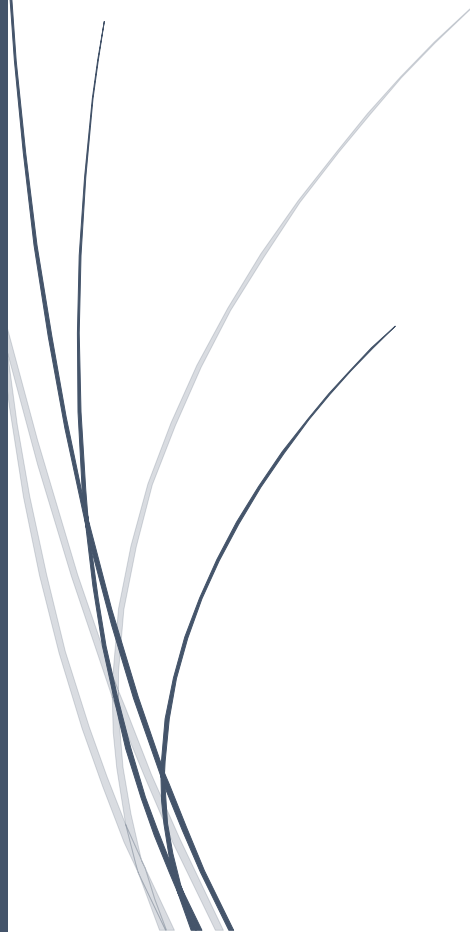


A dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow points to the right from this bar, containing the date.

8-6-2018

Versterking eigen regie van de cliënt door de zorgprofessional

Een kwalitatief onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden naar de ervaren werkwijze betreft versterken van eigen regie van de cliënt binnen Buurtzorg Nederland

Several thin, curved lines in dark blue and light grey originate from the bottom left corner and sweep upwards and to the right.

Elzemiek Vlogman
BUURTZORG NEDERLAND

Titel: Versterking eigen regie van de cliënt door de zorgprofessional
Een kwalitatief onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden naar de ervaren werkwijze betreft versterken van eigen regie van de cliënt binnen Buurtzorg Nederland

Auteur: Elzemiek Vlogman

Opleiding: Master Health Care & Social Work

Opleidingsinstituut: Hogeschool Saxion Enschede

Plaats: Vorden

Datum: 08-06-2018

1^{ste} beoordelaar: Carlijne de Baas – Beltman MSc

2^{de} beoordelaar: Dr. Ellen Oosterkamp – Szwajcer

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis betreft het versterken van eigen regie van de cliënt binnen Buurtzorg Nederland. Het onderzoek voor deze masterthesis naar de ervaringen in de werkwijze van verzorgenden IG en mbo- en hbo-verpleegkundigen rondom het versterken van eigen regie van de cliënt heeft plaats gevonden binnen één gemeente in de Achterhoek, de gemeente Bronckhorst. Dit is tevens de plek waar ik als onderzoeker werkzaam ben als wijkverpleegkundige. Deze masterthesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de Master Health Care & Social Work aan Hogeschool Saxion te Enschede. Dit onderzoek is gedaan in opdracht van thuiszorgorganisatie Buurtzorg Nederland. De onderzoeksperiode is geweest van februari 2018 tot en met begin juni 2018. Dit onderwerp is tot stand gekomen naar aanleiding van een casus, welke hieronder beschreven is.

Dhr. X komt in zorg voor hulp bij douchen, blijkt geen motivatie te hebben tot zelfzorg en lijkt hierin niet te stimuleren. Dhr. laat zich alles aandragen en ziet niet het belang in van eigen regie nemen in het zorgproces. Hierdoor was er veel frustratie tussen dhr. en de zorgprofessionals. Door de situatie goed te analyseren met collega's, bleek dat wij niet duidelijk genoeg naar dhr. hadden gecommuniceerd waar wij mee bezig waren, namelijk het versterken van eigen regie waardoor zelfredzaamheid mogelijk lijkt. Door dit beter naar dhr. te communiceren en vaker de tijd te nemen voor een gesprek hierover, bleek dhr. hier meer begrip voor te hebben en werd zijn bewustwording hierdoor vergroot. Naar aanleiding van deze situatie ben ik zeer benieuwd welke werkwijze collega's hierin aannemen, hoe zij dit aanpakken, waar zij tegen aanlopen, welke dilemma's zij ervaren betreft het versterken van eigen regie en waar verbeterpunten te behalen vallen. Tevens ben ik geënthousiasmeerd voor het onderwerp, omdat 'het centraal stellen van de cliënt' een uitgangspunt is van mijn dagelijkse werkzaamheden.

Het kader van dit onderzoek betreft het feit dat er in situaties wel gezegd wordt eigen regie te versterken, maar momenteel is hier geen inzicht in. Mijn rol als onderzoeker is om dit in beeld te brengen zodat de organisatie duidelijk heeft op welke wijze zij haar zorgprofessionals kan ondersteunen waardoor de kwaliteit van zorg ten goede komt.

Samen met mijn begeleiders vanuit school, Nicole Ketelaar en Carlijne de Baas, is de onderzoeksvraag voor deze masterthesis tot stand gekomen. Na uitvoerig kwalitatief onderzoek heb ik antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag. Tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek stonden mijn begeleider vanuit de organisatie, Arend-Jan Zwart, en begeleidster vanuit school altijd klaar om antwoorden te geven op mijn vragen.

Bij deze wil ik graag mijn begeleiders bedanken voor de prettige begeleiding en ondersteuning tijdens dit onderzoekstraject. In het bijzonder wil ik Carlijne de Baas bedanken voor al haar steun en motiverende gesprekken. Ook wil ik alle respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Zonder hun medewerking had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen. Tevens wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de steun tijdens het schrijven van deze masterthesis. In het bijzonder ook mijn vriend en ouders die altijd voor mij klaar hebben gestaan en mij gemotiveerd hebben om dit op een goede wijze af te ronden.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Elzemiek Vlogman,

Vorden, 8 juni 2018

Samenvatting

Inleiding Buurtzorg draagt in haar missie uit dat zij de cliënt regie laat voeren tijdens het zorgproces. Op dit moment is er geen inzicht in de werkwijze die zorgprofessionals hanteren betreft het versterken van eigen regie, dit maakt dat er niet aangesloten kan worden bij hun ondersteuningsbehoeften. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in hoe verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg hun eigen werkwijze rondom eigen regie ervaren, waarbij ook inzichtelijk wordt gemaakt welke ondersteuningsbehoeften zij hebben. **Methode** Dit onderzoek betreft een kwalitatief inventariserend onderzoek, omdat het zich richt op het verkennen van de ervaringen en de ondersteuningsbehoeften in de werkwijze van verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg. De onderzoekspopulatie binnen dit onderzoek betreft alle mbo en hbo verpleegkundigen en verzorgenden IG met een vast dienstverband en minimaal twee jaar werkervaring. Ze zijn allen werkzaam voor Buurtzorg binnen de gemeente Bronckhorst. De dataverzameling heeft plaats gevonden door middel van semi gestructureerde diepte interviews. De topiclist is tot stand gekomen vanuit het theoretisch kader. De respondenten zijn geselecteerd middels een selecte steekproef. **Resultaten** De data-analyse laat zien dat een deel van de respondenten de cliënt altijd zelf laten beslissen tijdens het zorgproces, de cliënt heeft hierin eindverantwoording. Echter is er ook een deel respondenten die eigen regie versterken zien als zijnde zelfredzaamheid stimuleren en ook werken op die manier. De ervaren aanwezige competenties betreffende het versterken van eigen regie zijn empathie tonen, begeleiden, aanvoelen natuurlijke klik en systeemgericht werken. De gewenste competenties betreffen communicatief vermogen ontwikkelen en samenwerking in het team verbeteren. De respondenten hebben aangegeven dat zij dilemma's ervaren bij ouderen van 80+ die de huisarts laten bepalen wat goed voor hen is. Daarnaast ervaren zij dilemma's bij de autonomie van de cliënt versus medische noodzaak. De ondersteuningsbehoeften betreffen het vergroten van kennis over het onderwerp, communicatietechnieken verbeteren en intervisie om te leren van elkaars ervaringen. **Conclusie** Concluderend kan gesteld worden dat verzorgenden IG en mbo-verpleegkundigen met minimale werkervaring onvoldoende kennis hebben over het onderwerp, omdat zij voornamelijk gericht zijn op zelfredzaamheid van de cliënt, in plaats van eigen regievoering. De hbo-verpleegkundigen en mbo-verpleegkundigen met meer werkervaring ervaren een goede werkwijze rondom het versterken van eigen regie, echter kunnen zij zich nog wel richten op verbetering op de competenties van het versterken van eigen regie. **Aanbevelingen** Om de vaardigheden van zorgprofessionals aangaande het versterken van eigen regie te optimaliseren is kennisoverdracht van het onderwerp wenselijk. Tevens wordt geadviseerd om cursussen communicatietechnieken verplicht aan te bieden om consistentie te krijgen betreft het handelen rondom het versterken van eigen regie binnen het team. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek betreft het uitvoeren van observaties op de daadwerkelijke uitgevoerde competenties van zorgprofessionals.

Abstract

Introduction It's in the mission of Buurtzorg to let the client have self-management during the care process. At the moment there is no insight into the working method that healthcare professionals use to strengthen self-management, this means that they cannot be connected to their support needs. The aim of this research is to gain insight into how nurses and carers within Buurtzorg experience their own approach to self-management. This also provides insight into which support needs they have.

Methods This research concerns a qualitative inventory research because it focuses on exploring the experiences and the support needs in the working method of nurses and carers within Buurtzorg. The study population within this study concerns all MBO and HBO nurses and carers IG with a permanent contract and at least two years of work experience. They are all employed by Buurtzorg within municipality Bronckhorst. Data collection has occurred through semi-structured in-depth interviews.

The topic list is established from the theoretical framework. The respondents were selected through a select sample. **Results** The data analysis shows that a part of the respondents always let the client

decide for themselves during the care process whereby the final responsibility lies with the client.

However, there is also a proportion of respondents who see strengthening self-management as encouraging self-reliance and are also working in this way. The experienced present competences concerning strengthening self-management are: Showing empathy, giving guidance, the natural connection between client and carer and system-oriented working. The desired competences relate to developing communicative capacities and improving co-operating within the team. The respondents

indicate that they experience dilemmas with elderly of 80+ who let their doctor decide about their

wellbeing. In addition, they experience dilemmas in the autonomy of the client versus medical

necessity. The support needs relate to increasing knowledge about the subject, improving

communication techniques and intervision to learn from each other's experiences. **Conclusion** In

conclusion, it can be stated that carers IG and MBO nurses with minimal work experience have

insufficient knowledge about the subject, because they are mainly focused on self-reliance of the client

instead of their self-management. HBO nurses and MBO nurses with more work experience experience

a good working method to strengthen self-management, but they can still focus on improving the

competences of strengthening self-management. **Recommendations** In order to optimize the skills of

healthcare professionals with regard to strengthen self-management, knowledge transfer of the

subject is desirable. It is also advisable to offer mandatory communication technique courses in order

to obtain consistency concerning the actions within the team surrounding strengthening of self-

management. A recommendation for follow-up research concerns the performing of observations on

the deployed competences of healthcare professionals.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Abstract	5
1. Inleiding.....	8
1.1 Uitgangspunten en overtuigingen betreft werken aan eigen regie.....	8
1.2 Methodieken rondom eigen regie	10
1.3 Competenties.....	12
1.4 Probleemstelling.....	16
1.5 Vraagstelling & doelstellingen	17
2. Methode.....	18
2.1 Onderzoeksdesign.....	18
2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	18
2.3 Dataverzameling	19
2.4 Procedure dataverzameling	21
2.5 Data-analyse	21
2.6 Ethische verantwoording.....	21
3. Resultaten	23
3.1 Overtuigingen	23
3.1.1 Zelf beslissen	23
3.1.2 Eindverantwoording	23
3.1.3 Wensen van de cliënt	24
3.1.4 Zelfredzaamheid	24
3.2 Competenties.....	25
3.2.1 Aanwezige competenties	25
3.2.1.1 Empathie tonen	25
3.2.1.2 Begeleiden.....	26
3.2.1.3 Aanvoelen persoonlijke klik	27
3.2.1.4 Systeemgericht werken	27
3.2.2 Gewenste competenties.....	27
3.2.2.1 Communicatieve vermogen ontwikkelen	28
3.2.2.2 Samenwerking	28
3.3 Dilemma's rondom eigen regie	28
3.3.1 Huisarts bepaalt	29

3.3.2	Autonomie versus medische noodzaak	29
3.3.3	Wat kan helpend zijn?	30
3.3.4	Basis handelen	30
3.4	Ondersteuningsbehoeften	30
3.4.1	Kennis vergroten.....	31
3.4.2	Communicatietechnieken.....	31
3.4.3	Intervisie.....	31
4.	Conclusie & discussie	33
4.1	Conclusie	33
4.2	Discussie.....	34
4.2.1	Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	35
5.	Aanbevelingen voor de praktijk	37
5.1	Kennis vergroten.....	37
5.2	Communicatief vermogen ontwikkelen.....	37
5.3	Intervisie	37
	Referenties	38
	Bijlage A	42
	Bijlage B.....	43
	Bijlage C.....	44
	Bijlage D	47
	Bijlage E.....	53
	Bijlage F	54

1. Inleiding

De huidige maatschappij heeft te maken met een kanteling van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. De gedachte achter deze kanteling is meer verantwoordelijkheid voor de lokale burger. Er wordt van de burger verwacht dat zij actief mee doet in de maatschappij en wil zoeken naar mogelijkheden om meer regie over eigen leven te voeren (Wiebusch & Moulijn, 2013). Voor een deel van de burgers zal hiervoor ondersteuning nodig zijn. Zorgprofessionals kunnen hierbij aansluiten door te werken vanuit zelfregie van de cliënt, waarbij hij/zij de cliënt zoveel mogelijk ondersteunt in het zelf bepalen en alleen ingrijpt als het echt nodig is (Poll, 2012). Het werken vanuit zelfregie heeft een positief effect op de cliënt, omdat de cliënt grip op de situatie houdt als hij/zij eigen beslissingen kan nemen (Lorig, Ritter, Laurent, & Plant, 2006; Poll, 2012).

1.1 Uitgangspunten en overtuigingen betreft werken aan eigen regie

In Nederland worden termen vanuit de WMO verschillend door elkaar gebruikt, namelijk eigen regie, eigen kracht en zelfregie. In het kennisdossier *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward* (Brink, 2013) wordt aangegeven dat eigen regie en zelfregie dezelfde lading dekken; het gaat om het zelf bepalen, niet om het zelf doen. Het begrip 'eigen kracht' verwijst naar talenten en mogelijkheden van mensen die ingezet kunnen worden om zelf een oplossing te vinden voor uitdagingen (Brink, 2013), dit is dus een ander begrip dan eigen regie. In dit onderzoek staat het versterken van eigen regie centraal. Verkooijen (2006) definieert eigen regie als volgt: "het organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen". Een begripsdefiniëring van Movisie (2013) laat zien dat regievoering centraal staat: "het richting geven aan het leven, ook wanneer men een beroep op anderen moet doen voor steun bij zelfredzaamheid of participatie". Één van de kenmerken van het menselijk functioneren, en daarbij het verhogen van de kwaliteit van leven, is het in praktijk brengen van het recht om regie te voeren over eigen leven (Baumeister, 1991). In dit onderzoek wordt de begripsdefiniëring betreft eigen regie van Verkooijen (2006) gehanteerd. Aansluitend op deze definitie wordt de visie van Initiatiefgroep Eigen Regie (2013) op eigen regie gevolgd:

Ieder mens moet in staat gesteld worden zijn eigen leven te leiden, eigen keuzes te maken en mee te doen in de samenleving. Dat iemand afhankelijk is van ondersteuning daarbij mag niet betekenen dat een ander invult wat iemand wil. Eigen regie strekt zich uit over alle levensterreinen, maatschappelijke rollen en relaties die iemand aangaat.

Deze visie op eigen regievoering sluit aan bij de algemene verandering die gaande is rondom het begrip gezondheid. De World Health Organization (WHO) (2006) hanteert de volgende definiëring rondom

gezondheid: “een toestand van compleet lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebrek”. Huber et al. (2011, p. 2) hanteren een andere definitie op gezondheid, namelijk: “het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”. Samenvattend betekent gezondheid het vermogen om het leven invulling te geven, wat in nauwe verbondenheid staat met eigen regievoering (Actiz, 2014).

Volgens Poll (2012) draait het bij zelfregie om vier verschillende elementen rondom de cliënt, te weten; eigenaarschap, kracht, motivatie en contacten. De focus van de zorgprofessional moet liggen op de kracht en motivatie van de cliënt, waarbij de cliënt eigen keuzes maakt en focust op het netwerk om hem heen (Poll, 2012). Ondersteuning bieden in het voeren van eigen regie is volgens Nolte en McKee (2008) internationaal erkend als kerncompetentie in de gezondheidszorg. Hieruit blijkt dat eigen regie een thema is in de dagelijkse praktijk van de zorgprofessionals.

Uit onderzoek van Van de Bovenkamp en Dwarswaard (2015) onder verpleegkundigen blijken er ook wel degelijk dilemma's te zijn waar zorgprofessionals mee te maken krijgen bij het versterken van eigen regie van de cliënt. De dilemma's betreffen de autonomie van de cliënt versus het volgen van de medische normen, de autonomie van de cliënt versus het activeren van de cliënt en als laatste een holistische visie op de cliënt versus de privacy van cliënten. Van de Bovenkamp en Dwarswaard (2015) geven aan dat uit het onderzoek naar voren is gekomen dat zorgprofessionals in de praktijk de medische normen als leidraad nemen, omdat cliënten dit accepteren en prettig vinden. Met dit onderzoek willen Van de Bovenkamp en Dwarswaard (2015) aangeven dat er situaties zijn waarin het besluit van de zorgprofessional de kwaliteit van zorg ten goede komen en deze soms moeten gelden boven de eigen regie van de cliënt. Dit sluit aan bij wat Van Ewijk en Kunneman (2013) beschrijven over een kritische blik van de zorgprofessional wat het handelen teweeg brengt, waarbij de vraag gesteld kan worden of er op dat moment het juiste gedaan wordt. Een directe oplossing hebben Van de Bovenkamp en Dwarswaard nog niet voor deze dilemma's, maar zij adviseren wel om veelvuldig te reflecteren omdat blijkt dat verpleegkundigen dit nu nog minimaal doen (Van de Bovenkamp & Dwarswaard, 2015).

1.2 Methodieken rondom eigen regie

Om als zorgprofessional de eigen regie van de cliënt te kunnen versterken, moet hij/zij beginnen bij de basis van de relatie die opgebouwd wordt met de cliënt. Uit onderzoek van Kluft, Van Leeuwen, en Talma (2011) blijkt dat openheid en gelijkwaardigheid dé basis voor zorgprofessionals is om aan een vertrouwensband te werken. Hierbij wordt geschetst dat het hebben van een oordeel over de cliënt funest is voor een samenwerkingsrelatie die gericht is op vertrouwen. Daarnaast heeft ZonMw (2012) in een 'scholingstraject eigen regie' een aantal uitgangspunten voor de zorgprofessionals opgesteld die ten grondslag liggen aan het praktisch uitvoeren van werken aan eigen regie. Deze uitgangspunten hebben betrekking op het gedrag van de zorgprofessional naar de cliënt. Ten eerste wordt er van de zorgprofessional verwacht dat zij uitgaat van de kracht van de cliënt om zelf problemen op te lossen, waarbij de zorgprofessional niet alles over hoeft te nemen of te beslissen voor de cliënt. Hierbij moet rekening gehouden worden met diens beperkingen. Ten tweede is erkenning richting de cliënt belangrijk, zodat de cliënt de volledige aandacht van de zorgprofessional krijgt en daarbij gekeken kan worden naar wat de cliënt echt wil. Ten derde is respect voor de wensen en behoeften van de cliënt een vereiste. De houding van de zorgprofessional dient hierbij open en nieuwsgierig te zijn, zodat hij/zij zich hierdoor goed kan richten op het realiseren de wensen en behoeften van de cliënt. Als laatst moet de zorgprofessional de cliënt als gelijkwaardige gesprekspartner zien, ook als de cliënt niet in staat is om verbaal te communiceren. Een cliënt kan op geheel eigen wijze vorm geven aan het weergeven van wensen, waarbij observatie een belangrijk punt is. Deze uitgangspunten van ZonMw (2012) sluiten aan bij de uitgangspunten voor Movisie, opgesteld door Brink (2012) in *Werken vanuit zelfregie: Wat houdt het in?*. Deze uitgangspunten zijn: terug naar de kern van zorgverlening, werken vanuit vertrouwen, de kwetsbare en krachtige kant de van cliënt zien en reflecteren op eigen rol als zorgverlener (Brink, 2012). Vanuit deze basis kan er op verschillende praktische wijze invulling gegeven worden aan het werken rondom zelfregie. In deze paragraaf worden twee methodieken en een model beschreven die daarbij helpend kunnen zijn, waarbij in kaart gebracht wordt welke competenties daarvoor nodig zijn.

Motiverende gespreksvoering

Motivatatie verwijst in algemene zin naar beweegredenen van mensen, het is datgene wat iemand tot bepaald gedrag drijft ("Motivatatie", 2018). Motivatie is nauw verwant aan de zingeving van het leven van mensen. Door te onderzoeken welke zin het leven voor iemand heeft, kunnen drijfveren in kaart gebracht worden en heeft iemand zicht op waarvoor hij leeft en waar hij regie over wil voeren (Brink, 2012). Een methodiek die kan aansluiten bij het onderzoeken van deze drijfveren, betreft de motiverende gespreksvoering. Door op deze wijze met cliënten in gesprek te gaan, zullen zij persoonlijke drijfveren in kaart kunnen brengen en zo de regie over eigen leven kunnen behouden of vergroten (Movisie, 2016).

In de eerste fase zal de professional zich voornamelijk richten op het ontwikkelen van motivatie van de cliënt, die in de tweede fase gebruikt wordt om de betrokkenheid van de cliënt op desbetreffende veranderingen te vergroten (Miller & Rollnick, 2005). Het stellen van de juiste vragen door gebruik te maken van gesprekstechnieken maakt dat de cliënt inzicht krijgt in eigen wensen en behoeften, zie tabel 1.2.1 (Miller & Rollnick, 2005). Deze methodiek sluit aan het bij het versterken van eigen regie, omdat het belang van wensen en behoeften van de cliënt centraal staat en er wordt van de cliënt verwacht dat zij zelf gemotiveerd zijn om besluiten te nemen. Door deze inzichtelijk te maken voor de cliënt, kan de cliënt bewuste keuzes maken en een sterk gevoel van zelfregie ervaren.

Tabel 1.2.1 Gesprekstechnieken motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005)

Gesprekstechnieken
Open vragen stellen
Reflectief luisterend reageren
Bevestigen door compliment geven
Samenvatten om te versterken wat er gezegd is, zodat cliënt voorbereid wordt op vervolg
Verandertaal uitlokken om zo ambivalentie op te lossen

Oplossingsgericht werken

Een andere methodiek die in de sociale sector veel gebruikt wordt is oplossingsgericht werken. Deze methodiek is gebaseerd op de cognitief-gedragmatige benadering en de systeemgerichte benadering (Jackson & McKergow, 2002). De methodiek is gericht op mensen die eigen problemen niet meer kunnen overzien, grip op het leven kwijt zijn en hulp nodig hebben (Cauffman, 2013). De methodiek oplossingsgericht werken kan professionals helpen om in beeld te brengen wát de cliënt wil, welke hulpbronnen een cliënt heeft om problemen op lossen en daarmee doelen te bereiken, met als gevolg eigen stappen te zetten en zelf te bepalen over het leven (Movisie, 2016). De competenties die hiervoor door de zorgprofessional vaak gebruikt worden, zijn samengevat in de zogenoemde zevenstappendans, zie tabel 1.2.2 (Cauffman, 2013). De methodiek oplossingsgericht werken is opgenomen in de databank Effectieve Sociale Interventies betreft regieversterkend begeleiden door professionals (Movisie, 2016). Bij het oplossingsgericht werken is het van belang dat gezocht wordt naar datgene wat werkt voor de cliënt. Volgens Jackson en McKergow (2002) vraagt herkennen wat werkt een systematische aanpak van de zorgprofessional en cliënt. Hierbij kan het van belang zijn dat omgeving van de cliënt betrokken wordt (Jackson & McKergow, 2002).

Tabel 1.2.2 Zevenstappendans bij Oplossingsgericht werken (Cauffman, 2013)

Kerncompetenties Oplossingsgericht Werken
1. Contact leggen
2. Context verhelderen
3. Doelen stellen
4. Krachtbronnen ontdekken
5. Waarderen / compliment geven
6. Differentiatie aanreiken
7. Oriëntatie op toekomst

5A-model

Een internationaal model dat gehanteerd wordt bij het versterken van eigen regie, betreft het werken volgens het 5A-model. Dit model biedt de zorgprofessional een kader om vanuit te werken waardoor zij noodzakelijke stappen beter kan maken in het versterken van eigen regie (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003). De 5 stappen van het model betreffen: achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. In tabel 1.2.3 wordt inzichtelijk gemaakt welke concrete competenties daarbij horen (Van der Hooft, Dwarswaard, & Van Staa, 2015).

Tabel 1.2.3 Competenties binnen het 5A – model

Stap binnen het 5A model	Competentie
Achterhalen	Verdiepen in persoonlijke situatie van de cliënt
Adviseren	Voorlichting geven over gezondheidsrisico's
Afspreken	Ondersteunen van de cliënt bij het formuleren van doelen
Assisteren	Op coachende wijze de cliënt ondersteunen in het zoeken naar oplossingen
Arrangeren	Afspraken maken over vervolcontact

1.3 Competenties

Om te kunnen werken aan het versterken van eigen regie van de cliënt, is het van belang dat de professional een aantal competenties bezit. De beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft in haar beroepsprofiel voor verpleegkundigen gewenste kerncompetenties opgesteld ten aanzien van 'eigen regie', namelijk: kennis en vaardigheden overdragen,

gedragsverandering kunnen stimuleren en motiveren, accepteren van eigen opvattingen van cliënten en cliënten kunnen coachen (V&VN, 2014). De inhoud van deze competenties wordt beschreven in deze paragraaf. Volgens Poll (2012) kan er alleen gewerkt worden aan zelfregie als dit in de visie en houding van de professional zit, omdat daar de wijze van bejegening bepaald wordt. Daarnaast is het van belang juiste kennis te hebben van zelfregieversterkende methodieken. Concluderend stelt Poll (2012) dat visie, kennis en vaardigheden de onderdelen van competenties zijn, omdat deze drie onderdelen nodig zijn om te kunnen werken aan het versterken van eigen regie. Uit een kwalitatief onderzoek van Visser en Alpay (2014), onder 22 respondenten vanuit de beroepen fysiotherapie, ergotherapie en verpleegkunde, blijkt dat kennis van groot belang is bij het versterken van eigen regie. Verpleegkundigen geven in dit onderzoek aan dat motiverende gespreksvoering en empathie tonen de belangrijkste competenties zijn bij versterken van eigen regie. Dit doen zij voornamelijk door de cliënt te stimuleren tijdens gesprekken, informatie te verstrekken en te luisteren naar de cliënt (Visser & Alpay, 2014). Onderstaande competenties zijn door ZonMw (2012) opgesteld voor een 'scholingstraject eigen regie', waarbij de competentie is uitgeschreven in concrete indicatoren.

1. Begeleiden van de cliënt:

- Motiveren en adviseren in het maken van keuzes, waarvoor de zorgprofessional goede vragen moet kunnen stellen
- Zelfwaardering voor de cliënt creëren, door de cliënt uit te nodigen om zichzelf te ontplooiën
- Stimuleren in taken die de cliënt nog zelf kan en dit dan ook zelf laten doen, door toepassen van juiste gesprekstechnieken

2. Begrip tonen voor cliënt:

- Client zien als gelijkwaardige gesprekspartner
- Actief luisteren en vragen naar leefstijl van de cliënt, om aan te sluiten bij de cliënt
- Keuzes en gedrag van cliënt accepteren, maar wel kaders en grenzen aangeven
- Wederzijdse verwachtingen uitspreken en afspraken hierover maken
- Zorgprofessional zorgt voor een veilige sfeer voor de cliënt, door betrokken en betrouwbaar richting cliënt te zijn

3. Overtuigen en beïnvloeden:

- Cliënt leren kennen door te luisteren en vragen stellen
- Onderhandelen op basis van argumenten als wensen niet geheel realiseerbaar zijn
- Een gesprek kunnen leiden, zodat de cliënt rust en overzicht krijgt
- Op creatieve wijze meedenken om te komen tot oplossingen

4. Formuleren en rapporteren:

- Duidelijk en helder zijn naar cliënt
 - Rekening houden met beperkingen van cliënt tijdens gesprekken en deze respecteren
5. Deskundigheidsbevordering:
- Zorgprofessional zet eigen kennis, en vergroot deze indien nodig, om cliënt te adviseren en voorlichting te geven
 - Reflecteren op eigen handelen om te leren van de situatie, waarbij ook feedback aan cliënt gevraagd wordt
6. Analyseren:
- Zorgprofessional ontwikkelt het analytisch vermogen om informatie te verzamelen en van daaruit een plan met cliënt gaat maken

Er blijkt een verschil in handelen te zijn tussen verpleegkundigen en verzorgenden. In het kwalificatiekader van verzorgende IG wordt aangegeven dat zij de cliënt stimuleert en activeert op het voeren van eigen regie, terwijl bij verpleegkundigen aangegeven wordt dat zij het gesprek met de cliënt aan gaan en proberen te achterhalen hoe de cliënt eigen regie kan voeren (V&VN, 2014). Dit verschil in taken sluit aan bij een kwantitatief onderzoek van Maurits, De Veer, en Francke (2016), onder 1135 zorgprofessionals, waaruit naar voren komt dat verzorgenden graag praktische handelingen willen doen voor cliënten, terwijl mbo- en hbo-verpleegkundigen in de praktijk vooral coördinerende taken hebben rondom dit proces. Daarnaast komt naar voren dat mbo-verpleegkundigen en verzorgenden zich minder competent voelen dan hbo-verpleegkundigen in het bevorderen van eigen regie van de cliënt. Aanvullende scholing en ondersteuning vanuit de organisatie wordt als noodzakelijk gezien (Maurits et al., 2016).

Samenvattend blijkt dat er veel verschillende competenties ingezet kunnen worden betreft het versterken van eigen regie. Hieruit blijkt dat er ook wel degelijk een overlap zit tussen bepaalde methodieken. Zie tabel 1.3.1 voor een overzicht van alle benoemde competenties binnen het theoretisch kader.

Tabel 1.3.1 Methodieken, competenties en indicatoren uit theoretisch kader

Methodiek	Competentie	indicatoren
Motiverende gespreksvoering	Ontwikkelen motivatie cliënt	– Open vragen stellen – Reflectief luisterend reageren – Bevestigen door compliment geven – Samenvatten om te versterken wat er gezegd is, zodat cliënt voorbereid wordt op vervolg

	Betrokkenheid van de cliënt vergroten	- Verandertaal uitlokken om zo ambivalentie op te lossen
Oplossingsgericht werken	De zevenstappen dans inzetten	- Contact leggen - Context verhelderen - Doelen stellen - Krachtbronnen ontdekken - Waarderen/complimenten geven - Differentiatie aanreiken - Oriëntatie op toekomst
	Systeemgericht werken	- Netwerk van de cliënt betrekken
5A-model	Achterhalen	- Verdiepen in de persoonlijke situatie van de cliënt
	Adviseren	- Voorlichting geven over gezondheidsrisico's
	Afspreken	- Ondersteunen van de cliënt bij het formuleren van doelen.
	Assisteren	- Op coachende wijze de cliënt ondersteunen in het zoeken naar oplossingen
	Arrangeren	- Afspraken maken over vervolcontact
Beroepsprofiel V&VN	Kennis en vaardigheden overdragen Gedagsverandering stimuleren en motiveren Accepteren opvattingen van cliënt Cliënt kunnen coachen	
ZonMw	Begeleiden van de cliënt	- Motiveren en adviseren - Zelfwaardering creëren - Stimuleren in zichzelf
	Begrip tonen voor cliënt	- Gelijkwaardig communiceren - Actief luisteren - Gedrag cliënt accepteren - Wederzijdse verwachtingen uitspreken
	Overtuigen en beïnvloeden	- Veilige sfeer - Cliënt leren kennen - Gespreksleider zijn - Op creatieve wijze meedenken

Formuleren en rapporteren	– Duidelijke communicatiestijl hanteren
	– Rekening houden met beperkingen van cliënt betreft communicatie
Deskundigheidsbevordering	– Zorgprofessional zet kennis in, en vergroot deze indien nodig, om cliënt te kunnen ondersteunen
	– Reflecteren op eigen handelen
Analyseren	– Plan maken na situatie geanalyseerd te hebben

1.4 Probleemstelling

Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor thuiszorgorganisatie Buurtzorg Nederland. Dit is een organisatie die met kleine zelfsturende teams, bestaande uit (wijk) verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, zorg levert aan huis. Buurtzorg werkt vraag gestuurd, zij kijkt samen met de cliënt welke zorg nodig is. De samenwerking tussen cliënt en zorgprofessional moet ervoor zorgen dat de cliënt een sterk gevoel van eigen regie in het proces heeft. Buurtzorg draagt in haar missie dat zij uitgaat van de mogelijkheden van de cliënt (Buurtzorg, 2017). Zij kiest er bewust voor om geen werkwijze op te leggen aan de zorgprofessional, omdat zij vindt dat de hij/zij zelf moet bepalen wat ondersteuning kan bieden voor hem of haar. Buurtzorg werkt ook vraaggericht naar zorgprofessionals, en wil graag ondersteunen in thema's waar behoefte aan is. Op dit moment is er geen zicht in de werkwijze die zorgprofessionals hanteren, waardoor zij ook niet aan kunnen sluiten bij ondersteuningsbehoeften van de zorgprofessional.

Buurtzorg werkt met een digitale leeromgeving waar de zorgprofessional zelf kan bekijken welke modules hij/zij wil volgen voor het verbreden van zijn/haar kennis. In 2015 is er een module aangeboden betreft het vergroten van zelfredzaamheid, maar hierin is geen aandacht geweest voor eigen regie. Daarnaast is er op dit moment nog geen enkele module of leergang te volgen over het versterken van eigen regie van de cliënt.

1.5 Vraagstelling & doelstellingen

In deze paragraaf worden de vraagstelling en de doelstellingen van dit onderzoek weergegeven.

Vraagstelling

Onderzoeksvraag:

‘Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg hun werkwijze betreft het versterken van eigen regie van de cliënt en wat hebben zij nodig om dit te kunnen versterken?’

Deelvragen:

1. Wat zijn overtuigingen van verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg omtrent het versterken van eigen regie van de cliënt?
2. Wat ervaren verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg als aanwezige en gewenste competenties betreft het versterken van eigen regie van de cliënt?
3. Wanneer ervaren verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg dilemma's rondom het versterken van eigen regie en hoe gaan zij hier mee om?
4. Wat hebben verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg nodig om de eigen regie van de cliënt te kunnen versterken?

Doelstellingen

Het interne doel van dit onderzoek is om de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg inzichtelijk te krijgen betreft hun werkwijze rondom het versterken van eigen regie van de cliënt. Middels de verkregen inzichten is het mogelijk om de ondersteuningsbehoeften van de medewerkers in kaart te brengen en hierbij aan te sluiten. Het externe doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan het verbeteren van de eigen regie van cliënten binnen Buurtzorg, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven.

2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek met een inventariserend karakter, omdat het zich richt op het inventariseren van de ervaringen in de werkwijze van verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg. Passend bij kwalitatief onderzoek is onderzoek naar de structuur van verschijnselen, wat in dit onderzoek de werkwijze rondom eigen regie betreft (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2016). In dit onderzoek is er sprake van een cross-sectioneel onderzoeksdesign, omdat alle gegevens op één moment worden verzameld door middel van diepte interviews binnen een bepaalde groep. Het inventariserende karakter van dit onderzoek is het meest passend voor dit onderzoek, omdat het gericht is op het inventariseren van een situatie en daarbij is de mate van meningen en ervaringen belangrijk (Bryman, 2015).

2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek betreft verzorgenden IG (niveau 3), mbo-verpleegkundigen (niveau 4) en hbo-verpleegkundigen (niveau 5) werkzaam binnen Buurtzorg, specifiek binnen de gemeente Bronckhorst. Binnen de gemeente Bronckhorst zijn 51 verzorgenden IG, 31 mbo-verpleegkundigen en 10 hbo-verpleegkundigen werkzaam. Het streefaantal respondenten binnen dit onderzoek is 12. Het gewenste effect is van alle drie niveaus vier respondenten te hebben, omdat vanuit de literatuur bekend is dat er verschillen zijn in deze niveaus betreft het versterken van eigen regie (V&VN, 2014; Maurtis et al., 2016). Dit aantal zorgt voor een stabilisatie van het resultaat, waarmee grote lijnen binnen de resultaten gezien gaan worden. De externe validiteit wordt hiermee vergroot. Daarnaast is gekozen voor zorgprofessionals uit de gemeente Bronckhorst, omdat de onderzoeker woonachtig is binnen deze gemeente. Gezien het tijdsplan voor het onderzoek is gekozen om de onderzoekspopulatie binnen deze gemeente te selecteren om de beschikbare tijd zo efficiënt mogelijk te gebruiken.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een selecte steekproef, omdat sommige respondenten uitgesloten zijn in verband met de in- en exclusiecriteria van dit onderzoek. Alle verzorgenden IG en verpleegkundigen (mbo & hbo) werkzaam bij Buurtzorg binnen de gemeente Bronckhorst zijn via een mail benaderd, waarna zij zelf de keus hebben om deel te nemen aan het onderzoek. Het nadeel van werken met een steekproef uit één gemeente kan zijn dat er binnen deze gemeente afspraken zijn gemaakt over de handelingswijze rondom het onderwerp. Daarnaast kan de omgang betreft het onderwerp binnen gemeentes erg verschillen omdat de zorgprofessionals met een

bepaalde groep cliënten te maken hebben. Nu er maar één gemeente onderzocht wordt, kan dit nadelig zijn voor de uitkomsten van het onderzoek en is de generaliseerbaarheid minimaal. De uitnodiging voor het interview is te vinden in bijlage A. Tijdens het opstellen van deze mail is er rekening gehouden met belangrijke aspecten om het vertrouwen te winnen van de respondent. Als eerste staat introductie centraal, zowel van de onderzoeker als van het onderzoek. Daarnaast is er ook beschreven dat de gegevens geanonimiseerd worden. Als laatste is geprobeerd de mogelijke respondent enthousiast te maken, door aan te geven dat hij/zij zijn/haar stem kan laten horen binnen de organisatie.

De respondentkenmerken van dit onderzoek zijn als volgt: het onderzoek telt 12 respondenten, allemaal van het vrouwelijk geslacht. De leeftijd van de respondenten varieerde van 27 tot 61 jaar, met een gemiddelde van 46,8 jaar. De werkervaring varieerde van 4 tot 33 jaar, met een gemiddelde van 16,5 jaar.

In- en exclusiecriteria

Het opstellen van de in- en exclusiecriteria draagt bij om in de homogeniteit van de respondentenpopulatie een zo groot mogelijke variëteit in de respondentenpopulatie te krijgen zodat er een zo goed mogelijk beeld kan ontstaan.

Inclusiecriteria:

- Man of vrouw
- Opleiding: verzorgende IG of verpleegkundige (niveau 4 en 5)
- Werkzaam bij Buurtzorg, binnen de gemeente Bronckhorst
- De respondenten dient minimaal 2 jaar werkervaring te hebben, omdat uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden dan voldoende werkervaring hebben om eigen regie van de cliënt te kunnen versterken (V&VN, 2014)
- Werken in vast dienstverband bij Buurtzorg vanwege de hoeveelheid ervaring die opgedaan is

Exclusiecriteria:

- Stagiaires
- Oproepkrachten

2.3 Dataverzameling

In dit onderzoek is de data verzameld middels semigestructureerde diepte interviews. Er is gekozen voor deze vorm van data verzameling, omdat op deze manier verdieping gezocht kan worden in

achterliggende meningen en ervaringen van respondenten door middel van doorvragen. De eerste stap tot het komen van interviewvragen betreft de operationalisatie. Belangrijke concepten worden in dit proces meetbaar gemaakt aan de hand van indicatoren (Bryman, 2015). Binnen dit onderzoek zijn er vijf concepten rondom eigen regie naar voren gekomen, te weten; definitie, visie, competenties, dilemma's en ondersteuningsbehoeften. De eerste vier concepten zijn naar voren gekomen vanuit het theoretisch kader dat uitgewerkt is in hoofdstuk 1. Hier zijn concrete indicatoren naar voren gekomen waaruit het concept bestaat. Het concept ondersteuningsbehoeften is gebaseerd op de vraag vanuit de organisatie. Vanuit deze operationalisatie zijn de interviewvragen opgesteld. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat er voornamelijk doorgevraagd wordt naar ervaringen rondom het versterken van eigen regie. Voorafgaand aan het interview kregen de respondenten een kort document opgestuurd waarin het begrip 'eigen regie' uitgewerkt was op basis van literatuur. Hierin is concreet beschreven wat eigen regie inhoudt (zie bijlage B). Dit stuk heeft iedere respondent gehad, omdat de onderzoeker wilde waarborgen dat er tijdens het interview over hetzelfde onderwerp werd gesproken. Nadelig hiervan kan zijn dat de respondent al teveel in een richting gestuurd wordt, maar er is toch gekozen om dit te versturen, omdat de kans anders groot was dat er verkeerde data verzameld werd. Tevens is er gekozen om een inleidend stukje te hanteren op de verschillende topics tijdens het interview, omdat dit verhelderd werkt zoals bekend werd uit het pilotinterview tijdens het opstellen van het onderzoeksplan. De schematische weergave van de topiclist is te lezen in bijlage C.

Methodologische kwaliteit

De interne validiteit (credibility) wordt gewaarborgd door de opbouw van het onderzoek middels een vaste structuur te beschrijven, waardoor conclusies voor waar aangenomen kunnen worden (Dassen et al., 2016). Daarnaast worden er zoveel mogelijk uitkomsten van het onderzoek onderbouwd met citaten uit de interviews, om aan te geven dat er is gemeten wat er beoogd wordt te meten (Bryman, 2015). De externe validiteit van dit onderzoek is minimaal, omdat het onderzoek een selecte steekproef bevat. De betrouwbaarheid (dependability) wordt gewaarborgd door grondig te beschrijven welke stappen de onderzoeker heeft gezet bij de totstandkoming van de dataverzameling en data-analyse, wat mogelijk maakt om het onderzoek te herhalen (Dassen et al., 2016). Tevens worden er geluidsopnames gemaakt van de interviews die vervolgens getranscribeerd worden. Beide zullen minimaal 5 jaar bewaard blijven, zodat het onderzoek indien gewenst opnieuw bekeken kan worden. Daarnaast worden andere onderzoekers/medestudenten gevraagd mee te kijken met de data-analyse, zodat de intersubjectiviteit vergroot wordt.

2.4 Procedure dataverzameling

De dataverzameling is gestart door middel van het versturen van de algemene uitnodiging via mail naar alle teams binnen de gemeente Bronckhorst. De eerste acht respondenten hebben zich aangemeld naar aanleiding van deze mail. Na twee weken is er opnieuw een herinneringsmail gestuurd vanwege het niet halen van de gewenste hoeveelheid respondenten. Hier is geen respons opgekomen. De onderzoeker heeft vier respondenten persoonlijk benaderd om mee te werken aan dit onderzoek, waardoor de gewenste hoeveelheid respondenten behaald is.

Om een zo veilig mogelijke omgeving voor de respondent te creëren, heeft de respondent de plaats van afname interview bepaald. Dit was al dan niet op het werk of in een privé locatie. Hiermee wordt de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind, omdat de respondent zich in een veilige omgeving bevindt (Dassen et al., 2016). Tijdens de interviews is er een vaste structuur aangehouden voor het verzamelen van de data, om er voor te zorgen dat de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot wordt. Tijdens één interview begon de respondent met een concept dat als laatste onderdeel op de topic list stond. Hier is op ingespeeld door gelijk de vragen te stellen die bij dit concept hoorde, en later het interview te structureren zoals beschreven bij de topic list.

2.5 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen middels opname apparatuur en uitgewerkt tot transcripten, waarna gestart is met coderen van de data. Het coderen van de data is in dit onderzoek gedaan door middel van het programma Atlas.ti. Er is gekozen om gebruik te maken van dit programma omdat het overzichtelijk werkt en er dwars door de data heen gespit kan worden tijdens de analyse. De codes zijn deels tot stand gekomen uit de verzamelde data, en deels gebaseerd op theoretische ideeën. De data-analyse in dit onderzoek is gedaan volgens de thematische analyse. De eerste stap binnen deze analyse is het doorlezen van een aantal transcripten (Bryman, 2015). Daarna wordt gestart met het open coderen van de data. De derde stap is het formuleren van sub thema's. Vervolgens worden er sub codes onder de sub thema's gehangen. Het codeboek van dit onderzoek is terug te vinden in bijlage D.

2.6 Ethische verantwoording

De ethische verantwoording binnen dit onderzoek kent een aantal kernpunten. Als eerste zal er zorgvuldig en met respect om gegaan worden met de uitkomsten van het onderzoek. Dit wordt gewaarborgd door anonimiteit van de respondenten en diens ervaringen bij cliënten. Ten tweede is de respondent op de hoogte dat deelname geheel vrijwillig is dat en dat deelname aan dit onderzoek elk moment gestopt kan worden zonder verklaring te hoeven geven. Als laatste dient er schriftelijke toestemming te zijn van de respondenten, waarvoor een 'Informed consent formulier' getekend moet

worden (Bryman, 2015). Om de anonimiteit te waarborgen is een leeg blad van de Informed Consent toegevoegd in bijlage E. Daarnaast heeft de organisatie schriftelijk toestemming gegeven voor het doen van dit onderzoek, zie bijlage F.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die voortkomen uit de data-analyse. De resultaten zullen per deelvraag weergegeven worden.

3.1 Overtuigingen

Alvorens het interview startte, is er via de mail een document opgestuurd met een korte weergave van de definitie die gehanteerd werd tijdens het interview. Dit is gedaan om er voor te zorgen dat er tijdens het interview over hetzelfde onderwerp gepraat werd. Vanuit de data-analyse is naar voren gekomen dat alle respondenten het eens waren met deze definiëring van eigen regie.

Overtuigingen van verzorgenden en verpleegkundigen binnen Buurtzorg hebben betrekking op verschillende invalshoeken van eigen regie. De overtuigingen die uit de interviews naar voren komen, zijn; de cliënt neemt beslissingen tijdens het zorgproces, de cliënt is eindverantwoordelijk voor de zorg, de wensen van de cliënt zijn uitgangspunt en zorgprofessionals zien zelfredzaamheid als het hebben van eigen regie.

3.1.1 Zelf beslissen

Uit de data-analyse komt naar voren dat de helft van de respondenten ervan overtuigd is dat de cliënt beslissingen neemt tijdens het zorgproces. Deze beslissingen gaan voornamelijk over het inzetten van zorg, de invulling van de zorgmomenten of extra zorginzet bij ziekte. Zij gaan er vanuit dat de regie ten aller tijde bij de cliënt ligt en zullen dit ook altijd als uitgangspunt van de zorgverlening zien. Zij geven dit vorm door na het intake gesprek het gesprek samen te vatten en te controleren bij de cliënt of de afspraken die gemaakt zijn, kloppend zijn.

“Ik ga er altijd vanuit dat de regie bij de cliënt ligt. Dus de cliënt bepaalt eigenlijk hoe de zorg verloopt. En natuurlijk kan ik daar mee in gesprek gaan, maar uiteindelijk ligt het wel bij de cliënt”.

3.1.2 Eindverantwoording

Een deel van de respondenten geeft aan dat de cliënt zelf eindverantwoordelijk is voor de zorg en de beslissingen die daarbij genomen worden. Deze beslissingen hebben betrekking op de inhoud van de zorg en de wijze waarop dit verloopt, bijvoorbeeld stoppen van zorg of het niet opvolgen van adviezen. De zorgprofessionals vinden dat de cliënt zelf beslissingen mag nemen tijdens het zorgproces, daarin ligt de eindverantwoording in de ogen van de respondenten bij de cliënt. Een respondent geeft aan dat zij het prettig vindt om vanuit deze visie op eigen regie te werken, omdat zij op deze wijze aan kan sluiten bij de wensen van de cliënt.

“De cliënt beslist uiteindelijk wat er gaat gebeuren. Die is eindverantwoordelijk . . . Dus je geeft wel handvaten, maar uiteindelijk is de cliënt eindverantwoordelijk, vind ik dan”.

3.1.3 Wensen van de cliënt

Een aantal respondenten geeft aan dat zij uitgaan van de wensen van de cliënt, maar zij beoordeelt met haar expertise wel of deze wensen reëel zijn voor de zorgverlening. Hun overtuiging laat zien dat de cliënt centraal staat, uitgaande van diens wensen. Daarbij wordt als voorbeeld aangegeven dat een cliënt graag thuis wil blijven wonen, maar dat het door beperkingen nauwelijks mogelijk lijkt. De respondent grijpt in en stuurt waar mogelijk deze wensen bij. Zij geeft dit vorm door het netwerk rondom de cliënt in te schakelen en deze mogelijk te verbreden.

“Mijn visie is dat je gebruik maakt van de wensen van de cliënt. Dat staat centraal, dat mensen bepalen op basis van hun wensen. Maar ik vind wel dat je als deskundige moet kunnen zien of het klopt wat hij wil in zijn eigen regie”.

3.1.4 Zelfredzaamheid

Een andere overtuiging die veelvuldig uit de data-analyse naar voren komt, betreft het feit dat respondenten gericht zijn op het praktisch handelen en daarbij uitgaan van wat de cliënt zelf kan in plaats van het zelf beslissen waar het om draait bij eigen regie voering.

“Mijn visie daarop is wel dat de cliënt zoveel mogelijk zelf moet doen . . . maar wel weer binnen zijn kunnen, dus wel rekening houden met zijn beperkingen”.

De respondenten geven aan dat dit tevens komt doordat er vanuit de organisatie voornamelijk gefocust wordt op het vergroten van zelfredzaamheid bij de cliënt.

“Je wordt nu gehamerd op het stimuleren van zelfredzaamheid en dan ga je dat toch beetje koppelen”.

Door de zelfredzaamheid als uitgangspunt te nemen, wordt er snel gedacht in het stimuleren van de handelingen die de cliënt nog zelf kan doen, geeft deze respondent aan:

“Nou, ik dacht altijd dat het gaat over zelf doen, ik denk namelijk heel vaak in wat mensen zelf doen of kunnen doen, dat doe ik heel snel. En eigenlijk is het meer over het zelf beslissen. Maar je gaat heel snel aan het zelf doen denken”.

Tijdens de interviews zijn de respondenten meerdere malen geconfronteerd met de definiëring van ‘eigen regie’, maar de gedachtegang van meerdere zorgprofessionals was in zo’n hoedanigheid dat ze vast bleven houden aan het zien van eigen regie als zijnde de zelfredzaamheid van de cliënt. De respondenten

die het praktisch handelen als visie hanteren, laten dit in het gehele interview naar voren komen. Op alle vragen tijdens het interview werd de koppeling naar zelfredzaamheid gemaakt, ongeacht of de respondent hiermee geconfronteerd werd. Alle verzorgenden IG en een deel van de mbo-verpleegkundige zijn gericht op het praktisch handelen, waarbij het opvallend is dat het mbo-verpleegkundige betrof met weinig werkervaring. Dit laat zien dat dit het in grote mate verweven is in de visie van die respondenten.

“Ja, dat stimulerend werkend. Ik ga niet iemand maar wassen. Ik geef ze een washandje aan, maar dan probeer ik wel dat ze zelf het gezicht wassen”.

De overige mbo-verpleegkundige en hbo-verpleegkundige probeerden beslissingen bij de cliënt te laten en dit te respecteren en accepteren.

3.2 Competenties

Vanuit de data-analyse zijn verschillende aanwezige en gewenste competenties naar voren gekomen. In deze paragraaf worden de aanwezige en gewenste competenties aangaande regieversterkend werken weergegeven.

3.2.1 Aanwezige competenties

De aanwezige competenties die uit de interviews naar voren komen, zijn: empathie tonen, begeleiden, aanvoelen persoonlijke klik en systeemgericht werken.

3.2.1.1 Empathie tonen

Respondenten geven aan dat zij empathie tonen richting de cliënt door de cliënt zijn situatie en mogelijkheden in te schatten en te begrijpen. Op deze wijze willen de respondenten beter aan kunnen sluiten bij de cliënt waardoor hij/zij keuzes van de cliënt beter kan begrijpen.

“Je hebt natuurlijk ook je eigen referentie kader waarvan uit jij beslissingen neemt, en die kunnen anders zijn. En dat is niet erg, maar je moet wel begrijpen van uit welke hoek de cliënt komt en daar dus bij kunnen aansluiten”.

Tevens wordt aangegeven dat respondenten empathie tonen door te luisteren naar de wensen van de cliënt. De respondent ervaart op die wijze dat ze aansluit bij de cliënt.

“En wat ik ook wel heel goed vind, is soms even de mond dicht houden . . . Want dan hoor je wat die ander zegt, en dat is ook van groot belang. Wat zij zeggen is nog veel belangrijker dan wat ik te zeggen heb”.

Als laatste wordt aangegeven dat de respondent empathie toont door eerst de cliënt goed te leren kennen en daarmee vertrouwen op te bouwen. Dit wordt vorm gegeven door goed te analyseren wat voor type persoon de cliënt is en tijd te nemen om de cliënt te leren kennen.

“Er zijn goede gesprekken gevoerd, omdat ik eerst heb geïnvesteerd in zijn mens-zijn, dat wat hij daarin graag wilde. En dat ik daar even aandacht voor had”.

Een aantal respondenten geeft aan dat zij begrip kunnen tonen voor de cliënt door zich empathisch op te stellen. Dit wordt vorm gegeven door de juiste inzet van bejegening en de cliënt te zien als gelijkwaardige gesprekspartner.

“Ik ken die mensen helemaal niet, maar de manier waarop je dan binnen komt, is dan al een beetje het ijs gebroken. En dan heb ik het gevoel dat je niet boven hun moet gaan staan, maar naast hun gaan staan”.

3.2.1.2 Begeleiden

De tweede aanwezige competentie betreft het begeleiden van cliënten tijdens het zorgproces. Deze begeleiding ziet er voor elke cliënt verschillend uit en wordt volgens de respondenten op verschillende manieren vorm gegeven. De eerste manier van begeleiden is informatie verstrekken aan cliënten, zodat cliënten kennis hebben over bepaalde onderwerpen zodat zij hun keuzes daarop kunnen baseren en zelf kunnen beslissen.

“Want ik snap dat ze in andere situaties bijvoorbeeld niet de informatie hebben. En dat je dan die informatie wel kan geven waar ze zelf mee aan de slag kunnen. Dus dan heb je een begeleidende rol”.

Sommige respondenten geven aan dat zij door middel van informatieverstrekking adviezen geven aan de cliënt, zodat de cliënt zijn keuze kan baseren op informatie en een advies van de zorgprofessional.

“ik leg het informatief uit, ik leg het hem voor. Ik noem ook altijd, ik gooi het in de lucht, het is mijn advies. Dit is de informatie die jij nog niet hebt, maar je mag zelf weten wat je er mee doet en ik leg ook de gevolgen ervan uit als hij het niet doet, dus heel praktisch. Het is niet echt coördinatie van zorg maar meer op de zorg zelf”.

Ten tweede wordt aangegeven dat respondenten de cliënt begeleiden door de cliënt positief te stimuleren. Dit wordt vorm gegeven door de cliënt te laten inzien hoe het op dat moment gaat in vergelijking met een eerder zorgmoment, zodat de cliënt inziet dat ze vooruitgaat.

“Ik ga eerst bij de cliënt na waar zij staat op dat moment. En dan zegt ze op een gegeven moment, dit kan ik niet. Ik ga dan kijken, wat kun je al wel? Dus de positieve kant bekijken en hiermee stimuleren”.

3.2.1.3 Aanvoelen persoonlijke klik

De derde aanwezige competentie betreft het aanvoelen van een persoonlijke klik met een cliënt en daar handelen wel/niet op voortzetten. Dit doen de respondenten door eerlijk te zijn naar cliënt en team of er een persoonlijke klik is. Indien dit niet het geval is, kan zij kwaliteiten van andere collega's benutten uit het team en een collega bij deze cliënt inzetten die daar beter geschikt lijkt. Respondenten kunnen moeilijk aangeven waarop deze klik dan gebaseerd wordt. Vaak wordt aangegeven dat het een onderbuik gevoel is die dit aangeeft.

“Ik denk ook het aanvoelen van, hé heb ik hier de klik. Want het wil niet zeggen dat je automatisch bij iedereen een klik hebt. Dus we hebben ook wel inderdaad onderling dat we zeggen van wil jij dan eens kijken of je het gesprek aan kunt gaan”.

Één respondent geeft heel duidelijk aan dat de persoonlijke klik die zij heeft met de cliënt, gebaseerd is op het karakter van haar en de cliënt. Als dit teveel op elkaar lijkt, kan dit in gesprekken botsen en is het volgens de respondent verstandiger om een collega te vragen gesprekken te voeren rondom het de eigen regie voering.

“Het kan ook gewoon zijn dat we misschien een beetje op elkaar lijken; zij is koppig en ik ook, en dat je elkaar triggert daarin. En soms denk ik, een collega heeft misschien net een andere insteek en toon”.

3.2.1.4 Systeemgericht werken

De vierde aanwezige competentie betreft het systeemgericht werken waarmee zij het netwerk van de cliënt betrekken en zo nodig vergroten om de cliënt meer eigen regie te kunnen laten voeren doordat het netwerk betrokken wordt bij de zorg rondom de cliënt.

We hebben een dame alleen, heeft altijd alleen gewoond, die heeft het altijd zo gered. Dan probeer je wel de burens erbij te betrekken, dat die weten dat die vrouw vergeetachtig wordt. Vrijwilligers zet je daar in, zodat die vrouw idee heeft dat ze nog het idee heeft dat ze het zelf doet”.

3.2.2 Gewenste competenties

De gewenste competenties die uit de interviews naar voren komen, zijn: communicatieve vermogen ontwikkelen en samenwerking in het team verbeteren. Een aantal respondenten geeft aan dat zij op dit

moment geen competenties nodig hebben om te kunnen werken aan het versterken van eigen regie. Zij vinden hun werkwijze rondom het bevorderen van eigen regie op dit moment voldoende.

“Ik sta er wel open voor hoor, nieuwe dingen leren en mezelf ontwikkelen. Maar of ik mijn werkwijze daardoor zal veranderen, dat weet ik niet”.

Tijdens de data-analyse was het opvallend dat verpleegkundigen, naast de gewenste competenties, aangaven zich vooral te willen blijven ontwikkelen en scholen in de nieuwste methodieken om eigen regie te bevorderen. Dit kwam bij de verzorgenden niet terug. Tevens was het opvallend dat wanneer de respondent de visie heeft dat eigen regie overeenkomt met zelfredzaamheid, zij geen uitbereiding in competenties wenst, omdat zij vindt dat ze de zelfredzaamheid van de cliënt goed kan bevorderen. Hieruit blijkt dat de kennis over het onderwerp van belang is voor deze respondenten.

3.2.2.1 Communicatieve vermogen ontwikkelen

Een meerderheid van de respondenten geeft aan dat het nodig is dat zij haar communicatieve vermogen ontwikkeld om betere gesprekken te kunnen voeren waarmee de eigen regie van de cliënt versterkt wordt. Op dit moment wordt ervaren dat hierin tekort geschoten wordt.

“Mensen stellen zich vaak afhankelijk op, van jij weet het wel. En dan is het moeilijk om weer terug te kaatsen, om te zeggen; maak zelf die keuze nou eens. Wat zou je nou zelf vinden en willen?”.

3.2.2.2 Samenwerking

Ten tweede geeft een deel van de respondenten aan dat zij willen werken aan de onderlinge samenwerking in het team om tot betere overeenstemmingen te komen. Het blijkt dat respondenten dit zien al gewenste competentie om zo betere kwaliteit van zorg te kunnen verlenen.

“Het is zaak dat je op 1 lijn zit in je team. En onderling daar overeenstemming over te hebben, dat moeten we echt verbeteren”.

3.3 Dilemma's rondom eigen regie

Tijdens de data-analyse kwamen er twee verschillende voorbeelden terug die de dilemma's rondom het versterken van eigen regie weergeven. Ten eerste wordt ervaren dat ouderen van 80+ de generatie is die de dokter wil volgen en het moeilijk vindt om eigen regie te nemen. Ten tweede worden er dilemma's ervaren rondom de autonomie van de cliënt versus de medische noodzaak.

3.3.1 Huisarts bepaalt

Respondenten ervaren dat voornamelijk ouderen van 80+ de generatie ouderen is die het moeilijk vindt om zelf beslissingen te nemen tijdens het zorgproces. Ervaren wordt dat zij het advies van de dokter opvolgen omdat deze ouderen vinden dat de huisarts bepaalt wat het beste is voor hen. Verpleegkundigen ervaren hierin dat zij wel het gesprek aan kunnen gaan met deze ouderen, maar dat er geen concreet antwoord uit de cliënt zelf komt. In deze situaties zorgen verpleegkundigen dat zij met de huisarts op één lijn komen en dat adviezen vanuit de zorgprofessional doorgesproken worden met de huisarts.

“Dat is een oude cliënt, waarin het een zoektocht was in het begin naar van, wat willen en kunnen deze mensen nog? Op zich wel bespraakt, maar wel denkend vanuit wat de dokter zegt is heilig, en waarin je toch ook zoekt naar wat willen jullie nou graag? En dat je het gesprek er wel over kunt beginnen, maar waarin je niet heel erg met een antwoord vaak terug kwam”.

3.3.2 Autonomie versus medische noodzaak

Een tweede dilemma dat veelvuldig uit de data-analyse naar voren komt, betreft de autonomie van de cliënt versus de medische noodzaak van handelen. Zorgprofessionals ervaren dat de zorg voor een bepaalde cliënt juist nodig is, maar de cliënt hecht veel waarde aan zijn autonomie.

“Dat is een meneer die heeft ernstig COPD, in laatste stadium. Is bij ons in zorg, en dan krijgt hij hulp bij wassen, aankleden en douchen. Hij wil het zelf doen, maar het is niet verantwoord, want hij is gewoon buiten adem. Totdat de dokter zegt, jullie moeten daar elke dag blijven. Maar die cliënt wil dat niet, die heeft zo iets, ik kan het zelf”.

De respondenten gaan met dit soort situaties om door haar verantwoordelijkheid te delen met de huisarts, zodat zij niet alleen die verantwoordelijkheid draagt. Tevens maken de respondenten dit bespreekbaar met de cliënt, waarbij de zorgprofessional benoemt wat zij ziet gebeuren, en dit evalueert met de cliënt. Op die wijze ervaart zij dat ze de cliënt goed begeleidt bij het nemen van beslissingen. Vanuit de data komt naar voren dat voornamelijk verzorgenden IG handelen op medische noodzaak. Tevens wordt dit ook geconstateerd bij mbo-verpleegkundigen die minimale werkervaring hebben. Zij ervaren het gevoel *“wat te moeten doen”* in situaties bij dilemma's en vinden het lastig om de beslissingen bij de cliënt te laten.

Een ander opvallend patroon is dat van de respondent die aangeeft haar handelen juist niet op basis van medische noodzaak te baseren, maar de cliënt zelf laat beslissen. Deze gedachtegang komt ook terug in haar visie op eigen regie, waaruit blijkt dat zij vindt dat elke cliënt moet leven op zijn/haar

eigen manier en daar zelf beslissingen in moet nemen, ongeacht of deze verantwoord zijn. Zij past op elke situatie haar handelen aan.

“ja kijk, dat ‘goed’ leven, dat is nog maar de vraag. Dat mag van mij tussen aanhalingstekens . . . Dus het gaat niet eens om een goed leven, maar vooral om eigen leven op je eigen manier en daar wil ik bij aansluiten”.

3.3.3 Wat kan helpend zijn?

Vanuit de data-analyse is naar voren gekomen dat er een aantal dingen helpend kunnen zijn voor de respondenten indien zij een dilemma ervaren. Alle respondenten geven aan dat het helpend is om met de cliënt en het team *“op één lijn te zitten betreft afspraken rondom de zorgverlening”*. Een ander onderdeel dat helpend kan zijn is het *“bespreekbaar maken van het dilemma met de cliënt”*, zodat de zorgprofessional weet wat er in de cliënt om gaat en zich daar bewust van is. Op die wijze kan de respondent haar handelen daar op aanpassen. Als laatste wordt aangegeven dat het belangrijk is dat collega's er onderling voor elkaar zijn en elkaar steunen in situaties waarin dilemma's ontstaan. Dit wordt door de respondenten gedaan door tijdig te evalueren met elkaar.

“Ik heb het afgeleerd om daar zelf mee te worstelen, dus deel het met collega's, alleen is niet handig”.

3.3.4 Basis handelen

De basis die ten grondslag ligt aan het handelen rondom dilemma's kent twee verschillende invalshoeken. Ten eerste wordt bij een deel van de respondenten het handelen gebaseerd op medische noodzaak. Zij gaan uit van *“uitslagen van meetinstrumenten”* om te bepalen hoe de gezondheid van de cliënt op dat moment is. Opvallend is dat één respondent heel bewust aangeeft dit juist niet te doen, omdat zij vindt dat de cliënt zelf bepaalt en eigen keuzes maakt.

“Als iemand kiest om geen medicijnen te nemen, dan kan dat bij verloop van tijd bij bepaalde medicijnen een noodzaak worden. Maar als iemand daar voor kiest, laat ik dat zo”.

Een andere basis die ten grondslag ligt aan het handelen rondom eigen regie, betreft *“een stukje levenservaring”* die respondenten hebben opgedaan. De invloed van de levenservaring op de omgang met dilemma's kan zijn dat mensen aan het denken gezet worden of zij verstandige beslissingen nemen. Daarnaast kan het ook zijn dat mensen juist keuzes maken op basis van het gevoel dat zij ergens bij hebben, in plaats van beslissingen nemen vanuit medische noodzaak.

3.4 Ondersteuningsbehoeften

De ondersteuningsbehoeften van verpleegkundigen en verzorgenden IG hebben voornamelijk betrekking op kennis over het onderwerp en intervisie, om op die manier geschoold te worden. Verzorgenden IG

geven aan dat zij behoefte hebben aan scholingen op basis van het onderwerp om kennis te vergroten, terwijl de mbo- en hbo-verpleegkundigen aangeven intervisie te willen over het onderwerp om diepgang hierin aan te brengen om op die wijze te kunnen evalueren. De respondenten waarbij de visie voornamelijk gefocust is op zelfredzaamheid, hebben aangegeven geen ondersteuningsbehoeften te hebben, omdat zij in hun beleving alles al weten over het vergroten van zelfredzaamheid van de cliënt.

3.4.1 Kennis vergroten

Als eerste wordt aangegeven dat “*scholingen over het onderwerp met algemene kennis*” van belang kan zijn, waarin vooral ingespeeld wordt op kennis rondom het begrip eigen regie.

“Misschien ligt het ook gewoon in een stukje meer kennis over het onderwerp, dat je het dan automatisch wat meer meeneemt”.

Respondenten geven aan dat zij vinden dat de scholing aangeboden dient te worden met een deadline, anders is het volgen van scholingen te vrijblijvend. Als dit niet gedaan wordt, ervaren de respondenten dat het moeilijker is om met collega’s op één lijn te komen, omdat de kans bestaat dat een deel van de respondenten de scholing niet volgt.

“Je hebt teams waar heel veel initiatief genomen wordt, maar je hebt ook teams nog een beetje wankelt, daar zal dan weinig uit voort komen denk ik. Soms zou het wel goed zijn om even wat aan te bieden met een deadline”.

3.4.2 Communicatietechnieken

Een andere ondersteuningsbehoefte, die aangegeven wordt door een deel van de respondenten, betreft scholing over communicatietechnieken die gebruikt kunnen worden bij het versterken van eigen regie. Respondenten ervaren op dit moment dat zij onvoldoende kennis hebben over communicatie technieken om deze toe te passen bij het versterken van eigen regie.

“Misschien een cursus communicatie lijkt me wel weer goed. En dan toch wel steeds terug kerend dat je het gaat oefenen met z’n allen”.

3.4.3 Intervisie

Als laatste komt uit de analyse naar voren dat de meerderheid van de respondenten aangeeft behoefte te hebben aan het volgen van intervisie. Daarin wordt meerdere malen aangegeven dat daarbij een “*gespreksleider aanwezig moet zijn, om zoveel mogelijk leermomenten te kunnen filteren*”.

“Ja, toch ervaringen uitwisselen, 1x in half jaar. Wat dan wel is, dan moet er wel een goede leider zijn. Anders verzuip je in alles. Dat zou Buurtzorg wel kunnen verzorgen”.

Tevens wordt aangegeven dat er binnen deze intervisie gebruikt gemaakt moet worden van recente cliënt situaties, omdat collega's dan de situatie nog goed kunnen herinneren en daarbij kan er echt een leermoment van gemaakt worden.

“Nou ja, wat ik heel veel waarde aan hecht, dat je gewoon een cliënt situatie die je tegen komt, samen bespreekt in het team. En daar hecht ik nog de meeste waarde aan”.

4. Conclusie & discussie

In dit hoofdstuk wordt eerst de conclusie geschreven aangaande de belangrijkste resultaten. Daarna volgt de discussie van het onderzoek, waarin de resultaten kritisch worden beschouwd. Tevens worden de beperkingen van het onderzoek aangegeven en worden het aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gedaan.

4.1 Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: 'Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg hun werkwijze betreft het versterken van eigen regie van de cliënt en wat hebben zij nodig om dit te kunnen versterken?' Hiervoor is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar ervaringen rondom overtuigingen, competenties en dilemma's betreft het versterken van eigen regie.

Uit de resultaten naar overtuigingen is gebleken dat een deel van de respondenten het praktisch handelen als visie hanteert en niet zozeer het nemen van eigen beslissingen. Zij gaan op zoek naar praktische handelingen die de cliënt zelf kan doen omdat zelfredzaamheid hoog in het vaandel staat binnen de organisatie. Echter is er ook een deel respondenten die aangeeft dat beslissingen wel door cliënt genomen worden. Hierbij gaat het voornamelijk om de mbo- en hbo-verpleegkundigen met werkervaring boven de 15 jaar.

De belangrijkste ervaren aanwezige competenties door verpleegkundigen en verzorgenden zijn gericht op empathie tonen, begeleiden, aanvoelen persoonlijke klik en systeem gericht werk. Dit wordt vorm gegeven door actief te luisteren, gelijkwaardig communiceren, verdiepen in persoonlijke situatie van de cliënt, motiveren en het netwerk van de cliënt te betrekken. De gewenste competenties zijn gericht op het ontwikkelen van goede communicatieve vaardigheden en samenwerking in het team verbeteren. De respondenten die het praktisch handelen voor ogen hielden tijdens het interview, gaven aan geen gewenste competenties te hebben.

De respondenten hebben aangegeven dilemma's te ervaren rondom het versterken van eigen regie bij de oudere cliënt met een leeftijd van 80+, omdat zij de huisarts laten beslissen en het moeilijk vinden om zelf de regie in handen te houden. Tevens ervaren zij een dilemma bij de autonomie van de cliënt versus de medische noodzaak van handelen. Helpend voor zorgprofessionals kan zijn om op één lijn te zitten in het team betreft handelen en bespreekbaar maken van het dilemma met de cliënt. Opmerkelijk was dat een deel van de respondenten hun handelen baseert op levenservaring van zichzelf.

De ondersteuningsbehoeften van de zorgprofessionals betreft het vergroten van kennis over het onderwerp, communicatietechnieken verbeteren en intervisie om van elkaars ervaringen te leren.

Uit dit onderzoek is gebleken dat verzorgenden IG voornamelijk gericht zijn op zelfredzaamheid waardoor het moeilijk vast te stellen is hoe hun werkwijze is rondom het versterken van eigen regie van de cliënt. De verpleegkundigen, zowel niveau 4 en 5, geven aan dat zij ervaren dat hun werkwijze rondom het versterken van eigen regie op een goede wijze verloopt, echter zijn daar nog wel verbeterstappen in te zetten betreft het ontwikkelen van competenties gericht op het versterken van eigen regie.

4.2 Discussie

Uit huidig onderzoek blijkt dat verzorgenden IG en een deel van de mbo-verpleegkundigen met minimale werkervaring, voornamelijk werken vanuit de visie op van zelfredzaamheid. Zij zijn altijd op zoek naar wat de cliënt zelf kan, in plaats van het zelf beslissen door de cliënt. Een oorzaak hiervan kan zijn dat er onvoldoende kennis over het onderwerp is. Daarnaast kunnen zij het lastig vinden om met de handen op de rug te handelen en willen zij graag wat doen voor de cliënt. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van Maurtis et al. (2016) die aantonen dat verzorgenden IG en mbo-verpleegkundigen het lastig vinden om invulling te geven aan het versterken van eigen regie en zich daardoor minder competent voelen in het versterken van eigen regie van de cliënt.

De ervaren aanwezige competenties die vanuit de interviews naar voren zijn gekomen, zijn het tonen van empathie, begeleiden van de cliënt, aanvoelen persoonlijke klik en systeemgericht werken. Empathie tonen is een onderdeel dat terug komt bij zowel het 5A-model (Glasgow et al., 2003), Oplossingsgericht werken (Cauffman, 2013) en het is een competentie binnen het scholingstraject van ZonMw (2012). Dit verklaart dat het tonen van empathie een essentieel onderdeel is bij het versterken van eigen regie, wat ook aangegeven wordt in het onderzoek van Visser en Alpay (2014). Vanuit de data-analyse komt naar voren dat de competentie begeleiden veelvuldig ingevuld wordt door de cliënt positief te stimuleren, wat aansluit bij de competentie binnen het scholingstraject van ZonMw (2012). De competentie systeem gericht werken komt vanuit de data-analyse ook veelvuldig aanbod, en sluit aan bij het oplossingsgericht werken, waarbij gezocht wordt naar krachtbronnen van de cliënt en diens netwerk wordt daarbij betrokken (Glasgow et al., 2003). Een aantal respondenten geeft aan dat zij het aanvoelen van de persoonlijke klik tussen zorgprofessional en cliënt zien als een ervaren aanwezige competentie. Een verklaring kan zijn dat zorgprofessionals hiermee inschatten of zij aan kunnen sluiten bij de cliënt en diens wensen.

De gewenste competenties die vanuit de interviews naar voren zijn gekomen, zijn het ontwikkelen van communicatief vermogen en samenwerking in het team verbeteren. Het ontwikkelen

van het communicatieve vermogen sluit aan bij het onderzoek van Alpay en Visser (2014), die onderzocht hebben dat juiste gesprekstechnieken noodzakelijk zijn bij het versterken van eigen regie. Respondenten geven aan dat de competentie samenwerking verbeteren ook van groot belang is. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zij consistentie kunnen bieden richting de cliënt, waardoor zij beter aansluiten bij de cliënt. Dit is een opvallend resultaat van het onderzoek, omdat respondenten tijdens het ervaren van dilemma's juist aangeven op één lijn te zitten in het team en daarin samenwerken.

Een ander opvallend resultaat betreft het feit dat de respondenten die het praktisch handelen voor ogen te hebben, geen competenties nodig hebben, omdat zij in hun beleving de cliënt goed kunnen stimuleren tot zelfredzaamheid. Deze resultaten suggereren dat kennis en bewustwording een belangrijk onderdeel is voor verzorgenden IG bij het versterken van eigen regie. Dit sluit aan bij het internationale onderzoek van Udalis (2011) die aangeeft dat kennis een voorwaarde is voor goede besluitvorming betreft het versterken van eigen regie. Deze resultaten bevestigen tevens het standpunt dat aangeeft dat er aan zelfregie gewerkt kan worden als het in de visie van de professional zit (Poll, 2012; Visser & Alpay, 2014).

Respondenten geven aan dat zij dilemma's rondom het versterken van eigen regie ervaren bij ouderen van 80+, die de huisarts laten bepalen wat goed voor hen is. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat deze generatie met deze overtuiging is opgegroeid. Wellicht kan de respondent de cliënt hierin motiveren door de juiste gesprekstechnieken toe te passen. Tevens ervaren de respondenten dilemma's bij de autonomie van de cliënt versus de medische noodzaak van handelen. Dit sluit aan bij de uitkomsten van het onderzoek van Van de Bovenkamp en Dwarswaard (2015), die aangeven dat zorgprofessionals in de praktijk de medische norm als leidraad neemt, omdat de cliënt dit wenselijk vindt. Zij laten de autonomie van de cliënt dan niet leidend zijn. Uit dit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden hun handelen baseren op levenservaring tijdens een dilemma rondom eigen regie. Er kan gesuggereerd worden dat respondenten denken hiermee beter aan te sluiten bij de cliënt waardoor zij de cliënt meer kunnen stimuleren.

Concluderend kan gesteld worden dat een deel van de respondenten eigen regie als eigen kracht ervaart, wat impliceert dat zij ook handelen vanuit wat de cliënt zelf kan. De cliënten worden niet aangestuurd op het zelf beslissen. Dat kan als gevolg hebben dat cliënten achterover leunen en de zorgprofessional laten beslissen over het zorgproces en waarbij eigen regievoering dus niet aan de orde is.

4.2.1 Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste is de steekproef uit één bepaalde gemeente gedaan vanwege het tijdspad binnen dit onderzoek. Het kan zijn dat de gemeente hierover onderlinge

afspraken heeft gemaakt wat de onderzoeksresultaten negatief kan beïnvloeden. Dit komt de externe validiteit van het onderzoek niet ten goede en maakt dat de generaliseerbaarheid minimaal. Tevens bleek er tijdens het selecteren van de respondenten, dat er een minimaal groep beschikbaar was om mee te werken aan het onderzoek. Er zijn daarom vier respondenten gevraagd mee te doen aan dit onderzoek, wat een bedreiging kan zijn voor de interne validiteit. De invloed op de resultaten kan zijn dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden wat niet ten goede komt van het onderzoek. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is het onderzoeken van alle verpleegkundigen en verzorgenden IG werkzaam binnen Buurtzorg Nederland, zodat de generaliseerbaarheid groter is.

De tweede beperking betreft het feit dat er geen observaties zijn gedaan om daadwerkelijk te concluderen welke competenties er in gezet worden bij het versterken van eigen regie. Er is gekozen voor diepte interviews omdat er onvoldoende kennis is gegeven tijdens de lessen 'onderzoek' betreft observaties. Hieruit blijkt dat met dit onderzoek niet aangetoond kan worden welke competenties zorgprofessionals daadwerkelijk inzetten. Dit blijkt ook uit verschillende internationale studies, die aantonen dat er een discrepantie is tussen de verwachte bekwaamheid in handelen en de daadwerkelijke prestaties van verpleegkundigen betreft het versterken van eigen regie (Elissen et al., 2013; Yank, Laurent, Plant, & Lorig, 2013). Door observaties uit te voeren kan er uitspraak gedaan worden over wat er daadwerkelijk in de praktijk gebeurt. Een aanbeveling betreft het uitvoeren van observaties om concreet te weten te komen welke competenties de zorgprofessionals inzetten.

De derde beperking van dit onderzoek betreft het feit dat er bij verzorgenden IG en een deel van de mbo verpleegkundigen onvoldoende kennis hebben over het onderwerp, omdat uit de resultaten naar voren is gekomen dat zij zelfredzaamheid als visie hanteren. Hieruit blijkt dat er niet voldoende naar competenties gevraagd kan worden. De leerpiramide van Miller (1990) laat zien dat kennis de basis is voor het toepassen en bekwaam worden in een competentie. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek betreft het toetsen van kennis van verzorgenden IG en mbo-verpleegkundigen alvorens onderzoek gedaan wordt naar de ingezette competenties.

5. Aanbevelingen voor de praktijk

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen voor de praktijk gegeven.

5.1 Kennis vergroten

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat het beheersen van kennis over het onderwerp een belangrijke voorwaarde is om de eigen regie bij de cliënt te versterken, wat ook blijkt uit het onderzoek van Udlis (2011). Het advies hiervoor is om scholingen aan te bieden met kennis over het onderwerp ‘versterken van eigen regie’ met als doel de kennis vergroten van de zorgprofessional. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat dit voornamelijk verzorgenden IG en mbo-verpleegkundigen met weinig werkervaring betreft.

5.2 Communicatief vermogen ontwikkelen

Tevens is uit het onderzoek naar voren gekomen dat het gewenst is om communicatie technieken bij de zorgprofessionals te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden bij het versterken van eigen regie van de cliënt. Dit sluit aan bij verschillende onderzoeken betreft competenties van eigen regie versterken, waaruit blijkt dat competenties op communicatieniveau in het ondersteuningsproces van belang zijn (Alleyne, Hancock, & Hughes, 2011; Elissen et al., 2013; Nolte & McKee, 2008). Advies is om een cursus communicatie technieken aan te bieden die zorgprofessionals verplicht moeten volgen, omdat op die wijze de consistentie binnen het team vergroot wordt. Respondenten geven aan deze cursus in teamverband te willen volgen waarbij de cursus gegeven wordt door een professional uit de praktijk.

5.3 Intervisie

Als laatste blijkt dat een groot deel van de respondenten behoefte heeft om intervisie te volgen, om op die wijze te leren van casussen rondom het versterken van eigen regie. Respondenten geven aan dat zij hierbij een gespreksleider willen om de intervisie in goede banen te leiden. Het advies is om hiervoor iemand aan te stellen binnen Buurtzorg die hiervoor gevraagd kan worden, zodat zorgprofessionals daar beroep op kunnen doen en een intervisie kunnen organiseren binnen het team. Alvorens dit gedaan wordt zal eerst kennis getoetst moeten worden, zodat er daadwerkelijk over het versterken van eigen regie gesproken wordt.

Referenties

Actiz. (2014). *Eigen regie een sociaal begrip: sleutel in de transitie naar echte participatie*.

Geraadpleegd op 30 maart 2018, van: <https://www.actiz.nl/web-nieuw/ouderenzorg/kwaliteit/onderwerp/eigen-regie>

Alleyne, G., Hancock, C., & Hughes, P. (2011). Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*. 58, 328 – 331. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.

Brink, C. (2012). *Werken vanuit zelfregie. Wat houdt het in?* Werkendam: Fennema Drukkers.

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

Bryman, A. (2015). *Social Research Methods*. Oxford: University press.

Buurtzorg Nederland. (2017). *Visie en missie*. Geraadpleegd op 18 oktober 2017, van <http://www.buurtzorgnederland.com/zorg/>

Cauffman, L. (2013) *Simpe! Oplossingsgerichte positieve psychologie in actie*. Den Haag: Boom Lemma.

Dassen, W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., & Jansen, W. S. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoek publicaties*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Elissen, A., Nolte, E. Knai, C., Brunn, M., Chevreul, K., Conklin, A., . . . Vrijhoef, H. (2013). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*, 13, 117. doi: 10.1186/1472-6963-13-117

Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality Safety*, 29, 563–574. Geraadpleegd op 18 mei 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14619349>

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V., Jadad, A. R., & Kromhout, D. (2011). How should we define health? *BMJ Journals*, 3, 1–3. doi:10.1136/bmj.d4163

- Initiatiefgroep Eigen Regie. (2013). *Eigen regie als basis*. Geraadpleegd op 16 oktober 2017, van http://www.vnverdragwaarmaken.nl/vnverdragwaarmaken/images/vninfo/onderwijs/Eigen_Regie/eigenregiealsbasis.pdf
- Jackson, P., & McKergow, M. (2002). *The solutions focus: The SIMPLE way to positive change*. Hodder & Stoughton General Division.
- Kluft, M., Van Leeuwen, P., & Talma, M. (2011). *De zinvolle hulpverlener. Profiel voor werken aan zingeving*. Utrecht: Movisie.
- Lorig, K. R., Ritter, P. L., Laurent, D. D., & Plant, K. (2006). Internet-based chronic disease self-management: A randomized trial. *Med Care*, 44, 964-967. doi: 10.1097/01.mlr.0000233678.80203.c1
- Maurtis, E. E. M., De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Geraadpleegd op 19 december 2017, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Inspelen_op_veranderingen_in_de_zorg.pdf
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65, 63-67. Geraadpleegd op 25 mei 2018, van <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Motivatie. (2018). In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 31 maart 2018, van <http://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/motivatie#.Wr-Fv5dcK00>
- Movisie. (2013). *Feiten en cijfers zelfregie*. Geraadpleegd op 19 december 2017, van <http://www.movisie.nl/feiten-en-cijfers/feiten-cijfers-zelfregie>
- Movisie. (2016). *Toolkit werken aan eigen regie. Vaardigheden hulpverlener vergroten*. Geraadpleegd op 31 maart 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/toolkit-werken-aan-eigen-regie-vaardigheden-hulpverlener-vergroten>
- Nolte, E., & McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. McGraw-Hill International.
- Poll, A. (2012). *Werken vanuit zelfregie: hoe pak ik dat aan?* Utrecht: Movisie.

- Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: Concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 130–139. doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01085.x
- Van de Bovenkamp, H., & Dwarswaard, J. (2015). *Ethische dilemma's bij eigen regie: oproep tot reflectie*. Geraadpleegd op 2 april 2018 van <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/pub/ethische-dilemmas-bij-eigen-regie-oproep-tot/80015d76-383b-479e-97a0-0db90b1ce884/>
- Van der Hooft, S., Dwarswaard, J., & Van Staa, A. (2015). Ondersteunen van zelfmanagement: Wat vraagt dit van verpleegkundigen? *Bijzijn*, 8, 8–11. doi: 10.1007/s12632-015-0034-4
- Van Ewijk, H., & Kunneman, H. (2013). *Praktijken van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2014). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. Geraadpleegd op 26 oktober 2017, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2016%20Documenten/20160113%20Rapport%20Toekomstbestendige%20beroepen.pdf>
- Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraag gestuurde Zorg*. Jutrijp: Verkooijen en Beima.
- Visser, L., & Alpay, L. (2014). *Hoe kijken zorgprofessionals naar zelfmanagementondersteuning?* Geraadpleegd op 2 april 2018, van <http://www.hsleidennl.hosting.onehippo.com/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/eigen-regie/onderzoeksrapport.pdf>
- Wiebusch, M., & Moulijn, M. (2013) *Van verzorgingsstaat naar Participatiesamenleving? Een zoektocht naar een andere rolverdeling tussen overheid, burgers, zorg- en welzijnsinstellingen*. Geraadpleegd op 5 november 2017, van http://www.arcon.nl/uploads/pdf/publicaties/2013_08Literatuurstudie%20van%20verzorgingsstaat%20naar%20pparticipatiesamenleving.pdf
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Geraadpleegd op 16 mei 2018, van <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Yank, V., Laurent, D., Plant, K., & Lorig, K. (2013). Web-based self-management support training for health professionals: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 90, 29–37. doi: 10.1016/j.pec.2012.09.003

ZonMW. (2012). *Handleiding scholingstraject seniorenkracht en eigen regie: Voor zorgmedewerkers.*

Geraadpleegd op 30 maart 2018, van

<https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/c257e1db01be47e49b7592fba4c0cad2/cursus-handleiding-seniorenkracht-en-eigen-regie-20-3-2013.pdf>

Bijlage A

Titel mail: Hoe versterk jij eigen regie van de cliënt?

Beste collega,

Mijn naam is Elzemiek Vlogman, 26 jaar en werkzaam als wijkverpleegkundige bij Buurtzorg Vorden team Beekvliet. Naast mijn baan als wijkverpleegkundige ben ik student aan de Master Health Care & Social Work te Saxion Enschede. In het kader van mijn afstudeeronderzoek wil ik vragen om jouw medewerking.

- **Wat houdt het onderzoek in?**

Mijn onderzoek richt zich op het *versterken van de eigen regie van de cliënt*. De huidige participatiesamenleving maakt meer aanspraak op de eigen regie van de cliënt, maar hoe gaan verpleegkundigen en verzorgenden hier mee om?

- **Doel van het onderzoek**

Het hoofddoel van het onderzoek betreft het inzichtelijk krijgen hoe er op dit moment binnen Buurtzorg vorm gegeven wordt aan het versterken van de eigen regie van de cliënt. Daarnaast wil ik onderzoeken welke verbeterpunten er voor de professional liggen.

- **Waarom heb ik jou nodig?**

Door middel van interviews wil ik in gesprek gaan over het onderwerp 'versterken van eigen regie'. Ik ben heel nieuwsgierig naar jouw ervaring en mening om erachter te komen op welke wijze jij dit aanpakt en waarom dit voor jou werkt. Door mee te werken aan mijn onderzoek laat je je stem binnen Buurtzorg horen en kun je andere collega's helpen bij verdere ontwikkeling van hun competenties.

- **Voor wie?**

Ik ben opzoek naar Verzorgen IG (niveau 3), verpleegkundigen in de wijk (mbo, niveau 4) & wijkverpleegkundigen (hbo), minimaal 2 jaar werkervaring en werkzaam in de gemeente Brockhorst.

- **Moment van afname & Tijdsduur**

Het interview, dat plaats zal vinden op een door jouw gekozen plek, zal ongeveer 1 uur duren. Dit zal in de maand april gebeuren. De gegevens van het onderzoek worden anoniem geanalyseerd en verwerkt. Deelname aan het onderzoek is geheel vrijblijvend.

Enthousiast geworden? Meld je dan snel aan via e.vlogman@buurtzorgnederland.com

Met vriendelijke groet,

Elzemiek Vlogman

Wijkverpleegkundige Buurtzorg Vorden

Team Beekvliet

Bijlage B

Informatie die respondent opgestuurd krijgt als hij/zij zich aangemeld heeft.

Beste collega,

Bedankt voor je aanmelding voor deelname aan het onderzoek.

Tijdens het interview staat het begrip 'eigen regie' centraal. Om er voor te zorgen dat we over hetzelfde praten tijdens het interview is hieronder kort weergegeven wat in het interview verstaan wordt onder 'eigen regie'.

Eigen regie voeren houdt in dat iemand zelf regie voert over zijn/haar eigen leven. Het wordt als volgt gedefinieerd: *Het organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen*. Dit laat zien dat het gaat om zelf *bepalen*, niet om zelf *doen*. Ieder mens heeft het recht om te bepalen over zijn/haar eigen leven. Één van de kenmerken van het menselijk functioneren, en daarbij het verhogen van de kwaliteit van leven, is het in praktijk brengen van het recht om zelfregie te voeren over eigen leven. Door uit te gaan van eigen regie als basiskenmerk voor het menselijk functioneren, wordt de volgende definiëring aangehouden in mijn onderzoek: *'Ieder mens moet in staat gesteld worden zijn eigen leven te leiden, eigen keuzes te maken en mee te doen in de samenleving. Dat iemand afhankelijk is van ondersteuning daarbij mag niet betekenen dat een ander invult wat iemand wil. Eigen regie strekt zich uit over alle levensterreinen, maatschappelijke rollen en relaties die iemand aangaat'*.

Concrete aspecten:

Het organiseren en coördineren van eigen leven, waarvoor de cliënt het volgende nodig heeft:

- Vaardigheden
- Intrinsieke motivatie
- Zelfvertrouwen
- 'Goed leven in eigen ogen van de cliënt'
- Zelf *bepalen* over het leven
- Eigen keuzes maken

Mocht je vragen hebben, mail of bel me gerust.

Met vriendelijke groet,

Elzemiek Vlogman

Bijlage C

Concept	Definitie	Indicatoren	Interviewvragen
Definitie van respondent	Definitie van de respondenten op eigen regie	– Verkooijen (2006): “het organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen”. – Movisie (2013): “het richting geven aan het leven, ook wanneer men een beroep op anderen moet doen voor steun bij zelfredzaamheid of participatie”. – Baumeister (1991): “één van de kenmerken van het menselijk functioneren, en daarbij het verhogen van de kwaliteit van leven, is het in praktijk brengen van het recht om regie te voeren over eigen leven”.	Introductie op interview: Je hebt het document ontvangen met een aantal definities van eigen regie. – Wat dacht je toen je dat las? – Wat is volgens jou eigen regie? Doorvragen: – Hoe heb jij kennis gemaakt met eigen regie? Eventuele extra doorvragen: – Waar bestaat het uit? – Hoe heb jij je daarover geïnformeerd? – Welke elementen zitten er in eigen regie?
Visie	Visie van de professional op het versterken van eigen regie van de cliënt.	– Client moet eigen keuzes kunnen maken en mee kunnen doen in samenleving (Initiatiefgroep Eigen Regie, 2013) – Openheid en gelijkwaardigheid (Kluft, Van Leeuwen, & Talma, 2011) – Uitgaan van kracht en motivatie van cliënt (ZonMw, 2012; Poll, 2012) – Erkenning richting cliënt (ZonMw, 2012) – Respecteren wensen en behoeften cliënt (ZonMw, 2012)	Intro: Er is veel aandacht voor het versterken van eigen regie van de cliënt, zowel landelijk als binnen Buurtzorg. Kernvraag: Wat is jouw visie op het versterken van eigen regie? Hoe ervaar jij dit? Doorvragen: – Heb je bepaalde uitgangspunten voor jezelf als jij eigen regie van de cliënt versterkt? – Welke zijn dit? – Wat maakt het dat jij deze uitgangspunten hebt? – Wat verwacht je bij de cliënt te gaan zien als je gaat werken met eigen regie?

			- In hoeverre zijn wederzijdse verwachtingen betreft eigen regie naar cliënten uitgesproken?
Competenties	Een competentie is een geheel aan kennis, houdingsaspecten en vaardigheden (Poll, 2012)	- Begeleiden, motiveren en coachen van de cliënt (ZonMw, 2012) - Begrip tonen voor cliënt (ZonMw, 2012; V&VN, 2014) - Overtuigen en beïnvloeden (ZonMw, 2012; V&VN, 2014) - Formuleren en rapporteren (ZonMw, 2012) - Deskundigheidsbevordering (ZonMw, 2012) - Analyseren (ZonMw, 2012)	Kernvraag: Kun je voorbeeld casus geven waaruit blijkt dat je werkt aan het versterken van eigen regie? Doorvragen: - Wat gaat goed? - Wat doe je dan precies? - Welke competenties heb je als zorgverlener nodig om te werken aan eigen regie? - Hoe kijk je aan tegen de manier waarop jij met elkaar omgaat? (Denk aan begrip voor elkaar, in elkaars waarde laten en omgang als persoon) - Wat voor gevoel krijg je bij de gesprekken die je hebt met de cliënt hierover? Eindvraag: Is deze casus representatief voor wat jij tegen komt in je werk of was dit juist een uitzondering? Indien uitzondering, dan doorvragen naar andere casus.
Dilemma's	Situaties waarin het moeilijk is om de juiste keuze te maken	- Autonomie versus medische normen (Van de Bovenkamp & Dwarswaard, 2015) - Autonomie versus activeren van de cliënt	Kernvraag: Kun je een voorbeeldcasus geven waaruit blijkt dat je worstelt met het versterken van eigen regie? Doorvragen:

		(Van de Bovenkamp & Dwarswaard, 2015) - Holistisch beeld versus privacy (Van de Bovenkamp & Dwarswaard, 2015)	- Hoe ga je daar mee om? - Wat doet dit met jou als zorgprofessional? - Wat is helpend voor jou op zo'n moment? - Hoe zoek jij grenzen en mogelijkheden van de cliënt op? En hoe maak je die dan bespreekbaar? - Zijn er voor jouw als professionals ook grenzen? Hoe zie je dat? Indien van toepassing: - Op basis waarvan heb je toch besloten eigen regie over te nemen. Wat maakt het dat jij de regie overgenomen hebt. En waarop baseer jij dat? Eindvraag: Is deze casus representatief voor wat jij tegen komt in je werk of was dit juist een uitzondering? Indien uitzondering, dan doorvragen naar andere casus.
Ondersteuningsbehoefte			Kernvraag: Hoe kan Buurtzorg jou ondersteunen in het versterken van eigen regie? Doorvragen: - Welke middelen heb je daarvoor nodig? - Kun je voorbeelden noemen?

Bijlage D

Codeboek

Hoofdthema	Sub thema	Sub label
Eigen regie	<i>Aanwezige competenties</i>	Aansluiten bij cliënt
		Aansluiten bij cliënt door inschatten situatie
		Aansluiten bij cliënt door mogelijkheden te bieden
		Aansluiten bij cliënt door cliënt wensen uit te laten spreken
		Aansluiten bij cliënt door wederzijds vertrouwen opbouwen
		Aanvoelen natuurlijke klik
		Advies geven + motiveren
		Advies geven en verder niets doen
		Afwachten
		Analyseren situatie
		Begeleiden en ondersteunen
		Begeleiden door informatieverstrekking
		Benoemen mogelijkheden
		Bespreken + begeleiden
		Bespreken + begeleiden + ondersteunen + begrip tonen + cliënt zelf keuze
		Bespreken + samen zoeken naar oplossingen
		Bespreken + terug leggen bij cliënt
		Client verloop zorg laten bepalen
		Client in geheel zien
		Client leren kennen
		Client zelf wensen laten benoemen
		Dichterbij cliënt komen door stukje van jezelf te geven

	Gelijkwaardig staan door inzet humor
	Gespreksvaardigheden inzetten
	Handelen aanpassen op situatie
	“in de week leggen”
	In gesprek en daarbij ondersteunen in het hebben van eigen regie
	In gesprek blijven met cliënt
	In gesprek gaan + plan maken
	Informatie geven
	Inleven in cliënt
	Inschatten situatie
	Inventariseren wensen cliënt
	Inzet humor
	Keuzes voorleggen
	Kijken naar mogelijkheden
	Kinderen betrekken bij de zorg
	Luisteren
	Meedenken in oplossingen
	Mensen zelf laten nadenken
	Mogelijkheden in kaart brengen
	Netwerk betrekken
	Netwerk vergroten
	Observeren + bespreken+ verwachtingen bespreken
	Ondersteunen
	Overleg cliënt
	Positief stimuleren
	Samenwerking opbouwen met cliënt
	Situatie in kaart brengen + werken naar zelfstandigheid
	Uitgaan van mogelijkheden
	Vertrouwen creëren in handelen van cliënt

	Voorwaarden zorg bespreken
	Zelf bepalen door cliënt zelf te laten benoemen
<i>Bejegening</i>	Basis voor goede samenwerkingsrelatie
	Eigen referentiekader aanhouden
	Gelijkwaardig behandelen
	Kernpunt werken met eigen regie
	Open houding en neutraal luisteren
	Respect waardoor vertrouwen
	Van grote invloed
<i>Casus</i>	Casus versterken eigen regie
	Casus versterken netwerk
	Casus worsteling
<i>Definitie</i>	Deel eens/ deels oneens
	Eens
	Eens; wel subjectief
<i>Dilemma</i>	Basis handelen; kennis
	Basis handelen; ervaring
	Basis handelen; medische noodzaak
	Basis handelen; meetinstrumenten
	Gevoel prof; frustrerend
	Gevoel prof; onzekerheid
	Grens prof; leunen van de cliënt
	Grens prof; cliënt neemt niets aan
	Grens prof; veiligheid
	Helpend prof; bespreken in team
	Helpend prof; verantwoordelijkheid delen met huisarts

	Helpend prof; collega's steunen
	Helpend prof; doelstellingen bespreken
	Helpend prof; op 1 lijn zitten in team
	Helpend prof; sparren met collega
	Helpend prof; rapporteren wat besproken is
	Helpend prof; in de week leggen
	Helpend prof; voldoende ventileren met collega
	Omgang; Bespreekbaar maken met cliënt
	Omgang; Bespreekbaar maken en doorvragen naar achterliggende gedachte
	Omgang: doelstellingen bespreken
	Omgang; visie weergeven + adviezen + stoppen als cliënt niets aan neemt
	Omgang; luisteren naar eigen gevoel
	Regie overnemen; acute situaties
<i>Gewenste competenties</i>	Benoemen werken vanuit eigen regie
	Beter aansluiten bij cliënt door handen op de rug
	Communicatieve vermogen ontwikkelen
	Geduld hebben; respect tonen
	Geen
	Gesprekstechnieken ontwikkelen
	In team op 1 lijn komen
	Loslaten
	Vanuit cliënt perspectief denken
	Vertrouwensband opbouwen
	Verwachtingen duidelijk uitspreken
<i>Ondersteuningsbehoeften</i>	Cursus communicatie technieken
	Dringende sturing vanuit organisatie op te volgen modules

	Geen online modules; juist face to face
	Gespreksstructuur hanteren
	Intervisie binnen team
	Intervisie met andere teams
	Intervisie met gespreksleider
	Intervisie op basis van praktijkvoorbeelden
	In het BIS verwerken
	Kennis vergroten
	Praktische scholing
	Reflectie
	Werken met motiverende gespreksvoering
	Werken met positieve gezondheid
<i>Visie</i>	Beoordelen of wensen reëel zijn
	Client als uitgangssituatie
	Client bepaalt inhoud zorg
	Client is eindverantwoordelijk
	Client moet weten wat hij wil
	Client gelukkiger bij ervaren eigen regie
	Client zelf na laten denken over wensen
	Client neemt eigen beslissingen
	Gericht op zelfredzaamheid
	Hameren op zelfredzaamheid
	Holistisch mensbeeld zien
	Intrinsieke motivatie van belang
	Ondersteunend zijn
	Openheid en gelijkwaardigheid waardoor aansluiten bij cliënt
	Respect cliënt en omgeving
	Snel denken aan zelf doen
	Stimuleren tot zelfredzaamheid
	Te idealistisch om vanuit dat punt te werken

	Toewerken naar zelfstandigheid
	Uitgangspunt; vertrouwen opbouwen
	Uitgangspunt; kracht en motivatie cliënt
	Uitgangspunt; gelijkwaardigheid
	Uitgangspunt; openheid
	Verwachting cliënt; medewerking en inzicht
	Verwachting cliënt; Openheid + positieve houding
	Zorg op maat bieden

Bijlage E

Toestemmingsverklaringsformulier (Informed consent)

Titel onderzoek:

Onderzoeker:

In te vullen door deelnemer

Ik verklaar dat ik op een duidelijke wijze ben ingelicht over de methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik ben op de hoogte dat gegevens en resultaten anoniem verwerkt zullen worden en vertrouwelijk aan derden bekend worden gemaakt.

Ik begrijp dat geluidsopname van het interview uitsluitend voor de analyse van het onderzoek zal worden gebruikt. Ik weet dat dit minimaal 5 jaar bewaard wordt.

Mijn deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en weet dat ik op elk moment mijn deelname aan dit onderzoek kan beëindigen zonder daar een reden voor op hoeven te geven.

Naam deelnemer:.....

Datum: / /

Handtekening deelnemer:

In te vullen door onderzoeker

Ik heb mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Waar nodig zal ik resterende vragen beantwoorden. Deelnemer zal geen hinder ondervinden van eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan het onderzoek.

Naam onderzoeker:.....

Datum:..... / /

Handtekening onderzoeker:

Bijlage F

Toestemmingsformulier vanuit organisatie

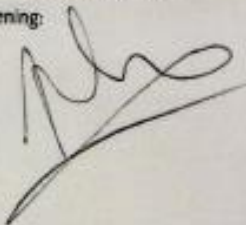
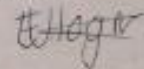


Informed consent

Organisatie
 Naam: Buurtzorg Nederland
 Contactpersoon: Arend-Jan Zwart

Onderzoeker
 Naam: Elzemiek Vlogman
 Opbeiding: Master Health care & Social Work
 Onderwijsinstelling: Saxion te Enschede

Hierbij verklaart de organisatie, Buurtzorg Nederland, dat er toestemming verleend wordt voor uitvoeren van het onderzoek, opgesteld door de onderzoeker, Elzemiek Vlogman. Het onderwerp van het onderzoek betreft eigen regie versterken van de cliënt, waarbij verpleegkundigen en verzorgenden geïnterviewd worden. Gegevens die uit het onderzoek naar voren komen worden geanonimiseerd.

Organisatie Datum: 9-2-2018 Plaats: Almelo Handtekening: 	Onderzoeker Datum: 9-2-2018 Plaats: Vorden Handtekening: 
---	--