

De parish nurse in Nederland: verbinder tussen kerk en thuiszorg?



M. Spanjer | J.M. Hofman | A. Engberts | F.E.H. Post

1310555

1210159

1310416

1310122

22 mei 2017



Opdrachtgever

Lectoraat Zorg en Zingeving

B. Cusveller

Eerste beoordelaar

M. van Garderen

Tweede beoordelaar

J. Lassche



COLOFON

<i>Titel</i>	Een onderzoek naar de samenwerking tussen de thuiszorg en de kerk in Nederland.
<i>Auteurs & studentenummers</i>	M. Spanjer 1310555 J.M. Hofman 1210159 A. Engberts 1310416 F.E.H. Post 1310122
<i>Datum</i>	22 mei 2017
<i>Opleiding</i>	Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde Voltijd Hogeschool Viaa, Zwolle
<i>Organisatie</i>	Academie Health Viaa Gereformeerde Hogeschool Zwolle
<i>In opdracht van</i>	Lectoraat Zorg en Zingeving B. Cusveller (docent verpleegkunde en onderzoeker)
<i>Eerste beoordelaar</i>	M. Van Garderen (docent Verpleegkunde)
<i>Tweede beoordelaar</i>	J. Lassche (docent Verpleegkunde)

SAMENVATTING

Achtergrond In Amerika, Duitsland, Engeland en verschillende andere landen is er de parish nurse. De parish nurse is een verpleegkundige die vanuit een kerk zorg verleent aan mensen binnen en buiten de gemeente. In Nederland is er de participatiesamenleving, een woord wat niet meer weg te denken is uit de Nederlandse samenleving. Er wordt meer verwacht van het netwerk van mensen en professionele zorg kan en mag minder doen. Ook kerken kunnen behoren tot het netwerk van mensen. Vanuit die gedachte is er de vraag ontstaan of het mogelijk is om een vorm van parish nursing ook binnen Nederland toe te passen. In dit onderzoek wordt onderzocht of dit mogelijk is in de vorm van een samenwerking tussen kerk en thuiszorg.

Doelstelling De doelstelling van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Na dit onderzoek is duidelijk welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden verschillende kerken en thuiszorgorganisaties hebben, op het gebied van samenwerking tussen deze partijen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden als basis voor verder onderzoek over een eventuele samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg in Nederland.

Vraagstelling Gebaseerd op de doelstelling is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden hebben vertegenwoordigers van thuiszorg en kerken op het gebied van samenwerking tussen deze twee partijen?

Methode Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek met een verkennend karakter. Er is gebruik gemaakt van een half-gestructureerd interview waarbij gebruik is gemaakt van verschillende topics. Er zijn zes interviews afgenomen bij de kerk en zes bij de thuiszorg. Hierbij is gebruik gemaakt van een niet-aselecte steekproef. De thuiszorg en -kerkinterviews zijn verspreid gehouden door heel Nederland om een zo representatief beeld te krijgen. Daarnaast zijn de interviews op een gestructureerde wijze geanalyseerd waaruit verschillende resultaten naar voren zijn gekomen. Dit onderzoek is kwalitatief van aard omdat er is gezocht naar ervaringen, behoeften en mogelijkheden en het dus niet om getallen gaat.

Resultaten Uit de interviews is naar voren gekomen dat de thuiszorg en kerk beiden weinig tot geen ervaringen hebben in samenwerking met de andere partij. De meerderheid van de thuiszorgorganisaties heeft wel behoefte aan samenwerking, met name op het gebied van spirituele begeleiding en praktische zaken. Zowel de kerk als de thuiszorg heeft aangegeven mogelijkheden te zien voor een samenwerking. Wel zijn er randvoorwaarden benoemd die van belang zijn binnen een eventuele samenwerking. Zo vinden beiden het bijvoorbeeld van belang dat er een goede afbakening wat betreft de uitvoering van de taken.

Conclusie/aanbevelingen Geconcludeerd kan worden dat er weinig tot geen ervaringen zijn op het gebied van samenwerking tussen kerk en thuiszorg, maar dat hier vanuit de thuiszorg wel behoefte aan is. Daarnaast staan de meeste kerken open voor een samenwerking, wat betekent dat er zeker mogelijkheden zijn. Om die mogelijkheden voor een samenwerking te benutten is een van de aanbevelingen om een contactdag te organiseren, waarbij beide partijen met elkaar in contact worden gebracht. Zo kunnen er gedachten en ideeën uitgewisseld worden en ontstaan er wellicht samenwerkingsverbanden.

ABSTRACT

Setting In America, Germany, England and a variety of other countries, there is a parish nurse. A parish nurse is a nurse who provides care in name of the church to people in- and outside of her community. Over the past years, the Netherlands have seen a shift towards a so-called participation society. This means that more care is expected from the people and their network and at the same time, professional care is more and more restricted in the amount of care it can provide. Churches can also belong to the network of people and hence the question arose whether some form of parish nursing could be applied within the Netherlands. This research paper examines whether this would be possible in some form of collaboration between the church and home care.

Purpose The purpose of this research paper is to:

clearly state which experiences, needs and opportunities the different churches and home care organizations have with regard to possible collaborations between the two. The results of this research can be used as the basis for further research on possible collaboration between the church and home care in the Netherlands.

Question Based on the purpose of this paper, the research question is:

What experiences, needs and opportunities do the representatives of home care and churches have in the field of collaboration between the two?

Method The research is a qualitative research with an exploring character. A semi-structured interview has been used, including different topics. Six interviews have been conducted at the church and six at several home care institutions. A non-random sampling has been used for this research. The interviews conducted within the church and the home care institutions are spread throughout the Netherlands to get an as representative view/result as possible. In addition, the interviews have been analyzed in a structured manner, from which various results have emerged. It concerns a qualitative research because it searches for experiences, needs and possibilities, and not for numbers.

Results The interviews showed that home care and church both have little to no experience with regard to collaborating together. However, the majority of home care organizations do need to collaborate, especially in the field of spiritual guidance and practical matters. Both the church and home care have indicated opportunities for collaboration. However, there are defined preconditions that are important for any possible form of collaboration. For example, both consider it important that there are clear boundaries.

Conclusion/recommendations This paper concludes that there are few to no experiences regarding collaborations between the church and home care. Home care does have a need for such. In addition, most churches are open to collaboration, which provides certain possibilities. In order to exploit these opportunities for collaboration, one of the recommendations is to organize a network event, bringing together both parties. During such event, ideas can be exchanged and collaborations may develop.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	3
Abstract	4
Voorwoord	6
1 Inleiding	7
2 Theoretisch kader	12
3 Methode	21
4 Resultaten	27
5 Conclusie	43
6 Discussie	46
7 Aanbevelingen.....	50
8 Bibliografie.....	52
Bijlagen	56
Bijlage 1 Zoekplan.....	56
Bijlage 2 Informed Consent	60
Bijlage 3 meetinstrumenten.....	61
Bijlage 4 Samenvatting analyseschema.....	68

Geachte lezer,

Dit onderzoek is geschreven in het kader van ons afstudeeronderzoek voor de Bachelor of Nursing. Het onderzoek is tot stand gekomen in opdracht van het Lectoraat van Zorg en Zingeving van de Viaa Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. Door de onderzoekers is er met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt. We vonden het allemaal een interessant onderwerp en waren erg nieuwsgierig naar de uitkomsten. Dit gaf ons elke keer weer motivatie om verder te gaan.

Graag willen wij een aantal mensen bedanken die ons hebben geholpen om dit onderzoek neer te zetten. Allereerst Maarten van Garderen, onze begeleidend docent. Bedankt voor de eerlijke feedback die u ons heeft gegeven gedurende de onderzoeksfase en ook voor de prettige samenwerking wat betreft het maken van afspraken. Joanne Lassche ook u bedankt voor de feedback die u als tweede beoordelaar heeft gegeven.

Bart Cusveller bedankt voor het regelmatig verhelderen van de vraag die u graag beantwoord wilde zien als opdrachtgever. Omdat het een pioniersonderzoek was, waren we soms even het spoor bijster, maar na een gesprek met u konden we vaak alles weer plaatsen.

Respondenten, ook hartelijk bedankt voor jullie bijdrage aan dit onderzoek. Zonder jullie input en medewerking was dit onderzoek er niet geweest. Als laatste willen we natuurlijk onze families en vrienden bedanken, die regelmatig onze frustraties hebben moeten aanhoren en die ons elke keer weer hebben aangemoedigd.

De ruwe data van ons onderzoek is niet toegevoegd in de bijlage vanwege de hoeveelheid. Deze kan ten alle tijd opgevraagd worden bij een van de onderzoekers.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van onze scriptie.

Met vriendelijke groet,

Maurits Spanjer, Annegreet Engberts, Fetske Post en Manuelle Hofman

Zwolle, 22 mei 2017

Parish Nursing

Then I heard a voice of the Lord saying, "Who shall I send, and who will go for us?"

And I said, "Here I Am; Send Me!"

Isaiah 6:8

1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING EN CONTEXT

1.1.1 GESCHIEDENIS

“Nursing has its historical foundation deeply rooted in faith and health, as well as in the ancient and recent traditions of many religions. Faith traditions established rules for public health, including care of persons with infectious diseases. These communities also included visiting the sick and caring for infants and the elderly as religious duty”(American Nurses Association & Health Ministries Association, 2012, p. 6).

Uit bovenstaand citaat is gebleken dat in de geschiedenis van de Amerikaanse verpleegkunde, geloof en gezondheid al met elkaar verbonden waren. Zorg voor anderen was een religieuze plicht. Door de tijd heen is het verband tussen gezondheid en geloof beïnvloed door culturele, politieke, sociale en economische veranderingen. Ook in Nederland zijn vroeger geloof en gezondheid sterk met elkaar verbonden geweest. De verzorging en verpleging stond in het teken van de Bijbelse opdracht, namelijk die van het tonen van naastenliefde. Het Florence Nightingale Instituut, vernoemd naar de beroemde verpleegster, heeft op haar site benoemd dat mensen tot 1880 thuis werden verzorgd door familieleden of religieuzen. Zo was er een groep "Zusters van Liefde" die vanuit hun katholieke overtuiging zorg verleende. De organisatie van zorg tussen kerk en huis was volop aanwezig.

Door de jaren heen is er in Nederland een steeds betere gezondheidszorg gekomen die georganiseerd werd vanuit de overheid. Door deze verandering hebben religieuze instellingen steeds meer hun handen afgetrokken van taken die zij eerder vervulden zoals bekommernis om verstandelijk beperkten, mensen thuis en daklozen. Ze vonden dit een taak worden van de professionele gezondheidszorg, bijvoorbeeld de thuiszorg, en zo ontstond de verzorgingsstaat in Nederland. Dit stelsel heeft tientallen jaren als basis voor onze zorgverlening gefungeerd (Florence Nightingale Instituut, z.d.).

1.1.2 ZORGKOSTEN

Maar de zorgkosten in Nederland liepen erg hoog op. Daarom heeft de overheid hervormingen binnen de zorg doorgevoerd. Op 1 januari 2015 zijn deze hervormingen van start gegaan. Sindsdien is er een Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze wet functioneert op gemeentelijk niveau. Gemeenten moeten er vanuit deze wet voor zorgen, dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen (Rijksoverheid, 2015). Daarbij moet allereerst gekeken worden naar wat een cliënt zelf nog kan en waar familie, vrienden en burens kunnen ondersteunen. De cliënt zal dus eerst een beroep moeten doen op mantelzorgers en vrijwilligers. Daarna zal gekeken worden welke professionele ondersteuning nog nodig is in bijvoorbeeld de vorm van thuiszorg.

1.1.3 PARTICIPATIESAMENLEVING

Het begrip participatiesamenleving komt hierbij ook naar boven drijven. Het is voor het eerst genoemd in de troonrede van 2013. Koning Willem Alexander heeft in deze troonrede geschreven dat de hoge zorgkosten ertoe hebben geleid dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker verandert naar een participatiesamenleving. Dat betekent dat er, van iedereen die dit kan, gevraagd

wordt om de verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving (Rijksoverheid, 2013). Volgens Jager-Vreugdenhil (2012) is er voor kerken ook een rol weggelegd in deze participatiesamenleving. Het hoort bij de identiteit van de kerk om zorg te dragen voor naasten. Hun rol is in de tweede helft van de twintigste eeuw vanwege de verzorgingsstaat kleiner geworden, maar kerken zijn bereid een deel daarvan weer op zich te nemen.

In Noord-Amerika heeft de kerk momenteel een grotere rol in de zorgverlening dan in Nederland. Daar is de parish nurse actief werkzaam. De parish nurse is een geregistreerd verpleegkundige die voor een kerk een vrijwillige of betaalde functie vervult. Ze geeft bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichtingen, advies en spirituele zorg en heeft een coördinerende rol voor vrijwilligers binnen de kerk (Lueders Bolwerk, 2009). Het concept van de parish nurse is naar meerdere landen overgewaaid maar nog niet naar Nederland. Voor een nadere omschrijving van dit begrip wordt verwezen naar paragraaf 3.1. Cusveller, van Leeuwen en Slendebroek-Meints (2016) hebben in 2015 onderzoek gedaan of verzorgenden en verpleegkundigen binnen kerkelijke gemeenten in Nederland bereid zijn om de functie van een parish nurse op vrijwillige basis te vervullen. De reacties op dit onderzoek waren voor 75% positief. Dat betekent dus dat er onder de kerkelijk verpleegkundigen in Nederland, een ruime meerderheid aan draagvlak is.

De parish nurse in Amerika is vanuit de context van een religieuze gemeenschap vaak een verbinder tussen een religieuze gemeenschap en zorginstellingen (ANA & HMA, 2012). Nu uit onderzoek is gebleken dat er draagvlak is onder verpleegkundigen binnen de kerken in Nederland, voor een taak op het gebied van parish nursing, is de gedachte boven komen drijven of er op die manier misschien een verbinding mogelijk zou zijn tussen de kerk en de thuiszorg in Nederland.

Vanuit het lectoraat zorg en zingeving van Hogeschool Viaa is het onduidelijk geweest wat de ervaringen, behoeften en mogelijkheden waren van kerken en thuiszorgorganisaties ten opzichte van samenwerking tussen deze twee partijen. De opdrachtgever van dit onderzoek heeft daarom de opdracht gegeven, op zoek te gaan naar ervaringen, behoeften en mogelijkheden van verschillende kerkelijke instanties en thuiszorgorganisaties omtrent een samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg.

1.2 PROBLEEM- EN VRAAGSTELLING

Mede door de huidige maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland, is het steeds belangrijker geworden dat mensen weer meer om gaan kijken naar de ander en dat er een netwerk is waar iemand op kan leunen. Hierin kan de kerk een belangrijke rol spelen. Dit omdat door hedendaagse bezuinigingen mensen die thuis wonen, steeds meer aangewezen zijn op mantelzorg en vrijwilligers. Uit de aanleiding van dit onderzoek is gebleken dat kerken openstaan om hun rol in de zorgverlening weer op te pakken. Een vorm van parish nursing zou hierbij kunnen aansluiten. Van tevoren is niet duidelijk geweest welke rol de parish nurse in de Nederlandse context kan vervullen. Dit onderzoek heeft zich gericht op de invulling van de parish nurse, binnen een samenwerking met de kerk en de thuiszorg. Behoeften en mogelijkheden zijn onbekend geweest, en ook eventuele ervaringen op dit gebied.

Vanuit bovenstaande probleemstelling is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden hebben vertegenwoordigers van thuiszorg en kerken op het gebied van samenwerking tussen deze twee partijen?

Om een antwoord te vinden op de hoofvraag, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. *Welke ervaringen heeft de thuiszorg op het gebied van samenwerking met kerken?*
2. *Welke behoeften heeft de thuiszorg op het gebied van samenwerking met kerken?*
3. *Welke ervaringen heeft de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg in Nederland?*
4. *In welke behoeften voorziet de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg in Nederland?*
5. *Welke behoeften heeft de kerk op het gebied van samenwerking met thuiszorgorganisaties?*
6. *Welke mogelijkheden voor een samenwerking zien de kerk en de thuiszorg?*

1.3 DOELSTELLING

Naast de vraagstelling is er aan het begin van het onderzoek ook een doelstelling gesteld. Deze is als volgt geformuleerd:

Na dit onderzoek is duidelijk welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden verschillende kerken en thuiszorgorganisaties hebben, op het gebied van samenwerking tussen deze partijen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden als basis voor verder onderzoek over een eventuele samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg in Nederland.

1.4 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE

Zoals in de aanleiding al is beschreven is er in Nederland een omslag gaande van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Een belangrijk doel van deze veranderingen in de samenleving is om mensen, ongeacht hun beperkingen, mee te laten doen in de maatschappij (Linders , Feringa, Potting, & Jager-Vreugdenhil, 2016). Linders et. al., (2016) hebben ook beschreven dat de overheid van mening is dat bepaalde taken van verpleegkundigen of andere professionals ook overgenomen zouden kunnen worden door vrijwilligers, mantelzorgers of buurtbewoners. Voor verpleegkundigen en andere professionals betekent dit, dat er allereerst gekeken zal moeten worden naar het netwerk van de cliënt. Wat kan dit netwerk betekenen? Maar ook, wie kan ik voor dit netwerk inschakelen?

Met het oog op deze veranderingen in de Nederlandse samenleving, zou er in de toekomst weer een rol kunnen ontstaan voor de kerken op het gebied van zorgverlening. De onderzoekers hebben daarom met dit onderzoek gekeken of er een rol is weggelegd voor de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg.

De verpleegkundige is van belang in deze eventuele samenwerking. Vanuit de CanMedsrollen van het nieuwe beroepsprofiel 2020 voor verpleegkundigen is gebleken dat een van haar rollen samenwerkingspartner is (V&VN, 2012). Vanuit deze rol hoort zij bekend te zijn met (potentiële) samenwerkingspartners buiten de zorg, waar de kerk ook onder zou kunnen vallen. Naast dat ze hier bekend mee moet zijn, moet ze ook kunnen samenwerken met deze samenwerkingspartners. Gekeken naar de andere CanMedsrollen is dit onderzoek ook relevant. Bij de rol van organisator draagt de verpleegkundige een steentje bij door de zorg te coördineren en mee te denken aan de betaalbaarheid van de zorg. Dit onderzoek kan daar mogelijk bij helpen met betrekking tot het meer

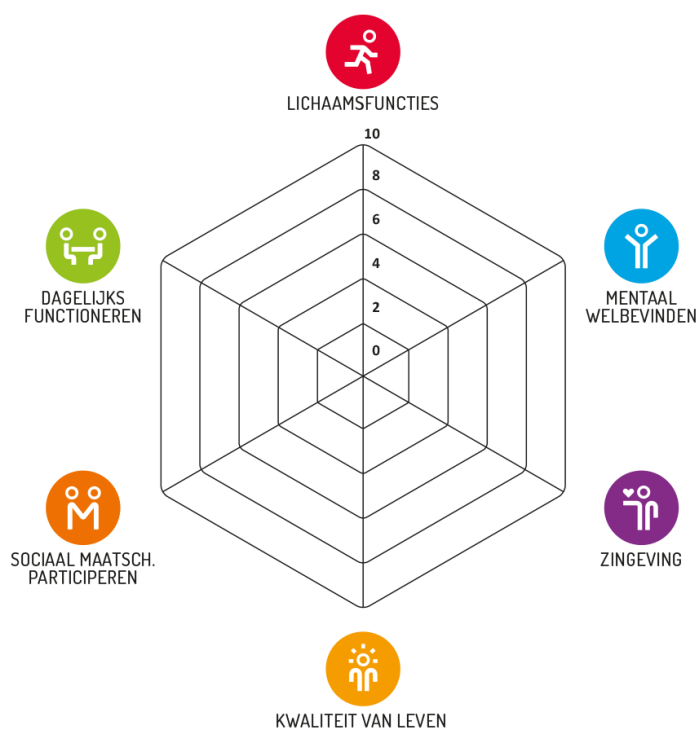
inzetten van vrijwilligers vanuit kerken. Daarnaast is het vanuit de rol van professional en kwaliteitsbevorderaar de taak van de verpleegkundige om zich in te zetten voor kwaliteit van zorg (Lambregts, Grotendorst, & Van Merwijk, 2015). Met behulp van dit onderzoek bestaat er een mogelijkheid dat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden.

Er is in Nederland nog niet eerder onderzoek gedaan naar een samenwerking tussen kerk en thuiszorg. Daarom is het ook nog onbekend of dit een samenwerkingspartner voor de verpleegkundige kan zijn en dat heeft des te meer de relevantie van dit onderzoek benadrukt.

1.5 RELATIE MENSGERICHTE ZORG

Naast de verpleegkundige relevantie van dit onderzoek, is het ook belangrijk geweest om te kijken welke relatie het onderzoek heeft met mensgerichte zorg. Van Leeuwen (2014) heeft weergegeven dat mensgerichte zorg inhoudt dat er in het hele zorgproces rekening moet worden gehouden met de cliënt. Dit betekent dat de verpleegkundige hier kennis van moet hebben. Viaa Gereformeerde Hogeschool (z.d.) heeft daarnaast beschreven dat de verpleegkundige niet alleen aandacht moet hebben voor de ziekte, maar ook voor de persoonlijke betekenis die de zorgvrager daaraan geeft.

Gekeken naar het model 'positieve gezondheid' van Machteld Huber (2015) (figuur 1.1), kan gezien worden dat de gezondheid van een mens beïnvloed kan worden op verschillende vlakken van het leven. Wanneer je als professional mensgerichte zorg wilt leveren betekent dit dus, dat je niet alleen kijkt naar wat de zorgvrager nodig heeft op lichamelijk gebied, maar ook op de andere vlakken van het leven, zoals mentaal welbevinden, zingeving en meedoen in de maatschappij. Door de bezuinigingen in de zorg, kun je als professional niet altijd meer op alle vlakken de zorgvrager centraal stellen. Dat is gebleken uit verschillende nieuwsberichten. Zo is er in een artikel van RTL nieuws (Enorme werkdruk in de zorg, 2016) geschreven dat er een enorme werkdruk is in de zorg. Eén van de geïnterviewde in het artikel heeft aangegeven dat ze vaak merkt dat mensen behoefte hebben aan een praatje maar dat daar geen tijd voor is. Een ander voorbeeld wat genoemd is, is dat er vroeger tijd was om een wandeling te maken of naar het graf van een dierbare te gaan. Ook in de Volkskrant heeft Huisman (2014) geschreven dat het boodschappen doen of even meegaan naar de dokter, voorbij is. Vooral mensen met een klein of geen netwerk, hebben hier juist behoefte aan. Dat er steeds minder tijd is voor de cliënt, is ook gebleken uit een recent artikel in de Nursing. Er is een groot tekort aan



Figuur 1.1 Positieve gezondheid (Huber, 2015)

personeel binnen de thuiszorg, waardoor de zorgroutes overvol zijn en er minder tijd is voor de cliënt (Hamel, 2017).

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan mensgerichte zorg door inzicht te geven welke behoeften, mogelijkheden en ervaringen er zijn op het gebied van samenwerking tussen kerk en thuiszorg. Op die manier kan gekeken worden welke aanvulling de kerken in Nederland eventueel kunnen geven op de thuiszorg. De zorg zal mensgerichter worden, omdat er op deze manier meer ruimte is om vrijwilligers in te zetten op verschillende vlakken van iemands leven, waar professionele zorg niets meer kan of mag bieden. De kwaliteit van zorg rondom een cliënt kan hierdoor verbeteren.

1.6 LEESWIJZER

De scriptie bestaat uit verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 1 vindt u de inleiding van het onderzoek. Hierin wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven, alsook de probleem-, vraag- en doelstelling. In hoofdstuk 2 van deze scriptie vindt u het theoretisch kader, de literaire basis voor dit onderzoek, waarbij het begrip parish nurse verder zal worden uitgediept. Daarna volgt in hoofdstuk 3 de beschrijving van de methode die gehanteerd is voor dit onderzoek. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek en vloeit hier in hoofdstuk 5 de conclusie uit voort. In hoofdstuk 6 vindt u de aanbevelingen die voortkomen uit de conclusie van het onderzoek. Daarna beschrijft hoofdstuk 7 de discussie. Na de bibliografie in hoofdstuk 8 zijn er nog een aantal bijlagen toegevoegd zoals het zoekplan en een samenvatting van de analyseschema's.

2 THEORETISCH KADER

2.1 INLEIDING

Zoals uit de aanleiding van dit onderzoek is gebleken komt de vraag, of de kerk en de thuiszorg in Nederland met elkaar zouden kunnen samenwerken, voort uit een concept uit Amerika. In Amerika is de parish nurse werkzaam. Een parish nurse is een verpleegkundige die zorg verricht vanuit een religieuze gemeenschap of een zorginstelling. Vaak is deze parish nurse een verbinder tussen een religieuze gemeenschap en zorginstellingen.

Om bepaalde kernbegrippen uit het onderzoek te verhelderen zijn deze eerst gedefinieerd. Daarnaast is het concept parish nurse verder uitgediept, hierbij is ook kort aandacht geweest voor het verschil tussen het Amerikaanse en Nederlandse zorgstelsel.

2.2 BEGRIPSBEPALING

In dit onderzoek wordt gesproken over verschillende begrippen die nader verklaard dienen te worden. Deze zullen achtereenvolgens behandeld worden.

2.2.1 PARISH NURSING OF FAITH COMMUNITY NURSING

Parish nursing is de oude term voor Faith Community Nursing, hierna genoemd FCN. In 2005 hebben de American Nurses Association en de Health Ministries Association (ANA & HMA) een nieuwe naam gegeven voor het concept Parish Nursing, namelijk FCN (Middag, 2014). De ANA en HMA geven de volgende definitie voor FCN:

'Faith Community Nursing is a specialized practice of professional nursing that focuses on the intentional care of the spirit as well as on the promotion of holistic health and prevention or minimization of illness within the context of a faith community. The goals of an FCN are the protection, promotion, and optimization of health and abilities; the prevention of illness and injury; and the alleviation of suffering in the context of the values, beliefs, and practices of a faith community or faith-based community agency' (ANA & HMA, 2012).

Vrij vertaald betekent dit dat de FCN een gespecialiseerde functie van verpleegkundige is, die gericht is op de zorg voor de geest van de mens alsook op het welzijn van de totale gezondheid van de mens, en het voorkomen en al dan niet genezen van ziektes. De FCN verricht deze taken binnen en vanuit een geloofsgemeenschap. De doelen van de FCN zijn de bescherming, verbetering en optimalisatie van gezondheid en capaciteiten; de preventie van ziekte en letsel; en het verlichten van het lijden in het kader van waarden, overtuigingen en uitvoering van de religieuze gemeenschap.

Verder beschrijven de ANA & HMA (2012) dat de FCN gezondheidszorg verleent zonder hierin mensen buiten te sluiten op basis van leeftijd of geloofstradities. Met andere woorden, zij verleent zorg aan personen van elke leeftijd en alle geloofstradities.

2.2.2 KERK

De definitie van 'kerk' (2017) is volgens de van Dale: "Gebouw voor christelijke godsdienstoefening". De initiatieven van de kerken en kerkelijke instanties (instantie vanuit een kerkelijke gemeente

geregeld) zijn in dit onderzoek aangeduid met het woord 'kerk'. Onder initiatieven vallen in dit onderzoek de projecten die opgezet zijn vanuit de kerken en kerkelijke instanties op het gebied van zorg.

2.2.3 THUISZORG

De definitie van 'thuiszorg' (2017) is volgens de van Dale: "Thuis ontvangen van verpleging en verzorging". Het begrip thuiszorg is in het onderzoek gedefinieerd als thuiszorgorganisaties; thuiszorgorganisaties bieden verschillende vormen van zorg aan zoals huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging en ondersteuning bij zorg. Binnen deze thuiszorgorganisaties worden alleen wijkverpleegkundigen aangesproken. De thuiszorg is een instelling die verschillende vormen van zorg aanbiedt, zoals verzorging en verpleging en huishoudelijk hulp aan mensen die nog thuis kunnen wonen maar wel hulpbehoevend zijn.

2.3 OORSPRONG & GESCHIEDENIS PARISH NURSE

In bovenstaande paragraaf is het begrip 'parish nurse' uitgelegd. De oorsprong van de parish nurse ligt in Amerika. Pastor Westerberg heeft rond 1980 mogelijkheden en noodzaak gezien om verbinding te zoeken tussen de gezondheidszorg en kerk. Hij heeft hier een concept voor bedacht, namelijk parish nursing. Sindsdien is het concept van parish nursing verspreid door Amerika en ook naar andere landen zoals Engeland en Duitsland (Brudenell, 2003; Ziebarth, 2014). Hoewel Pastor Westerberg het concept van parish nursing heeft bedacht, ligt de onderliggende oorsprong bij de christelijke diaconessen. Dit zijn christelijke vrouwen geweest die voor zieken en zwakken zorgden om een zinvolle en praktische bijdrage aan hun gemeenschap te leveren (Egenes, 2009).

Sinds 2004 is de parish nurse ook werkzaam in Engeland. Zij hebben dit overgenomen vanuit Amerika. In Engeland bleek dat de National Health Service niet volledig kon voldoen aan de groeiende vraag van complexe gezondheidszorg. Er was behoefte aan particulieren en gemeenschappen om de zorg voor de persoon in zijn geheel terug te winnen/krijgen. Helen Wordsworth, predikant met een verpleegkundige achtergrond, is daarom in 2001 begonnen met het ontwikkelen van een concept van parish nursing wat toepasbaar was in Engeland. Met behulp van een scholingsprogramma zijn er in januari 2004 acht pilotprojecten gestart en in januari 2005 nog eens acht. Vanuit deze pilotprojecten is parish nursing ontwikkeld in Engeland (Parish Nursing ministries UK, z.d.).

Het concept van parish nursing is inmiddels ook in Duitsland toegepast. Volgens A. Glaser (persoonlijke communicatie, januari 10, 2017), coördinator binnen een parish nursing project in Duitsland, bezocht zij in Engeland Helen Wordsworth en heeft zij op die manier het idee van parish nursing meegenomen naar Duitsland. Het concept parish nursing heeft in Duitsland de naam Vis-a-vis en is in 2011 ontstaan.

2.4 TAKEN PARISH NURSE

Om te onderzoeken op welke manier de parish nurse in Nederland vorm kan krijgen is er, naast de oorsprong van de parish nurse, ook gekeken naar de taken van de parish nurse in de verschillende landen. Vanuit verschillende bronnen is een beeld ontstaan van de werkzaamheden van de parish nurse in Amerika. Allereerst is gekeken naar een artikel uit de National Student Nurses Association,

waar Lueders Bolwerk (2009) de taken van de parish nurse heeft beschreven. Zij is zelf academisch docent Verpleegkunde op de Concordia Universiteit in Wisconsin. Ze heeft veel ervaring in het geven van presentaties over parish nursing en heeft meer dan 1000 studenten onderwezen in het zijn van een parish nurse.

Lueders Bolwerk (2009) heeft beschreven dat de parish nurse meestal binnen een gemeente werkzaam is en veel verschillende taken heeft. Taken die zij heeft genoemd zijn: het werken als gezondheidsvoorlichter, het bemiddelen van zorg, het doorverwijzen van mensen met gezondheidsproblemen indien nodig, het coördineren van vrijwilligers en het integreren van spiritualiteit binnen de zorgverlening. Daarnaast benadrukt zij dat de parish nurse ook gericht is op de psychologische kant van de mens. Kortgezegd is de parish nurse iemand die leden van de gemeente bijstaat als het gaat om fysieke, emotionele en spirituele problemen. Lueders Bolwerk (2009) heeft zelf ook onderzoek gedaan, onder parish nurses, naar hun werkzaamheden. Hierin komt bijvoorbeeld naar voren dat er screenings worden gedaan bij mensen om hun bloeddruk te controleren. Daarnaast komen ook educatieve workshops met betrekking tot gezondheidsvoorlichtingen over bijvoorbeeld diabetes, leverziekten, depressies en borstkanker naar voren. In de meeste gevallen vinden de activiteiten van de parish nurse plaats bij de mensen thuis.

Het Westberg Institute for Faith Community Nursing (z.d.) heeft ook verschillende taken beschreven die voor een groot gedeelte overeenkomen met de taken beschreven in het artikel van Lueders-Bolwerk (2009). Zij beschrijven dat de parish nurse met name de mens op fysiek, emotioneel, spiritueel en sociaal gebied ondersteunt en de gezondheid bevordert. Dit wordt ook wel samengevat in verschillende rollen die afkomstig zijn van de website van Interfaith Health & Wellness Association (z.d.) die verwijzen naar publicaties van de ANA. Deze rollen zijn gezondheidsvoorlichter, persoonlijke gezondheidsinstructeur, doorverwijzer, coördinator van vrijwilligers, ontwikkelaar van ondersteuningsgroepen en integrator van spiritualiteit.

Het Indiana Center for Parish Nursing (z.d.) heeft dezelfde rollen beschreven als in bovenstaande bronnen, echter beschrijven zij ook expliciet wat een parish nurse niet doet. Zij kleden mensen bijvoorbeeld niet aan, verstrekken geen medicatie en nemen geen bloed af. Ook bijvoorbeeld katheteriseren, valt niet onder de taak van een parish nurse. Indiana Parish Nursing onderstreept dat de parish nurse niet de primaire zorgverlening op zich neemt. De auteurs Abbott (2001), Maddox (2001) en Westerberg (1987) hebben ook de taken van de parish nurse benoemd, zoals deze hierboven beschreven zijn.

In Engeland komen de taken van de parish nurse voor het grootste gedeelte overeen met die van de Amerikaanse parish nurse. Volgens Wordsworth, Moore en Woodhouse (2016) kunnen de taken of activiteiten van de parish nurse onderverdeeld worden in drie thema's, namelijk: spirituele, preventieve en ondersteunende zorg. Naast de zorg die ze geven verwijzen ze ook patiënten door naar bijvoorbeeld de huisarts. Ook probeert de parish nurse in Engeland zoveel mogelijk samen te werken met andere instanties en zoekt ze naar manieren om bestaande diensten te gebruiken om de patiënt te ondersteunen. Als laatste werft, traint en begeleidt de parish nurse in Engeland vrijwilligers om holistische zorg te bieden voor mensen in hun gemeenschap. Net als in Amerika verricht de parish nurse geen verpleegtechnische handelingen (Duffin, 2011).

Zoals beschreven in paragraaf 2.2 is er in Duitsland ook een parish nurse. In Duitsland heeft deze de naam vis-a-vis. Tijdens het symposium 'Komt een verpleegkundige in de kerk', wat gehouden is op de Hogeschool Viaa in Zwolle, is er contact gelegd met A. Glaser uit Duitsland. Zij is eerste contactpersoon van het project vis-a-vis, een Duits initiatief gebaseerd op het concept van parish nursing, en heeft ons doorverwezen naar een website over de vis-a-vis. Door middel van de informatie op deze website (<http://visavis-gemeindediakonie.de>) is duidelijk geworden welke taken de vis-a-vis in Duitsland heeft. De Duitse vis-a-vis heeft gezegd zich dienstbaar op te willen stellen, met name op de volgende punten: het bieden van ondersteuning aan zieke mensen en hun naasten in de kerkelijke gemeente, het zijn van een aanspreekpunt voor zieken in de gemeente, het ontwikkelen van een gezondheidsprogramma voor de kerkgemeente, het bieden van begeleiding en samen bidden. Volgens de brochure is de missionaire oecumenische dienst in de Evangelische kerk verantwoordelijk voor de vis-a-vis. Hierbij worden ze ondersteund door bevriende missionaire organisaties.

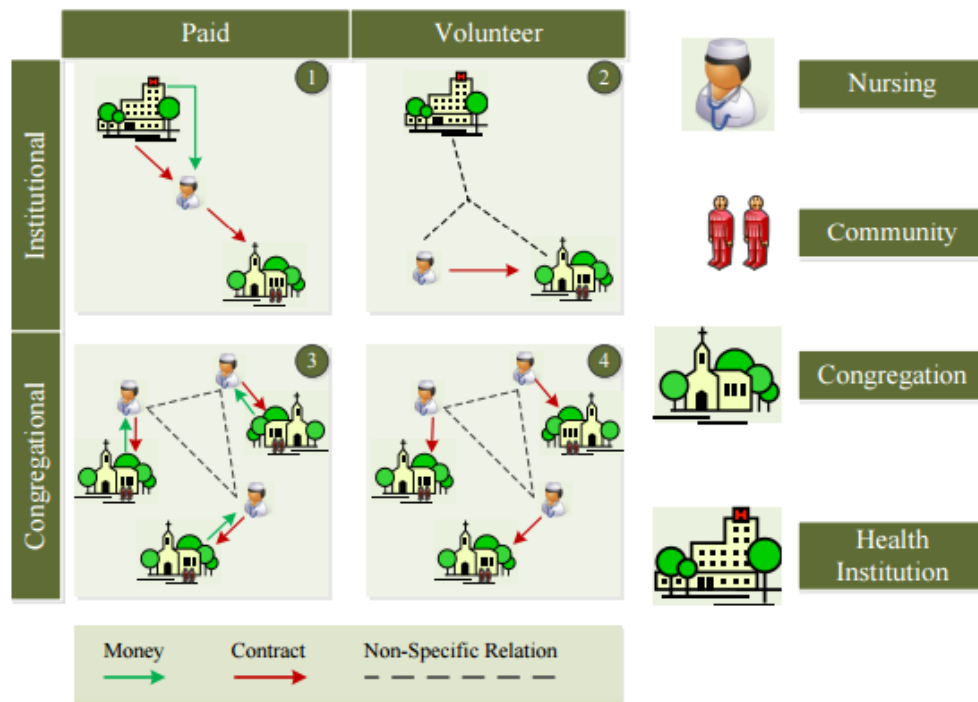
Gekeken naar de verschillende landen komen de taken van de parish nurse veelal met elkaar overeen. Een kritische noot hierbij is dat afgevraagd kan worden of er in Nederlandse thuiszorgorganisaties wel behoeften is aan deze taken of dat er wellicht behoefte is aan andere taken dan waar de oorspronkelijke parish nurse uit Amerika in voorziet.

2.5 MODEL VAN MISKELLY

De parish nurse heeft, zoals is gebleken uit bovenstaande paragraaf, diverse taken. In Amerika heeft Miskelly (1995) een model ontworpen. Parish nursing is in Amerika namelijk in verschillende programma's vormgegeven, waarbij er een onderscheid gemaakt is tussen betaalde en vrijwillige programma's. Om de verschillende vormen van parish nursing verder te operationaliseren is het model van Miskelly veelvuldig genoemd in verschillende literatuur (Brudenell, 2003; Middag, 2014; Ziebarth, 2014). Zij heeft een model ontworpen waarbij vier verschillende programma's van parish nursing aan bod komen, namelijk:

1. In het institutionele en betaalde model is de parish nurse in dienst van een ziekenhuis, gemeenschap of een faciliteit die langdurige zorg verleent. Die hebben contracten met een of meerdere kerken en zorgen voor salaris, voordelen en ondersteuning en begeleiding.
2. In het institutionele en vrijwillige model werkt de parish nurse op vrijwillige basis. De relatie bestaat in dit model tussen een kerk en een instelling
3. Het gemeentelijke (congregatie) en betaalde model houdt in dat de parish nurse werkt vanuit de gemeente met ondersteuning en begeleiding vanuit de kerk zelf. Parish nurses die volgens dit model werken vormen vaak ondersteunende netwerken met andere parish nurses in hun geografische gebied.
4. Dit laatste model is vergelijkbaar met het bovenstaand alleen bij dit model is het op vrijwillige basis.

Middag (2014) heeft in zijn onderzoek een afbeelding getoond (figuur 2.1) om dit model van Miskelly (1995) te verduidelijken.



Figuur 2.1 Model van Miskelly (Middag, 2014)

2.6 SCHOLING PARISH NURSE

Vanuit bovenstaand model van Miskelly (1995) is gebleken dat in sommige gevallen de parish nurse betaald wordt en dat in andere gevallen dit alles geheel op vrijwillige basis is. In Nederland is het zo dat je je voor bepaalde vakgebieden in het verpleegkundige werkveld moet specialiseren door middel van een extra opleiding. Omdat de parish nurse in sommige gevallen ook een betaalde functie heeft is het mogelijk dat zij hiervoor ook een bepaalde specialisatie moet doen die aansluit bij het vakgebied van de parish nurse. Daarom is er in de literatuur gezocht naar informatie over de scholing of expertise van de parish nurse in Amerika, Duitsland en Engeland.

Uit onderzoek is gebleken dat in Amerika de parish nurse geschoold wordt. De verpleegkundige leert door scholing of educatie het lichamelijk en geestelijk welbevinden van de zorgvrager te stimuleren, door het leiden van programma's binnen geloofsgemeenschappen. Op de website van All Nursing Schools (z.d.) worden verschillende vormen van scholing aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn:

- Een korte voorbereidende cursus voor parish nursing;
- Een Master/Doctor programma die verpleegkunde en spiritualiteit integreert;
- Een post- masters certificaat in het geval men al een Master Degree in Nursing.

Verder wordt beschreven dat wanneer men zich wil specialiseren in parish nurse, er eerst een bachelor diploma moet zijn behaald (How to Become a Parish Nurse: Education and Career Roadmap, z.d.). Tevens is registratie als verpleegkundige vereist. Daarnaast adviseert het Westberg Institute for Faith Community Nursing (z.d.) verpleegkundigen om tenminste 3-5 jaar ervaring te hebben in het verpleegkundige beroep, alvorens zij zich specialiseren als parish nurse.

Ook in Engeland is er scholing voor de parish nurse. Duffin (2011) heeft beschreven dat verpleegkundigen een cursus moeten doen waarbij een ze een praktijk portfolio bijhouden die ze uiteindelijk moeten inleveren. Dit wordt geregeld door de Parish nursing ministries UK (PNMUK). Zij bieden deze startcursus aan. Daarnaast verzorgen zij studiedagen voor de voortgang, een jaarlijks symposium, beleid en documentatie voor in de praktijk, advies voor kerken en regionale coördinatie (Wordsworth, Moore, & Woodhouse, 2016). Naast scholing krijgt de parish nurse in Engeland ook een professionele mentor toegewezen die hen helpt met het reflecteren op de praktijk. Daarnaast hebben ze binnen de kerk een spirituele mentor en hebben ze een regionale coördinator van de PNMUK voor professioneel advies (Wordsworth, Moore, & Woodhouse, 2016).

De onderzoekers hebben ook gekeken naar de scholing in Duitsland omtrent de parish nurse. Wanneer een verpleegkundige geïnteresseerd is in het verlenen van een dergelijke taak in de gemeente in Duitsland, moet deze zich ook in Duitsland hiervoor scholen. Dat kan volgens de 'vis-a-vis gemeindediakonie' (<http://visavis-gemeindediakonie.de>) door middel van het volgen van de volgende modules: gespreksvoering, ethiek, vormgeven van gezondheidsprogramma's, opbouwen van een dienst en geestelijk welzijn. Hierna krijgt de Vis-a-vis een certificaat en is de Vis-a-vis klaar om vanuit de kerk aan gezonde en zieke mensen binnen en buiten de kerkelijke gemeente zorg te verlenen.

Zoals blijkt uit voorgaande tekst is de parish nurse dus inderdaad geschoold. Afgevraagd kan worden of de scholing die plaatsvindt in Amerika, Duitsland en Engeland ook noodzakelijk is in Nederland. Tijdens het praktijkonderzoek is dit punt daarom ook meegenomen.

2.7 AMERIKAANS ZORGSTELSEL VS. NEDERLANDS ZORGSTELSEL

Zoals al is beschreven, is het concept parish nursing afkomstig uit Amerika. Het Amerikaanse zorgstelsel is anders opgebouwd dan het Nederlandse zorgstelsel. Daarom worden kort de belangrijkste verschillen toegelicht. Koenraadt (2013) heeft aangegeven, dat het zorgstelsel in Amerika voornamelijk toegankelijk is voor de rijkere Amerikanen. In Amerika hebben de mensen geen basisverzekering maar bestaan er alleen particuliere verzekeringen. Gekeken naar de oudere zorgvragers; zij betalen deze vanuit hun pensioen of vanuit hun werkgever (Koenraadt, 2013). Zwakkeren, werklozen en minder vermogende ouderen kunnen soms geen beroep doen op de zorg omdat dit te duur is. Wel heeft er sinds president Barack Obama een verandering plaatsgevonden. Hij heeft met Obamacare ervoor gezorgd dat ook deze groepen beroep kunnen doen op de meest essentiële zorg. Kinderen uit armere gezinnen krijgen nu zelfs gratis zorg (Koenraadt, 2013).

Toch heeft Koenraadt beschreven (2013) dat het een stuk beperkter is dan in Nederland, waar de mensen verzekerd zijn bij een verzekeringsmaatschappij. Zij betalen hier verplicht maandelijks een premie voor en kunnen daardoor gratis beroep doen op de meest essentiële zorg zoals de huisarts. Het belangrijkste verschil is dus dat in Nederland over het algemeen iedereen een beroep kan doen op de meeste essentiële zorg. In Amerika is dit niet het geval doordat er alleen particuliere verzekeringen zijn die erg duur zijn, waardoor niet iedereen de mogelijkheid heeft om verzekerd te zijn.

2.8 PARISH NURSE IN NEDERLAND

Vanuit bovenstaand informatie over de parish nurse in Amerika en de benoeming van de verschillen tussen de zorgstelsels, is de vraag naar boven gekomen wat er in Nederland al onderzocht is met betrekking tot parish nursing. In Nederland hebben drie verschillende onderzoeken plaatsgevonden over dit onderwerp.

In 2014 is er een literatuuronderzoek gedaan met betrekking tot parish nursing in Nederland door Middag (2014). Hij schrijft in zijn onderzoek dat het tijd is dat de kerken in Nederland hun taak weer op pakken op het gebied van zorg. In de huidige participatiesamenleving zou de kerk als een van de 'societal actors' een belangrijke rol kunnen spelen. Volgens Middag (2014) is dit omdat de kerken bekend staan om hun positieve bijdrage aan sociaal kapitaal. "Sociaal kapitaal" (z.d.) verwijst naar de sociale netwerken van individuen en de hulpbronnen die ze via deze netwerken kunnen inschakelen. Zonder sociaal kapitaal komen er lossere netwerken met minder samenwerking. Sociaal kapitaal is dus nodig om een participatiesamenleving te realiseren. Dat kerken een positieve bijdrage leveren aan sociaal kapitaal is ook gebleken uit onderzoek van Schmeets en Beuningen (2014) waarin de positieve relatie tussen religieuze betrokkenheid en maatschappelijke cohesie zichtbaar is. In datzelfde onderzoek is ook zichtbaar geworden dat de relatie tussen vrijwilligerswerk en religie positief is. Mensen die regelmatig de kerk bezoeken zijn actiever in vrijwilligerswerk. Dit onderzoek heeft een bewijs gegeven voor het feit dat de kerken een belangrijke rol kunnen spelen op het gebied van vrijwilligerswerk in de Nederlandse samenleving.

Ook in 2015 is er onderzoek gedaan op het gebied van parish nursing. Dit onderzoek is gericht geweest op de taken voor de verpleegkundige binnen Nederlandse kerkelijke gemeentes. De aanleiding van dit onderzoek was de verandering van de zorg vanaf januari 2015 en de bezuinigingen in de gezondheidszorg. In het kader hiervan is gekeken of het concept van Faith Community Nursing in Nederland kan worden toegepast. Er is onderzocht welke behoeften er zijn binnen de kerken aangaande het werk voor de verpleegkundige. In dit onderzoek is ook vooral gekeken welke randvoorwaarden er nodig zijn om de verpleegkundige in de kerk te positioneren.

Vanuit dit onderzoek (Hoogendoorn, De Kok, Mulder, & Vermaas, 2015) zijn een aantal randvoorwaarden naar voren gekomen die kerken hebben opgesteld als het gaat om het positioneren van de verpleegkundige in de kerk. Dat zijn achtereenvolgens:

- De parish nurse moet met meerderen samenwerken of moet deel uitmaken van een bestaand team;
- Het moet duidelijk zijn bij wie de parish nurse in dienst staat;
- Er moet een afbakening van tijd zijn;
- Evaluatiemomenten tussen kerk en de parish nurse;
- De parish nurse heeft een geheimhoudingsplicht en moet onbevooroordeeld zijn;
- Het takenpakket moet passen bij het beroep 'verpleegkunde'.

De volgende randvoorwaarden zijn per kerk verschillend, volgens het onderzoek van Hoogendoorn, De Kok, Mulder & Vermaas (2015):

- De parish nurse moet lid zijn van de kerkelijke gemeente waar zij werkzaam is;
- De parish nurse moet als verpleegkundige bevoegd, bekwaam en geregistreerd zijn;
- De parish nurse moet HBO-V hebben gestudeerd;
- De parish nurse moet ervaring hebben in de thuiszorg.

Als laatste heeft er eind 2015, begin 2016 een onderzoek plaatsgevonden met de vraag of christelijke zorgverleners het zien zitten om in de toekomst vanuit kerken te worden ingezet als vrijwillig zorgverlener. Studenten van de Viaa Gereformeerde Hogeschool hebben dit onderzoek uitgevoerd. Er is een enquête gehouden onder 800 zorgprofessionals met verschillende niveaus, waarbij de verpleegkundigen het meest vertegenwoordigd waren. De resultaten van het onderzoek waren over het algemeen genomen positief. Driekwart van de ondervraagden vond dat er een taak bij de kerken ligt voor het verlenen van zorg aan mensen. Iets minder dan driekwart zou zelf een steentje aan deze zorg willen bijdragen (Regterschot, 2015).

2.9 DE LINK MET THUISZORG

Bovenstaande onderzoeken hebben laten zien dat er nog geen onderzoek is gedaan naar een eventuele samenwerking tussen kerk en thuiszorg, uitgaande van het concept parish nursing. Wel zijn er uit het onderzoek van Hoogendoorn, De Kok, Mulder en Vermaas (2015) al bepaalde randvoorwaarden naar voren gekomen die kerken hebben opgesteld, wanneer zij een verpleegkundige in de kerk zouden positioneren. Dat onderzoek geen link met de thuiszorg laten zien. Dat er dus nog niet eerder expliciet onderzoek is gedaan naar een eventuele samenwerking tussen kerk en thuiszorg, heeft de essentie weergegeven van dit onderzoek. Ook in Amerikaanse, Engelse en Duitse literatuur is hier geen informatie over te vinden geweest, binnen de gebruikte databanken. Wel hebben Wordsworth, Moore en Woodhouse (2016) uit Engeland beschreven dat de National Health Service (NHS) in 2015 een lijst heeft gemaakt van initiatieven die iets doen op het gebied van zorg binnen de 'community'. Met deze lijst moedigen ze professionals aan om contacten te leggen met vrijwilligersorganisaties om zo de volksgezondheid te verbeteren. Een van die initiatieven is parish nursing. In hetzelfde artikel hebben ze benoemd dat de parish nurse een belangrijke rol kan spelen in het verminderen van de werkdruk van de wijkverpleegkundige. Het gevolg van de werkdruk in de wijk is dat de wijkverpleegkundigen zich steeds meer richten op de cliënten met de meest complexe gezondheids- en zorgbehoeften. Daardoor is er een gat gevallen op het gebied van de zorg die isolatie vermindert en de gezondheid en het welzijn van cliënten handhaaft (Wordsworth, Moore, & Woodhouse, 2016). Ook in Nederland bestaat deze werkdruk binnen de wijk, dit komt onder andere door een tekort aan personeel. Momenteel is er een tekort van 47% aan wijkverpleegkundigen en 42% aan verpleegkundigen (Hamel, 2017). Wat Wordsworth, Moore en Woodhouse (2016) hebben gesteld met betrekking tot de belangrijke rol van de parish nurse, kan daarom misschien ook wel van toepassing zijn in Nederland.

2.10 CONCLUSIE

Er kan geconcludeerd worden dat het concept van de parish nurse is ontstaan in Amerika en dat dit concept inmiddels ook wordt toegepast in andere landen waaronder Duitsland en Engeland. De taken die de parish nurse in de verschillende landen vervult, zijn onder andere het coördineren van vrijwilligers, het geven van gezondheidsvoorlichting en het integreren van gezondheidsvoorlichting (Abbott, 2001; Lueders Bolwerk, 2009; Maddox, 2001; Westerberg, 1987). Samengevat is de parish nurse een verpleegkundige die, vaak verbonden aan een kerk, zorg verleend aanvullend op professionele zorg. Hierbij is er expliciet aandacht voor de spirituele factor. Het werk wat de parish nurse doet gebeurt vaak op vrijwillige basis, maar er zijn ook situaties waarin de parish nurse betaald

wordt door een kerk of professionele zorginstelling. Binnen de landen Amerika, Engeland en Duitsland wordt de parish nurse geschoold alvorens zij aan het werk gaat.

Hoe de parish nurse in Nederland eventueel vorm kan krijgen is nog onbekend. Daarom is in dit onderzoek onderzocht of er een rol bestaat voor de parish nurse op het gebied van samenwerking tussen kerk en thuiszorg in Nederland. Hier is nog niet eerder onderzoek naar gedaan, waardoor dit ook een pioniersonderzoek is geweest. Wel zijn de Engelse schrijvers Wordsworth, Moore en Woodhouse (2016) van mening dat de parish nurse een belangrijke rol zou kunnen spelen in het verminderen van de werkdruk van de wijkverpleegkundige. Met dit theoretisch kader als basis, is gestart met het praktijkonderzoek. Het zoekplan van dit theoretisch kader is te vinden in bijlage 1.

3 METHODE

In dit hoofdstuk staat de verantwoording beschreven van de onderzoeksmethode die is gebruikt om het antwoord op de hoofdvraag te krijgen.

3.1. STRATEGIE

De hoofdvraag van dit onderzoek heeft een explorerend en verkennend karakter gehad en is een kwalitatief open vraag die als volgt is geformuleerd:

“Welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden hebben vertegenwoordigers van thuiszorg en kerken op het gebied van samenwerking tussen deze twee partijen?”

De auteurs Bakker en Van Buuren (2014) hebben in het boek "Onderzoek in de gezondheidszorg" beschreven dat het bij kwalitatief onderzoek gaat om verwachtingen, belevingen en ervaringen bij proefpersonen. Verder hebben zij aangegeven dat: "Kwalitatief onderzoek plaatsvindt in de alledaagse omgeving van de proefpersonen" (p. 45). Dit wordt ook wel naturalistisch onderzoek genoemd en dit onderzoek sluit hierbij aan, omdat de interviews ook in alledaagse omgevingen van de respondenten hebben plaatsgevonden. Wat de auteurs ook beschrijven is dat er bij kwalitatief onderzoek vaak sprake is van een gering aantal respondenten in vergelijking met kwantitatief onderzoek. Daarentegen zijn de resultaten vaak uitgebreider en gedetailleerder beschreven, wat ook de verwachting is geweest in dit onderzoek.

3.2 GEGEVENSVERZAMELING

Uit de literatuurstudie is gebleken dat er nog weinig bekend is over de parish nurse in Nederland. Door middel van praktijkonderzoek hebben de onderzoekers nieuwe gegevens verzameld rondom ervaringen, behoeften en mogelijkheden die vertegenwoordigers van kerk en thuiszorg hebben en zien voor een mogelijke samenwerking.

De ervaringen, behoeften en mogelijkheden als topics zijn, in samenspraak met de opdrachtgever, tot stand gekomen. Daarnaast is de opdrachtgever benieuwd geweest naar wat de kerk op dit moment al deed en hierdoor is er een topic 'het initiatief' ontstaan bij de kerk. Bij de kerk is ook gekozen om een topic 'parish nurse' toe te voegen, waardoor de kerk vijf topics heeft gebruikt tijdens de interviews en de thuiszorg drie. De extra topics 'het initiatief' en de 'parish nurse' worden in bijlage 3 verantwoord. Bij het initiatief is er gekozen voor de subtopics: doelgroep, bevoegdheden & scholing, taken, financiering en basis. Omdat het onderzoek heeft gedraaid om de ervaringen, behoeften en mogelijkheden en daarnaast een mogelijke rol voor de parish nurse hierin, is er gekozen aan het einde van de interviews de parish nurse te bespreken. Dit hebben de onderzoekers gedaan omdat deze eerst wilden weten wat de respondenten uit zichzelf aanhaalden en pas daarna wilden aansluiten met de rol van de parish nurse. In bijlage 3 is ook de topiclijst van de thuiszorg te vinden. De topiclijst betreft punten die aan bod moeten komen tijdens het gesprek terwijl de vragen van tevoren niet zijn geformuleerd (Baarda, De Goede, & Van der Meer-Middelburg, 2007). Bij beide partijen is er bij het topic ervaringen specifiek gevraagd naar ervaringen van samenwerking met een kerk of thuiszorgorganisatie. Bij het topic behoeften is er specifiek gevraagd naar behoeften op het gebied van die samenwerking. Dit kon op allerlei terreinen zijn en de onderzoekers hebben hierin bewust niet gestuurd. Daarna is er gevraagd naar de mogelijkheden. Pas aan het einde van het interview is de parish nurse ter sprake gekomen en zijn de taken die oorspronkelijk door deze parish

nurse werden uitgevoerd, aan bod gekomen.

De onderzoekers hebben gekozen voor een halfgestructureerd interview. Dit betekent dat de belangrijkste onderwerpen en vragen vast staan, hierdoor blijven geen punten onbenoemd. Daarnaast heeft een halfgestructureerd interview de mogelijkheid gegeven om door te vragen (Baarda et al., 2013). Binnen het halfgestructureerd interview is gekozen voor een diepte-interview omdat het belangrijk is gevonden om zoveel mogelijk door te vragen en aan te sluiten op de respondent.

Baarda, De Goede en Van der Meer-Middelburg (2007) hebben beschreven dat er binnen een halfgestructureerd interview ruimte is om tijdens het gesprek de volgorde van onderwerpen te veranderen. Wel is belangrijk dat ze allemaal aan bod komen. Zij hebben ook benoemd dat interviews bedoeld zijn om informatie te verzamelen uit mededelingen van ondervraagde personen. Dit om een van tevoren geformuleerde vraag te beantwoorden. De onderzoekers van dit onderzoek hebben dit een bruikbare methode gevonden omdat er in dit onderzoek ook een vooraf geformuleerde vraag op tafel heeft gelegen.

Bij de interviews zijn elke keer twee onderzoekers aanwezig geweest. Bij de thuiszorg en bij de kerk zijn dit dezelfde onderzoekers geweest. Vooraf hebben twee onderzoekers aangegeven dat hun interesse bij de kerk lag. De andere twee hebben aangegeven interesse te hebben voor de thuiszorg. Dit heeft de keuze voor wie welke interviews heeft afgenomen bepaald. Tijdens het uitvoeren van proefinterviews is gekeken welke onderzoeker het beste als interviewer kon functioneren en welke onderzoeker het beste als observator. Hier is uit voortgekomen dat er bij zowel de kerk als de thuiszorg eenzelfde interviewer was en de observator kon waar nodig aanvullen.

Bij het interviewen is gebruik gemaakt van herhaald interviewen of samenvatten. Baarda, De Goede en Van der Meer-Middelburg (2007) hebben beschreven dat samenvatten ook gebruikt kan worden als doorvraagtechniek. Hij heeft ook beschreven dat dit een veilige en makkelijke weg is omdat je zo geen suggestieve vraag stelt en niet zelf hoeft door te vragen. De onderzoekers hebben samenvatten veelvuldig toegepast in de interviews en dit heeft veel nieuwe gegevens opgeleverd.

3.3 STEEKPROEF EN POPULATIE

Omdat het praktisch onmogelijk was om de doelpopulatie geheel te onderzoeken hebben de onderzoekers ervoor gekozen om een steekproef te nemen.

De steekproef moet een 'goed beeld' geven van de populatie van het onderzoek volgens De Jong et al. (2015). Bakker en Van Buuren (2014) hebben in het boek "onderzoek in de gezondheidszorg" beschreven dat onderzoekers de populatie af moeten bakenen naar een operationele populatie of feitelijke populatie. De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van een niet-aselecte steekproef. Bij een niet-aselecte steekproef zijn de mogelijkheden voor de generalisatie van het onderzoek beperkt, omdat je hierbij nooit zeker kan zijn of er sprake is van een representatieve steekproef. Toch hebben de onderzoekers ervoor gekozen om een doelgerichte niet-aselecte steekproef te gebruiken, omdat er gericht is gezocht naar personen met bepaalde kenmerken. Tijdens deze zoektocht is er gebruik gemaakt van 'weging' om het onderzoek zo representatief mogelijk te houden (Bakker en Van Buuren, 2014). Een voorbeeld hierbij is dat wanneer een christelijke thuiszorgorganisatie zich heeft

aangeboden voor medewerking aan dit onderzoek, er eerst is gekeken of er niet al teveel christelijke organisaties meededen en zo de representativiteit daalde.

STEEKPROEF KERK

De onderzoekers hebben de respondenten van de kerk gekozen op grond van het volgende kenmerken: de respondenten zetten zich in binnen een kerkelijke gemeente op het gebied van zorg, al dan niet vrijwillig of betaald. De onderzoekers hebben het belangrijk gevonden de kerken op basis van denominatie zo representatief mogelijk te kiezen. Daarom is er tweemaal gekozen voor een evangelische gemeente, een christelijke gereformeerde kerk, een gemeente die hoort bij de Protestantse Kerk in Nederland en tweemaal voor een reformatische gemeente. Er is bewust niet gekozen voor een katholieke kerk omdat het onderzoek dan te groot zou zijn geworden. De onderzoekers hebben het afgebakend tot protestantse kerken. Daarnaast zijn er ook verspreid over Nederland kerken gekozen om de representativiteit te verhogen (Baarda, 2014).

Er zijn een drietal respondenten gevonden via Google. Hiervoor zijn de volgende zoektermen gebruikt: 'kerk en thuiszorg', 'samenwerking kerk en thuiszorg' en 'samenwerking kerk'. Via sociale contacten hebben de onderzoekers ook twee respondenten gevonden die binnen het onderzoekskader pasten. Tevens hebben de onderzoekers twee respondenten gevonden via het werkcongres 'Er komt een verpleegkundige in de kerk...'.

STEEKPROEF THUISZORGORGANISATIES

De parish nurse is oorspronkelijk een christelijk initiatief. De onderzoekers hebben uitgezocht hoe thuiszorgorganisaties met verschillende denominaties hierover denken. De respondenten van de thuiszorgorganisaties zijn geselecteerd op basis van functie. Omdat de wijkverpleegkundigen (HBO) een coördinerende rol vervullen binnen thuiszorgorganisaties en de overstijgende taken uitvoeren, hebben de onderzoekers ervoor gekozen wijkverpleegkundigen te interviewen. Tijdens de zoektocht naar geschikte respondenten is er dus onderscheid gemaakt in thuiszorgorganisaties en daarnaast in respondent binnen die organisatie. Er is geen onderscheid gemaakt in geslacht, leeftijd of werkervaring.

Voorafgaand aan de interviews zijn allereerst verschillende thuiszorgorganisaties geselecteerd aan de hand van de volgende kenmerken: grootte dorp/stad, denominatie en locatie. Om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van de thuiszorgorganisaties binnen Nederland is gekozen voor thuiszorgorganisaties in Friesland, Limburg, Gelderland (2x), Noord-Holland en Zuid-Holland (2x). Er is niet gekeken naar de provincies maar naar plaatsen. Er is gekozen voor steden/middelgrote steden en dorpen verspreid in Nederland. Wat betreft steden zijn Apeldoorn, Maastricht en Dordrecht gekozen. Qua dorpen zijn dit Joure, Noordwijk en Epe/Wapenveld. Er is gekozen voor één reformatische thuiszorgorganisatie, één algemeen protestants-christelijke en vijf seculiere thuiszorgorganisaties. De onderzoekers zijn erachter gekomen dat er ook een islamitische thuiszorgorganisatie bestaat en een antroposofische. Hier is de aandacht naar uit gegaan maar omdat dit slechts enkele organisaties zijn is er niet gekozen deze te interviewen. De onderzoekers zijn van mening dat de gekozen organisaties een zo goed mogelijk beeld geven, gekeken naar heel Nederland.

Bij dit onderzoek is de verwachting geweest, niet tot volledige verzadiging te komen, omdat er is gekozen voor een heterogene groep respondenten. Dit is gebaseerd op wat Baarda (2014) heeft beschreven.

3.4 ANALYSE

Voor de analyse hebben de onderzoekers allereerst, zo snel mogelijk na afname van de interviews, deze getranscribeerd. De interviews zijn opgenomen middels een voice-recorder en daarna omgezet in tekst. Voor het opnemen is toestemming gevraagd (zie paragraaf 3.6).

Nadat de interviews zijn afgenomen zijn deze letterlijk uitgetypt en zijn de onderzoekers begonnen de data-analyse. Doordat de gegevens, antwoorden zijn op open vragen, is er sprake van minder gestructureerde data. De antwoorden die gegeven zijn, kunnen heel divers zijn. Er zijn verschillende analysemethoden om deze data te verwerken. De analysemethode 8 van Van der Donk en Van Lanen (2015) is gebruikt voor de gegevensanalyse. Met deze methode hebben de onderzoekers ervoor gezorgd dat de data teruggebracht is tot betekenisvolle fragmenten. Door de vele tekst die de interviews hebben opgeleverd, is gekozen voor het opdelen van de tekst die betekenisvol is voor de beantwoording van de hoofdvraag. De tekst is verdeeld in stukjes die allemaal bestaan uit een aantal woorden, een zin of een paar zinnen die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp/ topic. Doordat de onderzoeksvraag tijdens het analyseren telkens op de voorgrond staat, zijn tekstfragmenten die geen relatie hebben met de onderzoeksvraag weggelaten.

De onderzoekers van zowel kerk en thuiszorg hebben individueel de gegevens geanalyseerd en de verkregen informatie uit de interviews geordend, verkleind en samengevoegd. Zo hebben de onderzoekers de hoofdzaken onderscheiden van de bijzaken. Op deze manier is alleen hetgeen overgebleven wat belangrijk is voor het onderzoek. Dit is ook de bedoeling van het analyseren van gegevens volgens Van der Donk en Van Lanen (2015).

Daarna hebben de onderzoekers de nieuwe gegevens gelabeld. Dit houdt in dat de tekstfragmenten zijn voorzien van naam, omschrijving of code. De onderzoekers hebben geprobeerd bij het labelen zo dicht mogelijk bij de inhoud van het fragment te blijven.

Doordat de onderzoekers de focus hebben gelegd op de onderzoeksvraag bij de ruimtelijke ordening en het leggen van verbanden, zijn de hoofd- en bijzaken van elkaar onderscheiden. Om de labels en analyse tot een overzichtelijk geheel te maken, hebben de onderzoekers ervoor gekozen om de analyse in een tabel weer te geven die tijdens een college over gegevensanalyse op de Viaa Hogeschool is uitgelegd.

De beide onderzoekers hebben per groepje de interviews gelabeld, om zo te kijken of men tot eenzelfde of op elkaar lijkende indeling is gekomen. Na het individueel analyseren van de gegevens, hebben de onderzoekers van de thuiszorg en kerk de gegevens vergeleken en is er uiteindelijk een analysetabel, oftewel analyseschema, gemaakt per partij. Na de uitvoering van deze vergelijking, hebben de onderzoekers de betrouwbaarheid van de labels bekritiseerd. De onderzoekers hebben zich hierbij afgevraagd in hoeverre de onderzoekersresultaten zijn gekleurd door de onderzoeker zelf. Nadat het labelen klaar was hebben de onderzoekers deze samengevoegd tot codes. Van de codes zijn kernthema's opgesteld (zie bijlage 4). Over de kernthema's is lang nagedacht om een zo

goed mogelijk thema te bedenken die de codes omvatten. De kernthema's staan centraal binnen de resultaten (zie hoofdstuk 4).

Nadat de onderzoekers al deze stappen hebben doorlopen, zijn de geanalyseerde gegevens naast elkaar gelegd. Op basis daarvan is er een gezamenlijke conclusie geschreven en met de gegevens antwoord gegeven op de hoofdvraag.

3.5 BETROUWBAARHEID & VALIDITEIT

BETROUWBAARHEID

Bakker en Van Buuren (2014) hebben beschreven dat bij de betrouwbaarheid van het onderzoek de vraag centraal staat of het resultaat hetzelfde zou zijn wanneer je het onderzoek zou herhalen. Doordat er gebruik is gemaakt van interviews zullen er nooit exact dezelfde resultaten zijn bij een herhaling van het onderzoek. Elke interviewer stelt op een eigen manier vragen en heeft zijn of haar eigen valkuilen. Daarnaast kunnen de verschillende respondenten ook van mening veranderd zijn. Wel is de herhaalbaarheid van dit onderzoek zoveel mogelijk gewaarborgd, doordat er gebruik is gemaakt van (sub)topics en een aantal vooraf vastgestelde vragen. Door dit te operationaliseren in de beschrijving van de methode is de betrouwbaarheid verhoogd en de kwaliteit van het onderzoek zoveel mogelijk gewaarborgd. Daarnaast zijn alle interviews van de kerk door één onderzoeker afgenomen en voor het de interviews van de thuiszorg geldt hetzelfde. Als laatste zijn er vooraf aan de uitvoering van het praktijkonderzoek twee proefinterviews afgenomen bij de kerk en de thuiszorg. Na het afnemen van de interviews is gekeken of de meetinstrumenten nog aangepast moesten worden. Dit heeft de betrouwbaarheid positief beïnvloed.

Volgens Van Zwieten en Plochg (2007) is er ook een interne betrouwbaarheid. Zij hebben benoemd dat dit vooral belangrijk is wanneer het onderzoek door meerder personen wordt uitgevoerd. Bij dit onderzoek is er sprake geweest van vier onderzoekers. Om de interne betrouwbaarheid te waarborgen is er regelmatig afgestemd tussen de verschillende onderzoekers. Hierbij is overleg geweest over de manier waarop de interviews zijn gehouden. Daarnaast zijn de interviews onafhankelijk van elkaar geanalyseerd, zoals beschreven in paragraaf 3.4 Er is dus gebruik gemaakt van datatriangulatie.

VALIDITEIT

Bij de interne validiteit draait het volgens Bakker en Van Buuren (2014) om de vraag of er wel gemeten wordt wat er gemeten moet worden. Ze hebben daarnaast beschreven dat het gaat om de geldigheid van het resultaat voor de onderzochte personen. De onderzoekers hebben daarom geen onderscheid gemaakt in wijkverpleegkundigen op basis van religie. Christelijke wijkverpleegkundigen zouden wellicht positiever kunnen zijn over het idee om samen te werken met de kerk dan niet-christelijke. Dit is gedaan omdat er op die manier zoveel mogelijk objectieve data verzameld is. Door vooraf gestelde (sub)topics en vragen rondom de topics op te schrijven hebben de onderzoekers geprobeerd dicht bij de, te willen meten, data te blijven. Daarnaast is er vooraf afgesproken om te blijven vragen naar specifiek ervaringen, behoeften en mogelijkheden met de kerk en thuiszorg en niet te veel af te wijken.

Rondom de meetinstrumenten is aandacht besteed aan inhoudsvaliditeit. Bakker en Van Buuren (2014) hebben beschreven dat je in het onderzoek moet kijken of de verschillende aspecten van het begrip voldoende worden weerspiegeld. Dit hebben de onderzoekers ook rondom de ervaringen, behoeften en mogelijkheden gedaan. Hier is elke keer de samenwerking aangehaald. Ervaringen met samenwerking, behoeften aan samenwerking en mogelijkheden tot samenwerking met een kerk of thuiszorgorganisatie.

Binnen één onderzoek is vrijwel nooit sprake van een hoge interne en externe validiteit, zoals Bakker en Van Buuren (2014) beschrijven. De externe validiteit wordt ook wel generaliseerbaarheid genoemd. Hierbij wordt afgevraagd hoe representatief de onderzoekspopulatie is voor de populatie waarover een uitspraak gedaan moet worden. In dit onderzoek is een uitspraak gedaan over de kerk en de thuiszorg. Een goed gekozen steekproef zorgt ervoor dat de externe validiteit wordt verhoogd. Wat 'voldoende' is, hangt af van de te onderzoeken populatie waar een uitspraak over gedaan wordt.

Wat al eerder in dit onderzoek is benoemd is, dat er tijdens de uitvoering van dit onderzoek, geen punt van verzadiging aanwezig zal zijn. Het is een pioniersonderzoek waarbij het belangrijk is geweest een indicatie te verkrijgen van de meningen van de thuiszorg en de kerk rondom ervaringen, behoeften en mogelijkheden voor een mogelijke samenwerking. Doordat er een kleine groep respondenten is geïnterviewd vertegenwoordigt dit niet de hele populatie. Wel is er bij de operationalisering van de steekproef al beschreven dat er verschillende kerken en thuiszorgorganisaties zijn gekozen om te zorgen dat er grotendeels gegeneraliseerd kan worden.

3.6 ETHISCHE VERANTWOORDING

Tot slot hebben de onderzoekers ervoor gezorgd dat het onderzoek ethisch verantwoord is. Bij de ethische verantwoording van het onderzoek hebben drie aspecten een rol gespeeld, namelijk: de redelijkheidseisen, toestemmingsvereisten (informed consent) en de privacy (De Jong, et al., 2015).

Bij elk interview hebben de onderzoekers toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen. Hiervoor heeft elke respondent een informed consent ondertekend dat hij of zij hiermee akkoord gaat. Een voorbeeld hiervan is te vinden in bijlage 2. De onderzoekers hebben geen gebruik gemaakt van namen en persoonlijke gegevens bij de uitwerking van de data. De medewerking van de respondenten, is op vrijwillige basis geweest. Ook hebben zij de kans gehad hun medewerking na het interview nog in te trekken. Daarnaast zijn privacygevoelige gegevens uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt en niet aan derden verstrekt.

Bij het analyseren van de interviews hebben de onderzoekers erop gelet de namen van respondenten buiten beschouwing te laten en deze af te korten naar 'R': respondent.

4 RESULTATEN

4.1. INLEIDING

In deze paragraaf zijn de resultaten beschreven die zijn voortgekomen uit de interviews die de onderzoekers hebben gehouden. In de conclusie is het antwoord op de deelvragen en onderstaande hoofdvraag beschreven.

Hoofdvraag

Welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden hebben vertegenwoordigers van thuiszorg en kerken op het gebied van samenwerking tussen deze twee partijen?

Bij de kerk zijn de interviews gehouden aan de hand van de vijf topics, namelijk: 'het initiatief', 'ervaringen', 'behoeften', 'mogelijkheden' en 'parish nurse'. Echter, bij het analyseren is gebleken dat het vijfde topic kon worden samengevoegd bij het vierde topic. Bij de thuiszorg zijn de interviews gehouden aan de hand van drie topics, namelijk: 'ervaringen', 'behoeften' en 'mogelijkheden'. De resultaten van de kerk en de thuiszorg zijn hieronder apart beschreven.

Voor de duidelijkheid wordt verwezen naar bijlage 4, waarin overzichtelijk de uitwerking te vinden is van alle gelabelde dataverzameling met daarbij de codes onderverdeeld in kernthema's. Zoals in de methode is besproken zijn de interviews eerst uitgetypt en daarna geanalyseerd met behulp van labels en coderen. Labels die bij elkaar pasten zijn onverdeeld in een bijbehorende code en de codes die bij elkaar pasten zijn onderverdeeld in kernthema's. De resultaten zijn per topic beschreven. Hierbij zijn de kernthema's leidend geweest.

4.2 KERK

4.2.1 HET INITIATIEF

Het eerste topic wat is aangesneden tijdens de interviews met de kerk is 'het initiatief'. Hierbij is besproken wat de initiatieven vanuit de verschillende kerken doen en hoe verschillende zaken binnen de initiatieven geregeld zijn. Tijdens het analyseren van de resultaten zijn er vier kernthema's naar voren gekomen bij dit topic: hulpverlening, hulpverleners, bekostiging en drijfveer.

Onderstaande mindmap (figuur 4.1) visualiseert het topic 'het initiatief'.



Figuur 4.1 Mindmap 'het initiatief'

KERNTHEMA HULPVERLENING

De onderzoeksgegevens hebben een beeld gegeven van de hulp die verleend wordt vanuit de verschillende initiatieven. Het kernthema hulpverlening kent verschillende aspecten. Zo is naar voren gekomen dat er in de meeste gevallen hulp verleend wordt aan zorgvragers die lid zijn van de eigen kerkelijke gemeente, maar men staat ook open voor niet-kerkelijke zorgvragers. Zoals is gebleken uit het volgende citaat:

“R: Maar de focus ligt en ook de aanvragen die gaan eigenlijk toch allemaal over de kerk ook omdat je daar ook op de tafels verspreid, wat daar is afgekomen. Maar niemand zal bezwaar hebben tegen een niet-gelovige buurvrouw helpen.” (label 3.1.1.5 en 3.1.1.6)

Ook is door een kerk genoemd dat wanneer er niet-leden bij hen aankloppen zij deze doorsturen naar het WMO-loket.

Uit de data is naar voren gekomen dat de hulp die verleend wordt vanuit de verschillende initiatieven zich voornamelijk richt op praktische hulp zoals: koken, kleine klusjes, boodschappen doen, vervoer, tuinwerkzaamheden, bezoeken, ondersteuning schuldtraject, hulp bij huishouding en het uitlaten van de hond. Naast de praktische hulp hebben enkele respondenten aangegeven zorgtaken te vervullen. Zo is terminale thuiszorg bijvoorbeeld genoemd. Kanttekening hierbij is wel dat een respondent heeft aangegeven het nachtwaken vooral te doen om de familie te ontlasten. Bijna alle respondenten hebben aangegeven dat zij doorverwijzen naar professionele hulpverlening, wanneer dat nodig is. Ook is er gesproken over het verlenen van basiszorg en het vervullen van een signaalfunctie, zoals is gebleken uit onderstaand citaat:

“R: Dus daar is, nou is een van ons is daarin ingesprongen en gezegd van oké we gaan gewoon eens kijken van nou, hij is nu voor zoveel maanden, is niet thuis. Wat kunnen wij in deze situatie betekenen? En inderdaad ook een beetje luisterend oor, maar ook, ook signaalfunctie van oké, wat gebeurt hier? En daarin ook signaalfunctie naar de jeugdzorg.” (label 4.1.3.4)

Een paar respondenten hebben nog genoemd dat zij het als hun taak zien om het systeem van de zorgvrager als geheel te ondersteunen door als kerk in te springen op de situatie.

KERNTHEMA BEKOSTIGING INITIATIEVEN

Bij het bespreken van de initiatieven is gesproken over de manier waar het initiatief gefinancierd wordt. Vanuit de interviews is gebleken dat het grootste gedeelte van de initiatieven op vrijwillige basis werkt. Niet ieder initiatief werkt geheel op vrijwillige basis wat blijkt uit het volgende citaat:

“I: U doet betaald werk en dan drie betaalde krachten, al die vrijwilligers daaronder die doen het dus allemaal vrijwillig?

R: Allemaal vrijwillig ja. En mijn uren, ik word twintig uur betaald van (naam kerk), ik werk meestal 50 uur per week. Maar, dat heeft wel te maken met van dat mijn taak hier voor (naam kerk) is voor 20 uur, daarnaast doe ik natuurlijk ook net zoals ieder lid van deze kerk ook een aantal uren gratis. Want hoe kan ik nou ooit iemand voor 4 uur inzetten als ik zelf alleen maar betaald werk doe.” (label 1.4.1.2)

Bij de respondenten die hebben aangegeven dat alles op vrijwillige basis gebeurt, kunnen er wel kosten gedeclareerd worden bij de diaconie zoals benzine- en kookkosten.

KERNTHEMA HULPVERLENERS

Het kernthema hulpverleners omvat verschillende aspecten. Voorwaarden van vrijwilligers is er hier één van. In veel gevallen is gebleken dat de vrijwilligers niet aan bepaalde voorwaarden hoeven te

voldoen qua achtergrond. Een respondent heeft aangegeven dat op grond van een intake gekeken wordt naar wat bij de vrijwilliger past. Dit is gebleken uit onderstaand citaat:

“R: Dus als je een, vrijwilligerstaak gaat doen dan meld je je bij BBB zoals wij dat dan zeggen. Dan wordt daar een gesprek met je gehouden en wordt gekeken wat voor kwaliteiten je hebt, welke opleiding je gevolgd hebt, wat je beschikbaar bent, hoe je beschikbaar wilt zijn, wat voor systeem je wilt werken, wat voor verantwoordelijkheid je wilt dragen. En dat wordt uitdraai van gemaakt en dan wordt er gekeken welke vacatures daarbij passen en dan worden ze doorverwezen.” (label 1.1.2.1)

Door een aantal andere respondenten is ook benoemd dat het belangrijk is dat de vrijwilliger past bij de hulpvraag. Ook is het lid zijn van de gemeente en de persoonlijke relatie met Jezus genoemd als voorwaarde. Daarnaast hebben verschillende respondenten benoemd dat het een voorwaarde is dat de vrijwilliger te vertrouwen is en geen vertrouwelijke gegevens van de cliënt bespreekt met derden. Een respondent heeft aangegeven dat de vrijwilliger een geheimhoudingsplicht moet tekenen.

“R: Toen zijn we vrijwilligers gaan werven, en die vrijwilligers tekenen allemaal een geheimhoudingsverklaring.” (label 3.1.2.1)

De expertise van de coördinatoren is een ander aspect wat is onderverdeeld onder het kernthema hulpverleners. De meeste coördinatoren die de vrijwilligers aansturen, zijn verpleegkundigen of zijn dit in het verleden geweest. Een respondent heeft aangegeven dat het belangrijk is om mensen uit het werkveld in te zetten op gebieden waar ze al bekend, wat blijkt uit het volgende citaat.

“R: Dus maar ik denk wel dat je moet zoeken en ik denk dat dat wel een, ook wel voor de andere kerken een aanbeveling is. Dat je mensen moet hebben uit de praktijk, die teams moeten aansturen, maar die ze ook moeten kunnen ondersteunen. Die, die de klappen van de zweep kennen.” (label 1.6.1.13)

Uit de analyse is gebleken dat een respondent heeft aangegeven dat het bij een coördinator gaat om de competenties en kennis, en dat een verpleegkundige achtergrond niet per se nodig is. Toch weet je dan wel wat er te halen en te krijgen valt binnen de zorg, aldus dezelfde respondent. Een andere respondent heeft aangegeven dat je als verpleegkundige, meer kennis en ervaring hebt. Onder het kernthema hulpverleners is ook het aspect scholing naar voren gekomen. Uit de gegevensverzameling is gebleken dat de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) vaak is genoemd. Er is korte, of langere tijd contact met de NPV, zo hebben verschillende respondenten aangegeven. En er wordt nagedacht over het vaker uitnodigen van de NPV voor scholing en toerusting.

Daarnaast heeft een respondent aangegeven dat er binnen hun kerkelijke gemeente cursussen en thema avonden worden aangeboden aan de vrijwilligers om hen te laten groeien. Een andere respondent heeft benoemd dat de buddy's van mensen met een psychiatrische achtergrond begeleid en toegerust worden, zie onderstaand citaat:

“R: Maar het team helpt dus ook om deze buddy's, zoals wij ze noemen, te begeleiden. En ze te, toe te rusten, dus een stukje kennis overdracht. Maar ook als er lastige situaties, om ondersteuning te bieden. Want het is natuurlijk niet, ja hoe moet je het zeggen het gaat niet allemaal vanzelf.” (label 1.1.2.3)

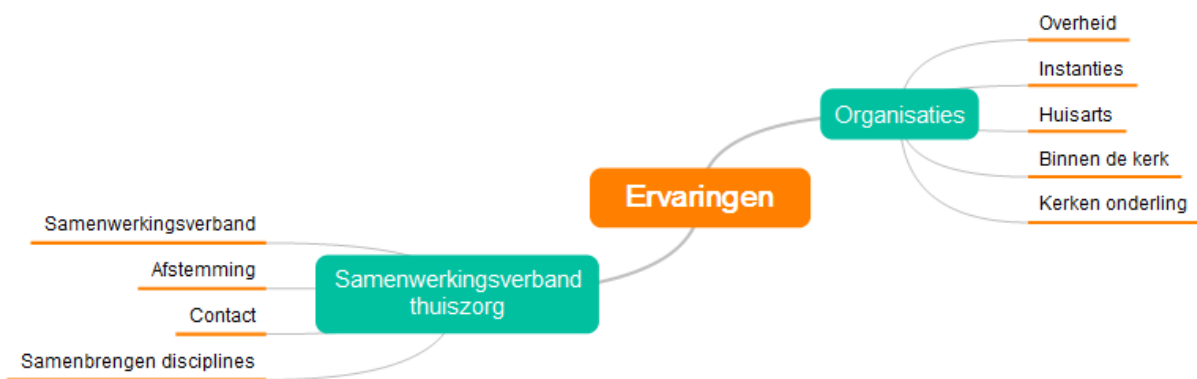
Enkele andere respondenten van een initiatief hebben aangegeven momenteel geen behoefte te hebben aan scholing. Wel heeft een respondent gezien dat er behoefte is aan het kwijt kunnen van een verhaal en dit zou in de toekomst kunnen leiden tot behoefte aan praktische scholing. Een respondent heeft aangegeven dat er wel toerustingscursussen gegeven kunnen worden, maar dat de belangstelling bijzonder klein is.

Wat uit de gegevensverzameling is gebleken, is dat plicht en naastenliefde naar voren komen als drijfveer waaruit de hulp verleend wordt. Een respondent heeft aangegeven dat de zorg die zij vroeger verleenden meer als een plicht werd gezien, maar dat het nu meer draait om het iets willen betekenen voor een ander omdat je een kind van God bent. Niet iets moeten, maar iets mogen betekenen voor de ander. Een andere respondent ziet het zorgen voor elkaar nog wel als een plicht, maar heeft daarbij ook naastenliefde als drijfveer genoemd. Ook andere respondenten hebben dit als drijfveer aangegeven. Dit is bijvoorbeeld gebleken uit onderstaand citaat:

*“R: Naar het voorbeeld van de barmhartige Samaritaan.
Dat je omziet naar je naaste, heb je naaste net zo lief als jezelf... Dat is eigenlijk...
R2: Ongeacht wie je naaste dan ook is.
R: Ja, ja precies. Dat is iedereen.” (label 5.1.5.1)*

4.2.2 ERVARINGEN

Wat betreft de ervaringen hebben verschillende initiatieven antwoord gegeven op de vraag naar ervaringen op het gebied van samenwerking met thuiszorg en met andere professionele organisaties. Hieruit zijn twee kernthema's naar voren gekomen namelijk: organisaties en samenwerkingsverband thuiszorg die zijn uitgewerkt en toegelicht. Hieronder volgt een mindmap (figuur 4.2) die het kernthema 'ervaringen' visualiseert aan de hand van de kernthema's en codes.



Figuur 3.2 Mindmap 'ervaringen'

KERNTHEMA ORGANISATIES

Het eerste kernthema wat naar voren is gekomen bij het analyseren van de ervaringen van de kerk op het gebied van samenwerking, is organisaties. Dit kernthema is opgesteld naar aanleiding van verschillende aspecten, benoemd door de respondenten. Zo is naar voren gekomen dat een aantal respondenten samenwerken met de overheid. Daarnaast is er contact met de gemeente, en heeft een respondent benoemd dat er ook hulpvragen binnenkomen via de gemeente. Het volgende citaat geeft een vorm van samenwerking met de overheid weer.

“R: Maar we hebben contact met (naam organisatie) dat is hét zorgloket voor Walcheren zeg maar, dat het, het gemeentelijke zorgloket.” (label 5.2.1.3)

Daarnaast hebben verschillende respondenten aangegeven een samenwerking te hebben met andere instanties. Er zijn voorbeelden genoemd van samenwerking met andere zorginstellingen. Hetgeen zij doen wordt door sommige respondenten niet echt als een samenwerking gezien, maar meer als inspringen daar waar nodig is.

"R: ... uit zichzelf niet zo. En ja ik zie dat meer als een inspringen op een hiaat, want feitelijk zou dat, moet dat gewoon natuurlijk die samenwerking, moet ook zonder kerkelijke nou ja diacones of weet ik hoe je het noemen wil." (Label 4.2.1.3)

Verder is in een interview door een respondent aangegeven dat zij geen samenwerking hebben met andere instanties, maar dat zij wel doorverwijzen. Er is tevens genoemd dat er wordt samengewerkt met de huisarts en de praktijkondersteuner (POH). In de interviews is naar voren gekomen dat dit gaat om het over en weer contact hebben wanneer er hulpvragen zijn. Daarnaast is gebleken dat er ook kerken zijn die samenwerkingspartners hebben binnen de eigen kerk. Zo wordt er bijvoorbeeld samengewerkt met het pastorale team, een gezinswerker, de diaconie, de predikant of de kerkenraad. Naast het contact binnen de kerk, zijn er ook nog enkele voorbeelden genoemd van samenwerking en afstemming tussen kerken onderling, bij bepaalde zorgsituaties.

*"R2: Doen allerlei soorten mensen hè
R: ...buitengewoon, door alle kerken, geweldig. Echt, heel d'r huis is helemaal prachtig geworden. Ja het is echt leuk, die samenwerking met kerken onderling ook." (Label 5.2.1.5)*

Tot slot is het samenbrengen van disciplines naar voren gekomen. Zo heeft een respondent aangegeven dat in complexe gevallen samengewerkt wordt met anderen, door verschillende disciplines bij elkaar te brengen, door middel van een multidisciplinair overleg (MDO).

"R: Dus maar echt, echt het samenwerken, ja we hebben weleens, bij de eerste situatie die ik noemde. Hebben we uiteindelijk heeft mijn collega toen wel gezegd van ik wil een keer een MDO." (Label 4.2.1.2)

KERNTHEMA: SAMENWERKINGSVERBAND THUISZORG

Het volgende kernthema dat bij het topic 'ervaringen' naar voren is gekomen is specifiek gericht op een eventueel samenwerkingsverband met de thuiszorg. Uit de gegevens is gebleken dat de meeste kerken geen samenwerking hebben met de thuiszorg, wat blijkt uit de volgende citaten.

*"I: En nouja ik kan mij dan voorstellen dat je je ook bij mensen komt die dan al thuiszorg hebben, heb je dan als kerk ook contact met een thuiszorg, of loopt dat dan gewoon langs elkaar heen?
R: Nou in principe heb je daar geen contact mee, nee." (Label 2.2.2.1)*

*"I: En specifiek met thuiszorg? Ervaringen?
R: Nou ja, wat ik net noemde hulp bij huishouding, is natuurlijk ook thuiszorg. Nou benoemd, maar voor de rest de samenwerking niet echt, dan ligt toch vaak de regie wel bij de, de hulpvrager zelf." (Label 4.2.2.1)*

Er zijn respondenten die hebben aangegeven geen echte samenwerkingsafspraken te hebben met de thuiszorg, maar hen wel aanvullen. Toch zijn door de respondenten voorbeelden genoemd die een samenwerking illustreren, terwijl er geen sprake zou zijn van deze samenwerking. Een volgend citaat geeft een voorbeeld.

"R:...ontzettend vaak mensen geweest ook voor ze gekookt enzo, het was een heel project, maar het waren niet alleen onze vrijwilligers maar er waren ook meer van de burens enzo, dat was een club van 50 mensen bijna en die hebben toen al een maand of 8 d'r steeds voor gezorgd. Ja, dat is meer, maar dat gingen we samen met (thuiszorgorganisatie). Ja ging wel heel goed hoor. Met (thuiszorgorganisatie) kun je ook wel heel lekker werken." (Label 6.2.2.2)

Verder zijn aspecten aangekaart over het vervullen van praktische zaken in samenwerking met thuiszorg, zoals het wegbrengen van urine wat op dat moment niet opgepakt kon worden door familie of mantelzorg. Uit de data is naar voren gekomen dat afstemming ook een aspect die door verschillende respondenten worden benoemd. Respondenten hebben aangegeven dat er vaak ook een professional aanwezig is bij diegene aan wie zij hulpverlening. Hierbij heeft een respondent aangegeven dat het belangrijk is dat de totale zorg van de thuiszorg niet door de kerk wordt

overgenomen. Uit verschillende interviews is naar voren gekomen dat sommige kerken wel een bepaalde vorm van afstemming hebben, al dan niet in specifieke situaties.

"R: ja soms wel van oké dat je even afstemt van oké welke momenten is d'r een vrijwilliger nodig. Als er bijvoorbeeld een terminale situatie is, waar thuiszorg is, maar die dus niet alle momenten d'r kan zijn. En dat je op bepaalde momenten wel ja d'r even overlegt van nou waar zitten de hiaten..." (label 4.2.2.2)

Ook het contact met thuiszorg is naar voren gekomen. Kerken benoemden verschillende voorbeelden van contact met thuiszorg. Er is tijdens de interviews een paar keer aangegeven dat er ervaringen zijn met (telefonisch) contact met de thuiszorg, geïnitieerd door de thuiszorg.

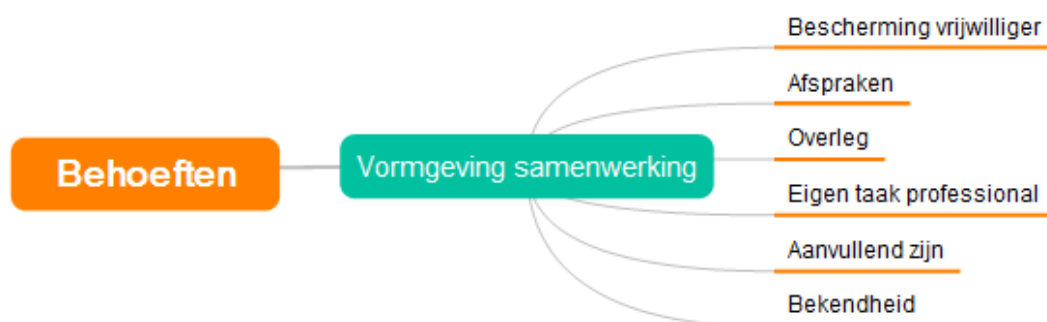
"R: Is wel grappig ja

I: ... het is een beetje verkennend zeg maar nog.

R: Dat triggert je ook weer om daar over na te gaan denken. Want ik denk, ja (stilte), band met thuiszorg is er eigenlijk helemaal niet. We krijgen wel eens een keer hoor een telefoontje van de thuiszorg kijken wat we kunnen doen dan is het ja ook toevallig voor iemand die, die daar werkt en die van ons weet. Maar wij hebben, wij hebben met hun geen contact gezocht. En zij een heel enkel keertje met ons." (label 3.2.2.2)

4.3.3 BEHOEFTE

Naast de ervaringen is aan de respondenten gevraagd waar zij behoefte aan hebben als het gaat om een samenwerking met de thuiszorg, en wat hier voor nodig zou moeten zijn. Door de respondenten zijn verschillende randvoorwaarden genoemd, wat betreft de samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg. Hieronder volgt een mindmap (figuur 4.3), die de kernthema's en codes, die bij dit topic horen, visualiseert.



Figuur 4.3 Mindmap 'behoefte'

KERNTHEMA: VORMGEVING SAMENWERKING

De respons die door de kerken is gegeven op het gebied van behoeften, valt onder één kernthema namelijk vormgeving samenwerking. Onder dit kernthema is de bescherming van de vrijwilliger naar voren gekomen. Een groot deel van de respondenten hebben aangegeven dat dit belangrijk is in een samenwerking. Er is door een respondent aangegeven dat de taken van een betaalde kracht, en een vrijwilliger goed gescheiden moeten blijven. Volgend citaat geeft dit weer:

"R: Dan denk ik dat we het héél goed moeten afkaderen, want het is, zijn, want het is echt vrijwilligerswerk hé." (label 5.3.2.4)

Een andere respondent heeft op hetzelfde vlak benoemd, dat het vrijwilligerswerk geen last moet worden. Dezelfde respondent heeft aangegeven dat zij hun taak uit liefde doen en zij daarom de vrijheid hebben om aan te geven wanneer iets 'boven hun pet' stijgt. Verder is de eigen taak van de professional aangekaart. Er is door een respondent aangegeven dat zij alleen iets willen betekenen in een bepaalde situatie als de thuiszorg hier ook haar bijdrage in levert. Respondenten hebben aangegeven dat ze behoefte hebben aan goede afspraken binnen de samenwerking met kerk en thuiszorg. Ook is genoemd dat een bepaalde mate van structuur nodig is binnen deze samenwerking. Verder is door een respondent aangekaart dat er afbakening moet zijn.

"I: Ja. En stel dat jullie als kerk samen zouden gaan werken met de thuiszorg waar zou je als kerk dan behoefte aan hebben? R: Nou in ieder geval een goeie afbakening en ook, dat is voor de thuiszorg denk ik lastig, dat wij alleen maar kortdurend doen..." (label 3.3.1.3)

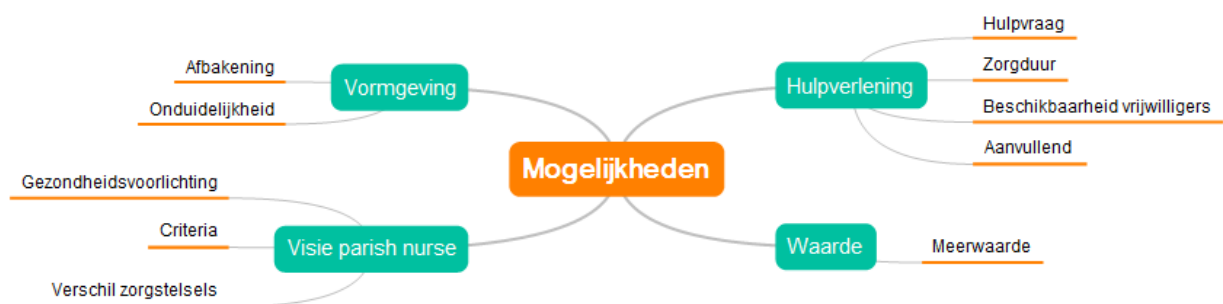
Daarnaast is uit de data naar voren is gekomen dat er in de samenwerking met de thuiszorg, behoefte is aan overleg door bijvoorbeeld tussentijds te evalueren. Het aanvullend willen zijn op de thuiszorg, is ook door de meeste respondenten benoemd. Een respondent heeft expliciet aangegeven dat dit ook geldt wanneer vrijwilligers een verpleegkundige achtergrond hebben.

Het laatste aspect wat door verschillende respondenten is aangekaart heeft betrekking tot de bekendheid van de initiatieven. Een respondent heeft genoemd dat zij graag aan de thuiszorg zou willen uitleggen, wat zij precies doen als kerk. Dit is gebleken uit het volgende citaat.

"R: ik zou bijvoorbeeld heel graag voor een omring wat hier is, een thuiszorgorganisatie, van wijkverpleegkundigen tot alpha hulp, ik zou daar bijvoorbeeld heel graag wat willen vertellen van wie zijn wij en wat doen wij en natuurlijk op ons niveau, op ons gebied maar dat zij er in ieder geval van weten." (label 2.4.1.6)

4.3.4 MOGELIJKHEDEN

Tot slot zijn de mogelijkheden besproken. Uit de gegevensanalyse zijn de volgende kernthema's naar voren gekomen: hulpverlening, randvoorwaarden en visie parish nurse. Hieronder volgt een mindmap (figuur 4.4), waarmee de kernthema's en codes gevisualiseerd worden.



Figuur 4.4 Mindmap 'mogelijkheden'

KERNTHEMA HULPVERLENING

Net als bij het topic 'het initiatief' is ook bij het topic 'mogelijkheden' een kernthema hulpverlening geformuleerd. Het eerste aspect wat hierbij naar voren is gekomen is de hulpvraag. Enkele respondenten hebben aangegeven de hulpvraag eerst te filteren voordat zij overgaan tot

hulpverleners. Dit filteren wordt gedaan om in te schatten wat de kerk kan en wil doen. De meeste respondenten staan open voor alle hulpvragen al wordt er bij sommige hulpvragen eerst overlegd voordat zij gaan hulpverleners. Daarnaast heeft een respondent aangegeven niet in te gaan op het psychisch hulpverleners. Een andere respondent heeft benoemd alleen op hulpvragen in te gaan en niet op zorgvragen.

Het tweede aspect wat uit de onderzoeksgegevens naar voren is gekomen is de zorgduur. Een deel van de respondenten heeft aangegeven een limiet gesteld te hebben aan de zorgduur zoals blijkt uit het volgende citaat:

“R: Want bij zorgSaam hebben we de eis van 6 weken en als het helemaal niet anders kan dan 3 maanden. Dus het is echt kortdurend” (label 3.1.1.1)

Bovenstaande respondent heeft aanvullend aangegeven dat de vrijwilliger in sommige situaties wel langer hulp blijft verlenen, ondanks het gestelde limiet. Een ander aspect wat naar voren is gekomen, is dat de beschikbaarheid van de vrijwilligers een rol speelt in de mogelijke samenwerking tussen kerk en thuiszorg. Er is bijvoorbeeld genoemd dat er een spanningsveld is tussen vrijwillig en betaald, dit omdat een betaalde kracht voornamelijk overdag beschikbaar is en de vrijwilliger over het algemeen 's avonds. Andere respondenten hebben aangegeven een mogelijke samenwerking te willen afhankelijk van het aantal en beschikbaarheid van de vrijwilligers. Het laatste aspect wat naar voren is gekomen, is dat alle respondenten zich in de mogelijke samenwerking met de thuiszorg puur als aanvulling zien. Daarnaast heeft een respondent aangegeven, alleen in noodgevallen, taken te willen vervullen van de thuiszorg.

Wat een respondent ook nog heeft genoemd is dat zij gebruik maken van een eigen cliëntvolgsysteem. Dit staat los van de bovenstaande codes, maar kan wel een mogelijkheid zijn binnen een samenwerking met de thuiszorg.

KERNTHEMA VORMGEVING

Tijdens het bespreken van de mogelijkheden zijn er een aantal punten naar voren gebracht die meegenomen moeten worden in de vormgeving van een samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg. Het eerste punt dat respondenten hebben aangegeven is dat het belangrijk is dat de grens bewaard wordt richting het professionele vlak. Het is belangrijk om niet in elkaars vaarwater te komen. Een respondent heeft aangegeven wel te willen rapporteren, wanneer een samenwerking nodig mocht zijn. Tevens heeft deze respondent benoemd geen verantwoordelijkheid te nemen voor situaties maar wel te kunnen aangeven wat zij ziet gebeuren. Het volgende citaat geeft dit weer:

“R: Je kunt de verantwoordelijkheid er niet voor nemen, maar je kunt wel aangeven van oké, dit zien wij gebeuren. Omdat je, in een bepaalde situatie, naja soms best wel een paar uur bent en dan zie je meer dingen gebeuren dan als je als hulpverlener even voor een gesprekje een uurtje komt, als de kinderen weg zijn, zodat mama rustig kan praten.” (label 4.4.1.4)

Naast een goede afbakening, hebben verschillende respondenten aangegeven het nog onduidelijk te vinden hoe een samenwerking eruit zou kunnen zien. Een respondent heeft bijvoorbeeld aangegeven niet te weten hoe de samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg zou moeten lopen. Deze respondent heeft geopperd om actief contact te gaan zoeken en/of een keer te overleggen. Een andere respondent heeft benoemd eerst een keer met de diaconie te willen overleggen of er mogelijkheden zijn. Weer een andere respondent heeft aangegeven het lastig te vinden om een

samenwerking te organiseren. Dit is eerder geprobeerd, maar toen werd de kerk teruggewezen naar de gemeente.

Als laatste punt is bekendheid naar voren gekomen. Een van de respondenten heeft in het interview aangegeven dat de meeste reguliere hulpverleners weinig afweten van de kerk en wat er in de kerk gebeurt. Een andere respondent heeft aangegeven geen bekendheid aan het initiatief te willen geven buiten de kerk. Dit omdat het op dit moment bedoeld is voor binnen de kerk. Daarnaast is er aangegeven dat de thuiszorg het contact moet leggen omdat bij de kerk de bevoegdheid daarvoor ontbreekt:

“R: En dan krijg je even overleg, en dan mag het ook, want dan komen zij en vanuit onze kant vind ik dat wij geen, dat die bevoegdheid hebben wij gewoon niet...” (label 2.4.1.7)

KERNTHEMA WAARDE

Tevens is aan de respondenten gevraagd of zij een meerwaarde zien in de samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg. Uit de analyse is naar voren gekomen dat een respondent heeft aangegeven, dat het recept van de overheid te weinig biedt en zij daarom een meerwaarde ziet in een samenwerking. In specifieke situaties zou een samenwerking meerwaarde hebben zo heeft een andere respondent aangegeven.

KERNTHEMA VISIE PARISH NURSE

Na alle vragen gesteld te hebben, hebben de onderzoekers uitleg gegeven over de parish nurse en wat zij doet. Hierna zijn de taken van de parish nurse in Amerika besproken. Allereerst is aan de respondenten gevraagd of zij gezondheidsvoorlichting geven en/of wat zij hiervan vinden. Uit de analyse is gebleken dat een aantal respondenten hebben aangegeven gezondheidsvoorlichting te geven al dan niet officieel. Eén van deze respondenten heeft expliciet vermeld dat als het voor de hand ligt, de kerk algeheel advies en voorlichting qua gezondheid geeft. Tevens heeft een van deze respondenten aangegeven wel gezondheidsvoorlichting te geven maar niet als doel op zich. Een andere respondent heeft aangegeven te wachten op de behoefte qua gezondheidsvoorlichting en dit ook meer een taak van de thuiszorg te vinden. Ook heeft een respondent gezegd gezondheidsvoorlichting niet te zien zitten, maar heeft wel aangegeven het een mooi initiatief te vinden. Tevens heeft deze respondent benoemt dat door het geven van gezondheidsvoorlichtingen de grens tussen professional en vrijwilligers vaag wordt. Daarnaast heeft een respondent verteld dat de kerk waartoe zij behoort opvoedingscursussen, vaderschapscursus, moederschapscursus en een cursus over geld aanbiedt.

Uit de datagegevens is gebleken hoe de respondenten tegenover spirituele zorg verlenen staan. Een respondent heeft aangegeven dat je spirituele zorg niet organiseert omdat je al omgaat met het geloof. Een andere respondent heeft vermeld in spirituele zorg een meerwaarde te zien maar of dat georganiseerd kan worden weet de respondent niet. Een andere respondent ziet niet zomaar een meerwaarde aangaande spirituele zorg, dit omdat in Nederland alles georganiseerd is. Deze meerwaarde is afhankelijk van het probleem. Hiertegenover staat dat een aantal respondenten hebben aangegeven al spirituele zorg te verlenen terwijl dit geen formele taak is. Bij het spirituele zorg verlenen is het belangrijk om het niet op te dringen en de regie bij de zorgvrager te laten liggen, zo heeft een respondent aangegeven. Tevens heeft deze respondent genoemd dat het niet de bedoeling is om te gaan evangeliseren omdat dit is afgesproken bij de oprichting van het initiatief.

Een andere respondent heeft nog aangegeven dat een vertrouwensband belangrijk is omdat het meer ruimte geeft. Deze respondent heeft ook vermeldt dat het in reformatorische kerken anders ligt, zoals het volgende citaat ondersteunt:

“R: Maar goed ook daarin, je wilt niks opdringen en dat in ieder geval in de reformatorische kerken ben ik er van overtuigd dat, dat niet het eerste is waar ze aan denken als ze het gevoel hebben van ik zit geestelijk in de knoop, dat ze dan denken van nou zal ik eens de hulpdienst van de kerk vragen.” (label 4.5.1.4).

Eén van de respondenten heeft aangegeven al spirituele zorg te verlenen, door deel te nemen aan een vrijwillig pastoraal team wat los staat van het initiatief. Een andere respondent heeft aangegeven open te staan voor het verlenen van spirituele zorg, maar zou hiervoor dan graag een toerustingscursus willen. Weer een andere respondent is van mening dat je een geestelijk gesprek met een zorgvrager zou kunnen hebben. De vraag is wel of de zorgvragers deze pastorale hulp gaan pikken:

“R: Of dat dan gelijk pastorale zorg, dat weet ik niet of ze dat zouden pikken, dat weet ik niet maar het kan ook gewoon ja ik vind wel dat het kan, dat je dan gewoon een geestelijk gesprek met iemand zou kunnen hebben” (label 6.5.1.1).

Naast spirituele zorg is ook de vormgeving van de parish nurse in Nederland aan bod gekomen, hieruit zijn criteria naar voren gekomen. Een respondent heeft aangegeven dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden mocht de parish nurse in de kerk werkzaam zijn en moet er ook een stuk bescherming geboden worden:

“R: Dus dan zou het wel kunnen als het echt nodig zou zijn, maar dan zou je een hele goede afspraken moeten hebben, ook een stuk bescherming. En dan kom je toch wel weer binnen een organisatie terecht denk ik. Of, maar het bestaat niet. Dus dan zou je dat moeten creëren hè.” (label 1.5.1.4).

Een andere respondent heeft benoemd, het begrip parish nurse besproken te hebben met de (oud) verpleegkundigen, lid van haar gemeente. Zij hebben gezegd open te staan voor de taken van de parish nurse. Zij willen alleen niet het stuk verpleging op zich nemen maar wel de innerlijke zorg:

“R: Ja ik vond dat een hele interessante in die zin dat ik heb hem wel uitgezet hier in de kerk bij mensen die in de in de zorg zitten en dan kom ik inderdaad op een aantal dames nu nog die hun hele leven in de zorg als verpleegkundige gewerkt hebben of als ziekenverzorgende. En die dus wel heel graag aansluiten bij onze team, team terminale thuiszorg. Maar juist dan dat stuk verpleging niet willen doen maar de andere kant juist, dus de innerlijke verzorging, hè de zorg om die mens. Maar wel dat stukje baggage meenemen, dat vinden ze leuk.” (label 1.5.1.5).

In het gesprek over de vormgeving van de parish nurse in Nederland is naar voren gekomen dat een respondent heeft aangegeven dat de parish nurse niet passend is in het Nederlands zorgstelsel. Een andere respondent is voorzichtiger hierover en heeft aangegeven dat het waarschijnlijk niet nodig is omdat in Nederland alles goed geregeld is. Weer een andere respondent is van mening dat ons zorgstelsel niet te vergelijken is met Amerika.

De onderzoekers hebben voorbeelden genoemd van de werkzaamheden van de parish nurse en een aantal respondenten hebben aangegeven een deel van deze taken al te doen, bijvoorbeeld het coördineren van vrijwilligers, het doorverwijzen naar professionele hulp of een stukje lezen uit de Bijbel.

4.3 THUISZORG

4.3.1 ERVARINGEN

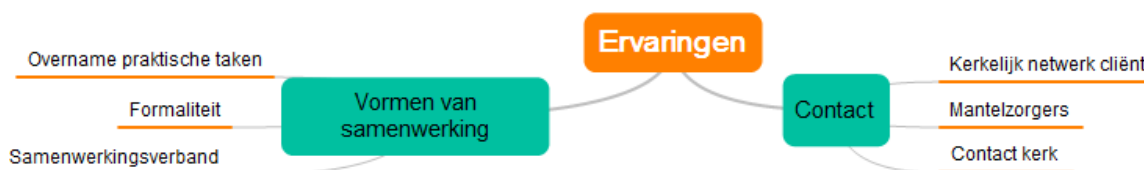
De meeste respondenten van de thuiszorg hebben aangegeven geen ervaring te hebben met samenwerking met de kerk. Deze antwoorden zijn uiteengelopen in bijvoorbeeld helemaal geen samenwerking of juist een thuiszorgorganisatie die de kerk wel wist te vinden maar waar er nog geen sprake is geweest van samenwerking. Dat wordt bevestigd in onderstaande citaat uit een interview:

"R: We hebben naar aanleiding van dit overleg ook een lijstje gemaakt met elkaars telefoonnummers en mailadressen, en dat soort dingen, van nou als je elkaar nodig hebt dan weet je elkaar te vinden, maar... Het is nog nooit weer voorgekomen." (label 2.1.3)

Uit de interviews is naar voren gekomen dat een paar thuiszorgorganisaties duidelijk initiatief hebben genomen richting een kerk voor samenwerking.

"R: (resoluut) Ja hoor. Ja, ja, twee. Twee personen, drie geloof ik zelfs die kan ik zo bellen, en zeggen van hebben jullie mensen beschikbaar daar en daar voor. Het gaat vaak om boodschappen doen, of mensen naar het ziekenhuis rijden, echt die mantelzorgtaken." (label 5.2.1)

Uit het analyseren van de interviews rondom de ervaringen zijn twee kernthema's naar voren gekomen. Hieronder volgt een mindmap (figuur 4.5) die deze kernthema's met bijbehorende codes visualiseert.



Figuur 4.5 Mindmap 'ervaringen'

KERNTHEMA: CONTACT

Het eerste kernthema rondom de ervaringen is contact. Hierbij zijn verschillende aspecten naar voren gekomen, zoals zichtbaar in de mindmap (figuur 4.5). Tijdens de interviews is er veel communicatie geweest rondom het begrip 'contact'. De respondenten hebben veel verschillende soorten contact benoemd op de vraag of er al ervaringen zijn met de kerk. Zo is er uit de onderzoeksgegevens gebleken dat er tussen cliënten en medewerkers uit de kerk al contacten waren voordat zij in zorg kwamen. Medewerkers in de vorm van predikanten of vrijwilligers of bekenden van de kerk. Hierin is door sommige respondenten ook nog onderstreept dat er zorginhoudelijk tussen de kerk en thuiszorg geen samenwerking is. Dit wordt weergegeven in onderstaande citaten:

"R: Maar ik heb nooit gehoord dat iemand, dat één van de verpleegkundigen, ik bel die diaken of ik bel die kerk, misschien kunnen zij iets betekenen." (label 1.1.9)

"R: ja er zijn wel mensen, maar dat is meestal omdat ze zelf naar de kerk gaan, en daar allemaal samenkomen, en dat die onderling wel contact hebben en langskomen." (label 4.1.2)

Daarnaast is er door een andere respondent nog een keer benadrukt dat er geen communicatie tussen kerk en de thuiszorg is maar dat dit wel is gebeurd via mantelzorgers. Het onderstaand citaat geeft dit weer:

"R: maar dat regel je dan niet rechtstreeks met die kerk he? Maar dan kan je wel via één van de kinderen bijvoorbeeld van wilt u dan de meneer van de kerk vragen of hij ook echt altijd op maandag komt..." (label 2.1.6)

KERNTHEMA: VORMEN VAN SAMENWERKING

Het tweede kernthema wat naar voren is gekomen bij de interviews rondom de ervaringen zijn de vormen van samenwerking. De codes hierbij zijn samenwerkingsverband, formaliteit en praktische taken. Tijdens de interviews is vaak naar voren gekomen dat er nog geen samenwerking is, of dat er wel samenwerking is maar dat dit nog niet formeel of structureel is. Ook is er door een respondent aangegeven dat ze elkaar wel weten te vinden maar dat er nog geen samenwerking uit ontstaan is. Onderstaande citaten geven bovenstaande weer:

"I: Nou, (naam)... hebben jullie al ervaring met uhm.. een kerkelijke organisatie... bij de Zorgmensen.

R: Nee, niet specifiek 1 organisatie, of 1 kerk dan.. Nee.." (Label 3.1.1)

"R: Nee ik heb er al over nagedacht, en niet echt. Althans er staat niks op papier ofzo." (label 5.1.1)

Daarnaast zijn er een paar respondenten die hebben aangegeven te hebben samengewerkt met een kerk of die dit momenteel doen. Hieruit kwamen verschillende taken naar voren die de kerk nu oppakt rondom cliënten. Die taken kunnen zijn bezoekwerk bij cliënten, oppas, samenwerking voor mantelzorgtaken, huishoudelijke taken, vervoer bieden, warme maaltijden aanreiken en contact voor leveren van vrijwilligerswerk.

"R: En daar gaan ook regelmatig mensen van de kerk heen, maar dat is met name ook bezoekwerk en ook naar het ziekenhuis rijden dat soort dingen." (label 5.1.8)

"R: Ja ik heb af en toe dat ik eens iemand van de kerk bel of voor vrijwilligerswerk." (label 6.1.1)

Een respondent heeft benadrukt, wat onderstaand citaat bevestigt, dat de kerk geen taken van de thuiszorg overneemt.

"R: Maar niet dat ze dingen van ons overnemen. Bijvoorbeeld die vrouw de steunkousen aan gaan trekken. Dat soort dingen niet." (label 5.1.9)

4.3.2 BEHOEFTE

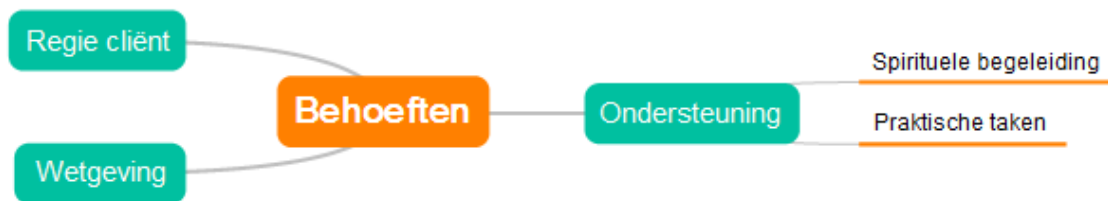
Naast het topic 'ervaringen' is er tijdens de interviews ook het topic 'behoeften' aangesneden. Verschillende respondenten hebben aangegeven behoeften te hebben aan ondersteuning vanuit de kerk. Ook was er een respondent die heeft aangegeven behoefte te hebben aan vrijwilligers, waar het niet uitmaakte of die wel of niet vanuit de kerk kwamen. Er waren ook enkele thuiszorgorganisaties die hier geen behoeften aan hadden of het niet wisten of deze behoefte naar ondersteuning ging ontstaan, zo bevestigen onderstaande citaten uit twee interviews:

"R: Ik heb geen idee." (label 3.2.7)

"R: Denkt, oké, we hebben zorgtijd genoeg, he, het lukt wel als we nog wat tijd over hebben, dan maak die boterham maar. Het is niet zo dat we dat standaard, dat we er heel veel moeite mee hebben om daar." (label 4.2.4)

De thuiszorgorganisaties die hebben aangegeven wel behoefte te hebben aan ondersteuning, hebben aangegeven dit vooral te hebben op de volgende twee gebieden: spirituele begeleiding en praktische zaken. Deze zijn onderverdeeld in het kernthema: ondersteuning. Deze zal eerst besproken worden. Daarnaast zijn er uit de resultaten nog twee kernthema's gekomen: wetgeving en

regie cliënt. Hieronder volgt een mindmap (figuur 4.6), die de kernthema's met bijbehorende codes visualiseert.



Figuur 4.6 Mindmap 'behoeften'

KERNTHEMA ONDERSTEUNING

Uit de onderzoekersgegevens is naar voren gekomen dat er behoefte is aan spirituele begeleiding. Hierbij kan gedacht worden aan aandacht voor levensvragen, een kerkvrijwilliger wat betreft zingeving, gesprekken en samenwerken met een palliatief team bij het levenseinde.

"R: Nou, we hebben hier best wel veel zorg die niet uhm.. die buiten ons uhm, vakgebied, zegmaar vallen als zijnde verzorgende of verpleegkundige uhm, als je dan echt kijkt naar de daadwerkelijke zorg zegmaar, dus mensen hebben best wel behoefte aan gesprekken en begeleiding en dat soort dingen." (label 3.2.4)

"R: Maar ik denk wel als het gaat om levensvragen.. dat we daar onvoldoende in voorzien. Ik denk dat er veel meer mogelijk is." (label 1.2.5)

Daarnaast is er uit de onderzoeksgegevens naar voren gekomen dat er behoefte is aan ondersteuning op het gebied van praktische taken. Verschillende respondenten hebben aangegeven dat zij nu eigenlijk nog taken doen die niet meer bij de thuiszorg horen. Onderstaand een voorbeeld:

"R: Want wij doen heel veel dingen nog die eigenlijk... diepe zucht.. ja.. die niet zozeer bij ons horen, maar die iemand moet doen, neem urine wegbrengen naar de huisarts, wie moet dat nou doen? Die cliënt naar de dagverzorging brengen.. ja.. de gemeente vergoedt het niet dus, wij zijn er toch dus dan doen wij het wel." (label 1.2.3)

Er zijn verschillende taken benoemd door de respondenten rondom de behoefte aan ondersteuning. Uiteenlopend van een praatje maken met cliënten, bezoekwerk tot het bieden van dag structuur aan een dementerende cliënt. Daarnaast is er ook een paar keer benoemd dat vrijwilligers uit de kerk mantelzorgtaken kunnen wegnemen of mantelzorgers kunnen ontlasten. Er is ook een respondent die heeft aangegeven gewoon iets extra's aan te willen bieden aan de cliënt.

"R: wel, een uhm.. een deel van de mantelzorgtaken weg kunnen nemen..." (label 1.2.4)

"R: uh want ja, daar hebben ze niet genoeg vrijwilligers voor. Dan gaat het echt meer om een gezellig praatje met iemand te maken of naar het ziekenhuis te gaan en dat soort dingen dat doen ze wel." (label 4.2.5)

KERNTHEMA WETGEVING

Verschillende respondenten hebben daarnaast aangegeven dat zij door de veranderde wetgeving behoefte hebben aan ondersteuning.

"R: Ja dat is wel spannend, omdat je je doet nu eigenlijk al iets wat niet mag, wat je niet in het zorgplan hebt, verwerkt, uhm.. maar goed ik vind het wel, zolang je het doet tijdens dat hij zijn medicijnen inneemt, kijk dan vernoem je het gewoon daaronder, en dan kan je het ondertussen doen." (label 3.2.6)

"R: Maar ja ik zie daar echt veel in, vooral met de veranderde wetgeving." (label 5.2.2)

KERNTHEMA REGIE CLIËNT

Als laatste punt rondom de behoeften is tijdens verschillende interviews door sommige respondenten benoemd dat ze de behoefte aan ondersteuning vooral aan de cliënt willen overlaten; de thuiszorgorganisatie laat de regie in deze bij de cliënt. Onderstaand citaat bevestigt dit:

"R: Ja dan willen we wel eens verwijzen naar een kerkelijk iemand, maar dat laten we dan vaak aan de persoon zelf over." (label 2.2.5)

4.3.3 MOGELIJKHEDEN

Op het gebied van mogelijkheden is uit de data-analyse gebleken dat veel thuiszorgorganisaties wel mogelijkheden zien, maar dat er ook onzekerheden zijn. Er zijn een aantal voorwaarden benoemd waaraan moet worden voldaan, voordat een samenwerking tot stand gebracht kan worden. Tijdens de mogelijkheden is er een paar keer gesproken over de parish nurse. Hiervoor hebben verschillende thuiszorgorganisaties mogelijkheden benoemd.

De codes die door de analyse tot stand zijn gekomen zijn onderverdeeld in twee kernthema's die nu besproken zullen worden: complexiteit & onzekerheid en afspraken. Hieronder volgt een mindmap (figuur 4.7) die de kernthema's en bijbehorende codes visualiseert.



Figuur 4.7 Mindmap 'mogelijkheden'

KERNTHEMA COMPLEXITEIT EN ONZEKERHEID

Uit de onderzoeksgegevens is naar voren gekomen dat een paar thuiszorgorganisaties hebben aangegeven zorgen te hebben rondom de privacy van cliënten. Zij hebben aangegeven dat de privacy wel gedekt moet zijn voordat een dergelijke samenwerking tot stand gebracht kan worden.

"R: Ik denk zeker dat het mogelijk is, ik denk dat je qua privacy en dergelijke, met je dossiers, daar moet je mee uitkijken, want hoe ga je dat doen en hoe erg dring je iemand op en is, kan zo'n vrijwilliger dit goed scheiden." (label 1.3.1)

Ook een andere respondent heeft aangegeven hier zorgen over te hebben maar kwam ook gelijk met een oplossing. Zij heeft aangegeven te werken via een elektronisch cliënten dossier en heeft aangegeven dat de cliënt bij hen dan toestemming zou kunnen geven voor inzage in het dossier wat een oplossing zou bieden voor de privacy.

"R: onze organisatie werkt met een elektronisch zorgdossier, waarvan de klant eigenaar is. En de klant krijgt ook een persoonlijke inlogcode om alle gegevens in te kunnen zien. Dus ik denk inderdaad tot als die samenwerking er komt, is de klant natuurlijk zelf verantwoordelijk aan wie hij die inlogcode geeft en wie dus ook inzage heeft in het volledige zorgdossier." (label 4.3.11)

Daarnaast heeft een respondent aangegeven het belangrijk te vinden dat de vrijwilliger en de cliënt een klik hebben met elkaar en dezelfde interesses delen. Dan zal zo'n samenwerking positief verlopen aldus hen. Een andere respondent heeft benoemd vooral helderheid te willen wat de cliënt precies zou willen.

Wat ook rondom het kernthema complexiteit en onzekerheid is benoemd is dat een aantal respondenten zich hebben uitgesproken over mogelijke expertise bij de vrijwilliger of kerkelijk coördinator. Sommige respondenten hebben aangegeven het niet als voorwaarde te zien dat de vrijwilligers kennis over de zorg hebben. Wel hebben zij aangegeven dat ze het wel belangrijk vinden dat de coördinator die de vrijwilligers aanstuurt deze kennis wel heeft, en dan met name over de sociale kaart.

"R: ik denk niet per se dat het een voorwaarde moet zijn, ik vind het gewoon belangrijk dat diegene wel kennis heeft van de sociale kaart." (label 4.3.7)

Ook heeft een respondent aangegeven het belangrijk te vinden dat de kerkelijk coördinator achtergrondkennis heeft over de wetgeving. Een respondent heeft daarnaast benoemd dat de coördinator verstand van zaken moet hebben en dat de coördinator een verpleegkundige achtergrond moet hebben en een pastoraal hart. Daarnaast hebben een aantal respondenten ook nog hun zorgen geuit over claimend gedrag van cliënten naar de vrijwilligers toe en hoe vrijwilligers bijvoorbeeld omgaan met psychiatrische cliënten.

"R: weten wat er gebeurt. En we merken wel dat claimend gedrag bij vrijwilligers dan net zo groot zijn. En dat wordt dan wel heel lastig, dus je moet ook wel stevig in je schoenen en gaan zeggen dit is de grens, en wat kan, en wat mag." (label 1.3.6)

Tot slot zijn er door meerdere respondenten mogelijke risico's benoemd die een mogelijke samenwerking kunnen belemmeren. Allereerst heeft een respondent aangegeven dat er veel ouderen zijn en weinig vrijwilligers. Dit is ook benoemd door een andere thuiszorgorganisatie. Daarnaast heeft een respondent aangegeven dat er in hun omgeving kerkverlating is. Hoe moeten daarvandaan vrijwilligers komen vroeg zij zich af.

"R: Ja, omdat wij, naja dat is misschien omdat het hier Friesland is, de kerkelijke samenstelling is in heel veel gemeentes echt wel wat verouderd, dus we hebben gewoon heel veel oudere mensen en heel weinig mensen die vrijwilligerswerk dragen zeg maar." (label 2.3.10).

Daarnaast heeft een respondent aangegeven als mogelijk risico dat er mogelijk desinteresse is vanuit collega's naar zaken die met de kerk te maken hebben. Tijdens het interview kwam al een mogelijke oplossing naar voren, namelijk het aanreiken van een voorlichting hierover. Ook heeft een respondent benoemd als mogelijk risico dat een vrijwilliger kan afbellen en geen contract heeft, zij vroegen zich af hoe dit dan op korte termijn opgevuld kan worden.

KERNTHEMA: AFSPRAKEN

Uit de data-analyse is als laatst gebleken dat er verschillende aspecten naar voren zijn gekomen die betrekking hebben op het maken van afspraken. Dit betreft afspraken over bijvoorbeeld een aanspreekpunt. Verschillende respondenten hebben aangegeven zich af te vragen wie de rol van aanspreekpunt in een mogelijke samenwerking zal vervullen.

"R: Dus dat is dan wel weer, daar moet je wel heel goed over nadenken, van wie is daar dan uiteindelijk degene die, nouja, de eerste aanspreekpunt van die cliënt is. Is dat de wijkverpleegkundige van de thuiszorgorganisatie, of

is dat misschien wel de praktijkondersteuner, of is dat diegene van de kerk? Dat heb ik niet helder zegmaar hoe je dat praktisch zou moeten gaan organiseren dan eh." (label 2.3.6)

Daarnaast hebben vrijwel alle thuiszorgorganisaties geuit dat zij graag duidelijkheid willen hebben omtrent de taakverdeling binnen de samenwerking. Wat kunnen de vrijwilligers van de kerk betekenen en wat niet? Wat zijn de mogelijkheden van de kerk? Waarin zijn de vrijwilligers bevoegd? Dit waren allemaal vragen die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen. Onderstaand citaat illustreert een van deze opmerkingen:

"R: ja ik denk dat je toch echt wel gescheiden moet houden wat echt onder verpleging en verzorging valt, en dat wij dat blijven doen, dus wat wij dan indiceren zal ik maar zeggen. Dus de steunkousen vind ik een beetje, ja, daar kun je het over hebben. uh maar, uhm, alle andere dingen eromheen, die anders misschien, zeker in het verleden wel meededen nog, neem dan bijvoorbeeld de maaltijden ofzo, dat dat dan naar de kerk zou gaan." (label 5.3.2)

Als laatste is uit de onderzoeksgegevens naar voren gekomen hoe de communicatie tussen beide organisaties tot stand kan worden gebracht. Hierbij zijn verschillende voorbeelden naar voren gekomen en is de essentie van duidelijke communicatie benadrukt. Onderstaand een respondent die heeft aangegeven dat de communicatie via het elektronisch zorgdossier kan plaatsvinden wat hen betreft.

"R: communicatie via elektronisch zorgdossier." (label 4.3.10)

5 CONCLUSIE

Nu de resultaten zijn toegelicht is het mogelijk antwoord te geven op de deelvragen en aansluitend de hoofdvraag.

Deelvraag 1: Welke ervaringen heeft de thuiszorg op het gebied van samenwerking met kerken?

Uit de verschillende respons van de geïnterviewde thuiszorgorganisaties is gebleken dat er nog weinig tot geen ervaringen zijn rondom samenwerking tussen kerk en thuiszorg. Het merendeel van de organisaties heeft aangegeven dat er nog geen enkele samenwerking is geweest. Een klein deel van de thuiszorgorganisaties heeft aangegeven weleens te hebben samengewerkt met de kerk maar dit waren slechts enkele keren en dit was niet formeel of structureel. De taken die dan zijn uitgevoerd door de kerk waren bijvoorbeeld bezoekwerk bij cliënten, warme maaltijden aanreiken, huishoudelijke taken uitvoeren en het bieden van vervoer. Wel hebben organisaties aangegeven dat er tussen cliënten en mensen van de kerk wel contacten zijn maar dat deze niet door de thuiszorgorganisatie zijn ontstaan. Ook wordt er via mantelzorgers gecommuniceerd met mensen van de kerk.

Deelvraag 2: Welke behoeften heeft de thuiszorg op het gebied van samenwerking met kerken?

Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de thuiszorgorganisaties behoefte heeft aan een samenwerking met de kerk. De behoefte bestaat vooral uit ondersteuning op het gebied van spirituele begeleiding en praktische taken. Bij spirituele begeleiding kan gedacht worden aan het meer aandacht hebben voor levensvragen en het voeren van geestelijke gesprekken. Bij praktische taken gaat het over een fietsmaatje of de afwas doen bij cliënten. Wat ook geconcludeerd kan worden is dat de behoefte van de thuiszorg gedeeltelijk aansluit op wat de onderzoekers hebben gevonden aan literatuur rondom de taken van de parish nurse. Onder andere Lueders Bolwerk (2009) heeft benoemd dat de parish nurse integratie van spiritualiteit voorstaat. Dit sluit aan op de behoefte van de thuiszorg. Anderzijds is uit de literatuur niet op te maken dat de parish nurse alledaagse praktische handelingen verricht zoals het afwasje doen, de hond uitlaten of fietsmaatje kan zijn van mensen. Dit sluit dus niet aan op de behoeften van de thuiszorg.

Deelvraag 3: Welke ervaringen heeft de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg in Nederland?

Uit de respons van de interviews met de kerk, is gebleken dat het merendeel heeft aangegeven geen ervaringen te hebben in samenwerking met de thuiszorg. De meeste respondenten hebben aangegeven dat wanneer er contact was of is, dit vanuit de thuiszorg komt, om de kerk te vragen wat zij zouden kunnen betekenen. Zo zijn verschillende kerken door thuiszorgorganisaties gebeld voor hulp bij praktische taken, waar de thuiszorg geen indicatie voor kan stellen. Dit is een vorm van samenwerking. Veel van de respondenten zien dit contact echter niet als een samenwerking, maar meer als het aanvullen van de thuiszorg.

Deelvraag 4: In welke behoeften voorziet de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg in Nederland?

Vanuit de resultaten is gebleken dat de verschillende initiatieven, als het gaat om een vorm van samenwerking met de thuiszorg, vooral praktische taken hebben vervuld. Een voorbeeld is het wegbrengen van urine voor een cliënt van de thuiszorg. Uit het antwoord op deelvraag 3 blijkt dat er weinig samenwerking is met de thuiszorg. Dit verklaart dan ook het feit dat er verder nog in weinig

behoeften wordt voorzien door de kerken als het gaat om samenwerking met thuiszorg. Wel hebben de kerken benoemd welke taken zij momenteel vervullen en in welke behoefte zij dus eventueel wel kunnen gaan voorzien. Ook dit ligt vooral op praktisch gebied zoals bijvoorbeeld bezoeken, boodschappen doen en het helpen met het huishouden. Ook zijn er door een aantal kerken taken genoemd die meer op het gebied van zorg liggen zoals het doorverwijzen naar professionele zorg wanneer nodig en het bieden van spirituele zorg. Er kan dus gesteld worden dat er momenteel nog in een klein aantal behoeften wordt voorzien omdat er nog weinig tot geen samenwerking is met de thuiszorg.

Deelvraag 5 Welke behoeften heeft de kerk op het gebied van samenwerking met thuiszorgorganisaties?

Er zijn verschillende behoeften genoemd die de kerken hebben wanneer er een samenwerking zou zijn. Zo vinden veel kerken de bescherming van de vrijwilliger in deze van belang. Daarnaast wil het merendeel van de kerken geen professionele hulp overnemen, en zeker niet daar waar de overheid een taak heeft. Zij willen dus aanvullend zijn op de thuiszorg. Andere punten waar de kerk behoefte aan heeft als het gaat om samenwerking zijn duidelijke afspraken, bijvoorbeeld met betrekking tot de zorgduur. Tevens is een goede afbakening van de taakverdeling en overleg met de thuiszorg in de vorm van tussentijds evalueren en rapporteren nodig. Tot slot is er bij een kerk de behoefte genoemd aan meer bekendheid richting de thuiszorg, met betrekking tot hetgeen zij doen.

Deelvraag 6: Welke mogelijkheden voor een samenwerking zien de kerk en de thuiszorg?

Meerdere kerken en thuiszorgorganisaties hebben aangegeven mogelijkheden te zien voor een samenwerking. Wel hebben beide partijen randvoorwaarden aangegeven die van belang zijn binnen een eventuele samenwerking. Het antwoord op deelvraag 5 laat al een aantal behoeften zien die de kerk heeft binnen een samenwerking, dit zegt indirect ook wat over de mogelijkheden die er zijn binnen een samenwerking. Aanvullend op deelvraag 5 kan nog genoemd worden dat een aantal kerken mogelijkheden zien, maar niet goed weten hoe een samenwerking tot stand zou moeten komen. Op het gebied van de taken van de parish nurse staan zijn er aantal kerken die al spirituele zorg verlenen. Andere kerken staan hier voor open, waarbij is genoemd dat een toerustingscursus op dit gebied wenselijk is. Gekeken naar landen als Amerika en Engeland komt dit stukje scholing overeen, want de parish nurse in deze landen wordt geschoold om dit soort taken uit te voeren (All Nursing Schools, z.d.). Daarnaast hebben een aantal respondenten aangegeven soms gezondheidsvoorlichting te geven, maar dit is geen formele taak. Een respondent heeft aangegeven dat deze taak meer bij de thuiszorg hoort. De thuiszorg vindt het binnen een samenwerking onder andere van belang dat de privacy van de cliënt gewaarborgd wordt en dat er voldoende expertise is bij de vrijwilliger of kerkelijke coördinator. Daarnaast zijn er zorgen over het omgaan met psychiatrische cliënten en claimend gedrag. Als laatste heerst er onduidelijkheid over de taakverdeling bij een dergelijke samenwerking. Wanneer voor deze punten een oplossing is, zien beiden zeker mogelijkheden.

Hoofdvraag

Welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden hebben vertegenwoordigers van de thuiszorg en de kerk op het gebied van samenwerking tussen deze twee partijen?

Met behulp van de antwoorden op de verschillende deelvragen kan geconcludeerd worden dat er weinig ervaringen zijn op het gebied van samenwerking tussen kerk en thuiszorg. De enkele ervaringen die er zijn, zijn niet structureel en niet formeel. Wel is gebleken dat een groot gedeelte

van de thuiszorgorganisaties behoefte heeft aan een vorm van samenwerking. Deze behoefte ligt vooral op het gebied van spirituele begeleiding en ondersteuning bij praktische taken. De behoefte die genoemd is door de thuiszorg, sluit dus grotendeels aan bij wat de kerk momenteel al doet, alleen nog niet expliciet voor de thuiszorg. De behoeften van de kerk bestaan voornamelijk uit een aantal randvoorwaarden binnen een samenwerking. Alle thuiszorgorganisaties hebben aangegeven mogelijkheden te zien voor een eventuele samenwerking met de kerk. Zij hebben net als de kerk ook randvoorwaarden gesteld voordat een samenwerking gerealiseerd wordt. Deze komen in meerdere mate overeen met die van de kerk. Al met al zijn er wat de kerk en de thuiszorg betreft, zeker mogelijkheden voor een samenwerking, mits aan de randvoorwaarden wordt voldaan.

6 DISCUSSIE

6.1 INHOUDELIJK

Tijdens het analyseren van de interviews is gebleken dat er geen verzadigingspunt is bereikt. Hoewel er geen verzadiging is, is dit onderzoek wel waardevol. Dit omdat het doel van het onderzoek een verkennend karakter had, en er dus ook niet de verwachting is geweest dat er verzadiging op zou treden. Het onderzoek heeft een eerste indicatie laten zien hoe verschillende kerken en thuiszorgorganisaties aankijken tegen een samenwerking. Van tevoren is al gebleken dat hier nog geen onderzoek naar is gedaan in Nederland, wat de waarde heeft aangeduid van dit onderzoek. Een vervolgonderzoek zou wel aan te raden zijn om een nog duidelijker beeld te krijgen hoe een samenwerking eruit zou kunnen zien. Dit is daarom ook beschreven bij de aanbevelingen.

Ook voor de opdrachtgever is dit onderzoek van waarde. Het onderzoek is een aftrap geweest om te kijken hoe de kerk en de thuiszorg tegen een samenwerking aankijken en om te onderzoeken of er al ervaringen zijn op dat gebied. De resultaten hebben dit ook laten zien. Het onderzoek kan daarnaast zeker bijdragen aan de verdere inbedding van een samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg in Nederland. Dit laat ook gelijk zien dat de doelstelling van het onderzoek is behaald.

Vanuit de resultaten is gebleken dat er weinig formele ervaringen zijn als het gaat om samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg. Van tevoren hadden de onderzoekers dit ook verwacht, omdat er geen literatuur over te vinden was. Door de weinige ervaringen zijn er geen duidelijke voorbeelden uit het onderzoek gekomen, hoe een samenwerking eruit zou kunnen zien.

Daarnaast hebben de onderzoekers in het theoretisch kader, de parish nurse zoals deze in Amerika functioneert, uitgewerkt en beschreven. Echter de opdrachtgever heeft, voorafgaand aan het uitvoeren van het praktisch gedeelte van het onderzoek, aangegeven dat de term 'parish nurse' niet genoemd mocht worden tijdens de interviews. De onderzoekers zijn hiermee akkoord gegaan. Dit omdat het teveel zou kunnen sturen voor een interpretatie bij de respondenten, wat de gegevensverzameling te kort zou kunnen doen. Om deze reden zijn de resultaten van het onderzoek meer gericht op de ervaringen, behoeften en mogelijkheden van de respondenten op het gebied van een samenwerking tussen kerk en thuiszorg. Hierdoor is het soms lastig geweest om een goede verbinding te leggen tussen de theorie en de praktijk. Omdat dit onderzoek is afgeleid van het concept parish nurse, hebben de onderzoeker ervoor gekozen om dit onderwerp aan het eind van het interview nog wel te behandelen. Omdat aan het eind van de interviews de parish nurse wel besproken is, is het wel mogelijk geweest om in bepaalde mate een verbinding te leggen met de eerste hoofdstukken van dit onderzoek.

Vanuit de theorie is gebleken dat de parish nurse in Amerika verschillende taken vervuld. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de kerk verschillende van deze taken al vervuld, maar een gedeelte ook nog niet. Vooral de taak van gezondheidsvoorlichter en het verlenen van spirituele zorg wordt niet door elke kerk gedaan. In Amerika is dit wel expliciet een taak van de parish nurse (Abbott, 2001; Lueders Bolwerk, 2009; Maddox, 2001; Westerberg, 1987) De thuiszorg heeft laten zien dat zij ook geen behoefte heeft aan alle taken die de parish nurse vervuld. Hun behoefte ligt vooral op het gebied van spirituele zorg als het gaat om de taken van de parish nurse. Van tevoren was al verwacht dat er niet exact dezelfde behoefte zou zijn aan taken, zoals de parish nurse deze in

Amerika vervuld. Dit omdat de zorgstelsels van Nederland en Amerika duidelijk van elkaar verschillen (Koenraadt, 2013).

6.2 METHODOLOGISCH

Zoals in de methode is beschreven is er gebruik gemaakt van half-gestructureerde interviews voor dit onderzoek. Bij de kerk en de thuiszorg zijn beiden zes interviews afgenomen. Deze vorm is rondom de drie topics van de thuiszorg en de vijf topics van de kerk een goede uitvalsbasis gebleken. Het halfgestructureerd interview heeft ook de ruimte gegeven om, voordat de interviews plaatsvonden, een topiclijst voor de thuiszorg en voor de kerk op te stellen en de topics zo aan bod te laten komen. Omdat de onderzoekers graag verspreid over Nederland interviews wilden afnemen, was het afnemen van meer interviews qua tijd niet mogelijk. Wel zijn er kerken en thuiszorgorganisaties met verschillende achtergronden geïnterviewd en zijn de interviews zoveel mogelijk gespreid over Nederland afgenomen. Hierdoor is er door de onderzoekers een zo representatief mogelijk beeld neergezet, omdat de steekproef een goede afspiegeling heeft gegeven van de populatie waarnaar de onderzoekers hebben gegeneraliseerd (Boeije, 't Hart, & Hox, 2009). Bij dit onderzoek is het niet mogelijk gebleken tot volledige verzadiging te komen. Er is maar een selecte en heterogene groep uit alle thuiszorgorganisaties en kerken binnen Nederland gekozen. Wat in de praktijk is gezien, is dat in het laatste interview nog nieuwe informatie naar boven is gekomen. Wel is het mogelijk geweest de onderzoeksvragen te beantwoorden met de verzamelde data.

De onderzoeksopzet, met de gekozen interview vorm, is geschikt geacht om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Echter een focusgroep had misschien nog meer en andere informatie opgeleverd. Vanwege de tijd en spreiding van de respondenten is dit alleen niet realiseerbaar geacht. De interviews van de thuiszorg hebben vooral plaatsgevonden in drukke omgevingen. Bij één interview ging vaak de telefoon af van de respondenten en zaten de onderzoekers op een druk kantoor waar ook andere mensen liepen. Deze factoren kunnen ervoor gezorgd hebben dat de respondenten door de druk, snellere of minder nauwkeurige antwoorden hebben gegeven. Het kan zo zijn dat de interviewers en onderzoekers hierdoor een mindere concentratie hadden tijdens het interview en dit kan de resultaten beïnvloed hebben. Echter, de respondenten hebben de tijd genomen voor de interviews en hebben niet de indruk gegeven haast te hebben.

Baarda (2014) heeft in het boek "Dit is onderzoek" beschreven, dat je goed getrainde interviewers nodig hebt en dat dit kostbaar kan zijn. Doordat de onderzoekers nog weinig ervaring hadden met het afnemen van interviews kan dit dus de resultaten beïnvloed hebben. Dit is zoveel mogelijk voorkomen door bij de kerk en de thuiszorg eerst twee proefinterviews af te nemen. Toch zijn met name in de eerste interviews soms teveel gesloten vragen gesteld en is er soms teveel gestuurd. De onderzoekers hebben zich hierin gecorrigeerd in het vervolg maar dit kan dus nadelig zijn geweest ten opzichte van de resultaten.

Alle interviews zijn, na het afnemen, onafhankelijk van elkaar geanalyseerd en daarna met elkaar vergeleken. Tijdens het vergelijken van de onafhankelijke analyses bleek er een grote mate van overeenstemming te zijn. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Daarnaast is er tijdens het analyseren elke keer teruggegaan naar het transcript. Dit heeft ervoor gezorgd dat de resultaten zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst zijn gebleven. Het onderzoek is niet generaliseerbaar, omdat er met de steekproefgrootte van dit

onderzoek geen uitspraak gedaan kan worden over alle kerken en thuiszorgorganisaties in Nederland. Echter de respondenten hebben gezamenlijk een indicatie weergegeven over het onderzochte probleem.

Wat betreft de validiteit van dit onderzoek kan gesteld worden dat het onderzoek een hoge interne validiteit heeft, maar een lage externe validiteit. Bakker en Van Buuren (2014) hebben beschreven dat het ook niet mogelijk is om binnen één onderzoek een hoge interne validiteit en een hoge externe validiteit te hebben. Baarda et al. (2013) hebben een aantal manieren benoemd om de validiteit of geldigheid van het onderzoek te bevorderen. Zo hebben zij bijvoorbeeld triangulatie en een literatuurstudie genoemd. Deze twee maatregelen zijn allebei van toepassing op dit onderzoek, waardoor de interne validiteit hoog is gehouden.

6.3 VERPLEEGKUNDIGE VISIE

Vanuit de inhoudelijke discussie is gebleken dat het concept van de parish nurse in Amerika niet geheel kan worden overgenomen in Nederland. De onderzoekers zijn dan ook van mening dat de parish nurse, zoals dit in Amerika is vormgegeven, niet past binnen het Nederlands zorgstelsel. In Amerika is er grote ongelijkheid en een tweedeling in de zorg, zoals van der Ven (2015) beschrijft. In Nederland is dat niet het geval, en is de professionele zorg over het algemeen goed geregeld. De basis van het concept is daarentegen zeker van waarde, echter in een totaal andere vorm dan in Amerika. Kijkend naar de taken van de parish nurse die door Lueders Bolwerk (2009) benoemd worden zullen er een aantal een plaats kunnen krijgen in het Nederlands zorgstelsel. Zij beschrijft dat de parish nurse werkt als gezondheidsvoorlichter. De onderzoekers zijn van mening dat deze taak voorbehouden is aan professionele zorg. Wouda, Van de Wiel en Van de Wiel (2014) hebben beschreven dat de verpleegkundigen verplicht zijn om een goede voorlichting te geven volgens de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Zij schrijven dat voorlichting aan patiënten meer inhoudt dan de patiënt informeren over zijn aandoening en de hulpverleningsmogelijkheden. De onderzoekers vinden dus dat de parish nurse verpleegkundig opgeleid moet zijn om voorlichting aan te kunnen bieden. Mocht dit niet het geval zijn, dan is dit voorbehouden aan professionals. Echter voor de taken zoals doorverwijzen van mensen met gezondheidsproblemen, het coördineren en het integreren van spiritualiteit binnen de zorgverlening zien de onderzoekers wel een plaats binnen het mogelijke takenpakket van de parish nurse in Nederland. Deze visie is gebaseerd op de resultaten.

De onderzoekers hebben gesteld dat de parish nurse een verpleegkundige moet zijn, dit omdat zij over alle competenties beschikt die nodig zijn voor de parish nurse in Nederland, concluderend op de resultaten. Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens (2007) hebben beschreven dat de verpleegkundige zicht heeft op het functioneren van de zorgvrager in zijn of haar sociale netwerk. De verpleegkundige participeert bij het herkennen en vaststellen van de totale zorg en vervult hierin dus een coördinerende rol. De parish nurse kan alleen doorverwijzen en mag zelf geen handelingen uitvoeren. Vanuit de data-gegevens is naar voren gekomen dat met name de thuiszorg behoefte heeft op gebieden die niet met verpleegkundige en verzorgende handelingen te maken hebben. De kerk geeft aan om aanvullend te zijn. De onderzoekers sluiten met hun visie hierbij aan; het is niet de bedoeling dat waar professionele zorg ingezet kan worden, dit de parish nurse gaat doen. Qua scholing zijn de onderzoekers van mening dat de parish nurse geen scholing hoeft te volgen, omdat zij verpleegkunde heeft gestudeerd. Dit neemt niet weg dat zij bijvoorbeeld een toerustingscursus zal moeten volgen over spiritualiteit.

Binnen een samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg vinden de onderzoekers dat er, voor zowel de parish nurse als voor de wijkverpleegkundige, een rol is weggelegd. Zoals hierboven beschreven, heeft de wijkverpleegkundige ook een coördinerende rol. Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens (2007) hebben tevens beschreven dat de (wijk)-verpleegkundige een observerende en signalerende rol heeft en de behoeften van de zorgvrager analyseert en interpreteert. Dit wordt onderstreept in de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze richtlijn voor het handelen van de verpleegkundige beschrijft dat de verpleegkundige de zorgvrager centraal stelt en opkomt voor de belangen van deze (V&VN, 2015). Wat uit de resultaten naar voren is gekomen is dit met name op het gebied van (spirituele) begeleiding en praktische hulp. Kijkend naar de competenties van de (wijk)-verpleegkundige spoort zij deze behoeften op en zoekt hiervoor ondersteuning. Dit kan zijn in de vorm van een WMO-indicatie bij bijvoorbeeld maaltijdvoorziening, maar wanneer deze niet afgegeven wordt, is het zaak om op zoek te gaan naar mantelzorgers/vrijwilligers. Een samenwerking met een kerk voor ondersteuning van vrijwilligers zou een goed voorbeeld zijn en de wijkverpleegkundige zou dit contact kunnen vormgeven en coördineren. Vanuit verpleegkundig oogpunt zien de onderzoekers kansen om op deze manier de kwaliteit van zorg voor de zorgvrager te verbeteren. Daarom vinden de onderzoekers het ook belangrijk dat de wijkverpleegkundigen zich bewust zijn van het feit dat ze de kerk kunnen benaderen voor eventuele vrijwilligers.

7 AANBEVELINGEN

Vanuit de resultaten en conclusie zijn een aantal aanbevelingen voortgekomen. Deze zullen in dit hoofdstuk worden benoemd en kort worden toegelicht.

7.1 MICRONIVEAU

DOE VERVOLGONDERZOEK

Voor de opdrachtgever is het is aan te bevelen om, vanuit het Lectoraat van Zorg en Zingeving, vervolgonderzoek te doen naar een samenwerking tussen de kerk en de thuiszorg. Uit dit onderzoek is gebleken dat de meeste kerken hier voor open staan en dat de meeste thuiszorgorganisaties hier ook behoefte aan hebben. Er zijn alleen nog wat onduidelijkheden en knelpunten die een samenwerking in de weg zouden kunnen staan. Daarom de aanbeveling om een vervolgonderzoek te doen waarbij je beide partijen samenbrengt, bijvoorbeeld in de vorm van een focusgroep. Hierbij kan men in gesprek gaan over de onduidelijkheden en knelpunten binnen deze samenwerking. Tijdens een dergelijke focusgroep kunnen de mogelijkheden uit dit onderzoek besproken worden. Er kan bijvoorbeeld besproken worden hoe de privacy in een samenwerking wordt gewaarborgd, wie het vaste aanspreekpunt wordt en hoe duidelijke afspraken op papier komen over bijvoorbeeld de taakverdeling.

7.2 MESONIVEAU

ORGANISEER EEN CONTACTDAG

Uit het onderzoek is gebleken dat de thuiszorg de kerk niet altijd weet te vinden en dat de kerk ook niet altijd voor bekendheid zorgt. Daarom de aanbeveling om een contactdag te organiseren waarbij zorgcoördinatoren van de kerk en wijkverpleegkundigen van de thuiszorg worden uitgenodigd. Hierbij zal ook een deskundige rondom dit onderwerp aanwezig moeten zijn die voorlichting geeft. Op deze contactdag kunnen ideeën uitgewisseld worden omtrent dit onderwerp. Daarnaast kunnen er bijvoorbeeld workshops worden gehouden waarbij zorgcoördinatoren en wijkverpleegkundigen voorbeelden schetsen hoe hun ideale samenwerking eruit zou kunnen zien.

GEEF CURSUSSEN

Door het doen van dit onderzoek is gebleken dat de thuiszorg een mogelijkheid ziet in de samenwerking met de kerk. Bij sommige thuiszorgorganisaties is naar voren gekomen dat er meer aandacht gegeven kan worden aan spirituele zorg. De kerk zou deze taak kunnen vervullen, maar om goede spirituele zorg te kunnen verlenen zou een toerustingscursus van belang zijn. Deze cursus kan bijvoorbeeld gegeven worden door een verpleegkundige in samenwerking met een geestelijk verzorger. Daarnaast is ook gebleken dat de omgang met psychiatrische patiënten soms als lastig wordt ervaren. Daarom zou het ook verstandig zijn dat bijvoorbeeld een psychiatrisch verpleegkundige de basisbeginselen van de omgang met psychiatrische zorgvragers benoemd en toelicht. Op deze manier voelen de vrijwilligers zich meer toegerust, en de cliënten zich meer begrepen.

INTRODUCER DIT ONDERWERP

Het is aan te bevelen om dit onderwerp bekend te maken op (zorg)beurzen en kerkelijke bijeenkomsten, in vakbladen, landelijke kerkbladen en via de media. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het plaatsen van een artikel over dit onderzoek in het vakblad Nursing of in het Nederlands Dagblad. In onder andere het Nederlands Dagblad is recent een artikel gepubliceerd over de parish nurse maar nog niet in samenwerking met de thuiszorg. Resultaten uit dit onderzoek zouden hierin meegenomen kunnen worden. Uit de resultaten blijkt namelijk ook dat de thuiszorg vaak nog niet heeft gedacht aan de kerk als samenwerkingspartner, en andersom de kerk ook niet aan de thuiszorg.

ONTWIKKEL EEN LANDELIJK CONTACTFORUM

Wanneer er meer bekend is over dit onderwerp, kan er wellicht een landelijk contactforum geïnitieerd worden. Dit is een latere aanbeveling. Op een landelijk contactforum kunnen verschillende ideeën uitgewisseld worden rondom dit onderwerp. Hierbij is het ook mogelijk om contacten te leggen tussen kerk en thuiszorg. Vertegenwoordigers van beide partijen kunnen hier naast ideeën ook vragen kwijt en mogelijke samenwerkingen vormen. Dit zal dan wel breder uitgezet moeten worden.

8 BIBLIOGRAFIE

- Abbott, B. (2001). Thinking Out of the Box to Improve Community Health: How One Secular Hospital is Supporting Parish Nursing in Area Churches and Synagogues. *Home Health Care Management & Practice*, 13(2), 114-118. doi:10.1177/108482230101300205
- All Nursing Schools. (z.d.). *Parish Nurse or Faith Community Nursing*. Geraadpleegd op 16 oktober 2016, van <http://www.allnursingschools.com/articles/parish-nurse/>
- ANA & HMA. (2012). *Faith community nursing: Scope and standards of practice*. Maryland: Silver Spring: American Nurses Association.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van Velden, T. , & De Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers .
- Baarda, B., De Goede, M. , & Van der Meer-Middelburg, A. (2007). *Basisboek interviewen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff .
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Brudenell, I. (2003). Parish Nursing: Nurturing Body, Mind, Spirit, and Community. *Public Health Nursing*, 20(2), 85-94.
- De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business.
- Duffin, C. (2011, Oktober). Divine community care. *Nursing Standard*, 26(6), 61.
- Egenes, K. (2009). History of Nursing. In G. Roux, & J. Halstead, *Issues And Trends In Nursing: Essential Knowledge For Today And Tomorrow* (pp. 1-26). Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Enorme werkdruk in de zorg: "20 minuten om oudere te douchen en aan te kleden"*. (2016, 16 november). (RTL Nieuws) Geraadpleegd op 20 januari 2017, van <http://www.rtlnieuws.nl/nederland/enorme-werkdruk-in-de-zorg-20-minuten-om-oudere-te-douchen-en-aan-te-kleden>.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen, kunst én kunde*. Amsterdam: Boom Lemma .
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen!* Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Florence Nightingale Instituut. (z.d.). *Canon*. Geraadpleegd op 12 oktober 2016, van <http://www.fni.nl/canon>
- Hamel, M. (2017, april). Is de wijk in evenwicht? *Nursing*, 18-23.

- Hoogendoorn, G., De Kok, E., Mulder, K., & Vermaas, M. (2015). *Faith Community Nursing. Een onderzoek naar taken voor verpleegkundigen binnen Nederlandse kerkelijke gemeenten*. Geraadpleegd op 25 oktober 2016, van <https://www.hbo-kennisbank.nl/record/oai:surfsharekit.nl:c54818d1-6c31-4762-8ca7-55d060d8a300>
- Huber, M. (2015). 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Geraadpleegd op 17 februari 2017, van <http://www.ipositivehealth.com/>
- Huisman, C. (2014, 4 januari). De thuishulp heeft geen tijd meer voor koffie. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 20 januari 2017, van <http://www.volkskrant.nl/archief/de-thuishulp-heeft-geen-tijd-meer-voor-koffie~a3571577/>
- Indiana Center For Parish Nursing. (z.d.). *Roles of a Parish Nurse*. Geraadpleegd op 4 november 2016, van <http://www.indianaparishnurses.org/roles-of-a-parish-nurse.html>
- Interfaith Health & Wellness Association. (z.d.). *Faith Community Nursing*. Geraadpleegd op 20 januari 2017, van <http://www.ihwassoc.org/nursing.html>
- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: Universiteit Amsterdam.
- Kerk. (2017). In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 16 mei 2017, van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=kerk&lang=nn>
- Koenraadt, B. (2013, 9 oktober). *Hoe is de zorgverzekering in andere landen geregeld?* Geraadpleegd op 2 december 2016, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld>
- Kreutzer, S. (2010). Nursing Body and Soul in the Parish: Lutheran Deaconess Motherhouses in Germany and the United States. *Nursing History Review*, 134-150. doi:10.1891/1062-8061.18.134
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2015). *Bachelor of Nursing 2020*. Utrecht/Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., & Hens, H. (2007). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg/LEVV.
- Linders, L., Feringa, D., Potting, M., & Jager-Vreugdenhil, M. (2016, oktober). *Professionals zijn in verwarring over de veranderende verzorgingsstaat*. Geraadpleegd op 19 oktober 2016, van <http://www.socialevraagstukken.nl/onbehagen-in-de-veranderende-verzorgingsstaat/>
- Lueders Bolwerk, C. A. (2009). *What is Parish Nursing?* Geraadpleegd op 24 oktober 2016, van http://www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint_Jan09_Feat_Lueders.pdf
- Maddox, M. (2001). Circle of Christian Caring, A model of Parish Nursing Practice. *Journal of Christian Nursing*, 18(3), 11-13.

- Middag, M. (2014). *Parish nursing. Exploration of the concept of 'Parish Nursing' to encourage participation of religious communities in the Netherlands*. Amsterdam: VU University Amsterdam .
- Miskelly, S. (1995). A Parish Nursing Model: Applying the Community Health Nursing Process in a Church Community. *Journal of Community Health Nursing*, 12(1), 1-14.
- Parish Nursing ministries UK. (z.d.). *History*. Geraadpleegd op 27 februari 2017, van <http://parishnursing.org.uk/about-us/history/>
- Regterschot, A. J. (2015, 3 juni). *Kerkelijk verpleegkundige, de wil is er*. Geraadpleegd op 2 december 2016, van <http://www.digibron.nl/search/detail/2b52512153ef2371cdaa4f62f4e1f0b8/kerkelijk-verpleegkundige-de-wil-is-er/>
- Rijksoverheid. (2015). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Geraadpleegd op 24 oktober 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/inhoud/wmo-2015>
- Schmeets, H., & Van Beuningen, J. (2014). *Discrepanties in sociaal kapitaal van bevolkingsgroepen*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Sociaal kapitaal (z.d.). In *Cultureel Woordenboek*. Geraadpleegd op 20 november 2016, van <http://www.cultureelwoordenboek.nl/economie/sociaal-kapitaal>
- Thuiszorg. (2017). In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 16 mei 2017, van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=thuiszorg&lang=nn>
- V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&VN.
- V&VN. (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Geraadpleegd op 25 februari 2016, van http://www.nursing.nl/PageFiles/13935/001_1420709885774.pdf
- Van der Donk, C. , & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Leeuwen, R. (2014, 3 september). Werken aan mensgerichte zorg. Geraadpleegd op 2 december 2016, van https://viaa.sharepoint.com/sites/healthcare/hbov/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7B7935A3B5-3C6E-458F-B851-62E68740763A%7D&file=140827IntroCollMinorM%26Z.pptx&action=default&DefaultItemOpen=1
- Van Leeuwen, R., Cusveller, B., & Slendebroek-Meints, J. (2016). Faith community nursing. De rol van de kerk in de participatiesamenleving. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*(6), 40-43.
- Van de Ven , W. (2015). *Het beste zorgstelsel?* Rotterdam : Erasmus University Rotterdam. Geraadpleegd op 12 mei 2017, van

https://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Afscheidscolleges/Wynand_van_de_Ven/Afscheidscollege_Ven_150904.pdf

Van Zwieten, M., & Plochg, T. (2007). Kwalitatief onderzoek. In T. Plochg, & R. Juttmann, *Handboek Gezondheidszorgonderzoek* (pp. 77-93). Houten : Bohn Stafleu van Loghum .

Viaa Gereformeerde Hogeschool. (z.d.). *Het lectoraat zorg en zingeving onderzoekt de bezieling van zorgvragers en zorgverleners*. Geraadpleegd op 12 november 2016, van <http://www.viaa.nl/onderzoek/Lectoraat%20Zorg%20en%20Zingeving.aspx>

Westberg Institute for Faith Community Nursing. (z.d.). *Job Description for the Ministry of Parish Nursing Practice*. Geraadpleegd op 20 januari 2017, van <https://westberginstitute.org/job-description-for-the-ministry-of-parish-nursing-practice/>

Westerberg, G. (1987). *The Parish nurse: How to start a Parish nurse program in your church*. Memphis TN: Parish Nurse Resource Center.

Wordsworth, H., Moore, R., & Woodhouse, D. (2016, februari). Parish nursing: a unique resource for community and district nurses. *British Journal of Community Nursing*, 21(2), 66-74.

Wouda, J., Van de Wiel, H., & Van de Wiel, F. (2014). *Voorlichting en begeleiding. Communicatieve vaardigheden voor hulpverleners in de gezondheidszorg* . Assen: Koninklijk Van Gorcum.

Ziebarth, D. (2014). Evolutionary Conceptual Analysis: Faith Community Nursing. *Journal of Religion and Health*, 53, 1817–1835.

BIJLAGE 1 ZOEKPLAN

1. Formulering van de vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geweest:

Welke ervaringen, behoeften en mogelijkheden hebben vertegenwoordigers van thuiszorg en kerken op het gebied van samenwerking tussen deze twee partijen?

De deelvragen die daaruit gevolgd zijn, zijn:

1. *Welke ervaringen heeft de thuiszorg op het gebied van samenwerking met kerken?*
2. *Welke behoeften heeft de thuiszorg op het gebied van samenwerking met kerken?*
3. *Welke ervaringen heeft de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg in Nederland?*
4. *In welke behoeften voorziet de kerk op het gebied van samenwerking met de thuiszorg in Nederland?*
5. *Welke behoeften heeft de kerk op het gebied van samenwerking met thuiszorgorganisaties?*
6. *Welke mogelijkheden voor een samenwerking zien de kerk en de thuiszorg?*

Vragen voor het zoeken in de literatuur zijn:

- Wat is parish nursing?
- Wat houdt de term FCN in?
- Wat is de oorsprong van de parish nurse?
- Wat zijn de taken van de parish nurse?
- Hoe wordt de parish nurse gefinancierd?
- Is er een opleiding voor parish nurse?
- Wat is er al bekend over de parish nurse in Nederland?
- Hoe verschillen de zorgstelsels van Amerika en Nederland?

2. Globale afbakening van het onderwerp

Dit onderzoek heeft zich gericht op de behoeften, mogelijkheden en ervaringen op het gebied van samenwerking tussen kerk en thuiszorg in Nederland, mocht hier sprake van zijn. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van februari 2017 tot en met juni 2017.

In de literatuur is voornamelijk gekeken naar het begrip parish nurse en wat er al bekend is over de parish nurse in Nederland. Er is gezocht naar literatuur uit de landen Nederland, Amerika, Engeland en Duitsland. Hiervoor is gekozen, omdat de parish nurse ontstaan is in Amerika, maar ook overgewaaid is naar verschillende andere landen zoals Engeland en Duitsland. Engels en Duits zijn talen die voor de onderzoekers leesbaar zijn geweest. Daarnaast was er van andere landen weinig tot geen leesbare literatuur te vinden.

Periode	1987 – 2017
Plaats	Nederland, Amerika, Engeland, Duitsland

Taal	Nederlands, Engels, Duits
------	---------------------------

3. Oriëntatie op het onderwerp

Vaktermen:

- Parish nurse
- FCN
- Faith Community Nursing
- Oorsprong parish nursing
- Geschiedenis parish nursing
- Taken parish nursing
- Parish nurse in Nederland

4. Opstellen definitieve lijst 'zoekwoorden

- Parish nurse/parish nursing
- Faith Community Nursing
- History parish nursing
- Parish nursing model
- Parish nurse in Nederland
- Parish nurse AND community nurse
- Amerikaans zorgstelsel/ American health-care system
- Verschil zorgstelsels
- Kerkelijk verpleegkundige

5. Verwerven: zoeken in catalogi, databanken, Internet

Voor het verwerven van de literatuur is gebruik gemaakt van verschillende databases. In het onderstaande plan staat een overzicht met het aantal zoekresultaten en gelezen en gebruikte artikelen voor het opstellen van het theoretisch kader. Tijdens het opzoeken van de literatuur is gebruik gemaakt van Springerlink, Google (Scholar), Science direct, academic search, HBO-kennisbank en PubMed.

Zoektermen (los en in combinatie)	Database	Aantal treffers	Gelezen en gebruikte artikelen of websites
Parish nurse	Springerlink	4.060	Geen
Faith Community Nursing	Springerlink	13.659	1. Evolutionary Conceptual Analysis : Faith Community Nursing http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-014-9918-z
Faith Community Nursing	Academic Search	68	1. Evolutionary Conceptual Analysis: Faith Community Nursing http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=333dfc06-4d84-48ce-8cdb-6f6554a683e8%40sessionmgr4009&vid=9&hid=4112

Faith community nursing	Sciencedirect	7213	0
Faith community nursing	HBO-kennisbank	1	1. Faith Community Nursing. Een onderzoek naar taken voor verpleegkundigen binnen Nederlandse kerkelijke gemeenten.
Parish nurse	Google Scholar	64.000	1. What does a Parish nurse do? http://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Citation/1997/14010/What_Does_a_Parish_Nurse_Do_.aspx
Parish nurse	Science direct	3,311	0
Parish nurse	Google	934000	1. What is Parish Nursing? http://www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint_Jan09_Feat_Lueders.pdf 2. Roles of a Parish Nurse. http://www.indianaparishnurses.org/roles-of-a-parish-nurse.html 3. What is parish nursing? http://www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint_Jan09_Feat_Lueders.pdf 5. http://parishnursing.org.uk/about-us/history/ 6. Education and Career Roadmap http://study.com/articles/How_to_Become_a_Parish_Nurse_Education_and_Career_Roadmap.html
Parish nursing	Pub med	454	1. Nursing Body and Soul in the Parish: Lutheran Deaconess Motherhouses in Germany and the United States. Nursing History Review, 134-150. doi:10.1891/1062-8061.18.134
Parish nursing model	Academic Search	4	1. A parish nursing model: applying the community health nursing process in a Church http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=7444862&site=ehost-live 2. Parish Nursing: a unique resource for community and district nurses http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=333dfc06-4d84-48ce-8cdb-6f6554a683e8%40sessionmgr4009&vid=4&hid=4112
Faith community nursing or parish nursing	Academic Search	491	1. Nurturing, body, mind, spirit and community http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106830913&site=ehost-live 2. Divine community care http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=333dfc06-4d84-48ce-8cdb-6f6554a683e8%40sessionmgr4009&vid=27&hid=4112
History parish nursing	Academic Search	8	1. Parish Nursing: a unique resource for community and district nurses http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=333dfc06-4d84-48ce-8cdb-6f6554a683e8%40sessionmgr4009&vid=4&hid=4112
Parish nurse AND	Academic Search	14	0

community nurse			
Amerikaans zorgstelsel	Google	142.000	0
Verschil in zorgstelsels	Google	171000	1. Hoe is de zorgverzekering in andere landen geregeld? http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld
Kerkelijk verpleegkundige	Google	79.600	1. Kerkelijk verpleegkundige, de wil is er. http://www.digibron.nl/search/detail/2b52512153ef2371cdaa4f62f4e1f0b8/kerkelijk-verpleegkundige-de-wil-is-er/

Er zijn nog een aantal bronnen gevonden en gebruikt door middel van 'snowballing'. Daarnaast heeft de opdrachtgever nog bronnen aangedragen, waarvan gebruik is gemaakt.

Toestemmingsverklaringsformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoekers:

In te vullen door deelnemer

Hierbij verleen ik toestemming aan de verantwoordelijke onderzoekers voor dit onderzoek van Hogeschool Viaa te Zwolle om het interview op te nemen en de informatie die ik heb gegeven tijdens het interview te gebruiken voor het onderzoek.

Ik ben er van op de hoogte dat de gegevens en resultaten van dit onderzoek anoniem en vertrouwelijk behandeld zullen worden.

Ik verklaar hierbij dat ik kennis heb van het doel, de aard en de methode van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem hiermee vrijwillig in om deel te nemen aan dit onderzoek. Daarbij behoud ik het recht om op elk moment zonder opgave van reden mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

Ik verklaar hierbij dat ik het onderzoek mondeling en schriftelijk heb toegelicht. Vragen die de deelnemer heeft over het onderzoek zal ik naar vermogen en waarheid beantwoorden. De deelnemer zal geen nadelige gevolgen ondervinden als hij/zij deelname van het onderzoek voortijdig beëindigt.

Naam onderzoeker(s):

Plaats:

Datum:

Handtekening:

MEETINSTRUMENT KERK

Kerk

Om de behoeften, ervaringen en mogelijkheden van de kerk in beeld te krijgen hebben de onderzoekers gekozen voor een diepte-interview als data-verzameling zoals eerder beschreven. Naast de opgestelde belangrijkste vragen, hebben de onderzoekers een topiclijst opgesteld met punten die aan bod moeten komen tijdens het gesprek terwijl de vragen van te voren niet zijn geformuleerd (Baarda, De Goede, & Van der Meer-Middelburg, 2007). Hiervoor is gekozen om de behoeften, ervaringen en mogelijkheden zo optimaal mogelijk in beeld te krijgen. Door in het interview een vraag te formuleren over de topics kan beter aangesloten worden bij hetgeen de respondent zegt.

De topics zijn met behulp van de literatuur opgesteld. De bronnen worden vermeld achter de topics. Daarnaast wordt er een korte verantwoording weergegeven bij de topics.

Voor het interview zal starten wordt er toestemming gevraagd aan de respondenten voor het opnemen van het interview.

Eén onderzoeker zal het interview afnemen en de andere onderzoeker zal de respondent observeren; op een geluidopname zijn geen emoties af te lezen. Degene die de respondent observeert zal aantekeningen maken zodat de interviewer zich helemaal kan richten op het gesprokene en niet zal afgeleid worden om aantekeningen te maken.

De onderzoekers zullen zich voorstellen aan de hand van de volgende punten:

- Naam
- Leeftijd
- Woonplaats
- Opleiding

Na het voorstellen zullen de onderzoekers een korte uitleg geven van het onderzoek. Hierna zal er aan de respondent gevraagd worden of zij zichzelf willen voorstellen aan de hand van de volgende punten:

- Naam
- Leeftijd
- Woonplaats
- Initiatief
- Kerkverband
- Functie

Hierna zal overgegaan worden op de specifieke topics, die hieronder beschreven staan, inclusief verantwoording.

Specifieke topics inclusief verantwoording

Totstandkoming initiatieven	
Doelgroep	Voor een eventuele samenwerking met thuiszorg is het van belang om te weten of de doelgroep van het initiatief alleen gericht is op eigen gemeenschap of ook op zorgvragers daarbuiten.
Bevoegdheden en scholing	In Amerika is de parish nurse geschoold. Hoe is dat bij het initiatief?
Financiering	Uit de literatuur blijkt dat financiering een rol speelt in het concept van parish nursing. Zo zijn er fondsen om onkostenvergoeding te dekken (Miskelly, 1995).

Basis	De parish nurse werkt vanuit een holistische benadering.
-------	--

Taken	
Taken	Om erachter te komen in wat voor behoefte wordt voorzien door het initiatief is het belangrijk om uit te vragen welke taken zij vervullen.
Taken parish nurse	Er worden in de literatuur verschillende taken van de parish nurse beschreven (Abbott, 2001; Maddox, 2001; Westerberg, 1987). Deze taken zullen worden langsgelopen om zo een beeld te krijgen of er in een van deze taken wordt voorzien door het initiatief.

Samenwerking	
Thuiszorg	Samenwerking met thuiszorg is onbekend in de literatuur, daarom is dit onderzoek een pioniersonderzoek op het gebied van samenwerking met thuiszorg en is het dus belangrijk om dit uit te vragen in de interviews.

Vragen vanuit de topics:

Totstandkoming initiatieven

Doelgroep	- Op welke mensen richt het initiatief zich? - Richt het initiatief zich alleen op kerkleden of ook daarbuiten?
Bevoegdheden en scholing	- Hoe wordt het initiatief vorm gegeven? - Wie nemen deel aan het initiatief? - Welke bevoegdheden hebben de deelnemers? - Zijn de deelnemers geschoold? - Zijn de deelnemers verplicht over bepaalde kennis beschikken?
Financiering	- Hoe wordt het initiatief gefinancierd? - Werken de deelnemers op vrijwillige basis? - Wordt er een bijdrage gevraagd aan de hulpvragers?
Basis	- Welke visie heeft het initiatief? - Speelt de holistische benadering een rol bij uw initiatief?

Taken

Taken	- Welke taken vervullen jullie als initiatief? - In welke behoefte voorziet het initiatief?
Taken parish nurse	Herkent u, het initiatief in de taken van de parish nurse? - Gezondheidsvoorlichter - Individueel advies geven over de gezondheid - Doorverwijzen van mensen waar nodig "Gezondheidssupporter": iemand die mensen stimuleert en helpt rond gezondheidsproblemen - Coördinator van vrijwilligers - Ontwikkelaar van ondersteuningsgroepen - Integratie brengen van gezondheid en geloof

Samenwerking

Samenwerking	- Met wie werkt het initiatief samen? - Welke disciplines/zorgorganisaties zijn betrokken?
Thuiszorg	- Werkt het initiatief samen met de thuiszorg? - Zo ja, wat zijn de ervaringen?

De onderzoekers luisteren geconcentreerd naar de respondent en zijn er vrij in om tussendoor vragen te stellen. Niet alleen de interviewer maar ook de observator kan 'spontane' vragen stellen, de vooropgestelde vragen zal alleen de interviewer stellen, zo ook de vragen behorende bij de topics.

Als alle specifieke en spontane vragen zijn beantwoord en alle topics zijn besproken, zal het interview worden afgerond door de interviewer. De respondent krijgt de mogelijkheid om nog vragen te stellen of opmerkingen te plaatsen.

De respondent zal hartelijk bedankt worden eventueel met een kleine attentie. Hierna zal benadrukt worden hoe belangrijk dit interview is voor het onderzoek en zal het doel van het onderzoek nogmaals herhaald worden.

Format diepte-interview

Toestemming

Voordat wij gaan starten willen we toestemming vragen voor het opnemen van dit gesprek. Het is van belang dat dit gesprek opgenomen zal worden zodat wij 100% van dit gesprek kunnen reproduceren. Hiervoor laten we de respondent het informed consent ondertekenen.

Voorstellen onderzoekers

- Naam
- Leeftijd
- Woonplaats
- Opleiding

Uitleg onderzoek

Dit onderzoek voeren wij uit in het kader van ons afstudeeronderzoek voor de opleiding tot HBO - Verpleegkundige. Wij willen antwoord krijgen op de volgende vraag: 'Welke behoeften, mogelijkheden en ervaringen zijn er op het gebied van samenwerking tussen kerk en thuiszorg?'

Toelichting: Participatiesamenleving in Nederland waarbij er meer wordt verwacht van het netwerk. Kerk is in Nederland het grootste vrijwilligersorgaan. Vanuit literatuur/krantenartikelen blijkt dat de kerken ook weer meer willen gaan betekenen met betrekking tot de samenleving/zorg. Daaruit is de vraag ontstaan of er misschien behoefte is aan een samenwerking tussen kerk en thuiszorg en of daar ervaringen mee zijn. Zoja, dan vloeien daar misschien mogelijkheden uit voort.

Uitleg interview

Om structuur in het interview weer te geven zal één onderzoeker (naam) u interviewen en de andere onderzoeker (naam) zal u observeren, aantekeningen maken en de tijd bewaken mocht u een beperkte tijd beschikbaar zijn. Voor het interview hebben wij onderwerpen (topics) opgesteld, echter er is ook ruimte voor spontane vragen.

Voorstellen respondenten

- Naam
- Leeftijd
- Woonplaats

- Beroep
- Initiatief
- Kerkverband
- Functie binnen het initiatief

Het initiatief

TOPIC	VOORBEELDVRAGEN
Doelgroep	- Kunt u iets vertellen over het initiatief? - Op welke mensen richt het initiatief zich? - Richt het initiatief zich alleen op kerkleden of ook daarbuiten?
Bevoegdheden en scholing	- Hoe wordt het initiatief vorm gegeven? - Wie nemen deel aan het initiatief? (verpleegkundigen) - Welke bevoegdheden hebben de deelnemers? - Zijn de deelnemers geschoold? - Zijn de deelnemers verplicht over bepaalde kennis beschikken?
Taken	- Welke taken vervullen jullie als initiatief? - In welke behoefte voorziet het initiatief? - Zijn er nog dingen waarvan u zegt, dat zouden wij als initiatief/kerk ook nog willen doen, maar doen we nog niet?
Financiering	- Hoe wordt het initiatief gefinancierd? - Werken de deelnemers op vrijwillige basis? - Wordt er een bijdrage gevraagd aan de hulpvragers?
Basis	- Welke visie heeft het initiatief? - Speelt de holistische benadering een rol bij uw initiatief?

Ervaringen

TOPIC	VOORBEELDVRAGEN
Samenwerking	- Met wie werkt het initiatief samen? - Welke disciplines/zorgorganisaties zijn betrokken?
Thuiszorg	- Werkt het initiatief samen met de thuiszorg? - Zo ja, wat zijn de ervaringen? - Zo nee, is hier wel behoefte aan?

Behoeften

TOPIC	VOORBEELDVRAGEN
Behoeften	• Waar hebben jullie behoeften aan samenwerking? • Taken • Meer willen doen
Taken parish nurse	<i>Herkent u, het initiatief in de taken van de parish nurse?</i> <i>Gezondheidsvoorlichter</i> <i>Individueel advies geven over de gezondheid</i> <i>Doorverwijzen van mensen waar nodig</i> <i>'Gezondheidssupporter': iemand die mensen stimuleert en helpt rond gezondheidsproblemen</i> <i>Coördinator van vrijwilligers</i> <i>Ontwikkelaar van ondersteuningsgroepen</i> <i>Integratie brengen van gezondheid en geloof</i>

Mogelijkheden

Samenwerking	- Ziet u mogelijkheden wat betreft samenwerking tussen kerk en thuiszorg? - Hoe kan dit volgens u het beste worden vormgegeven? En waarom?
--------------	---

Het interview

Conclusie

Afronding interview

Wij hebben geen vragen meer aan u stellen. Wilt u nog vragen aan ons stellen of hebt u nog opmerkingen?

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw tijd en voor uw inzet voor ons onderzoek. We zijn dankbaar dat u dit voor ons wilde doen, u hebt ons ontzettend geholpen. We willen u graag nog een toelichting

Algemeen doorvragen

Kunt u daar wat meer over vertellen?
Kunt u dat verduidelijken?
Kunt u dat toelichten?
Kunt u dat uitleggen?
Kunt u daar een voorbeeld over geven?
Het is mij nog niet helemaal duidelijk.
Hoe bedoelt u dat?
Dat is alles?
Kunt u daar wat nader op ingaan?
Wat moet ik me daarbij voorstellen?

Specifieke doorvragen

Hoe zat dat dan precies?
Hoezo
Waarom denkt u dat?
U zegt:.... Wat bedoel je daar precies mee?
Waar maakte u dat uit op?
Hoe verloopt zo'n ... dan?
Zoals?

MEETINSTRUMENT THUISZORG

Ook de thuiszorg heeft gekozen voor een diepte- interview om de behoeften, ervaringen en mogelijkheden van de thuiszorg, wat betreft een samenwerking met de kerk, in beeld te brengen. Naast de opgestelde belangrijkste vragen, hebben de onderzoekers een topiclijst opgesteld met punten die aan bod moeten komen tijdens het gesprek terwijl de vraag van te voren niet zijn geformuleerd (Baarda, Goede, & Meer-Middelburg, 2007). Hiervoor is gekozen om de behoeften, ervaringen en mogelijkheden zo optimaal mogelijk in beeld te krijgen. Door in het interview een vraag te formuleren over de topics kan beter aangesloten worden bij hetgeen de respondent zegt.

De topics zijn met behulp van de literatuur opgesteld. De bronnen worden vermeld achter de topics. Daarnaast wordt er een korte verantwoording weergegeven bij de topics.

Voor het interview zal starten wordt er toestemming gevraagd aan de respondenten voor het opnemen van het interview. Hier heeft elke respondent een informed consent ingevuld. Eén onderzoeker zal het interview afnemen en de andere onderzoeker zal de respondent observeren; op een geluidopname zijn geen emoties af te lezen. Degene die de respondent observeert zal aantekeningen maken zodat de interviewer zich helemaal kan richten op het gesprokene en niet zal afgeleid worden om aantekeningen te maken.

De onderzoekers zullen zich voorstellen aan de hand van de volgende punten:

- Naam
- Leeftijd
- Woonplaats
- Opleiding

Na het voorstellen zullen de onderzoekers een korte uitleg geven van het onderzoek. Hierna zal er aan de respondent gevraagd worden of zij zichzelf willen voorstellen aan de hand van de volgende punten:

- Naam
- Leeftijd
- Woonplaats
- Opleiding
- Functie
- Thuiszorgorganisatie

Ervaringen

TOPIC	VOORBEELDVRAGEN
Samenwerking met kerk	- Heeft u ervaring met samenwerking met een kerk? - Is er een link aanwezig tussen kerk en thuiszorg? - In welke vorm is er contact met een kerk (geweest)? - Hoe heeft u deze samenwerking ervaren? - In wat voor situaties wordt er samengewerkt met een kerk?

Behoeften

TOPIC	VOORBEELDVRAGEN
Behoeften	-Heeft u behoefte aan samenwerking met een kerk? -Zo ja, waar komt deze behoefte vandaan? -Zo nee, hoe komt dit.

Mogelijkheden

Samenwerking	- Ziet u mogelijkheden wat betreft het samenwerken met een kerk? - Hoe kan dit volgens u het beste worden vormgegeven? - Zijn er nog bepaalde randvoorwaarden die u wilt benoemen voor een eventuele samenwerking? - Hoe staat u tegenover de kennis en vaardigheden van de kerk (scholing kerkelijk zorgcoördinator)
--------------	--

De onderzoekers die de thuiszorg interviewen hebben afgesproken dat degene die het interview observeert, ook samenvat om ervoor te zorgen dat de respondent op nieuwe inzichten zal komen. Hierboven zijn voorbeeldvragen weergegeven, maar de onderzoekers zullen ook vooral doorvragen op antwoorden die worden gegeven, om zo de diepte in het interview te creëren. Er wordt gebruikt gemaakt van het doorvragen wat ook bij het meetinstrument van de kerk staat beschreven.

Afronding interview

Wij hebben geen vragen meer aan u stellen. Wilt u nog vragen aan ons stellen of hebt u nog opmerkingen?

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw tijd en voor uw inzet voor ons onderzoek. We zijn dankbaar dat u dit voor ons wilde doen, u hebt ons ontzettend geholpen.

THUISZORG

1. ERVARINGEN

Contact kerk

2.1.1 Gesprek met vertegenwoordigers kerk

2.1.2 Gesprek over wat iedereen doet en waarin de organisaties elkaar kunnen vinden.

5.1.2 Bellen netwerk van een kerk bij vrijwilligers.

1.1.2 Identiteitsraad, vertegenwoordigers uit de kerk.

Kerkelijk netwerk cliënt

1.1.4 Betrokkenheid predikanten naar thuiszorg toe.

1.1.5 Verbinding predikant met de bewoners.

4.1.2 Onderling contact kerkmensen en patiënt.

1.1.11 Langs de deur gaan, praatje maken tijdens koffieronde

1.1.7 Veel betrokkenheid groep vrijwilligers die mensen kennen van de kerk.

Samenwerkingsverband

1.1.8 Zorginhoudelijk vrijwel geen samenwerking.

2.1.4 Nee, geen afstemming/geen samenwerking

3.1.1 Geen ervaring met specifiek 1 kerk

3.1.2 Geen samenwerkingsverband

4.1.1 Geen ervaring/samenwerking

1.1.9 Nooit gehoord dat iemand van de kerk is ingeschakeld.

2.1.3 Weten elkaar te vinden. Samenwerking nooit voorgekomen.

2.1.7 Geen samenwerking met een kerk.

Formaliteit

5.1.1 Geen echte samenwerking, niks op papier.

1.1.10 Niet geformaliseerd

5.1.3. Samenwerking kerk, niet structureel en niet formeel.

Mantelzorgers

2.1.5 Afstemming via familie.

2.1.6 Geen afstemming via kerk, maar mantelzorgers.

Overname praktische taken

5.1.5 Samenwerking met kerk, korte dingen bezoekerwerk en oppas

5.1.6 Samenwerking voor mantelzorgtaken.

5.1.7 Huishoudelijke dingen voor RST door hulpzaam vrijwilligers

5.1.8 Bezoekerwerk, vervoer

5.1.11 Wel een samenwerking tussen RST en kerk.

6.1.1 Contact tussen kerk en thuiszorg voor vrijwilligerswerk.

5.1.9 Nemen geen werk van de thuiszorg over.

5.1.10 Warme maaltijd

Kernthema: Contact

Kerkelijk netwerk cliënt, mantelzorgers, contact kerk

Kernthema: Vormen van samenwerking

Formaliteit, overname praktische taken, samenwerkingsverband

2. BEHOEFTE

Spirituele begeleiding

1.2.2 Behoeft aan kerkvrijwilliger wat betreft zingeving.

1.2.5 Aandacht voor levensvragen.

3.2.3 Cliënten behoeften aan gesprekken en begeleiding etc.

3.2.4 Gesprekken worden opgevangen door consulente GGZ. - Geestelijk verzorger verleent spirituele zorg. (-)

4.2.1 Werken samen met palliatief team bij levenseinde. (-)

Praktische hulp

1.2.3 Taken zoals urine wegbrengen of vervoer van cliënten.

1.2.4 Vrijwilligers kunnen deel mantelzorgtaken wegnemen.

1.2.1 Ja, praktische dingen

2.2.3 Vrijwilligers voor bezoekerwerk.

4.2.5 praatje maken, of vervoer van cliënten.

4.2.6 vrijwilligers om bij de cliënten leuke activiteiten te doen zoals boodschappen doen samen.

4.2.7 Iets extra's aanbieden aan de cliënten is welkom.

6.2.3 fietsmaatje

6.2.4 contact met cliënten bijv. boodschappen doen samen, fietsen, lopen met de rolstoel.

5.2.3 praktische invulling bij bijv. maaltijden.

3.2.2 vrijwilligers rondom zorg buiten vakgebied

2.2.2 Dagstructuur

3.2.5 Praktische dingen zoals afwasjes nu door kinderen of mantelzorgers. (-)

4.2.4 Niet veel moeite te voorzien in praktische taken. (-)

3.2.7 Weet niet of die behoefte meer komt naar invulling van praktische zaken.(-)

Wetgeving

3.2.6 Taken toch doen die niet meer mogen/veranderde wetgeving.

5.2.2 Behoeft door veranderde wetgeving/bezuinigingen.

Regie cliënt

2.2.5 Behoeften aan kerkelijk iemand wordt vaak aan de persoon overgelaten.

4.2.3 Vanuit de cliënt merkt de thuiszorg geen behoeften

4.2.2 Samenwerking kerk wel wenselijk. Puur op gebied wat wenselijk is voor de cliënt, hier de juiste invulling aan geven.

Losse labels

5.2.1 Behoeft naar elkaar ondersteunen.

2.2.1 Door intensievere zorg prettig als dat lijntje er zou zijn.

2.2.4 Behoeft om mantelzorgers en thuiszorg te ontlasten.

6.2.1 Behoeft naar vrijwilligers.

Kernthema: Regie cliënt

Kernthema: Wetgeving.

Kernthema: Ondersteuning

Spirituele begeleiding, praktische taken

3. MOGELIJKHEDEN

Privacy cliënt

1.3.1 Zeker mogelijk, uitkijken met privacy en dossiers ten aanzien van vrijwilliger.

2.3.1 Beroepsgeheim

4.3.11 Inzage zorgdossier.

4.3.12 Toestemming van cliënt inzage dossier, privacy gedekt. Goed omgaan privacy.

Laten tekenen voor waarborging privacy.

Aanspreekpunt

1.3.4 Goede coördinator kerk en thuiszorg nodig.

2.3.6 Wie is het aanspreekpunt?

4.3.9 Aanspreekpunt

5.3.6 Vaste aanspreekpunt

Taakverdeling

1.3.5 Taakverdeling, afspraken bevoegdheid

2.3.9 Wat doet de persoon wel of niet.

3.3.2 Duidelijke afspraken, wanneer en wat kunnen ze betekenen en wat niet.

4.3.2 Helderheid wat mogelijkheden kerk zijn.

4.3.3 Taakverdeling

5.3.2 Taakverdeling, taakverdeling gescheiden houden.

4.3.4 Goede afspraken en grenzen bewaken. Duidelijke afspraken Kerkvrijwilliger ondersteunt mogelijk met steunkousen cliënt.(twijfelend)

Afwijkend gedrag

1.3.6 Grenzen claimend gedrag

6.3.2 Claimend gedrag van cliënten.

2.3.2 Lastig bij psychiatrische patiënten

5.3.4 Zorg psychiatrische patiënten moeilijker dan normale hulpvraag.

Expertise

3.3.3 Vrijwilligers niet per se verpleegkundige achtergrond.

3.3.4 Coördinator moet ervan afweten (kennis hebben).

2.3.8 Coördinator moet verstand van zaken hebben.

2.3.4 Coördinerende rol verpleegkundige

2.3.5 Coördinator verpleegkundige achtergrond en pastoraal hart. Stuur vrijwilligers aan.

4.3.5 Vrijwilliger met kennis over de zorg.

4.3.6 Achtergrondkennis over wetgeving.

4.3.7 Niet per se voorwaarde. Diegene moet kennis hebben over sociale kaart

Onderlinge communicatie

4.3.13 Handigste communicatiemiddel via elektronisch zorgdossier

4.3.14 Communicatie moet duidelijk zijn.

2.3.3 lijntje leggen via internet

4.3.8 Duidelijke lijnen, communicatie via zorgdossier cliënt

4.3.10 Communicatie via elektronisch dossier.

Client

6.3.1 Klik

6.3.3 Interesses en opleidingsniveau.

4.3.1 Helderheid wat wens cliënt is.

Risico's

2.3.10 Veel ouderen, weinig vrijwilligers.

1.3.3 Vrijwilliger kan afbellen, heeft geen contract, dat maakt het lastig.

2.3.7 Mogelijk geen interesse collega's die niets met kerk hebben.

3.3.1 Wel mogelijkheden, ziet geen toegevoegde waarde

3.3.2 Wel mogelijk als er vaste groep en vaste kerk waar je vrijwilligers vandaan komen.

1.3.2 Het kan slagen als het een los-vast verband heeft.

6.1.3 Weinig vrijwilligers.

6.1.4 Geen grote vrijwilligersorganisatie.

6.3.2 Vergrijzing, beperkt aantal vrijwilligers.

Kernthema: Complexiteit en onzekerheid

Privacy cliënt, cliënt, expertise, afwijkend gedrag, risico's.

Kernthema: Afspraken

Aanspreekpunt, taakverdeling, onderlinge communicatie

KERK

1 INITIATIEF

1.1 Doelgroep

Type zorgvragers

1.1.1.1 Niet leden: doorverwezen naar WMO loket. Leden: Kijken waar heb je recht op vanuit overheidsdenken.

1.1.1.2 Balie goed geïnstrueerd, toeloop voorkomen

2.1.1.1 Alle zorgvragers welkom (leden en niet leden)

2.1.1.2 Hulp voor iedereen

3.1.1.2 Binnen PKN gehouden, is al vrij breed

3.1.1.3 Iedereen heeft connecties met kerk

3.1.1.4 Focus op eigen leden, daar ook alleen bekend

3.1.1.5 Geen bezwaar om niet leden te helpen

4.1.1.1 Je moet link hebben met de kerk (gemeente)

4.1.1.2 Momenteel bedoelt voor binnen de kerk

5.1.1.1 Iedereen (dorp)

6.1.1.1 Meestal eigen leden. Niet leden eerst kijken waar het thuishoort.

6.1.1.2 Kijken of zorgvraag buiten onze gemeente bij ons past of kijken naar andere instantie.

6.1.1.3 Eenmaal iemand buiten de gemeente

1.2 Bevoegdheden en scholing

Screening/eisen

1.1.2.1 Screening vrijwilligers – intake waarin gekeken wordt naar kwaliteit, opleiding, beschikbaarheid, werken met systeem en welke verantwoordelijkheid je wilt dragen.

1.1.2.2 Psychiatrie buddy wordt begeleidt want je moet een bepaalde visie, toerusting en kennis hebben.

2.1.2.1 Algemene voorwaarden op geestelijk gebied; lid, persoonlijke relatie met Jezus, betrokken. Inzet en interesse wordt gevraagd en daarnaast moet je een vertrouwensfiguur zijn.

2.1.2.3 Ieder team wel een bepaalde eis op niveau

2.1.2.4 Interesse van vrijwilligers

2.1.3.7 Akkoord van cliënt voor de vrijwilliger die beschikbaar is

3.1.2.2 Vrijwilligers vullen in waar ze ingezet willen worden

4.1.2.2 Alle leden zouden potentiële vrijwilligers moeten zijn, maar er kunnen uitzonderingen zijn

4.1.2.3 Vrijwilligers (zoveel mogelijk) gekozen op het passend zijn bij de situatie

4.1.2.7 Vrijwilligers praten niet over zorgvragers bij andere zorgvragers

5.1.2.1 Iedereen als vrijwilliger is welkom

5.1.2.3 Niet over en weer praten

5.1.2.4 Twee keer per jaar een ‘deel’ moment tussen vrijwilligers maar blijft binnen 4 muren

6.1.2.1 Geen bepaalde eisen voor vrijwilligers, zij vullen inschrijfformulier in waarin zij beschikbaarheid aangeven en wat ze kunnen

6.1.2.2 Coördinatrice bepaalt welke vrijwilliger naar wie toegaat afhankelijk van hulvraag

6.1.2.3 De vrijwilligers moet passen (qua achtergrond) bij de hulpvraag

6.1.3.1 Kijken wat de vrijwilligers kunnen

Verklaring

1.1.2.6 Psychiatrie buddy's: VOG-verklaring, alle vrijwilligers: geheimhoudingsverklaring

3.1.2.1 Alle vrijwilligers: geheimhoudingsverklaring

4.1.2.4 Geen VOG, dit is formeel, zover zijn wij niet gegaan

5.1.2.2 Geheimhoudingsverklaring tekenen, geen VOG

Achtergrond vrijwilligers

2.1.2.5 Diverse achtergrond vrijwilligers

5.1.2.8 Achtergrond qua opleiding vrijwilligers is divers (van alles)

5.1.2.6 Sommige vrijwilligers hebben medische achtergrond

6.1.2.7 Vrijwilligers divers van achtergrond

Achtergrond coördinatoren

1.6.1.5 HBO pastoraal werk

1.6.1.6 Bij de bank gewerkt

1.6.1.7 10 jaar ernstig ziek geweest, andere kant van de wereld gezien

1.6.1.8 Politieke interesse

1.6.1.9 Zorgcoördinator werkte in verslavingszorg

1.6.1.10 Team psychisch zieken is iemand psychiatrisch verpleegkundige

1.6.1.11 Pastoraat is een maatschappelijk werker

2.6.1.1 63 jaar, verpleegkundige, nu psychiatrische verpleegkundige

3.6.1.1 70 jaar, gepensioneerd

3.6.1.2 Begonnen in de verpleging, psychologie gestudeerd, in het onderwijs gezeten bij schoolbegeleidingsdienst

3.6.1.3 Twee geen zorg achtergrond en 6 wel

4.1.2.1 Alle drie de leden van de diaconale commissie hebben een zorgachtergrond. Niveau is te merken je denkt op eenzelfde manier.

4.6.1.1 Diaconale commissie bestaat uit 3 HBO V verpleegkundigen

5.1.2.7 Coördinator heeft medische achtergrond

5.6.1.1 Beiden aanspreekpunt vrijwillige thuiszorg

5.6.1.2 Coördinatrice verpleegkundige

6.6.1.1 56 jaar, getrouwd, kinderen, kleinkinderen, huisvrouw

6.6.1.2 76 jaar, verpleging gewerkt

Waarde verpleegkundige achtergrond

1.5.1.7 Oud verpleegkundigen ervaren het als een plus op hun werkzame leven (parish nurse)

1.6.1.12 Zoeken mensen die uit het werkveld komen

1.6.1.13 Mensen nodig uit de praktijk nodig die kunnen aansturen en ondersteunen

2.6.1.2 Meerwaarde als verpleegkundige om bepaalde kennis en ervaring

3.6.1.4 Beter voorstellen, mensen die van aanpakken weten, niet bang om iets te doen

4.6.1.2 Weten wat er speelt en wat er te halen is

4.5.1.10 In bepaalde situaties hoeft het geen verpleegkundige te zijn

6.6.1.3 Als verpleegkundige beter inschatten

6.6.1.4 Hele mens te zien

4.5.1.11 Het gaat om competenties en goed de sociale kaart kennen. Tevens bepaalde mate grenzen aan kunnen geven

Scholing

1.1.2.3 Team geeft de buddy's begeleiding d.m.v. stukje voorlichting

2.1.2.2 Cursus volgen

2.1.2.6 Teambuilding en kennisoverdracht met andere hulpgroepen kerk

2.1.2.7 Cursussen aanbieden zodat vrijwilliger kan groeien

2.5.1.2 1x per jaar een avond met thema bijv. dementie

2.5.1.3 Iemand uit de gemeente, een casemanager, is gevraagd om voorlichting te geven over dementie, vrijwilligers krijgen hiermee te maken.

3.1.2.4 Beginnend contact met NPV, intensiever voor in de toekomst

3.1.2.5 Bij keukentafelgesprekken waarschijnlijk behoefte aan scholing

3.1.2.6 Scholing NPV, misschien daar iets mee doen

3.2.1.1 Sinds kort contact met NPV

3.6.1.5 Kort geleden contact met NPV

4.1.2.5 Scholing nog niet – vrijwilliger wil meer zijn/haar verhaal kwijt kunnen, doorpraten over een situatie met anderen en hierdoor misschien scholing nodig

4.1.2.6 Lezing houden over iets praktisch – handvatten bieden

4.1.3.11 Meer algemenere manier van toerusting in de toekomst willen

5.1.2.5 Nu geen behoefte aan scholing

6.1.2.4 Cursussen kunnen gegeven worden, belangstelling is bijzonder klein

6.1.2.5 Wanneer meer kennis nodig is, dan bespreken en zakelijk uitleggen

6.1.2.6 Toerustingscursus loopt van geen kant er komt niemand

6.1.2.8 Landelijke bijeenkomsten met lezing/scholing NPV

6.5.1.6 Toerustingscursus

1.3 Taken

Bezoeken

1.1.3.5 Vrijwilligers voor bestrijding eenzaamheid en diaconale taken

1.1.3.13 Eenzaamheidsbestrijding

2.1.3.9 Bezoeken eenzamen, ouderen, zieken, onwillenden (basiszorg)

2.1.3.10 Sociaal zwakkeren bezoeken

2.1.3.11 Tijdens gesprek bijv. stad ingaan, koffie drinken, stukje uit de Bijbel lezen bidden

3.1.3.7 Bezoeken

3.1.3.8 Gezelschap houden

3.1.3.9 Wandelen

3.1.3.10 Voorlezen

3.1.3.12 Spelletjes doen

3.1.3.13 Bezoeken van dementerende ouderen

4.1.3.10 Bezoeken/ondersteunen persoon met psychische beperkingen

5.1.3.4 Bezoekregelingen

6.1.3.2 Maatjesproject; Bezoeken (ouderen in verzorgingshuizen, psychisch zieken)

6.1.3.4 Meestal bezoeken

6.1.3.10 Maatjesproject

Basiszorg

2.1.3.1 Basiszorg

2.1.3.2 Teams die echt voor basiszorg gaan en wat teams die wat meer specifieke zorg bieden

2.1.3.12 Basiszorg: knuffel, hand om je, arm om je schouder, kopje koffie, luisterend oor

4.1.3.3 Luisterend oor

Ondersteuning schuldtraject

1.1.3.6 Schuldhulpmaatje

1.1.3.15 Schuldhulpmaatjes

1.1.3.16 Budgetcoaches naar patiënten met schulden

Terminale thuiszorg

1.1.3.7 Terminale thuiszorg inzetten (alleen als de professionele hulpverlening ook z'n deel doet)

6.1.3.13 Nachtwaken; Meer om familie te ontlasten dan om zorg te verlenen

Koken

1.1.3.8 Koken

2.1.3.16 Koken voor zieken

3.1.3.3 Kraamcatering koken

3.1.3.16 Eten koken voor gezin

3.1.3.19 Kraamcatering

3.1.3.24 Koken waar iemand is overleden (in toekomst)

4.1.3.7 Koken

Hulp bij huishouden

1.1.3.9 Dagelijkse beslommeringen overnemen

3.1.3.17 Was en strijk verzorgen

3.1.3.18 Huishoudelijke taken doen

4.1.3.5 Ondersteunen wanneer iemand uit ziekenhuis komt

4.1.3.6 Strijk

4.1.3.8 Ondersteuning in huishouden

5.1.3.1 Huishoudelijke hulp

5.1.3.5 Huishoudelijke hulp na ziekenhuisopname of na kraamtijd

6.1.3.3 Tijdelijk ondersteunen in huishouden

6.1.3.6 Huishoudelijke ondersteuning tijdens bezoeken

Systeem ondersteunen

1.1.3.12 Systeem (rondom zorgvrager) opvangen

3.1.3.14 Ontlasten gezinsdruk

4.1.3.2 Ondersteunen gezin probleemkinderen/detentie

Financieel ondersteunen

1.1.3.14 Financieel bijspringen (boodschappen)

1.1.3.18 Bijspringen bij mensen die door alle hulp zijn verstoten door nieuwe schulden en niet nakomen van verplichtingen

2.1.3.3 Financiële hulp

2.1.3.17 Vanuit de diaconie inspringen bij mensen om structuur te bieden

Doorverwijzen

1.1.3.17 Doorverwijzen naar professionals

2.1.3.8 Doorverwijzen naar professionele hulp als wij het niet in huis hebben

2.1.3.20 Wil ik hier verder als vrijwilliger of is er bepaalde kant van thuiszorg nodig

2.1.3.18 Patiënt helpen met thuiszorg aanvragen

2.1.3.21 Doorverwijzen

2.4.1.3 Onze adviserende rol als wij dingen signaleren waar thuiszorg voor nodig is.

3.1.3.25 Doorverwijzen naar predikant

4.1.3.14 Verwijzen naar professionele zorg

4.2.1.1 Kruiwagenfunctie (doorverwijzen)

6.1.3.12 Andere hulp regelen

6.1.3.14 Verwijzen naar andere instanties

6.1.3.15 Geen samenwerking met andere instanties, wel doorverwijzen bijvoorbeeld

Verhuizen

2.1.3.4 Verhuizen

2.1.3.14 Verhuizen

3.1.3.20 Sauzen, behangen laminaat leggen

Geen klusbedrijf, grens bewaren

5.1.3.9 Verhuizen; behangen, witten, schoonmaken

Praktische hulp

2.1.3.5 Praktische hulp

2.1.3.13 Praktische hulp

3.1.3.21 *Vrijwilligers inzetbaar voor praktische dingen*

4.1.3.9 *Hulp voor praktische ondersteuning en kortdurend*

Kleine klusjes

3.1.3.4 *Kleine klusjes thuis doen*

3.1.3.22 *Kleine klusjes*

5.1.3.10 *Diverse taken/klussen*

6.1.3.16 *Klusclub, net gestopt want er was zo weinig vraag voor*

Computerhulp

2.1.3.6 *Computerbegeleiding*

2.1.3.15 *computerproblemen*

5.1.3.14 *Administratie*

Boodschappen

3.1.3.1 *Boodschappen doen*

3.1.3.11 *Boodschappen doen*

5.1.3.2 *Boodschappen doen*

5.1.3.12 *Boodschappen doen*

Vervoer

3.1.3.2 *Bezoekje aan het ziekenhuis of arts*

3.1.3.6 *Vervoer naar arts, ziekenhuis of therapie*

5.1.3.3 *Naar het ziekenhuis rijden*

5.1.3.6 *Rijden naar het ziekenhuis en poli's*

Oppassen

3.1.3.5 *Oppassen*

3.1.3.15 *Oppassen op kinderen*

Tuinwerkzaamheden

5.1.3.7 *Tuintje spitten*

5.1.3.8 *Bomen snoeien*

5.1.3.11 *Tuinonderhoud*

Losse labels

4.1.3.4 *Signaalfunctie*

4.1.3.12 *Elkaar tot een hand en voet zijn (ook letterlijk)*

4.1.3.13 Meedenken

4.6.1.3 Meedenken als vrijwilliger

5.1.3.13 Hond uitlaten

6.1.3.7 Schrijven voor een doof persoon

1.4 Financiering

Betaalde krachten

1.4.1.1 Ik ben zelf het hoofd, oudstenteam is officieel mijn werkgever, en daaronder drie betaalde krachten

1.4.1.3 Coördinatrice: 20 uur betaald door kerk, rest van de uren vrijwillig

2.1.4.2 Als gemeente gezinswerker aangetrokken voor twee dagen in de gemeente, betaalde kracht.

Vrijwillig

1.4.1.2 Vrijwilligers: geheel vrijwillig

2.1.4.1 Allemaal vrijwillig, het is nog te behappen

3.1.4.1 Vrijwillig

4.1.4.1 Vrijwillig

5.1.4.1 Pro deo, vrijwillig

6.1.4.1 Vrijwillige basis

Onkostenvergoeding

3.1.4.2 Benzinevergoeding

5.1.4.2 Benzinevergoeding 25 cent per km. Wel aannemen, en in collectezak als je het zelf niet wilt hebben.

6.1.4.4 Benzine kan vergoed worden door kerkenraad

3.1.4.3 Als je kookt dan kun je de kosten declareren bij de diaconie

4.1.4.2 Je kan declareren bij diaconie

4.1.4.3 Low-budget

5.1.4.3 Bijeenkomsten met alle vrijwilligers betaald diaconie

6.1.4.2 Declareren bij de kerkenraad

6.1.4.3 Benodigdheden zoals postzegels declareren bij de kerkenraad

1.5 Basis

Plicht

1.1.5.1 De opdracht

1.1.5.2 Verder meer als plicht gezien, maar nu meer als iets voor de ander willen betekenen, kind van God

2.1.5.1 Iedereen heeft basiszorg nodig

6.1.5.1 Je hebt een plicht

Uit naastenliefde

2.1.5.2 Jezus grote voorbeeld, God liefhebben boven alles en je naaste als jezelf

4.1.5.1 Elkaar tot een hand en voet zijn

4.1.5.2 Tot een hand en een voet zijn vanuit missie en visie

5.1.5.1 Naar het voorbeeld van de Barmhartige Samaritaan

5.1.5.2 Omzien naar je naaste, ongeacht wie

6.1.5.2 Naastenliefde

6.1.5.3 Fijn om mensen te helpen

2 ERVARINGEN

2.1 Samenwerking

Overheid

1.1.3.1 Noodopvang voor asielzoekers, officieel met de lokale overheid

1.1.3.3 Andere samenwerking gekomen met lijntjes met lokale overheid

1.1.3.4 Samenwerking vanuit kerk met lokale overheid en drie andere grote zorginstellingen

1.2.1.1 Vanuit kerk samenwerkingsbehoefte ontstaan. Daaruit lijntje met lokale overheid gekomen.

1.2.1.2 Samenwerking met lokale overheid, Zonnebloem, Humanitas, PKN en 3 grote zorginstellingen. Dit alles via de zorgbuurtsuper.

Dat zijn betaalde krachten en de vrijwilligers vallen onder onze poot

1.2.1.3 Samenwerking met lokale overheid

1.2.1.4 Samenwerking met gebiedsteam op afroep

1.2.1.5 Samenwerking/participatie met gebiedsteam en lokale overheid

1.2.1.8 Samenwerking met gebiedsteam vanuit overheid. Gebiedsteam bestaande uit professionele instanties

5.2.1.1 Samenwerking met lokale gemeente

5.2.1.3 Samenwerking met het gemeentelijk zorgloket, kan ons inschakelen

5.2.1.8 Via samenwerking met gemeentelijk zorgloket (terugkoppeling) contact met gemeentelijk bestuur

Instanties

1.1.3.4 Samenwerking vanuit kerk met lokale overheid en drie andere grote zorginstellingen

2.2.1.2 Tijdens doorverwijzing naar professionele hulp weleens een stukje samenwerking of overleg (-)

2.2.1.3 Samenwerking met schuldhulpmaatje

2.2.1.5 Nog geen structurele samenwerking met andere instanties (-)

2.2.1.6 Meer laten zien als kerk. Daaruit wel lijntjes

2.2.1.7 Samenwerking met reguliere vluchtelingenhulp

4.2.1.3 Niet zien als samenwerken maar inspringen op hiaat. Niet voorbehouden aan kerk (-)

4.2.1.4 Samenwerking maar niet bewust opzoeken, we sluiten aan

5.2.1.7 Overleg met Helpende handen, gehandicapten zorg

6.2.1.3 Geen samenwerking met andere instanties, wel doorverwijzen (-)

Huisarts

4.2.1.5 Samenwerking met huisartsen

5.2.1.2 Samenwerking met huisartsen

5.2.1.4 Samenwerking met praktijkondersteuner huisarts

5.2.1.6 Samenwerking met praktijkondersteuner huisarts

Binnen de kerk

2.2.1.1 Samenwerking met pastorale team

2.2.1.8 Samenwerking met gezinswerker in kerk

3.2.1.2 Samenwerking met diaconie

3.2.1.3 Doorverwijzen naar pastoraal vertrouwenspersoon in de kerk

6.2.1.1 Samenwerking met kerkenraad en predikant

Kerken onderling

2.2.1.4 Bezig om samen te gaan werken met andere kerken

5.2.1.5 Samenwerking met kerken onderling

5.2.1.9 Samenwerking met diaconieën van deelnemende kerken

Samenbrengen disciplines

4.2.1.2 Collega wilde een MDO bijwonen in een bepaalde situatie

4.2.1.6 In complexe situaties gesprek met betrokkenen; samenwerken ouders, diaconie, zorgboerderij

2.2 Thuiszorg

Samenwerkingsverband

1.2.2.1 Samenwerking met thuiszorg(+)

2.2.2.1 In principe geen contact met thuiszorg (-)

3.2.2.1 Geen band met thuiszorg (-)

3.2.2.3 Thuiszorg heeft twee keer een beroep op ons gedaan, maar van ons uit naar de thuiszorg zou ik niet weten.

3.2.2.5 Geen samenwerking met thuiszorg. (-)

4.2.2.1 Geen samenwerking, regie ligt bij hulpvrager zelf(-)

5.2.2.3 Geen samenwerking, maar ondersteunen en aanvullen (-)

5.2.2.4 Thuiszorg kwam voor medische en wij voor een bezoekje

5.2.2.5 Thuiszorg gesproken in het dorp, over oprichting van de vrijwillige thuiszorg, daarna gebeld voor een overleg

5.2.2.6 Geen concrete samenwerking, ter aanvulling wel (-)

6.2.2.1 Geen samenwerking, wel eens door thuiszorg gebeld voor praktische dingen, bijvoorbeeld urine wegbrengen (-)

6.2.2.2 Samenwerking met thuiszorg; koken samen met nog meer mensen, van buiten het initiatief

6.2.2.3 Aanvullend op thuiszorg (ze weten ons te vinden)

Afstemming

1.2.2.2 De professional is daar ook, wij als kerk moeten niet de totale zorg van thuiszorg overnemen

4.2.2.2 Soms is het goed om af te stemmen in de terminale fase, waar thuiszorg is, en niet alle momenten daar kan zijn. Maar dat is vooral als de cliënt of mantelzorger die coördinatie niet zo goed meer kan nemen

4.2.2.3 Regie zorgvrager behouden, wij ondersteunen

5.2.2.2 Thuiszorg was ook eerst een beetje bang dat wij taken van hun over gingen nemen, dat is niet de bedoeling

Contact

1.2.2.5 Communicatie met thuiszorg via zorgbuurtsuper systeem

2.2.2.2 Mocht er contact nodig zijn, altijd via cliënt

3.2.2.2 Weleens een telefoontje van thuiszorg om te kijken wat we kunnen doen, maar dan is het iemand die van ons weet

3.2.2.7 Mensen van de PKN en waar thuiszorg is, die van ons weten kunnen ons zelf inschakelen.

3.3.1.1 Beide keren liep de samenwerking een beetje mis.

4.2.2.4 Contact wordt vanuit thuiszorg weleens opgezocht wat de vrijwilligers zouden kunnen betekenen.

5.2.2.1 Geen contact met professionele thuiszorg

3 BEHOEFTE

Bescherming vrijwilliger

1.3.1.1 Spanningsveld wat wel en niet door vrijwilliger of betaalde kracht gedaan mag worden

1.3.1.4 Goed gescheiden houden wat vrijwilligers kunnen en wat niet.

1.6.1.2 Vertegenwoordiger zijn voor je vrijwilligers

2.1.3.19 Tijd afbakenen

2.3.1.4 Het moet geen last worden.

2.3.1.5 We doen het uit liefde maar hebben ook de vrijheid om te zeggen dit gaat boven m'n pet.

2.3.1.6 Het moet geen werk/baan worden, dan gaat het de grens over.

2.3.1.7 Vanuit passie blijven werken.

2.4.1.10 Onafhankelijk blijven

4.3.1.7 Veiligheid bieden aan je vrijwilligers

4.3.1.8 Meer toerusting van je vrijwilligers

4.3.1.11 Want door op de professionele stoel te gaan zitten maak je jezelf ook in bepaalde mate verantwoordelijk, kan en wil de kerk deze dragen?

4.4.1.1 Er is uit de professionele zorg en hulp nog best wat te krijgen, en vrijwilligers moeten zich ook geen goedkope schoonmaaksters voelen

4.4.1.7 Bepaalde veiligheid bieden aan vrijwilligers, zelf intake over situatie.

4.4.1.8 Toerusting eigen vrijwilligers

5.3.1.1 Ook al ben je verpleegkundige, op dat moment ben je vrijwilliger dus geen verpleegkundige taken overnemen

5.3.2.4 Afkaderen, wij doen echt vrijwilligerswerk

Eigen taak professional

1.3.1.2 Terminale thuiszorg inzetten als thuiszorg en professionele hulpverlening eigen deel doet

1.3.1.3 Dat de terminale thuiszorg de nacht overneemt en dat is betaald, en dat onze terminale thuiszorg van de kerk het gezin versterkt.

1.1.2.4 Verantwoordelijkheid terugspelen naar professional bij psychisch zieken.

1.1.2.5 Professionele hulp niet gaan overnemen

1.1.3.10 Niet overnemen daar waar de overheid ook een taak heeft

1.2.2.3 Overheid heeft een taak als iemand een beperking heeft waar thuiszorg voor nodig is.

Afspraken

1.2.1.6 Goede afspraken zijn belangrijk

1.3.1.5 Goede afspraken maken

1.6.1.4 Welke plek neem je in als kerk

2.3.1.1 Structuur vasthouden

2.3.1.2 Handtekening zetten, bewijs we gaan er samen aan werken

3.3.1.2 Ik weet niet goed hoe dat zou moeten lopen.

3.3.1.3 Goede afbakening en goede afspraken over duur van zorg

4.3.1.4 Goede afspraken maken, zodat de zorgvrager niet zelf de vrijwilliger belt

Overleg

2.3.1.3 Tussentijds evalueren

2.4.1.8 Nu gaat alles digitaal, maar ik zou er voor openstaan als er een plaats in de zorgmap is voor communicatie

4.3.1.6 Rapporteren

6.3.1.1 Als er een samenwerking zou zijn, dingen bespreken met de thuiszorg

6.3.1.2 Vrij lastig als er een andere instantie ook aan het werk is, je moet het samen doen, aanvoelen (afstemmen en overleg)

Aanvullend zijn

1.1.3.11 Aanvullend op professionele hulp

4.3.1.2 Geen professionele zorg verlenen, willen/kunnen aanvullen

4.3.1.3 Aanvullend

4.3.1.10 Professionele dingen bij professionals laten, en wij aanvullend

Bekendheid

2.4.1.1 Als de vraag komt prima, maar we maken geen reclame voor ons als kerk

2.4.1.6 Kerk wil thuiszorg graag bekend maken wat ze kunnen betekenen

4.3.1.1 Behoeftte aan meer bekendheid binnen de kerk, wat wij kunnen betekenen.

4 MOGELIJKHEDEN

Afbakening

1.1.3.2 In gebiedsteam (Drachten) is de kerk op afroep;

Rondetafelgesprekken

Overleg van de zorg

Mogelijkheden bekijken

Kijken welk aandeel de kerk op zich kan nemen

2.4.1.9 Grens bewaren richting professionele vlak

3.2.2.8 Goed afbakenen, niet in elkaars vaarwater.

4.4.1.3 Mocht een samenwerking nodig zijn, zullen we ook rapporteren

4.4.1.4 Geen verantwoordelijkheid nemen voor situatie als bijvoorbeeld kindermishandeling, maar je kunt wel aangeven van, dit zien wij gebeuren

4.4.1.9 Als vrijwilligers niet op professionele stoel gaan zitten

Hulpvraag

3.1.2.3 Hulpvraag wordt gefilterd

3.1.3.23 Nog nergens tegen aan gelopen (dingen willen doen)

3.2.2.4 Wij gaan nadrukkelijk niet op zorgvragen in, alleen hulp

3.4.1.1 Doen alleen hulpvragen geen zorgvragen

4.1.3.1 Open, wachten op een probleemsituatie

5.1.3.15 Geen psychische hulp

5.4.1.2 Komt er een complexe hulpvraag binnen dan zien we wel, we kunnen het allicht proberen

5.1.3.16 Bij sommige hulpvragen eerst overleg

6.1.3.9 Per situatie bekijken of we het kunnen en willen doen

6.1.3.5 Niet voor de schoonmaak of als iemand een werkster zoekt

6.1.3.11 Er worden op dit moment geen verpleegkundige of verzorgende vaardigheden gedaan, wel mogelijk. Meer verzorgende dan verpleegkundige vaardigheden

6.1.3.8 *Wat we niet willen, zijn we nog niet tegen gekomen*

Zorgduur

3.1.1.1 *Kortdurend hulp (6 weken – 3 maanden) verlenen*

5.4.1.1 *Noodhulp*

5.6.1.4 *Duur zorg: 6 – 8 weken*

Beschikbaarheid vrijwilligers

1.6.1.1 *Beschikbaarheid is spanningsveld*

1.2.1.7 *Vrijwillig en betaald; in samenwerking spanningsveld qua beschikbaarheid*

3.4.1.2 *Vrijwilligers blijven hangen*

3.4.1.4 *Samenwerking mogelijk als we meer vrijwilligers hadden*

4.3.1.9 *Extra zakje met tijd*

5.3.2.3 *Samenwerking afhankelijk van de beschikbaarheid en hoeveelheid vrijwilligers*

5.4.1.3 *Houden zoals het is, samenwerking afhankelijk van aantal vrijwilligers*

Aanvullend

2.4.1.4 *Geen taken overnemen, alleen in noodgevallen*

4.4.1.2 *Aanvullend willen zijn*

6.4.1.1 *Aanvullend kan de thuiszorg ons vinden hoor, bespreken als dat nodig is.*

6.4.1.2 *Aanvullend als het nodig is*

Onduidelijkheid

2.4.1.2 *Het is lastig een samenwerking te organiseren, eerder geprobeerd, toen moest je terug naar de gemeente.*

3.2.2.6 *Ik weet niet goed hoe die samenwerking zou moeten lopen, misschien actief contact zoeken*

3.4.1.3 *Een keer overleggen*

4.4.1.6 *Overleggen met diaconie over mogelijkheden*

Waarde

1.2.2.4 *Het recept wat de overheid biedt is te weinig, je moet kijken waar zorg nodig is ook op andere levensterreinen.*

3.3.1.4 *Meerwaarde en samenwerking met thuiszorg, zou leuk zijn*

4.4.1.5 *In specifieke situaties zou een samenwerking meerwaarde hebben*

5.3.2.2 *Geen behoefte, houden zoals het nu is. (-)*

Bekendheid

2.4.1.5 *Meeste reguliere hulpverleners weten heel weinig van kerk en wat daarin gebeurt*

Losse labels

1.6.1.3 Eigen cliëntenvolgsysteem

2.4.1.7 Thuiszorg kan overleggen met ons en wij niet met hun want wij hebben daar geen bevoegdheid voor

5 PARISH NURSE

Gezondheidsvoorlichting

1.5.1.1 Gezondheidsvoorlichtingen doen wij ook wel

1.5.1.3 Wij geven opvoedingscursussen, vaderschapcursus en moederschapcursus

1.5.1.4 Cursus over geld

3.5.1.3 Wachten op de behoefte qua gezondheidsvoorlichting, is taak voor thuiszorg

4.5.1.7 Wel gezondheidsvoorlichting maar niet als doel op zich (wel voortborduren)

4.5.1.8 Niet officieel gezondheidsvoorlichting, maar mijns inziens wel mee bezig

5.5.1.5 Gezondheidsvoorlichting zie ik niet zitten, maar wel een mooi initiatief (-)

5.5.1.6 Grens tussen professional en vrijwilliger wordt vaag

6.5.1.9 Als het voor de hand ligt geven we algeheel advies en voorlichting qua gezondheid

Spirituele zorg

3.5.1.1 Spirituele zorg niet zo, het ligt ook aan de problemen die er zijn maar ik zie niet zomaar meerwaarde voor ons land waar alles georganiseerd is (-)

3.5.1.4 Het spirituele gedeelte organiseer je niet, dat is er, omdat wij omgaan met het geloof

3.5.1.5 Geen taak maar doe het wel

4.5.1.1 Gebed of stukje uit de Bijbel, prima. Er zijn best wel items waarvan je zegt, oké, daar voldoen wij wel aan

4.5.1.2 Kerk staat wel open voor spirituele zorg ,signalerende functie op spiritueel gebied.

4.5.1.3 Niets opdringen

4.5.1.4 In reformatorische kerken ligt het anders

4.5.1.5 Vertrouwensband belangrijk geeft meer ruimte

4.5.1.6 Regie bij de zorgvrager

5.5.1.1 Spirituele zorg door vrijwillig pastoraal team van kerk

5.5.1.2 Bij de mensen langs voor een praatje, bijbel lezen en bidden, dus het zit er al een beetje in.

5.5.1.3 Als mensen de behoefte hebben prima, maar het is niet de bedoeling dat we gaan evangeliseren, laagdrempelig houden.

5.5.1.4 Soort plus maar niet voor het initiatief, wel bij mensen van je eigen kerk

6.5.1.1 Pastorale zorg weet niet of ze het pikken

6.5.1.2 Geestelijk gesprekken zou kunnen

6.5.1.3 Een geestelijk gesprek met iemand hebben, dat heb je in de verpleging natuurlijk ook gewoon.

6.5.1.4 Spirituele zorg heeft meerwaarde, maar of je dat kan opzetten weet ik niet (twijfel)

6.5.1.5 Vraagt om selectie

6.5.1.7 Kerkenraad geeft ook begeleiding aan leden

6.5.1.8 Spontaan spirituele zorg maar georganiseerd weet ik niet

Criteria

1.5.1.5 Verpleegkundigen willen stuk verpleging niet maar wel innerlijke zorg

1.5.1.6 Niet weer echt de verpleegkundige worden (-)

2.5.1.4 Goede afspraken en een stuk bescherming bieden

Verschil zorgstelsels

2.5.1.1 Niet te vergelijken met Amerika

4.5.1.12 Niet passend in Nederlands zorgstelsel

5.5.1.8 Parish nurse waarschijnlijk niet nodig in Nederland

5.5.1.7 Alles goed geregeld

Losse labels

1.5.1.2 We doen al best wel veel

4.5.1.9 Wij doen al veel

1 INITIATIEF

HULPVERLENERS

Voorwaarden vrijwilligers

Screening/eisen

Verklaring

Achtergrond vrijwilligers

Expertise coördinatoren

Achtergrond coördinatoren

Waarde verpleegkundige achtergrond

Scholing

HULPVERLENING

Zorgtaken

Terminale thuiszorg

Basiszorg
Doorverwijzen
Systeem ondersteunen
Intake
Signaalfunctie

Praktische hulp

Koken
Hulp bij huishouden
Verhuizen
Praktische hulp
Kleine klusjes
Computerhulp
Boodschappen
Vervoer
Oppassen
Tuinwerkzaamheden
Financieel ondersteunen
Bezoeken
Ondersteuning schuldtraject

Type zorgvragers

BEKOSTIGING INITIATIEVEN

Betaalde krachten
Vrijwillig
Onkostenvergoeding

DRIJFVEER

Plicht
Uit naastenliefde

2 Ervaringen

ORGANISATIES

Overheid

Instanties

Huisarts

Binnen de kerk

Kerken onderling

SAMENWERKINGSVERBAND THUISZORG

Samenwerkingsverband

Afstemming

Contact

Samenbrengen disciplines

3 Behoeften

VORMGEVING SAMENWERKING

Afspraken

Overleg

Bescherming vrijwilliger

Eigen taak professional

Aanvullend zijn

Bekendheid

4 Mogelijkheden

HULPVERLENING

Hulpvraag

Zorgduur

Beschikbaarheid vrijwilligers

Aanvullend

VORMGEVING

Afbakening

Onduidelijkheid

WAARDE

Meerwaarde

VISIE PARIS NURSE

Gezondheidsvoorlichting
Criteria
Verschil zorgstelsels