

"Door meten tot weten"

(Natuurkundige Heike Kamerlingh Onnes, 11-11-1882)

Ingrid Wijckmans-Kengen (2066823)

Zuyd Hogeschool Heerlen/Faculteit Gezondheidszorg/HBO-V deeltijd

Afstuderen advies

Docentbegeleider: Michael Breemen

Praktijkbegeleider: Fleur Nivo

Stageplaats: Envida, thuisteam de Heeg/Vroendaal

Aantal woorden: 8829

Voorwoord

Voor u ligt de thesis met de titel: "*Door meten tot weten*". Het beschreven onderzoek vond plaats in het kader van de afstudeermodule Advies en werd uitgevoerd in de periode van Februari 2023 tot en met Mei 2023. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek was ik werkzaam als HBO-verpleegkundige in opleiding bij Envida in Thuis team de Heeg/Vroendaal. In dit onderzoeksverslag wordt een praktijkprobleem beschreven dat resulteert in het uitvoeren van een methodisch uitgevoerd onderzoek. De resultaten van dit onderzoek worden verwerkt tot een advies aan de praktijkorganisatie. Het gehele stuk is geschreven vanuit mijn eigen handelen en gemaakte keuzes worden onderbouwd vanuit passende theorieën.

Graag wil ik mijn werkbegeleider Fleur Nivo en al mijn collega's bedanken voor hun geduld, vertrouwen en feedback. Mijn docent, Michael Breemen, wil ik bedanken voor de professionele begeleiding tijdens dit proces. Mijn medestudenten bedank ik voor hun nuttige feedback en voor het prettige groepsproces tijdens deze laatste module. Ik wens u veel leesplezier!

Ingrid Wijckmans-Kengen

Maastricht, 01-01-2023

Samenvatting

Inleiding: Wijkverpleegkundigen binnen Envida krijgt zowel vanuit de organisatie als vanuit het Omaha systeem, vrijheid om aanwezige meetinstrumenten naar eigen inzicht in te zetten bij kwetsbare ouderen. De gegeven vrijheid heeft tot gevolg dat er geen of niet voldoende gebruik wordt gemaakt van de meetinstrumenten. Door het niet voldoende benutten van meetinstrumenten blijven kansen liggen om kwetsbaarheid bij ouderen te signaleren, diagnoses te stellen en doelen meetbaar en haalbaar te maken. Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de beïnvloedende factoren om kwetsbaarheid te meten bij ouderen die thuiszorg ontvangen.

Methoden: Er werd een kwalitatief onderzoek verricht naar het meten van kwetsbaarheid bij ouderen in de wijk door wijkverpleegkundigen. Bij aanvang van dit onderzoek werd een literatuurstudie verricht. Een expert in de organisatie werd geraadpleegd en er werd numerieke data opgevraagd vanuit de organisatie. Vervolgens werd een focusgroep interview gehouden onder deelnemende wijkverpleegkundigen in Maastricht Oost.

Resultaten: Uit de afgenomen interviews is gebleken dat deelnemende wijkverpleegkundigen met name op hun verpleegkundige blik en hun eigen competenties vertrouwen bij het signaleren van problemen. Het inzetten van een meetinstrument wordt hierbij niet als waardevolle toevoeging gezien. In tegendeel: tijdsgebrek en het ervaren van extra administratieve last zijn veelvuldig benoemd. In bepaalde situaties zien de wijkverpleegkundigen voordelen aan de inzet van een meetinstrument. Zo kan geboden zorg via een meetinstrument onderbouwd en geëvalueerd worden. Een kennistekort over de juiste toepassing van een passend meetinstrument, maakt dat men het meetinstrument weer terzijde schuift.

Discussie en conclusie: Een punt van discussie is de behoefte aan een vast kader vanuit de organisatie. Over de meerwaarde hiervan zijn meningen verdeeld. Uit literatuur blijkt dat het ontbreken van richtlijnen met betrekking tot de inzet van meetinstrumenten, een nadelig effect heeft op de inzet hiervan. Gebruik van de verpleegkundige blik en eigen competenties is waardevol maar heeft zijn risico's. Afhankelijk van de competenties van de wijkverpleegkundige dreigt over- of onderbelichting van een zorgvraag. Literatuur meldt dat gebruik van een meetinstrument dit kan voorkomen.

Advies en inbedding: Gegeven adviezen hebben voornamelijk betrekking op de dagelijkse, verpleegkundige praktijk. Om veranderbereidheid in kaart te brengen werd alle respondenten gevraagd een QuickScan van het Dinamo model in te vullen. Factoren die het verandervermogen kunnen vergroten werden hiermee geïdentificeerd waarna passende interventies kunnen worden ingezet. Gegeven adviezen zijn passend bij deze factoren en hebben betrekking op het opheffen van weerstand en kennistekort, de inzet van een katrekker en het creëren van een veilige werkomgeving.

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Hoofdstuk 1. Theoretisch kader	9
Hoofdstuk 2. Methode.....	12
2.1 Onderzoek benadering	12
2.2 Setting en participanten	12
2.3 Methoden van dataverzameling.....	13
2.4 Data-analyse	15
2.5 Ethische aspecten	15
Hoofdstuk 3: Resultaten	17
Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie	21
Hoofdstuk 5: Advies en inbedding.....	24
Literatuurlijst	27
Bijlagen.....	32

Inleiding

Meten is de bepaling van de grootte of de omvang van iets aan de hand van waarneming en uitgedrukt in een getalswaarde (Ensie, 2013). Meten in de zorg wordt extra belangrijk wanneer men zorg ontvangt vanuit meerdere disciplines (Quinn, Robinson, Forman, Krein, & Rosland, 2017). Scott en Lewis (2015) benoemen in hun paper het belang van meten in de zorg, oftewel measurement based care (mbc). Mbc wordt door hen gedefinieerd als zorg gebaseerd op gegevens die verzameld worden gedurende een behandeling. Zij concluderen dat mbc enerzijds zorgt voor inzicht in zorgresultaten, doelen verduidelijkt, symptoomverergering voorkomt en de resultaten voor een cliënt verbeterd. Anderzijds benoemen ze de uitdagingen die zorgprofessionals ervaren tijdens mbc implementatie: zo is extra administratieve last is een veel genoemd argument om niet te meten. Het ontbreken van richtlijnen vanuit de organisatie over hoe en wanneer meetinstrumenten in te zetten, speelt tevens een rol in de inzet van meetinstrumenten (Scott en Lewis (2015). Wanneer de zorgprofessional niet meet, kunnen zorgvragen onderbelicht of juist overbelicht raken. Het juist beoordelen van zorgvragen is dan enkel afhankelijk van kennis en vaardigheden, houding en de beschikbare tijd van de zorgverlener. In 2031 wordt in de zorg een tekort van 135 duizend werknemers verwacht (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Door dit tekort aan vaste krachten wordt de continuïteit in persoon steeds kleiner in de zorg die we leveren (Trigt et al., 2018). Continuïteit 'van proces' gaat hierdoor van groter belang zijn om de continuïteit en daarmee de kwaliteit van zorg veilig te stellen. De toepassing van meetinstrumenten kan hierbij ondersteunen om deze continuïteit van het zorgproces te borgen. Doordat meetinstrumenten systematisch signaleren en monitoren minimaliseert het risico dat het al of niet leveren van gepaste zorg afhankelijk is van de competenties en tijd van de betrokken zorgverleners (Trigt et al., 2018).

In de zorgvisie van Envida is te lezen dat zorgprofessionals zoveel mogelijk moeten bijdragen aan het échte zorgproces. Behoud van kwaliteit en continuïteit van zorg staat hierbij

voorop. Dit is te bereiken door cliënten hun eigen regie te laten behouden, een efficiëntere inzet van zorgprofessionals en door gebruik te maken van de kracht van deze zorgprofessionals (Envida, 2022). Concluderend uit deze gekozen visie, efficiënte inzet van zorgprofessionals, eigen regie bij cliënten en kwaliteit van zorg, kan men stellen dat de inzet van meetinstrumenten op al deze vlakken mogelijk is en een meerwaarde heeft bij het uitvoeren van de zorgvisie. Door metingen en meetinstrumenten in te zetten worden verpleegkundige diagnoses bevestigd en objectief onderbouwd. De gestelde doelen kunnen op deze manier concreet worden gemaakt en deze concrete doelen zijn gemakkelijker uit te voeren voor zowel zorgprofessionals, als voor de mensen die zorg ontvangen (Wilkinson, van der Burgh, Eisenberg, van 't Hul, & Luitjes, 2020). Wijkverpleegkundigen binnen Envida gebruiken het Omaha classificatiesysteem om het verpleegkundig proces inzichtelijk te maken. In het Omaha systeem zijn meetinstrumenten (de klinimetrie) onderdeel van het elektronisch patiëntendossier. De wijkverpleegkundige krijgt zowel vanuit de organisatie als vanuit het Omaha systeem, vrijheid om meetinstrumenten naar eigen inzicht in te zetten bij kwetsbare ouderen (Berends, 2022). Het al dan niet inzetten van meetinstrumenten heeft geen invloed op het verdere werkproces binnen het Omaha systeem. De gegeven vrijheid heeft tot gevolg dat er geen of niet voldoende gebruik wordt gemaakt van de meetinstrumenten. Door het niet voldoende benutten van meetinstrumenten blijven kansen liggen om kwetsbaarheid bij ouderen te signaleren, diagnoses te stellen en doelen meetbaar en haalbaar te maken (Penninger, 2023).

Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de beïnvloedende factoren om kwetsbaarheid te meten bij ouderen die thuiszorg ontvangen, en inzichtelijk krijgen op welke manier deze factoren beïnvloed kunnen worden. Hieruit volgt een advies om het meten van kwetsbaarheid te bevorderen. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: Welke beïnvloedende factoren zijn er voor de wijkverpleegkundigen binnen wijken van Maastricht Oost om kwetsbaarheid te meten bij ouderen?

Deelvragen hierbij zijn:

- Wat is meten in de zorg?
- Wat is measurement based care?
- Waarom is meten in de wijkzorg van belang?
- Wat houdt meten van kwetsbaarheid in?

Leeswijzer

In hoofdstuk één wordt het theoretisch kader beschreven. Hoofdstuk twee beschrijft de methode die gevolgd is voor dit onderzoek. Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten die werden opgehaald met dit onderzoek. In hoofdstuk vier volgt de discussie en conclusie. Hoofdstuk vijf beschrijft het advies en inbedding van de adviezen voor de praktijk. Als laatste zijn de literatuurlijst en de aanvullende bijlages toegevoegd.

Hoofdstuk 1. Theoretisch kader

In het theoretisch kader zijn kernbegrippen uit de inleiding via een literatuurstudie onderzocht en beschreven. De gevonden informatie vormt, samen met de informatie uit de organisatie, de basis voor het verdere onderzoek.

Metten in de zorg

In de individuele gezondheidszorg kunnen zorgprofessionals meetinstrumenten gebruiken ter ondersteuning bij het stellen van een diagnose en om behandelingen te monitoren of evalueren. Meten maakt het mogelijk variabelen in maat en getal uit te drukken. Op die manier wordt zichtbaar wat zonder meting, terecht of onterecht, impliciet gedacht of verondersteld zou worden. Het ondersteunt bij klinisch redeneren, samen beslissen en evidence based werken (Beurskens, Van Peppen, Swinkels, Vermeulen, & Wittink, 2020). Inzet van een meetinstrument helpt bij signaleren, vervolgen en gericht verkennen van behoeften, symptomen en problemen van patiënten en hun naasten (IKNL.nl, 2018). Binnen het zorgproces zijn er drie doelstellingen waarvoor meten ingezet kan worden: diagnostisch, prognostisch en evaluatief (Beurskens et al., 2020). Meetinstrumenten kunnen ingezet worden om de kwaliteit rond specifieke zorg te meten. Op die manier is het mogelijk vanuit een instelling of inspectie sturing te geven aan deze kwaliteit. (ZonMw, z.d.).

Wat is measurement based care

Measurement based care is een klinisch proces dat bestaat uit drie essentiële componenten:

- Het routinematig meten van resultaten van de behandeling, vanuit de optiek van de cliënt.
- Het delen van feedback met de cliënt over de door hen gemelde resultaten
- Actie uitzetten op de gemeten resultaten vanuit de klinische blik van de behandelaar en de ervaringen vanuit de cliënt (Boswell et al., 2022).

Measurement-based care (mbc) maakt gebruik van evidence based practice. Na een uitgevoerde meting worden keuzes met betrekking tot ingezette zorg in samenspraak met de cliënt, gemaakt. Deze beslissingen zijn door toepassing van MBC gebaseerd op de best beschikbare informatie. Op deze manier kunnen persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van de cliënt worden meegenomen in het besluit. Geboden zorg kan op deze manier constant worden geëvalueerd en bijgesteld (Scott & Lewis, 2015).

Belang van meten in de wijkzorg

Kwaliteit van zorg hangt niet alleen samen met de interactie tussen zorgprofessionals en hun cliënten, maar ook met de manier waarop input vanuit een systematische benadering wordt omgezet in gezondheidsdoelen (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabanova, 2017). In een klinische setting wordt overwegend "harde data" gebruikt, bijvoorbeeld laboratoriumwaardes, als belangrijkste indicator voor de gezondheidstoestand van een patiënt. "Zachte data" zoals ervaren beperkingen, onrust en een gevoel van welbevinden wordt in klinische settingen genegeerd (Fava, Tomba, & Sonino, 2012). Het doel van wijkverpleging is de kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking. Gezondheid wordt daarbij als een positieve, dynamische conditie gezien die rust op fysieke, functionele, psychische, sociale en spirituele pijlers (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021b). Deze "zachte data", de ervaringen vanuit de patiënt, wordt uitgevraagd aan de hand van meetinstrumenten. Op deze manier kan de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntperspectief gemeten worden (Nivel, z.d.).

Kwetsbaarheid bij ouderen in de wijk

In de afgelopen 100 jaar, hebben ontwikkelingen in medicatie en publieke gezondheidszorg geleid tot een verdubbeling van de gemiddelde levensverwachting ("Global Aging", z.d.) In 2050 zal ongeveer 16,7% van de wereldbevolking 65 jaar of ouder zijn (He, Goodkind, & Kowal, 2016). Volgens Walston, Buta en Xue (2018) is er bij het bereiken van een hogere leeftijd een trend van toegenomen kwetsbaarheid waarneembaar bij ouderen. Kwetsbaar zijn geldt als één van de duidelijkste tekenen van veroudering in een generatie bij het bereiken van een hogere leeftijd (Clegg et al., 2013). De richtlijn "Zorg voor kwetsbare ouderen" benoemt kwetsbaarheid als 'een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten' (Hobma, 2017). Bij kwetsbaarheid bij ouderen is sprake van elkaar beïnvloedende, complexe problematiek zoals multi-morbiditeit en één of meer zogenaamde Geriatric Giants (mobiliteitstoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie) (Hobma, 2017).

Inzicht krijgen in kwetsbaarheid bij ouderen is belangrijk voor verschillende gebieden in de gezondheidszorg. Artsen kunnen behandelingen aanpassen en onderzoekers willen de etiologie en vroege aanwijzingen van kwetsbaarheid identificeren. Bij meer kennis over prevalentie van kwetsbaarheid kunnen beleidsmakers inzetten op een juiste verdeling van de

bestaande middelen. Op die manier zal men ook in de toekomst goede zorg aan de kwetsbare, ouder wordende mens kunnen bieden. Zorgorganisaties kunnen zich richten op het ontwikkelen van zorgmodellen om kwetsbare ouderen passende zorg te blijven bieden (Wu & Leff, 2018). De "Handreiking voor zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen thuis" benoemt het belang van signaleren van kwetsbaarheid. Tijdig goede zorg en proactief ondersteuning bieden aan kwetsbare ouderen kan leed voor ouderen en mantelzorg voorkomen. Het is belangrijk te signaleren: signalen van kwetsbaarheid kunnen zowel bij wijkteam, wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk binnenkomen (InEen, 2023).

Model gedragsverandering

Het succesvol doorvoeren van een verandering in een organisatie wordt bepaald door de mensen die daar werken. De mens is de kritieke factor in een verandering. Wanneer men een verandering niet ondersteunt zal deze minder succesvol geïmplementeerd kunnen worden. Het Dinamo-model wordt als instrument gebruikt om de veranderbereidheid van mensen binnen de organisatie in kaart te brengen, op basis van de facetten 'moeten', 'willen' en 'kunnen' (Metselaar, Cozijnsen, & Delft, 2011). Daarnaast worden verwachtingen getoetst rondom het eindresultaat van de verandering. Toetsing op deze onderdelen brengt in kaart waar de knelpunten bij veranderbereidheid liggen, zodat veranderstrategie en -aanpak daarop aangepast kunnen worden. Interventies om veranderbereidheid te vergroten kunnen vervolgens worden gericht op de zwakke plekken om zo de kans op een succesvolle verandering te vergroten (BOOM Strategie en Communicatie, 2022). Van sterke punten kan gebruik worden gemaakt om betrokkenen extra voor het veranderproces te motiveren (Metselaar et al., 2011). Uitkomsten afkomstig uit de afgenomen Quickscans worden meegenomen in het hoofdstuk "Advies en inbedding".

Hoofdstuk 2. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven, waarbij de onderdelen onderzoeksbenadering, setting en participanten, dataverzameling, data-analyse en ethische aspecten worden toegelicht.

2.1 Onderzoek benadering

Om tot een valide antwoord op de onderzoeksvraag te komen werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Deze methode werd gekozen om diepgaande inzichten te verkrijgen in de ervaringen, meningen, beweegredenen en opvattingen van de respondenten (Baarda et al., 2021). Deze methode is gericht op het verduidelijken van de verkregen inzichten om een diepgaand antwoord te verkrijgen voor dit onderzoek (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2012).

2.2 Setting en participanten

Setting

Envida is een zorgorganisatie die zowel intramurale als extramurale zorg levert aan ouderen en chronisch zieken. Het werkgebied strekt zich uit van regio Maastricht tot Heuvelland.

Envida Thuis bestaat uit 44 wijkteams, waarbij ieder wijkteam bestaat uit wijkverpleegkundigen (niveau 6), verpleegkundigen (niveau 4), verzorgenden-IG (niveau 3) en verzorgenden C (niveau 2+). Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen werkgebied Maastricht Oost, in de wijken Heer, Heugem, de Heeg, Heugemerveld en Céramique.

Participanten

Aan dit onderzoek hebben 8 respondenten deelgenomen van de wijkteams Heer, Heugem, de Heeg, Heugemerveld en Céramique. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, waarbij enkel gediplomeerde wijkverpleegkundigen zijn meegenomen in het onderzoek. Deze respondenten zijn werkzaam in het primaire zorgproces en bekend met het meten van kwetsbaarheid bij ouderen en evalueren de geleverde zorg. Daarnaast is een beleidsadviseur meegenomen voor het onderzoek als expert op de diverse aspecten van kwaliteitszorg, waaronder meten in de zorg.

Exclusiecriteria: HBO-verpleegkundigen in opleiding werden geëxcludeerd. MBO-verpleegkundigen werden geëxcludeerd, ondanks het feit dat men aanpassingen mag doen in zorgplannen. De planningsondersteuners zijn uitgesloten van deelname, omdat deze niet betrokken zijn bij het primaire zorgproces. De verzorgenden IG, C, en de MMZ'ers werden niet bij het onderzoek betrokken, omdat zij niet in de zorgplannen werken. In tabel 1 werd een compleet overzicht geplaatst van deze criteria.

Tabel 1. Overzicht van inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Wijkverpleegkundigen	MBO-verpleegkundigen
Beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid (expert)	Verzorgenden IG
Werkzaam in het primaire zorgproces	Verzorgenden C
Bekend met het meten van kwetsbaarheid en het evalueren van zorg	Medewerkers Maatschappelijke Zorg
	Planningsondersteuners

2.3 Methoden van dataverzameling

De validiteit van een onderzoek wordt hoger door de inzet van verschillende dataverzamelmethode. Dit noemt men methodetriangulatie (Baarda et al., 2021) Door de hoofdvraag multi-perspectief te bekijken controleer je of het verkregen resultaat overeenkomt bij gebruik van een andere methode (Verhoef et al., 2012). Het gebruik van bestaand materiaal, zoals literatuur, is hierin een eerste stap. (Baarda et al., 2021).

Literatuuronderzoek

Om triangulatie toe te passen werd begonnen met het verzamelen van data uit verschillende bronnen. Literatuuronderzoek werd gedaan om kennis te verzamelen over het onderzoeksonderwerp. Het zoeken en lezen van wetenschappelijke literatuur leverde belangrijke, verifieerbare input voor het onderzoek op. Reeds aanwezige kennis werd verdiept en aan de hand van de literatuur werden kaders opgesteld voor het onderzoek. Ter onderbouwing van de onderzoeksvraag werd een uitdraai uit de digitale werkomgeving opgevraagd (Penninger, 2023). Hierbij werd specifiek gekeken naar de frequentie van het inzetten van meetinstrumenten door een vastgestelde groep wijkverpleegkundigen over een bepaalde periode. Dergelijke data zijn niet gevoelig voor vertekening en dus zeer objectief

(Baarda et al., 2021).

De literatuurstudie werd uitgevoerd in zowel nationale als internationale databanken en kwaliteitskaders. Er werd gebruik gemaakt van Pubmed, Google Scholar en Springer Link. In tabel 2 staan de zoektermen benoemd die voor de verschillende onderwerpen zijn gebruikt.

Tabel 2: Thema's met bijpassende zoektermen

<i>Metten in de zorg</i>	<i>Het belang van meten in de wijkzorg</i>	<i>Kwetsbaarheid bij ouderen</i>	<i>Het belang van meten van kwetsbaarheid</i>	<i>Measurement based care</i>
scoring, lists measuring, care, clinical setting(s)	home care, measurement, importance, scoring, lists, questionnaire	frailty, elderly, richtlijn, kwetsbare, kwetsbaarheid, ouderen	importance, measuring, frailty, elderly, population, care	measuring, measurement, scoring, patiënt, based, care, lists

Focusgroep interviews

Bij de deelnemende wijkverpleegkundigen werd een focusgroep interview afgenomen. Dit vond plaats in drie afzonderlijke groepen. Groepsinterviews hebben als voordeel dat de antwoorden van overige deelnemers inspirerend kunnen werken. Deelnemers kunnen inzichten opdoen waar men spontaan niet aan gedacht had (Baarda et al., 2021).

De onderzoekspopulatie werd via een informatiebrief per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze informatiebrief is bijgevoegd in bijlage 1. Na toezegging van deelname kreeg de respondent een toestemmingsverklaring toegestuurd. Een blanco exemplaar van de verklaring is te vinden in bijlage 2.

Tijdens het interview werden open vragen gesteld die gedeeltelijk waren vastgelegd in de topiclijst. Een blanco exemplaar hiervan is te vinden in bijlage 4. Door open vragen te stellen werd een mogelijkheid tot doorvragen gecreëerd (Verhoef et al., 2012). De gesprekstechniek luisteren, samenvatten en doorvragen werd toegepast en een actieve, open luisterhouding werd getoond (Verhoeven, 2022).

Tijdens de interviews is doorgevraagd tot datasaturatie bereikt werd. Volgens Baarda et al. (2021) is datasaturatie het punt waarop geen nieuwe informatie, uitleg of inzichten meer bij respondenten opgehaald wordt. Om zo goed mogelijk te kunnen doorvragen werden de gesprekken face to face gevoerd. Betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens is gewaarborgd door de audio-opname. Deze maakt het mogelijk om achteraf de kwaliteit van het gevoerde gesprek te controleren (Baarda et al., 2021). Er werd een tijdslimiet van

maximaal 60 minuten aan de interviews gesteld.

2.4 Data-analyse

De interviews werden anoniem verwerkt. (Baarda et al., 2018). Waar mogelijk werd dit gedaan voordat de volgende groep geïnterviewd werd. Nieuwe inzichten opgedaan uit de voorgaande interviews kunnen op deze manier worden verwerkt in de vragen voor een volgende groep (Baarda et al., 2018). Audiomateriaal van de interviews werd teruggeluisterd en letterlijk getranscribeerd. Deze transcripten werden geanalyseerd door het lezen van de tekst en vervolgens open gecodeerd, door het bij elkaar voegen van verbanden. Vervolgens zijn deze segmenten opnieuw geanalyseerd en verder geordend op thema's, door middel van een kleurcodering en synoniemen van de thema's (axiaal coderen). In de laatste fase, het selectief coderen, worden de verschillende thema's nader geclusterd, zodat de hoofdthema's uit de data duidelijk worden. De gehele analyse is weergegeven in de codeboom in bijlage 3 (Baarda et al., 2021).

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten vond na afronding van het onderzoek een membercheck plaats wat de validiteit van het onderzoek vergroot (Baarda et al., 2021).

2.5 Ethische aspecten

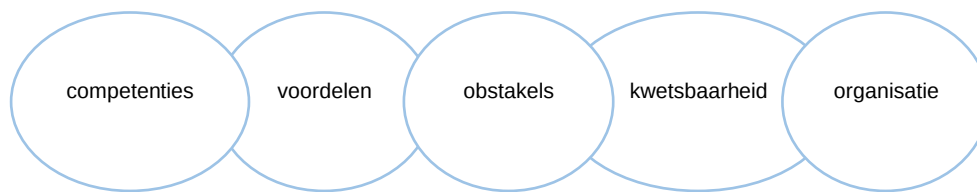
Bij het opzetten en uitvoeren van dit onderzoek zijn de vijf principes vanuit de gedragscode voor wetenschappelijke integriteit gevolgd: eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid (Algra, Bouter, Hol, & Van Kreveld, 2018). Ter bescherming van de persoonsgegevens werd de code “geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens” (Van Rossum, 2018) aangehouden. Het beschreven praktijkonderzoek werd uitgevoerd na toestemming te hebben verkregen van beleidsadviseurs binnen Envida. Toetsing door de Medisch Ethische Toets Commissie (METC) is op dit onderzoek niet van toepassing, omdat dit onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Respondenten in dit praktijkonderzoek werden mondeling en via een informatiebrief geïnformeerd over het doel van het onderzoek (Algra et al., 2018) en verzamelde informatie werd alleen voor dit onderzoek gebruikt. De informatie wordt tien jaar gearchiveerd op een beveiligde digitale omgeving binnen Zuyd Hogeschool en vervolgens

vernietigd. Deelname was in het kader van Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) anoniem.

Hoofdstuk 3: Resultaten

De resultaten van dit onderzoek worden hieronder beschreven in vijf thema's die opgehaald werden aan de hand van een kwalitatief onderzoek. Voor dit onderzoek werden achttien mogelijke respondenten uitgenodigd waarvan acht respondenten daadwerkelijk hebben meegewerkt aan het onderzoek (N=8). In onderstaand figuur wordt een overzicht weergegeven van de opgehaald thema's (zie figuur 1).

Figuur 1. Overzicht thema's



Competenties

Een veelgehoorde reactie van respondenten was dat men de inzet van een meetinstrument in veel gevallen onnodig vindt. Er werd aangegeven veelal op ervaring, kennis en vaardigheden terug te vallen bij het signaleren van kwetsbaarheid en andere problemen. Vooral de analyserende, verpleegkundige blik werd vaak benoemd. Respondent A: *"Je ziet, je proeft het gewoon bij het eerste gesprek al"*. De mening was dat bij beginnende zorgprofessionals een meetinstrument een goede ondersteuning kan zijn in het ontwikkelen van de signalerende, analyserende blik. Respondent H: *"Gaandeweg leer je die blik te ontwikkelen. Een meetinstrument kan hierbij als leidraad dienen"*. Meer ervaren collega's zien geen meerwaarde in de inzet van meetinstrumenten bij kwetsbare ouderen.

Tijd nemen om vertrouwen te winnen is belangrijk, volgens enkele respondenten. Het toepassen van goede gesprekstechnieken speelt tevens een grote rol om bij een cliënt voldoende informatie in te kunnen winnen. Respondent A: *"als je de vraag iets opener kunt stellen dan is het makkelijker voor de cliënt om zijn eigen invulling te geven"*.

Vanuit een open blik een gesprek voeren is een competentie die belangrijk gevonden wordt. Respondent F: *"De informatie écht vanuit de cliënt laten komen, dat maakt verschil"*, en *"Je merkt dat we toch heel veel voor de cliënt invullen"*.

Voordelen

De respondenten gaven aan ook het belang en de voordelen van meten te zien: zonder meting beschikt men over minder feiten om gevoel te kunnen onderbouwen. Door te meten kan meer passende zorg worden ingezet en kan de geïndiceerde zorg beter onderbouwd worden richting de zorgverzekeraar. Toekomstgericht kunnen zorgorganisaties zich richten op het ontwikkelen van gerichte zorgmodellen.

De inzet van meetinstrumenten ondersteunt bij measurement based care: vooruitgang meten en hierover in gesprek gaan met de cliënt. Respondent F: *"Een meting kan dienen als onderbouwing naar de cliënt toe"*.

Men is van mening dat zorg meer gericht en efficiënter kan worden ingezet en resultaten concreter weergegeven kunnen worden. Respondent E: *"Door die schalen te gebruiken gaan we vollediger en gerichter rapporteren"*.

Meten maakt het objectief opvolgen van geboden zorg eenvoudiger, volgens respondent H: *"Het is duidelijker af te bakenen"*, en respondent G: *"Je kunt objectief dingen opvolgen en daar een conclusie uit trekken"*.

Obstakels

Obstakels en nadelen met betrekking tot het gebruik van meetinstrumenten werden veelvuldig benoemd. Tijd bleek een veelgenoemde factor bij het inzetten van een meetinstrument. Respondenten gaven aan het niet gepast te vinden om meetinstrumenten al bij het eerste gesprek in te zetten. Meerdere keren teruggaan naar een cliënt kost veel tijd. De respondenten gaven aan deze tijd niet te hebben en het invullen van een meetinstrument als administratieve last te beschouwen. Respondent D: *"Het is tijdrovend en een administratieve last in een toch al drukke dag"*.

Men gaf aan sommige meetinstrumenten onduidelijk of niet passend te vinden. Niet alle vragen zijn passend bij de situatie of de score is onduidelijk. Hierdoor wordt het gebruik van meetinstrumenten achterwege gelaten. Respondent F: *"Dan is nergens terug te vinden wat die score dan inhoudt"*. Het meten van kwetsbaarheid is gevoelig voor tunnelvisie, ervaren respondenten. Het gevaar om enkel naar de meetresultaten te kijken zonder het beeld er omheen te zien is volgens hen, reëel. Respondent F: *"Er wordt een stempel gedrukt enkel gebaseerd op cijfers"*.

Er was bij respondenten twijfel over het nut van het inzicht krijgen in de prevalentie van kwetsbaarheid bij ouderen. Men was van mening dat het doel van kwetsbaarheid meten

duidelijk moet zijn en dat men moet weten hoe de gemeten resultaten geïnterpreteerd moeten worden. Bovendien vonden respondenten dat het signaal ook vanuit de cliënt moet komen.

Respondent F: *"Als iemand er na verschillende bezoeken niet over praat, ben ik dan degene die dat toch moet oppakken?"*.

Men gaf aan het belangrijk te vinden om naar het complete plaatje te kijken om op die manier een beeld van kwetsbaarheid te krijgen. Enkel een meetinstrument inzetten is daarin niet voldoende maar kan wel een toevoeging zijn. Respondent G: *"Meten is hierin een aanvulling en geen doel"*.

Kwetsbaarheid

Het standaard meten van kwetsbaarheid werd niet als nuttig gezien omdat het, volgens respondenten, weinig toe zal voegen Respondent H: *"Wat ga je er dan mee doen?"*.

De behoeften van een cliënt respecteren wordt belangrijker gevonden dan het meten van eventuele kwetsbaarheid. Vooral wanneer het een standaard meting zou zijn. Respondent G: *"dan is het een onnodige belasting voor de cliënt"*.

Een beeld krijgen van kwetsbaarheid bij ouderen in de wijk vonden respondenten een kwestie van samenwerken met de cliënt. Tijd investeren om vertrouwen op te bouwen is een groot deel van deze samenwerking. Respondent A: *"Vooral bij de ouderen die we nu krijgen heb je heel even nodig om dat te zien"*.

Bij een vermoeden van kwetsbaarheid wordt door respondenten afgeweken van de standaard vragenlijst om op die manier dieper door te kunnen vragen. Een gevoel van veiligheid creëren om op die manier vertrouwen op te bouwen bij de cliënt, werd diverse malen benoemd.

Respondent C: *"Het is een verschil of je gewoon zo het gesprek met iemand aangaat of dat je daar met een vragenlijst zit"*.

Organisatie

Behoeften aan een richtlijn vanuit de organisatie werd door respondenten als wisselend aangegeven. Men gaf aan het belangrijk te vinden zelf de keuze te mogen maken een meetinstrument in te zetten, terwijl anderen aangaven het belang van een kader wel degelijk in te zien. Respondent A: *"Zolang Envida geen kaders stelt over wat ze van ons als professional verwachten, houdt het gewoon helemaal op"*. Respondent G: *"Iets meer stimuleren mag wel, maar verplichten heeft geen zin"*.

Om het gebruik van meetlijsten in het algemeen te bevorderen mag meten meer onder de aandacht gebracht worden, volgens de respondenten. De inzet van meetinstrumenten is voor respondenten niet vanzelfsprekend waardoor bewustwording als nuttig wordt gezien.

Respondent A: *"Bij intervisie of in de intercollegiale toetsing moeten we er veel meer over aan elkaar vragen"* en respondent B: *"Ik denk ook inderdaad dat ze meer instrumenten mogen aanbieden die toepasselijk zijn in de wijk"*.

Kennisvergroting in de vorm van een e-learning over meten in de zorg werd genoemd als mogelijkheid. Gebruik maken van de wekelijkse nieuwsbrief om meetinstrumenten onder de aandacht te brengen was een ander idee vanuit de respondenten. Respondenten zagen uitdagingen bij de praktische uitvoering van het vergroten van kennis over meetinstrumenten. Respondent F: *"Maar wie gaat die kar trekken?"*.

Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de discussie en conclusie van dit onderzoek, beschreven. Er wordt een terugblik gedaan op de rol van de onderzoeker en de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt onderbouwd.

Discussie

De vraagstelling van dit onderzoek luidt: Welke beïnvloedende factoren zijn er voor de wijkverpleegkundigen binnen wijken van Maastricht Oost om kwetsbaarheid te meten bij ouderen?

Een veelgehoord argument was dat het inzetten van meetinstrumenten overbodig, tijdrovend en een administratieve last is. Deelnemende wijkverpleegkundigen gaven aan te vertrouwen op hun analyserende -, verpleegkundige blik, ervaringen en competenties om bij cliënten kwetsbaarheid en andere problemen te signaleren. Scott en Lewis (2015) beschrijven de risico's van deze manier van denken: afhankelijk van kennis en vaardigheden, houding en de beschikbare tijd van de zorgverlener, kunnen zorgvragen onderbelicht of juist overbelicht raken.

Het standaard meten van kwetsbaarheid bij ouderen in de wijk werd niet als waardevol gezien. Wijkverpleegkundigen vroegen zich af in hoeverre het verzamelen van dergelijke informatie nuttig zou zijn. Literatuur beschrijft echter dat meer kennis over prevalentie van kwetsbaarheid er juist voor kan zorgen dat beleidsmakers kunnen inzetten op een juiste verdeling van de bestaande middelen (Wu & Leff, 2018).

Tijdens het interview werden ook voordelen van het meten van kwetsbaarheid benoemd: vanuit een meting kan bijvoorbeeld efficiënte, beter onderbouwde zorg ingezet worden. Deze gedachte komt overeen met Wu en Leff (2018). Volgens hen zal het hebben van inzicht in kwetsbaarheid bij ouderen ervoor zorgen dat zorgorganisaties zich kunnen richten op het ontwikkelen van zorgmodellen. Op die manier kan men passende zorg blijven bieden aan kwetsbare ouderen.

Over de behoefte aan een kader vanuit de organisatie lopen de meningen uiteen. Sommigen van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen zijn van mening dat dit averechts zou werken, terwijl anderen aangeven het belang van een kader juist in te zien. Volgens Scott en Lewis (2015) speelt het ontbreken van richtlijnen vanuit een organisatie en het ervaren van administratieve last door zorgverleners wel degelijk een belangrijke rol, bij het wel of niet inzetten van meetinstrumenten.

Het onderzoek bevat zowel sterkte als zwaktepunten. Door gebruik te maken van een focusgroep interview werden diepgaande inzichten en antwoorden verkregen met betrekking tot de hoofdvraag. Vanwege de onervarenheid van de onderzoeker werd tijdens de interviews niet altijd voldoende doorgevraagd. Ondanks dit feit werden bij het derde interview geen nieuwe inzichten verkregen en werd data-saturatie bereikt. Tijdens het afnemen van de interviews bleken niet alle vragen geheel passend te zijn. Door middel van doorvragen konden toch alle inzichten verduidelijkt worden. Een volgende keer zou de onderzoeker bij voorkeur een proef-interview afnemen. Op die manier kan getest worden of de topiclijst passend is. Waar nodig kan deze hierna nog aangepast worden (Baarda et al., 2021).

Het opnemen van de interviews heeft de validiteit van het onderzoek verhoogd (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, & Rosendal, 2019). Interviews werden letterlijk getranscribeerd: deze verzamelde en verwerkte gegevens zijn in de vorm van een transcript aan drie van de acht geïnterviewde wijkverpleegkundigen voorgelegd. Hierbij werd de vraag gesteld om de tekst op inhoud en waarheid te controleren. Eventuele correcties of aanvullingen kon men in deze fase aanbrengen. Op- of aanmerkingen werden achteraf verwerkt in de definitieve versies van de transcripten.

De gebruikte topiclijst en de opzet van de onderzoeksmethode werd beoordeeld aan de hand van peerdebriefing door de tutor. Methodetriangulatie werd bereikt via het toepassen van verschillende manieren van dataverzameling. Ter onderbouwing van de hoofdvraag werd door middel van deskresearch numerieke data opgehaald uit de organisatie (Baarda et al., 2021). Overige informatie werd verzameld via interviews met respondenten en een literatuurstudie. Tijdens de literatuurstudie werd overwegend gebruik gemaakt van bronnen niet ouder dan vijf jaar. Wanneer geen recentere bronnen beschikbaar waren heeft onderzoeker er bewust voor gekozen gebruik te maken van oudere, doch meest actuele bronnen.

Conclusie

Concluderend zijn de beïnvloedende factoren uit de hoofdvraag, na analyse van de verzamelde data, verduidelijkt.

Wijkverpleegkundigen in Maastricht Oost meten niet of te weinig hoe kwetsbaar hun cliënten zijn. Belangrijkste factor hierin is dat deelnemende wijkverpleegkundigen veelal vertrouwen op eigen ervaring, de analyserende blik en hun competenties bij het signaleren van kwetsbaarheid. Inzicht in de toegevoegde waarde van het gebruik van een meetinstrument ontbreekt hierin.

Inzicht in kwetsbaarheid bij ouderen in de wijk is, gezien de recente ontwikkelingen in de zorg, niet geheel onbelangrijk. Gezien de weerstand tegen het inzetten van kwetsbaarheidsmetingen is de conclusie dat respondenten zich hier nog niet geheel bewust van zijn.

Door kwetsbaarheid via metingen op een objectieve manier inzichtelijk te maken, kan ingezet worden op preventie en passende zorg. Toch lijkt de groep respondenten bij het signaleren van kwetsbaarheid nog overmatig veel te vertrouwen énkél op ervaring en hun competenties als wijkverpleegkundigen. Hierdoor mist het stuk objectiviteit dat een meting met zich meebrengt. Uit het onderzoek is gebleken dat inzicht in de prevalentie van kwetsbaarheid nog geen duidelijke meerwaarde heeft voor de respondenten. Bij een meerderheid van de respondenten komt de weerstand tegen het meten van kwetsbaarheid niet voort uit onwil maar spelen tijdsgebrek, het ervaren van administratieve last en soms kennisgebrek een rol. Voordelen, zoals het concreet maken van doelen en het onderbouwen van zorg, worden wel gezien maar verdwijnen door tijdsgebrek vaak weer naar de achtergrond.

Conclusie uit bovenstaande is dat met name advies gegeven zal kunnen worden richting kennis en bewustwording.

Hoofdstuk 5: Advies en inbedding

In dit hoofdstuk worden de adviezen beschreven die voortkomen uit het beschreven onderzoek. Ook wordt de inbedding van deze adviezen besproken.

Dinamo-model

Bij het implementeren van een verandering in gedrag of proces is een positieve bijdrage van medewerkers noodzakelijk om vooruitgang te kunnen boeken (Metselaar, Cozijnsen, & Delft, 2018). Respondenten werden na afloop van de afzonderlijke interviews verzocht een QuickScan van het Dinamo-model in te vullen. Op deze manier werden de beïnvloedende factoren voor veranderbereidheid in kaart gebracht. De QuickScans lieten zien dat gevolgen voor het werk, emoties, meerwaarde, emotionele betrokkenheid en kennis/ervaring als beïnvloedende factoren benoemd kunnen worden. Van deze factoren vallen er vier onder facet "willen" en één onder facet "kunnen".

Tijdens de interviews werden als belangrijkste factoren benoemd tijdsgebrek, geen meerwaarde, administratieve last en kennisgebrek. Door ingezette interventies specifiek te richten op deze factoren wordt draagvlak gecreëerd. Draagvlak is noodzakelijk om veranderingen succesvol te kunnen borgen (Metselaar et al., 2018).

Advies voor de praktijk

Bij de uitgebrachte adviezen wordt de focus gelegd op adviezen gericht op verpleegkundige zorg. Deze adviezen voor de praktijk worden hieronder kort weergegeven in een interventiematrix (tabel 3). In de matrix worden de hoogst scorende facetten uit de QuickScan benoemd met hierbij de bijpassende veranderstrategie. Onder de tabel worden de adviezen behorend bij de bouwstenen verder toegelicht.

Tabel 3: interventiematrix

Bouwsteen	Veranderstrategie	Persoon	Groep	Organisatie
Gevolgen voor het werk (willen)	Onderhandelen	In gesprek gaan over ervaren werkdruk		Richtlijnen opstellen in samenspraak met gebruikers
Emoties (willen)	Coachen		Gebruiker uitnodigen	
Meerwaarde (willen)	Overtuigen	Kartrekker werven	Visie ontwikkelen	

Emotionele betrokkenheid (willen)	Participeren		Belang bespreken bij intercollegiale toetsing	
Kennis en ervaring (kunnen)	Opleiden		Thema laten terugkeren bij intercollegiale toetsing	

Bron: Metselaar et al., 2018

Gevolgen voor het werk:

Wijkverpleegkundigen geven aan kwetsbaarheid niet te meten vanwege ervaren drukte en administratieve last.

Advies: volgens Metselaar, Cozijnsen en Delft (2018) is in gesprek gaan belangrijk om na te gaan in hoeverre een medewerker ondersteuning nodig heeft. Weerstand tegen veranderingen is een manier van de ander om te laten merken dat hij betrokken is en dat hij opkomt voor zijn eigen belangen. Het is belangrijk erachter komen wat dat belang van de ander is.

Luisteren, samenvatten en doorvragen is hierin belangrijk (Kennisplein Zorg voor Beter, 2023). Collega's onderling kunnen behulpzaam zijn bij het verdelen van de werkdruk waarbij het van belang is dat een werkomgeving veilig aanvoelt. Psychologische veiligheid en wederzijds vertrouwen hebben een positief effect op het realiseren van een verandering binnen een team (Metselaar et al., 2018).

Emoties en meerwaarde:

De weerstand tegen meten van kwetsbaarheid, en meten in het algemeen, is aanzienlijk.

Advies: Wegnemen van deze negatieve emotie vraagt om coaching en overtuigen van toekomstige gebruikers. Op die manier kunnen kansen en uitdagingen aan gebruikers verduidelijkt worden en weerstand kan daarmee verminderen (Metselaar et al., 2018). Advies hierin is een expert uit de organisatie uit te nodigen om de voordelen toe te lichten. Dit kan een wijkverpleegkundige uit een ander werkgebied zijn die in de praktijk geregeld meetinstrumenten toepast. Obstakels die men ervaart, zoals tijdsgebrek en extra administratieve last, kunnen tijdens dit proces besproken, gevalideerd en waar mogelijk gerelativeerd worden. Een kartrekker werven binnen de gebruikersgroep kan een volgende stap zijn. Deze kan het voortouw nemen om een gezamenlijk visie te ontwikkelen in samenspraak met de overige wijkverpleegkundigen.

Emotionele betrokkenheid en kennis plus ervaring:

Wijkverpleegkundigen zien de meerwaarde van het meten van kwetsbaarheid niet. Bepaalde vragenlijsten vindt men onduidelijk in gebruik.

Advies: gesprekken waarin verwachtingen en doelen worden uitgesproken zijn belangrijk om betrokkenheid te creëren. Door verwachtingen en doelen te verduidelijken kan een intrinsieke motivatie worden gestimuleerd. Wanneer men ziet, hoort en ervaart dat meten een toegevoegde waarde en effect heeft, werkt dit positief op de inzet ervan (Brug, Van Assema, & Lechner, 2017). Hierin is een rol weggelegd voor de procesbegeleiders van de intercollegiale toetsing. Door tijdens deze bijeenkomsten actief te bevragen op het gebruik van meetinstrumenten kan men van elkaar leren. Wanneer men bij anderen ziet dat gedrag een positief resultaat heeft zal dit gedrag sneller overgenomen worden (Brug et al., 2017). De meetinstrumenten en het meten van kwetsbaarheid geregeld onder de aandacht brengen tijdens intercollegiale toetsing is daarom geadviseerd.

Inbedding en borging

De geformuleerde adviezen werden gebaseerd op de hoogst scorende bouwstenen 'kunnen' en 'willen' uit de QuickScan van het Dinamo-model. Door adviezen en strategieën hierop te baseren zal een optimale inbedding gerealiseerd kunnen worden. De implementatie en inbedding van een kwaliteitsverbetering kan via de PDCA-cyclus op een methodische wijze plaatsvinden. Opheffen van de benoemde weerstand en het kennistekort zal in deze een succesvolle borging bevorderen. Hierbij moet men er bij personeelwisselingen alert op blijven op dat kennis niet verloren gaat. Het advies voor een kartrekker in de organisatie kan dit risico ondervangen. Het aanwijzen van iemand die verantwoordelijk is voor het opstellen en uitvoeren van een verspreidingsplan is aanbevolen om borging te versterken (Kennisplein Zorg voor Beter, 2022a).

Literatuurlijst

- Algra, K., Bouter, L. M., Hol, A., & Van Kreveld, J. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit 2018. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Kostelijk, E., Julsing, M., & van der Velden, T. (2021). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Berends, N. (2022, 21 april). *Classificatiemodellen: wat is Omaha System?* Geraadpleegd van <https://www.nursing.nl/classificatiemodellen-wat-is-omaha-system/>
- Beurskens, S., Van Peppen, R., Swinkels, R., Vermeulen, H., & Wittink, H. (2020). *Metten in de praktijk: Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2459-0>
- BOOM Strategie en Communicatie. (2022, 18 januari). *Komen tot veranderbereidheid met het DINAMO-model - BOOM strategie en communicatie*. Geraadpleegd van <https://boomstrategie.nl/model/komen-tot-veranderbereidheid-met-het-dinamo-model>
- Boswell, J., Hepner, K. A., Lysell, K., Rothrock, N. E., Bott, N. T., Childs, A. W., . . . Bobbitt, B. L. (2022). The need for a measurement-based care professional practice guideline. *Psychotherapy*, 60(1), 1–16. <https://doi.org/10.1037/pst0000439>
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering : een planmatige aanpak*. Assen : Van Gorcum eBooks. Geraadpleegd van <https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:001420790>

- Clegg, A., Young, J., Manthorpe, J., Rikkert, M. G. M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62167-9)
- Ensie. (2013, 8 oktober). *Meten*. Geraadpleegd van <https://www.ensie.nl/blanken-controls/meten>
- Envida. (z.d.). *Home | Envida*. Geraadpleegd van <https://www.envida.nl/>
- Fava, G. A., Tomba, E., & Sonino, N. (2012). Clinimetrics: the science of clinical measurements. *International Journal of Clinical Practice*, 66(1), 11–15. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02825.x>
- Global Aging*. (z.d.). Geraadpleegd van <https://www.nia.nih.gov/research/dbsr/global-aging>
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of The World Health Organization*, 95(5), 368–374. <https://doi.org/10.2471/blt.16.179309>
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An Aging World: 2015*. *Census.gov*. Census.gov. Geraadpleegd op 25 maart 2023, van <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>
- Hobma, S. (2017). Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts En Wetenschap*. <https://doi.org/10.1007/s12445-017-0084-x>
- Homepage - Managementmodellensite*. (2018, 19 september). Geraadpleegd van <https://managementmodellensite.nl/>

Iknl.nl. (2018, 1 maart). Geraadpleegd op 20 maart 2023, van

<https://iknl.nl/nieuws/2018/meetinstrumenten-in-de-palliatieve-zorg-een-select>

InEen. (2023, 30 maart). *InEen | Organiseert de eerste lijn*. Geraadpleegd van

<https://ineen.nl/>

Kennisplein Zorg voor Beter. (2022a). Vasthouden en delen. *Zorg voor Beter*. Geraadpleegd

van <https://www.zorgvoorbeter.nl/verbeteren-ouderenzorg/borgen>

Kennisplein Zorg voor Beter. (2022b, 21 november). *Zelfredzaamheid in het zorgproces*.

Geraadpleegd van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zelfredzaamheid/zorgproces>

Kennisplein Zorg voor Beter. (2023). *Zorg voor Beter*. *Zorg voor Beter*. Geraadpleegd van

<https://www.zorgvoorbeter.nl/>

KNGF. (z.d.). Geraadpleegd van <https://www.kngf.nl/article/vak-en->

[kwaliteit/kwaliteit/klinimetrie](https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/kwaliteit/klinimetrie)

Managementmodellensite. (2018, 19 september). Geraadpleegd van

<https://managementmodellensite.nl/>

Metselaar, E. E., Cozijnsen, A. J., & Delft, H. (2011). *Van weerstand naar*

veranderbereidheid: over willen, moeten en kunnen veranderen.

Metselaar, E. E., Cozijnsen, A. J., & Delft, H. (2018). *Van weerstand naar*

veranderbereidheid: over willen, moeten en kunnen veranderen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021a, 29 januari). *Home -*

Prognosemodel Zorg en Welzijn. Geraadpleegd van

<https://www.prognosemodelzw.nl/>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021b, 1 maart). *Kwaliteitskader wijkverpleging*. Geraadpleegd van

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/kwaliteitskader-wijkverpleging>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 31 januari). *Home - Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek*. Geraadpleegd van <https://www.ccmo.nl/>

Nightingale, F., & McDonald, L. (2004). *Florence Nightingale on Public Health Care: Collected Works of Florence Nightingale*. Wilfrid Laurier Univ. Press.

Nivel.nl. (z.d.). Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/nl/dossiers/dossier-prems-en-proms-kwaliteit-meten-vanuit-patientenperspectief>

Ontwikkeling instrumenten om de kwaliteit van zorg te verbeteren - ZonMw. (z.d.).

Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/kwaliteitsinstrumenten/ontwikkeling-instrumenten/>

Quinn, M., Robinson, C. E., Forman, J., Krein, S. L., & Rosland, A. (2017). Survey Instruments to Assess Patient Experiences With Access and Coordination Across Health Care Settings. *Medical Care*, 55(Suppl 1), S84–S91.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000730>

Scott, K., & Lewis, C. C. (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 49–59.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.010>

Van Rossum, E. (2018). *Kwaliteitshandboek praktijkgericht onderzoek. Gezondheidsacademies Hogeschool Zuyd*.

Van Trigt, I., Boddaert, M., Van Meggelen, M., Woldberg, H., Franssen, H., Raijmakers, N., & Teunissen, S. (2018 januari). *Palliatieve zorg in beeld: meetinstrumenten*.

Geraadpleegd op 22 december 2022, van <https://iknl.nl/getmedia/61fe7295-2c96-4472-a647-d867ea760780/palliatieve-zorg-in-beeld-meetinstrumenten.pdf>

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2012).

ZorgBasics - Zorgbasics praktijkgericht onderzoek. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Verhoeven, P. S. (2022). *Wat is onderzoek?: praktijkboek voor methoden en technieken*.

Verlee, L. (2017). LESA Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts En Wetenschap*.

<https://doi.org/10.1007/s12445-017-0171-z>

Vilans. (2022, 1 december). *Stichting Omaha System Support*. Geraadpleegd van

<https://www.omahasystem.nl/>

Walston, J. D., Buta, B., & Xue, Q. (2018). Frailty Screening and Interventions. *Clinics in*

Geriatric Medicine, 34(1), 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.09.004>

Wilkinson, J. M., van der Burgh, A., Eisenberg, I., van 't Hul, L., & Luitjes, M. (2020).

Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. Pearson.

Wollersheim, H., Ahaus, C. T. B., Hamming, J. F., Wagner, C., & Der Weijden, V. T. (2020).

Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg (Dutch Edition) (2nd ed. 2020). Bohn Stafleu van Loghum.

Wu, S., & Leff, B. (2018). Frailty measurement and its contribution to clinical care and

health services: a commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*.

<https://doi.org/10.1186/s13584-018-0225-0>

Bijlage 1

Informatiebrief

Beste wijkverpleegkundigen van wijk 4, 5 en 6,

Sommigen van jullie kennen mij al: mijn naam is Ingrid Wijckmans. Ik werk als HBO-verpleegkundige in opleiding in de wijk de Heeg/Vroendaal.

In het kader van de afstudeermodule "Advies", wil ik jullie vragen deel te nemen aan een kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek zal plaatsvinden in de vorm van een eenmalig interview aan de hand van een op voorhand vastgestelde topiclijst. Dit eenmalige interview vraagt ongeveer 1 tot anderhalf uur van uw tijd. Deelname is geheel op vrijwillige basis. Wanneer u besluit om mee te doen heb ik uw schriftelijke toestemming nodig.

1. Aanleiding van het onderzoek:

Uit vooronderzoek binnen Envida is gebleken dat wij, als wijkverpleegkundigen, niet de volle mogelijkheden benutten van de in ONS aanwezige meetinstrumenten. Tijdens mijn afstudeerperiode ga ik onderzoeken wat de beïnvloedende factoren om kwetsbaarheid bij ouderen te meten precies zijn. Om hier inzicht in te krijgen is het van belang om zoveel mogelijk respondenten aan dit onderzoek deel te laten nemen.

Hieronder volgt een korte toelichting op het geplande onderzoek. Na het lezen hiervan kunt u beslissen of u deel wilt nemen. Mail of bel mij gerust voor verdere toelichting: mijn contactgegevens staan onderaan dit schrijven vermeld.

2. Inhoud van het onderzoek:

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de beïnvloedende factoren om kwetsbaarheid te meten bij ouderen die thuiszorg ontvangen, en inzichtelijk krijgen op welke manier deze factoren beïnvloed kunnen worden. Hieruit volgt een advies om het meten van kwetsbaarheid te bevorderen. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: Welke beïnvloedende factoren zijn er voor de wijkverpleegkundigen binnen wijken van Maastricht Oost om kwetsbaarheid te meten bij ouderen?

Wanneer deze factoren verduidelijkt zijn zal ik een advies uitbrengen, gericht aan de organisatie, over hoe deze factoren positief te beïnvloeden. Door vanuit de organisatie beter te faciliteren in het gebruik van de klinimetrie zullen wij als wijkverpleegkundigen kwetsbaarheid eerder signaleren en onze zorgdoelen nog meer concreet kunnen gaan maken. Dit zal de kwaliteit van zorg verder verbeteren.

3. Wat houdt deelname in:

Er worden twee onderzoeksmethodes toegepast om gegevens te verzamelen:

- Literatuuronderzoek via wetenschappelijke literatuur;

- Semigestructureerde interviews met zorg- en welzijnsprofessionals: De deelnemers worden vooraf benaderd door de onderzoeker op basis van vastgestelde in- en exclusiecriteria.

Meedoen aan het onderzoek houdt in dat u zich eenmalig beschikbaar stelt voor deelname aan een interview. Voor deze interviews kom ik naar uw locatie en zult u samen met de overige wijkverpleegkundigen uit uw team geïnterviewd worden. Dit zal gemiddeld maximaal 1 uur duren. Omdat er maar een beperkt aantal weken beschikbaar is voor dit onderzoek zullen de interviews in overleg gepland worden tussen 1 april en 15 april.

4. Wat wordt er van u gevraagd:

Voorafgaand aan het interview kunt u al eens nadenken over uw eigen gebruik van de klinimetrie/meetinstrumenten. Hiernaast is het natuurlijk belangrijk dat u de door ons gemaakte afspraak voor het interview nakomt. Mocht de afspraak toch gewijzigd moeten worden of indien u besluit af te zien van deelname, kunt u altijd contact met mij opnemen. Mijn contactgegevens staan onderaan dit schrijven.

Tijdens het interview worden een aantal vragen gesteld over het gebruik van meetinstrumenten. Om te weten te komen waarom we als wijkverpleegkundigen weinig gebruik maken van meetinstrumenten is uw input tijdens de interviews van groot belang. Om te zorgen dat er geen input verloren gaat, worden geluidsopnames gemaakt van de interviews. Dit zodat de gegevens op een later tijdstip accuraat verwerkt kunnen worden.

5. Gegevensverwerking en privacy:

Alle gegevens verzameld tijdens dit onderzoek worden geanonimiseerd verwerkt en beschreven. Deze verwerking gebeurt binnen een beveiligde, digitale omgeving van Hogeschool Zuyd die enkel met een digitale sleutel toegankelijk is. De afstudeerscriptie die geschreven wordt naar aanleiding van dit onderzoek kan worden gepubliceerd in de HBO Kennisbank. Bij onduidelijkheden of klachten over de verwerking van uw persoonlijke gegevens kunt u altijd contact met mij opnemen. Met vragen en klachten over de wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de vertrouwenspersoon wetenschappelijke integriteit: Prof. dr. Huub Spoormans. De vertrouwenspersoon probeert, als hij daartoe mogelijkheden ziet, te bemiddelen of de klacht anderszins is op te lossen. Alle gegevens vindt u in bijlage A: Contactgegevens

6. Wilt u niet deelnemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft dan niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat ik dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u wilt blijven meedoen aan het onderzoek.

7. Ondertekening toestemmingsformulier:

Twee weken na ontvangst van dit schrijven zal ik contact met u opnemen om te vragen of u deel wilt nemen aan dit onderzoek. Indien u aangeeft deel te willen nemen mag u dit op de bijgesloten toestemmingsverklaring aangeven. Door deze verklaring in te vullen stemt u in met deelname aan het onderzoek. De verklaring zal zowel door u als door mij ondertekend worden waarna we elk een exemplaar zullen ontvangen.

Bedankt voor uw aandacht en tijd.

Ingrid Wijckmans
HBO-verpleegkundige in opleiding de Heeg/Vroendaal
Gronsvelderweg 134 B
6229 VN Maastricht
Email: ingrid.wijckmans-kengen@envida.nl
Mobiël: 06-42065241

Bijlagen bij deze informatie

A. Contactgegevens

B. Toestemmingsformulier

Bijlage A:

Klachten

Indien u algemene klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de docentbegeleider. Met vragen en klachten over wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans. E-mail: Huub.spoormans@ou.nl.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool E-mail:
Functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl.

Bijlage 2. Toestemmingsformulier deelname onderzoek "Door meten tot weten".

Ik verklaar de informatiebrief te hebben gelezen en dat eventuele vragen van mijn kant voldoende zijn beantwoord. Ik kreeg ruim tijd om te beslissen of ik deel wil nemen aan dit onderzoek.

Ik ben op de hoogte dat deelname vrijwillig is. Mij is verteld dat ik op elk willekeurig moment alsnog, zonder verdere opgave van reden, kan beslissen om bij nader inzien niet deel te nemen of te stoppen met deelname aan dit onderzoek.

Ik geef toestemming voor de verzameling en verwerking van mijn geanonimiseerde gegevens om tot een antwoord op de onderzoeksvraag te komen.

Ik wil deelnemen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Wanneer er gedurende dit onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan wordt diegene hiervan tijdig op de hoogte gebracht.

Naam onderzoeker: Ingrid Wijckmans-Kengen

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 3: Codeboom gemaakt na analyse van het interview van team C. d.d. 11 april 2023

Open code	Axiale code	Selectieve code
- niet de juiste instrumenten - niet genoeg beschikbaar - niet gebruikt bij Envida - aandacht - kaders/richtlijnen ontbreken - onder de aandacht brengen - vrijheid in gebruik - verwachtingen	- Eindgebruikers niet voldoende geraadpleegd. - Eenduidigheid nodig - Kennis - Gebrek aan richtlijnen en kaders	Organisatie
- achterhalen van problemen - evaluatie - voortgang/effect meten - makkelijk toe te passen - gericht zorg geven - objectieve onderbouwing van de zorg - wanneer is meten nodig, kennis en expertise bij medewerkers	- Doorvragen - Gesprek - Objectief - Kennis - Efficiëntie - Meetbaar	Voordelen
- cliënt moet zich veilig voelen - gehoord voelen - cliëntperspectief - vertrouwen - niet zo fijn gevoel - gesprek met elkaar - contact	- Veiligheid - Communicatie - Samenwerken met cliënt - Band opbouwen met cliënt - Respect voor cliënt	Kwetsbaarheid
- belangrijk - onderbuikgevoel - waardevol	Emoties, subjectief	Emoties
- tijd investeren/tijd nodig - passend doel koppelen - doel van meten moet duidelijk zijn - eenzijdig, dingen missen, niet doorvragen - weinig kennis, verkeerd of verschillend interpreteren	- Tijd - Kennis - Doel van meten verduidelijken - Tunnelvisie - Gebrek aan kennis	Obstakels
- tablet/telefoon - meetinstrument koppelen aan bepaalde woorden - melding - geheugensteuntje - helpend om gebruik te stimuleren - niet bereikbaar wordt het niet gebruikt - toegankelijkheid in het ECD	- Ondersteuning vanuit het elektronisch patiëntendossier - Problemen bij het vinden en de toegang - Niet praktisch in gebruik	Inrichting digitale werkomgeving

- meetinstrumenten niet digitaal in te vullen - printen soms nodig		
- leren te meten - administratieve druk - vragen wel maar registreren niet - signaleren, denken, doen - nadenken over het gebruik – tijd nemen, tijd hebben - kijken naar de context, waar de problemen liggen - manier van vragen stellen - brede blik, klinische blik, ervaring - observeren, kennis, evalueren - gesprekstechniek, samenvatten en doorvragen - bejegening van de cliënt - eerste indruk, inschatting van de verpleegkundige	Vaardigheden Extra werk Acties op wat men ziet Complete plaatje zien Signaleren Gesprekstechnieken Klinische blik	Competenties

Bijlage 4. Topiclijst interview Hbo-verpleegkundigen werkzaam als wijkverpleegkundigen

Topics	Voorbeeldvragen
Introductie	Gespreksdoel Geschatte tijdsduur Benadrukken vrijwillige deelname Informatie over de geluidsopname Toestemming geluidsopname
Algemene kennis meetinstrumenten	- Kunt u vertellen wat meten in de zorg is?

	- Kunt u vertellen over hoe u meetinstrumenten kunt toepassen in het verpleegkundig proces? - Wat zijn voor- en nadelen van het inzetten van meetinstrumenten? - Kunt u benoemen welke meetinstrumenten in het ECD aangeboden worden?
Informatievoorziening vanuit de actuele situatie	- Op welke manier is er bij u op dit moment aandacht voor kwetsbaarheid bij ouderen? - Hoe beoordeelt u die kwetsbaarheid? - Weet u meetinstrumenten te benoemen die hiervoor te gebruiken zijn? - Hoe evalueert u op dit moment interventies die zijn ingezet op een doel? (Bijvoorbeeld kwetsbaarheid)
Attitude ten opzichte van meten van kwetsbaarheid bij ouderen	- Welke competenties denkt u nodig te hebben om kwetsbaarheid bij ouderen te meten? (Kennis, vaardigheden, gedrag) - Welke voordelen kunt u benoemen van het meten van kwetsbaarheid bij ouderen?
Randvoorwaarden	- Kunt u competenties benoemen die u belemmeren bij de inzet van een meetinstrument om de kwetsbaarheid bij ouderen te meten? - Kunt u competenties benoemen die de inzet van een meetinstrument om kwetsbaarheid bij ouderen te meten zou kunnen bevorderen? - Wat denkt u nodig te hebben om kwetsbaarheid bij ouderen te gaan meten? - Wat is er vanuit de organisatie nog nodig om meten bij ouderen te bevorderen?
Afsluiting	- Wilt u nog iets toevoegen? - Invullen Quicksan Dynamo-model - Wilt u het transcript lezen? - Bedankt voor uw deelname

Bijlage 5: adviesbeoordeling praktijk

BEOORDELINGSFORMULIER SCHRIFTELIJK PRODUCT FASE 2 PRAKTIJK

**Beoordelingsformulier Schriftelijk Product fase 2
Voor de Praktijk**

Afstuderen Advies

Naam contactpersoon praktijk: Fleur Nivo
Zorginstelling: Envida

Naam verpleegkundige i.o.: Ingrid Wijckmans-Kengen
Studentnummer: 2066823

Criteria:

1. De verpleegkundige i.o. heeft een bachelor thesis geschreven die bijdrage levert aan kwaliteitsverbetering van de verpleegkundige zorgverlening.

Voldaan / niet voldaan

Ingrid heeft bij de juiste personen geïnformeerd
binnen de organisatie waar er een kwaliteitsverbetering
wereldwijde is.

2. De verpleegkundige i.o. heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd.

Voldaan / niet voldaan

Ingrid beschrijft goed hoe ze te werk
gegaan is en welke methodes ze heeft gebruikt.

3. De verpleegkundige i.o. heeft in dialoog met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven.

Voldaan / niet voldaan

Zie ook feedback bij punt 1.
Tijdens het proces heeft Ingrid ook regelmatig
overleg gehad met de praktijk.

4. De verpleegkundige i.o. heeft maatregelen getroffen voor continuïteit

Voldaan / niet voldaan

5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk

Voldaan / niet voldaan

Ingeid heeft alles wat ze benoemd heeft in haar bachelor thesis uitgewerkt in de praktijk

Eindadviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis in de praktijk:

Voldoende / ~~niet voldoende~~ (doorhalen wat niet van toepassing is)¹

Persoonlijke toelichting werk- / praktijkbegeleider:

De laatste loodjes wegen het zwaarst... Maar wat mij betreft is Ingeid een zeer waardevolle collega en is deze bachelor thesis behaald en een aanvulling voor onze praktijk. HBO-V diploma is DIK! verdiend!

Naam beoordelaar: Fleur Oub

Functie beoordelaar: Senior verpleegkundige

Datum: 10-5-2023

Handtekening: 

¹ Alle vijf de bovenstaande punten dienen 'voldaan' te zijn voor een 'voldoende' eindadviesbeoordeling.

