om mensen aan te sturen bijvoorbeeld. Als teamleider, zoiets. Dan wil ik liever vrienden zijn zeg maar dat we op gelijk niveau staan dan dat ik daar boven sta.

Iter: Waarom is dat?

Itee: Ja, ik weet niet. Het zit niet in mijn aard denk ik. Ik wil liever vrienden zijn zeg maar dan dat ze tegen me opkijken en onderling tegen elkaar zeggen 'nou die is ook streng'. Ja, mijn eigen successen… Ik vind het leuk om een diploma te halen ofzo, maar niet over de rug van anderen. Dus als ik ooit manager wil worden dan moet ik nog een hoop leren [De respondent begint hard te lachen].

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, daaronder Conservation, daarna Self-transendence en als laatste waarde Self-enhancement]

Iter: Oké, dan is dit onderdeel klaar. Je mag de kaartjes ergens anders neerleggen. Dan gaan we nu verder en daarvoor lees ik eerst weer even de inleiding van het volgende onderdeel voor.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat je precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga je straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan je uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kun je opschrijven welke waarden, die voor jou belangrijk zijn in de zorg, je nog mist. Als je alle dertien de kaartjes op tafel hebt liggen, wil ik je vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat jij belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden leg je weer bovenaan, de minst belangrijke waarden leg je onderaan. Ik wil je vragen of je tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in je denkprocessen. Als je alle kaartjes op volgorde hebt liggen, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Dan begin ik met het kaartje Totaalbeeld. Dat is dat er in de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in relatie met ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik daarna de waarde Respect. Dat is dat de zorgverlener respect heeft voor de patiënt en de patiënt als een gelijkwaardig mens ziet.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Communicatie en transparantie: De zorgverlening geeft een compleet beeld, is duidelijk naar de patiënt toe en geeft eerlijk aan wat er speelt en wat mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan komen we bij Persoonlijke ontwikkeling. Dat is dat ziekte en gezondheid binnen de zorg in verband gebracht kunnen worden met het doormaken van een ontwikkeling. Dat je dus sterker uit het ziekteproces komt bijvoorbeeld.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: Nou dat is altijd handig.

Iter: Dan heb ik hier Onafhankelijkheid. Dat is dat de zorg erop gericht is om de patiënt zo lang mogelijk zijn eigen leven te laten leiden. Dus bijvoorbeeld bij oudere mensen zou je kunnen zeggen dat ze zo lang mogelijk in hun eigen huis blijven wonen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de Eigen regie: De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in zijn gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Menselijke zorg: De zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt met de patiënt mee.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Individugericht. Dat is dat er persoonlijke aandacht is voor de patiënt als uniek persoon in zijn of haar eigen situatie.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Kwaliteit. Dat is dat de zorgverlening de patiënten een behandeling biedt die veilig is, geen of weinig bijwerkingen heeft en effectief is. Dus erop gericht is om beter te worden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier Zorg op maat. Dat is dat de patiënt zorg ontvangt die speciaal voor hem of haar op maat gemaakt is; *custom made* zorg.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als laatste ingevuld kaartje heb ik Gelijkwaardigheid. Dat is gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaars.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier nog twee lege kaartjes.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: [Lachend:] Alsof ik er nog niet genoeg heb.

Iter: Je mag ze gebruiken, het hoeft niet. Ik zal even een pen voor je pakken.

Itee: Dan ga ik alvast even nadenken. Ik vind Kwaliteit sowieso belangrijk in de zorg, want je gaat niet voor niets naar een dokter toe. Het lijkt me toch het hoofddoel van de zorg.. Hoeft niet altijd natuurlijk, maar ik zet hem nou eventjes bovenaan. Ehm, even denken hoor…

Respect vind ik ook wel heel belangrijk want in de zorg ben je toch een beetje overgeleverd en je bent wat dat betreft ook wel kwetsbaar en je gaat naar die dokter toe om hulp te krijgen. Dan wil je wel dat je serieus genomen wordt. Menselijke zorg vind ik dan weer té ver daar in gaan dus Respect vind ik dan eerder op die plek. Ehm, even denken…

Gelijkwaardigheid vind ik dan niet zo heel erg belangrijk want hij blijft de dokter zeg maar. Hij heeft er toch voor geleerd dus hij mag er best wel boven staan. Even kijken…

Persoonlijke ontwikkeling vind ik dan ook niet zo belangrijk, zeker als ik naar die anderen kijk. Dus die zet ik voorlopig op de laatste plaats. Ja.

Communicatie en transparantie is ook wel belangrijk denk ik; dat je weet waar je aan toe bent.

Ik zet Eigen regie die komt dan op de een na laatste plek. Die heeft eigenlijk een beetje te maken met Gelijkwaardigheid: die dokter weet heus wel wat voor jou kan, dus ja dan is het eigenlijk weer een soort onafhankelijkheid. De patiënt heeft het wel voor het zeggen, maar dan met een soort begeleiding of iets. Dan doe ik die daar, dus Onafhankelijkheid op vier en Totaalbeeld daaronder.

Zorg op maat… Ik neem aan dat er altijd wel wordt gekeken naar wat er het beste voor je is?
Individugericht, hm.. die is een beetje hetzelfde. Dan doe ik die onder Zorg op maat zetten.
Dan is dit de volgorde. Moet je die nu weer even opnoemen voor de opname?

Iter: Ik ga het eerst even met je bespreken. Mocht je tijdens het doorvragen nog de volgorde willen veranderen dan mag dat, maar het hoeft niet. Als we alles hebben doorgesproken dan noem ik de volgorde inderdaad even op voor de opname. Mocht je tussendoor nog denken 'ik wil er nog een waarde bijzetten' dan kun je dat gewoon doen door een leeg kaartje te pakken, die in te vullen en tussen de kaartjes te leggen.

Itee: Oké.

Iter: Helemaal bovenaan heb je Kwaliteit staan.

Itee: Ja, omdat ik dat toch wel het hoofddoel vind van zorg eigenlijk: om beter te worden. Dus ja dat is verder niet zo heel bijzonder denk ik. Het lijkt mij het hoofddoel denk ik, ook als je kijkt naar die andere punten. Beter worden is het allerbelangrijkste.

Iter: Daaronder heb je dan Respect staan.

Itee: Ja, want je hebt allemaal je eigen normen en waarden en wat je wel vind kunnen in de zorg en wat niet. Je hebt natuurlijk de ethische kwesties zoals euthanasie enzo. Ik vind dat je daar rekening mee moet houden als arts of als zorgverlener. Dat je daar niet zomaar aan voorbij kunt gaan. Anders krijg je dat de arts beslist wat er gebeurt alleen maar om van je af te kunnen: 'als ik die oplossing geef, dan ben ik klaar'. Maar je moet wel kijken of diegene zich daar ook in kan vinden.

Iter: Valt daar dan ook een stukje zeggenschap onder voor de patiënt?

Itee: Ja, omdat het toch jouw leven is en die normen en waarden dat is toch wel het belangrijkste waar jij je keuzes in je hele leven op maakt dus dat vind ik dat er dan in de zorg ook wel bij horen.

Iter: Toch heb je helemaal onderaan Eigen regie en Gelijkwaardigheid staan. Kun je dat uitleggen?

Itee: Ja, dat komt meer omdat bij Eigen regie het meer om een praktisch kant gaat. Dat je daar meer kijkt van welke zorg is goed voor mij. Bij Respect is het meer dat je wel de zorgverlener aan het woord laat dat die mag kiezen wat voor medicijnen je krijgt, maar dat die wel rekening met je houdt. Dat hij het niet alleen voor zijn eigen inkomsten doet en dat de patiënt hem verder niet zoveel kan schelen.

Iter: In die zin is Respect dus wat meer persoonsgericht?

Itee: Ja, dat klopt ja.

Iter: Dan heb je op nummer drie Communicatie en transparantie. Waarom is dat de nummer drie?

Itee: Nouja, het lijkt mij belangrijk dat je weet waar je aan toe bent. Het is toch heel persoonlijk; het gaat je eigen lichaam en je eigen leven aan. Dan vind ik het belangrijk wanneer een zorgverlener iets beslist voor jou, dat ik weet waarop die keuze is gebaseerd. Ik wil gewoon helder wat er gebeurt en waarom het gebeurt omdat het mijn leven is.

Iter: Waarom vind je die minder belangrijk dan Respect, om maar iets te noemen?

Itee: Ja… Je hebt toch ook wel een bepaald vertrouwen. Ik vind dat je toch wel een bepaald vertrouwen kan hebben in die zorgverlener en dat het niet echt bepalend is om iets te weten of niet. Bijvoorbeeld wat de bijwerkingen zijn: dat is wel handig om te weten, maar ik vind het belangrijker dat de zorgverlener het weet want die heeft uiteindelijk de verantwoordelijkheid. Dus Kwaliteit is van doorslaggevend belang, Communicatie is ook belangrijk maar het allerbelangrijkste is dat ik weer beter wordt.

Iter: Dan heb je daar onder Onafhankelijkheid staan, kun je daar iets meer over vertellen?

Itee: Ja, je wilt geen kasplantje zijn als je ouder bent natuurlijk. Mijn opa woont bijvoorbeeld in een verzorgingstehuis nu, maar die vond het heel fijn om op zichzelf te wonen. Dat zou hij nu nog steeds het liefste

doen, dat hij zijn eigen plekje heeft en niet dat er zusters binnen komen stormen. Hij wil dus wel een beetje privé hebben en dat lijkt mij zelf ook heel fijn. Dat je toch nog van alles kan doen. Hij kan nog gewoon met een scootmobiel gaan rijden naar het dorp en dan vind ik het fijn dat de zorgverleners jou helpen en dan kijken naar wat bij jou past. Dat je dan gewoon verder kan gaan met je eigen leven zeg maar en dat je niet helemaal afhankelijk bent van de zorg. Dat zorg dan meer een bijzaak is om je te kunnen ondersteunen daarbij waar nodig.

Iter: Dan heb je daar onder het Totaalbeeld staan. Wat is het verhaal achter Totaalbeeld en waarom staat die lager dan Onafhankelijkheid?

Itee: Ik gebruik zelf nou niet heel veel van de zorg natuurlijk, maar zoals pas met die maagzuurremmers dan weet ik: dat komt door de stress. Het is niet dat mijn lichaam ziek is ofzo, dat je denkt wat zit er in je maag of wat zit er in je buik, maar dat je weet dat er een psychische kant achter zit. Ik vind het eigenlijk wel belangrijk dat daar ook naar gekeken wordt. Je kan dan namelijk wel pillen blijven slikken en doen en het kan onderdrukken, maar de oorzaak vind ik dan belangrijker eigenlijk. Omdat dan daar wat aan gedaan wordt. Maar ja, je kunt natuurlijk niet stoppen met je scriptie..

[De respondent begint te lachen]

Vandaar dat je dan toch die oplossing neemt om die pillen te nemen, maar zolang het niet nodig is liever niet. Dus daarom vind ik het ook wel belangrijk. Ik merkte dat mijn dokter daar eigenlijk nauwelijks naar keek; hoe we de oorzaak konden oplossen. Of ik minder kon werken of zoiets. Dat moest ik gewoon zelf doen.

Iter: Wat vond je er van dat je dokter niet echt naar de oorzaak keek?

Itee: Ik vond het een beetje jammer… Een beetje een gemis. Het lijkt er een beetje op alsof hij hier alleen maar is om medicijnen uit te delen, maar wie zegt dat dat medicijn het beste is voor mij? Ik had zoiets van ‘jij bent alleen maar je medicijn aan het uittesten, je kijkt niet naar mij als persoon met mijn eigen oorzaken enzo’.

Iter: Waarom zet je Totaalbeeld dan onder Onafhankelijkheid?

Itee: Ja, omdat ik denk ik niet heel veel gebruik maak van de zorg. Ik ga dan liever door met mijn leven en als er wat is dan maak ik gebruik van de zorg. Vandaar dat Totaalbeeld onder Onafhankelijkheid staat. En onder die andere kaartjes. Die eerste vier zijn natuurlijk heel algemeen over de zorg en dat zit meer op mijn vlak. De eerste vier zijn de algemene, belangrijke pijlers en daaronder is het wat specifieker over wat ik belangrijk vind.

Iter: Oké. Dan zien we daar onder Totaalbeeld Zorg op maat staan.

Itee: Ja, dat hangt onder dat Totaalbeeld. Hij moet gewoon helemaal naar mij als persoon kijken en niet alleen naar een bepaald lichaamsdeel dat toevallig ziek is. Dus dat hij wel kijkt naar de specifieke situatie. Als hij had gezegd je kan beter zo en zo doen dat het wat rustiger is en dat je minder stress hebt, als dat al helpt dat ik geen medicijnen hoef te nemen… Want er zitten al vaak bijwerken aan natuurlijk. Niet dat ik daar nou last van had, maar je hebt toch het idee dat je troep aan het slikken bent en dan vind ik het toch fijner om te kijken naar wat er bij mij past, in plaats van dat je medicijnen krijgt met bijwerkingen en dat je dan weer andere pillen krijgt tegen de bijwerkingen. Zo`n gevoel krijg ik er een beetje bij.

Iter: Je had liever wat rustiger aan gedaan en dan zonder medicijnen?

Itee: Ja, want nu heb ik ook nergens last van dus dan weet ik: het lag aan de stress. Maar goed hij had daar misschien weinig aan kunnen doen.

Iter: Dan heb je daar onder gekozen voor Individugericht. Waarom staat die onder Zorg op maat?

Itee: Ja, dat hoort dan ook weer eigenlijk daarbij. Het is een beetje hetzelfde alleen gaat het wat mij betreft iets dieper. Individugericht is wat mij betreft wat meer op de persoon, dat vind ik dan wat minder belangrijk.

Iter: Hoezo?

Itee: Ja, je bent natuurlijk ook wel weer één van de velen.

Iter: Kun je dat toelichten?

Itee: Tja… Hij is er natuurlijk ook weer niet helemaal om mijn hele leven door te spitten. Je gaat daar natuurlijk alleen maar heen als je ziek bent of als je zorg nodig hebt. Dus dan is het ook wel fijn als hij er alleen maar voor die zorg is. Dan hoeft hij niet hele persoonlijke dingen te weten. Het klinkt wat mij betreft een beetje té persoonlijk. Het gaat iets te diep in op mijn privacy.

Iter: Dan komt daarna Menselijke zorg op de ranglijst. Hoe zie je dat ten opzichte van de andere waarden?

Itee: Die is ook wel heel belangrijk. Ik vind ze allemaal eigenlijk wel belangrijk. Want hij komt nu wel heel erg onderaan natuurlijk, maar het is wel belangrijk. Want het is ook wel zo dat als je heel erg ziek bent dan is het fijn dat een dokter niet naar je kijkt van 'o, jij bent de zoveelste. Stel je niet zo aan'. Een beetje zo. Maar ik vind het er nou ook weer niet eentje die helemaal bovenaan moet staan. Want als hij gewoon kijkt hoe jouw situatie is zoals bij Zorg op maat en ook naar jou kijkt als persoon dan laat hij op die manier al merken dat hij menselijke zorg geeft. Gewoon door het uit te voeren, het in de praktijk te brengen. Dan hoeft hij niet speciaal helemaal een gesprek met je aan te gaan. Door die Zorg op maat te geven, laat hij al zien dat hij Menselijke zorg geeft.

Iter: Ik kan me wel een situatie voorstellen dat een arts wel doorvraagt en kijkt naar de specifieke omstandigheden, maar dat hij dat wel heel onpersoonlijk doet, dus dat hij niet vraagt hoe dat voor jou is.

Itee: Ja, maar ik denk dat je daar weer bepaalde hulpverleners voor hebt. Bijvoorbeeld psychologen. Dat dekt elkaar dan een beetje. Ik denk dan ook aan ziekenhuisbezoek. Het is dan fijn dat een zuster je ziet als een mens en niet alleen als iemand waarvan zij het bed moet verschonen en als je echt ergens mee zit dat je dan eerder naar een psycholoog gaat ofzo.

Iter: Daar zijn wat jou betreft eigen rollen voor?

Itee: Ja, precies. Die zijn er ook gewoon voor opgeleid.

Iter: Dan heb je onder deze waarde Persoonlijke ontwikkeling gezet.

Itee: Ja, die hoeft nou ook weer niet helemaal prominent terug te komen in de zorg. Je wordt sterker van alles wat je meemaakt of juist niet, dat weet ik niet. Maar je hele leven lang maak je dingen mee, of dat nou een ziekteproces is of wat anders, ik vind niet dat dit nou echt zo heel belangrijk is dat je echt sterker moet worden. Je moet natuurlijk niet echt zwakker worden en echt een zielig hoopje worden, maar om nou te zeggen dat het heel belangrijk is dat je er sterker uitkomt… Mwah. Als je naar school gaat dan ben je ook bezig met je ontwikkeling. Alleen dan kies je ervoor. Ziek worden daar kies je niet voor en dan is het gewoon fijn als die ziekte opgelost wordt, maar niet dat je er nou direct heel veel beter van wordt. Ik vind dan toch dat je dat apart moet zien.

Iter: Vind je dat dan helemaal niet bij zorg horen?

Itee: Ik snap wel dat je ook psychologisch, als je ziek bent, dat je daar psychologisch dingen door kunt voelen. Dat je persoonlijk daar door geraakt wordt, maar ik vind het niet echt belangrijk. Het is meer een onderdeel dat erbij hoort. Een onderdeel van het ziek zijn.

Iter: Zie je daarin dan wel of geen rol voor de zorgverlening?

Itee: Niet echt. Nee.

[Respondent is even stil]

Als ze je kunnen helpen daarbij dan is het fijn maar het is nou niet echt de hoofdzaak Het is niet zo dat als ik naar een dokter of een ziekenhuis ga dat hij me persoonlijk moet kunnen ontwikkelen. Als hij mij gewoon zorg geeft dan vind ik dat prima. Ik ben meer doelgericht en ik vind Persoonlijke ontwikkeling meer een bijzaak.

Iter: Hij staat nog wel boven Eigen regie.

Itee: Ja, omdat je toch vertrouwen moet hebben in de arts. De mensen in de zorg hebben er niet voor niks jarenlang voor gestudeerd dus dan vind ik dat als die zorgverlener respect voor je heeft en kijkt naar wat het beste bij jou past dan vind ik niet per se dat jij moet bepalen wanneer jij welke therapie gaat volgen. Jij weet er tenslotte niks van. Nouja, je weet hoe jij je voelt en wanneer jij je beter voelt en wanneer slechter, maar niet hoe je beter kan worden. Daar hebben die zorgverleners voor geleerd. Dus ik vind dat een beetje een vertrouwenskwestie. Je moet vertrouwen hebben in die arts dat die dat goed kan doen. Ja en als hij dat niet heeft… Ja daarom vind ik Kwaliteit het belangrijkste. Als de kwaliteit goed is van de zorg en als hij jou goed behandeld dan kan jij ook vertrouwen in hem hebben. Stel dat die kwaliteit niet goed is, dan is het logisch dat je de eigen regie wilt nemen. Maar dan kan je beter wat anders verzinnen. Maar als de kwaliteit goed is dan heb je eigen regie niet nodig lijkt mij.

Iter: Dan als laatste…

Itee:…komt Gelijkwaardigheid. Ja dat valt er eigenlijk onder: dat je vertrouwen hebt in die behandelaar want die heeft er voor geleerd. Dus die staat toch een beetje boven je, die heeft autoriteit. Dat is een beetje het idee.

Iter: Je geeft aan dat Eigen regie en Gelijkwaardigheid eigenlijk een beetje hetzelfde zijn. Waarom zet je Gelijkwaardigheid dan onder Eigen regie?

Itee: Nou hoe de rollen verdeeld zijn dat vind ik niet zo heel erg belangrijk. Ik heb niet zoveel met autoriteit en wie er boven je staat of wie er onder je staat of zoiets. Net als ik net zei: ik ben liever vrienden dan dat ik boven iemand sta. Als de band maar goed is. Je hoeft ook niet helemaal overgeleverd aan hem te zijn natuurlijk. Je moet gewoon op gelijke hoogte staan eigenlijk. Hij moet jou met respect behandelen en dan kan jij vertrouwen in hem hebben. Dus vandaar.

Iter: Terugkomend op de vraag: waarom staat de één boven de ander?

Itee: Het is niet een belangrijk punt die Gelijkwaardigheid, maar Eigen regie vind ik dan belangrijker. Stel dat die arts of iemand het niet goed doet… Dan vind ik Eigen regie toch iets belangrijker. Want het is nog wel jouw leven. Hoe de rollen dan verdeeld zijn dat boeit me dan niet zo.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Kwaliteit, Respect, Communicatie en transparantie, Onafhankelijkheid, Totaalbeeld, Zorg op maat, Individugericht, Menselijke zorg, Persoonlijke ontwikkeling, Eigen regie en Gelijkwaardigheid]

Iter: Als ik jou nu zou vragen van een schaal van één tot en met tien hoe belangrijk Kwaliteit is, wat zou het dan worden?

Itee: Dit zijn tien kaartjes toch?

Iter: Nee, het zijn er elf, maar het gaat om een rapportcijfer. Wat zou dat worden?

Itee: Ik zou zeggen een tien, maar ik weet dat dat niet haalbaar is.

Iter: Het gaat erom hoe belangrijk het voor jou is, dus de haalbaarheid is niet zo van belang.

Itee: Voor mij is het een tien. Ik ga niet voor niks naar de zorg. Als ik er niet beter van wordt, waarom ga ik er dan nog naar toe? Dus een tien.

Iter: En Gelijkwaardigheid, wat voor cijfer zou je die geven?

Itee: Ehm… een één. Dat is de laagste toch?

Iter: Ja.

Itee: Ja, ik vind dat nou niet heel erg belangrijk. Als je dat vergelijkt met Kwaliteit, dat is het hoofddoel van waarom je naar de zorg gaat, dan is dit niet belangrijk. De zorg is geen machtsspelletje bijvoorbeeld, dit is meer bijzaak.

Iter: Oké, dan mogen de kaartjes weer weggelegd worden.

Dan gaan we naar het laatste onderdeel. Ik leg je nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen je kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre jij het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil je vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die je heeft gegeven. Mocht je zelf nog benaderingswijzen weten dan kun je die boven of onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Via Facebook… ehm… Is via Facebook dat als ik zorg heb dat hij me persoonlijke zorgtips geeft?

Iter: Je mag zelf de invulling bepalen. Ik heb zelf de invulling expres een beetje open gelaten zodat je zelf de beste manier van invulling kan bedenken.

Itee: Facebook is sowieso een beetje een trend en ik vind het nou niet heel erg een professioneel iets. Ik zet dan 'Liever niet op deze manier benaderen'.

Iter: Je vult nu 'Liever wel op deze manier benaderen' in.

Itee: O, je hebt gelijk. Nou dan zet ik er even een kruis doorheen. Zo. Nu staat het wel goed. 'Zeker niet op deze manier benaderen' dan klinkt het alsof het helemaal fout is, maar zo is het nu ook weer niet. Op Facebook zie je meer reclame voorbij komen en gezellige kletspraatjes van wat ze nou weer die dag beleefd hebben. Dan vind ik het niet echt passend om het daarbij te doen.

Via een specifieke website vind ik het wel handig om daarbij te doen. Dus daar zet ik 'Zeker op deze manier benaderen' neer. Als je ergens informatie voor nodig hebt dan heb je toch dokter.nl ofzo? Maar via een website lijkt me wel handig dat je dan ook weet waar je terecht kan als je bepaalde vragen hebt. Dat je dan niet per se een dokter hoeft te bellen. Je zit al heel vaak op internet dus effetjes naar die website googelen is dan wel handig. Dus 'Zeker op deze manier benaderen'.

Informatieve folders in de wachtkamer. Nouja, dan zit je toch niets te doen en je kan het dan later nog even nalezen dus dat is zeker wel handig. 'Zeker op deze manier benaderen' dus. Het zou zonde zijn als ze die weg gaan doen.

Via een digitale nieuwsbrief… Nou nee, doe maar niet. Ik vind nieuwsbrieven altijd heel erg irritant. Dus liever niet denk ik. Ik vul 'Liever niet op deze manier benaderen' in.

Via de post… ehm… Ja! Ik ben wel van de post. Gewoon lekker ouderwets. Dan kun je het nog eens nalezen. Nieuwsbrieven daar krijg je er ook al zoveel van en dan moet je eerst weer inloggen op je mail en al die onzin.

Via een speciale app.

[De respondent is even stil]

Ja, ik gebruik niet zo heel veel apps en ik gebruik sowieso al niet zo heel veel van de zorg. Stel dat je nou veel van de zorg zou gebruiken, dan is het misschien handig om zo`n app op je mobiel te hebben zodat je kan kijken wat dat dan is, voor de informatie. Ik vul 'Neutraal' in. Ik heb er geen idee bij, geen gevoel.

Iter: Als je nu de benadering vanuit een zorginstelling helemaal zelf mocht invullen, hoe zou je het dan het liefste zien?

Itee: Ik denk dat ik de website het handigste vind. Dan heb je geen oud papier in huis dat je dat weer op moet zoeken en dat je dat weer kwijt bent. Daarom is een website wel handig. Als het duidelijk is waar je terecht kan en als die informatie gewoon betrouwbaar is en klopt… Want dat weet je bij die folders: je weet zeker dat het betrouwbaar is. Op een website kan nog van alles opstaan. De ene website zegt dit en de andere website zegt dat.

Iter: Hoe zou je die website zelf invullen als je het helemaal zelf mocht weten?

Itee: Informatie over medicijnen ofzo. Informatie over wat je het beste kan doen bij bepaalde klachten. Je moet natuurlijk ook niet krijgen dat als je ergens een pijntje hebt dat je dan gelijk de engste dingen te horen krijgt en dat je dan opeens doodziek blijkt te zijn terwijl het best wel meevalt omdat je bijvoorbeeld alleen maar spierpijn hebt. Daar moet je dan wel weer mee oppassen natuurlijk. Ik denk dat het wel handig is, want dat zag

ik pas op een website, dat je hier en hier en hier last van kan hebben. Dat dat de klachten zijn, maar neem wel contact op met een dokter als je het zeker wilt weten.

Iter: Stel dat je de mobiele app zelf mocht invullen, zou je daar dan anders tegenover staan of zou je die hetzelfde invullen?

Itee: Ik denk ook gewoon algemene informatie over verschijnselen enzo, medicijnen, wat de bijwerkingen zijn enzo. Maar dat gebruik ik dus bijna niet. Ze zijn wel handig maar dan vind ik het toch wel makkelijker, vooral als je veel informatie wilt lezen, dat je gewoon op je computer op een website dat kan doen. Dat vind ik weer makkelijker dan een app. Want dan is je batterij weer leeg, je zit met een klein schermpje…

Iter: Het allerliefste zou je dan dus een specifieke website hebben met een soort Wikipedia-achtige informatie van dit zijn de verschijnselen, maar neem contact op met je dokter.

Itee: Ja, precies.

Iter: Oké, dan als laatste vraag is mijn vraag of je nog een vraag hebt aan mij. Of heb je nog op- of aanmerkingen naar aanleiding van het interview of het onderzoek? Wil je nog niets kwijt?

Itee: Nee, dat weet ik niet. Nee. Ik ben niet zo heel erg bezig met de zorg dus ik heb verder geen vragen.

Iter: Oké, dan wil ik je bedanken voor je tijd en je antwoorden.

Itee: Geen probleem hoor, graag gedaan!

Bijlage XXV: Verbatimverslag interview respondent 7

Geslacht respondent: man

Iter: Ik heb u net uitgelegd waar ik onderzoek naar doe. Heeft u daar nog vragen over?

Itee: Je mag wel 'je' zeggen hoor, zo formeel hoeft het van mij niet. Ik ben 68 jaar.

Iter: Oké en maak je op dit moment gebruik van zorg? Zo ja, wil je hier dan iets over kwijt?

Itee: Nee. Nouja, tenzij je bedoeld het bezoek aan specialisten in ziekenhuizen.

Iter: Ja, dat valt er ook onder.

Itee: Dat is één keer per jaar. Dat is gewoon een routineonderzoek in verband met hartproblemen. Eén keer per jaar is dat.

Iter: En verder heb je daar geen omkijken naar of doe je nog meer dingen voor je hartproblemen?

Itee: Nee, dat is het wel. Die arts schrijft me medicatie voor en goed dat is het. Dan kom ik een jaar later weer terug voor het volgende onderzoek.

Iter: Fijn dat het zo dan in ieder geval goed blijft gaan.

Ik ga dan nu naar de kern van het interview en dat ga ik eerst even inleiden. De reden dat ik het hardop voorlees is dat de introductie dan bij iedereen hetzelfde is en geen invloed heeft op de antwoorden die de mensen geven. Als ik elke introductie net even wat anders voorlees dan zou dit wel het geval kunnen zijn.

Itee: Ja, dat begrijp ik. Dat is goed.

Iter: Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef je straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan jou is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor jou. Het belangrijkste kaartje mag je bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan jou is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat jouw beweegredenen zijn.

Itee: Ja, oké. Ik zal even mijn bril opzetten.

Iter: Ik heb hier het eerste kaartje. Daarop staat Conservation. Daaronder valt dat je geneigd bent om je eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als tweede kaartje heb ik Opennes to change. Dat is dat je zelfstandig denkt hoe je dingen aanpakt, dat je dingen zelf aanpakt en dat je je ogen openhoudt voor mogelijke veranderingen in je manier van leven die je leefstijl positief zouden kunnen beïnvloeden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als derde kaartje heb ik Self-transendence. Dat is dat je de mensen om je heen accepteert en dat je bezorgd bent om hun welzijn.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En als vierde kaartje heb ik Self-enhancement. Dat is dat je gefocust bent op het najagen van je eigen successen en dat je het fijn vindt om macht te hebben over anderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: De laatste vind ik het minst belangrijk. Ik streef niet naar succes want ik zou niet weten wat dat zou moeten inhouden en ik wil helemaal geen macht hebben over anderen. Dit is voor mij dus zeker nummer vier.
Ik heb even een vraagje over Conservation als dat mag.

Iter: Natuurlijk, vraag maar raak!

Itee: 'Ik ben geneigd mijn eigen behoeften te onderdrukken' wat versta je onder die stelling? Wat zou die behoefte moeten zijn?

Iter: Stel je vindt het heel leuk om hard te lopen maar alle mensen om je heen denken 'als die man gaat hardlopen dan vinden we dat niet leuk en dan hebben we een beetje een hekel aan hem'. En dan besluit jij om dan toch maar niet te gaan hardlopen om de goede vrede te bewaren. Zodat het blijft zoals het nu is en nu vinden ze je wel aardig.

Itee: Ja… ja…

Iter: Begrijp je het een beetje?

Itee: Ja, ik begrijp het helemaal, maar als ik hard wil gaan lopen dan ga ik hardlopen. Waarom zou een ander mij daarin tegen kunnen houden? Dat denk ik niet.

Iter: Maar het is niet zo nauw dat het alleen op dat voorbeeld van toepassing is. Je kan bijvoorbeeld ook denken aan dat je iets wel lekker vindt, maar dat je het niet eet omdat je bang bent dat het slecht voor je is.

Itee: Ja, ja oké. Ik denk dat ik dat op nummer drie zou leggen. Dus Self-enhancement is vier en Conservation is drie.
Ik ben geneigd om Self-transendence op nummer twee te leggen. Ik accepteer anderen en ik ben bezorgd om de mensen om me heen, ik denk dat dat zo is. Ik maak natuurlijk wel eens een grap, maar het is wel zo. Dus dan zou ik deze op nummer twee leggen.
En Opennes to change: 'Ik ben geneigd dingen zelf aan te pakken en pak zaken zelf aan..' inderdaad is het zo dat ik in ben voor mogelijke veranderingen als ik daar zelf dus positief uitkom, als ik daar zelf voordeel mee zou kunnen hebben. Dus ik denk dat dat op nummer één komt. Is dat genoeg uitgelegd?

Iter: Je maakt het goed duidelijk. Ik ga nog even doorvragen op de volgorde.

Itee: Ja, dat is goed.

Iter: Je hebt Opennes to change op één gezet, nog boven Self-transendence bijvoorbeeld. Wat geeft voor jou de doorslag dat die bovenaan komt?

Itee: Zoals ik heb gezegd: ik leef mijn eigen leven en ik beslis zelf hoe ik dingen doe, hoe ik zaken aanpak en eigenlijk als het mogelijk zou zijn dan zou ik één en twee aan elkaar willen koppelen. Want voor mij is daar eigenlijk weinig verschil tussen. De nummer twee hoort voor mij ook bij één. Maar goed ik leef en ik leef mijn eigen leven en dat is natuurlijk het allerbelangrijkst. Ik accepteer natuurlijk anderen en ik ben bezorgd om het welzijn van de mensen dat is ook zo, maar ik denk dat toch Opennes to change bij mij nummer één zou zijn.

Iter: Dan heb je zoals je net zelf al zei daaronder Self-transendence staan, dus dat je anderen accepteert en dat je daar bezorgd om bent.

Itee: Ja die horen eigenlijk wel bij elkaar.

Iter: En die staat dan weer boven de nummer drie.

Itee: Ja, ja, ehm… 'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken'… Ik vind het een beetje vaag, ik weet niet zo goed wat ik ermee moet. Voor mij is het wel duidelijk drie, maar het zou ook vier kunnen zijn.

Alleen het najagen van succes en het macht hebben over anderen spreekt mij totaal niet aan. Ik heb daar helemaal niks mee dus… Dan zou ik die inderdaad op drie willen houden en die laatste op vier.

Iter: Oké, dan hebben we dit onderdeel behandeld. Je mag de kaartjes opzij leggen als je wilt. Dan gaan we naar het volgende onderdeel van het interview en dat zal ik ook eerst weer even inleiden.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, daaronder Self-transendence, daarna Conservation en als laatste waarde Self-enhancement]

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat je precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga je straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan je uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kun je opschrijven welke waarden, die voor jou belangrijk zijn in de zorg, je nog mist. Als je alle dertien de kaartjes op tafel hebt liggen, wil ik je vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat jij belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden leg je weer bovenaan, de minst belangrijke waarden leg je onderaan. Ik wil je vragen of je tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in je denkprocessen. Als je alle kaartjes op volgorde hebt liggen, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Individugericht is het eerste kaartje. Dat is dat je persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens in een eigen situatie belangrijk vindt in de zorg.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik Zorg op maat. Dat is dat de patiënt zorg ontvangt die voor hem of haar op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan het kaartje Totaalbeeld. Dat is dat er in de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Daarna heb ik Communicatie en transparantie. Dat is dat de zorgverlening een compleet en duidelijk beeld geeft, dat ze aangeeft wat er aan de hand is en wat er wel en niet mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan komt de waarde Respect. Dat is dat de zorgverlener respect heeft voor de patiënt en deze als gelijkwaardig mens behandelt.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan Onafhankelijkheid: De zorg is erop gericht om de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn eigen leven te laten leiden, zodat die zo lang mogelijk zijn eigen dingen kan blijven doen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de waarde Kwaliteit. Dat is dat de zorgverlening de patiënt een duurzame behandeling biedt, dat die behandeling veilig is, effectief en dat die geen of nauwelijks bijwerkingen heeft.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Menselijke zorg: De zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt mee met de patiënt.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Eigen regie. Dat is dat de zorg gericht is op het stimuleren van de eigen regie van de patiënt en dat de patiënt dan een leidende rol heeft in zijn eigen gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de waarde Gelijkwaardigheid: Er is gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het laatste ingevulde kaartje is Persoonlijke ontwikkeling. Dat is dat ziekte en gezondheid binnen de zorg in verband gebracht kunnen worden met het doormaken van een ontwikkeling. Dus dat je sterker uit je ziekteproces zou kunnen komen.

Dan heb ik hier nog de twee lege kaartjes voor je. Ik heb hier een pen voor je. Als je niks weet dan kun je ze gewoon leeg laten.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: Nou ik denk dat alles overziend dat Individugericht het belangrijkste is. Ieder mens is uniek zoals er ook staat en verdiend de aandacht van een ziekenhuis van de dokter zoals hij die nodig heeft in zijn eigen situatie of haar eigen situatie. Ik denk dat Individugericht dat dat bij mij bovenaan zou staan.

Nummer twee is ook niet zo moeilijk. Dat is Zorg op maat. De patiënt krijgt de zorg die die nodig heeft en die voor hem van toepassing is en die moet dan inderdaad worden aangepast aan de situatie en de zorg van een patiënt. Ik denk dat dat bij elkaar hoort. Individugericht en Zorg op maat hoort bij elkaar.

Nummer drie is denk ik Kwaliteit. De zorgverlening moet de mensen zo lang mogelijk onafhankelijk van hoe oud ze zijn, want tegenwoordig hoor je wel eens dat mensen die ouder zijn te duur zijn. Dat heb ik zelf ook met mijn moeder meegemaakt, met mijn schoonmoeder. Daar wordt dan zo over gedaan van 'nouja, ze is al zo oud… Weg ermee'. Snap je? Dat de mensen de kwaliteit geboden moet worden totdat het leven vanzelf eindigt. Dus nummer drie is Kwaliteit voor mij.

Nummer vier is denk ik wel Menselijk zorg, die hoort erbij. Als een mens ziek is of hij ligt in het ziekenhuis en krijgt zorg dan moet de zorgverlener inderdaad constant aandacht voor de patiënt blijven houden en inderdaad ook met hem meeleven. Dat hoort er gewoon bij. Menselijk zorg is heel belangrijk! Misschien eigenlijk nog wel belangrijker dan Kwaliteit, maar die twee… nee, daar kan ik wel mee leven zo. Ik houd het zo.

Als die zorgverlener dus die aandacht voor die patiënt heeft, daar hoort dan ook Totaalbeeld bij. Dus kijken naar het lichaam, de ziel, de vitaliteit en de individualiteit.. Daar moet naar gekeken worden. Dus dat hoort hier bij. Dat is dan nummer vijf.

Gelijkwaardigheid kan je hier eigenlijk bijzetten. Die hoort bij Totaalbeeld dus dat is nummer zes. Er moet altijd gelijkwaardigheid zijn tussen de patiënt en de behandelaar. De dokter mag nooit belangrijker dan de patiënt en de patiënt is niet belangrijker dan de dokter. Gelijk moet het zijn, gelijkwaardigheid.

Eigen regie komt daar vlak onder. Eigen regie, de patiënt bepaald inderdaad naar aanleiding van adviezen van de dokter hoe hij met zijn gezondheidstoestand met medicatie of therapie omgaat. Die moet onder Gelijkwaardigheid.

Daar hoort dan ook heel dichtbij Onafhankelijkheid. Zo lang mogelijk zijn eigen leven laten leiden. En wat tegenwoordig heel erg is, is dat de verzorgingstehuizen dichtgaan en mensen zo lang mogelijk in eigen woonomgeving te laten. Dat is ook heel belangrijk dus dat is voor mij nummer acht.

Dan komt er zeker Communicatie en transparantie. De zorgverlening moet alles wat tot de mogelijkheden behoort de patiënten kunnen aanbieden en inderdaad ook eerlijk zijn. Dus de professional moet aangeven 'je hebt een kans om beter te worden, je hebt een kans om binnenkort dood te gaan'. Er moet openheid zijn en dat versta ik dan onder transparantie.
Dan hebben we er nog twee over. 'De zorgverlener heeft respect voor de patiënt en de patiënt wordt als gelijkwaardig mens gezien'… Eigenlijk zou die onder Totaalbeeld komen. Dus die schuif ik nog eentje naar voren, die komt daaronder.

En dan de laatste is natuurlijk ook heel belangrijk, maar dat zou voor mij wel een afsluiter zijn. Dat de ziekte en het doormaken ervan in verband gebracht kan worden met een ontwikkeling, dat is eigenlijk het eindstation; het ziekteproces is afgelopen en dan komt een patiënt uit het ziekenhuis. Of hij gaat dood of hij heeft kans om weer een nieuw leven op te bouwen en ik denk dat dat voor mij de laatste zou zijn. Ja, ik denk dat dat zo is. Zoals ze nu liggen is zoals die waarden voor mij zijn.

Iter: Ik vraag nu dan nog even door en als je straks nog zoiets hebt van 'ik wil nog even wisselen' dan kan dat gewoon, maar dat mag je helemaal zelf weten…

Itee: Eén punt mis ik hier en dat is de zorg van familie en vrienden voor de patiënten. Als een patiënt uitbehandeld is in het ziekenhuis dan gaat hij of terug naar het verzorgingshuis of naar zijn eigen woonomgeving, maar die patiënt heeft hulp nodig en die vind ik niet terug in het rijtje.

Iter: Die zou je dan op een leeg kaartje kunnen schrijven.

Itee: Ja, dus 'hulp van familie en vrienden'.

Iter: Hulp van naasten?

Itee: Ja, hulp van naasten ja. Dat dekt de lading.

[De respondent pakt een leeg kaartje en schrijft daarop 'Hulp van naasten' en onderstreept dit]

Iter: Waar zou je dit kaartje zetten tussen de andere kaartjes?

Itee: Ik denk dat dat ehm…

[De respondent is even stil en denkt hard na]

Iter: Doe maar rustig aan hoor, er zit geen haast bij.

Itee: Ja, ja, ja oké. Ja, dat zou dan eigenlijk het laatste zijn, want dat gaat pas spelen als het allemaal voorbij is. Dus helemaal onderaan. Niet minder belangrijk, maar als die patiënt straks thuis komt dan moet er dus hulp zijn van familie, vrienden of buren. Dat is een afsluiter zeg maar. Dat is het enige wat ik zou willen toevoegen.

Iter: Oké. Dan heb je nu helemaal bovenaan Individugericht…

Itee: Ja, heel belangrijk.

Iter: … wat is de reden dat die voor jou echt de nummer één is?

Itee: Nou je kunt het eigenlijk niet beter zeggen dan zoals het daar staat: ieder mens, of je nu patiënt bent of gewoon, is een uniek mens en die verdient gewoon persoonlijke aandacht. Ieder mens is uniek, ieder persoon is uniek, iedere patiënt is uniek, dus iedereen moet die aandacht krijgen en die zorg die aansluit bij zijn eigen behoeften. Dat staat voor mij voorop, dat staat voor mij helemaal buiten alles. Ieder mens is uniek en je kan niet twee mensen die altijd hetzelfde hebben of nodig hebben. Nee ieder mens is uniek, is verschillend, dus heeft ook een verschillende benadering nodig.

Iter: Sluit Zorg op maat hier dan ook een beetje op aan voor jou of niet?

Itee: Ja, ja. Zeker, zeker. Zorg op maat dat zie je steeds meer als mensen in hun eigen woonomgeving blijven. Er zijn dan een heleboel dingen mogelijk: mensen kunnen gedoucht worden, aangekleed worden… Dus dat sluit al aan bij de ontwikkelingen die er in het zorggebied zijn; mensen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving houden, maar dan moet er wel een pakket zorg tegenover staan. Want als mensen oud worden dan hebben ze hulp nodig. Dat moet gewoon want anders zou je daar geen recht aan doen. Zodra mensen in hun eigen woonomgeving moeten blijven moet daar een pakket zorg tegenover staan, want anders is dat niet mogelijk.

Iter: Dus dat de mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben en niet iets anders?

Itee: Ja, ja en dat kan ook dan zo zijn dat meneer A en meneer B allemaal een ander pakket nodig hebben. Meneer A kan zich bijvoorbeeld nog heel goed aankleden en nog douchen. Prima. Maar meneer B niet en die moet dan die hulp hebben. En dat is dan nog mogelijk. Voor ieder probleem is een oplossing.

Iter: Dus dat heb je hoog op je lijstje staan?

Itee: Ja, ja vind ik wel ja.

Iter: Dan heb je daaronder Kwaliteit staan. Wat is voor jou het verschil tussen Zorg op maat en Kwaliteit?

Itee: Zorg op maat wil niet altijd zeggen dat het kwalitatief goed is, daar kunnen als zorgverleners en hulpinstanties voor zijn die de taken niet helemaal goed uitvoeren. Daar is ook verschil tussen. Dus ik denk dat de geboden hulp, de pakketten zorg die de mensen krijgen dat die nog thuis zijn, dat die heel goed moet zijn. En dat is dus wat ik in mijn omgeving heb meegemaakt: daar mankeert het nog wel eens aan. Maar dat moet honderd procent zijn.

Iter: Maar wat zorgt er dan voor dat je zegt dat Zorg op maat belangrijker is dan Kwaliteit ofwel de kwalitatief goede zorg?

Itee: Ja dat heeft eigenlijk met elkaar te maken. Ik vind eigenlijk dat je dat niet los kunt zien. Zorg op maat is iets wat iedere patiënt moet krijgen en dat moet dan ook kwalitatief moet dat goed zien. Dat kun je eigenlijk niet los zien. Je kan dan wel zorg aanbieden, maar als dat niet voldoende is of als een patiënt niet goed wordt behandeld thuis, dan valt dat in het water en dat is dan zonde.

Iter: Als je ze een cijfer zou moeten geven…

Itee: …dan zou ik ze allebei hetzelfde cijfer geven want ze zijn even belangrijk.

Iter: Dan heb je onder Kwaliteit Menselijke zorg staan. Wat is de reden dat die voor jou op nummer vier komt?

Itee: Ja, kijk als je heel eerlijk bent dan hoort dit allemaal bij elkaar en kun je dit eigenlijk niet los van elkaar zien. Maar ik denk dat wat ik hier al aangaf dat mensen goed verzorgd moeten worden, thuis of in het ziekenhuis. Daar hoort gewoon de aandacht bij voor de patiënt. Aandacht is heel belangrijk en ik weet wel dat de zorgverlener niet altijd even veel tijd heeft om mensen hun verhaal aan te horen, maar toch is dat heel belangrijk. Vooral bij mensen die alleen wonen die dus echt afhankelijk zijn van de zorg kan een kort praatje of het drinken van een kopje koffie of een luisterend oor heel belangrijk zijn. Dus het hoort hier gewoon bij.

Iter: Oké, dan heb je daar onder Totaalbeeld gezet. Wat is voor jou inhoudelijk het verschil dat je Menselijke zorg boven Totaalbeeld zet? Als je die toch belangrijker vind?

Itee: Ook hier moet ik zeggen: het grijpt in elkaar. Bij de thuiszorg, als je mensen hebt die ziek zijn geweest, dan moet daar goed naar gekeken worden. Het grijpt allemaal in elkaar, het hoort bij elkaar. Lichaam, ziel, vitaliteit naar alles moet worden gekeken. Het hoort eigenlijk bij elkaar. Menselijke zorg en het Totaalbeeld hoort bij elkaar… Net zo goed als Respect daarbij hoort. Want een zorgverlener kan zijn van een andere cultuur en een autochtoon kan ook bij een allochtoon komen, maar je moet altijd respect hebben voor hoe iemand het wil. Het hoort allemaal bij elkaar. Dat komt ook hier weer tot uiting: Gelijkwaardigheid tussen patiënt en behandelaar.

Iter: En omdat ik jou eigenlijk ‘dwing’ om het toch op volgorde te leggen, geef je eigenlijk al aan dat je de keuze moet maken. Waarom zet je dan toch de één boven de ander.

Itee: Ja, ja… Als ik zo kijk dan zou ik toch Respect en Totaalbeeld nog kunnen omwisselen. En Gelijkwaardigheid zou ik ook nog daarboven kunnen zetten, maar voor de rest… Ik zou Gelijkwaardigheid nog wat hoger kunnen zetten en ik zou Respect ook nog wat hoger kunnen zetten, maar voor de rest zou ik geen wijzigingen willen aanbrengen.

Iter: Dat is helemaal goed. Maar wat is de belangrijkste reden achter de volgorde zoals die nu is voor jou?

Itee: De belangrijkste reden vind ik gewoon dat de aandacht voor de patiënt, op basis van gelijkwaardigheid, met respect voor de achtergrond van de mensen het belangrijkste is voor mij. Ik zou het zo niet meer wijzigen. Maar hulp van naasten vind ik ook heel belangrijk maar dat komt pas aan het eind van het traject.

Iter: Vind je dat ook het minst belangrijk?

Itee: Nee, maar je krijgt gewoon eerst die andere zaken. Eerst wordt de zorg geboden en daarna kan je nog eens kijken van hoe kan je de persoonlijke ontwikkeling stimuleren, hoe kan je iemand de helpen de hand bieden… Dan is hulp van naasten onontbeerlijk.

Iter: Maar staat het dan wel op volgorde van belang voor jou?

Itee: Ja! Ja, ja ja. Eerst heb je de zorg, dan komt iemand thuis uit het ziekenhuis, dus dan is dit het allerbelangrijkste.

Iter: Dan zijn we aangekomen bij Eigen regie. Wat is voor jou de reden dat die op deze plek komt?

Itee: Ja, die hoort daar gewoon te liggen. Ik stel het me heel simpel voor: als iemand behandeld is, zorg heeft gekregen dan moet die ook met de situatie omgaan, hij moet zijn eigen leven weer oppakken, hij moet zelf in zijn situatie zorgen dat hij ermee kan omgaan. Hij moet zijn eigen leven weer in de hand zien te krijgen, hij moet zelf weer zien te gaan functioneren ik denk dat Eigen regie dan komt in dit traject. En daar hoort dus weer bij dat Onafhankelijkheid, dat hij zolang mogelijk zijn eigen leven kan leiden. Dus eerst komt de zorg, dan is die meneer behandelt en dan ga je kijken hoe je die meneer of mevrouw zo lang mogelijk in zijn eigen woonsituatie laten.

Iter: En stel dat die meneer of mevrouw nou zorg blijft ontvangen maar toch onafhankelijk wil blijven, in hoeverre zeg je dan dat dat kan?

Itee: Nou dan komt dus die zorg van naasten om de hoek kijken. Kijk als die meneer het kan redden om zo lang mogelijk in eigen woonomgeving te blijven dan is hulp van naasten onontbeerlijk.

Iter: Dan heb je onder Onafhankelijkheid Communicatie en transparantie staan. Wat vind je daar van?

Itee: Ja, kijk… als mensen behandeld zijn of ze worden behandeld dan is dit denk ik ook heel belangrijk… Ik zeg niet dat deze dan minder belangrijk is als deze; het hoort er allemaal bij. Maar mensen met een bepaalde ziekte of die herstellen van een bepaalde ziekte dan is het belangrijk dat er altijd duidelijkheid wordt geboden aan de mensen van wat de vooruitzichten zijn. Dus er moet een transparant gesprek zijn en zeker voor de patiënt moet het begrijpbaar en verstaanbaar zijn van wat de vooruitzichten zijn. Openheid moet er zijn!

Iter: En waarom is dat voor jou zo belangrijk?

Itee: Dat is heel belangrijk omdat mensen dan weten wat de vooruitzichten zijn in hun situatie. Als er iemand doodziek is en er wordt tegen hem gezegd ‘Ja, over een week ben je beter’ of ‘het gaat allemaal goed’ dat is niet eerlijk hè. Mensen moeten weten wat de vooruitzichten zijn. Op korte termijn en op de lange termijn. Ik weet dat het heel moeilijk is, maar toch moet je kunnen zeggen ‘je bent ziek en je misschien heb je nog een jaar te leven ofzo’. Er moet altijd openheid zijn, altijd transparantie zijn. En gelukkig gebeurt dat steeds meer. Vroeger was het wel zo dat de dokter zei ‘nou neem maar een zalfje en een flesje dropwater en het komt allemaal goed’, maar nu is er veel meer openheid. Patiënten worden mondiger en doctoren moeten daar op inspelen en moet zoveel mogelijk informatie die zij beschikbaar hebben aan de patiënt overbrengen.

Iter: Vind je dat goed?

Itee: Ja, dat vind ik heel goed.

Iter: Dan hebben we als een na laatste kaartje Persoonlijke ontwikkeling. Kun je aangeven waarom die op de een na laatste plek staat voor jou?

Itee: Nou dat hoort eigenlijk bij Communicatie en transparantie. Een patiënt wordt beter of wordt niet beter. Als een patiënt wel beter is, denk dan even aan oudere mensen, die hebben dan iets achter de rug en mentaal kunnen ze daar sterker uitkomen en dat kan ze een boost geven om het leven weer op te pakken en een soort herstart of doorstart te maken. Weer gezond worden als de tijd daarvoor is en die kunnen daar mentaal sterker uit tevoorschijn komen, van ‘zie je, ik heb dit doorgemaakt, ik ben geopereerd, ik heb een hartinfarct gehad en nu fiets, loop en sport ik alweer’. Dus die kunnen daar sterker uit tevoorschijn komen.

Iter: En op het moment dat ze chronisch ziek zijn?

Itee: Ja, dat is dan wel weer een heel ander verhaal.

Iter: Vind je het dan ook goed als daarin een ontwikkeling gezocht wordt?

Itee: Ja, dat is natuurlijk een stuk moeilijker als iemand chronische leukemie heeft ofzo… Dan is het heel moeilijk. Dan ligt het toch wel wat anders hè. Maar we gingen er hier vanuit dat we zijn hersteld van een ziekte

en dat je daar dan mentaal sterker uitkomt. Als iemand een levensbedreigende ziekte heeft is dat moeilijker natuurlijk.

Iter: En als je die waarde dan in beide gevallen moest beoordelen? Dus eerst in het geval dat een ziekteproces wordt afgesloten en in het andere geval dat het om een chronische ziekte gaat en je zou deze waarde in beide gevallen een cijfer moeten geven.

Itee: Hoe bedoel je een cijfer geven?

Iter: Tussen de één en de tien van hoe belangrijk je het vindt.

Itee: Ja, dan geef ik die transparantie zeker een acht, maar de ontwikkeling dat is eigenlijk anders natuurlijk bij iemand die een levensbedreigende ziekte heeft. Die weet zelf ook wel dat daar op een gegeven moment een eind aan komt. Het komt eigenlijk nooit voor, misschien in sommige gevallen, dat iemand die levensbedreigend ziek is dat die herstelt.

Iter: Hoe zou je hem bij een chronische ziekte waarderen?

Itee: Een zeven.

Iter: En als het niet chronisch is? Hoe hoog of hoe laag zou je het dan geven?

Itee: Dan is het gekoppeld met het vorige, met de Communicatie en transparantie. Dan zou ik het een acht geven.

Iter: Dan heb je als laatste kaartje Hulp van naasten.

Itee: Ja die vind ik heel belangrijk! Ik heb daar samen met nog iemand van de kerk constant mee te maken. Dat hulp van naasten hoort bij mijn levensopvatting, hoort bij de levensopvatting van veel meer mensen. Hulp aan naasten en van naasten is gewoon een onderdeel van hoe je functioneert als mens. Dat moet gewoon. Geen mens kan het alleen doen, je hebt hulp van naasten nodig.

Iter: Wat voor cijfer zou je dat dan geven, Hulp van naasten?

Itee: Ook een acht.

Iter: En Individugericht, hoe zou je die waarderen?

Itee: Ja dat is voor mij eigenlijk het allerbelangrijkste hè. Ieder mens is uniek en ieder mens heeft zijn eigen benadering nodig. Ik zou dat wel een negen geven.

Iter: en de twee kaartjes daar onder?

Itee: Allebei een acht.

Iter: Dus de kaartjes onder het eerste kaartje tot en met het laatste kaartje zou je allemaal een acht geven?

Itee: Ja, dat klopt ja allemaal een acht.

Iter: Dus het is allemaal belangrijk?

Itee: Ja, heel belangrijk. Maar Individugericht staat voor mij bovenaan.

Iter: Oké, is dit dan de volgorde zoals die moet zijn voor jou?

Itee: Ja, zo moet het zijn. Van dat andere lege kaartje maak ik geen gebruik.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Individugericht, Zorg op maat, Kwaliteit, Menselijke zorg, Gelijkwaardigheid, Respect, Totaalbeeld, Eigen regie, Onafhankelijkheid, Communicatie en transparantie, Persoonlijke ontwikkeling en Hulp van naasten]

Iter: Oké, dan mag je de kaartjes nu weer wegleggen dan zijn we bij het laatste onderdeel aangekomen en die ga ik weer even inleiden.

Ik leg je nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen je kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre jij het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil je vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die je heeft gegeven. Mocht je zelf nog benaderingswijzen weten dan kun je die boven of onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Mag ik meerdere antwoorden geven op één antwoordmogelijkheid?

Iter: Ja, als jij dat kan toelichten dan mag je dat gewoon doen.

Itee: Oké, dan heb ik hier, even voor de goede zorg want ik wil dit heel serieus doen, heb ik hier dus over een zorgverlener-patiëntverhouding?

Iter: Dit gaat over de benadering vanuit zorginstellingen naar patiënten toe. Dat hoeft niet per se te gaan over mensen die al gebruik maken van de zorg. Het kunnen ook mensen zijn die gezond zijn.

Itee: Daar wil ik toch een nuance in aanbrengen dan, als je het goed vind.

Iter: Dat is goed.

Itee: Ik vind dat je gezonde mensen hebt en zieke mensen. Dus ik vind dat je gezonde mensen anders mag benaderen en moet benaderen dan zieke mensen.

Iter: Dat is goed dat je het zegt.

Itee: Via Facebook dat vervalt voor mij helemaal. Dus ‘Zeker niet op deze manier benaderen’. Moet ik daar een kruisje doorheen zetten?

Iter: Ja, je mag het ook inkleuren, wat jij wilt.

Itee: Dus niet via Facebook benaderen. Maar dat is dus specifiek voor mensen die ziek zijn: niet via Facebook!
Mensen die ziek zijn ook niet via een specifieke website. Dus daar zet ik ook neer ‘Zeker niet op deze manier benaderen’.
Wel informatie in het ziekenhuis, maar dat gebeurt dus al in de wachtkamer van een huisarts of het ziekenhuis. Dat kan wel. Dat is dan met die folders. Daar zet ik neer ‘Liever op deze manier benaderen’.
Via een digitale nieuwsbrief ook niet. Ik heb het nu echt over de mensen die ziek zijn hè.

Iter: Oké, dat is me duidelijk.

Itee: Die nieuwsbrief die vervalt voor mij dus ook, want dat vind ik ook raar. Dus ik zet neer ‘Zeker niet op deze manier benaderen’ voor de nieuwsbrief.
Via de post… Eigenlijk ook niet. ‘Zeker niet op deze manier benaderen’ dus.
Via een speciale mobiele app ook niet, dat vind ik zo onpersoonlijk. Ik vind voor mij, maar dat staat er dan niet bij, is een persoonlijk gesprek is dé manier.

Iter: Die mag je erbij zetten als je wilt.

[Respondent zet op de showcard ‘Persoonlijk gesprek’]

Iter: En als je Persoonlijk gesprek ook zou moeten invullen hoe zou je dat dan doen?

Itee: Dan doe ik ‘Zeker op deze manier benaderen’. Dus dan zet ik hier even een rondje. Die mobiele app is niks, Facebook is onzin en een website… Nee gewoon een persoonlijk gesprek.

Iter: Dan heb je het nu ingevuld voor de mensen die ziek zijn. Zou je het ook kunnen invullen voor de mensen die gezond zijn?

Itee: Heb je nog een briefje voor me dan?

Iter: Je kunt het ook met kruisjes invullen. Je hebt nu voor de zieke mensen rondjes gebruikt, dan kun je voor de gezonde mensen het met kruisjes invullen.

Itee: Oké, dat komt goed. Nou voor de mensen die gezond zijn dan… Voor Facebook zeg ik 'Liever niet op deze manier benaderen'.
Ook niet via een website, dus daar vul ik hetzelfde voor in.
De folders dat kan wel, dus dan zet ik 'Zeker op deze manier benaderen' neer.
Dat kan ook via een nieuwsbrief.
Via de post dan zou ik zeggen liever niet dus daar zet ik neer 'Liever niet op deze manier benaderen'.
En ook niet via een speciale app, daar zet ik hetzelfde neer.
We hebben het over de mensen die gezond zijn hè? Nou die hebben geen persoonlijk gesprek nodig, dus ik zou het zo willen laten.

Iter: Oké dat is goed. Dan heb je bij de zieken staan dat je gaat voor de folders en het persoonlijke gesprek.

Itee: Kijk als mensen in een ziekenhuis komen dan liggen daar meestal, net als bij de huisarts, folders dus dan kunnen ze zich inlezen hoe dat gesprek zal gaan. Dus dan kunnen ze informatie putten uit die folders.

Iter: Zou je dat dan het liefste via folders willen zien of ook via andere dingen?

Itee: Nee, echt folders.

Iter: En de rest?

Itee: Ja dat heb ik aangegeven die niet.

Iter: Wat zijn daar de belangrijkste redenen voor?

Itee: Nou Facebook valt voor mij af dat gaat voor mij nergens over. Ook niet via een website, ook niet via een digitale nieuwsbrief. De post vervalt voor mij eigenlijk gewoon dat is eigenlijk hetzelfde als op Facebook: je krijgt dan een mededeling op schrift en anders krijg je het op je scherm… Voor mij is een persoonlijk gesprek altijd het belangrijkste.

Iter: Dus eigenlijk geef je aan dat de rest dat is `m niet omdat je persoonlijk contact het allerbelangrijkste vindt?

Itee: Ja, voor mij is persoonlijk contact het allerbelangrijkste. Alleen zieke mensen die kan je vast na een gesprek met een hulpverlener of zorgverlener een folder meegeven. Dan krijg je zo`n klein boekje mee hoe je de rest van je leven moet invullen, hoe je moet eten en drinken. Dus dan hebben mensen nog informatie en additioneel komt dan de zorgverlener en die licht dat dan nog eens toe.

Iter: Als je zelf invulling mocht geven aan dat persoonlijk gesprek, dus hoe jij dat het allerliefste zou zien, hoe zou je dat dan doen?

Itee: Nou met een partner.

Iter: De partner van de patiënt?

Itee: Ja, partner van de patiënt. Dat kan z`n vader of moeder zijn, vader-zoon, moeder-zoon, man-vrouw, man-man, vrouw-vrouw; het is maar net hoe die relaties zijn. Maar altijd iemand erbij, dat is heel belangrijk. Want die patiënt kan door zijn emoties bevangen misschien niet meer goed horen hoe het moet en dan is er altijd een ander bij die dat opvangt. Een soort chaperonne die oplet.

Iter: Is dat het?

Itee: Ik denk dat dat het is, dus persoonlijk gesprek en dan zou ik er eigenlijk nog bij willen zetten dus altijd met een partner.

[Respondent schrijft onder 'Persoonlijk gesprek' de woorden 'met een partner']

En met een partner is dan een ruime invulling, dat moet iedereen voor zichzelf weten. Dat kan een buurman zijn dat kan een vriend zijn. Dat maakt niet uit. Maar een derde moet erbij zijn.

Iter: Dan heb je bij de gezonde mensen de benaderingswijzen 'folders' en 'digitale nieuwsbrief' aangekruist als 'Zeker op deze manier benaderen'.

Itee: Gezonde mensen gaan sowieso dus niet naar een zorgverlener en mochten ze in het verleden klachten hebben gehad en ze zijn daar geïnteresseerd in dan kan een nieuwsbrief van een ziekenhuis ofzo kan daarvoor een uitkomst bieden.

Iter: En als je daar dan weer zelf invulling aan mocht geven?

Itee: Ik denk dat een nieuwsbrief heel goed kan.

Iter: Hoe zou jij dat willen zien dan?

Itee: Dat is afhankelijk van de behoefte van iemand. Als iemand gezond is maar bepaalde vragen heeft over iets, dat kan ook voor een ander iemand zijn, dan zou dat heel goed via een nieuwsbrief kunnen zijn. Hij zou zich daarop kunnen abonneren bij een dokter of een ziekenhuis en dat kan dan ook nog via folders, maar mensen hebben tegenwoordig allemaal computers. Dus via een nieuwsbrief of eventueel via folders dat zijn voor mij de manieren. Maar niet via de post of via een brief ofzo. Een nieuwsbrief en een folder.

Iter: wat moet daar instaan?

Itee: Alles moet daar instaan wat die meneer of mevrouw vraagt.

Iter: Dus dan zou het vraaggericht moeten zijn? Dat als iemand een vraag heeft die nieuwsbrief komt met een gericht antwoord daarop?

Itee: Die meneer heeft een vraag en dan moet in een folder of in een nieuwsbrief moet die vraag gecoverd worden. Dan moet die vraag of alle vragen die die heeft moeten beantwoord zijn.

Iter: Oké, dus hij of zij stuurt dan die vragen door naar…?

Itee: Naar een website. Dan heeft die een bepaalde vraag en op die vraag moet afdoende antwoord komen. Dus in de nieuwsbrief of in de folder.
Iter: Zou het dan ook op een specifieke website kunnen?

Itee: Ja dat zou kunnen. Dat is dan samen met die folder. Dus dan verander ik dat naar 'Liever op deze manier benaderen'.

Iter: Dan heb ik als allerlaatste vraag de vraag of jij nog vragen hebt aan mij.

Itee: Nee, ik vond het een heel ehm… Sympathiek is een raar woord... Ik vond het een heel prettige manier van vragen stellen, heel overzichtelijk, heel duidelijk zodat het zelfs voor iemand als ik goed te begrijpen was. Nee joh onzin dat laatste, maar heel overzichtelijk en heel duidelijk. En ook hele goede vragen stel je!

Iter: Oké, dankjewel.
Heb je verder nog vragen of opmerkingen?

Itee: Nee, voor de rest heb ik geen vragen. Ik vond het echt heel goed!

Iter: Nou dankjewel daarvoor.

Itee: Ik zou zeggen succes ermee.

Iter: Bedankt! En ook bedankt voor je tijd!

Itee: Graag gedaan hoor. Ik vond het leuk om te doen.

Bijlage XXVI: Verbatimverslag interview respondent 8

Geslacht respondent: vrouw

Iter: Ik heb u zojuist uitgelegd hoe het onderzoek eruit ziet, waar het onderzoek voor is en wat de tijdsspanne ervan is, heeft u verder nog vragen over het onderzoek?

Itee: Nee, geen opmerkingen of vragen.

Iter: Oké, dan wil ik u vragen naar uw leeftijd.

Itee: 53.

Iter: Dank u wel. En als tweede vraag wil ik graag weten of u gebruik maakt van zorg en zo ja of u dit zou willen delen.

Itee: Dat moet nog komen. 15 Mei staat mij een operatie te wachten.

Iter: Is dat verder op dit moment nog afwachten dan?

Itee: Ehm, nee ik heb borstkanker gehad. Die behandeling is nu afgerond en ik ga nu een hersteloperatie ofwel een reconstructie doen. Dus dat is eigenlijk een andere, plastische chirurgie in plaats van de chirurgie ga ik nu doen.

Iter: Oké en kunt u uitleggen wat het precies inhoudt?

Itee: De reconstructie?

Iter: Ja.

Itee: Mijn linkerborst is geamputeerd en ik krijg vijftien mei een ballonnetje ingebracht en dat wordt dan om de veertien dagen gevuld met een zoutoplossing. Dan wordt de huid opgerekt en dan moet ik drie maanden rusten en dan wordt er definitief een prothese ingebracht.

Iter: Wat is uw kijk daarop?

Itee: Eigenlijk was ik er al eerder aan toe, maar ik heb gisteren de marathon gelopen hier in Rotterdam en ik wilde niet eerder dan na de marathon geopereerd worden. Want anders had ik die marathon niet kunnen lopen, dus ik heb bewust gewacht tot na 13 april. En de eerste mogelijkheid was dan 15 mei. In feite is mijn behandeling afgerond in juni, begin juni vorig jaar. Daarna had ik dus in januari al geopereerd kunnen worden maar ik heb bewust gekozen om het na de marathon te doen.

Iter: Sportief van u!

Itee: Ja, ik ben met de 10 kilometer begonnen. Ik heb hem nu voor de vierde keer gelopen de marathon hier in Rotterdam. Vorig jaar kreeg ik vlak voor de marathon de diagnose borstkanker en toen heb ik hem toch gelopen. De week daarna ben ik geopereerd en dat was natuurlijk een hele rare tijd. Nu wilde ik hem nog een keer bewust lopen om die hele periode ook af te sluiten en te laten zien dat ik weer schoon ben.

Iter: Weet u uw tijd nog van gisteren?

Itee: 4,31. Dus 4 uur en 31 minuten. Ik ben niet zo`n hele snelle loopster.

Iter: Dat maakt niet uit toch? Het gaat om de prestatie.

Itee: Ja, dat klopt.

Iter: Heeft u verder nog zorg op dit moment? Dat u naar de huisarts gaat of de tandarts bijvoorbeeld?

Itee: Ik ben drie weken geleden gevallen op mijn kaak tijdens het hardlopen. Ik heb hier een wondje, je kunt het misschien nog zien, maar toen moest ik even naar de spoedeisende hulp om het te laten plakken. Er is ook een kies afgebroken dus daar moet ook nog een kroon opgezet worden. Daarvoor heb ik in mei ook een afspraak.

Iter: Dus mei wordt een drukke maand?

Itee: [lachend:] Ja, ja precies!

Iter: Oké, dan kunnen we nu wel naar de kern van het interview toe. Daarvoor moet ik eerst even een introductie voorlezen. De reden dat ik dat doe is dat het dan bij iedereen hetzelfde wordt ingeleid, zodat de inleiding en de instructies niet anders zijn en dus geen invloed hebben op de uitkomsten.

Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef u straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan u is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor u. Het belangrijkste kaartje mag u bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan u is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat uw beweegredenen zijn.

Ik begin met Self-transendence. Daar staat onder: Ik accepteer anderen en ben bezorgd om het welzijn van de mensen om mij heen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan komt daarna Opennes to change: Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan Conservation: Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

En dan hebben we nog Self-enhancement: Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan mag u nu gaan kijken welke het beste bij u past.

Itee: Dit was in de enquête ook toch? Dan kan het zijn dat ik iets anders doe nu hè, of niet?

Iter: Dat kan, maar dat is niet erg. Het gaat hierbij vooral om de onderbouwing, dus waarom u iets vindt.

Itee: Nou terwijl je las en ik zie ze staan, is dit iets wat echt bij mij past; dit ben ik gewoon. Opennes to change is echt de nummer één.

En dan dit als tweede: 'Ik accepteer anderen en ben bezorgd om het welzijn van de mensen om mij heen'. Eigenlijk alleen maar mijn naaste mensen. Dat is verder niet heel breed.

Dan zou ik Self-enhancement als laatste doen, dit heb ik helemaal niet.

En die andere, dat onderdrukken van mijn eigen behoeften komt daar dan bij. Eigenlijk staan die twee naast elkaar. En eigenlijk zou ik dan die misschien nog wel helemaal onderaan zetten. Dat onderdrukken van eigen behoefte heb ik helemaal niet.

Iter: Oké, dan wil ik ze nu even kort met u doorlopen. Ik stel voor dat we gewoon bovenaan beginnen. Ik zie daar Opennes to change staan, kunt u aangeven wat ervoor zorgt dat die echt op nummer één voor u komt?

Itee: ‘Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak graag zelf dingen aan’, nou dat is echt helemaal zoals ik ben. In mijn werk, in mijn omgeving, in het sporten en dat soort dingen. Leefstijlveranderingen daar ben ik altijd mee bezig en zeker nu ik borstkanker gehad heb en dat in feite helemaal niet bij mij past. Want ik ben heel sportief en ik probeer zo gezond mogelijk te eten en te leven en dan denk ik toch eerder van waar ligt het aan, hoe kom ik eraan? Dan ga je toch kijken van ‘is het dat wijntje te veel af en toe?’ of dat soort dingen. Daar denk ik dan toch over na.

Iter: Het zoeken naar mogelijke…

Itee:… naar een mogelijke reden, toch bij mezelf in eerste instantie en kijken of ik er zelf iets aan kan doen.

Iter: Heeft u nog van de artsen gehoord waar het aan lag?

Itee: Nee, ik ben gewoon één op de acht en ik ben gewoon één van die acht. Pure pech.

Iter: Oké. Waar komt het vandaan dat u constant bezig bent om te kijken wat er beter kan?

Itee: Ehm ja, dan moet ik iets van mijn verleden vertellen misschien, want ik heb zelf een eetstoornis gehad. Vroeger had ik Boulimia. En dat is natuurlijk zo`n destructieve levensstijl… Daar ben ik helemaal uitgekomen en ik begeleid nu ook vrouwen met dezelfde problemen.

Iter: Ook met Boulimia.

Itee: Ja en anorexia; echt eetstoornissen. En daarbij ben je eigenlijk altijd bezig om de verantwoordelijkheid bij de eigen persoon zelf neer te leggen, om zelf beter te worden. En dat pas ik ook op mezelf toe, nog steeds eigenlijk.

Iter: Dus het komt eigenlijk uit die situatie die toen verander moest worden en dat u dat heeft doorgetrokken naar het nu?

Itee: Ja, want ik ben mezelf ook gaan overtuigen dat je zelf verantwoordelijk bent voor je eigen gezondheid.

Iter: Ja, oké. Dan heeft u op het kaartje daaronder Self-transendence staan. Wat is de reden dat die op nummer twee komt?

Itee: Nouja, ik accepteer iedereen zoals die is eigenlijk, dat is wat ik bedoel met ‘ik accepteer anderen’. En ‘ik ben bezorgd om het welzijn van anderen’… Ja dat is alleen maar het welzijn van mijn man en mijn twee kinderen en mijn familie. Maar voor de rest ben ik niet echt bezorgd om het welzijn van anderen want ik denk dat iedereen verantwoordelijk is voor zijn eigen welzijn.

Iter: Die zorg voor de mensen die dicht om u heen staan die is er wel?

Itee: Ja, die is er uiteraard wel.

Iter: Dan heeft u daar onder Self-enhancement en u gaf zelf al een beetje aan dat de kaartjes op nummer drie en vier, Self-enhancement en Conservation, niet echt bij u passen.

Itee: Die passen helemaal niet bij me, nee, nee.

Iter: Wat is dan de reden dat toch dan de waarde Self-enhancement boven Conservation komt te staan?

Itee: Ja… dat ligt een beetje aan dat stukje ‘ik ben geneigd om mijn eigen behoefte te onderdrukken’. Dat doe ik helemaal niet. En ook dat stukje ‘…om de huidige situatie hetzelfde te houden’ vind ik echt absurd. Dat zorgt ervoor dat het helemaal onderaan komt te staan. Want ik luister juist namelijk heel erg naar mijn eigen behoeften. Dat vloekt ook een beetje met het aanpassen van mijn eigen leefstijl.

Ja en het najagen van successen… Ach, dat ben ik helemaal niet. Ik vind het wel leuk om succes te hebben. En macht over anderen hebben, ja… Ik ben lerares dus misschien heb ik dat wel een klein beetje…

[De respondent begint te lachen]

Maar nee hoor, dat denk ik helemaal niet. Maar goed… Misschien…

Iter: Als u het een cijfer zou mogen geven? Nou ben ik toch wel benieuwd.

Itee: Nou ik sta zeventien jaar al voor de klas, voor pubers, maar ik vind het niet echt fijn om daar macht over te hebben. Dat is iets natuurlijks. Het is niet dat ik daar misbruik van maak of dat ik daar echt van geniet… Nee echt helemaal niet.

Iter: Nou dan vind ik dit wel duidelijk. Dan kunnen de kaartjes weer aan de kant. Dan gaan we verder en dat ga ik eerst weer even inleiden.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, daaronder Self-transendence, daarna Self-enhancement en als laatste waarde Conservation]

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat u precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga u straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan u uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden voor. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kunt u opschrijven welke waarden, die voor u belangrijk zijn in de zorg, u nog mist. Als u alle dertien kaartjes op tafel heeft liggen, wil ik u vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat u belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden legt u bovenaan, de minst belangrijke waarden legt u onderaan. Ik wil u vragen of u tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in uw denkprocessen. Als u alle kaartjes op volgorde heeft, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Ik heb hier het kaartje Zorg op maat. Dat is dat de patiënt zorg ontvangt die speciaal voor hem of haar op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik het kaartje Respect. Dat is dat de zorgverlener respect heeft voor de patiënt en de patiënt als gelijkwaardig mens wordt gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan het kaartje Totaalbeeld. Dat is dat er in de zorg wordt gekeken naar lichaam, ziel, vitaliteit en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Het kaartje Gelijkwaardigheid. De naam zegt het al: het gaat over de gelijkwaardigheid tussen patiënt en de behandelaar of behandelaren.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Menselijke zorg: De zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt met de patiënt mee.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan Individugericht. Dat is persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek persoon in zijn of haar eigen situatie.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Kwaliteit: De zorgverlening biedt patiënten een duurzame behandeling. De behandelingen zijn veilig, hebben nauwelijks bijwerkingen en zijn effectief.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Eigen regie. Dat is dat de zorg gericht is op het stimuleren van de eigen regie van de patiënten, zodat de patiënt een eigen, leidende rol heeft in zijn eigen gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Communicatie en transparantie. Dat is dat de zorgverlener een compleet beeld geeft van wat er aan de hand is, duidelijk naar de patiënt toe aangeeft wat er is en eerlijk aangeeft wat er wel en niet mogelijk is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Persoonlijke ontwikkeling: Ziekte en gezondheid kunnen binnen de zorg in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als laatste kaartje dan de waarde Onafhankelijkheid. Dat is dat de zorg erop gericht is om de patiënt zo lang mogelijk zijn of haar eigen leven te laten leiden en dat de zorgverlener er alles aan doet dat die patiënt zijn eigen ding kan blijven doen.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier nog twee lege kaartjes.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: Hé, dit is wel heel moeilijk. Want er zitten overlappingen in en er zijn meerdere dingen die ik heel belangrijk vindt.

Iter: Ja, dat begrijp ik. Doe het rustig aan zou ik zeggen.

Itee: Wat bij mij echt een sleutelwoord is geweest, is Respect. 'De patiënt wordt als een gelijkwaardig mens gezien en er wordt geduldig naar hem geluisterd.' Niet echt de gelijkwaardigheid zoals die bij het gelijknamige kaartje Gelijkwaardigheid bedoeld wordt, maar dat je als mens wordt gezien en niet als patiënt. En daar zit dan heel veel 'omheen' zeg maar. Dus daar hoort Totaalbeeld bij, dat zit daarin. Maar ook Communicatie en transparantie vind ik daar een onderdeel van zijn. Dat je in de behandeling duidelijk bent, of eerlijk bent wat er mogelijk is en dat je kijkt naar de patiënt wat in haar geval of in mijn geval mogelijk is.

Nou dan misschien Persoonlijke aandacht voor de patiënt in zijn eigen situatie en omgeving. Daar hangt dan weer Menselijke zorg aan.

Dan krijg je een stukje, denk ik, Eigen regie. En daar valt Onafhankelijkheid weer bij.

Ik vind deze eigenlijk het minst belangrijk: Gelijkwaardigheid. Ik denk niet dat je gelijkwaardig bent; de één heeft nu eenmaal meer kennis dan de ander en dat is in dit geval dan de specialist. Dat is ook niet erg, als die het maar niet zo duidelijk naar voren brengt.

De Persoonlijke ontwikkeling vind ik ook niet zo belangrijk denk ik. Dat is ook een proces dat je zelf doormaakt denk ik.

En deze passen ook bij elkaar: Kwaliteit en Zorg op maat. Dan doe ik eerst Zorg op maat en dan Kwaliteit. Dan ga je er toch vanuit dat de kwaliteit geboden wordt.

Maar voor mij zijn dit echt de belangrijkste dingen, met het respect naar de patiënt toe. Aandacht voor de mens achter de patiënt.

Iter: Nou dan stel ik voor dat we daar ook meteen op doorgaan. Want u heeft inderdaad Respect op nummer één gezet en u geeft ook aan 'dat is heel belangrijk voor mij'.

Itee: Ja.

Iter: Waarom is dat zo belangrijk voor u? Dat dat in de zorg zit.

Itee: Nouja, ik ben inmiddels 53 en je hebt een heel leven achter je en ik heb heel erg mijn best moeten doen om te worden wie ik ben. Ik zie mijzelf ook als een heel compleet persoon en ik werd in het ziekenhuis continue alleen als 'linkerborst' behandeld en niet als mens.

Iter: Als aandoening dus?

Itee: Als aandoening ja, dat zocht ik. Ik werd als aandoening behandeld en niet als mens. Dat heeft me vreselijk geïrriteerd. En iedere keer werd ik daardoor weer op teruggeworpen zeg maar. Dan moest ik daar weer overheen komen. Vooral toen mijn borst eraf was, toen was ik alleen nog maar een litteken. Ik zie mezelf niet als litteken, ik zie mezelf gewoon als mens. En dat is ook zo natuurlijk. Maar daar heb ik heel veel moeite mee gehad.

Iter: Kwam dat elke keer weer terug?

Itee: Nou, ik werd… ja, ja. Dat moest ik elke keer weer verwerken als ik weer zo`n controle had gehad.

Iter: Dus het was dan in het gesprek met de arts van hoe het ging en wat er gebeurde?

Itee: Ja, ja.

Iter: Kunt u aangeven hoe dat precies aanvoelde?

Itee: Ja, hoe het aanvoelde… Ja, hoe dat aanvoelde kan ik niet eens goed omschrijven, maar het is gewoon… ehm… het behandeld worden als een onderdeeltje, als een aandoening inderdaad. Ik werd echt teruggeworpen op dit hele kleine stukje lichaam steeds, waar iets mis was.

Iter: Maar in de zin van positief, negatief of neutraal?

Itee: Ja, dat was heel negatief dat vond ik heel vervelend. En ze deden wel een persoonlijke vraag stellen, omdat dat zeg maar een soort van moest. Ik heb me daar erg in verdiept en ik heb ook de Monitor Borstkanker goed onderzocht en ik heb ontdekt dat de artsen exact doen wat daar instaat om de ‘ja'tjes’ te krijgen voor dat roze vinkje of dat roze strikje. En dat je niet als patiënt wordt behandeld.

Iter: U heeft dus eigenlijk heel sterk het idee dat het voor het keurmerk was?

Itee: Ja, voor het keurmerk zei die het, ja.
Ik heb dat ook aangegeven bij de Monitor Borstkanker en ik heb het ook aangegeven bij de arts zelf. Die gaf het ook wel toe, maar toen was het leed al geleden…

Iter: Onder Respect heeft u Totaalbeeld gezet, wat is de reden dat die op nummer twee komt?

Itee: Nouja, ik vind dat dat een beetje hetzelfde is denk ik. Dat is ook een beetje respect hebben voor de mens in het geheel. Het is niet zo alleen ‘de linkerborst’, maar ik heb ook gewoon mijn werk waarvoor het bij mijn leerlingen heel confronterend was voor mijn leerlingen om te weten dat ik ziek was. Voor mijn man en mijn twee puberkinderen ook. Daar werd helemaal niks naar gevraagd. Ik heb op een gegeven moment zelf maar gezegd ‘ik heb zelf ook twee kinderen lopen’. Dan was het ‘O, o o.’ maar daar werd in die zin helemaal niet naar gevraagd.

Iter: Dus er werd niet gevraagd naar de omgevingsfactoren?

Itee: Nee, nee helemaal niet.

Iter: Hoe zou u dat eigenlijk wel willen zien? Stel ik geef u een volmacht.

Itee: Nou ik zou eerst zeggen: kijk eens wie je voor je hebt! Dat lijkt me zo belangrijk.

Iter: Hoe zou u dat in kaart willen brengen?

Itee: Nou gewoon eens kijken wat is dat voor iemand. Ik zal een ander voorbeeldje geven: ik informeer mijzelf heel goed. Via internet is alles te lezen. Dus zodra ik het woordje ‘borstamputatie’ hoorde, ging ik lezen op internet: wat gaat er gebeuren, hoe of wat. Dan kom je bij zo`n verpleegkundige en die haalt dan een folder tevoorschijn, die gaat het laatje van ‘borstamputatie’ opentrekken en gaat dan mij informeren. Maar die gaat dan zelfs letterlijk de folder van het ziekenhuis oplezen, vertellen. In dezelfde woorden. Nou dan haak ik echt

volledig af. In gedachten ben ik dan allang ergens anders mee bezig. Want dat weet ik allemaal al. Ga dan eerst eens even kijken van 'wat weet iemand eigenlijk al?'.

Iter: Met iemand in gesprek gaan dus?

Itee: Met iemand echt in gesprek. Hoe staat die persoon in het leven, hoe gaat die hiermee om?

Iter: Dus meer het persoonlijke dan het technische?

Itee: Ja, kijk dat is zo makkelijk. Het lijkt wel alsof ze het ook niet durven. Maar goed dat is wat ik gemist heb eigenlijk.

Iter: U zegt 'het lijkt wel alsof ze het niet durven'. Waarom denkt u dat dat zo is?

Itee: Ehm… Ik denk dat zij bang zijn ook zichzelf bloot te moeten geven of wat dan ook. Of dingen los te maken bij mij wat ze niet aankunnen. Een stukje zelfbescherming denk ik.

Iter: Ik zie daar dan onder Communicatie en transparantie staan. In hoeverre is dat belangrijk?

Itee: Nou dat zijn echt de mogelijkheden, dat vind ik echt belangrijk. Dat je echt eerlijk naar de patiënt communiceert dat er stappen genomen moeten gaan worden of gaan worden.

Iter: Valt daar ook nog meer onder of is dat puur dat wat u net vertelde? Dat stukje informeren?

Itee: Dat stukje informeren maar ook, daar kom ik weer terug op het feit dat ze zo dat keurmerk najagen, één van de vragen van die Monitor Borstkanker is het aanbieden van een Mammaprint. Ik weet niet of je weet wat dat is?

Iter: Ehm, nee.

Itee: Dan maken ze een soort scan, een soort DNA-onderzoek of chemokuur voor jou geschikt is, of dat voor jou effectief is.

Iter: Oké, dus om te kijken of een chemokuur handig is of niet?

Iter: Ja precies. Bij mij was er geen sprake van een chemokuur, dat was mij al heel snel verteld en ik was daar ook doodsbenauwd voor en ik heb hem gelukkig ook nooit gehad. Maar tóch werd die Mammaprint aangeboden. Zodat ik op die vragen een 'ja' kon geven, terwijl er helemaal geen indicatie was voor een chemokuur.

Iter: Dus eigenlijk was het niet nodig, maar toch bieden ze het aan?

Itee: Heel onnodig. Ze bieden het aan, helemaal op papier… Wij hadden zoiets van 'wat moet ik hiermee? Ik zou toch helemaal geen chemo krijgen?'. Ze begonnen een heel verhaal of het nu wel of niet vergoed wordt door de verzekering… Het bracht heel veel onrust. Je gaat je erin verdiepen en denken 'wat moet ik er nu eigenlijk mee?'. Terwijl het helemaal niet van toepassing was. Dan denk ik toch 'ja, wat is dit voor flauwekul?'.

Iter: Ze brachten dus iets ter sprake dat niet van toepassing was?

Itee: Het was niet van toepassing en het bracht bij mij alleen maar onrust.

Iter: Dus als ik zo zou mogen concluderen, was het onduidelijk?

Itee: Onduidelijk, oneerlijk eigenlijk.

Iter: Wilt u er verder nog iets over kwijt?

Itee: Nee, dat denk ik niet. Communicatie en transparantie heeft ook te maken met openheid, open zijn als arts ook.

Iter: Dan staat daar onder ook Individugericht.

Itee: Ja, dat is wat ik net ook bedoelde met 'kijk eens wie je voor je hebt, kijk eens wie dat is'. Ik informeer me goed. Ik wil niet zeggen dat ik intelligent ben, maar ik ben misschien iets hoger dan gemiddeld. Dan moet je niet aankomen met een folder die je voor gaat lezen, want die heb ik allang gelezen.

Iter: Voorkennis hebben, voorbereiden?

Itee: Ja, dat vind ik wel belangrijk.

Iter: Waarom is voor u dan toch Communicatie en transparantie belangrijker dan Individugericht?

Itee: Ehm… Ja, ik denk dat het ook te maken heeft met het feit dat ik eerlijkheid belangrijk vindt. Dat er een stukje eerlijkheid is en dan vooral op een communicatief goede manier. Ik vind communicatie dan wel belangrijk, op een hele normale manier dan.

Iter: Het gaat dan vooral om dat stukje eerlijk zijn tegen de mensen?

Itee: Ja, ja.

Iter: Dan zie ik op nummer vijf Menselijke zorg staan. Wat is de reden dat die dan op die plek staat, onder Individugericht?

Itee: Ja, ik vind dat 'professionele aandacht' wat ik bij Individugericht zie staan belangrijk. 'Professionele, persoonlijke aandacht voor de patiënt als uniek mens', dan ga je ook weer naar het respect voor de achtergrond van de normen en waarden toe. En dat stukje van Menselijke zorg vind ik daar bij horen, maar dat stukje van 'meevoelen met de patiënt en verplaatsen in de patiënt' dat vind ik dan minder belangrijk.

Iter: Het gaat dan vooral om de professionele kijk en aandacht en dan om het meevoelen?

Itee: Ja, meevoelen is dan voor mij ondergeschikt.

Iter: Dan heeft u daar onder Eigen regie gezet. Dan ga ik weer dezelfde vraag stellen…

Itee: …Waarom onder de Menselijke zorg?

Iter: Ja.

Itee: Nou op een gegeven moment… ehm, als ik naar mijn verleden kijk: die leidende rol, eigen keuzes heb je in feite niet zo erg. Dat wil je ook niet zo erg hebben. Je komt in een soort molen terecht en dan moeten er dingen. Je hebt daar dan niet echt een eigen keuze in.

Iter: Oké, maar stel dat dat wel zou kunnen…?

Itee: Nouja, je hebt wel bepaalde eigen keuzes… Ik wilde bijvoorbeeld per se in eerste instantie borstbesparend geopereerd worden, dat was heel erg duidelijk voor mij: amputatie kwam niet ter sprake. En dat gebeurde bij mij toen ook niet, ik ben eerst borstbesparend geopereerd. Maar daaruit volgt automatisch dat je dan bestraald moet worden. Uiteindelijk is dat bij mij niet gebeurd omdat er nog restcellen in de snijvlakken zat en toen moest alsnog de hele borst geamputeerd worden. Maar daar heb je dan ook geen keuze in. Nouja, je hebt er wel een keuze in, maar is dat verstandig? Dat is niet echt een keuze. De Eigen regie heb ik in zoverre wel weten te houden dat je heel snel uit een ziekenhuis vertrekt. Sneller dan misschien noodzakelijk was, maar gewoon zorgen dat je daar weer vandaan komt, dat was mijn stukje Eigen regie.

Iter: Als u zou zeggen hoe belangrijk dat stukje Eigen regie dan is, hoe belangrijk zou het dan zijn?

Itee: Nouja, ik vind het op zich wel belangrijk, maar ik ben maar twee maanden in behandeling geweest. Dat is maar een hele korte periode. Ik kwam op een gegeven moment wel voor de allerlaatste uitslagen in het ziekenhuis toen de borst geamputeerd was. Toen moest er nog een uitslag volgen en toen kwam ik met mijn man in het ziekenhuis en die uitslag was er niet. Ze hadden een foutje gemaakt en die uitslag was er nog niet. Toen was ik dat hele ziekenhuis wel zo verschrikkelijk zat dat ik gewoon de rest van de afspraken even heb

afgezegd en ik gezegd heb 'ik neem wel weer contact met jullie op als ik er weer aan toe ben'. Nou toen ging zowat het hele ziekenhuis naar mij toe bellen en ook de chirurg die kwam zelf nog aan de telefoon. Want ze vonden het maar niks dat ik niet kwam.

Iter: Dus dat stukje eigen regie…

Itee: [lachend:]…Dat stukje eigen regie werd niet gewaardeerd, nee.
[Weer serieus:] Het was wel leuk om dat even te ervaren, dat je denkt 'hé, ze gaan nu opeens allemaal bellen'… Maar in feite heb je niet echt regie over wat er gebeurt.

Iter: Maar vindt u dat dan vervelend of kan dat u niet zo veel schelen?

Itee: Ja, dat is wel vervelend, want je hebt een afspraak en het is 'hup, andere afspraak'. En dat is ook vervelend want ik werk. Ik houd ook heel erg rekening met mijn werk, want mijn lessen moesten uitvallen en dat had ik liever niet. Nou dat is voor hun… Een eigen leven heb je niet meer. Van zo laat tot zo laat wordt je verwacht.

Iter: En als daar wel iets meer in mogelijk zou zijn?

Itee: Nouja dat deed ik ook wel. Ik zei ook wel van 'kan het niet op die en die dag' en dag kon dan ook wel.

Iter: Maar stel dat je daar iets meer zelf de hand in zou hebben?

Itee: Ja dat zou ik wel prettig vinden. Dat je meer via de mail dan een afspraak kan maken dan dat bellen en dan een brief thuiskrijgen…

Iter: Wilt u daar verder nog iets over kwijt?

Itee: Nee.

Iter: Dan zie ik daar onder dat kaartje het kaartje Onafhankelijkheid staan. Hoe…

Itee: …Nouja eigenlijk is dat niet ter sprake, want ik heb altijd mijn eigen leven zo veel mogelijk geleid.

Iter: En hoe vond u dat?

Itee: Ja, dat vond ik fijn, dat is wel iets wat ik heel erg belangrijk vind.

Iter: En toch staat die niet zo heel erg hoog.

Itee: Ja, omdat ik toch zoiets heb… 'De zorgverlener bevordert de eigen zelfredzaamheid', nee dat doe ik toch gewoon zelf. Ik vind het niet nodig dat de zorgverlener dat voor mij doet.

Iter: Is het dan wel belangrijk dat de randvoorwaarden aanwezig zijn?

Itee: Ja, die moeten er wel zijn.

Iter: Ja, het is ook een beetje spelen met die formuleringen, of die de kern wel goed pakken. Daar doe ik wel mijn best voor, maar het kan zijn dat ze niet helemaal aansluiten bij wat de mensen dan voor zich zien. Maar ik heb geprobeerd om het een beetje algemeen te houden.

Itee: Ja, want als ik Zorg op maat nu lees, dat vind ik dan eigenlijk ook wel belangrijk. 'Speciaal voor hem op maat gemaakt, specifiek aangepast op de specifieke situatie'. Ja in mijn geval was dat toch wel een beetje lastig omdat er standaarddingen gebeuren die voor iedereen hetzelfde zijn die in die situatie zit. Iedereen lijdt aan dezelfde kwaal zeg maar.

Iter: Denkt u dat dat dan ook de beste oplossing was?

Itee: Nou dat weet ik niet. Ik ga er maar vanuit dat dat wel zo was. Ik heb later wel gezocht en voor mij was het wel de beste manier, daar ben ik wel van overtuigd.

Iter: U zegt nu Zorg op maat is toch wel belangrijk. Als u wilt dan mag u nog schuiven met de kaartjes, maar dat hoeft niet. Dat laat ik verder aan u, maar dan weet u dat het wel mag. Daarvoor is dit interview ook: dat het wat losser is en dat u zelf kunt bepalen wat u als antwoord geeft en vooral waarom u dat antwoord geeft.

Dan heeft u als twee na laatste de waarde Kwaliteit. Waarom staat die waar die staat?

Itee: Omdat ik dat gewoon eigenlijk iets vind waar de zorgverlening sowieso aan moet voldoen. Dat vind ik gewoon een vanzelfsprekendheid. Die is niet in zoverre voor mij belangrijk omdat ik er vanuit ga dat dat gewoon goed geregeld is.

Iter: Oké, dan ga ik nu even advocaat van de duivel spelen. Stel dat dit niet goed geregeld is?

Itee: Als dit niet goed geregeld is? Nou dan zit er iets wel heel goed mis in de zorg denk ik. Ik heb wel het gevoel gehad dat dit goed geregeld was. Ondanks dat er dingen mis zijn gegaan, ben ik wel tevreden over de behandeling geweest. Bij mij zitten de dingen die in mijn ogen verbeterd zouden kunnen worden meer in de manier van benaderen van mensen en niet echt in het technische gedeelte van de zorg zeg maar.

Iter: Dus dan is dit meer een randvoorwaarde die aanwezig moet zijn?

Itee: Ja.

Iter: Vindt u hem daarom minder belangrijk?

Itee: Voor mij is die daarom minder belangrijk, ja. Omdat ik het gevoel heb gehad dat dat wel goed is. Ik heb voor de rest weinig met zorg te maken gehad en in ziekenhuizen kwam ik helemaal niet. Dat is wat bij mij dan wel in orde was. Dus ik ga er vanuit dat dat zo is gewoon.

Iter: Ik zie dat u uw bril weer opzet, dus u gaat meteen door naar het volgende kaartje denk ik?

Itee: [Lachend:] Ja, ik ken de *drill* inmiddels.
[Weer serieus:] Persoonlijke ontwikkeling is iets wat je zelf moet doen. Het is er wel, maar daar hoef je niet in begeleid te worden denk ik, daar heeft de zorg geen rol in. Dat is iets wat je zelf of met je partner doet.

Iter: U ziet daar geen rol in voor de patiënt?

Itee: Nee, de één ontwikkeld zich ook anders dan de ander, de één doet het ook wat anders dan de ander… Ik vind dat dit iets is wat de één wel doormaakt en de ander niet maar daar speelt de zorgverlener geen rol in denk ik.

Iter: Waarom zegt u dat dit niet voor de zorgverlener is?

Itee: Ik denk dat die daarin geen rol hoeft te spelen.

Iter: En waar komt dat uit voort die overtuiging dat die zorgverlener daarbuiten kan blijven?

Itee: Dat is mijn persoonlijke ontwikkeling. Daar mag je langs de zijkant misschien wel bij adviseren of wat zien, maar daar hoeft hij geen rol in te spelen wat mij betreft.

Iter: Dus wat dat betreft is dat meer iets van ‘dit doe ik autonoom’?

Itee: Ja, ja. Of samen met een partner, maar een zorgverlener hoeft daar wat mij betreft geen rol in te spelen.

Iter: Dan helemaal als laatste zie ik Gelijkwaardigheid staan.

Itee: Ja die Gelijkwaardigheid daar had ik het al over. Omdat ik denk dat er geen sprake is van gelijkwaardigheid omdat de één over kennis beschikt die de ander niet heeft.

Iter: Wat vindt u daar van?

Itee: Dat vind ik ook niet nodig. We zijn geen vrienden zeg maar en dat is iets anders dan niet met respect behandeld te worden, maar je hoeft niet helemaal op een gelijkwaardig niveau behandeld te worden. Dat vind ik niet nodig.

Iter: Vindt u het dan ook niet belangrijk?

Itee: Nee, ik vind dat niet echt belangrijk nee.

Iter: En als ik u dan vraag hoe belangrijk u Gelijkwaardigheid zou inschatten op een schaal van één tot tien, dus als u het een cijfer zou mogen geven?

Itee: Als ik een cijfer zou mogen geven dan wordt deze toch echt wel het laagste.

Iter: Een rapportcijfer?

Itee: Nou dan zou die wel een onvoldoende krijgen… een vier. Ik geef nooit lager dan een drie. Een één geef ik alleen als er echt niks ingeleverd is.

Iter: En Respect, wat zou die voor cijfer krijgen?

Itee: Respect dat scoort bij mij heel hoog, dat staat echt aan de top. Een negen.

Iter: Een negen?

Itee: Ja, dat vind ik echt heel belangrijk.

Iter: Om dan echt een goed beeld te krijgen vraag ik het ook voor de middelste: Eigen regie, wat krijgt die?

Itee: Een kleine zes.

Iter: Dus voor u is het wat dat betreft echt een aflopende schaal met die kaartjes?

Itee: Ja, dit rijtje heb ik wel neergelegd als aflopende schaal. Dus wat bovenaan staat vind ik echt top en wat daaronder staat vind ik het minst belangrijke.

Iter: Heel goed. Ik zie dat u de lege kaartjes leeg heeft gelaten. Hoe komt dat?

Itee: Nou ik miste niet echt wat. Ik zou zo ook even niks kunnen bedenken. Ik denk dat er op elk kaartje wel iets staat dat er bijhoort.

Iter: Dus alles is voor u wel gecoverd?

Itee: Ja, ja.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Respect, Totaalbeeld, Communicatie en transparantie, Individugericht, Menselijke zorg, Eigen regie, Onafhankelijkheid, Zorg op maat, Kwaliteit, Persoonlijke ontwikkeling en Gelijkwaardigheid]

Iter: Oké, dan kunnen deze kaartjes weer aan de kant gelegd worden, dan gaan we naar het laatste onderdeel van het interview. Die ga ik weer eerst even inleiden.

Ik leg u nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen u kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre u het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil u vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die u heeft gegeven. Mocht u zelf nog benaderingswijzen weten dan kunt u die onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

Itee: Dus dan mag ik die invullen zeker?

Iter: Ja, precies.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Ik mis telefonisch…

Iter: Oké, nou dan mag u die erbij zetten.

[Respondent schrijft onderaan de showcard 'telefonisch' en zet een sterretje bij de antwoordoptie 'Neutraal' neer]

Itee: Een zorginstelling gaat het om hè? Hoe die mij kunnen benaderen?

Iter: Ja.

Itee: Dit is `m. Kan ik het ook meteen toelichten?

Iter: Ja, zeker.

Itee: Facebook vind ik een beetje een populair medium. Dus ik vind dan dat het toch een gesloten groep zou moeten zijn, maar ik vind het een beetje te populair, dus dat doe ik liever niet. Ik kies daarom voor 'Liever niet op deze manier benaderen'.

Speciale website van het ziekenhuis dat was in mijn geval zo, dat ze me daarmee benaderde en dat daar de informatie opstond. Dat vond ik wel positief. Daar zet ik bij 'Liever op deze manier benaderen'.

Folders, ehm… Ja… Dat vind ik te afstandelijk, te onpersoonlijk. Te algemeen ook. Daar zet ik weer neer 'Liever niet op deze manier benaderen'.

De digitale nieuwsbrief is een beetje inherent aan de website. Dat zou ik wel prettig vinden via een mailbericht. Daar zet ik dus bij 'Liever op deze manier benaderen'.

Post… Ja dat deden zij. Dat kan, dat vind ik ook wel beter. Dus weer 'Liever op deze manier benaderen' dan.

Een app… ja dat zou mooi zijn maar zover zijn ze nog lang niet denk ik, maar goed.

Iter: Alles is mogelijk hè.

Itee: Nou dat zou ik dan wel aardig vinden. Daar zet ik dan weer 'Liever op deze manier benaderen' bij.

Telefonisch zou ik dan een beetje lastig vinden, want ze bellen mij dan wel eens op mijn werk en dan is het niet altijd gelegen. Bij de website of de nieuwsbrief kan ik zelf kiezen wanneer ik het open of tevoorschijn haal en bij telefonisch niet. Dus daar zet ik bij 'Neutraal'.

Iter: In die zin haalt u dus bij de nieuwsbrief en de website uw informatie op en bij het telefonische en de brief wordt u benaderd.

Itee: Ja.

Iter: U zegt dat u liever niet via Facebook benaderd wordt want dat is een beetje een populair medium. Wat maakt het dan zo dat 'een populair medium' niet fijn is voor u?

Itee: Omdat het voor mij geen meerwaarde biedt. Dat je dan beter via de digitale nieuwsbrief ofzo kan doen. Want via Facebook krijg ik misschien ook reacties van anderen te lezen enzo en daar heb ik verder helemaal geen behoefte aan. Het gaat erom hoe ze mij benaderen. Het gaat om het individuele contact.

Iter: Dan heeft u daarna bij de specifieke website 'Liever op deze manier benaderen' gezet. Hoe ziet u dat?

Itee: Nou daar staat alle informatie op die je nodig hebt denk ik en alle andere informatie staat daar niet op.

Iter: Maar is dat dan echt specifiek of kan algemene informatie daar ook op?

Itee: Ik zit bijvoorbeeld bij een borstkliniek die hebben een speciale website en daar staan alle personen die je nodig hebt of tegenkomt, alle behandelingen enzovoort. Ik vind dat wel prettig. Je hoeft niet de borstconstructie bij de plastische chirurg op te zoeken, nee dat staat allemaal onder één kop. Alles wat daarmee te maken heeft staat daar in genoemd.

Iter: Een soort digitale encyclopedie?

Itee: Ja, voor speciaal borstkanker. Dat vond ik wel prettig.

Iter: U zegt bij de digitale nieuwsbrief die sluit daar een beetje op aan.

Itee: Ja, ja. Die website is vrij statisch. Die informatie staat daarop en daar verandert nooit wat aan en juist die dingen die wel veranderen enzo die staan dan in de digitale nieuwsbrief. Die kun je zo verspreiden.

Iter: Welke zaken denkt u dan aan?

Itee: Nieuwe ontwikkelingen bijvoorbeeld.

Iter: U zegt 'de folders dat heb ik liever niet'.

Itee: Nee, die lees ik liever niet nee. Folders vind ik een beetje achterhaald. Dat lees ik niet, dat lees ik niet meer.

Iter: Ouderwets?

Itee: Ja, ouderwets ja.

Iter: Heeft u bij de post ook neergezet 'Liever op deze manier benaderen'.

Itee: Ja persoonlijk is dat. Echt persoonlijk. Bijvoorbeeld een uitnodiging is er bij mij per post gekomen voor een thema-avond. Dat had ook via de digitale nieuwsbrief gekund, maar dan maak je het echt heel persoonlijk.

Iter: Wat is het dan dat het voor u toch belangrijk is dat het toch iets persoonlijker is?

Itee: Ja dat heeft denk ik ook te maken met het stukje dat het gericht is op mij als persoon. Dat je als persoon wordt uitgenodigd voor de avond en dat het voor jou geschikt is. Dat gevoel krijg je dan tenminste.

Iter: Bij de app staat dan ook 'Liever op deze manier benaderen'.

Itee: Ja, dat vind ik ook juist weer die eigen keuze daarin… Dat je het nog niet hoeft te openen als je er geen zin in hebt en ook zou het handig zijn bij afspraken bijvoorbeeld om dat via de app af te spreken.

Iter: Als laatste zie ik dan de telefonische benadering…

Itee: Ja dat telefonisch dat werd bij mij dan weer veel gedaan. En dat vond ik eigenlijk niet echt handig.

Iter: Maar er staat wel neutraal.

Itee: Ja ik wil niet al te negatief zijn. Ze doen natuurlijk wel hun best, maar je wordt een soort overvallen door zo`n telefoontje; je verwacht het niet. Je weet niet wanneer ze gaan bellen en ik ben een aantal keer gebeld tijdens mijn werk en dat is dan niet handig.

Iter: Tijdens de les?

Itee: In de pauze. Ik had aangegeven dat ze tussen zo laat en zo laat konden bellen. En dan zit je daar met al je collega`s… En je mist dan ook wel een soort face-to-facecontact. Dat je elkaar niet kan aankijken dat vind ik dan toch niet ideaal.

Iter: Als ik dat dan nog even door ontwikkel naar Skypen… Daarbij kijk je elkaar wel aan.

Itee: Ja, dat zou beter zijn.

Iter: Hoe zou u die dan neerzetten bij de antwoorden? Gewoon puur uit nieuwsgierigheid.

Itee: Die zou ik dan ook als ‘Liever op deze manier benaderen’ aankruisen.

Iter: U heeft dan vier manieren aangekruist als ‘Liever op deze manier benaderen’. Welke zou u het allerliefste hebben dan?

Itee: Ik denk dan de digitale nieuwsbrief. Ik denk dat ik dat het prettigst vind.

Iter: En als u dat zelf helemaal zou mogen invullen? De sky is the limit in dat geval en iemand zou tegen u zeggen ‘doe je best’. Hoe zou u dat dan het liefste geïmplementeerd willen zien?

Itee: Dan zou ik bijvoorbeeld wekelijks een nieuwsbrief willen ontvangen van het ziekenhuis of van de Borstkliniek in dit geval, waarin mijn afspraken staan en informatie over de behandeling en dat soort dingen.

Iter: En stel dat er wat meer algemene informatie beschikbaar is van een zorginstellingen met iets als ‘dit hebben wij beschikbaar’ of ‘er is iets nieuws en dit is er’?

Itee: Ja dat zou ook daar in kunnen, maar dat zou ook via de gewone website kunnen. Dat kan dan ook via een website.

Iter: Wilt u hier verder nog iets over kwijt? Bijvoorbeeld omdat u ergens nog een goed idee voor heeft.

Itee: Nee, ik zou niet weten wat.

Iter: Dan als laatste vraag: heeft u nog een vraag aan mij? Of wilt u nog iets kwijt naar aanleiding van het onderzoek?

Itee: Nee. Nouja ik heb dit onderzoek ingevuld eigenlijk omdat het onderwerp mij vreselijk hoog zat en heel erg aansprak en dat is de reden dat ik meegedaan heb en dat ik denk dat inderdaad in de zorg nog wel ontbreekt aan bepaalde waarden en zaken.

Iter: En dan vooral in de waarden denk ik?

Itee: Ja, ja. Dat is wat ik heb meegemaakt en waarom ik heb meegedaan.

Iter: Ja en nogmaals dank daarvoor! Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?

Itee: Nee, ik heb geen vragen of opmerkingen.

Iter: Nou dan zet ik mijn dank kracht bij met deze cadeaubon van bol.com ter waarde van tien euro.

Itee: Ja, ik zag het liggen inderdaad en toen dacht ik er aan dat je dat had gezegd inderdaad. Ja, nou leuk. Ik zal het aan een boek besteden. Ik lees ook nog wel gewoon. Dankjewel.

Iter: Alstublieft.

Bijlage XXVII: Verbatimverslag interview respondent 9

Geslacht respondent: man

Iter: Ik heb net een beetje uitgelegd waar het onderzoek over gaat, heeft u daar verder nog vragen over?

Itee: Nee, hoor je hebt net al een aantal vragen beantwoord daarover.

Iter: Oké, dan wil ik u graag als eerste naar uw leeftijd vragen.

Itee: Ja, dat is goed. Ik ben 74 jaar.

Iter: Maakt u op dit moment nog gebruik van specifieke zorg?

Itee: Nee, niet meer dan de huisarts en de tandarts.

Iter: Oké, nou fijn dat u verder geen zorg nodig heeft.

Itee: Ja, zeker.

Iter: En de huisarts is dat controle of is dat nog ergens specifiek voor?

Itee: Nee, ik ga alleen naar de huisarts als er iets is, als ik ziek ben of iets anders mankeer.

Iter: Oké, dank u wel. Dan kunnen we nu beginnen met de kern van het interview en daarvoor zal ik het eerst even inleiden. De reden dat ik dat straks voorlees is dat ik het zo bij iedereen exact hetzelfde inleid zodat de manier van inleiden geen invloed heeft op de antwoorden. Zal ik 'je' of 'u' zeggen trouwens?

Itee: Je mag 'je' zeggen.

Iter: Oké, dank je wel.

Dan wil ik nu graag beginnen met het interview. Dit wil ik doen door een projectieve techniek toe te passen die card sorting heet. Ik geef je straks vier kaartjes waar algemene waarden op staan en ik licht kort toe wat er onder elke waarde valt. Mijn vraag aan jou is om de kaartjes op volgorde te leggen van belang voor jou. Het belangrijkste kaartje mag je bovenaan leggen, het minst belangrijke kaartje komt onderaan te liggen. Mijn verzoek aan jou is om tijdens het sorteren hardop na te denken zodat ik weet wat jouw beweegredenen zijn.

Ik heb als eerste kaartje Conservation. Daar hoort als omschrijving bij *'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden'*.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als tweede kaartje heb ik Self-enhancement. Daar staat op *'Ik ben gefocust op het najagen van mijn eigen successen en ik vind het fijn om macht te hebben over anderen'*.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan Opennes to change. Daar staat op *'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen aanpak en pak zaken zelf aan. Ik houd mijn ogen open voor mogelijke veranderingen in mijn leefstijl die mijn leven positief kunnen beïnvloeden'*.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als laatste kaartje Self-transendence. Dat is dat je de mensen om je heen accepteert en bezorgd bent over hun welzijn.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Itee: Ja, ja. Volgens mij had ik die vraag al een keer beantwoord in die enquête.

Iter: Ja, dat klopt. De reden dat ik deze vraag nu nog een keer stel is dat ik nu dieper kan ingaan op de reden waarom die volgorde is en dan kun je ook aangeven hoe groot de verschillen tussen de waarden zijn.

Itee: Ja, oké. Nou ik zou deze als nummer vier doen. Het najagen van successen dat heeft denk ik iedereen wel. Dat heb ik ook wel, op mijn leeftijd is het wel minder geworden, maar toen ik jong was heb ik het wel gehad. Bijvoorbeeld je carrière: dat je hogerop wilt en meer wilt verdienen en dat soort dingen meer. Maar ik hoef geen macht over anderen te hebben. Dat heb ik wel gehad, maar het is niet mijn doel geweest om echt macht te hebben en die macht te misbruiken. Dus dat is nummer vier.

Ze liggen allemaal dicht bij elkaar maar ik doe deze dan toch maar als nummer drie. 'Ik ben geneigd om mijn eigen behoeften te onderdrukken om de huidige situatie hetzelfde te houden' nou dat kan. Het is heel moeilijk om ruzie met mij te krijgen. Ga maar na bij DSVP, dat is heel lastig dus dat doe ik niet.

Dan is dit nummer twee: 'Ik accepteer anderen zoals ze zijn en bezorgd over het welzijn van de mensen om me heen' dat is heel breed hè. Dat gaat dus over familie, buren, mensen om me heen en mensen van de sportvereniging.

En één is dan 'Ik bedenk zelfstandig hoe ik dingen kan aanpakken, houd mijn ogen op voor veranderingen in mijn leefstijl om het leven positief te beïnvloeden'. Behoudens dan de technologie zoals de smartphone. Dat is meer voor mijn kleinkinderen. Maar dingen aanpakken dat doe ik ook zelfstandig.

Iter: Je zegt dat het najagen van eigen succes er wel in zat en zit, maar dat vooral het tweede gedeelte van macht hebben over anderen…

Itee:..heb ik nooit gehad.

Iter: Er zijn mensen die vinden dat niks en er zijn ook mensen die het fijn vinden. Zou je kunnen aangeven waarom jij er weinig mee hebt?

Itee: Ik ben de man van de consensus, ik ben nooit van dat moeilijke. Ik ben wel altijd voor democratie geweest, maar ik wil het wel altijd graag aansturen. Maar het liefste heb ik wel een consensus dat iedereen er hetzelfde over denkt in plaats van dat je dus iets oplegt. Bijvoorbeeld in werkoverleg krijg je dat er heel veel gebeurt en dat je toch dingen voor elkaar krijgt met overleg en niet door te zeggen 'ik ben de baas en zo moet het gebeuren'.

Iter: Dus dat iedereen zich er in kan vinden?

Itee: Ja, precies. En bij het voetbal waar ik in het bestuur zit ook.

Iter: Dan heb je daarboven de waarde Conservation staan, dat je geneigd bent om af en toe je behoeften te onderdrukken om zo de situatie hetzelfde te houden.

Itee: Ja, dat ligt een beetje in het verhaal van de macht hè. Soms vind je dingen niet leuk en dan kan je met je macht zeggen 'oké, ik wil het toch zo hebben', maar die gebruik ik dan niet. Want als je het zo doet gaat het ook en als je dat wel doet is het maar de vraag of het beter gaat. Je kan dan beter het huidige houden dan dat het minder gaat en in die stand ben ik wel geneigd om eigen behoefte te onderdrukken.

Iter: Hij staat op nummer drie, dus hij is minder belangrijk dan de twee die er boven staan. Zou je kunnen aangeven hoe dat komt?

Itee: Nou ik kan wel zeggen dat ze dicht bij elkaar liggen. Ik accepteer iedereen zoals die is. Ik zeg altijd: 'elke gek heeft het recht op zijn eigen gebrek'. De één is links, de ander is rechts en die is wit en die is zwart, maar iedereen is gelijk. Dus vandaar dat die toch hoger op nummer twee komt. Omdat iedereen voor mij gelijk is en deze waarde wat meer de nadruk legt op de mensen.

Iter: Dan heb je helemaal bovenaan Opennes to change staan. Dat is heel duidelijk dat je openstaat voor veranderingen en dat je zelf dingen aanpakt. Weet je waar dat vandaan komt dat dat voor jou zo belangrijk is?

Itee: Ja, ik denk weer uit het verhaal van de consensus. Overleggen en dus iedereen zijn mening vragen en toch proberen om met zijn allen tot een besluit te komen wat iedereen kan dragen waardoor het makkelijk uitgevoerd kan worden.

Iter: Dus in die zin zijn nummer één en twee op te hangen aan een kapstokje van 'consensus' en nummer drie ook?

Itee: Ja. Ja, precies.

Iter: Zou je kunnen aangeven hoe groot de verschillen tussen de kaartjes zijn?

Itee: Nouja, tussen één en twee niet zo groot, want ik doe zelfstandig dingen en ik kijk naar dingen maar ik accepteer ook anderen hoe ze zijn. Dat kan dus tegendraads zijn aan wat ik wil. Ik wil zelfstandig dingen aanpakken maar soms kan dat niet omdat je in het bestuur zit; dan wil je het zo hebben maar dan ga je overleggen en dan wordt het toch anders. Nou dan moet je je daar bij neerleggen, dat accepteer ik dan. Dus die zijn heel gelijk.
Dan heb je de nummer drie en vier en die zijn eigenlijk het tegenovergestelde van de nummer één en twee dus daar zit wel een gat tussen de eerste twee en de laatste twee.

Iter: Oké, ik heb nu een goed beeld van je algemene waarden denk ik. Je mag de kaartjes wegschuiven en dan gaan we naar het volgende onderdeel.

[De kaartjes liggen nu op volgorde: Opennes to change bovenaan, daaronder Self-transendence, daarna Conservation en als laatste waarde Self-enhancement]

Ik leid dit onderdeel eerst weer even in.

Ik wil graag verder gaan met dezelfde techniek om er achter te komen wat je precies belangrijk vindt in de zorg. Ik ga je straks dertien kaartjes geven. Op elf kaartjes staan waarden met daaronder de omschrijving van wat er bedoeld wordt met die waarden zodat we allebei op dezelfde pagina zitten wat betreft de inhoud van de waarden. Ik deel de kaartjes één voor één aan je uit en lees dan eerst een samenvatting van wat de waarden inhouden. Daarna deel ik nog twee lege kaartjes uit. Hier kun je opschrijven welke waarden, die voor jou belangrijk zijn in de zorg, je nog mist. Als je alle dertien de kaartjes op tafel hebt liggen, wil ik je vragen om de kaartjes met de waarden op volgorde te leggen van wat jij belangrijk vindt in de zorg. De meest belangrijke waarden leg je weer bovenaan, de minst belangrijke waarden leg je onderaan. Ik wil je vragen of je tijdens het sorteren weer hardop wilt nadenken, zodat ik inzicht krijg in je denkprocessen. Als je alle kaartjes op volgorde hebt liggen, beginnen we met het interview over de waarden in de zorg.

Itee: In volgorde van belangrijkheid neem ik aan.

Iter: Ja, precies. In volgorde van belang voor jou.

Dan begin ik met de waarde Gelijkwaardigheid. Dat gaat over de gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar of behandelaren.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als tweede kaartje heb ik Persoonlijke ontwikkeling. Dat zegt dat ziekte en gezondheid binnen de zorg in verband gebracht kunnen worden met het doormaken van een ontwikkeling.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik de waarde Menselijke zorg: De zorgverlener heeft aandacht voor de patiënt en voelt met de patiënt mee.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan het kaartje Individugericht. Dat is dat er persoonlijke aandacht is voor de patiënt als uniek mens in zijn eigen situatie en eigen omgeving.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Eigen regie: De zorg is gericht op het stimuleren van de eigen regie van patiënten. De patiënt heeft een leidende rol in zijn gezondheidstoestand.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan het kaartje Communicatie en transparantie. Dat is dat de zorgverlener een compleet beeld geeft en duidelijk aan de patiënt aangeeft wat er wel en niet mogelijk is. Daar zit ook een stukje eerlijkheid in.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Respect: De zorgverlener heeft respect voor de patiënt en de patiënt wordt als gelijkwaardig mens gezien.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Onafhankelijkheid: De zorg is erop gericht om de patiënt zo lang mogelijk onafhankelijk zijn eigen leven te laten leiden. De zorgverlener doet er alles aan om de patiënt zo lang mogelijk de regie in eigen handen te laten houden.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Totaalbeeld. Dat is dat er in de zorg wordt gekeken naar lichaam, vitaliteit, ziel en individualiteit in hun relatie tot ziekte en gezondheid.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan de pijler Kwaliteit. Dat is dat de zorgverlener de patiënt een duurzame behandeling aanbiedt, dat die behandeling veilig is, geen of nauwelijks bijwerkingen heeft en dat die effectief is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Als laatste ingevuld kaartje Zorg op maat. Dat is dat de patiënt zorg ontvangt die speciaal voor hem of haar op maat gemaakt is.

[Interviewer geeft het kaartje aan de respondent]

Dan heb ik hier nog de twee lege kaartjes.

[Interviewer geeft de twee lege kaartjes aan de respondent]

Itee: Ja, ja. Er blijft weinig over om zelf in te vullen denk ik.

Iter: Kijk maar gewoon. Ik leg hier een pen neer dan kan je zelf beslissen of je wel of niet gebruikt maakt van de lege kaartjes.

Itee: Ja, goed het is lastig maar belangrijk is natuurlijk Kwaliteit hè. Dat de patiënt dus goed en veilig behandelt wordt.

Dan is daarbij de communicatie ook belangrijk zodat de patiënt weet wat er gaat gebeuren, hoe het gaat gebeuren en wat de alternatieven zijn. Wat is er mogelijk.

Daarbij aansluitend is dus Gelijkwaardigheid tussen de patiënt en de behandelaar, dus dat je niet het ivoren torentje van de behandelaar hebt en dat de patiënt als een dood vogeltje in een stoel zit.

Daarbij valt ook de Menselijke zorg; zorg en aandacht voor de patiënt en de behandelaar voelt met de patiënt mee. Hij kan zich ook verplaatsen in de situatie van de patiënt en het feit dat hij het er moeilijk mee heeft. Dat hangt natuurlijk een beetje van de ziekte af. Maar bij een kankerpatiënt of iets dergelijks… Of als iets terminaal is dan is het anders dan een gebroken been denk ik.

Respect voor de achtergrond en de normen en waarden… Die leg ik nog even opzij.

Ik zit nog even met de Zorg op maat. Dat helemaal op maat gemaakt is. Dat hangt er ook vanaf of ze alleen wonen of dat ze zo gehandicapt zijn dat ze dat helemaal niet meer kunnen doen.

Het moet ook gericht zijn op dat een patiënt onafhankelijk kan zijn. Dus eigenlijk nog een goed leven kunnen leiden.

Persoonlijke aandacht en Individugericht… Ja dat is toch een beetje hetzelfde als Menselijke zorg. Dat is altijd als je het menselijk doet individueel gericht. Dus dat staat eigenlijk gelijk denk ik.

Persoonlijke ontwikkeling… Ja dat kan. Dat hangt heel erg van de patiënt af denk ik.
Totaalbeeld hoort dan bij de bovenste…

Ik ga ze dan nu echt op volgorde leggen. Ik vind Kwaliteit heel belangrijk en de Communicatie en transparantie. Dan Menselijke zorg, Zorg op maat, Gelijkwaardigheid van patiënt en behandelaar, de Onafhankelijkheid. Dat je daar zo lang mogelijk mee door kan gaan. Dan hier Individugericht…

[De respondent is enige tijd stil en kijkt naar de kaartjes en legt ze verder op volgorde]

Dan zou dit hem moeten zijn.

Iter: Ja?

Itee: Ja.

Iter: Oké, dan gaan we het bespreken. Mocht je nog iets hebben dat je het toch nog wilt veranderen dan kan dat.

Itee: Oké.

Iter: Helemaal bovenaan staat Kwaliteit. Wat maakt het dat die waarde Kwaliteit voor jou de nummer één is?

Itee: Van Kwaliteit hangt af of ze je goed kunnen helpen, de juiste instrumenten hebben, de juiste mensen hebben, de juiste apparatuur hebben en op de juiste manier met mensen omgaan. Al die dingen; Menselijke zorg, Zorg op maat, Individugericht… Dat valt allemaal onder Kwaliteit.

Iter: Dus dat is eigenlijk een paraplu boven de andere waarden?

Itee: Ja. Als je kijkt naar de AD-meter van de beste ziekenhuizen… Dan bepaalt kwaliteit waar je staat op de ranglijst van ‘dit is het beste ziekenhuis’. Ze kijken naar de kwaliteit van de operatiekamers ze kijken naar de kwaliteit van de kamers, afijn noem maar op. Dat is niet altijd even goed denk ik. Want mijn vrouw stierf aan een longziekte en die heeft heel vaak in het ziekenhuis gelegen in het Reinier de Graaff. Die longafdeling daar is twee keer taart gegeten omdat de longafdeling landelijk tweede was geworden. En waarom tweede? Omdat ze teveel vierpersoonskamers hebben. Dat vond ik wel een beetje apart. Maar goed, de kwaliteit werd dus zo gemeten dat als ze twee tweepersoonskamers meer hadden gehad dan waren ze twee keer eerste geweest. Dus ja, kwaliteit is heel erg breed in een ziekenhuis. Het gaat om het materiaal, de afvoer van het materiaal, bij een operatie alles goed volgen, dus niet het verkeerde been afzetten. Dat soort dingen meer.

Iter: En als jij zou moeten zeggen ‘dit vind ik het allerbelangrijkste aan de noemer Kwaliteit’? Dus welk onderdeel van de kwaliteit maakt voor jou dat dat het belangrijkste is?

Itee: Dat is eigenlijk de behandeling, maar die staat er niet bij volgens mij.

Iter: Ja die staat hier rechts bovenaan op het kaartje.

Itee: O ja. Ja ja. Dat bepaalt inderdaad uiteindelijk de kwaliteit. Het bekende verhaal is dat je uiteindelijk drie stappen hebt. Je hebt de binnenkomst dan bij het ziekenhuis; Je wordt heel goed ontvangen en je wordt naar je kamer begeleid en je bent er blij mee. Dan wordt je geopereerd en je verkeerde been wordt eraf gehaald. Je hebt daarna uitstekende nazorg. Dan zijn mensen vaak toch nog ontevreden over het ziekenhuis.
Nou wordt je slecht ontvangen, ze halen het goede been eraf, je hebt slechte nazorg en dan is het een slecht ziekenhuis. Dus het is een beetje prikkelend wat mensen er van vinden. De zorg is dus inderdaad… het belangrijkste is de kwaliteit. De behandeling, of die goed is.

Iter: Dan heb je daaronder heb je Communicatie en transparantie staan. Waarom is die zo belangrijk?

Itee: Nou omdat je dat als eerste tegenkomt als je in het ziekenhuis komt. Dan ga je praten en dan moeten ze goed kunnen uitleggen wat je mankeert, wat je eraan kunt doen, wat de voor- en nadelen zijn, afijn dat soort dingen. Om mensen gerust te stellen dat er wat aan gedaan kan worden. Soms dan kan dat niet maar ja, het is moeilijk hè. Maar dat vind ik ook belangrijk bij de kwaliteit. Dat je geen smoesje verkoopt. Dat je gewoon zegt 'dat is het'. Dat hoeft niet heel crue te zijn, dat kan ook anders natuurlijk, maar dat je compleet geeft van 'dit hebben we ontdekt' of 'dit gaan we onderzoeken en dat zijn de resultaten en dat zijn de bijwerkingen'. Afijn, gewoon goede communicatie en transparantie.

Iter: Waarom heb je Communicatie en transparantie op twee gezet?

Itee: Omdat die andere dingen daar eigenlijk vanzelf onder vallen. Menselijke zorg valt ook onder Communicatie en transparantie. Je hebt een patiënt daar voel je dan met mee en dan ga je daar het gesprek mee in en dan zeg je 'joh, je hebt dit, daar kan ik dit aan doen en daar kan ik dat aan doen. Afijn, dat zijn de bijwerkingen. Ik kan er niks aan doen.' Dat valt allemaal onder de communicatie met de patiënt.

Iter: Kan ik dan in die zin concluderen dat Kwaliteit een grote paraplu is en Communicatie en transparantie een paraplu boven in ieder geval Menselijke zorg is?

Itee: Ja.

Iter: Valt er nog meer onder die paraplu van Communicatie en transparantie voor jou?

Itee: Nee dat niet.

Iter: Goed je zei het net al: Menselijke zorg valt eigenlijk onder Communicatie en transparantie. Dat is ook belangrijk voor je. Dan heb je daar onder Zorg op maat staan. Wat zorgt ervoor dat Menselijke zorg boven Zorg op maat staat?

Itee: Ja… Dat ligt heel dicht bij elkaar hè. Menselijke zorg is eigenlijk een beetje Zorg op maat. Je praat met iemand en je geeft hem dus zorg op maat maar je praat alleen met hem, of met mensen erbij dat maakt niet uit, maar dan geef je een beeld van zijn ziekte en van zijn behandeling en wat niet meer… Dat is in feit al Zorg op maat.

Iter: Toch heb je de één boven de ander gezet. Kun je aangeven waarom?

Itee: Ja, omdat je eerst moet bepalen wat het is, wat ze moeten doen en dan aan de hand daarvan bepaal je de Zorg op maat. Dus eerst kijk je met Menselijke zorg wat er aan de hand is. Eerst ga je praten. Dan heb je dus menselijke zorg en daarna krijg je zorg op maat.

Iter: Dan heb je daaronder Individugericht staan, hoe verhoudt die zich tot de twee bovenste?

Itee: Nou die sluit daar ook een beetje op aan.

Iter: Zou je daar ook iets over kunnen vertellen? Die staat dus onder Menselijke zorg en Zorg op maat.

Itee: Ja het is dus prettig als je de zorg professioneel ervaart en dat die zorg speciaal voor jou is. Mijn vrouw heeft heel vaak in het Reinier de Graaffgasthuis gelegen op de longafdeling en daar hebben ze een hoofd: dokter Pannenkoek. Nou dat is man met echt professionele zorg op maat. Ik weet dat ik een keer thuis kwam en dat mijn vrouw heel ziek was en toen heb ik `s nachts toch maar de ambulance gebeld en toen kwam iemand van de huisartsenpost naar ons toe. Die zei toen 'dit gaat niet goed, bel toch maar een ambulance' en die ambulance is toen gekomen met toeters en bellen en die zou naar Haaglanden gaan. Ik zei 'Nee, wij gaan naar Reinier de Graaff'. Daar was toen geen plek zei die ambulancebroeder maar ik zei 'bel die afdeling maar dat mevrouw van der Hoedt ziek is'. Dat hebben we toen gedaan en toen konden we toch komen. Toen kwamen we daar aan en toen was dokter Pannenkoek, het hoofd, uit zijn bed gebeld en die stond ons op te wachten. Hij zei toen later toen er foto`s waren gemaakt tegen mij 'het is niet meer te redden. Ze gaat naar een kamer en het loopt af'. Maar goed dat vond ik professionele en persoonlijke aandacht.

[De respondent is even stil]

Ik heb zelf ook wel eens een paar keer in het ziekenhuis gelegen en dan komt zo`n dokter op je af en die vraagt ‘gaat het goed?’ dan zeg je ja en dan lopen ze weer door. Ja dat kan ook moeilijk anders, je kan bij zo`n ronde moeilijk bij iedere patiënt een uur gaan praten, maar soms dan komt het heel onpersoonlijk over. En soms dus ook heel persoonlijk.

Iter: Je zegt dan dat Zorg op maat belangrijker is dan Individugericht.

Itee: Ja, eigenlijk wel. Als iets Individugericht is dan wil dit nog niet zeggen dat de behandeling goed is, dus dat de zorg op maat goed is.

Iter: Dan heb je dus liever eerst Zorg op maat die wordt teruggekoppeld op de Kwaliteit dat die kwaliteit ook goed is?

Itee: Ja.

Iter: Dan heb je daaronder Gelijkwaardigheid staan.

Itee: Ja, dat is wel belangrijk: behandelaars. Dat is dan vaak ook meer met flair personeel vind ik. Dat is voor ons wel makkelijk, voor jou is het denk ik nog makkelijker tegenwoordig. Maar mijn ouders die hadden geen gelijkwaardigheid. Dokters waren de hoge heren en de rest was minder. Dat wordt steeds minder. Dat is niet per se beter, want dan krijg je ook weer heel veel herrie in de zaal en gezeur. Maar Gelijkwaardigheid is niet zeggen ‘het moet’. Waarom moet het? ‘Je moet een pilletje innemen’, ‘ja waarom moet dat?’. Dan moet je dus hebben dat die arts zegt ‘ja, dat is voor dit en voor dat’ en niet ‘ja omdat ik het zeg’. Er is geen gelijkwaardigheid als ze tegen je zeggen ‘ik ben de baas en je doet wat ik zeg’. Dat vind ik dus dat ziekenhuispersoneel of mensen die thuis mensen verzorgen dat ze gelijkwaardig met je praten en niet ‘ik zeg het dus het moet maar gebeuren’.

Iter: Dus niet alleen een heldere uitleg maar ook de onderbouwing waarom iets moet, dat je het er samen mee eens bent?

Itee: Ja.

Iter: Dan staat daaronder Respect.

Itee: Ja dat is bijna hetzelfde als Gelijkwaardigheid. ‘Normen en waarden van de patiënt’, ‘gelijkwaardig mens gezien wordt’ en ‘dat er naar de patiënt geluisterd wordt’ nou dat vind ik ook bij Menselijke zorg en Zorg op maat horen. Zonder respect heb je ook geen zorg op maat en menselijke zorg denk ik. Dus het staat hier bovenop, maar het zou ook andersom kunnen zijn.

Iter: Mocht je het nog willen veranderen dan mag dat.

Itee: Nee, dat hoeft niet.

Iter: Oké. Je hebt dan Gelijkwaardigheid boven Respect gezet. Wat maakt het dan dat Gelijkwaardigheid dan toch belangrijker is en bovenaan staat in dit geval?

Itee: Ja, dat weet ik eigenlijk niet. Het is nagenoeg hetzelfde in dit geval. Respect is dat je niet de baas speelt, dat je respect voor de ander hebt en met hem praat zonder dat je je wil oplegt. Dat ligt hier iets makkelijker voor mij dan andersom.

Iter: Dan heb je daarna Onafhankelijk. Ik blijf een beetje in herhaling vallen, maar waarom staat die op de plek waar die staat?

Itee: Omdat het eigenlijk een beetje het einde van het proces is hè. Als je behandeld bent dan moet je dus onafhankelijk kunnen functioneren als het even kan. Tegenwoordig zeker, want alle bejaardenhuizen sluiten en dat soort dingen meer. Je moet proberen om zelfredzaam te zijn zolang het kan. In de huidige tijd denk ik dat dat toch een beetje lastig is. Want je je moet hiervoor zorgen en je moet daarvoor zorgen… Dat hangt dus ook een beetje van de omstandigheden af. Maar het zou wel fijn zijn als je onafhankelijk verder kon leven. Maar dat hangt van de situatie af, dat is situatiegebonden.

Iter: Je zegt 'het komt een beetje aan het einde van het proces'. Is het daarom ook minder belangrijk?

Itee: Nee, niet minder belangrijk, niet minder belangrijk. Maar ik moet even een plekkie hebben ervoor.

Iter: Is het dan in die zin zo dat alle kaartjes wel belangrijk zijn, ook al staat de ene wat hoger dan de ander?

Itee: Ja. En sommigen overlappen elkaar een beetje die kun je een beetje in elkaar schuiven. Je zou misschien Communicatie en transparantie, Menselijke zorg en Zorg op maat zou je bijvoorbeeld op één kaartje kunnen zetten, ik noem maar iets.

Iter: Dan heb je daaronder het kaartje Totaalbeeld.

Itee: Ja die hoort daar eigenlijk niet thuis.

Iter: Bedoel je daarmee dat hij niet in die volgorde daar thuishoort of dat hij niet in de zorg thuishoort?

Itee: Nee, voor Communicatie en transparantie moet je een totaalbeeld hebben dus dan zou die daar moeten komen ergens. Die sla ik nu even over en dan geef ik hem dalijk een ander plekje.

Iter: Oké, dan gaan we door. Dan kun je ondertussen even rustig nadenken. Dan krijgen we Persoonlijke ontwikkeling als één na laatste kaartje. Wat vindt je daar van?

Itee: Ja… Die vind ik ook een beetje kretologie. Het kan, mensen zouden er ook sterker uit kunnen komen. Maar…

[Respondent is even stil]

Iter: Ik proef twijfel.

Itee: Ja ik vind het een beetje bla ba.

Iter: Hoe komt dat?

Itee: Nouja het kan natuurlijk in verband gebracht worden met het doormaken van een ontwikkeling. Een patiënt kan er sterker uitkomen en een patiënt kan er zwakker uitkomen. Ik weet niet in hoeverre er in de zorg tijd is om aandacht aan de ontwikkeling te besteden.

Iter: Dus het hangt er voor jou een beetje vanaf hoe het ziektebeeld is en of er tijd voor is?

Itee: Ja.

Iter: Heb je verder nog iets wat je daar over kwijt wilt?

Itee: Nouja ik weet niet… Ziekte en gezondheid… Mensen die een nieuwe heup krijgen die krijgen een operatie en liggen dan even op een zaaltje voor een nieuwe heup en vier uur later konden ze weer naar huis toe. Dan heb je effe de tijd gehad om te praten over gezondheid en ontwikkeling, maar ja… Ze kan weer lopen, dus fijn en allerlei dingen meer. Maar… Doet me een beetje denken aan het verhaal van 'er gaat minder geld naar de zorg, maar het gaat veel beter'. Dat verhaal van de politiek. In Delft gaan geloof ik vijf bejaardentehuizen dicht, maar de mensen krijgen het allemaal veel beter. Nou ik geloof er geen mallemoer van. Dat vind ik een beetje van dat verhaal.

Iter: Dan heb je daar onder nog het kaartje Eigen regie. Hoe sta…

Itee: …Nou die kan wel hoger, bedenk ik me nu.

Iter: Oké, wat vindt je van het kaartje Eigen regie?

Itee: Nou die hoort eigenlijk hier in thuis. Je moet praten met de mensen. Maar ja, wat is eigen regie? Je kan niet zeggen van 'haal mijn been maar niet eraf' of 'haal mijn andere been er maar af'. Je moet mondig zijn, dat is een ding dat zeker is. Je moet niet altijd alles maar slikken en dat doen ze tegenwoordig ook niet meer. Dus

in die trend heb je eigenlijk Eigen regie. Dus dat de arts zegt 'joh, het kan zus, het kan zo of ik doe het wel of ik doe het niet'. Nou soms heb je daar geen eigen regie in. Als je je been hebt gebroken dan krijg je gewoon gips en dan is je regie of je rood of blauw gips om je been heen neemt. Maar verder niks. Dus het moet wel, maar die valt eigenlijk onder Communicatie en transparantie. Als dat daar goed gaat dan komt die eigen regie eigenlijk vanzelf naar voren toe.

Iter: Dus hij staat nu nog op de één na laatste plaats, maar als de Communicatie en transparantie goed loopt dan valt hij daar ergens onder?

Itee: Ja, dan komt hij onder Individugericht te liggen.

Iter: Dan hebben we er nog één over.

Itee: Ja, dat is Totaalbeeld.

[De respondent denkt even na]

Ja…

Iter: Als je iets niet meteen thuis kan brengen dan kun je het gewoon vragen hè.

Itee: Nouja Totaalbeeld… Het valt eigenlijk een beetje onder dit verhaaltje hè. Je moet kijken naar lichaam, vitaliteit, ziel… Nou transparantie, zorg… Nou ik leg hem zo neer dan.

Iter: Ja dit is hem? Je mag er eventueel ook nog even naar kijken als je wilt.

Itee: Nee ik vind hem wel goed zo. Ik vind Kwaliteit wel belangrijk aan de hand daarvan kunnen ze zeggen wat je hebt en wat ze gaan doen… Dus dit is hem wel.

[De kaartjes liggen nu op volgorde. Van hoog naar laag is dit: Kwaliteit, Totaalbeeld, Communicatie en transparantie, Menselijke zorg, Zorg op maat, Individugericht, Eigen regie, Respect, Gelijkwaardigheid, Onafhankelijkheid en Persoonlijke ontwikkeling]

Iter: Dan heb ik hier nog een vraag over: stel dat je de bovenste waarde, Kwaliteit, een cijfer zou moeten geven van een één tot en met een tien. Hoe hoog zou dat dan worden?

Itee: In belangrijkheid hè?

Iter: Ja in belangrijkheid inderdaad.

Itee: Een tien.

Iter: En persoonlijke ontwikkeling wat zou die krijgen?

Itee: Een zeven.

Iter: Dus nog wel een ruime voldoende?

Itee: Ja.

Iter: En Individugericht, dat is de middelste, wat zou die krijgen?

Itee: Een acht.

Iter: Oké, dus een tien, een acht en een zeven als je er zo doorheen springt?

Itee: Ja.

Iter: Oké, dan kunnen we verder met het laatste onderdeel. Dan leg ik de kaartjes even op een stapeltje. Dan ga ik het volgende onderdeel weer even introduceren.

Ik leg je nu een kaartje voor met een aantal manieren waarop zorginstellingen je kunnen benaderen. Op het kaartje staan naast de benaderingswijzen ook vijf antwoordmogelijkheden in hoeverre jij het wel of niet fijn vindt om zo benaderd te worden. Ik wil je vragen de antwoordenkaart in te vullen, dan vraag ik daarna door op de antwoorden die je heeft gegeven. Mocht je zelf nog benaderingswijzen weten dan kun je die boven of onder de ingevulde benaderingswijzen neerzetten.

Itee: De benadering van wat gaat het hier om?

Iter: Als je vanuit een zorginstelling wordt benaderd over iets algemeens.

Itee: Gaat die vraag dan over een bijdrage ofzo?

Iter: Nee, het gaat…

Itee:…of 'wat vind je van ons?'

Iter: Ja daar zou je aan kunnen denken. Dat is wel een aardig voorbeeld. Dat ze laten zien wat ze in huis hebben. En in hoeverre dat dan specifiek of juist algemeen is dat laat ik een beetje aan jou, omdat ik echt op zoek ben naar de ideale manier van benaderen voor jou.

[Interviewer geeft de respondent de showcard. De respondent vult de showcard in]

Itee: Ja, het is een beetje tricky hè…

Iter: Als je iets wilt vragen dan zeg je het maar hè.

Itee: Ja, ik zet toch 'nee' hier.

Iter: Oké. Mocht je verder nog twijfelen of vragen hebben, zeg het dan gerust.

Itee: Oké, ingevuld.

Iter: Helemaal goed, dan beginnen we meteen bovenaan. Ik zie bij Facebook staan 'Zeker niet op deze manier benaderen'.

Itee: Nee, nee. Ik weet niet of Facebook de privacy waarborgt, maar ik heb zelf Facebook en elke keer als ik een berichtje krijg dan kan de hele wereld meelezen. Dus dat vind ik niet heel erg veel privacy geven.

Iter: Dus dan vanuit privacy gronden niet via Facebook.

Itee: Nee, inderdaad.

Iter: Dan heb je bij de specifieke website 'Neutraal' ingevuld.

Itee: Ja, dat mag.

Iter: Maar je hebt er geen voorkeur voor?

Itee: Nee. Of je nou een brief krijgt of een speciale website… Kijk als je een speciale website hebt, dan zal het niet zo zijn dat ze zeggen 'je moet morgen komen'. Dus dat is dan alleen voor algemene informatie en daarvoor ga ik er wel eens heen. Dan kan je zeggen 'ik ga kijken' of 'ik ga niet kijken'.

Iter: Dus in die zin vind je de zogenaamde 'haalinformatie', dus informatie die je zelf kunt ophalen, wel fijn?

Itee: Ja, dat is handig.

Iter: Je zei net zelf ook al: 'via de post zal ik ook niet direct worden benaderd als ik morgen opgenomen moet worden'. Daar heb je ook 'Neutraal' ingevuld. Dat is meer informatie die je krijgt. Vanwaar is het zo dat je daar 'neutraal' hebt ingevuld?

Itee: Nouja, dat zou via de post kunnen, dat zou via de telefoon kunnen en het zou via de mail kunnen…

Iter: Heb je daar niet echt een voorkeur voor?

Itee: Nee, dat maakt me niet uit.

Iter: Zou je voor telefonisch dan hetzelfde invullen?

Itee: Ja, daar zou ik ook 'neutraal' invullen.

Iter: Ik zie bij folders ook 'Neutraal' staan. Wat vind je daar van?

Itee: Ja dat vind ik prima. Je pikt de folders eruit je belangrijk vindt in het ziekenhuis, dat doe ik nog steeds, of in de apotheek en die lees ik dan. Wat ik belangrijk vind dat pik ik mee dan. Of dat krijg je soms aangeboden.

Iter: Dan staat er bij de digitale nieuwsbrief 'Liever op deze manier benaderen'. Dat is eigenlijk de enige waarvoor je echt een voorkeur uitspreekt. Hoe komt dat zo?

Itee: Het staat niet op papier, je kunt het opslaan, ander papier dat gooi je weg. Ik vind het een prima systeem.

Iter: Dan zie ik dat je bij de app hebt staan 'Zeker niet op deze manier benaderen'.

Itee: Ja het hangt een beetje af van wat ze doen hè. Ze hebben tegenwoordig apps waarmee ze kunnen controleren hoe het met je hart gaat enzo. Dat is natuurlijk een ander verhaal dan dat er een app komt die zegt 'je moet opkomen' of je moet dit doen of je moet dat doen. Dan moet je ook maar een mobiele telefoon hebben of een tablet.

Iter: Stel dat je de app zelf zou mogen invullen, hoe zou je het dan het liefste zien?

Itee: Nee, dan heb ik gewoon liever een mailtje dat ik kan beantwoorden ofzo. Een mail heb ik dan veel liever.

Iter: Dan neem ik aan dat je het liefste door de digitale nieuwsbrief benaderd wordt?

Itee: Dat klopt.

Iter: Als je dat helemaal zelf mocht invullen, je mocht daar zelf vorm aan geven, wat zou daar dan in staan?

Itee: Een nieuwsbrief hè, dus dat is alleen maar met nieuwtjes. Dus niet met een diagnose of iets dergelijks. Dus ja dan kun je denken aan de nieuwsbrief van DSVP, van Landal of van de Hema. Noem maar op.

Iter: Dus met nieuwe informatie of informatie van dit onderwerp?

Itee: Ja. Ja.

Iter: Heb je daar nog ideeën over hoe dat er specifiek uit zou kunnen zien? Of wat voor informatie je precies zou willen zien.

Itee: Nee, nee. Als het gaat om een zorginstelling dan kan ik me voorstellen dat je niet elke week een nieuwsbrief uitstuurt. Dus per kwartaal of twee keer per jaar of iets dergelijks. Want ja, hoe vaak kan je nieuws hebben? Zo is het misschien nog wel dat als je zegt dat je een bejaardentehuis hebt, dat je dan activiteiten hebt voor de mensen. Dat je vraagt naar mensen die helpen bij het bingo spelen. Dat soort dingen: activiteiten, nieuwe ontwikkelingen…

Iter: Heb je nog een voorkeur dan voor een bepaalde lay-out?

Itee: Nee, nee, nee.

Iter: Dan komen we aan het einde van het interview. Dan is mijn vraag…

Itee: …'heb jij nog vragen?'

Iter: Ja precies. Dus heb je nog vragen?

Itee: Nee, nee, nee. Nee ik heb geen vragen. Ik moet zeggen dat ik al die vragen al een keer gehad heb tijdens de enquête.

Iter: Dat klopt. Het gaat nu om de waarom en de onderbouwing. Daarom heb ik een aantal mensen uitgenodigd om er wat dieper op in te gaan.

Itee: Nou prima, ik hoop dat ik heb kunnen bijdragen aan je opdracht.

Iter: Ja zeker! Bedankt daarvoor.

Itee: Graag gedaan, Leo.

Iter: Verder geen opmerkingen?

Itee: Nee hoor.

Bijlage XXVIII: Logboek

Datum	Betrokken personen	Activiteiten	Onderzoeksfase	Opmerkingen
2 oktober 2013	Leo Hoekstra en Erik Baars	- Eerste gesprek met Erik Baars, lector van het lectoraat AG - Aanname van de opdracht	**Verkenning**	
9,10 & 11 oktober 2013	Leo Hoekstra	- Boeken met informatie over het lectoraat AG en AG in het algemeen doorgenomen	**Verkenning**	
20 november 2013	Leo Hoekstra, Erik Baars en Evi Koster	- Vervolggesprek met opdrachtgever Erik Baars en Evi Koster, die in dezelfde periode een promotieonderzoek doet	**Verkenning**	Evi Koster stelt voor om gedeeltelijk samen te werken als beide onderzoeken op elkaar aansluiten
22 november 2013	Leo Hoekstra	- Analyseren van de informatie die uit het gesprek van 20 november naar voren kwam - Opstellen eerste versie probleemformulering	**Verkenning**	
27 november 2013	Leo Hoekstra en Martien Schriemer	- Overleg over de mogelijkheid om af te studeren op het besproken onderwerp tijdens het gesprek met Erik Baars en Evi Koster op 20 november - Verder uitwerken eerste probleemformulering	**Verkenning**	
9 december 2013	Leo Hoekstra	- Versturen van de aanvraag voor het afstudeeronderzoek	**Verkenning**	
16 december 2013	Leo Hoekstra en Martien Schriemer	- Aanvraag voor het afstudeeronderzoek is goedgekeurd	**Afsluiting verkenning**	
5 januari 2014	Leo Hoekstra	- Online hoorcollege 1 gekeken - Hoofdstukken 1 en 2 van het boek 'Van probleem naar presentatie' gelezen.	**Probleemformulering PVA**	

9 januari 2014	Leo Hoekstra	- Formuleren van een alternatieve probleemstelling en vragen voor Erik Baars	**Probleemformulering PVA**	
10 januari 2014	Leo Hoekstra en Erik Baars	- Gesprek met Erik Baars over zijn verwachten en wensen en de probleemformulering	**Probleemformulering PVA**	
11 januari 2014	Leo Hoekstra	- Gezocht naar 'definitie reputatie', 'reputation', 'reputatie' en 'definition reputation' via Google Scholar - Stramien plan van aanpak gemaakt	**Probleemformulering PVA**	Extra input gevonden voor het zoeken naar de definitie van reputie
12 januari 2014	Leo Hoekstra	- Gezocht op 'Reputation' in de catalogus van Universiteit Leiden - Gewerkt aan de inleiding van het PVA	**Probleemformulering PVA**	Extra input gevonden voor het zoeken naar de definitie van reputie en meer informatie over het begrip reputatie gevonden
13 januari 2014	Leo Hoekstra	- Gewerkt aan de inleiding en de probleemformulering van het PVA	**Probleemformulering PVA**	
14 januari 2014	Leo Hoekstra	- Gewerkt aan probleemformulering en de omschrijving van de organisatie van het PVA	**Probleemformulering en omschrijving organisatie PVA**	
15 januari 2014	Leo Hoekstra, Eoin Hennekam, Susanne Looij en Wies Edam	- Afstudeersessie 1: introductie en beoordeling van elkaars probleemformulering - Nieuwe inzichten gekregen over de probleemformulering	**Probleemformulering PVA**	Afspraak gemaakt voor 16 januari met Erik Baars om hem te ondervragen over onduidelijkheden betreft de probleemstelling
16 januari 2014	Leo Hoekstra en Erik Baars	- Gesprek met Erik Baars over de verwachtingen en opzet van het onderzoek naar aanleiding van de nieuw verkregen inzichten over de probleemformulering	**Probleemformulering PVA**	
17 januari 2014	Leo Hoekstra	- Aanpassen van de probleemformulering	**Probleemformulering PVA**	

22 januari 2014	Leo Hoekstra en Martien Schriemer	- Overleg over de Probleemformulering en onderzoeksopzet - Nieuwe inzichten gekregen voor de probleemformulering, de onderzoeksopzet en de benodigde middelen	**Probleemformulering PVA**	
29 januari 2014	Leo Hoekstra	- Aanpassen van de probleemformulering - Zoeken naar geschikte theorieën	**Probleemformulering PVA**	
30 januari 2014	Leo Hoekstra	- Zoeken naar geschikte theorieën	**Theoretisch kader PVA**	
31 januari 2014	Leo Hoekstra	- Zoeken naar geschikte theorieën - Gesprek met Erik Baars over voortgang PVA en de vernieuwde inzichten betreft de probleemformulering, onderzoeksopzet en benodigde middelen	**Theoretisch kader PVA**	Drie boeken geleend in de mediatheek Afgesproken dat de focus op de reguliere patiënten ligt in het geval dat er prioriteiten gesteld moeten worden
2 februari 2014	Leo Hoekstra	- Zoeken naar een conceptueel model - Analyseren hoe het eventuele conceptuele model ingezet zou kunnen worden in het onderzoek	**Theoretisch kader PVA**	Besloten dat het conceptueel model van Birkigt en Stadler of Rokeach komt, met de voorlopige keuze voor Rokeach
3 februari 2014	Leo Hoekstra	- Zoeken naar meer informatie over het conceptueel model - Mailcontact met Martien Schriemer over inhoudelijke vragen betreft het theoretisch kader - Gewerkt aan het zoekplan	**Theoretisch kader PVA /Zoekplan PVA**	
4 februari 2014	Leo Hoekstra	- Selecteren van mogelijk te benaderen patiëntenverenigingen om patiënten te benaderen voor de enquête over hun kernwaarden	**Onderzoeksmethode PVA**	
5 februari 2014	Leo Hoekstra, Erik Baars en Martien	- Gesprek met Erik Baars over de voortgang en mogelijke obstakels	**Theoretisch kader PVA / Onderzoeksmethode PVA**	Na gesprek met Martien Schriemer een nieuw inzicht over de manier

	Schriemer	- Geïnformeerd naar werkzaamheden van patiëntenvereniging *Zorgbelang* - Gesprek met Martien Schriemer over onderzoeksmethode, probleemstelling en invulling van de aankomende periode		van onderzoek doen, nieuwe input qua informatie die van tevoren verzameld moet worden, tip over de te gebruiken theorie (wellicht Schwartz i.p.v. Rokeach) en input voor het licht aanpassen van de probleemstelling
5 februari 2014	Leo Hoekstra	- Nieuwe inventarisatie gemaakt wat betreft de volgorde van activiteiten voor het werken aan het PVA - Theorie over de verschillende manieren van onderzoek doen bekijken	**Onderzoeksmethode PVA**	
6 februari 2014	Leo Hoekstra	- Theorie over de verschillende manieren van onderzoek doen bekijken	**Onderzoeksmethode PVA**	
7 februari 2014	Leo Hoekstra, Erik Baars, Evi Koster, Wies Edam en leden van de afstudeer-groep	- Informatie verzameld op het lectoraat bij Erik Baars en Evi Koster - Informeel gesprek met Evi Koster over de aanpak van het onderzoek - Afstudeerbegeleiding onder leiding van Wies Edam, waarbij er feedback werd gegeven op elkaars stukken	**Onderzoeksmethode PVA, Deskresearch voor PVA en Probleemformulering PVA**	
8 februari 2014	Leo Hoekstra	- Ordenen van alle verkregen informatie en prioriteitenlijst opgesteld	**Algemeen PVA**	
9 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitvoeren van deskresearch	**Deskresearch voor PVA**	
10 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitvoeren van deskresearch - Taalcoaching	**Deskresearch voor PVA**	
11 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitvoeren van deskresearch - Uitwerken van de methoden van onderzoek	**Deskresearch voor PVA en Methoden van onderzoek voor PVA**	

		in het PVA		
12 februari 2014	Leo Hoekstra en Erik Baars	- Uitvoeren van deskresearch - Gesprek met Erik Baars over de voortgang van het PVA en aanpak van onderzoek	**Deskresearch voor PVA**	
13 februari 2014	Leo Hoekstra, Martien Schriemer en Wies Edam	- Uitvoeren van deskresearch - Gesprek met Wies Edam over de voortgang - Gesprek met Martien Schriemer over de voortgang	**Deskresearch voor PVA**	Eerste opzet resultaten deskresearch naar Erik Baars gemaild
14 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken van de methoden van onderzoek in het PVA	**Methoden van onderzoek voor PVA**	
15 februari 2014	Leo Hoekstra	- Bronvermelding gedeelte PVA	**Methoden van onderzoek voor PVA**	
16 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken van de methoden van onderzoek in het PVA - Planning in het PVA	**Methoden van onderzoek voor PVA en Uitvoering en randvoorwaarden PVA**	
17 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken van de methoden van onderzoek in het PVA - Uitwerken van de randvoorwaarden in het PVA - Werken aan het theoretisch kader	**Methoden van onderzoek voor PVA, Theoretisch kader en Uitvoering en randvoorwaarden PVA**	Besloten te gaan voor het model van Schwartz als conceptueel model
18 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken van de methoden van onderzoek in het PVA - Werken aan het theoretisch kader	**Methoden van onderzoek voor PVA en Theoretisch kader**	
19 februari 2014	Leo Hoekstra, Erik Baars en Evi Koster	- Gesprek met Erik Baars over voortgang en uitkomsten deskresearch - Gesprek Evi Koster over methoden van onderzoek en het theoretisch kader - Werken aan het theoretisch kader	**Methoden van onderzoek voor PVA, Deskresearch en Theoretisch kader**	Een beter idee gekregen van welke informatie ik kan weglaten in het hoofdstuk methoden van onderzoek in het PVA

20 februari 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan het theoretisch kader	**Theoretisch kader**	
21 februari 2014	Leo Hoekstra	- Rapporteren van de opzet en de resultaten van het deskresearch	**Deskresearch**	
22 februari 2014	Leo Hoekstra	- Rapporteren van de opzet en de resultaten van het deskresearch	**Deskresearch**	
23 februari 2014	Leo Hoekstra	- Opstellen literatuurlijst van de deskresearch	**Deskresearch**	
24 februari 2014	Leo Hoekstra	- Opstellen literatuurlijst van de deskresearch - Taalcoaching - Inkorten van het theoretisch kader en de methoden van onderzoek - Aanvullen literatuurlijst	**Deskresearch en afwerken PVA**	
25 februari 2014	Leo Hoekstra, Wies Edam en leden van de afstudeer-groep	- Afstudeerbegeleiding onder leiding van Wies Edam, waarbij er feedback werd gegeven op elkaars stukken - Inkorten van het theoretisch kader en de methoden van onderzoek	**Afwerken PVA**	Input gekregen voor het inkorten van het PVA
26 februari 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken literatuurlijst - Algemene controle PVA	**Afwerken PVA**	
27 februari 2014	Leo Hoekstra	- Afronden literatuurlijst - Laatste controle PVA - PVA opgestuurd naar Erik Baars	**Afwerken PVA**	
28 februari 2014	Leo Hoekstra en Erik Baars	- Mondelinge feedback van Erik Baars op PVA - Verbeteren PVA - Inleveren PVA	**Afwerken PVA**	
3 maart 2014	Leo Hoekstra	- Taalcoaching - Opstellen conceptmail voor benaderen patiëntenverenigingen	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	
4 maart 2014	Leo Hoekstra	- Opstellen conceptmail voor benaderen patiëntenverenigingen - Eerste opzet maken voor	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	

		de vragen in de enquête		
5 maart 2014	Leo Hoekstra	- Afronden mail voor benaderen patiëntenverenigingen - Benaderen van alle patiëntenverenigingen per mail - Werken aan vragen voor in de enquête	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	
6 maart 2014	Leo Hoekstra	- Contact onderhouden met patiëntenverenigingen over het uitzetten van de enquête - Werken aan vragen voor in de enquête	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	
7 maart 2014	Leo Hoekstra en Erik Baars	- Contact onderhouden met patiëntenverenigingen over het uitzetten van de enquête - Kritisch kijken naar de inhoud van de enquête in samenhang met het PVA en de analyse van het lectoraat AG - Enquête en PVA aanpassen op basis van bevindingen van het kritisch bekijken van vragenlijst, PVA en analyse - Overleg met Erik Baars over de inhoud van de enquête - Enquête aanpassen op basis van de feedback	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	
8 maart 2014	Leo Hoekstra	- Aanpassen formulering toelichting bij vraag 1 van de enquête - Contact onderhouden met patiëntenverenigingen over het uitzetten van de enquête	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	

10 maart 2014	Leo Hoekstra	- Contact onderhouden met patiëntenverenigingen over het uitzetten van de enquête - Verbeteren en testen enquête - Aanpassen hypotheses naar aanleiding van verbeterde enquête	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	Enquête als laatste versie naar Erik Baars en Evi Koster gestuurd om feedback te geven en te testen
11 maart 2014	Leo Hoekstra en Wies Edam	- Beoordeling PVA, gesprek of ik een 'go' of een 'no go' krijg en de beoordeling van het PVA	**Feedback PVA**	Een 'go' gekregen voor het afstudeeronderzoek
12 maart 2014	Leo Hoekstra, Evi Koster en Erik Baars	- Feedback Evi Koster op de enquête - Feedback Erik Baars op de enquête - Aanpassen enquête	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	
13 maart 2014	Leo Hoekstra	- Uitzetten herinneringsmail naar patiëntenverenigingen die nog niet gereageerd hebben - Oriënteren welke groepen te benaderen zijn voor het uitzetten van de enquête	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	
14 maart 2014	Leo Hoekstra, Erik Baars en Evi Koster	- Gesprek met Erik Baars over de aanpassing van de kernwaarden n.a.v. feedback uit het werkveld - Gesprek met Erik Baars over te benaderen groepen voor het onderzoek - Feedback op laatste versie enquête door Evi Koster en Erik Baars - Aanpassen enquête naar aanleiding van de feedback van Evi en Erik - Uitzetten enquête en doorgeven van de link aan een patiëntenvereniging	**Voorbereiding kwantitatief onderzoek**	Enquête online uitgezet
15 maart 2014	Leo Hoekstra	- Benaderen groepen voor invullen enquête - Aanpassen introductie enquête voor benadering	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	

		respondenten		
16 maart 2014	Leo Hoekstra	- Benaderen groepen voor invullen enquête - Doorsturen van link naar de enquête naar de patiëntenverenigingen met introductie voor de enquête	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
17 maart 2014	Leo Hoekstra	- Redigeren delen PVA - Contact onderhouden met patiëntenverenigingen	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
18 maart 2014	Leo Hoekstra	- Redigeren delen PVA - Contact onderhouden met patiëntenverenigingen	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
19 maart 2014	Leo Hoekstra en Martien Schriemer	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten - Gesprek met Martien Schriemer over hypothesen en online vragenlijst	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
20 maart 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten - Redigeren delen PVA	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
21 maart 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten - Redigeren delen PVA - Benaderen patiëntenverenigingen die nog contact zouden opnemen maar dit hebben nagelaten - Lichte wijzigingen aanbrengen in de introductie en enkele vraagstellingen van de enquête	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
22 maart 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	

23 maart 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
24 maart 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten - Benaderen patiëntenverenigingen die nog contact zouden opnemen maar dit hebben nagelaten	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
25 maart 2014	Leo Hoekstra	- Werken aan registratie en verantwoording benadering respondenten - Redigeren delen PVA	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
26 maart 2014	Leo Hoekstra en Martien Schriemer	- Opstellen topic guide - Gesprek met Martien Schriemer over topic guide	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
27 maart 2014	Leo Hoekstra	- Inventariseren welke waarden die belangrijk zijn in de zorg respondenten tot nu toe missen in de enquête - Contact onderhouden met organisaties die een oproep uitzetten om de enquête in te vullen	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
28 maart 2014	Leo Hoekstra	- Verbeteren en aanvullen topic guide - Aanvullen hoofdstuk 'methoden van onderzoek' uit PVA		
30 maart 2014	Leo Hoekstra	- Inventariseren welke respondenten benaderd zouden willen worden	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
31 maart 2014	Leo Hoekstra	- Inventariseren welke respondenten benaderd zouden willen worden - Aanvullen hoofdstuk 'methoden van onderzoek' uit PVA	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
1 april 2014	Leo Hoekstra	- Aanpassen formuleringen in PVA	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	

2 april 2014	Leo Hoekstra	- Inventariseren welke respondenten benaderd zouden willen worden	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
3 april 2014	Leo Hoekstra	- Inventariseren welke respondenten benaderd zouden willen worden - Aanvullen hoofdstuk 'methoden van onderzoek' uit PVA	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
4 april 2014	Leo Hoekstra	- Inventariseren welke respondenten benaderd zouden willen worden	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	
5 april 2014	Leo Hoekstra	- Afspraken maken voor interviews	**Uitvoering kwantitatief onderzoek**	Laatste dag dat de enquête online staat
6 april 2014	Leo Hoekstra	- Downloaden data van kwantitatief onderzoek	**Analyse kwantitatief onderzoek**	Enquête is vanaf deze dag gesloten
7 april 2014	Leo Hoekstra	- Interview met respondent 1 - Uitwerken interview respondent 1	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 1 af
8 april 2014	Leo Hoekstra	- Interview met respondent 2 - Uitwerken interview respondent 2	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 2 af
9 april 2014	Leo Hoekstra	- Interview respondent 3 - Interview respondent 4	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	
10 april 2014	Leo Hoekstra	- Interview respondent 5 - Uitwerken interview respondent 3	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 3 af
11 april 2014	Leo Hoekstra	- Interview respondent 6 - Interview respondent 7	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	
13 april 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken interview respondent 4 - Uitwerken interview respondent 5	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 4 af
14 april 2014	Leo Hoekstra, Wies Edam en leden van de afstudeer-groep	- Afstudeersessie 4, waarbij gekeken werd naar scripties van voorgaande jaren en inhoudelijke vragen over de theorie en de analyse werden gesteld en beantwoord - Interview respondent 8	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 5 af

		- Uitwerken interview respondent 5		
15 april 2014	Leo Hoekstra	- Interview respondent 9 - Uitwerken interview respondent 6	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 6 af
16 april 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken interview respondent 7	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 7 af
17 april 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken interview respondent 8	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 8 af
18 april 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken interview respondent 9	**Uitvoering kwalitatief onderzoek**	Verbatimverslag interview respondent 9 af
20 april 2014	Leo Hoekstra	- Uitwerken resultaten kwantitatief onderzoek	**Analyse kwantitatief onderzoek**	
21 april 2014	Leo Hoekstra	- Analyseschema's maken kwalitatief onderzoek - Dataverwerking in SPSS	**Analyse kwalitatief onderzoek en analyse kwantitatief onderzoek**	
22 april 2014	Leo Hoekstra	- Analyseschema's maken kwalitatief onderzoek - Dataverwerking in SPSS	**Analyse kwalitatief onderzoek en analyse kwantitatief onderzoek**	
23 april 2014	Leo Hoekstra	- Analyseschema's maken kwalitatief onderzoek - Gesprek met Martien Schriemer over exacte aanpak opstellen analyseschema's	**Analyse kwalitatief onderzoek**	
24 april 2014	Leo Hoekstra	- Analyseschema's maken kwalitatief onderzoek	**Analyse kwalitatief onderzoek**	
25 april 2014	Leo Hoekstra	- Analyseschema's maken kwalitatief onderzoek - Dataverwerking in SPSS	**Analyse kwalitatief onderzoek en analyse kwantitatief onderzoek**	
27 april 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 5: resultaten kwalitatief onderzoek - Dataverwerking in SPSS	**Schrijven resultaten kwalitatief onderzoek en analyse kwantitatief onderzoek**	
28 april 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 5: resultaten kwalitatief onderzoek	**Schrijven resultaten kwalitatief onderzoek**	
29 april 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 5: resultaten kwalitatief onderzoek - Aanvullen analyseschema	**Schrijven resultaten kwalitatief onderzoek en schrijven resultaten kwantitatief onderzoek**	

		topic 3 - Begin schrijven hoofdstuk 4: resultaten kwantitatief onderzoek		
30 april 2014	Leo Hoekstra	- Dataverwerking in SPSS - Schrijven hoofdstuk 4: resultaten kwantitatief onderzoek	**Analyse kwantitatief onderzoek en schrijven resultaten kwantitatief onderzoek**	
1 mei 2014	Leo Hoekstra	- Dataverwerking in SPSS - Schrijven hoofdstuk 4: resultaten kwantitatief onderzoek	**Analyse kwantitatief onderzoek en schrijven resultaten kwantitatief onderzoek**	
2 mei 2014	Leo Hoekstra	- Dataverwerking in SPSS - Schrijven hoofdstuk 4: resultaten kwantitatief onderzoek	**Analyse kwantitatief onderzoek en schrijven resultaten kwantitatief onderzoek**	
4 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 4: resultaten kwantitatief onderzoek	**Schrijven resultaten kwantitatief onderzoek**	
5 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 6: conclusies n.a.v. het onderzoek	**Schrijven conclusies**	
6 mei 2014	Leo Hoekstra	- Afstudeersessie 5, waarbij o.a. feedback werd gegeven op elkaar stukken - Ordenen van bijlagen	**Feedback op geschreven tekst**	
7 mei 2014	Leo Hoekstra	- Bijwerken resultaten literatuuronderzoek - Aanpassen hoofdstuk 7: Conclusies	**Schrijven resultaten literatuuronderzoek en schrijven conclusies**	Extra hoofdstuk aangemaakt voor de resultaten van het literatuuronderzoek
8 mei 2014	Leo Hoekstra	- Redigeren hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6	**Schrijven resultaten kwalitatief onderzoek en schrijven resultaten kwantitatief onderzoek**	
9 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 8: Aanbevelingen	**Schrijven aanbevelingen**	
10 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 8: Aanbevelingen	**Schrijven aanbevelingen**	
12 mei 2014	Leo Hoekstra	- Nog eens kritisch nakijken en redigeren scriptie tot nu toe - Schrijven van voorwoord	**Schrijven hoofdstuk 3 t/m hoofdstuk 8**	

13 mei 2014	Leo Hoekstra	- Begin schrijven samenvatting - Begin maken voorblad - Redigeren hoofdstuk 3: Methoden van onderzoek	**Afwerken scriptie**	
14 mei 2014	Leo Hoekstra	- Gesprek met Martien Schriemer over de praktische invulling van de opzet van de scriptie - Gesprek met Erik Baars over de voortgang van het onderzoek - Bijwerken literatuurlijst	**Afwerken scriptie**	
15 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 9: implementatieplan	**Schrijven implementatieplan**	
16 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven hoofdstuk 9: implementatieplan	**Schrijven implementatieplan**	
17 mei 2014	Leo Hoekstra	- Bijlagen invoegen, op volgorde zetten en nummeren - Verwijzingen kloppend maken	**Afwerken scriptie**	
18 mei 2014	Leo Hoekstra	- Frequentietabellen en codeboek in de bijlagen bijvoegen	**Afwerken scriptie**	
19 mei 2014	Leo Hoekstra	- Extra spellingcheck scriptie uitvoeren - Frequentietabellen in de bijlagen bijvoegen - Reflectieverslag schrijven	**Afwerken scriptie**	
20 mei 2014	Leo Hoekstra	- Schrijven reflectieverslag - Opmaken voorblad en tussenblad	**Afwerken scriptie**	
21 mei 2014	Leo Hoekstra	- Aanpassen implementatieplan - Aanpassen en afmaken samenvatting - Nummeren analyseschema's en verwijzingen naar analyseschema`s aanpassen - Onderzoeksrapport en bijlagen samenvoegen in één document - Inhoudsopgave bijwerken	**Afwerken scriptie**	

		- Voorblad bijwerken - Laatste check scriptie		
22 mei 2014	Leo Hoekstra	- Proefversie definitieve scriptie printen - Definitieve scriptie opsturen naar opdrachtgever met beoordelingsformulier - Definitieve versie scriptie naar drukkerij brengen	**Uitprinten scriptie**	
23 mei 2014	Leo Hoekstra	- Scriptie (in tweevoud), reflectieverslag en beoordelingsformulier opdrachtgever inleveren - Scriptie uploaden op ELO	**Inleveren scriptie**	