

Complexere zorg. Wat nu?

ONDERZOEK NAAR DE TOENEMENDE COMPLEXITEIT VAN ZORG
EN ZORGZWAARTE IN WOONZORGCENTRUM X

Juni, 2016

In opdracht van:
Woonzorgcentrum X te [plaatsnaam]

Onder begeleiding van:
Aline Zaaijer-Voorhoeve – MSc docent hbo-verpleegkunde

Gerdie Boers, Jorien Oonk-Houwers, Wilma Put en Yvonne Rosendaal

Afstudeeronderzoek

[plaatsnaam], juni 2016

Titel:

Complexere zorg. Wat nu?

Ondertitel:

Onderzoek naar de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte in woonzorgcentrum X

Auteurs en studentnummers:

Gerdie Boers – 120574
Jorien Oonk-Houwers - 120745
Wilma Put- 120356
Yvonne Rosendaal - 121066

Onderzoeksinstelling:

Woonzorgcentrum X te [plaatsnaam]

Begeleiders vanuit onderzoeksinstelling:

[naam] – praktijkopleider
[naam] – hbo-verpleegkundige
[naam] – Eerst Verantwoordelijk Verzorgende

Opleiding:

Christelijke Hogeschool Ede (CHE)
Academie gezondheidszorg
Hbo-verpleegkunde
Oude Kerkweg 100
6717 JS Ede

Begeleider vanuit Christelijke Hogeschool Ede:

Aline Zaaijer-Voorhoeve - MSc docent
hbo-verpleegkunde

Beoordelaar vanuit Christelijke Hogeschool Ede:

Mirjam van der Leij – MSc docent hbo-verpleegkunde

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Complexere zorg. Wat nu?'. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van onze afstudeeropdracht voor de opleiding hbo-verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool in Ede. In opdracht van Woonzorgcentrum X is onderzocht welke kennis, houding en vaardigheden zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis van Woonzorgcentrum X, nodig hebben om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen. Dit verslag geeft inzicht in de moeiten die zorgverleners ervaren in het verlenen van goede zorg aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Daarnaast zijn aanbevelingen opgesteld gericht op de behoeften van de zorgverleners met betrekking tot deze moeiten.

Vanaf deze plaats willen wij iedereen bedanken die, in welke vorm dan ook, medewerking heeft verleend aan dit onderzoek. Wij denken daarbij allereerst aan de zorgverleners van woonzorgcentrum X, welke deelgenomen hebben aan een interview. Zij hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het tot stand komen van dit onderzoeksverslag. Eveneens gaat onze dank uit naar Aline Zaaijer-Voorhoeve, onze begeleider vanuit de Christelijke Hogeschool in Ede gedurende dit onderzoek. Wij hebben de samenwerking met haar als zeer prettig ervaren. Haar kritische feedback en begeleiding hebben bijgedragen aan de kwaliteit van dit onderzoek. Daarnaast willen wij de begeleiders vanuit Woonzorgcentrum X bedanken voor de begeleiding en feedback. Ten slotte willen wij Mirjam van der Leij, beoordelaar vanuit de Christelijke Hogeschool in Ede, eveneens bedanken voor haar feedback.

[plaatsnaam], juni 2016

Gerdie Boers
Jorien Oonk-Houwers
Wilma Put
Yvonne Rosendaal

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	6
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Probleemstelling.....	8
1.3 Onderzoeksvraag.....	8
1.3.1 Hoofdvraag.....	8
1.3.2 Deelvragen.....	8
1.4 Doelstelling.....	9
1.5 Verpleegkundige relevantie	9
1.6 Afbakening begrippen onderzoeksvraag.....	9
Hoofdstuk 2 Methode	10
2.1 Onderzoeksdesign	10
2.2 Onderzoeksetting.....	10
2.3 Onderzoekspopulatie	10
2.4 Dataverzameling en -analyse	11
2.4.1 Literatuurstudie	11
2.4.2 Interviews	13
2.5 Validiteit en betrouwbaarheid	14
2.6 Ethische aspecten.....	15
Hoofdstuk 3 Literatuurstudie	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Goede zorg	16
3.3 Complexiteit van zorg.....	17
3.4 Beroepsprofielen	17
3.5 Wat hebben zorgverleners nodig?	18
3.5.1 Kennis	18
3.5.2 Houding	20
3.5.3 Vaardigheden	20
3.6 Conclusie	22
Hoofdstuk 4 Resultaten.....	23
4.1 Goede zorg	23
4.2 Complexiteit van zorg en zorgzwaarte	23
4.3 Complexiteit van zorg op lichamelijk gebied.....	25
4.4 Complexiteit van zorg op psychisch gebied	25
4.5 Complexiteit van zorg op sociaal gebied	26
4.6 Complexiteit van zorg op functioneel gebied	26
4.7 Benodigde kennis	27
4.8 Benodigde houding	28
4.9 Benodigde vaardigheden.....	28
4.10 Bezetting.....	29
4.11 Conclusie	29

Hoofdstuk 5 Conclusie.....	31
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	33
6.1 Intervisie	33
6.2 Bezetting.....	33
6.3 Omgang tijdsgebrek	34
6.4 Mantelzorger	34
6.5 Vervolgonderzoek	35
Hoofdstuk 7 Discussie.....	36
7.1 Doel	36
7.2 Methode.....	36
7.3 Resultaten vergeleken met literatuur	37
7.4 Evaluatie bruikbaarheid van de aanbevelingen	38
7.5 Validiteit en betrouwbaarheid	38
Literatuurlijst	39
Bijlagen	46
Bijlage 1 Verantwoording literatuurstudie.....	46
Bijlage 2 Topiclijst	53
Bijlage 3 Verbeterde topiclijst	63
Bijlage 4 E-mails uitnodiging interview	71
E-mail 1 Uitleg interview	71
E-mail 2 Uitnodiging interview	71
E-mail 3 Herhaling uitnodiging interview	71
E-mail 4 Uitnodiging interview overige medewerkers	72
E-mail 5 Herhaling uitnodiging interview alle zorgverleners	72
Bijlage 5 Labelschema's interviews	74
Bijlage 6 Onderzoekslogboek	75
Bijlage 7 Groepsopdracht 'Verhinderingen in tijd helder krijgen'	77
Bijlage 8 Ecogram – zorgnetwerk	78
Bijlage 9 Handreiking bij invullen ecogram	79

Samenvatting

Dit onderzoek bevat een analyse van de ervaring van de zorgverleners, welke werkzaam zijn in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X, omtrent de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Eveneens bevat dit onderzoek aanbevelingen gericht op wat deze zorgverleners nodig hebben om aan cliënten met toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen. Met behulp van kwalitatief onderzoek (literatuurstudie en interviews) is gezocht naar een antwoord op de deelvragen om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: 'Welke kennis, houding en vaardigheden hebben zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X, nodig om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte (Verpleging en Verzorging (VV) 4, VV 5 en/of VV 6) goede zorg te blijven verlenen?'.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen vindt door de transitie van het zorgstelsel in januari 2015 een verschuiving plaats in de complexiteit van zorg en zorgzwaarte. De oorzaak hiervan is dat cliënten langer thuis blijven wonen, aangezien zij een indicatie krijgen vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz) voor opname in het verzorgingshuis vanaf VV 4. De aanleiding tot dit onderzoek zijn de gesprekken geweest tussen de manager van woonzorgcentrum X en de zorgverleners in het verzorgingshuis. In deze gesprekken hebben de zorgverleners aangegeven met enige regelmatig moeite te ervaren bij het verlenen van goede zorg aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte.

Uit de literatuurstudie is gebleken dat de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte binnen verzorgingshuizen landelijk aan de orde is. Uit de semi gestructureerde interviews, welke afgenomen zijn onder twaalf zorgverleners van woonzorgcentrum X (zorgassistenten, helpenden, verzorgenden en mbo-verpleegkundigen), is gebleken dat deze zorgverleners de complexiteit van zorg en zorgzwaarte werkelijk als toenemend ervaren. De zorgverleners merken dit aan de lichamelijke, zwaardere zorg voor de cliënten, een verhoogd aantal valincidenten, de betrokkenheid van meer verschillende disciplines bij de cliënt en de grotere rol van de mantelzorgers in de zorgverlening. Daarnaast ervaren de zorgverleners moeiten in de omgang met verstoorde mobiliteit, het signaleren van problemen bij cliënten, het stimuleren van cliënten en mantelzorgers en het verlenen van psychische zorg. Het gebrek aan tijd om goede zorg te verlenen speelt bij deze moeiten een grote rol.

De zorgverleners hebben, volgens de literatuurstudie en het praktijkonderzoek, het volgende nodig om blijvend goede zorg te verlenen: toerusting in kennis, houding en vaardigheden op verschillende gebieden, een efficiëntere bezetting en meer mantelzorgers en vrijwilligers. Aanvullende kennis is vereist over ziektebeelden, patiëntproblemen uit de kernset, ontwikkelingen in de zorg, het gebruik van technologie en over de expertise van de verschillende niveaus van zorgverleners en disciplines. Een rustige, positieve, geduldige en liefdevolle houding is essentieel tegenover de cliënten. Tegenover de mantelzorgers is een begripvolle en eerlijke houding nodig. Binnen een team is een open, eerlijke, respectvolle en behulpzame houding noodzakelijk. Eveneens dient een zorgverlener kritisch naar zichzelf te kijken en het belang in te zien van het betrekken en stimuleren van de mantelzorgers. Zorgverleners hebben de vaardigheden samenwerken, communiceren en feedback geven nodig. Daarnaast behoren zorgverleners te observeren, te signaleren, cliënten te begeleiden, mantelzorgers te betrekken en zorgoverleggen te voeren. Eveneens dient een ergocoach vaker ingeschakeld te worden. Naast deze kennis, houding en vaardigheden, welke zorgverleners nodig hebben, is voldoende geschoold personeel nodig. Naar aanleiding van bovenstaande conclusies zijn de volgende aanbevelingen opgesteld voor woonzorgcentrum X, zodat blijvend goede zorg verleend kan worden bij de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte:

- De kennis van de zorgverleners vergroten middels intervisiebijeenkomsten;
- Achterhalen of de huidige bezetting aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt;
- Inzicht verkrijgen in hoe efficiënt gebruik gemaakt kan worden van de beschikbare tijd;
- De mantelzorger(s) vanaf de intake direct betrekken bij de zorg voor de cliënt;
- Vervolgonderzoek onder de mantelzorgers uitvoeren om hen te betrekken bij de zorg.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederland neemt het aantal ouderen toe door vergrijzing (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014). Vergrijzing, samenhangend met multimorbiditeit, zorgt voor een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Dit leidt tot een stijging van de zorgkosten (Kennisplein Chronische Zorg, 2015). Om de zorg betaalbaar te houden is sinds 1 januari 2015 een transitie ingevoerd in het zorgstelsel (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014-b & Rijksoverheid, z.d.). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is vervangen door de Zorgverzekeringswet (ZVW), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), Wet Langdurige Zorg (WLz) en de Jeugdwet (Rijksoverheid, z.d.).

In de verpleeg- en verzorgingshuizen vindt door de transitie van het zorgstelsel een verschuiving plaats in de complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Cliënten krijgen in een later stadium een indicatie vanuit de WLz, waardoor zij langer thuis blijven wonen (Lovink, Persoon & Laurant, 2015). De sector Verpleging en Verzorging (VV), welke onderverdeeld is in VV 4 tot en met VV 10, behoort tot de WLz. (Zorginstituut Nederland, z.d. -a & Zorgkantoor Zorg en Zekerheid, z.d.). Cliënten onder de grens van VV 4 krijgen zorg aan huis (thuiszorg) en komen niet terecht in een verzorgingshuis, tenzij een kamer wordt gehuurd in een verpleeg- of verzorgingshuis (Actiz, 2015). Zodoende worden vooral cliënten met een VV 4 of hoger opgenomen, waardoor de gemiddelde zorgzwaarte in een verpleeg- en verzorgingshuis toeneemt (Lovink et al., 2015). Uit onderzoek van Veer, Francke, Poortvliet en Eliens (2007) naar de toenemende complexiteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen komt naar voren dat 66% van de 196 ondervraagde verzorgenden zich onvoldoende toegerust voelt op het gebied van kennis en vaardigheden (Veer, Francke, Poortvliet & Eliens, 2007). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een onderzoek uitgevoerd bij intramurale voorzieningen van ouderenzorg met als doel meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de ouderenzorg. Uit dit onderzoek komt eveneens naar voren dat bij meer dan de helft van de verpleeg- en verzorgingshuizen de kennis en vaardigheden van de medewerkers niet aansluit bij de toenemende complexiteit van de zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014 - a). Bovenstaande onderzoeken geven aan dat zorgverleners ervaren onvoldoende toegerust te zijn op het gebied van kennis en vaardigheden om blijvend goede zorg te verlenen aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg. Hamers (2011) concludeert in zijn onderzoek dat de kwaliteit van zorg binnen de intramurale ouderenzorg gewaarborgd kan worden door de kennis en expertise van zorgverleners te vergroten.

Woonzorgcentrum X biedt intramurale ouderenzorg en bestaat uit een verzorgingshuis, een verpleegafdeling en verschillende aanleunwoningen (Document woonzorgcentrum X). Ten gevolge van de transitie van het zorgstelsel wordt in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X zorg geleverd aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte, waarvan de meerderheid sinds 2015 een VV 4 tot en met VV 6 heeft (Persoon X, persoonlijke communicatie, 15 februari 2016). Dit betekent dat de cliënten beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV 4), beschermd wonen met intensieve dementiezorg (VV 5) en beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging (VV 6) (CIZ, 2015). Zoals eerder beschreven zijn sinds 2015 binnen woonzorgcentrum X meer cliënten opgenomen met een hogere VV. Van 2010 tot 2016 zijn de VV 4, VV 5 en VV 6 met 28% gestegen (Woonzorgcentrum X, intern document, 30 maart 2016). Dit heeft tot gevolg dat de cliënten meer ondersteuning nodig hebben bij de lichamelijke zorg en dat gedragsproblematiek vaker voorkomt (CIZ, z.d. & Rijksoverheid, 2010). Om in te spelen op de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte heeft woonzorgcentrum X scholingen gegeven aan zorgverleners en worden multidisciplinaire overleggen gehouden. Hoe hier verder op ingespeeld kan worden is nog niet onderzocht binnen woonzorgcentrum X.

De zorgassistenten, helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen van woonzorgcentrum X in het verzorgingshuis hebben in gesprekken met de manager van woonzorgcentrum X aangegeven dat zij met enige regelmaat moeite(n) ervaren om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Om inzicht te krijgen in de moeite(n) die de zorgverleners ervaren bij de zorgverlening aan deze cliënten en de context waarin deze moeite(n) plaatsvinden, is 'de (5xW +H-formule)' toegepast (Migchelbrink, 2013). Veel delen van deze formule konden niet worden ingevuld, omdat dit nog niet onderzocht was. In dit onderzoek zal daarom eerst inzicht in het probleem en de context waarin het probleem zich bevindt verkregen moeten worden. Vervolgens zal nagegaan worden wat zorgverleners van woonzorgcentrum X specifiek nodig hebben om competent te blijven in de zorgverlening aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Een zorgverlener is, volgens het verpleegkundig beroepsprofiel, competent wanneer een zorgverlener in het bezit is van de competenties uit het beroepsprofiel passend bij de eigen functie (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, 2012). Een zorgverlener is competent wanneer deze de gevraagde kennis, vaardigheden en houdingsaspecten uit het beroepsprofiel passend bij de functie heeft ontwikkeld (Grotendorst, Alen, Sino & Veldhuizen, 2012).

Vanuit woonzorgcentrum X voor de onderzoekers van de Christelijke Hogeschool in Ede (CHE) is de vraag ontstaan wat zorgverleners nodig hebben aan kennis, houding en vaardigheden om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte (VV 4, VV 5 en/of VV 6) in het verzorgingshuis.

1.2 Probleemstelling

Naar aanleiding van de transitie van het Nederlandse zorgstelsel in 2015 is de complexiteit van zorg en zorgzwaarte binnen woonzorgcentrum X toegenomen. Naar aanleiding van deze toename heeft de locatiemanager verschillende gesprekken gevoerd met verschillende zorgverleners. Hierin kwam naar voren dat de zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis, met enige regelmatig moeite ervaren om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen, waardoor de verlening van goede zorg onder druk kan komen te staan. Momenteel is niet helder wat de zorgverleners precies onder deze moeite verstaan en in welke context deze plaatsvindt. Daarnaast is het onduidelijk wat de zorgverleners nodig hebben om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen.

1.3 Onderzoeksvraag

1.3.1 Hoofdvraag

Welke kennis, houding en vaardigheden hebben zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X, nodig om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte (VV 4, VV 5 en/of VV 6) goede zorg te blijven verlenen?

1.3.2 Deelvragen

1. Wat zegt de literatuur over wat zorgverleners nodig hebben aan kennis, houding en vaardigheden om aan cliënten in het verzorgingshuis (VV 4, VV 5 en/of VV 6) met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen?
2. Waaraan merken de zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X, dat de zorg complexer wordt en de zorgzwaarte toeneemt (VV 4, VV 5 en/of VV 6)?
3. Wat zeggen de zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X, nodig te hebben aan kennis, houding en vaardigheden om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen?

1.4 Doelstelling

In juni 2016 is een onderzoeksrapport beschikbaar voor woonzorgcentrum X. Dit onderzoeksrapport beschrijft wat zorgverleners werkzaam in het verzorgingshuis nodig hebben op het gebied van kennis, houding en vaardigheden om aan cliënten met toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen. Daarnaast geeft dit rapport een analyse van de moeiten die zorgverleners ervaren en geeft aanbevelingen gericht op wat zorgverleners nodig hebben om aan cliënten met toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen die verblijven in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X.

1.5 Verpleegkundige relevantie

De transities van het zorgstelsel zijn van invloed op de gehele verpleegkundige beroepsgroep (V&VN, 2013). De gevolgen die deze transities met zich mee brengen zijn landelijk aan de orde, waarvan één van deze gevolgen de toenemende zorgzwaarte is binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen (Lovink et al., 2015). Volgens Vivantes Ouderenzorg (2015), tevens een verzorgingshuis, vraagt de toenemende zorgzwaarte een andere aanpak. Maar hoe ga jij daar als zorgverlener mee om? Dit onderzoek zal bijdragen aan het vergroten van de inzichten in de moeite(n) die zorgverleners ervaren bij het verlenen van zorg aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte en aan de ontwikkeling van interventies over hoe zorgverleners goede zorg kunnen blijven verlenen.

1.6 Afbakening begrippen onderzoeksvraag

Cliënten

Bewoners van woonzorgcentrum X in het verzorgingshuis, waarvan de meerderheid een VV 4 tot en met VV 6 heeft. De overige bewoners hebben een indicatie lager dan VV 4 ([naam], persoonlijke communicatie, 15 februari 2016). Volgens de transitie in 2015 zouden deze cliënten geen recht hebben op zorg met verblijf, maar aangezien dit destijds is toegekend behouden zij dit recht (Ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014-a).

Goede zorg

Woonzorgcentrum X biedt wonen, welzijn en zorg aan cliënten vanuit een reformatische mens- en zorgvisie. Dit houdt in dat elke cliënt gezien wordt als een uniek schepsel van God met eigen mogelijkheden en beperkingen. Waarbij de cliënt bejegend dient te worden als een persoon met eigen wensen en behoeften. Binnen de zorg- en dienstverleningsrelatie heerst een vertrouwde sfeer. De benadering, begeleiding en verzorging is persoonlijk, professioneel en evenwaardig. Aandacht wordt besteed aan levensvragen en geestelijk welzijn (Document woonzorgcentrum X).

Woonzorgcentrum X

Woonzorgcentrum X bestaat uit een verzorgingshuis, een verpleegafdeling en aanleunwoningen (Document woonzorgcentrum X). Dit onderzoek richt zich op het verzorgingshuis. Uit praktisch oogpunt zal in het vervolg van dit onderzoek woonzorgcentrum X afgekort worden tot X.

Zorgverleners

In dit onderzoek wordt onder zorgverleners verstaan de medewerkers van woonzorgcentrum X welke werkzaam zijn in team 1 of 2 in het verzorgingshuis. Deze zorgverleners hebben een mbo-opleiding in de zorg gevolgd tot zorgassistent, helpende, verzorgende of mbo-verpleegkundige.

Hoofdstuk 2 Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Om de gestelde onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van beschrijvend, kwalitatief onderzoek. Deze methode is geschikt geweest aangezien de onderzoeksvraag gericht was op het verzamelen van meningen en ideeën van de zorgverleners (Verhoeven, 2014) om een verschijnsel te beschrijven. Bij beschrijvend onderzoek past namelijk de volgende vraag: ‘wat is er aan de hand?’ (Vaus, 2013). Tijdens dit onderzoek heeft de ervaring van de zorgverleners centraal gestaan. Dit is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2014).

Dit onderzoek is verlopen in de vorm van een casestudy om een diepgaand inzicht te krijgen in de ervaring van de zorgverleners aangaande de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte (Verschuren & Doorewaard, 2007). Een casestudy kan gebruikt worden bij het beschrijven, verklaren en interpreteren van gebeurtenissen, gedrag en opvattingen van de betrokkenen. De onderzoeksvraag geeft aan dat gezocht is naar een beschrijving, verklaring en interpretatie van gebeurtenissen, gedrag en opvattingen van de zorgverleners (Vaus, 2013). Het is namelijk een beschrijving waaraan zorgverleners merken dat de zorg complexer wordt en de zorgzwaarte toeneemt en wat zij hierbij denken nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen. Een casestudy kan uit een of meerdere cases bestaan. Gezien de onderzoeksvraag is gekozen voor één case, namelijk het verzorgingshuis. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn geen vergelijkingen met andere verzorgingshuizen noodzakelijk, omdat de onderzoeksvraag laat zien dat het gaat om de kennis, houding en vaardigheden die zorgverleners van X nodig hebben. Daardoor volstaat één case (Vaus, 2013).

2.2 Onderzoeksetting

Het verzorgingshuis van X bestaat uit drie etages. Op elke etage is een ander team werkzaam. Eén van deze teams draagt zorg voor zowel de zorg in het verzorgingshuis als de zorg voor de thuiszorg in de aanleunwoningen van X. De thuiszorg heeft niet tot de doelgroep van dit onderzoek behoord en is daarom niet meegenomen in dit onderzoek. De onderzoekspopulatie heeft bestaan uit de twee teams, welke alleen zorg verlenen aan cliënten in het verzorgingshuis.

2.3 Onderzoekspopulatie

In de twee teams zijn zorgassistenten, helpenden, verzorgenden en mbo-verpleegkundigen werkzaam. Beide teams komen in aanraking met cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Deze teams bestaan samen uit 32 zorgverleners. In tabel 1 staat de functieverdeling van de onderzoekspopulatie beschreven.

	Functieverdeling binnen onderzoekspopulatie (in procenten)	Functieverdeling binnen onderzoekspopulatie (in aantallen)
Zorgassistenten	6%	2
Helpenden	31%	10
Verzorgenden	50%	16
Mbo-verpleegkundigen	13%	4

Tabel 1 – functieverdeling van de onderzoekspopulatie

De populatie heeft voldaan aan de volgende criteria (zie tabel 2):

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Werkzaam als zorgverlener in team 1 of 2 in het verzorgingshuis van X	Niet werkzaam als zorgverlener in team 1 of 2 in het verzorgingshuis van X
Zorgverlener werkzaam als gediplomeerd zorgassistent, helpende, verzorgende of mbo-verpleegkundige	Zorgverlener niet werkzaam als gediplomeerd zorgassistent, helpende, verzorgende of mbo-verpleegkundige

Tabel 2 – Inclusie- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Het is in dit onderzoek niet mogelijk geweest om de gehele onderzoekspopulatie te benaderen. Slechts een deel hiervan is geselecteerd (Verhoeven, 2014). De onderzoeksgroep is gekozen op basis van een gestratificeerde steekproef. De gehele onderzoeksgroep is onderverdeeld in subgroepen, ook wel strata genoemd (Migchelbrink, 2013). De strata hebben bestaan uit verschillende opleidingsniveaus, namelijk: zorgassistent, helpende, verzorgende en mbo-verpleegkundige. Uit deze strata is een aselechte steekproef getrokken, zodat de zorgverleners uit de verschillende strata evenredig in de steekproef vertegenwoordigd zijn. Dit is gedaan door de namen van alle zorgverleners op briefjes te zetten, deze te sorteren op opleidingsniveau en vervolgens willekeurig drie briefjes per opleidingsniveau te trekken. De onderzoeksgroep is bepaald aan de hand van de stelregel van Remmers en Groenland (2006), waarbij minimaal drie waarnemingen per variabele (de opleidingsniveaus) nodig zouden zijn. De functieverdeling zou volgens deze stelregel 25% van elk opleidingsniveau zijn. Om relevante ervaringen van de zorgverleners in kaart te brengen is getracht deze stelregel tijdens dit onderzoek aan te houden. Echter, in verband met weinig respons is afgeweken van deze stelregel. Na overleg met de begeleider van de CHE en de begeleiders van X zijn alle zorgverleners uiteindelijk benaderd en zijn de zorgverleners die vrijwillig deel wilden nemen aan de interviews meegenomen tijdens dit onderzoek. 38% van de zorgverleners, welke behoren tot de onderzoekspopulatie, hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Dit betekent dat twaalf zorgverleners medewerking hebben verleend aan dit onderzoek. In tabel 3 staat de functieverdeling omschreven van de zorgverleners die uiteindelijk hebben deelgenomen aan het onderzoek (onderzoeksgroep).

	Functieverdeling binnen onderzoeksgroep (in procenten)	Functieverdeling binnen onderzoeksgroep (in aantallen)
Zorgassistenten	17%	2
Helpenden	25%	3
Verzorgenden	42%	5
Mbo-verpleegkundigen	17%	2

Tabel 3 - Functieverdeling onderzoeksgroep

2.4 Dataverzameling en -analyse

Binnen dit onderzoek is op twee manieren data verzameld, namelijk middels literatuurstudie en middels praktijkonderzoek.

2.4.1 Literatuurstudie

Vanuit de literatuurstudie is de eerste deelvraag beantwoord. Literatuur is gezocht volgens de Big6™ (Verhoeven, 2014). Dit heeft bijgedragen aan het gericht zoeken en ordenen van literatuur. Als eerste is het probleem of de zoekvraag gedefinieerd. Nederlandse trefwoorden die zijn gebruikt: omgang complexere zorg, omgang toenemende zorgzwaarte zorgprofiel verpleging en verzorging 4, 5 en 6, omgang toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte, complexiteit van zorg verzorgingshuis, toenemende zorgzwaarte verzorgingshuis, competenties zorgverlener ouderenzorg,

kennis zorgverlener toenemende complexiteit van zorg, vaardigheden zorgverlener toenemende complexiteit van zorg, houding zorgverlener toenemende complexiteit van zorg en benodigde kennis houding en vaardigheden zorgverlener zorgzwaarte, zorgprofiel verpleging en verzorging complexiteit van zorg, zorg verpleeg- en verzorgingshuis complexer, kwetsbare ouderen praktijk, Beroepsprofiel V&V 2020, verzorgingshuizen bestaan niet meer, zorg verlenen psychische problematiek verzorgingshuis, toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, competenties in een veranderde gezondheidszorg, ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners, beroepsprofiel zorghulp, beroepsprofiel helpende, veranderd zorglandschap 2030, innovatie zorgberoepen en opleiding, veranderd zorglandschap, verbetering kwaliteit ouderenzorg, complexere kwaliteit ouderenzorg, zelfmanagement in verzorgingshuis, zelfmanagement chronisch zieken, goede zorg definitie, holistische visie, verzorgingshuis vaardigheden verzorgenden, verzorgingshuis omgang toenemende zorgzwaarte, ouderenzorg kennis, complexe ouderenzorg houding, toenemende complexiteit van zorg, omgang toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte, bekwaamheid complexiteit van zorg. Engelse trefwoorden die zijn gebruikt: complexity of care and care home, competences caregiver elderly, dealing with complexity of care care home, knowledge caregivers increasing complexity of care, attitude caregivers increasing complexity of care, skills caregivers increasing complexity of care, skills caregivers in care home, nursing home and gerontological nursing and complexity of care, complexity of care increase

Voor het verzamelen van data is gezocht in de volgende zoekmachines: Springer, Pubmed, Google Scholar, Google Books en Academic Search.

In de literatuurstudie is literatuur opgenomen gericht op verpleeg- en verzorgingshuizen, omdat de doelgroep in het verzorgingshuis gedeeltelijk overlapt met de doelgroep uit het verpleeghuis. Deze overlapping is mede ontstaan door de transitie van het Nederlandse zorgstelsel. Vanouds werden cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 1, 2 of 3 opgenomen in een verzorgingshuis. Dit waren voorheen de verzorgingshuishuwoners (Overbeek, 2012). Door de transitie van het zorgstelsel heeft in het verzorgingshuis een verschuiving plaats gevonden naar cliëntencategorie van VV 4 en hoger (VV was voorheen het zorgzwaartepakket). Na telefonisch overleg met het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is gebleken dat cliënten met een VV 4 of lager normaliter woonachtig zijn in een verzorgingshuis en cliënten met VV 5, VV 6, VV 7, VV 8 en VV 10 opgenomen kunnen worden in een verpleeghuis. Echter kan de organisatie van een verzorgings- en verpleeghuis in overleg gaan met het zorgkantoor over welke zorgprofielen zij kunnen opnemen (medewerker van het CIZ, persoonlijke communicatie, 29 maart 2016). In het verzorgingshuis van X worden cliënten opgenomen met een VV 4, VV 5 en/of VV 6 (Persoon X, persoonlijke communicatie, 15 februari 2016). Hieruit is gebleken dat dit overlapt met de doelgroep van het verpleeghuis.

Vervolgens zijn de gevonden boeken, internetpagina's en/of documenten onderzocht op de aanwezigheid van relevante informatie. Dit is gedaan door het inventariseren op de aanwezigheid van bepaalde sleutelwoorden in de tekst (Verhoeven, 2014).

De literatuur is geanalyseerd volgens de laatste drie stappen van de Big6™. De informatie is geselecteerd aan de hand van de publicatiedatum van de bron. Cox (2012) betoogt dat bronnen bij voorkeur niet ouder mogen zijn dan vijf jaar, echter is dit afhankelijk van het onderwerp. De onderzoekers hebben per onderwerp bepaald of de informatie relevant en recent genoeg was om te gebruiken. Vervolgens is de literatuur geordend in de volgende tabel:

Databank	Zoekterm	Aantal gevonden bronnen	Beschrijving bron (titel, naam auteur, jaar van publicatie)	Samenvatting belangrijkste informatie
----------	----------	-------------------------	---	---------------------------------------

--	--	--	--	--

Tabel 4- Voorbeeld verantwoording literatuur

(Migchelbrink, 2013)

Na de literatuurstudie is deze tabel ingevuld, waardoor externe onderzoekers inzicht kunnen verkrijgen in de wijze waarop literatuur gezocht is en kunnen zij op deze manier tot dezelfde resultaten komen. De verantwoording van de literatuur in deze tabel staat in bijlage 1. De gevonden informatie uit verschillende bronnen is samengebracht en zichtbaar geworden in de literatuurstudie. Als laatste is een volledig antwoord op de eerste deelvraag geformuleerd nadat de gevonden informatie is geëvalueerd (Verhoeven, 2014).

2.4.2 Interviews

Voor de beantwoording van deelvraag 2 en 3 zijn gegevens uit het werkveld verzameld door middel van het afnemen van semi gestructureerde interviews, welke zijn afgenomen bij de onderzoeksgroep. Hierbij is gebruik gemaakt van een topiclijst, welke geschikt is bij een semi gestructureerd interview. Bij de keuze voor onderwerpen voor de topiclijst is de probleemstelling en de literatuurstudie richtinggevend geweest. De volgende onderwerpen zijn aan bod gekomen: goede zorg, complexiteit van zorg en zorgzwaarte, probleemanalyse (lichamelijk, psychisch, sociaal en functioneel gebied), benodigdheden zorgverleners (kennis, houding en vaardigheden), benodigdheden vanuit de literatuur (samenwerken, zelfmanagement, communicatie, bezetting, opleidingsniveaus/functie en technologie). Deze topiclijst is voor het afnemen van de interviews ter controle naar de opdrachtgever en de begeleider van de CHE gestuurd. In eerste instantie zouden vier proefinterviews afgenomen worden om inzicht te verkrijgen in het wel of niet aansluiten van de vragen op het niveau van de zorgverleners. In verband met te weinig respons is besloten om twee proefinterviews af te nemen bij één zorgassistent en één verzorgende (zie voor de topiclijst bijlage 2, blz 53). Hierna zijn onjuistheden uit de topiclijst gehaald (Verhoeven, 2014). Uiteindelijk zijn tien interviews afgenomen aan de hand van de verbeterde topiclijst (zie bijlage 3). Ook de informatie uit de twee proefinterviews is meegenomen in dit onderzoek. De onderzoekers hebben tijdens de interviews ervoor gezorgd dat alle onderwerpen aan bod zijn gekomen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009). Tijdens de interviews is indien gewenst afgeweken van de vraagvolgorde en formulering wanneer dit nodig was. Door deze wijze van interviewen heeft de zorgverlener de gelegenheid gekregen om zijn of haar mening te geven (Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, z.d.). Eveneens is tijdens de interviews gebruik gemaakt van formulieren waarop de verschillende patiëntproblemen per gebied (lichamelijk, psychisch, sociaal en functioneel) omschreven stonden. Dit is gebruikt als hulpmiddel voor de respondenten om helder te krijgen welke problemen behoren bij welk gebied. Dit is helpend geweest bij het omschrijven van de moeiten die zij ervaren.

Via de praktijkopleider hebben de onderzoekers de e-mailadressen van alle zorgverleners van team 1 en 2 ontvangen. De zorgverleners hebben in eerste instantie een e-mail ontvangen ter kennisgeving van de uitvoering van dit onderzoek op de afdeling (zie bijlage 4.1). Daarna zijn door middel van een e-mail de geselecteerde zorgverleners benaderd (zie bijlage 4.2). Indien een geselecteerde zorgverlener niet in staat was om deel te nemen aan dit onderzoek, is volgens dezelfde selectiemethode in de restgroep een andere zorgverlener geselecteerd. In verband met weinig respons is een e-mail ter herinnering gestuurd aan de geselecteerde zorgverleners (zie bijlage 4.3). Na deze herinnering is alsnog weinig respons verkregen en is besloten om alle zorgverleners te benaderen via de e-mail (zie bijlage 4.4.) en hen persoonlijk te benaderen op de afdeling. Tot slot zijn alle zorgverleners nogmaals herinnerd per e-mail (zie bijlage 4.5). 62,5% van de zorgverleners heeft niet deelgenomen aan de interviews. 70% van deze zorgverleners heeft aangegeven niet mee te willen of te kunnen werken. De overgebleven zorgverleners (30%) hebben niet gereageerd op de uitnodiging.

Alle respondenten hebben toestemming gegeven om geluidsopnames te maken van de interviews. De geluidsopnames zijn daarna verbatim uitgewerkt.

Bij het analyseren van data uit de interviews zijn de stappen voor kwalitatieve gegevensanalyse van Migchelbrink (2013) gebruikt:

1. Uittypen van de tekst van de interviews
2. Selecteren van bruikbare informatie en schrappen van niet relevante tekst
3. Keuze voor de manier van analyse: open coderen of coderen met een startlijst
4. Verdelen van de tekst in fragmenten en deze fragmenten voorzien van een trefwoord (label)
5. Groeperen van labels en een categorie toekennen aan de groepen bij elkaar passende labels
6. Collega-onderzoeker labelt de tekstfragmenten. De onderzoekers beslissen samen welke labels worden aangehouden
7. Kennis van de onderzoekers betrekken bij de analyse
8. Samenhangende categorieën bepalen en kernlabels toekennen
9. Beschrijven van de resultaten

Stap 4 tot en met 6 is weergegeven in tabel 5:

Nr.	Tekstfragment	Regelnummer	Label	Categorie
1				

Tabel 5 – Voorbeeld labelschema

De uitwerking van deze tabel staat in bijlage 5.

2.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit gaat om het voorkomen van systematische fouten in de literatuurstudie en de interviews (Verhoeven, 2014). De gegevens uit het onderzoek dienen de onderzochte werkelijkheid te weerspiegelen (Migchelbrink, 2009). Om de validiteit van de interviews te waarborgen is gebruik gemaakt van een gestratificeerde steekproef en de stelregel van Remmers en Groenland (2006) waar vervolgens van is afgeweken. Tijdens de interviews is attentie geweest voor sociaal wenselijke antwoorden en is gebruik gemaakt van gesprekstechnieken, waaronder doorvragen, om bij het werkelijke antwoord op een vraag te komen (Verhoeven, 2014). Door gebruik te hebben gemaakt van een interviewer en een observant tijdens het afnemen van de interviews, welke elkaar hebben aangevuld (Verhoeven, 2014), is aandacht besteed aan niet selectief luisteren van de interviewer en konden antwoorden beoordeeld worden op adequaatheid (Migchelbrink, 2009). Hierdoor is de validiteit van de interviews vergroot. Daarnaast is gebruik gemaakt van geluidsopname apparatuur, met toestemming van de respondent, waardoor een adequate verslaglegging van het gehele interview is gemaakt. Op deze manier is een zo volledig mogelijke weergave van de interviews verkregen (Migchelbrink, 2009).

Triangulatie van verschillende databronnen is toegepast door de onderzoekers. Informatie is verkregen via interviews en via literatuurstudie; dit heeft de validiteit vergroot (Plochg, Juttman, Klazinga & Mackenbach, 2007). Begripsvaliditeit is toegepast door de gebruikte begrippen in de begrippenlijst te onderbouwen met evidence-based literatuur (Migchelbrink, 2009). Relevante begrippen zijn voorafgaand aan het interview uitgelegd aan de respondenten (Verhoeven, 2014). Tijdens dit onderzoek zijn evaluatiemomenten geweest, waarbij de onderzoekers hebben gecontroleerd of daadwerkelijk gemeten werd wat gemeten zou moeten worden (Verhoeven, 2014). Mogelijke suggestieve gedachten van de onderzoekers zijn gedeeld, zodat deze het onderzoekproces niet konden beïnvloeden (Migchelbrink, 2009). Door gebruik te maken van triangulatie, begripsvaliditeit en het inplannen van evaluatiemomenten is de validiteit van dit onderzoek verhoogd.

Betrouwbaarheid gaat over de mate waarin een onderzoek bij herhaling tot dezelfde resultaten leidt (Verhoeven, 2014). In dit onderzoek heeft de beleving van zorgverleners centraal gestaan. Dit heeft ervoor gezorgd dat de betrouwbaarheid van dit kwalitatieve onderzoek niet volledig te garanderen was, aangezien bij herhaling van dit onderzoek de kans bestaat dat de beleving van de zorgverleners anders is (Verhoeven, 2014). Door de volgende aspecten is de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot. Tijdens het gehele onderzoek is een onderzoekslogboek bijgehouden waarin verantwoording is afgelegd van de onderzoekshandelingen die hebben plaatsgevonden (zie bijlage 6). Dit heeft ervoor gezorgd dat dit onderzoek inzichtelijk is voor derden (Migchelbrink, 2009). Peer examination is toegepast, doordat onderzoekers onderling feedback hebben gegeven op geschreven stukken. Daarnaast hebben de begeleider van de CHE en de begeleider vanuit X feedback gegeven tijdens dit onderzoeksproces.

Bij de interviews is een topiclijst gebruikt. Het gebruik hiervan heeft ervoor gezocht dat dit onderzoek herhaalbaar is. De juistheid van deze topiclijst is middels twee proefinterviews getest, vanuit de gedachtegang dat een zorgassistent/helpende en een verzorgende/mbo-verpleegkundige een ander taalgebruik met zich mee zouden brengen en een andere wijze van interviewen zouden vragen (Schouten, 2004). Het afnemen van deze twee proefinterviews heeft de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd (Verhoeven, 2014).

Als laatste heeft de intersubjectiviteit centraal gestaan bij het analyseren van de interviews. De onderzoekers hebben de interviews individueel geanalyseerd, de uitkomsten met elkaar besproken en overeenstemming bereikt over de verkregen labels. Bij herhaling van dit onderzoek is de kans groot dat een externe onderzoeker dezelfde labels krijgt (Verhoeven, 2014).

2.6 Ethische aspecten

De onderzoekers zijn zich bewust geweest van de ethische aspecten die tijdens het onderzoeksproces aan de orde zijn gekomen. In ethiek gaat het om wat wel en niet verantwoord is (Migchelbrink, 2013). Ethische aspecten komen in elke fase van een onderzoek voor, namelijk bij het toegang krijgen tot de organisatie, bij het verzamelen en analyseren van gegevens en bij de rapportage (Saunders, Lewis & Thornhill, 2007). Volgens de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hoger beroepsonderwijs (2010) dienen onderzoekers respectvol te zijn. De onderzoekers hebben rekening gehouden met de rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokken zorgverleners. Zij zijn zorgvuldig geweest in de uitvoering van dit onderzoek. Dit blijkt uit het juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar rapporteren in het onderzoeksrapport. Verder zijn de onderzoekers transparant geweest over gebruikte bronnen en gemaakte keuzes, welke zij hebben verantwoord in bijlage 1 (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010). Rondom de privacy van de respondent is de ethiek vanuit de gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens bij onderzoek nageleefd. De onderzoekers hebben toestemming gevraagd aan de respondent voor medewerking aan dit onderzoek. Zij hebben de respondenten geïnformeerd over het doel en de werkwijze van dit onderzoek. Alleen relevante informatie is opgenomen, welke anoniem is verwerkt. Hierdoor is voorkomen dat overbodige informatie is verkregen via respondenten om zo de anonimiteit te waarborgen. In dit onderzoek zijn geen identificeerbare gegevens opgenomen (Plooi, 2008).

Hoofdstuk 3 Literatuurstudie

3.1 Inleiding

De transitie van het Nederlandse zorgstelsel en daarmee samenhangend de toenemende zorgzwaarte en complexiteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen vraagt van zorgverleners een andere aanpak dan voorheen (Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, 2015). Belangrijk in deze aanpak is de holistische benadering. Dit blijkt uit onderzoek van de World Health Organization (2015), waarin omschreven staat dat de holistische benadering de beste benadering is in de zorg voor ouderen. In deze benadering staat de mens als geheel centraal, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen drie aspecten, namelijk geestelijk, sociaal en lichamelijk. Deze drie aspecten zijn met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar (BTSG, 2016). De kernset patiëntproblemen kent dezelfde aspecten en bevat één aanvullend aspect, namelijk functioneel (Schuurmans et al., 2012). Vanuit de holistische benadering zal onderzocht worden wat zorgverleners nodig hebben om blijvend goede zorg te verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Door middel van deze literatuurstudie zal de volgende deelvraag beantwoord worden: 'Wat zegt de literatuur over wat zorgverleners nodig hebben aan kennis, houding en vaardigheden om aan cliënten in het verzorgingshuis (VV 4, VV 5 en/of VV 6) met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen?'.

Om deze vraag te beantwoorden zal in dit hoofdstuk eerst worden ingegaan op wat goede zorg inhoudt. Daarna zal de toenemende complexiteit van zorg binnen de (internationale) gezondheidszorg en binnen de Nederlandse verzorgings- en verpleeghuizen aan bod komen. Aansluitend worden de beroepsprofielen, welke afgestemd zijn op de (toekomstige) ontwikkelingen in de zorg, kort toegelicht. Vervolgens staat beschreven wat, volgens de literatuur, zorgverleners nodig hebben aan kennis, houding en vaardigheden om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te verlenen. Als laatste zal een conclusie worden weergegeven ter beantwoording van de deelvraag.

3.2 Goede zorg

Om te achterhalen wat zorgverleners nodig hebben om goede zorg te verlenen is het belangrijk te onderzoeken wat in de literatuur wordt verstaan onder goede zorg. Volgens Catharina Walma (2011) sluit goede zorg aan bij de individuele zorgbehoefte van de cliënt en draagt het bij aan de kwaliteit van diens leven. Goede zorg vereist deskundige zorgverleners, die de gehele zorgbehoefte van de cliënt kunnen overzien en die indien nodig buiten protocollen om durven te handelen (Walma, 2011). In het verpleegkundig beroepsprofiel (Schuurmans et al., 2012) wordt beschreven dat het voor de zorgverlener van belang is om, samen met de cliënt, na te gaan wat voor deze cliënt 'goede zorg' is. Hierin komt naar voren dat goede zorg voor elke cliënt verschillend kan zijn en daarmee individueel bepaald is. In het kwaliteitsdocument van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), LOC Zeggenschap en Zorgverzekeraars Nederland (2013) staat beschreven dat goede zorg wordt gekenmerkt door zorgzame zorg. Dit houdt in dat de zorg bestaat uit medische zorg en aandacht voor de cliënt en zijn omgeving. Andere aspecten van goede zorg zijn volgens dit kwaliteitsdocument: zorgvuldigheid, betrokkenheid naar de cliënt toe en een goede zorgrelatie. Daarnaast beschrijft het kwaliteitsdocument vier domeinen van kwaliteit van zorg welke een kader vormen ter ondersteuning van de zorgverlener om goede zorg te verlenen. Deze vier domeinen, namelijk: lichamelijk, woon- en leefsituatie, participatie en mentaal, komen overeen met de holistische benadering, zoals eerder beschreven als kernset patiëntproblemen (IGZ, LOC Zeggenschap in Zorg & Zorgverzekeraars Nederland, 2013).

Kortom, goede zorg is zorg welke naast de benodigde medische zorg aansluit bij de individuele zorgbehoefte en aandacht schenkt aan de cliënt. Om goede zorg te blijven verlenen is het voor zorgverleners van belang om te handelen vanuit deze (kern)principes.

3.3 Complexiteit van zorg

Uit het 'World report on ageing and health' van de World Health Organization (2015) blijkt dat ouderen wereldwijd meer zorg nodig hebben. Deze verandering heeft te maken met de toenemende vergrijzing en toename van de leeftijd van de ouderen in de wereld (World Health Organization, 2015). Eveneens verandert de Nederlandse gezondheidszorg door de vergrijzing wat zich uit in een toename van het aantal chronisch zieken en comorbiditeit (Maurits, Veer & Francke, 2015). Dit resulteert in een toenemend aantal cliënten dat zorg nodig heeft. Deze oudere cliënten hebben een grotere behoefte aan gespecialiseerde zorg (Halem, Herpen & Rooyen, 2010) en worden momenteel voornamelijk in verpleeghuizen opgenomen. Deze verschuiving wordt veroorzaakt doordat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en door de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg (Salari, Plaisier & Collet, 2008). Naar aanleiding van de transitie van het Nederlandse zorgstelsel in 2015 zal de complexiteit van zorg en zorgzwaarte in verpleeg- en verzorgingshuizen verder toenemen. De verwachting is dat uiteindelijk alleen ouderen met zeer complexe zorgvragen in verpleeghuizen zullen verblijven (cliënten met een VV 5 of hoger (medewerker van het CIZ, persoonlijke communicatie, 29 maart 2016)) (Lovink et al., 2015).

In het onderzoek van Veer, Francke, Poortvliet en Eliens (2007) staat omschreven dat verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen de zorg als steeds complexer ervaren, doordat cliënten meer zorg nodig hebben en de problematiek diverser wordt binnen een afdeling. Het gevolg hiervan ervaren zij in een toenemende werkdruk, door de toename van protocollaire en complexere handelingen. Uit een vragenlijst onder 196 verzorgenden, werkzaam in verzorgingshuizen of verpleeghuizen in Nederland, blijkt dat 66 procent zich onvoldoende toegerust voelt tot het verlenen van complexere zorg. Volgens hen ontstaat dit gevoel van onvoldoende toerusting, doordat zij onvoldoende vaardigheden en kennis hebben (Veer et al., 2007). Dekkers (2007) bevestigt dat de deskundigheid van het verzorgend personeel achterblijft ten opzichte van de toegenomen zorgzwaarte in het verzorgingshuis. Uit een enquête onder medewerkers van verzorgingshuizen blijkt dat tien procent van de geënquêteerden zich niet vaardig acht tot het begeleiden van cliënten met gedragsproblemen, depressieve gevoelens of dementie (Dekkers, 2007). De toegenomen zorgzwaarte wordt zichtbaar in het toenemend aantal cliënten met een combinatie van somatische en psychische problemen. Dit vraagt van zorgverleners steeds meer vaardigheden. Om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen in de verpleeg- en verzorgingshuizen, waar de complexiteit van zorg toeneemt, is een nieuwe aanpak nodig voor zorgverleners (Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, 2015).

Gesteld kan worden dat de toenemende complexiteit zowel wereldwijd als landelijk aan de orde is. Wereldwijd is het aan de orde door de toenemende vergrijzing en het ouder worden van de mensen. Landelijk is deze zichtbaar in de toenemende zorgzwaarte per cliënt en de toegenomen diversiteit aan cliëntenproblematiek op de afdeling. Zorgverleners ervaren hierdoor meer werkdruk en zij ervaren momenteel een tekort aan kennis en vaardigheden om goede zorg te verlenen aan deze veranderende cliëntencategorie. Het gegeven dat zorgverleners af en toe moeite ervaren in de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte staat daarmee niet op zichzelf, maar is een landelijke tendens, welke in meerdere verpleeg- en verzorgingshuizen speelt.

3.4 Beroepsprofielen

De stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020' heeft de toekomstige ontwikkelingen in de zorg, zoals eerder geschetst, eveneens in kaart gebracht en zij hebben gekeken hoe de beroepenstructuur op deze maatschappelijke ontwikkeling aangepast kan worden (Terpstra et al., 2015). Eén van de ontwikkelingen die zij als zeer aanwezig beschrijven is de toenemende complexe problematiek bij ouderen (Lambregts & Grotendorst, 2012). In december 2015 is door hen een definitief advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin de ontwikkelingen omtrent het complexer worden van de zorg zijn meegenomen. Dit advies bevat een uitgewerkt

beroepsprofiel voor hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen en verzorgenden (Terpstra et al., 2015). Deze beroepsprofielen geven inzicht in de taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen en verzorgenden in de veranderende zorg. Opvallend hierin is dat het ondersteunen van zelfmanagement van de cliënt gezien wordt als een belangrijk aandachtspunt voor de zorgverlener (Terpstra et al., 2015). Voorheen was de zorgverlening vooral gericht op het bevorderen van de gezondheid, het voorkomen van ziekte, het bijdragen aan genezing en herstel van de ziekte en het verlichten van lijden of ongemak (Pool, Pool, Veltman & Vogel, 2001). Vanaf heden ligt de focus op het welbevinden van de cliënt en het versterken van de veerkracht en zelfredzaamheid van de cliënt door hen te ondersteunen in situaties waar zij dat niet op eigen kracht kunnen (Terpstra et al., 2015). Het gaat daarbij niet alleen om preventie gericht op het verminderen van gezondheidsrisico's en complicaties (Pool et al., 2001), maar om preventie welke gericht is op het bevorderen van de gezondheid, vitaliteit, zelfmanagement en participatie van de cliënt (Terpstra et al., 2015). Belangrijk bij het regisseren van de zorg is dat dit in samenspraak met de cliënt wordt gedaan (Terpstra et al., 2015). Eerder was dit niet nadrukkelijk omschreven in het beroepsprofiel (Pool et al., 2001). Een ander verschil tussen de oude en nieuwe beroepsprofielen is het onderscheid dat wordt gemaakt per functie in het verlenen van zorg aan meer of minder complexe zorgvragers (Terpstra et al., 2015; Pool et al., 2001; Liefhebber, Mast, Haterd, Luijkx, Dam & Verhagen, 2007 - a; Liefhebber, Mast, Haterd, Luijkx, Dam & Verhagen, 2007 - b). De hbo-verpleegkundige verleent zorg in complexe situaties welke vragen om integratie van kennis en het combineren van richtlijnen en protocollen. De mbo-verpleegkundige verleent zorg in zorgsituaties met beperkte complexiteit volgens richtlijnen en protocollen. De verzorgende richt zich op laag complexe situaties, waarbij zij handelt volgens richtlijnen en protocollen (Terpstra et al., 2015).

De helpende (mbo-niveau 2) en zorghulp (mbo-niveau 1) zijn niet opgenomen in het hierboven beschreven advies. Volgens het beroepscompetentieprofiel Helpende zorg en welzijn (2006) biedt een helpende ondersteuning bij het huishouden van de cliënt, het doen van activiteiten met de cliënt en biedt de cliënt ondersteuning met de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) (Lammersen, 2006). Volgens het beroepscompetentieprofiel zorghulp (2007) richt een zorghulp zich op het ondersteunen bij het huishouden van een cliënt en het ondersteunen bij de uitvoering van activiteiten met de cliënt (Movisie Beroepsontwikkeling & Vilans, 2007).

Samenvattend, om met de ontwikkelingen in de zorg mee te gaan is een voorstel bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ingediend voor aanpassing van de huidige beroepsprofielen om zo te waarborgen dat iedere beroepsgroep goede zorg kan blijven verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. In dit voorstel is zichtbaar dat de focus ligt op het bevorderen van zelfmanagement, preventie en het regisseren van zorg in samenspraak met de cliënt. Dit worden gezien als de belangrijkste veranderende aspecten. De zorghulp en helpenden hebben geen aangepast beroepsprofiel, doordat zij vooral de andere zorgverleners ondersteunen en zelfstandig eenvoudige en routinematige werkzaamheden uitvoeren (Lammersen, 2006). Deze accentverschuiving vraagt van zorgverleners een aanpassing in hun werk en denken. Mogelijk vraagt dit nieuwe kennis, houding en vaardigheden van de zorgverleners.

3.5 Wat hebben zorgverleners nodig?

Zoals hierboven omschreven vindt een verschuiving plaats in de complexiteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen (Lovink et al., 2015). Hieronder staat omschreven wat zorgverleners, volgens diverse bronnen, nodig hebben aan kennis, houding en vaardigheden om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte.

3.5.1 Kennis

Uit onderzoek van Hamers (2011) blijkt dat de zorg onder druk komt te staan door gebrek aan expertise en kennis onder zorgverleners om aan de complexiteit van zorg te voldoen. De zorg komt onder druk te staan, aangezien kennis zich snel ontwikkelt en de implementatie van deze kennis traag plaatsvindt. Daarom is het, volgens Hamers, noodzakelijk dat de expertise en kennis van de

zorgverleners wordt vergroot om zo kwaliteit van zorg te kunnen verlenen (Hamers, 2011). Dit kan, volgens Hingsteman, gedaan worden door regelmatig bijscholing toe te passen (Hingstman, Langelaan & Wagner, 2012). Het is tevens nodig dat zorgverleners zich verdiepen in en handelen naar (actuele) ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied om zo een bijdrage te leveren aan de professionele ontwikkeling van de individuele zorgverleners (Maurits et al., 2015). Daarnaast draagt het bij aan de kwaliteit van zorg (Hamers, 2011). Zorgverleners dienen kennis te hebben van ziektebeelden, zodat ziektebeelden worden herkend en zo nodig een behandeling vroegtijdig kan worden gestart (Stavenuiter, Smits, Nederland & Gruijter, 2015). Het is nodig dat zorgverleners adequate kennis hebben over de gevolgen van een ziektebeeld op het functieverlies van een cliënt, zodat zij hierop eveneens kunnen anticiperen (Hamers, 2011). Naast de kennis die nodig is over de ziekte of aandoening is ook kennis vereist over de patiëntproblemen uit de kernset (Schuurmans et al., 2012).

Indien een zorgverlener zich niet competent voelt op een bepaald gebied dienen zij, volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de gelegenheid te krijgen om scholing te volgen, waarbij de scholing toegespitst behoort te zijn op de doelgroep (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014-a; Maurits et al., 2015). Uit onderzoek van Davies en Goodman Crippac (2008) blijkt dat vele ouderen in een verzorgingshuis specifieke lichamelijke zorg nodig hebben, zoals zorg op het gebied van decubitus en continëntie. Scholing kan deze lichamelijke zorg verbeteren (Davies & Goodman Crippac, 2008). Daarnaast is scholing vereist op het gebied van psychische en cognitieve stoornissen. In verzorgingshuizen komen namelijk veel psychische en cognitieve stoornissen voor, echter blijkt dat deze niet altijd worden herkend door de zorgverleners. Zorgverleners geven aan dat zij onvoldoende scholing hebben gehad op dit gebied en niet competent genoeg zijn (Dekkers, 2007; Dekkers, 2008). Het is daarom noodzakelijk dat zorgverleners kennis over psychische en cognitieve stoornissen krijgen aan de hand van scholing, zodat de problemen met de daarbij behorende zorgbehoeften worden herkend door zorgverleners (Dekkers, 2007; Verkade, Pranger & Meijel, 2010).

Indien sprake is van toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte hebben cliënten te maken met verschillende zorgverleners en disciplines (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011), welke integraal en multidisciplinair behoren te werken. Hierbij is het essentieel dat zorgverleners kennis hebben van de expertise van de verschillende niveaus van zorgverleners en disciplines, zodat zij weten wie wanneer ingeschakeld kan worden in de zorgverlening aan de cliënt (Stavenuiter et al., 2015). Uit onderzoek van Maurits, Veer en Francke (2015) blijkt dat de helft van de zorgverleners de samenwerking met externe disciplines niet voldoende beheerst en één derde van de zorgverleners scholing nodig heeft op het gebied van samenwerken (Maurits et al., 2015). In de samenwerking met huisartsen blijkt uit de handreiking van Verenso (2009) dat huisartsen het opleidingsniveau van zorgverleners over het algemeen te laag vinden in het verzorgingshuis. Een huisarts wil graag vaker contact hebben met verpleegkundigen, omdat zij van mening zijn dat hierdoor een betere taakverdeling komt en een verbetering in het maken van afspraken in de zorgverlening aan de cliënten. Dit zal de complexere zorg in verzorgingshuizen ten goede komen (Rijdt, 2009).

Om de kwaliteit van de complexere zorg te waarborgen is het noodzakelijk dat zorgverleners het zelfmanagement van de cliënten bevorderen. Zelfmanagement houdt in dat cliënten zelf de regie voeren over hun leven met de ziekte en de bijbehorende behandeling (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol & Schellevis, 2011). Uit een peiling van de verpleging & verzorging van Nivel blijkt dat 50% van de zorgverleners onvoldoende kennis heeft op het gebied van zelfmanagement. Het is nodig dat zij op dit gebied scholing krijgen om hun kennis te vergroten (In voor zorg, 2013).

Bij de veranderende gezondheidszorg is het gebruik maken van technologische hulpmiddelen nodig (Stavenuiter et al., 2015). Om zorgverleners de waarde te laten inzien van de technologische hulpmiddelen dienen de voordelen benoemd te worden aan zorgverleners, zodat zij deze technologie in de gezondheidszorg gaan inzetten (Maurits et al., 2015). Het is belangrijk dat

zorgverleners kennis en vaardigheden hebben over het gebruik van de technologie, zodat zij het begrijpen en kunnen toepassen in de zorgverlening aan cliënten met complexe problematiek (Wijck & Straalen, 2015). Zorgverleners dienen daarom in de gelegenheid te worden gesteld om hun kennis en vaardigheden te vergroten op het gebied van technologie (Maurits et al., 2015).

Bovenstaande leidt tot de conclusie dat zorgverleners kennis nodig hebben om goede zorg te verlenen over: actuele ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied, ziektebeelden en de gevolgen van een ziektebeeld, verschillende niveaus van zorgverleners en disciplines en het gebruik van technologie. Daarnaast is het nodig dat de kennis van de zorgverleners vergroot wordt door scholing op het gebied van: specifieke lichamelijke zorg, psychische en cognitieve stoornissen, samenwerken en zelfmanagement. Verder is het nodig dat de zorgverleners de gelegenheid krijgen om scholing te volgen als zij zich onvoldoende competent voelen op een bepaald gebied.

3.5.2 Houding

Bij het bevorderen van het zelfmanagement van cliënten is het noodzakelijk dat de zorgverleners een coachende rol aannemen om de cliënten te ondersteunen en te motiveren om zoveel mogelijk zelf de regie te voeren over hun leven (Ursum et al., 2011; Stavenuiter et al., 2015). De zorgverlener dient het willen en kunnen van de cliënt centraal te stellen (Pel, z.d.) en de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de cliënt (Zorginstituut Nederland, 2015). Dit vereist wederzijds respect en vertrouwen (CBO, 2014). In eerste instantie houdt de cliënt de regie zelf, tenzij de complexiteit van zorg toeneemt, dan kan indien nodig de zorgverlener een grotere rol krijgen in het overnemen van de regie en de coördinatie van de activiteiten om zo te voorkomen dat de last voor de cliënt te zwaar wordt (Pel, z.d.; Zorginstituut Nederland, 2015). In de praktijk blijkt dat de regie vaak wordt overgenomen door zorgverleners. Zij doen dit uit goede bedoelingen. Het is essentieel dat de zorgverleners zich hiervan bewust zijn om te voorkomen dat de regie, welke is overgenomen door de zorgverlener, niet aansluit op het leven en welzijn van de cliënten (Hamers, 2011).

Het is nodig dat zorgverleners elkaar ondersteunen binnen een team om zo bij te dragen aan een goede samenwerking in de complexiteit van zorg (Maurits et al., 2015; Wijck & Straalen, 2015). Uit het rapport van de World Health Organization (2015) blijkt eveneens dat zorgverleners elkaar behoren te ondersteunen. Deze ondersteuning kan gedaan worden door het toepassen van coaching, advisering en/of begeleiding (Maurits et al., 2015; Wijck & Straalen, 2015). Hierbij kan gebruik worden gemaakt van intercollegiale intervisie (Zorginstituut Nederland, z.d. -b). Bij deze intercollegiale intervisie staat het eigen functioneren van de zorgverleners centraal, wat de kwaliteit van de zorgverlening aan cliënten waarborgt en verbetert (Maurits et al., 2015). Daarnaast behoort bij intervisie gekeken te worden of de zorgverleners voldoen aan de gevraagde competenties (Veer et al., 2007).

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat van zorgverleners een coachende houding wordt gevraagd tegenover cliënten en de overige zorgverleners om goede zorg te verlenen. De zorgverleners dienen elkaar te ondersteunen binnen het team. Daarnaast vraagt het van de zorgverleners bewustwording over hun houding bij zelfmanagement.

3.5.3 Vaardigheden

Doordat cliënten te maken hebben met verschillende zorgverleners en disciplines is het essentieel dat tussen de cliënten, disciplines en zorgverleners een goede samenwerking plaatsvindt om afstemming te krijgen over de benodigde zorg aan de individuele cliënt (Linden, 2015; Halem et al., 2010; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014-a). In de afstemming over de benodigde zorg dienen de diagnose, behandeling en/of evaluatie te worden meegenomen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014-a). In de samenwerking tussen de zorgverleners is het belangrijk dat binnen

een team verschillende niveaus van zorgverleners werkzaam zijn om samen de zorgverlening aan de cliënten uit te voeren (Stavenuiter et al., 2015). Zorgverleners van verschillende niveaus behoren samen te werken om zo elkaars competenties aan te vullen in de complexere zorgverlening aan cliënten (Wijck & Straalen, 2015). Uit een onderzoek van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt dat de inzet van personeel bij de helft van de instellingen niet aansluit op de zorgbehoefte van de cliënten. Dit is wel nodig om veilige en goede zorg aan cliënten te kunnen bieden, waarbij de zorgverleners adequate kennis nodig hebben, zodat continu getoetst kan worden of de zorg verbeterd kan worden. Ook behoort een verpleegkundige en/of arts altijd bereikbaar te zijn voor de deskundigheid binnen de instelling (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014-b). Uit een onderzoek van Davies en Goodman Crippac (2008) blijkt dat bij cliënten met complexe gezondheidsproblemen het nodig is dat één zorgverlener de zorg coördineert en dat dit het beste gedaan kan worden door een verpleegkundige.

Uit een onderzoek van Maurits, Veer & Francke (2015) blijkt dat door de toenemende complexiteit van zorg vaker een beroep wordt gedaan op de communicatie tussen zorgverleners en cliënten en hun naasten, waarbij gelijkwaardige en respectvolle communicatie van belang is. Het merendeel van de zorgverleners is overtuigd dat zij deze vaardigheid bezitten (Maurits et al., 2015). In de communicatie heeft de zorgverlener de vaardigheid luisteren nodig, zodat de wensen en behoeften van de cliënten en hun naasten duidelijk worden (Linden, 2015) en de zorg daarop afgestemd kan worden (Hamers, 2011). Door te luisteren zet de zorgverlener de cliënt centraal en zal voorkomen worden dat de zorgverlener invult wat de cliënt wilt (Stavenuiter et al., 2015). Dit draagt bij aan de verhoging van de kwaliteit van de zorg in verzorgingshuizen (Proot, Zadelhoff & Widdershoven, 2010).

Zoals eerder omschreven is het bevorderen van zelfmanagement een vaardigheid die zorgverleners behoren te hebben (Ursum et al, 2011). Uit een peiling van verpleging & verzorging van Nivel blijkt echter dat 50% van de zorgverleners onvoldoende vaardigheden heeft op het gebied van zelfmanagement (In voor zorg, 2013). Om het zelfmanagement te bevorderen dienen zorgverleners gebruik te maken van gesprekstechnieken, zoals motiverende gespreksvoering. Daarnaast dienen de zorgverleners de regie te ondersteunen van de cliënt door samen met de cliënt vast te stellen wat hij zelf kan en wil doen en om de doelen van de cliënt helder te krijgen. Dit vereist goede communicatie. Daarnaast is het nodig dat zorgverleners nagaan welke belemmeringen de cliënt heeft in het zelfmanagement, waarbij de zorgverlener de cliënt hierin behoort te ondersteunen om deze te verminderen of weg te nemen (CBO, 2014). Bij het zelfmanagement dient te worden gekeken hoe het beste omgegaan kan worden met een ziekte of beperking, waarbij de mantelzorger betrokken dient te worden. Het is de taak van de zorgverlener om de mantelzorg bij het zelfmanagement te betrekken (Schuurmans et al., 2012). Uit onderzoek van Maurits, Veer en Francke (2015) blijkt eveneens dat het essentieel is dat zorgverleners in de verzorgingshuizen naasten betrekken in de zorg voor cliënten. Echter 32% van de zorgverleners voelt zich niet bekwaam in het betrekken van de naasten in het zorgproces (Maurits et al., 2015). Uit een rapport van de World Health Organization (2015) blijkt dat zorgverleners de kennis van naasten behoren te vergroten, zodat zij in staat zijn om aan de behoefte van een cliënt te voldoen. Het betrekken van de naasten zal bijdragen aan het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de cliënt (Hamers, 2011).

In verzorgingshuizen komen veel psychische en cognitieve stoornissen voor, waarbij zorgverleners onvoldoende vaardigheden blijken te hebben om zorg en begeleiding te geven aan cliënten met psychische en cognitieve stoornissen (Dekkers 2007; Dekkers, 2008). Om met de psychische en cognitieve stoornissen om te gaan is het noodzakelijk dat zorgverleners over de volgende vaardigheden beschikken, namelijk; observeren, signaleren, rapporteren, voeren van zorg overleggen en het begeleiden van cliënten met stemmings- en gedragsproblemen (Dekkers, 2008).

Vanuit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat zorgverleners de volgende vaardigheden nodig hebben om goede zorg te blijven verlenen bij een toename van complexiteit van zorg en zorgzwaarte: samenwerken, waarbij in de samenwerking voldoende personeel aanwezig dient te zijn met verschillende niveaus, coördineren, communiceren, luisteren, observeren, signaleren, rapporteren, voeren van zorg overleggen en het begeleiden van cliënten.

3.6 Conclusie

Ter beantwoording van de deelvraag: 'Wat zegt de literatuur over wat zorgverleners nodig hebben aan kennis, houding en vaardigheden om aan cliënten in het verzorgingshuis (VV 4, VV 5 en/of VV 6) met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen?' kan geconcludeerd worden dat wereldwijd de toenemende complexiteit van zorg aan de orde is. In Nederland blijkt dit uit het toenemen van de zorgzwaarte per cliënt en de toegenomen diversiteit aan cliëntenproblematiek op de afdeling. Dit heeft tot gevolg dat zorgverleners meer werkdruk en een tekort aan kennis en vaardigheden ervaren. Om goede zorg te blijven verlenen aan deze cliënten heeft de beroepsgroep de beroepsprofielen voor hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen en verzorgenden aangepast op deze internationale ontwikkeling. Uit literatuur blijkt dat zorgverleners diverse aspecten op het gebied van kennis, houding en vaardigheden nodig hebben om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten in het verzorgingshuis met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Zorgverleners hebben kennis nodig over de actuele ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied, over ziektebeelden en de gevolgen, over de expertise van verschillende niveaus van zorgverleners en disciplines en over het gebruik van technologie. Door middel van scholing kan deze kennis worden vergroot. Zorgverleners hebben een coachende houding nodig tegenover cliënten en overige zorgverleners. Binnen een team dienen zorgverleners elkaar te ondersteunen. Daarnaast is bewustwording van hun houding een belangrijk aspect. Als laatste hebben zorgverleners de volgende vaardigheden nodig: samenwerken, coördineren, communiceren, luisteren, observeren, signaleren, rapporteren, voeren van zorg overleggen en het begeleiden van cliënten.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste en de meest opmerkelijke resultaten weergegeven welke verkregen zijn middels het afnemen van interviews, namelijk waar de zorgverleners van X aan merken dat de zorg complexer is geworden en de zorgzwaarte is toegenomen. Daarna worden de resultaten weergegeven gericht op welke kennis, houding en vaardigheden de zorgverleners van X nodig hebben om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen.

4.1 Goede zorg

De respondenten hebben aangegeven hoe zij denken over goede zorg en wat dit volgens hen inhoudt. Bijna alle zorgverleners hebben aangegeven dat de zorg die zij leveren goed is als de cliënt tevreden is. Zij vinden het fijn als de cliënt aangeeft tevreden te zijn met de zorg die zij hebben verleend. Daarnaast is naar voren gekomen dat de wens en behoefte van de cliënt centraal behoort te staan tijdens het verlenen van de zorg.

‘Ik vind het altijd belangrijk dat de bewoner tevreden is over de zorg’ (interview 8/5).

‘Ik doe het zoals de zorgvrager dat graag wilt’ (interview 7/9).

4.2 Complexiteit van zorg en zorgzwaarte

Tijdens de interviews is achterhaald of de zorgverleners een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte ervaren, waar zij dat aan merken en waarin zij moeite ervaren. Hieruit is gebleken dat alle respondenten direct of indirect een toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte ervaren.

Direct: ‘In vergelijking met toen ik hier kwam werken 6 jaar geleden. Had je gewoon heel mensen die je alleen langsliep, bijvoorbeeld voor steunkousen aantrekken. He dan was je zo mee klaar. Die zitten nu bijna niet meer tussen. Het zijn echt mensen waar je een half uur of een uur mee bezig bent. Het is effe heel complex’ (interview 8/25-29).

Indirect: ‘Dat je toch meer steeds meer in minder tijd moet doen’ (interview 1/13).

Een aantal zorgverleners heeft benoemd dat deze toename in complexiteit van zorg en zorgzwaarte is veroorzaakt door het feit dat ZZP 1, ZZP 2 en ZZP 3 niet meer in het verzorgingshuis opgenomen mogen worden sinds een aantal jaar. Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat een verschuiving plaatsvindt naar voornamelijk cliënten met een ZZP 4, ZZP 5 en ZZP 6. Eén van deze zorgverleners heeft verteld dat de cliënten met lagere zorgzwaartepakketten (ZZP 1 t/m 3) langzaam weg gaan en dat cliënten met hogere zorgzwaartepakketten (ZZP 4 t/m 6) worden opgenomen in het verzorgingshuis. Ondanks dat deze verandering een aantal jaar geleden heeft plaatsgevonden, wordt het begin van de toename in complexiteit van zorg en zorgzwaarte door zorgverleners vanaf verschillende momenten ervaren. Dit moment varieert tussen zes jaar geleden tot en met de laatste paar maanden.

Drie zorgverleners hebben aangegeven dat de zorg die geleverd wordt in het verzorgingshuis vergelijkbaar is met de zorg die cliënten ontvangen in een verpleeghuis.

‘Nou je merkt eigenlijk hier binnen in het huis zijn we officieel een verzorgingshuis maar qua zorgzwaarte heb je echt wel de zorg van een verpleeghuis’ (interview 10/10-13).

De toegenomen zorgzwaarte is onder andere zichtbaar in de zwaardere lichamelijke zorg en het aanwezig zijn van psychische problemen naast de lichamelijke problemen. Twee zorgverleners

hebben benoemd dat cliënten die opgenomen worden in het verzorgingshuis van X hulpbehoevend of kwetsbaar zijn. Meerdere zorgverleners hebben aangegeven dat meer cliënten met dementie aanwezig zijn. Als gevolg van deze aspecten zijn meer verschillende disciplines betrokken bij de cliënt en worden cliënten vaker besproken in een multidisciplinair overleg. Een zorgverlener heeft een actueel voorbeeld aangegeven waarin naar voren is gekomen hoe complex een situatie kan zijn:

‘De achterliggende oorzaak, die komt nu boven. Maar nu ben ik twee jaar verder. Dus, daar kan je wel zien, dat het zo complex is, dat je twee jaar later pas een oorzaak hebt van wat er al die tijd aan de hand is geweest’ (interview 5/25-27).

De toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte blijkt eveneens uit het feit dat zorgverleners samen naar bepaalde cliënten gaan om de zorg te verlenen. Eerder kon dit nog door één zorgverlener gedaan worden. Twee zorgverleners ervaren de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte als een uitdaging.

‘Ik vind het juist super leuk. Ik vind het echt een uitdaging’ (interview 8/24-25).

Ondanks dat zij het een uitdaging vinden zijn binnen het verlenen van zorg ook aspecten waar zij, net als de andere zorgverleners, moeite in ervaren. Veel zorgverleners hebben aangegeven het gebrek aan tijd lastig te vinden om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten, waaronder de cliënten met complexe zorgvragen. De zorgverleners ervaren dit tijdsgebrek op verschillende momenten. De één ervaart de hele dag een gebrek aan tijd, terwijl de ander dit alleen tijdens de piekmomenten ’s morgens en/of ’s avonds ervaart. Door gebrek aan tijd kunnen zorgverleners weinig aandacht aan de cliënten geven. Uit meerdere interviews is gebleken dat verschillende factoren bijdragen aan het ontstaan van dit tijdsgebrek, namelijk het langer bezig zijn met de zorg per cliënt door de complexere en zwaardere zorg, meer cliënten per zorgverlener, één tot twee weken wachten op een wijziging in het zorgzwaartepakket van een cliënt met als gevolg dat de cliënt minder tijd geïndiceerd krijgt dan nodig is en te weinig personeel als gevolg van bezuinigingen in combinatie met de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Te weinig personeel wordt niet door elke zorgverlener ervaren. Sommige zorgverleners hebben aangegeven dat de bezetting op dit moment voldoende is. Anderen hebben aangegeven dat zij veel druk ervaren, maar dat de mogelijkheid niet aanwezig is om extra personeel in te zetten. Een aantal zorgverleners ervaart stress tijdens het werk door deze tijdsdruk met als gevolg dat zij wel eens wat over het hoofd zien of vergeten. Om goede zorg te blijven verlenen doen veel collega’s dingen in hun eigen tijd, zodat zij een dienst rustiger en met een goed gevoel af kunnen sluiten.

Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat zij moeiten ervaren in het coördineren van de totale zorg en het grip houden op complexe situaties. Meerdere zorgverleners hebben aangegeven het signaleren van problemen lastiger te vinden, omdat zij op veel dingen tegelijk moeten letten bij een cliënt. Enkele zorgverleners ervaren af en toe moeite in de communicatie met collega’s en andere disciplines. Zij hebben aangegeven dat terugkoppeling wel eens wordt vergeten. Echter de meeste zorgverleners ervaren geen moeite in de communicatie en samenwerking met collega’s en andere disciplines. Meerdere keren is naar voren gekomen dat zorgverleners het pittig vinden om veel verantwoordelijk te moeten dragen. Een zorgverlener heeft over de verantwoordelijkheid verteld tijdens een nachtdienst:

‘Je bent hier het hele huis plus de aanleunwoningen alleen. Dat is dus echt een hele verantwoording hoor’ (interview 7/440-441).

4.3 Complexiteit van zorg op lichamelijk gebied

De respondenten hebben vragen beantwoord over de toename van de complexiteit van zorg en zorgzwaarte op het lichamelijke gebied en de moeiten die zij hierin tijdens de zorgverlening ervaren. Een groot gedeelte van de zorgverleners heeft aangegeven dat de lichamelijke zorg die zij moeten verlenen een grotere rol is gaan spelen sinds een aantal jaar.

‘Gewoon zwaardere zorg. Ik denk vooral lichamelijk’ (interview 8/17).

Deze toename komt volgens enkele zorgverleners door het vaker voorkomen van lichamelijke problemen, zoals: gewichtsverlies, verslikken, uitdroging en wonden.

‘Wonden vind ik wel een ja eigenlijk een functie wat meer terug komt’ (interview 5/133-134).

Daarentegen hebben sommige zorgverleners aangegeven dat zij geen toename van lichamelijke problemen ervaren. Echter merken zij dat de cliënten op dit moment meer risicofactoren hebben op lichamelijk gebied in vergelijking met een aantal jaar geleden. Andere zorgverleners hebben aangegeven de grotere rol van de lichamelijke zorg te merken, doordat zij meer gebruik maken van hulpmiddelen en meer verpleegtechnische handelingen moeten uitvoeren. Eveneens hebben twee zorgverleners aangegeven dat zij merken dat cliënten steeds minder goed lichamelijke problemen kunnen aangeven.

‘Dan zie ik dat meer in wonden en pijn dat ze dat gewoon soms niet meer helemaal goed aan kunnen geven.’ (interview 8/141-142).

Overigens heeft de helft van de zorgverleners aangegeven geen moeite te ervaren met het verlenen van deze lichamelijke zorg. Enkele van deze zorgverleners hebben aangegeven dat zij geen moeite ervaren hierin, doordat zij de zorg met z’n tweeën verlenen indien nodig.

‘Ik vind het zelf nu goed gaan omdat je mensen met z’n tweeën gaat helpen’ (interview 6/55-56).

Twee zorgverleners hebben aangegeven dat zij geen moeite ervaren op dit gebied, aangezien zij enkel signaleren en dit vervolgens doorgeven aan collega’s. De andere helft van de zorgverleners heeft zich niet geuit over eventuele moeiten op dit gebied.

4.4 Complexiteit van zorg op psychisch gebied

Tijdens de interviews zijn vragen aan de respondenten gesteld over de toename van de complexiteit van zorg en zorgzwaarte op het psychische gebied en de moeiten die zij hierin tijdens de zorgverlening ervaren. Volgens vrijwel alle zorgverleners zijn de psychische problemen, en daarmee de psychische zorg, toegenomen. Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat cliënten met psychische problemen langer bij hen verblijven dan voorheen. Volgens de zorgverleners zijn de volgende psychische problemen toegenomen: geheugenstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, zingevingproblemen en agressie.

‘Er is meer, meer agressie en niet. Dat bedoel ik niet gelijk negatief. Want dat is ook vaak doordat mensen het grip op het leven kwijt raken’ (interview 5/193-195).

Vrijwel alle zorgverleners ervaren moeite in het verlenen van psychische zorg. Zij ervaren moeite in de omgang met cliënten welke claimend gedrag vertonen, onrustig, angstig en/of paniekerig zijn. Enkele zorgverleners hebben specifiek aangegeven moeite te ervaren met tegenwerkend gedrag van cliënten, de benadering naar cliënten toe en/of in het stimuleren van cliënten met psychische

problemen. Dezelfde zorgverleners hebben aangegeven dat het begeleiden van deze cliënten lastig is, doordat er weinig tijd is voor de cliënt. Zij vinden het hierdoor lastig om begripvol en rustig te blijven en de tijd te nemen voor problemen, zoals rouw of claimend gedrag.

‘Het is ook gewoon zo iemand die zoals claimend gedrag, daar heb je gewoon geen tijd voor.’
(interview 3/76-77).

Twee andere zorgverleners hebben aangegeven dat zij het onderling als collega's lastig vinden om één lijn te trekken tegenover de cliënten met psychische problemen, terwijl dit vooral bij deze cliënten belangrijk is.

4.5 Complexiteit van zorg op sociaal gebied

De respondenten hebben vragen beantwoord over de toename van de complexiteit van zorg en zorgzwaarte op het sociale gebied en de moeiten die zij hierin tijdens de zorgverlening ervaren. Een groot gedeelte van de zorgverleners heeft aangegeven dat de rol van mantelzorgers steeds groter is geworden. Zij krijgen steeds vaker te maken met een tekort aan mantelzorgers en met overbelaste mantelzorgers.

‘Ja dat merk je zeker. Meer wordt ook ja. En familie geeft soms ook heel duidelijk aan van joh ik kan ook gewoon echt niet meer’ (interview 8/261-263).

Zorgverleners hebben aangegeven mantelzorgers soms te moeten stimuleren. De helft van de zorgverleners heeft aangegeven dat zij soms moeite ervaren in het stimuleren van de mantelzorgers.

‘Dat is wel lastig om die wel zover te krijgen om toch mee te helpen’ (interview 2/207).

Naast het stimuleren van de mantelzorgers hebben verschillende zorgverleners aangegeven dat zij ook moeite ervaren in het stimuleren van de cliënt zelf.

‘Ja om te stimuleren maar we hebben echt al van alles geprobeerd. We krijgen het niet voor elkaar’ (interview 11/219 en 221).

Sommige cliënten willen niet naar de groep voor dagbesteding of naar een activiteit, terwijl dat eenzaamheid bij de cliënten vermindert. Eenzaamheid wordt regelmatig waargenomen bij de cliënten. Slechts een enkele zorgverlener vindt dit probleem toegenomen sinds de toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Naast het verminderen van de eenzaamheid ontlast de groep voor dagbesteding de zorgverleners, aldus diverse zorgverleners.

4.6 Complexiteit van zorg op functioneel gebied

Tijdens de interviews zijn vragen aan de respondenten gesteld over de toename van de complexiteit van zorg en zorgzwaarte op het functionele gebied en de moeiten die zij hierin tijdens de zorgverlening ervaren. De helft van de zorgverleners heeft aangegeven dat het vallen meer is geworden wat, volgens de zorgverleners, eveneens blijkt uit een verhoogd aantal Meldingen Incidenten Cliënten (MIC meldingen) van valincidenten. De zorgverleners wijten deze verhoging aan het niet continue toezicht kunnen bieden op de cliënten door te weinig tijd en drukte met de zorgverlening op de afdeling.

‘Ja het vallen, dat gebeurt nu ook vaker’ (interview 3/99-100).

‘Wij kunnen er niet bij gaan zitten’ (interview 3/102).

Om het aantal valincidenten te beperken gaan de cliënten overdag naar een groep voor dagbesteding, echter helpt dit onvoldoende. Twee zorgverleners hebben aangegeven dat zij valincidenten willen voorkomen. Zij weten alleen niet hoe zij dit moeten aanpakken. De meerderheid van de zorgverleners merkt dat een verstoorde mobiliteit vaker voorkomt en ervaart dit als moeite. Enkele zorgverleners hebben aangegeven dat meer hulpmiddelen gebruikt moeten worden bij de verstoorde mobiliteit en het vallen.

‘En die verstoorde mobiliteit vind ik ook best een moeilijk punt. Wat ook veel gevaar oplevert. Vallen. En daardoor ook meer hulpmiddelen nodig zijn. Die niet altijd beschikbaar zijn of dat je samen moet doen met hulpmiddelen wat weer veel tijd kost’ (interview 2/302-304).

De helft van de zorgverleners ervaart moeite met de slaap- waakproblemen. Het is niet bekend of dit een gevolg is van de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte.

Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat de zelfredzaamheid bij de cliënten afneemt. Enkele zorgverleners hebben aangegeven dat zij het stimuleren van de zelfredzaamheid en/of het zelfmanagement lastig vinden.

4.7 Benodigde kennis

De respondenten hebben aangegeven welke kennis zij nodig achten om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte en hoe zij denken deze kennis te verkrijgen. De meerderheid van de zorgverleners heeft aangegeven behoefte te hebben aan kennis over ziektebeelden, zowel op het lichamelijke als op het psychische gebied. De zorgverleners gaven verschillende onderwerpen aan, zoals angst en paniek, slaap- waakproblemen, Diabetes Mellitus en de ziekte van Parkinson. Daarnaast hebben meerdere zorgverleners aangegeven behoefte te hebben aan kennis over de omgang met problemen, namelijk de omgang met het zelfmanagement, claimend gedrag, tegenwerkende cliënten en de omgang en communicatie met mantelzorgers en vrijwilligers.

I: *‘Op welk gebied zou je denken van daar zou ik nog wat over willen weten?’* R: *‘Nou ik denk vooral op het psychische gebied, zoals claimend gedrag of agitatie of dat zou ik dan nog het meest willen ja’* (interview 8/397-399).

Volgens een paar zorgverleners is kennis eveneens nodig over ontwikkelingen in de zorg, zoals over de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Meerdere zorgverleners hebben benoemd dat kennis op alle gebieden noodzakelijk is.

Volgens de helft van de zorgverleners kunnen zij de benodigde kennis verkrijgen door ervaring op te doen in de zorg. De meerderheid van de zorgverleners wil de kennis vergroten door scholingen te volgen. Enkele zorgverleners hebben aangegeven dat helpenden meer mogelijkheden moeten krijgen om scholingen te volgen. Een paar zorgverleners hebben aangegeven een losse cursus of een e-learning te willen. Onder meerdere zorgverleners is behoefte aan intervisie om samen situaties te bespreken en de kennis te vergroten.

‘Ook meer met mekaar overleggen met collega’s van hoe doe jij dat. Intervisie heb je dan. Bepaalde situaties bespreken. En dan krijg je soms tips van mekaar. Die doet het zo dat ga ik ook eens proberen’ (interview 2/330-332).

Daarnaast is het volgens een paar zorgverleners nodig dat bij kennistekort uitleg gevraagd wordt aan collega’s en dat een zorgverlener kritisch kijkt naar zijn eigen kennis en dit door zelfstudie vergroot.

4.8 Benodigde houding

De respondenten hebben aangegeven welke houding zij belangrijk vinden bij het verlenen van goede zorg aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. De meerderheid van de zorgverleners heeft aangegeven dat een rustige houding naar de cliënt noodzakelijk is. Twee zorgverleners hebben hierbij gemeld dat dit specifiek nodig is bij cliënten met psychische problemen. Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat het belangrijk is om het gebrek aan tijd en drukte zo min mogelijk aan de cliënt te laten merken.

‘Ja als je bij de bewoner zelf bent dan houd je gewoon eigenlijk alsof je alle tijd van de wereld hebt’ (interview 3/140-141).

Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat het belangrijk is om een positieve en vrolijke houding uit te stralen naar cliënten, aangezien de cliënt hier vaak positief op reageert. Een geduldige houding naar de cliënt is volgens vier zorgverleners van belang, vooral gericht op zelfmanagement en bij onrust. De zorgverlener dient aandacht te besteden aan de cliënt met een liefdevolle houding, waarbij de zorgverlener openstaat voor de cliënt en zich inleeft door onder andere empathie te tonen. Een zorgverlener moet zich verantwoordelijk voelen voor de cliënt. Meerdere zorgverleners hebben eveneens aangegeven dat een luisterend oor nodig is naar de cliënt. Volgens een paar zorgverleners dient een zorgverlener zich begripvol en eerlijk op te stellen naar een mantelzorger, waarbij beloftes worden nagekomen.

Volgens vrijwel alle zorgverleners is het nodig dat binnen een team een open, behulpzame en eerlijke houding is, waarbij eerlijkheid moet zijn over de moeite die een zorgverlener ervaart om te voorkomen dat een zorgverlener vastloopt in de moeite.

‘Ik denk zelf dat je, dat, betrouwbaarheid en eerlijkheid heel belangrijk is om goede kwaliteit van zorg te bieden’ (interview 5/88-89).

Een onderwerp waar volgens twee zorgverleners nog meer openheid over mag komen binnen het team is het onderwerp seksualiteit. Volgens een aantal zorgverleners is het nodig dat een zorgverlener kritisch kijkt naar zichzelf en naar zijn collega's. Meerdere zorgverleners hebben aangegeven dat een zorgverlener een open houding moet hebben bij een vraag van een collega en in het volgen van ontwikkelingen in de zorg.

4.9 Benodigde vaardigheden

De respondenten hebben aangegeven welke vaardigheden zij nodig hebben om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat samenwerking met collega's, disciplines en mantelzorgers belangrijk is om goede zorg te blijven verlenen, zodat men elkaar kan aanvullen. Hierin is duidelijke communicatie nodig, ook naar cliënten toe.

Verschillende zorgverleners hebben aangegeven het belangrijk te vinden in de samenwerking met collega's om elkaar feedback te geven. De meerderheid van de zorgverleners heeft aangegeven dat bij een ervaren moeite het nodig is om dit te uiten naar collega's en met elkaar te overleggen, waarbij creatief denken nodig is. Hierbij heeft een aantal zorgverleners aangegeven dat goede afspraken gemaakt dienen te worden, zodat men op één lijn zit. Het is vereist dat deze gemaakte afspraken gecommuniceerd worden naar collega's en naar de cliënt.

Verpleegtechnische vaardigheden komen vaker voor, waarbij het nodig is dat iedereen hiervoor geschoold is.

‘Ik merk wel vooral dat er steeds nieuwe dingen, zoals nu hebben we een mevrouw met sondevoeding, dat is voor ons eigenlijk de eerste keer. Dat je ook daar ook goed geschoold daarin bent he’ (interview 8/433-435).

Daarnaast is het nodig dat de juiste hulpmiddelen gebruikt worden in de complexere en zwaardere zorg, waarbij het helpend is als collega's elkaar hierop wijzen. Verschillende zorgverleners hebben aangegeven dat de ergocoach vaker ingezet mag worden om tips te krijgen voor een ergonomische houding tijdens de zwaardere zorg.

4.10 Bezetting

De respondenten hebben aangegeven hoe zij de bezetting binnen het verzorgingshuis vinden bij de complexere en zwaardere zorg. Een groot gedeelte van de zorgverleners heeft aangegeven behoefte te hebben aan meer personeel tijdens elke dienst in verband met drukte op de afdeling. Twee zorgverleners hebben aangegeven dat voldoende geschoold personeel nodig is om complexere zorg te kunnen bieden. Een aantal zorgverleners heeft aangegeven dat het nodig is dat meer verzorgenden dan helpenden worden ingezet.

‘Dus ik zou liever wel meer verzorgenden hebben als helpenden. Die kunnen ook artsen te woord staan en medicatie delen. Daar zouden wij wel door ontlast worden ja’ (interview 2/422-423).

Als reden is gegeven dat helpenden terug moeten vallen op een verzorgende of verpleegkundige, omdat de kennis en vaardigheden van een helpende niet voldoende toereikend zijn om cliënten zelfstandig zorg te verlenen. Meer verzorgenden dan helpenden werkt efficiënter waardoor de werkdruk zal worden verlaagd, aldus een aantal zorgverleners. Bijna alle zorgverleners hebben aangegeven dat meer vrijwilligers en mantelzorgers nodig zijn om de tijdsdruk van de zorgverleners te verminderen, doordat zij taken kunnen overnemen. De zorgverleners moeten hen stimuleren waarbij persoonlijk contact, voorlichting bij opname, overleggen, meedenken en ideeën geven belangrijke punten zijn. Enkele zorgverleners hebben aangegeven dat een stagiaire duidelijk verlichting geeft, doordat zij mee kunnen helpen in de uitvoering van taken.

4.11 Conclusie

Zorgverleners binnen X ervaren een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. De zorgverleners merken dit aan de lichamelijke, zwaardere zorg voor de cliënten, het vaker voorkomen van psychische problemen naast lichamelijke problemen en een toename van het aantal cliënten met dementie. Bovendien is sprake van een verhoogd aantal valincidenten binnen het verzorgingshuis. Eveneens zijn de mantelzorgers een grotere rol in gaan nemen in de zorg voor de cliënten. Als gevolg van deze aspecten zijn meer verschillende disciplines betrokken bij de zorg rondom de cliënt. Deze aspecten veroorzaken een aantal moeite bij het verlenen van goede zorg. Zorgverleners ervaren moeite in de omgang met verstoorde mobiliteit, het signaleren van problemen bij cliënten en het stimuleren van cliënten en mantelzorgers. Daarnaast ervaren zorgverleners moeite in het verlenen van psychische zorg. Het gebrek aan tijd om de juiste zorg te verlenen speelt bij deze moeite eveneens een grote rol.

Uit de resultaten blijkt dat de zorgverleners kennis nodig hebben over ziektebeelden, zoals kennis over psychische problemen en de omgang hiermee. Daarnaast is kennis nodig over de ontwikkelingen in de zorg en de omgang met mantelzorgers. Zorgverleners hebben een rustige, positieve, geduldige en liefdevolle houding nodig tegenover de cliënten met daarbij een luisterend oor. Daarnaast behoort de zorgverlener begripvol en eerlijk te zijn tegenover de mantelzorgers. Binnen een team is een open, eerlijke en behulpzame houding nodig. Ook dient een zorgverlener kritisch naar zichzelf te kijken. Verder hebben zorgverleners vaardigheden nodig, zoals het om

kunnen gaan met hulpmiddelen en het vaker uitvoeren van complexere verpleegtechnische vaardigheden. Tevens hebben zij de vaardigheden samenwerken, communiceren en feedback geven nodig. Zij hebben daarnaast behoefte aan het vaker inschakelen van een ergocoach. Het is nodig dat voldoende geschoold personeel aanwezig is op de afdelingen binnen het verzorgingshuis. De zorgverleners waren van mening dat meer verzorgenden dan helpenden moeten worden ingezet. Tot slot zijn meer vrijwilligers en mantelzorgers nodig om goede zorg te blijven verlenen.

Hoofdstuk 5 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt vanuit de resultaten van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek een antwoord gegeven op de volgende hoofdvraag: ‘Welke kennis, houding en vaardigheden hebben zorgverleners, werkzaam in het verzorgingshuis van woonzorgcentrum X, nodig om aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte (VV 4, VV 5 en/of VV 6) goede zorg te blijven verlenen?’

Wanneer de cliënten tevreden zijn over de verleende zorg en de zorg aansluit op de wensen en behoeften van de cliënten, wordt volgens de zorgverleners goede zorg verleend. Het aansluiten op de wensen en behoeften wordt bevestigd in de literatuurstudie (Walma, 2011).

Landelijk wordt de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen als steeds complexer en zwaarder ervaren (Veer et al., 2007). Dit wordt herkend door de zorgverleners van woonzorgcentrum X. Door het praktijkonderzoek en de literatuurstudie is achterhaald waar de zorgverleners aan merken dat de complexiteit van zorg en zorgzwaarte is toegenomen. Daarnaast is inzicht verkregen in de moeiten die zorgverleners hierbij ervaren, waardoor de ‘(5xW +H-formule)’ ingevuld kon worden. De zorgverleners van woonzorgcentrum X van niveau 1 tot en met 4 ervaren moeiten bij de verlening van zorg aan cliënten in het verzorgingshuis gedurende de dag, doordat de zorg complexer en zwaarder is geworden. De zorgverleners hebben aangegeven dat deze moeiten zijn ontstaan door een toename van VV 4, VV 5 en VV 6. Eveneens blijven cliënten langer in het verzorgingshuis dan voorheen, wat ook een oorzaak kan zijn van de moeiten. Deze moeiten komen eveneens voor in andere verpleeg- en verzorgingshuizen (Veer et al., 2007). De zorgverleners van woonzorgcentrum X merken de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte aan de lichamelijke, zwaardere zorg voor de cliënten, een verhoogd aantal valincidenten, een toenemende diversiteit aan betrokken disciplines en de grotere rol van de mantelzorgers in de zorgverlening. In de literatuurstudie komt naar voren dat de zorg complexer wordt en de zorgzwaarte toeneemt door een combinatie van psychische en lichamelijke problemen (Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, 2015). Dit wordt herkend binnen woonzorgcentrum X, waarbij het opvallend is dat vrijwel alle zorgverleners moeiten ervaren in het verlenen van psychische zorg. Dit kan worden verklaard doordat voorheen cliënten met psychische problemen eerder naar een andere afdeling of instelling gingen, waardoor zorgverleners weinig ervaring hebben met deze doelgroep. Zorgverleners ervaren moeiten in het stimuleren van cliënten en mantelzorgers en in de omgang met verstoorde mobiliteit. Veel zorgverleners ervaren een gebrek aan tijd, door de toegenomen werkdruk ten gevolge van de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Uit de literatuur blijkt dat de werkdruk wordt verhoogd door een toename van protocollaire en complexere handelingen (Veer et al., 2007). Door bovenstaande moeiten kan niet volledig voldaan worden aan de wensen en behoeften van de cliënt, waardoor de verlening van goede zorg onder druk kan komen te staan.

Om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte blijkt uit literatuurstudie en praktijkonderzoek dat zorgverleners kennis nodig hebben over ziektebeelden (Stavenuiter et al., 2015) en de gevolgen hiervan (Hamers, 2011). In de literatuurstudie komt naar voren dat ook kennis vereist is over de patiëntproblemen uit de kernset (Schuurmans et al., 2012). Vanuit het praktijkonderzoek blijkt dat kennis essentieel is over psychische problemen en de omgang hiermee. In zowel de literatuurstudie als het praktijkonderzoek komt naar voren dat kennis nodig is over de ontwikkelingen in de zorg (Maurits et al., 2015). Uit de literatuurstudie wordt duidelijk dat kennis vereist is over het gebruik van technologie (Wijck & Straalen, 2015) en over de expertise van de verschillende niveaus van zorgverleners en disciplines (Stavenuiter et al., 2015). Integendeel met het praktijkonderzoek waaruit resulteert dat kennis niet nodig is over de expertise van de verschillende niveaus van zorgverleners en disciplines. De kennis kan volgens literatuurstudie en praktijkonderzoek verkregen worden via scholing (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014-a; Maurits et al., 2015) en intercollegiale intervisie (Zorginstituut Nederland,

z.d. -b). Kennis kan eveneens verkregen worden via cursussen, e-learnings en/of zelfstudie volgens praktijkonderzoek. Uit de interviews kan worden geconcludeerd dat de zorgverleners een rustige, positieve, geduldige en liefdevolle houding nodig hebben tegenover de cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte met daarbij een luisterend oor om goede zorg te blijven verlenen. Dit is overeenkomstig met de literatuur waaruit blijkt dat een respectvolle houding belangrijk is, waarbij vertrouwen essentieel is om zich in te kunnen leven in de cliënt (CBO, 2014; Zorginstituut Nederland, 2015). Het is belangrijk dat zorgverleners het belang inzien van het betrekken en stimuleren van mantelzorgers volgens het praktijkonderzoek, waarbij het nodig is dat een zorgverlener begripvol en eerlijk is. Binnen een team is een open, eerlijke en behulpzame houding noodzakelijk, waarbij collega's worden gerespecteerd. Zoals in de literatuur omschreven staat komt deze houding overeen met een coachende houding (Maurits et al., 2015; Wijck & Straalen, 2015) en het ondersteunen van collega's (World Health Organization, 2015). Daarnaast blijkt uit het praktijkonderzoek dat het vereist is dat een zorgverlener kritisch naar zichzelf kan kijken.

Uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek wordt duidelijk dat samenwerken en communiceren belangrijk zijn. Daarnaast blijkt uit praktijkonderzoek dat feedback geven en het vaker inschakelen van een ergocoach noodzakelijk is om goede zorg te kunnen blijven verlenen aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. In de literatuurstudie komt naar voren dat het vereist is dat zorgverleners coördineren, observeren, signaleren, cliënten begeleiden en zorgoverleggen voeren (Davies & Goodman Crippac, 2008; Dekkers, 2008). Eveneens blijkt dat het belangrijk is dat zorgverleners de mantelzorgers betrekken, waarbij de zorgverleners de kennis van naasten dienen te vergroten (Maurits, et al., 2015; World Health Organization, 2015).

In de literatuur komt naar voren dat de inzet van het personeel bij de helft van de zorginstellingen niet aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014-b). Binnen woonzorgcentrum X wordt dit beaamd door alle zorgverleners. Om goede zorg te kunnen blijven verlenen is het vereist dat voldoende geschoold personeel aanwezig is tijdens elke dienst. Zorgverleners hebben aangegeven dat meer verzorgenden dan helpenden ingezet dienen te worden. Volgens de zorgverleners hebben helpenden onvoldoende kennis en vaardigheden om te voldoen aan de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Uit het praktijkonderzoek blijkt eveneens dat meer vrijwilligers en mantelzorgers essentieel zijn om goede zorg te blijven verlenen.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat zorgverleners meer kennis en vaardigheden nodig hebben om aan de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte te voldoen, zoals kennis over ziektebeelden, de omgang hiermee en het betrekken van de mantelzorgers. Zorgverleners hebben een geduldige en rustige houding nodig. Daarnaast is voldoende geschoold personeel nodig om goede zorg te blijven verlenen. Naar aanleiding van bovenstaande conclusies zijn aanbevelingen opgesteld, zodat goede zorg verleend kan blijven worden bij de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte, welke in het volgende hoofdstuk omschreven zullen worden.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusies uit dit onderzoek zijn aanbevelingen opgesteld voor woonzorgcentrum X, welke in dit hoofdstuk omschreven staan.

6.1 Intervisie

De kennis van zorgverleners van woonzorgcentrum X vergroten, om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgwaarte, door één keer in de vier weken een intervisiebijeenkomst te houden in groepen van zes tot acht personen waarbij het vijfstappenmodel een hulpmiddel kan zijn.

Uit de literatuurstudie blijkt dat de zorgverlening onder druk kan komen te staan door een gebrek aan kennis bij zorgverleners, waarbij het nodig is dat de kennis wordt vergroot om goede zorg te kunnen blijven verlenen (Hamers, 2011). Uit dit onderzoek blijkt dat zorgverleners van woonzorgcentrum X over bepaalde onderwerpen meer kennis nodig hebben om goede zorg te blijven verlenen, zoals over de omgang met cliënten met psychische problemen en het stimuleren van de mantelzorgers. Om de kennis van deze zorgverleners te vergroten, kan gebruik gemaakt worden van intervisie. Op deze manier kunnen zorgverleners met elkaar situaties analyseren en kan een zorgverlener meer inzicht verkrijgen in zijn/haar functioneren. Indien nodig kan dit tot gedragsverandering leiden wat bij zal dragen aan de verlening van goede zorg (Halem & Wijngaarden, 2004). Om de kennis van de zorgverleners te vergroten dient daarom één keer in de vier weken een intervisiebijeenkomst te worden georganiseerd waarin een casus besproken wordt (Hendriksen, 2012). Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden tijdens een teamvergadering. Eén zorgverlener dient aangesteld te worden als verantwoordelijke voor het regelen van de intervisies. Om het meeste resultaat te behalen mogen de groepen uit maximaal zes tot acht personen bestaan waarin een verzorgende of een verpleegkundige wisselend de leiding neemt (Hendriksen, 2012). De casussen die besproken worden zijn afhankelijk van de behoefte van de zorgverleners. Persoonlijke casussen kunnen zij schriftelijk indienen op een afgesproken plek, bijvoorbeeld in een pot in de teampost. Eventueel kan een andere discipline uitgenodigd worden, waardoor kennis wordt verkregen van een ervaringsdeskundige. Een hulpmiddel hierbij kan de vijfstappenmethode zijn, welke breed toepasbaar is. Hierbij dient de leider samen met de groepsleden één casus uit te kiezen (Haan, 2006). Nadat de intervisiebijeenkomsten zijn ingevoerd is het nodig dat de voortgang wordt gemonitord. Dit is nodig om te achterhalen of de intervisiebijeenkomsten het verwachte resultaat hebben en of bijsturing nodig is om het gewenste resultaat te behalen (ZonMw, 2016). De voortgang kan gemonitord worden aan de hand van de 'kwaliteitscirkel van Deming' (Wit & Tolsma, 2009).

Kortom, als de intervisiebijeenkomsten zijn ingevoerd en worden behouden dan zal de kennis van de zorgverleners worden vergroot om blijvend goede zorg te verlenen.

6.2 Bezetting

Achterhalen of het huidige aantal zorgverleners en de opleidingsniveaus van de zorgverleners (bezetting) aansluiten bij de toenemende complexiteit van zorg en zorgwaarte om goede zorg te blijven verlenen.

Uit onderzoek van Hingstman, Langelaan en Wagner (2012) blijkt dat het aantal zorgverleners en het opleidingsniveau van de zorgverleners (bezetting) niet altijd aangepast is op de toenemende complexiteit van zorg en zorgwaarte. Om goede zorg te kunnen verlenen is het van belang dat

zorginstellingen de huidige bezetting evalueren aan de hand van de individuele zorgbehoefte van de cliënten. Afhankelijk van de uitkomsten dient de bezetting aangepast en ingezet te worden. Zo kan de kennis en deskundigheid van de zorgverleners maximaal benut worden, zodat een optimale kwaliteit van zorg verleend wordt (Hingstman et al., 2012). Uit het praktijkonderzoek blijkt dat helpenden onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om zorg te verlenen aan cliënten met een toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Daarom is het noodzakelijk dat meer verzorgenden en verpleegkundigen dan helpenden worden ingezet om goede zorg te blijven verlenen. Als achterhaald is of de huidige bezetting aansluit, kan de bezetting indien nodig worden aangepast. Op deze manier kan het doel worden bereikt, namelijk dat de inzet van de zorgverleners per dienst, aansluit bij de complexere en toenemende zorgzwaarte van de cliënten om goede zorg te blijven verlenen.

6.3 Omgang tijdsgebrek

Inzicht verkrijgen in hoe de zorgverleners efficiënt gebruik kunnen maken van de beschikbare tijd van de zorgverleners.

Uit de conclusie van dit onderzoek blijkt dat zorgverleners een gebrek aan tijd ervaren, waardoor zij het lastig vinden om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. Daarom is het belangrijk inzichtelijk te krijgen hoe zij zo efficiënt mogelijk kunnen werken. Een hulpmiddel, welke hierbij gebruikt kan worden, is de groepsopdracht 'Verhinderingen in tijd helder krijgen' (bijlage 7). Hierdoor kunnen de verhinderingen in tijd die zorgverleners ervaren in kaart worden gebracht. Uit deze groepsopdracht zal een plan van aanpak voortkomen wat voor de zorgverleners helpend kan zijn bij het efficiënter omgaan met de tijd. Samengevat betekent dit, dat inzicht verkregen dient te worden in hoe zorgverleners zo efficiënt mogelijk kunnen werken, zodat zij in de beschikbare tijd goede zorg kunnen blijven verlenen.

6.4 Mantelzorger

Vanaf de intake de mantelzorger(s) direct betrekken bij de zorg voor de cliënt met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte tijdens het verblijf in woonzorgcentrum X door bijvoorbeeld het gebruik van een ecogram.

Uit dit onderzoek blijkt dat de rol van de mantelzorger steeds groter wordt in de zorg aan cliënten met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte en dat zorgverleners moeite hebben met het stimuleren en betrekken van de mantelzorgers. Het is hierbij van belang om de mantelzorger(s) van de cliënt in een vroeg stadium te betrekken bij de zorg rondom de cliënt. Op deze manier worden zij tijdig gesproken om terughoudendheid van de mantelzorger(s) te voorkomen. Eveneens wordt voorkomen dat de mantelzorger pas in beeld komt wanneer hij/zij het (te) zwaar krijgt (Kruijswijk, Peters, Elferink, Scholten & Bruijn, 2013). De mantelzorger(s) in een vroeg stadium betrekken kan worden uitgevoerd door hen tijdens de intake te betrekken en in gesprek te gaan over mantelzorgtaken. In dit gesprek kan het zorgnetwerk van de cliënt in kaart worden gebracht, zodat duidelijkheid ontstaat over welke personen uit het zorgnetwerk de mogelijkheid hebben om te helpen en welke taken zij uit kunnen voeren. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een ecogram, bijvoorbeeld de 'tool: ecogram' van Vilans, welke gericht is op het gehele sociale netwerk van de cliënt (Scholten, 2013). Een ander voorbeeld van een ecogram staat in bijlage 8, welke afkomstig is uit de 'tool: mantelscan' van het Expertisecentrum Mantelzorg (2012). Dit ecogram richt zich specifiek op het sociale netwerk van de cliënt, waarbij gekeken wordt naar de mantelzorgtaken. De handreiking voor het invullen van dit ecogram vindt u in bijlage 9. Om duidelijk te krijgen hoe de

mantelzorgtaken verlopen kan een evaluatiegesprek met de mantelzorger(s) worden gepland na ongeveer twee maanden. Vervolgens kunnen de evaluatiegesprekken naar behoefte van mantelzorger en/of zorgverlener herhaald worden.

Het verwachte resultaat van deze aanbeveling is dat het sociale netwerk van de cliënt duidelijk in beeld is gebracht en dat de mantelzorgers direct betrokken zijn bij de zorg.

6.5 Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek is nodig onder de mantelzorgers van woonzorgcentrum X om te achterhalen wat nodig is om de mantelzorgers te betrekken in de zorgverlening aan de cliënt met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte.

Mantelzorgers dienen steeds vaker betrokken te worden bij de zorgverlening aan de cliënt met toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte om goede zorg te blijven verlenen. Hierdoor neemt de werkdruk af, wordt de eenzaamheid verlaagd en de kwaliteit van leven van een cliënt verhoogd. Uit dit onderzoek is gebleken dat zorgverleners het lastig vinden om mantelzorgers te stimuleren. Daarnaast is in dit onderzoek, vanuit het oogpunt van de zorgverleners, beschreven wat zij kunnen doen om de mantelzorgers te stimuleren en bij de zorg te betrekken. Echter is het onduidelijk of dit aansluit bij de behoefte van de mantelzorger. Daarom is vervolgonderzoek onder de mantelzorgers nodig om inzicht te verkrijgen in wat zij nodig hebben om betrokken te raken bij de zorg en waar de oorzaak ligt in de moeite die zorgverleners ervaren in het stimuleren van de mantelzorgers.

Hoofdstuk 7 Discussie

In dit hoofdstuk wordt omschreven in hoeverre het doel van dit onderzoek is bereikt en worden de methode en de resultaten geëvalueerd. Daarnaast wordt de bruikbaarheid van de aanbevelingen en de validiteit en betrouwbaarheid geëvalueerd.

7.1 Doel

Het doel van dit onderzoek was om in juni 2016 een onderzoeksrapport aan te leveren aan woonzorgcentrum X met een analyse van de moeiten die zorgverleners ervaren. Daarnaast zouden aanbevelingen aangeleverd worden gericht op wat zorgverleners nodig hebben om aan cliënten met een toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte goede zorg te blijven verlenen. Geconcludeerd kan worden dat het doel van dit onderzoek is bereikt. De moeiten die zorgverleners ervaren zijn geanalyseerd en beschreven. Daarnaast zijn aanbevelingen gegeven over wat zorgverleners nodig hebben om goede zorg te blijven verlenen.

7.2 Methode

Om inzicht te verkrijgen in de moeiten wilden de onderzoekers een observatieonderzoek doen bij de zorgverleners op de afdeling om naar aanleiding van deze gegevens helder te krijgen waar de moeiten zitten. Echter na overleg met de opdrachtgever is gebleken dat dit niet mogelijk was, aangezien de cliënten veel verschillende zorgverleners zagen in verband met recent aangenomen zorgverleners. Dit heeft onrust veroorzaakt bij de cliënten. In overleg met de opdrachtgever en begeleider van de CHE is uiteindelijk besloten het observatieonderzoek niet uit te voeren en de inhoud van de interviews uit te breiden om de probleemanalyse op deze wijze helder te krijgen. De verkregen informatie over de probleemanalyse zou echter anders kunnen zijn aangezien de informatie nu niet objectief geobserveerd is.

Voorafgaand aan de interviews is een topiclijst opgesteld. In eerste instantie is besloten om vier proefinterviews te houden. Echter is gebleken dat te weinig respons werd verkregen. De onderzoekers hebben daarom gekozen voor twee proefinterviews, waarvan één gericht op een zorgassistent en één gericht op een verzorgende. Volgens de onderzoekers kon namelijk de scheiding tussen het niveau van de helpende en de verzorgende gemaakt worden. Achteraf gezien is deze scheiding juist geweest, omdat zorgverleners van niveau 1 en 2 hetzelfde niveau van de gestelde vragen begrepen, wat eveneens zo was bij niveau 3 en 4. Na het afnemen van de proefinterviews hebben de onderzoekers de topiclijst geëvalueerd. De topiclijst bleek qua niveau en inhoud aan te sluiten. Echter is gebleken dat de topiclijst langer was dan de vooraf gestelde 45 minuten, waarna de zorgverleners een aantal vragen hebben samengevoegd om de informatie binnen de gewenste tijd te verkrijgen. Hierdoor is het mogelijk dat minder informatie is verkregen voor de uiteindelijke resultaten. Echter is tijdens het interview doorgevraagd op de onderwerpen waardoor de validiteit is verhoogd.

De onderzoekers hebben uiteindelijk alle zorgverleners benaderd om meer respons te verkrijgen, waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd is. Echter is het uiteindelijke doel van twaalf officiële interviews niet behaald. Zoals eerder is omschreven is de topiclijst na de proefinterviews aangepast waarbij de inhoud hetzelfde is gebleven. De onderzoekers hebben daarom besloten om de twee proefinterviews mee te nemen in de verwerking van de resultaten in dit onderzoeksverslag. Hierdoor is de inhoud van twaalf interviews meegenomen in dit onderzoek, wat overeenkomt met het vooraf gestelde doel. De representativiteit van dit onderzoek is hierdoor gelijk gebleven.

De onderzoekers hebben geëvalueerd wat de oorzaak was van de minimale respons. De onderzoekers zijn tot de conclusie gekomen dat de verstuurde e-mail naar de zorgverleners op de

juiste manier is opgesteld. Echter hadden de onderzoekers wel eerder actie kunnen ondernemen nadat weinig respons werd verkregen vanuit de onderzoekspopulatie. Deze situatie is besproken met de opdrachtgever, waarbij duidelijk is geworden dat het een bekend voorval is dat zorgverleners weinig reageren op de e-mail en dat het niet heeft gelegen aan de opstelling van de e-mail. Bij nader inzien was het beter geweest om vanaf de start van het onderzoek aanwezig te zijn op de afdeling om zo bekendheid te creëren onder de zorgverleners, waardoor zij sneller bereid zouden zijn om mee te werken.

Tijdens het afnemen van de interviews zijn vier zorgverleners geïnterviewd die vijf tot acht maanden werkzaam waren binnen X. Voor deze zorgverleners is het lastig geweest om de vraag te beantwoorden waaraan zij merken dat de zorg complexer en zwaarder is geworden binnen X, aangezien zij daar minimaal zicht op hebben. Bij nader inzien zou het betrouwbaarder zijn geweest als bij de inclusiecriteria was opgenomen dat de zorgverleners minimaal één jaar werkzaam dienen te zijn binnen X, zodat zij meer zicht zouden hebben op de veranderingen.

7.3 Resultaten vergeleken met literatuur

Grotendeels komt de informatie uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek overeen. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat de complexiteit van de zorg en zorgzwaarte toeneemt. In de praktijk is dit duidelijk merkbaar en/of zichtbaar volgens de zorgverleners. Daarnaast is uit literatuur gebleken dat zorgverleners een tekort aan kennis en vaardigheden ervaren. Zorgverleners voelen zich bijvoorbeeld niet vaardig in het begeleiden van cliënten met gedragsproblemen of dementie waarbij scholing nodig is op het gebied van psychische en cognitieve stoornissen (Dekkers, 2007; Verkade et al., 2010). Dit komt overeen met het praktijkonderzoek waarbij zorgverleners aangaven meer kennis nodig te hebben over de psychische zorg.

Hieronder worden resultaten beschreven die geen antwoord geven op de hoofdvraag, echter is deze informatie mogelijk relevant voor woonzorgcentrum X.

Tijdens de interviews is achterhaald dat het elektronische cliënten dossier (ECD) nodig is bij het verlenen van zorg. Dit is niet het gevolg van de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte, echter komt dit door de nieuwe ontwikkelingen binnen de technologie. Aangegeven is dat het ECD helpend is in het verlenen van de zorg, waarbij is aangegeven dat het veel tijd kost om alles te registreren in het ECD. Wat als een moeite wordt ervaren is dat het ECD regelmatig wordt vernieuwd. Volgens de zorgverleners is het nodig dat een zorgverlener ingewerkt wordt in het ECD door de afdeling ICT. Hierdoor zal op de afdeling tijd worden bespaard. Eveneens blijkt dat het tijd zal besparen als disciplines in het ECD kunnen rapporteren. Zorgverleners vinden het essentieel dat het belang van de technologie uitgelegd wordt. Dit wordt bevestigd in de literatuur, waarin naar voren komt dat de zorgverleners hierdoor de waarde gaan inzien, zodat zij deze technologie in de gezondheidszorg gaan inzetten (Maurits et al., 2015).

Tijdens het praktijkonderzoek kwam naar voren dat het essentieel is dat de groepen voor de dagbesteding op de afdeling blijven bestaan. Aangezien dit de eenzaamheid van de cliënten kan verminderen en het de zorgverleners ontlast. Daarnaast dient zo nodig een extra groep gestart te worden. Zorgverleners vinden dit nodig, omdat de zorg complexer en zwaarder is geworden. Opvallend is dat zorgverleners van de afdeling aangegeven hebben dat cliënten naar de dagbesteding gaan, zodat constant toezicht geboden kan worden. Echter blijkt dat de zorgverleners op de groep niet in staat zijn om constant toezicht te bieden, aangezien op de groep meestal één zorgverlener aanwezig is, welke ook zorg verleend aan deze cliënten.

Opvallend bij het praktijkonderzoek is dat zorgverleners hebben aangegeven dat gewichtsverlies onder de cliënten vaker voorkomt. Volgens de zorgverleners is dit echter niet ten gevolge van de

toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte. De cliënten hebben als oorzaak aangegeven dat het eten minder smaakvol is.

7.4 Evaluatie bruikbaarheid van de aanbevelingen

De aanbevelingen zijn praktisch opgesteld en uitgewerkt, waardoor de organisatie en de zorgverleners deze gemakkelijk kunnen implementeren. Een ander voordeel is dat weinig financiële middelen nodig zijn om de aanbevelingen te realiseren. De hulpmiddelen die genoemd zijn in de aanbevelingen komen uit betrouwbare literatuur, onder andere Vilans en Expertisecentrum Mantelzorg. Dit zijn verantwoorde hulpmiddelen welke valide en betrouwbare uitkomsten zullen geven. Een nadeel van de aanbevelingen is dat voor het implementeren en het uitvoeren tijd nodig is.

7.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid is gewaarborgd, doordat alle aspecten zijn toegepast welke omschreven zijn in de methode.

Van de stelregel van Remmers en Groenland (2006) en de aselechte steekproeftrekking is afgeweken doordat weinig respons is verkregen. Aangezien is afgeweken van deze stelregel zijn de verschillende niveaus onevenredig aan bod gekomen bij het afnemen van de interviews. Echter zijn alle niveaus aan bod gekomen, waarbij niveau 2 en 3 in de meerderheid waren. Dit is in overeenstemming met de werkelijkheid, aangezien op de afdeling niveau 2 en 3 eveneens in de meerderheid zijn. Zo is een reëel beeld verkregen voor de beantwoording van deelvraag 2 en 3, waardoor de resultaten generaliseerbaar zijn voor de onderzoekspopulatie binnen woonzorgcentrum X. Doordat is afgeweken van de aselechte steekproeftrekking heeft niet elke zorgverlener in de onderzoekspopulatie evenveel kans gekregen om deel te nemen waardoor de representativiteit van dit onderzoek is afgenomen.

Nadat weinig respons verkregen werd heeft de opdrachtgever een e-mail gestuurd om de zorgverleners dringend te verzoeken deel te nemen aan de interviews. Het is mogelijk dat de zorgverleners op deze manier niet volledig vrijwillig hebben deelgenomen aan de interviews. Dit heeft de mogelijkheid tot sociaal wenselijke antwoorden vergroot, wat de validiteit en betrouwbaarheid beïnvloed kan hebben.

Triangulatie van verschillende databronnen zou worden toegepast door middel van literatuurstudie, participerende observaties en interviews. Zoals eerder is genoemd kon de participerende observatie niet worden uitgevoerd. Hierdoor is de betrouwbaarheid van dit onderzoek afgenomen.

Literatuurlijst

Actiz. (2015). *Scheiden van wonen en zorg*. Opgevraagd op 18 februari 2016, van <http://www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=16985>

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Gedownload op 4 maart 2016, van [https://extranet.che.nl/gezondheidszorg/onderwijs/2015-2016/V-B-4AO/Amodules/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief%20\(2010\).pdf](https://extranet.che.nl/gezondheidszorg/onderwijs/2015-2016/V-B-4AO/Amodules/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief%20(2010).pdf)

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de. & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2^e druk). Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

BTSG. (2016). *De holistische visie op zorg*. Opgevraagd op 4 april 2016, van <http://www.btsg.nl/infobulletin/visies-op-zorg-holistisch.html>

CBO. (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0*. Gedownload op 7 april 2016, van http://www.hartenvaatgroep.nl/uploads/media/2014_03_Zorgmodule_Zelfmanagement.pdf

CIZ. (2015). *Zorgprofielen 2015: Bijlage A bij artikel 2.1 van de regeling Langdurige zorg*. Gedownload op 4 maart 2016, van <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Zorgprofielen%202015%20-%20totaal%20overzicht.pdf>

CIZ. (z.d.) *Bijlage A bij artikel 2.1 van de Regeling langdurige zorg*. Gedownload op 25 maart 2016, van <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Zorgprofielen%202015%20-%20totaal%20overzicht.pdf>

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, D., & Kuiper, C. (2012). *Evidence Based Practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing* (3^e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Davies, S. & Goodman Crippac, S. (2008). Supporting quality improvement in care homes for older people: the contribution of primary care nurses. *Journal of Nursing Management*, 2 (16), 115-120. Opgevraagd op 18 maart 2016, van <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b5e76f27-4a49-4c14-bf9f-7a14b038e5fa%40sessionmgr104&vid=1&hid=102>

Dekkers, J. (2007). De kenniskloof dichten: Psychiatrische consultatie in verpleeg- en verzorgingshuizen. *Denkbeeld*, 19, 226-228. Opgevraagd op 18 maart 2016, van http://download.springer.com/static/pdf/978/art%253A10.1007%252FBF03059445.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2FBF03059445&token2=exp=1464872512~a cl=%2Fstatic%2Fpdf%2F978%2Fart%25253A10.1007%25252FBF03059445.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252FBF03059445*~hmac=e3765a17807214415d2b320cfa3d39feec0fc20cdb14a8e04b909e0cb583ddd9

Dekkers, J. (2008). *Overlast en consultatie in de ouderenpsychiatrie*. Opgevraagd van http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-313-9245-2_7#page-1

Expertisecentrum Mantelzorg. (2012). *Tool-Mantelscan*. Gedownload op 10 mei 2016 van, http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Tool_mantelscan.pdf

Grotendorst, A., Alen, I. van, Sino, C. & Veldhuizen, B. van. (2012). *Verleiden tot leren in het werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Haan, E. de. (2006). *Leren met collega's: Praktijkboek intercollegiale consultatie* (3^e druk). Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Halem, N. van, Herpen, C. van & Rooyen, M. van. (2010). *De gezondheidszorg verandert*. Opgevraagd van http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-90-313-8383-2_1#page-1

Halem, N. van & Wijngaarden, G. van. (2004). *De eerst verantwoordelijke verzorgenden: Onmisbaar in de zorg*. Opgevraagd van https://books.google.nl/books?id=BjbhsceJQMwC&pg=PA187&dq=intervisie+zorg&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwj_15ub-vXMAhXLK8AKHWjrAP0Q6AEIJTAA#v=onepage&q=intervisie%20zorg&f=false

Hamers, J.P.H. (2011). *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis en nieuwe kansen*. Gedownload op 4 maart 2016, van http://raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_ToekomstIntramurale_Ouderenzorg.pdf

Hendriksen, J. (2012). *Handboek Intervisie* (2^e druk). Amsterdam: Uitgeverij Boom/Nelissen.

Hingstman, T.L., Langelaan, M. & Wagner, C. (2012). *De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg*. Gedownload op 17 maart 2016, van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-dagelijkse-bezetting-zorg-in-instellingen.pdf>.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, LOC Zeggenschap in Zorg & Zorgverzekeraars Nederland. (2013). *Kwaliteitsdocument 2013: Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis*. Gedownload op 4 april 2016, van http://www.igz.nl/Images/Kwaliteitsdocument-VVT-2013_tcm294-329148.pdf

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2014-a). *Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam*. Opgevraagd op 17 maart 2016, van http://www.igz.nl/actueel/nieuws/verbetering_kwaliteit_ouderenzorg_gaat_langzaam.aspx

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2014-b). *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam: Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012*. Gedownload op 18 maart 2016, van <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:81hQ-97NIX4J:https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2014/06/12/verbetering-van-de-kwaliteit-van-de-ouderenzorg-gaat-langzaam/verbetering-van-de-kwaliteit-van-de-ouderenzorg-gaat-langzaam.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

In voor zorg. (2013). *Zorgprofessionals over preventie en bevordering van zelfmanagement*. Opgevraagd op 17 maart 2016, van <http://www.invoorzorg.nl/ivz/literatuur-zorgprofessionals-over-preventie-en-bevordering-van-zelfmanagement.html>

Kennisplein Chronische Zorg. (2015). *Boek en website over protocollaire ouderenzorg*. Opgevraagd op 4 maart 2016, van <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijns/kwetsbare-ouderen-nieuws-boek-protocollaire-ouderenzorg.htm>

Kruijswijk, W., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C. & Bruijn, I. de. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lambregts, J. & Grotendorst, A. (2012). *Leren van de toekomst*. Gedownload op 16 maart 2016, van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/1_Leren%20van%20de%20toekomst_def.pdf

Lammersen, G. (2006). *Helpende zorg en welzijn*. Gedownload op 16 maart 2016, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Helpende%20zorg%20en%20welzijn%20\[M OV-238743-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Helpende%20zorg%20en%20welzijn%20[M OV-238743-0.3].pdf)

Liefhebber, S., Mast, J., Haterd, J. van de, Luijkx, J., Dam, C. van & Verhagen, R. (2007 - a). *Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundigen*. Gedownload op 1 april 2016, van <http://digik.sbb.nl/UserControls/DossierResource.ashx?D499ea8fb-c25b-4f55-9fd4-b1a4937928b1>

Liefhebber, S., Mast, J., Haterd, J. van de, Luijkx, J., Dam, C. van & Verhagen, R. (2007 - b). *Beroepscompetentieprofiel verzorgende*. Gedownload op 1 april 2016, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Beroepscompetentieprofiel%20Verzorgende%202007%20%5BMOV-238948-0.3%5D.pdf

Linden, B. van der. (2015). Verpleeghuiszorg van de toekomst: kwaliteit en openheid. *Kwaliteit in zorg*, 6, 8-13. Gedownload op 17 maart 2016, van http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/54035/008-013_KIZ06_THE-3_Dalenberg-Nies-Linden.pdf?sequence=1

Lovink, M., Persoon, A. & Laurant, M. (2015). Taakherschikking in de ouderenzorg. *De verpleegkundig specialist*, 2 (10), 24-26. Opgevraagd op 8 maart 2016, van http://download.springer.com/static/pdf/119/art%253A10.1007%252Fs40884-015-0025-1.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs40884-015-0025-1&token2=exp=1464874192~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F119%2Fart%25253A10.1007%25252Fs40884-015-0025-1.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs40884-015-0025-1*~hmac=8c4390ee039a9c1b7f6380e3770e2a27cb5a5e77854c58846f75fda3e6d5fa07

Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. de & Francke, A.L. (2015). *Competenties in een veranderde gezondheidszorg*. Gedownload op 17 maart 2016, van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-competenties-in-veranderende-zorg.pdf>

Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (12^e druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014-a). *Ik krijg nu AWBZ-zorg. Wat krijg ik in 2015?* Gedownload op 25 februari 2016, van https://www.npcf.nl/Documenten/Factsheetovergangrechtawbz_december2014.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014 -b). *Samenhang in zorg en ondersteuning*. Gedownload op 21 februari 2016, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/kamerbrief_samenhang_hervormingen_langdurige_zorg.pdf

MOVISIE Beroepsontwikkeling & Vilans. (2007). *Beroepscompetentieprofiel zorghulp*. Gedownload op 16 maart 2016, van <http://digik.s-bb.nl/UserControls/DossierResource.ashx?Dec7960cd-4e11-42c4-a6f2-224be350ec93>

Nederlandse Vereniging voor Gerontologie. (2015). Congresbijlage. *Tijdschrift voor Gerontologie en geriatrie*, 4 (46), 216-255. Opgevraagd op 16 maart 2016, van <http://link.springer.com.www.dbproxy.hu.nl/article/10.1007/s12439-015-0146-0>

Overbeek, T. van. (2012). *Wie doet het licht uit in het verzorgingshuis?* Opgevraagd op 22 maart 2016, van <http://www.skopr.nl/blogs/id1157-wie-doet-het-licht-uit-in-het-verzorgingshuis.html>

Pel-Littel, R. (z.d.). *Een ziekte komt zelden alleen*. Gedownload op 17 maart 2016, van http://vilans6.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/multimorbiditeit_literatuurverkenning_pdf.pdf

Plochg, T., Juttman, R.E., Klazinga, N.S., & Mackenbach, J.P. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Plooi, F. (2008). *Onderzoek doen: Een praktische inleiding in onderzoeksvaardigheden* (3^e druk). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F. & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst: beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*. Utrecht: Vilans.

Proot, I., Zadelhoff, E. van & Widdershoven, G. (2010). *Luisteren naar bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Gedownload op 17 maart 2016, van <http://prod.nursing.nl/PageFiles/9962/2010,%204-40.pdf>

Remmers, N. & Groenland, E. (2006). *De steekproeftrekking en de selectie van respondenten in commercieel kwalitatief onderzoek*. Gedownload op 17 maart 2016, van http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2006/3/KWALON_2006_011_003_007.pdf

Rijdt- Ven, A.H.J. van de. (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis*. Gedownload op 17 maart 2016, van <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handreikingen/Complouderenzorguiteenstuk.pdf>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). *Vergrijzing: wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?* Opgevraagd op 4 maart 2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>

Rijksoverheid. (z.d.). *Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd?* Opgevraagd op 17 februari 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/organisatie-zorg-en-ondersteuning-per-2015>

Rijksoverheid. (2010). *Zorgzwaartepakketten Sector V&V: Versie 2011* Gedownload op 25 maart 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2010/10/13/zorgzwaartepakketten-sector-v-v-versie-2011>

Salari, M., Plaisier, A. & Collet, J. (2008). Naar een Zorgprogramma Gerontopsychiatrie voor verpleeghuizen. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*, 6 (33), 216-219. Opgevraagd op 17 maart 2016, van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03078575>

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2007). *Methoden en technieken van onderzoek* (4^e druk). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Scholten, C. (2013). *Toolkit familieparticipatie*. Gedownload op 2 juni 2016, van [http://www.vilans.nl/docs/producten/2013020%20toolkit-fam-part9%20\(def%20drukwerk\).pdf](http://www.vilans.nl/docs/producten/2013020%20toolkit-fam-part9%20(def%20drukwerk).pdf)

Schouten, J.A.M. (2004). *Anamnese en advies: Richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt* (3^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Gedownload op 22 maart 2016, van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011)F. *Kwetsbare ouderen in de praktijk*. Gedownload op 22 februari 2016, van <http://www.netwerknroom.nl/media/journalistiek/samenvattingkwetsbareouderenscp2011.pdf>

Stavenuiter, M., Smits-van Waesberghe, E., Nederland, T. & Gruijter de M. (2015). *Wat doet de zorgprofessional in 2030?* Gedownload op 17 maart 2016, van <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/beroepen-en-opleidingen/1503-wat-doet-de-zorgprofessional-in-2030-veldraadpleging-zorgberoepen-in-een-veranderend-zorglandschap-rapport-verwey-jonker-instituut/Wat%2Bdoet%2Bde%2Bzorgprofessional%2Bin%2B2030%2B%2528Veldraadpleging%2Bzorgberoepen%2Bin%2B2015%2Bveranderend%2Bzorglandschap%2529%2B%2528rapport%2BVerwey-Jonker%2Binstituut%2529.pdf>

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen. (z.d.). *Gebruiksaanwijzing onderzoeksinstrument*. Opgevraagd op 10 maart 2016, van http://www.staz.nl/versterken_arbeidsverhoudingen/instrumenten/thermometer/instrumenten_gebruiksaanwijzing_4a.shtml

Terpstra, D., Berg, A. van den, Mierlo, C. van, Zijlstra, H., Landman, J., Schuurmans, M. & Kempff, M. (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*. Gedownload op 16 maart 2016, van http://www.nfu.nl/img/pdf/Rapport_toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging.pdf

Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M. & Schellevis, F. (2011). *Overzichtstudies zorg voor chronische zieken*. Gedownload op 18 maart 2016, van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf>

Vaus, D. A. de. (2013). *Research Design in Social Research* (2^e druk). Los Angeles/ London/ New Delhi/ Singapore/ Washington DC: SAGE.

Veer, A.J.E. de, Frankce, A.L., Poortvliet, E.P. & Eliens, A. (2007). *Verzorgenden vinden zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen steeds complexer*. Gedownload op 18 maart 2016, van

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/pvv279%20FactsheetComplexiteitinoudereenzorg-def.pdf>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (5^e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verkade, P.J., Pranger, A. & Meijel, B. van. (2010). Meer dan wonen. *Denkbeeld*, 5 (22), 16-19. Opgevraagd op 18 maart 2016, van <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03088832/fulltext.html>

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2010). *Het ontwerpen van een onderzoek* (4 druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Vivantes Oudereenzorg. (2015). *Transformatiemodel Oudereenzorg verzorgingshuis*. Gedownload op 7 maart 2016, van http://www.vivantes.nl/CMS/150306_Vivantes_Info/FR_Special_TMO_intramuraal_11-15.pdf

V&VN. (2013). *Betrek beroepsgroep bij transitie langdurige zorg*. Gedownload op 10 maart 2016 van, <http://venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2013%20Documenten/20131025%20Transitie%20langdurige%20org%20-%20VenVN%20Magazine.pdf>

Walma, C. (2011). *Op zoek naar goede zorg*. Opgevraagd op 4 april 2016, van <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Verdieping/2011/12/Op-zoek-naar-goede-zorg-ZVS012969W/>

Wit, D. de & Tolsma, J. (2009). *Effectief procesmanagement*. Opgevraagd van https://books.google.nl/books?id=JAKGtEcqc8AC&pg=PA235&lpg=PA235&dq=De+kwaliteitscirkel+van+Deming&source=bl&ots=OLE0FqzSi-&sig=gSVxqeH8zi1n2iG3b18xLlwWS8k&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwiYkPGj7vXMAhVTFMAKHeNsA6A4ChDoAQg_MAC#v=onepage&q=De%20kwaliteitscirkel%20van%20Deming&f=false

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Gedownload op 1 april 2016, van http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

ZonMw. (2016). *Monitoren en evalueren*. Opgevraagd op 25 mei 2016, van <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/monitoren-en-evalueren/>

Zorginstituut Nederland. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Gedownload op 17 maart 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>

Zorginstituut Nederland. (z.d. - a). *Zorgzwaartepakket (ZZP) en zorgprofiel*. Gedownload op 17 februari 2016, van http://www.pgb.nl/per_saldo/up1/ZqpmhkkJC_ZZP_en_zorgprofiel_januari_2016.pdf

Zorginstituut Nederland. (z.d. - b). *Verslag consultatie Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen*. Gedownload op 17 maart 2016, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/beroepen-en-opleidingen/adviescommissie-innovatie-zorgberoepen-en-opleidingen/adviescommissie-innovatie-zorgberoepen-en-opleidingen/adviescommissie-innovatie-zorgberoepen-en-opleidingen/zinl%3Aparagraaf%5B5%5D/zinl%3Adocuments%5B3%5D/1512-verslag-consultatie->

commissie-innovatie-zorgberoepen--
opleidingen/Verslag+consultatie+Commissie+Innovatie+Zorgberoepen+en+Opleidingen.pdf

Zorgkantoor Zorg en Zekerheid. (z.d.). *Zorgprofielen/zzp's*. Opgevraagd op 17 februari 2016, van http://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/nl/ik_wil_zorg/zorgprofielen_zzps

Bijlagen

Bijlage 1 Verantwoording literatuurstudie

Databank	Zoekterm	Aantal gevonden bronnen	Beschrijving bron (titel, naam auteur, jaar van publicatie)	Samenvatting belangrijkste informatie
Academic Search	'complexity of care' AND 'care home'	92 (limiters: linked full text)	Supporting quality improvement in care homes for older people: the contribution of primary care nurse Sue Davies, Claire Goodman Cripacc Jaar van publicatie: 2008	De kwaliteit van zorg voor ouderen in verzorgingshuizen kan vergroot worden door het gebruik van 'Essence of Care' criteria. Een belangrijk punt daaruit is dat de zorg voor de bewoners gestructureerd is en dat er een nauwe samenwerking is tussen de het personeel van het verzorgingshuis (gezondheid en sociaal). Een gedeelde planning kan daarbij helpend zijn. Het evalueren van het werk komt ook aan bod als punt wat de kwaliteit van zorg vergroot.
Google	Zorg verpleeg- en verzorgingshuis complexer	45400	Verzorgenden vinden zorg in verpleeg- en verzorgingshuis steeds complexer. Nivel 2007	Onderzoek naar in welke mate verzorgenden de zorg complexer vinden worden. Verzorgenden vinden dat de zorg de laatste jaren complexer is geworden en vinden dat dit de werkdruk heeft verhoogd.
Google	Kwetsbare ouderen praktijk	441000	Kwetsbare ouderen in de praktijk. Sociaal, cultureel planbureau 2011	Onderzoek naar hoe kwetsbaarheid te voorkomen, te verminderen of uit te stellen.
Google	Beroepsprofiel V&V2020	1800	Beroepsprofiel verpleegkundige. V&V 2020 2012	Wat betekenen de ontwikkelingen in de zorg voor het verpleegkundig beroep.
Google	Verzorgingshuizen bestaan niet meer	78700	Wie doet het licht uit in het verzorgingshuis? Overbeek, T. van 2012	Verzorgingshuizen worden vanaf 1 januari 2013 afgeschaft in verband met het wegvallen van ZZP1-3.
Google	Zorg verlenen psychische	114.000	Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis	Taken van een verpleegkundige en

	problematiek verzorgingshuis		Landelijke Huisartsen Vereniging 2009	praktijkondersteuner bij complexe zorg in het verzorgingshuis (vanaf p. 55)
Google	Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging	7.000	Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging Terpstra, D., Berg, A. van den, Mierlo, C. van, Zijlstra, H., Landman, J., Schuurmans, M. & Kempff, M. 3 december 2015	Gericht op de zorg in de toekomst (de complexer wordende zorg). Beroepsprofiel voor hbo-verpleegkundige, mbo-verpleegkundige en verzorgende waarin kennis, vaardigheden en houding worden uitgewerkt aan de hand van de Canmeds rollen.
Google	Competenties in een veranderde gezondheidszorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners	1.190	Competenties in een veranderende gezondheidszorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. de & Francke, A.L. 2015	In Nederland is het zorgaanbod en de zorgvraag sterk aan het veranderen. Per sector (ook verpleeg- en verzorgingshuizen) is onderzocht aan welke competenties in de praktijk al gewerkt wordt en waar nog meer aandacht aan moet worden besteed.
Google	Beroepsprofiel zorghulp	1.600	Beroepscompetentieprofiel I zorghulp Movisie 31 juli 2007	Taakgebieden, kerntaken, kernopgaven en competenties van een zorghulp
Google	Beroepsprofiel helpende	4.350	Helpende zorg en welzijn Gerry Lammersen 2006	Kerntaken, kernopgaven en competenties van een helpende zorg en welzijn
Google	Veranderend zorglandschap 2030	761	Wat doet de zorgprofessional in 2030? Veldraadpleging zorgberoepen in een veranderend zorglandschap In opdracht van zorginstituut Nederland aan Verwey Jonker Instituut Maart 2015	Een veldraadpleging waarin is gekeken naar de ontwikkelingen van de aankomende jaren. Hierin staat de rol van de zorgprofessionals omschreven.
Google	Innovatie zorgberoepen en opleiding	7060	Verslag consultatie Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen Van Zorginstituut Nederland naar aanleiding van een landelijke	Er heeft een werkdag plaatsgevonden waarin aan de hand van stellingen en discussies gekeken is naar de toekomst van het zorgberoep. In dit bestand staat hierin de

			werkdag over toekomst van zorgberoep December 2015	conclusie omschreven welke onder andere gaat over wat belangrijke aspecten zijn voor de zorgverleners in de toekomst.
Google	Veranderend zorglandschap	761	Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren Onder redactie van de commissie innovatie zorgberoepen & opleidingen	Een advies waarin de bekwaamheden staat omschreven van de zorgprofessionals voor de gezondheidszorg in 2030. Er staat in weergegeven welke zorg er nodig is in 2030.
Google	Kwalitatieve zorg in verzorgingshuis	77100	De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg Hingstman, Langelaan en Wagner 2012	Een onderzoek in opdracht van Nivel om te kijken wat nodig is voor kwalitatief goede zorg in instellingen, zoals een verzorgingshuis.
Google	Verbetering kwaliteit ouderenzorg	109000	Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam: Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012 Inspectie voor de volksgezondheid juni 2014	Onderzoek uitgevoerd door de IGZ om de intramurale ouderenzorg in beeld te krijgen. Staat in omschreven waar nog verbetering nodig is op gebied van complexiteit van zorg.
Google	Complexere kwaliteit ouderenzorg	22700	Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam (beknopte samenvatting van bovengenoemde bron) Inspectie voor de volksgezondheid 2014	Onderzoek uitgevoerd door IGZ waaruit blijkt dat kennis, vaardigheden en deskundigheid van personeel in intramurale instellingen niet voldoet aan zorgbehoefte van cliënten.
Google	zelfmanagement in verzorgingshuis	10.400	Zorgprofessionals over preventie en bevordering van zelfmanagement. In voor zorg 2013	Een peiling in het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL laat zien dat van de professionals in de verpleging en verzorging: 50% de eigen kennis en vaardigheden op dit terrein voldoende

				vindt. Dit betekent dat er extra scholing nodig is.
Google	zelfmanagement chronisch zieken	17.800	Overzichtstudies zorg voor chronische zieken. Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M. & Schellevis, F. 2011	Zelfmanagement impliceert dat mensen met een chronische ziekte zelf de regie voeren over hun leven met de ziekte en de behandeling daarvan. Ondersteuning van zelfmanagement vraagt een andere rol van zorgverleners. Zij hebben vaardigheden en instrumenten nodig om een coachende rol te kunnen vervullen.
Google	Goede zorg definitie	230.000	Kwaliteitsdocument 2013: verpleging, verzorging en zorg Thuis. IGZ, LOC Zeggenschap in zorg & Zorgverzekeraars Nederland. 2013	Kwaliteit en goede zorg wordt omschreven.
Google	Goede zorg definitie	230.000	Op zoek naar goede zorg. Catharina Walma. December 2011.	Het is een kwaliteitsdocument. Dit is een bundeling van de visie, de normen en de meetinstrumenten.
Google	Holistische visie	96200	De holistische visie op zorg. BTSG 2016	Betekenis holistische visie.
Google scholar	Verzorgingshuis vaardigheden verzorgenden	619	Meer dan Wonen. Verkade, P.J., Pranger, A. & Meijel, B. van. 2010	Bij veel bewoners in verzorgingshuizen komen veel psychische en cognitieve stoornissen voor maar worden door medewerkers van verzorgingshuis niet altijd herkend. Vroegsignalering kan een effectieve interventie hierbij zijn.
Google scholar	verzorgingshuis omgang toenemende zorgzwaarte	170	De kenniskloof dichten: Psychiatrische consultatie in verpleeg- en verzorgingshuizen. Dekkers, J. 2007	Tekort aan deskundigheid van verzorgenden in de omgang met psychische problemen. Onvoldoende vaardigheden om om te gaan met

				probleemgedrag, depressieve gevoelens. Meer dan de helft zou hier scholing over willen.
Google scholar	competenties zorgverlener ouderenzorg	493	Overlast en consultatie in de ouderenpsychiatrie. Dekkers, J. 2008	Belangrijk dat personeel aantal basisvaardigheden bezit omdat steeds meer bewoners met psychische problemen zijn: observeren, signaleren, rapporteren en zorgoverleg voeren, bewoners met stemmings- en gedragsproblemen begeleiden.
Google scholar	competenties zorgverlener ouderenzorg	493	Luisteren naar bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Proot, I., Zadelhoff, E. van & Widdershoven, G. 2010	Goed luisteren, levert bijdrage aan kwaliteit zorg in verzorgingshuis.
Google scholar	Ouderenzorg kennis	1260	Verpleeghuiszorg van de toekomst: kwaliteit en openheid. Linden, B. van der. 2015	Zorgverleners merken de veranderingen in de uitvoering van hun werk. Ze moeten zelfzorg stimuleren en informele zorg ondersteunen. De zorg wordt complexer en vaker moet er samengewerkt worden met andere disciplines. Ook moet er beter naar de cliënt en zijn naasten geluisterd worden en hun wensen als uitgangspunt nemen. Om dit alles goed te doen zullen zorgverleners nieuwe vaardigheden moeten leren en moeten werken op basis van actuele kennis.
Google scholar	complexe ouderenzorg houding	793	Een ziekte komt zelden alleen. Pel-Littel, R. Z.d.	Wordt de patiënt zieker, ouder of gaan cognitieve beperkingen een rol spelen, dan wordt het zelfmanagement van de ziekte en beperkingen een te grote opgave: te ingewikkeld en een te

				zware last. Er is dan behoefte aan een professionele zorgverlener die de regie (gedeeltelijk) overneemt en alle gezondheidsbevorderende activiteiten coördineert.
Pubmed	(nursing home) AND gerontological nursing) AND complexity of care	51	Psychosocial assessment of nursing home residents via MDS 3.0: recommendations for social service training, staffing, and roles in interdisciplinary care. Simons, K., Connolly, R.P., Bonifas, R., Allen, P.D., Bailey, K., Downes, D. & Galambos, C. 2012	MDS 3.0 is een screeningsinstrument om cognitie, gedrag en stemming te meten. Personeel voldoet niet aan de eisen/vaardigheden bij complexe cliënten in verpleeghuizen
Springer	Toenemende complexiteit van zorg	218	Zorgprogramma gerontopsychiatrie Salari, M., Plaisier, A. & Collet, J. 2008	Voorals mensen met complexe zorgvraag worden tegenwoordig opgenomen in het verpleeghuis.
Springer	omgang toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte	2	Nationaal Gerontologie congres. Nederlandse Vereniging voor Gerontologie. 2015.	Complexer wordende zorg vergt andere aanpak. Onderzoek naar tijdbesteding in verzorgingshuis en verpleeghuis.
Springer	Bekwaamheid complexiteit van zorg	37	De kern van klinisch redeneren is bij iedere patiënt de vraag stellen of je het juiste weet en het juiste doet Frank van Wijck en Lia van Straalen Juli 2015 in Bijzijn XL	De zorg wordt complexer wat een snellere aanpak vraagt. Hierbij is technologie nodig, wat moet worden begrepen en moet worden verwerkt. Worden hogere eisen gesteld aan vaardigheden en kennis. Samenwerking is belangrijk in verlening van complexe zorg tussen verschillende niveaus.
Springer	competenties zorgverlener ouderenzorg	45	De gezondheidszorg verandert.	De gezondheidszorg verandert. Ouder wordende mensen hebben een grotere

			Halem, N. van, Herpen, C. van & Rooyen, M. van. 2010	behoefte aan gespecialiseerde zorg. Afstemming met andere disciplines over de zorg aan de cliënt zal een belangrijker onderdeel van het werk worden.
Springer	Competenties ouderenzorg	169	Taakherschikking in de ouderenzorg. Lovink, M., Persoon, A. & Laurant, M. 2015	Het aantal ouderen groeit in Nederland, taakherschikking is een mogelijk oplossing voor deze ontwikkeling.
World Health Organization	'Complexity of care' AND 'increase' filter 2015	333	World report on ageing and health. World Health Organization 2015	Een rapport over de toename van het aantal ouderen over de hele wereld heeft te maken met de vergrijzing en de toename van de leeftijd van de ouderen. De behoefte aan zorg neemt toe. Elk land heeft een eigen systeem voor de zorg.

Bijlage 2 Topiclijst

Introductie

Allereerst willen wij u bedanken voor uw medewerking aan dit interview. Het interview zal gaan over de toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte (het zwaarder en moeilijker worden van de zorg). Wij willen graag van u weten of u moeite ervaart, waarin u moeite ervaart en wat u denkt nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen aan deze cliënten. De gegevens uit het interview zullen worden verwerkt in het onderzoeksverslag en worden meegenomen in de eindpresentatie. Uw gegevens blijven anoniem, wat betekent dat uw naam niet genoemd wordt in het onderzoek en ook niet te herleiden zal zijn. Het interview zal ongeveer 45 minuten duren. Om de informatie uit het interview mee te kunnen nemen in het onderzoek is het nodig dat wij het interview opnemen. Gaat u hiermee akkoord? Heeft u verder nog vragen? Zou u eerst een aantal persoonlijke gegevens op papier willen invullen? (Overhandigen papier)

Topic	Subtopic	Interviewvragen	
Eerst zullen we een aantal vragen stellen over de goede zorg en de complexiteit van zorg en zorgzwaarte in het algemeen.			
Goede zorg		• Wanneer denkt u dat de zorg die u geeft goed is? • Kunt u een voorbeeld geven wanneer u denkt dat u goede zorg geeft?	• Wat verstaat u onder goede zorg?
Complexiteit van zorg en zorgzwaarte	Algemeen	• Merkt u dat de zorg voor de cliënten zwaarder wordt? • Zo ja, waar merkt u dat aan? • Merkt u dat de zorg voor de cliënten moeilijker wordt? • Zo ja, waar merkt u dat aan? • Als u kijkt naar het zwaarder en moeilijker worden van de zorg. Zijn er dingen waar u moeite mee heeft? / Waarin denkt u nog wat te kunnen leren om goede zorg te blijven geven? • Wat houdt deze moeite precies in? • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden?	• Ervaart u een toenemende zorgzwaarte? • Zo ja, waar merkt u dat aan? • Ervaart u een toenemende complexiteit van zorg? • Zo ja, waar merkt u dat aan? • Als u kijkt naar toenemende zorgzwaarte en complexiteit van zorg. Zijn er dingen waar u moeite mee heeft? / Waarin denkt u nog wat te kunnen leren om goede zorg te blijven verlenen? • Wat houdt deze moeite precies in? • Wanneer ervaart u deze moeite? (Op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen?

		• Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? • Wat zou u graag anders zien? • Wat denkt u nodig te hebben om goede zorg te blijven geven? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Waar ervaart u deze moeite? (Plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? • Wat zou u graag verbeterd zien? • Wat denkt u nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners deze moeite ervaren? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
De zorg aan de cliënt kan verleend worden op vier gebieden, namelijk op lichamelijk, psychisch, sociaal en functioneel gebied. Wij zullen bij elk gebied een aantal vragen stellen om zo na te gaan waar volgens u de moeite zit en waarop de zorg verbeterd kan worden, zodat onze aanbevelingen hierop aangepast kunnen worden. De volgende vragen gaan over de zorg op lichamelijke gebied van de cliënt. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
Lichamelijk gebied	Probleemanalyse	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het lichamelijke gebied? • Zo ja: • Welke moeite heeft u in het geven van zorg op lichamelijk gebied? (Kunt u een voorbeeld noemen?) • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? • Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? • Zo nee: • Hoe doet u dat nu (kennis, houding en vaardigheden)?	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het lichamelijke gebied? • Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u op lichamelijk gebied? • Wanneer ervaart u deze moeite? (Op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (Plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? • Zo nee: • Hoe gaat u daarmee om (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op lichamelijk gebied?

		Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op lichamelijk gebied? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Kennis	• Wat moet u, volgens uzelf, weten om goede zorg te blijven geven op het lichamelijke gebied? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke kennis denkt u zelf nodig te hebben op lichamelijk gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
	Houding	• Hoe denkt u dat u zich het beste kan opstellen/gedragen in het geven van deze zorg? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke houding denkt u nodig te hebben op lichamelijk gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
	Vaardigheden	• Wat moet u kunnen om goede zorg te blijven verlenen (bijvoorbeeld wassen, wonden verzorgen)? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke vaardigheden denkt u nodig te hebben op lichamelijk gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
De volgende vragen gaan over de zorg op het psychische gebied van de cliënt. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
Psychisch gebied	Probleemanalyse	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het psychische gebied? • Zo ja: • Welke moeite heeft u in het geven van zorg op psychisch gebied/psychische problemen? (Kunt u een voorbeeld noemen?) • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? • Op welke plek ervaart u deze moeite?	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het psychische gebied? • Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u op psychisch gebied? • Wanneer ervaart u deze moeite? (op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite?

		• Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? Zo nee: • Hoe doet u dat nu (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op psychisch gebied ? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	Zo nee: • Hoe gaat u daarmee om (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op psychisch gebied? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Kennis	• Wat moet u, volgens uzelf, weten om goede zorg te blijven geven op het psychische gebied? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke kennis denkt uzelf nodig te hebben op psychisch gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
	Houding	• Hoe denkt u dat u zich het beste kan opstellen/gedragen in het geven van deze zorg? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke houding denkt u nodig te hebben op psychisch gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
	Vaardigheden	• Wat moet u kunnen om goede zorg te blijven verlenen (bijvoorbeeld begeleiden, ondersteunen en structuur bieden)? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke vaardigheden denkt u nodig te hebben op psychisch gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
De volgende vragen gaan over de zorg op het sociale gebied van de cliënt. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
Sociaal gebied	Probleemaanalyse	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het sociale gebied? • Zo ja: • Welke moeite heeft u in het geven van zorg op sociaal gebied?(Kunt u een voorbeeld noemen?) • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite?	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het sociale gebied? • Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u op sociaal gebied? • Wanneer ervaart u deze moeite? (op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan?

		• Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? • Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? Zo nee: • Hoe doet u dat nu (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op sociaal gebied? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? Zo nee: • Hoe gaat u daarmee om (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op sociaal gebied? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Kennis	• Wat moet u, volgens uzelf, weten om goede zorg te blijven geven op het sociale gebied? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke kennis denkt uzelf nodig te hebben op sociaal gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
	Houding	• Hoe denkt u dat u zich het beste kan opstellen/gedragen in het geven van deze zorg? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke houding denkt u nodig te hebben op sociaal gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
	Vaardigheden	• Wat moet u kunnen om goede zorg te blijven verlenen (bijvoorbeeld luisteren en vragen stellen)? • Hoe denkt u hieraan te komen?	• Welke vaardigheden denkt u nodig te hebben op sociaal gebied om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen?
De volgende vragen gaan over de zorg op het functionele gebied van de cliënt. Een functioneel probleem is het gevolg van psychische, somatische en sociale problemen (Meer, van der. & Stehouwer, 2005). Bijvoorbeeld de cliënt is minder mobiel en daardoor minder zelfredzaam. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
Functioneel gebied	Probleemanalyse	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het functionele gebied? • Zo ja: • Welke moeite heeft u in het geven van zorg op functioneel gebied?(Kunt u een voorbeeld noemen?)	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het functionele gebied? • Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u op functioneel gebied? • Wanneer ervaart u deze moeite? (op welk moment van de dag)

		- Op welke momenten ervaart u deze moeite? - Vanaf wanneer heeft u deze moeite? - Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? - Op welke plek ervaart u deze moeite? - Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? Zo nee: - Hoe doet u dat nu (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op functioneel gebied? - Zo ja, waaraan merkt u dat?	- Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? - Wat is er anders dan voorheen? - Waar ervaart u deze moeite? (plaats) - Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? Zo nee: - Hoe gaat u daarmee om (kennis, houding en vaardigheden)? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren op functioneel gebied? - Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Kennis	- Wat moet u, volgens uzelf, weten om goede zorg te blijven geven op het functionele gebied? - Hoe denkt u hieraan te komen?	- Welke kennis denkt uzelf nodig te hebben op functioneel gebied om goede zorg te blijven verlenen? - Hoe denkt u hieraan te komen?
	Houding	- Hoe denkt u dat u zich het beste kan opstellen/gedragen in het geven van deze zorg? - Hoe denkt u hieraan te komen?	- Welke houding denkt u nodig te hebben op functioneel gebied om goede zorg te blijven verlenen? - Hoe denkt u hieraan te komen?
	Vaardigheden	- Wat moet u kunnen om goede zorg te blijven verlenen (bijvoorbeeld stimuleren in zelfredzaamheid, observeren en signaleren)? - Hoe denkt u hieraan te komen?	- Welke vaardigheden denkt u nodig te hebben op functioneel gebied om goede zorg te blijven verlenen? - Hoe denkt u hieraan te komen?
De volgende topics zijn volgens de literatuur nodig om goede zorg te verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit en zorgzwaarte en wij zouden graag van u vernemen of u ook vindt dat u dat nodig heeft om goede zorg te blijven verlenen.			
Samenwerken		- Volgens onderzoek is samenwerken belangrijk om goede zorg te blijven verlenen, hoe denkt u daar over? - Heeft u moeite in het samenwerken met collega's en disciplines?	- Volgens onderzoek is samenwerken belangrijk om goede zorg te blijven verlenen, hoe denkt u daar over? - Ervaart u moeite in de samenwerking met collega's en disciplines?

		• Zo ja: • Welke moeite heeft u in de samenwerking met collega's en disciplines?(Kunt u een voorbeeld noemen?) • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? • Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? Wat heeft u nodig om samen te werken met collega's bij moeilijkere en zwaardere zorg? Wat heeft u nodig om samen te werken met andere disciplines bij moeilijkere en zwaardere zorg? Hoe denkt u hieraan te komen? Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren bij het samenwerken met collega's en disciplines? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u in de samenwerking? • Wanneer ervaart u deze moeite? (op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? • Wat heeft u nodig om bij toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte samen te werken met collega's? • Wat heeft u nodig om bij toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte samen te werken met andere disciplines? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren bij het samenwerken met collega's en disciplines? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
Zelfmanagemen t		• Volgens onderzoek is het nodig dat de cliënt zoveel mogelijk zelf doet, hoe denkt u daar over? • Heeft u moeite om de cliënt zoveel mogelijk zelf te laten doen? • Zo ja: • Welke moeite heeft u hierbij? (Kunt u een voorbeeld noemen?) • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden?	• Volgens onderzoek is het bevorderen van zelfmanagement belangrijk om goede zorg te blijven verlenen, hoe denkt u daar over? • Ervaart u moeite in het bevorderen van zelfmanagement van de cliënt? • Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u in het bevorderen van het zelfmanagement van de cliënt? • Wanneer ervaart u deze moeite? (op welk moment van de dag)

		• Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? • Wat heeft u nodig om ervoor te zorgen dat de cliënt zoveel mogelijk zelf doet (bijvoorbeeld, beslissingen nemen, zelf wassen in hoeverre dit mogelijk is)? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren om de cliënt zoveel mogelijk zelf te laten doen? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? • Wat heeft u nodig om het zelfmanagement van cliënten te bevorderen in toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren in het bevorderen van zelfmanagement van de cliënt? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
Communicatie		• Volgens onderzoek is communicatie (met collega's en cliënten) belangrijk om goede zorg te blijven verlenen, hoe denkt u daar over? • Heeft u moeite in de communicatie met collega's en cliënten? • Zo ja: • Welke moeite heeft u in de communicatie (Kunt u een voorbeeld noemen?) • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? • Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? • Wat heeft u nodig om goed te communiceren met collega's?	• Volgens onderzoek is communicatie (met collega's en cliënten) belangrijk om goede zorg te blijven verlenen, hoe denkt u daar over? • Ervaart u moeite in de communicatie met collega's en cliënten? • Zo ja: • Wat voor moeite ervaart u in de communicatie? • Wanneer ervaart u deze moeite? (op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite? • Wat heeft u nodig op het gebied van communicatie met collega's?

		• Wat heeft u nodig om goed te communiceren met cliënten? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren in de communicatie met collega's en cliënten? • Zo ja, waaraan merkt u dat? <i>Bijvoorbeeld overleggen, mondelinge overdracht, luisteren, vragen stellen.</i>	• Wat heeft u nodig op het gebied van communicatie met de cliënten? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren in de communicatie met collega's en cliënten? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
Bezetting		• Volgens onderzoek is het aantal zorgverleners wat ingezet wordt van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hier over? • Wat vindt u van het aantal zorgverleners per dienst? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor u de zorg minder goed kan geven? • Was dit een aantal jaar geleden anders? • Zou u hier iets in veranderd willen zien om moeilijkere en zwaardere zorg te geven?	• Volgens onderzoek is de bezetting van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hierover? • Hoe vindt u de bezetting van het personeel in relatie tot de complexiteit van zorg en zorgzwaarte? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor het verlenen van goede zorg wordt belemmerd? • Wat is er anders dan voorheen? • Zou u hierin iets veranderd willen zien?
Opleidingsniveau/ functie		• Volgens onderzoek is het niveau en functie van de zorgverlener van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hier over? • Wat vindt u van de niveaus die ingezet worden per dienst? • Wat vindt u van de verdeling? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor u de zorg minder goed kan geven? • Was dit een aantal jaar geleden anders? • Zou u hier iets in veranderd willen zien om moeilijkere en zwaardere zorg te geven?	• Volgens onderzoek is het niveau en functie van de zorgverlener van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hier over? • Hoe vindt u de niveauverdeling in relatie tot de complexiteit van zorg en zorgzwaarte? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor het verlenen van goede zorg wordt belemmerd? • Wat is er anders dan voorheen? • Zou u hierin iets veranderd willen zien?
Technologie		• Volgens onderzoek is het gebruik van technologische hulpmiddelen (zoals laptops,	• Volgens onderzoek is het gebruik van technologische hulpmiddelen van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hier over?

		tablet, telefoon en piepers) van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hier over? • Welke van deze hulpmiddelen worden gebruikt? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor u de zorg minder goed kan geven? • Was dit een aantal jaar geleden anders? • Zou u hier iets in veranderd willen zien om moeilijkere en zwaardere zorg te geven?	• Welke technologische hulpmiddelen worden gebruikt? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor het verlenen van goede zorg wordt belemmerd? • Wat is er anders dan voorheen? • Wat heeft u nodig aan technologische hulpmiddelen om aan de complexiteit van zorg en zorgzwaarte te voldoen?
--	--	--	---

Afsluiting

Wij hebben alle vragen gesteld die wij wilden stellen. Heeft u zelf nog iets toe te voegen aan het gesprek?

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking aan ons afstudeeronderzoek.

Gebruikte bron:

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

Meer, van der. J & Stehouwer, C.D.A. (2005). *Interne geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 7 maart 2016, van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Oudegeneer%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Bijlage 3 Verbeterde topiclijst

Introductie

Allereerst willen wij u **bedanken** voor uw medewerking aan dit interview. Het interview zal gaan over de **toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte** (het zwaarder en moeilijker worden van de zorg). **Wij willen graag van u weten of u moeite ervaart, waarin u moeite ervaart en wat u denkt nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen aan deze cliënten.** De gegevens uit het interview zullen worden verwerkt in het onderzoeksverslag en worden meegenomen in de eindpresentatie. Uw gegevens blijven **anoniem**, wat betekent dat uw naam niet genoemd wordt in het onderzoek en ook niet te herleiden zal zijn. Het interview zal ongeveer **45 minuten** duren. Om de informatie uit het interview mee te kunnen nemen in het onderzoek is het nodig dat wij het interview **opnemen**. Gaat u hiermee akkoord? Heeft u verder nog vragen? Zou u eerst een aantal **persoonlijke gegevens** op papier willen invullen? (Overhandigen papier)

Topic	Subtopic	Interviewvragen	
Eerst zullen wij een aantal vragen stellen over de goede zorg en de complexiteit van zorg en zorgzwaarte in het algemeen.			
Goede zorg		• Wanneer denkt u dat de zorg die u geeft goed is? • Kunt u een voorbeeld geven wanneer u denkt dat u goede zorg geeft?	• Wat verstaat u onder goede zorg?
Complexiteit van zorg en zorgzwaarte	Algemeen	• Merkt u dat de zorg voor de cliënten zwaarder en moeilijker wordt? • Zo ja, waar merkt u dat aan? • Als u kijkt naar het zwaarder en moeilijker worden van de zorg. Zijn er dingen waar u moeite mee heeft? / Waarin denkt u nog wat te kunnen leren om goede zorg te blijven geven? • Wat houdt deze moeite precies in? • Op welke momenten ervaart u deze moeite? • Vanaf wanneer heeft u deze moeite? • Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? • Op welke plek ervaart u deze moeite? • Wat denkt u dat de reden is van deze moeite? • Wat denkt u nodig te hebben om goede zorg te blijven geven?	• Ervaart u een toenemende zorgzwaarte en een toenemende complexiteit van zorg? • Zo ja, waar merkt u dat aan? • Als u kijkt naar toenemende zorgzwaarte en complexiteit van zorg. Zijn er dingen waar u moeite mee heeft? / Waarin denkt u nog wat te kunnen leren om goede zorg te blijven verlenen? • Wat houdt deze moeite precies in? • Wanneer ervaart u deze moeite? (Op welk moment van de dag) • Sinds wanneer merkt u dat deze moeite bij u is ontstaan? • Wat is er anders dan voorheen? • Waar ervaart u deze moeite? (Plaats) • Wat denkt u dat de oorzaak is van deze moeite?

		• Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren met de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Wat denkt u nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
De zorg aan de cliënt kan verleend worden op vier gebieden, namelijk op lichamelijk, psychisch, sociaal en functioneel gebied. Wij zullen bij elk gebied een aantal vragen stellen om zo na te gaan waar volgens u de moeiten zich bevinden. De volgende vragen gaan over de zorg op lichamelijke gebied van de cliënt. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
Probleemanalyse	Lichamelijk gebied	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het lichamelijke gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, welke moeite heeft u in het geven van zorg op lichamelijk gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? (Kunt u een voorbeeld noemen?) <i>Doorvragen: moeite helder krijgen</i> • Zijn er nog meer dingen op het lichamelijke gebied waar bij u moeite merkt als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg?	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het lichamelijke gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, wat voor moeite ervaart u op lichamelijk gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? <i>Doorvragen: moeite helder krijgen</i> • Zijn er nog meer aspecten op het lichamelijke gebied waarbij u moeite ervaart ten gevolge van de zwaardere en complexere zorg?
De volgende vragen gaan over de zorg op het psychische gebied van de cliënt. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
	Psychisch gebied	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het psychische gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, welke moeite heeft u in het geven van zorg op psychisch gebied/psychische problemen als	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het psychische gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg?

		gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? (Kunt u een voorbeeld noemen?) • Zijn er nog meer dingen op het psychische gebied waarbij u moeite merkt als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg?	• Zo ja, wat voor moeite ervaart u op psychisch gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zijn er nog meer aspecten op het psychische gebied waarbij u moeite ervaart ten gevolge van de zwaardere en complexere zorg?
De volgende vragen gaan over de zorg op het sociale gebied van de cliënt. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
	Sociaal gebied	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het sociale gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, welke moeite heeft u in het geven van zorg op sociaal gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? (Kunt u een voorbeeld noemen?) • Zijn er nog meer dingen op het sociale gebied waar bij u moeite merkt als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg?	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het sociale gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, wat voor moeite ervaart u op sociaal gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zijn er nog meer aspecten op het sociale gebied waarbij u moeite ervaart ten gevolge van de zwaardere en complexere zorg?
De volgende vragen gaan over de zorg op het functionele gebied van de cliënt. Een functioneel probleem is het gevolg van psychische, somatische en sociale problemen (Meer, van der. & Stehouwer, 2005). Bijvoorbeeld de cliënt is minder mobiel en daardoor minder zelfredzaam. Voordat wij deze vragen gaan stellen, hebben wij een papier waarop staat welke problemen van de cliënt vallen onder dit gebied. Zou u deze problemen door willen lezen? Dan zullen wij daarna een aantal vragen stellen over dit gebied.			
	Functioneel gebied	• Heeft u moeite met het geven van de zorg op één van deze problemen die behoren tot het functionele gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, welke moeite heeft u in het geven van zorg op functioneel gebied als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? (Kunt u een voorbeeld noemen?)	• Ervaart u moeite in het verlenen van zorg op één van deze problemen die behoren tot het functionele gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, wat voor moeite ervaart u op functioneel gebied ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg?

		Zijn er nog meer dingen op het functionele gebied waar bij u moeite merkt als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg?	Zijn er nog meer aspecten op het functionele gebied waarbij u moeite ervaart ten gevolge van de zwaardere en complexere zorg?
<i>De problemen/moeiten die zij ervaren onthouden/opschrijven en hier opnieuw benoemen.</i>			
	Algemeen	- Op welke momenten ervaart u deze moeiten? - Vanaf wanneer heeft u deze moeiten? - Wat is er anders dan een aantal jaar geleden? - Op welke plek(ken) ervaart u deze moeiten? - Wat denkt u dat de reden of wat de redenen zijn van deze moeiten? - Merkt u dat andere zorgverleners dezelfde moeiten ervaren? Zo ja, waaraan merkt u dat? - Merkt u dat andere zorgverleners andere moeiten ervaren? Zo ja, waaraan merkt u dat?	- Wanneer ervaart u deze moeiten? (op welk moment van de dag) - Sinds wanneer merkt u dat deze moeiten bij u zijn ontstaan? - Wat is er anders dan voorheen? - Waar ervaart u deze moeiten? (plaats) - Wat denkt u dat de oorzaak is of wat de oorzaken zijn van deze moeiten? - Merkt u dat andere zorgverleners dezelfde moeiten ervaren? Zo ja, waaraan merkt u dat? - Merkt u dat andere zorgverleners andere moeiten ervaren? Zo ja, waaraan merkt u dat?
Benodigheden zorgverleners	Kennis	- Wat moet u, volgens uzelf, weten om goede zorg te blijven geven aan cliënten met een zwaardere en moeilijkere zorgvraag? - Hoe denkt u hieraan te komen? <i>Bij geen moeite: welke kennis heeft en gebruikt u nu om goede zorg te geven aan cliënten met een zwaardere en moeilijkere zorgvraag?</i>	- Welke kennis denkt uzelf nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een zwaardere en complexere zorgvraag? - Hoe denkt u hieraan te komen? <i>Bij geen moeite: Welke kennis heeft en gebruikt u nu om goede verlenen aan cliënten met een toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg?</i>
	Houding	- Hoe denkt u dat u zich het beste kan opstellen/gedragen in het geven van de zorg aan cliënten met een zwaardere en moeilijkere zorgvraag? - Hoe denkt u hieraan te komen? <i>Bij geen moeite: welke houding heeft u nu om goede zorg te geven aan cliënten met een zwaardere en moeilijkere zorgvraag?</i>	- Welke houding denkt u nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een zwaardere en complexere zorgvraag? - Hoe denkt u hieraan te komen? <i>Bij geen moeite: Welke houding heeft u nu om goede verlenen aan cliënten met een toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg?</i>

	Vaardigheid en	• Wat moet u kunnen om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een zwaardere en moeilijkere zorgvraag? • Hoe denkt u hieraan te komen? <i>Bij geen moeite: welke vaardigheden heeft en gebruikt u nu om goede zorg te geven aan cliënten met een zwaardere en moeilijkere zorgvraag?</i>	• Welke vaardigheden denkt u nodig te hebben om goede zorg te blijven verlenen aan cliënten met een zwaardere en complexere zorgvraag? • Hoe denkt u hieraan te komen? <i>Bij geen moeite: Welke vaardigheden heeft en gebruikt u nu om goede verlenen aan cliënten met een toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg?</i>
De volgende topics zijn volgens de literatuur nodig om goede zorg te verlenen aan cliënten met toenemende complexiteit en zorgzwaarte en wij zouden graag van u vernemen of u ook vindt dat u dat nodig heeft om goede zorg te blijven verlenen.			
Benodigdheden vanuit de literatuur	Samenwerken	• Volgens onderzoek is samenwerken belangrijk om goede zorg te blijven verlenen bij zwaardere en moeilijkere zorg, hoe denkt u daar over? • Heeft u meer moeite in het samenwerken met collega's en disciplines sinds de zwaardere en moeilijkere zorgvraag? • Zo ja, welke moeite heeft u in de samenwerking met collega's en disciplines?(Kunt u een voorbeeld noemen?) <i>Doorvragen: sinds wanneer, wanneer en waar komt het voor, reden/oorzaak.</i> • Wat heeft u nog nodig om samen te werken met collega's bij moeilijkere en zwaardere zorg? • Wat heeft u nog nodig om samen te werken met andere disciplines bij moeilijkere en zwaardere zorg? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren bij het samenwerken met collega's en disciplines als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Volgens onderzoek is samenwerken belangrijk om goede zorg te blijven verlenen bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg, hoe denkt u daar over? • Ervaart u meer moeite in de samenwerking met collega's en disciplines sinds de toegenomen zorgzwaarte en complexere zorgvraag? • Zo ja, wat voor moeite ervaart u in de samenwerking? <i>Doorvragen: sinds wanneer, wanneer en waar komt het voor, reden/oorzaak.</i> • Wat heeft u nog nodig om bij toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte samen te werken met collega's? • Wat heeft u nog nodig om bij toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte samen te werken met andere disciplines? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren bij het samenwerken met collega's en disciplines ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg?

			• Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Zelfmanag ement	• Volgens onderzoek is het nodig dat de cliënt zoveel mogelijk zelf doet bij zwaardere en moeilijker zorg, hoe denkt u daar over? • Heeft u moeite om de cliënt met een zwaardere en moeilijker zorgvraag zoveel mogelijk zelf te laten doen? Zo ja, welke moeite heeft u hierbij? (Kunt u een voorbeeld noemen?) <i>Doorvragen: sinds wanneer, wanneer en waar komt het voor, reden/oorzaak.</i> • Wat heeft u nodig om ervoor te zorgen dat de cliënt zoveel mogelijk zelf doet bij zwaardere en moeilijker zorg? (bijvoorbeeld, beslissingen nemen, zelf wassen in hoeverre dit mogelijk is)? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren om de cliënt zoveel mogelijk zelf te laten doen als gevolg van de zwaardere en moeilijker zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	• Volgens onderzoek is het bevorderen van zelfmanagement belangrijk om goede zorg te blijven verlenen bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg, hoe denkt u daar over? • Ervaart u moeite in het bevorderen van zelfmanagement van de cliënt met een toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, wat voor moeite ervaart u in het bevorderen van het zelfmanagement van de cliënt? <i>Doorvragen: sinds wanneer, wanneer en waar komt het voor, reden/oorzaak.</i> • Wat heeft u nodig om het zelfmanagement van cliënten te bevorderen in toenemende complexiteit van zorg en zorgzwaarte? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren in het bevorderen van zelfmanagement van de cliënt ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Communic atie	• Volgens onderzoek is communicatie (met collega's en cliënten) belangrijk om goede zorg te blijven verlenen bij zwaardere en moeilijker zorg, hoe denkt u daar over? • Heeft u moeite in de communicatie met collega's en cliënten nu de zorg zwaarder en moeilijker wordt? • Zo ja, welke moeite heeft u in de communicatie (Kunt u een voorbeeld noemen?)	• Volgens onderzoek is communicatie (met collega's en cliënten) belangrijk om goede zorg te blijven verlenen bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg, hoe denkt u daar over? • Ervaart u moeite in de communicatie met collega's en cliënten nu de zorgzwaarte en complexiteit van zorg toeneemt? • Zo ja, wat voor moeite ervaart u in de communicatie?

		<i>Doelvragen: sinds wanneer, wanneer en waar komt het voor, reden/oorzaak.</i> • Wat heeft u nodig om goed te communiceren met collega's bij zwaardere en moeilijkere zorg? • Wat heeft u nodig om goed te communiceren met cliënten bij zwaardere en moeilijkere zorg? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren in de communicatie met collega's en cliënten als gevolg van de zwaardere en moeilijkere zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?	<i>Doelvragen: sinds wanneer, wanneer en waar komt het voor, reden/oorzaak.</i> • Wat heeft u nodig op het gebied van communicatie met collega's bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Wat heeft u nodig op het gebied van communicatie met de cliënten bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Hoe denkt u hieraan te komen? • Merkt u dat andere zorgverleners moeite ervaren in de communicatie met collega's en cliënten ten gevolge van de toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg? • Zo ja, waaraan merkt u dat?
	Bezetting	• Volgens onderzoek is het aantal zorgverleners wat ingezet wordt bij de zwaardere en moeilijkere zorg van invloed op het geven van goede zorg, hoe denkt u hier over? • Wat vindt u van het aantal zorgverleners per dienst nu de zorg zwaarder en moeilijker is/ wordt? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor u de zorg minder goed kan geven? • Was dit een aantal jaar geleden anders? • Zou u hier iets in veranderd willen zien om moeilijkere en zwaardere zorg te geven?	• Volgens onderzoek is de bezetting van invloed op het geven van goede zorg bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg, hoe denkt u hierover? • Hoe vindt u de bezetting van het personeel in relatie tot de complexiteit van zorg en zorgzwaarte? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor het verlenen van goede zorg wordt belemmerd? • Wat is er anders dan voorheen? • Zou u hierin iets veranderd willen zien?
	Opleidings niveau/functie	• Volgens onderzoek is het niveau en functie van de zorgverlener van invloed op het geven van goede zorg bij de zwaardere en moeilijkere zorg, hoe denkt u hier over?	• Volgens onderzoek is het niveau en functie van de zorgverlener van invloed op het geven van goede zorg bij toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg, hoe denkt u hier over? • Hoe vindt u de niveauverdeling in relatie tot de complexiteit van zorg en zorgzwaarte?

		• Wat vindt u van de niveaus die ingezet worden per dienst nu de zorg zwaarder en moeilijker is/ wordt? • Wat vindt u van de verdeling? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor u de zorg minder goed kan geven? • Was dit een aantal jaar geleden anders? • Zou u hier iets in veranderd willen zien om moeilijkere en zwaardere zorg te geven?	• Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor het verlenen van goede zorg wordt belemmerd? • Wat is er anders dan voorheen? • Zou u hierin iets veranderd willen zien?
	Technologische	• Volgens onderzoek is het gebruik van technologische hulpmiddelen (zoals laptops, tablet, telefoon en piepers) van invloed op het geven van goede zorg aan cliënten met zwaardere en moeilijkere zorg, hoe denkt u hier over? • Welke van deze hulpmiddelen worden gebruikt? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor u de zorg minder goed kan geven? • Was dit een aantal jaar geleden anders? • Zou u hier iets in veranderd willen zien om moeilijkere en zwaardere zorg te geven?	• Volgens onderzoek is het gebruik van technologische hulpmiddelen van invloed op het geven van goede zorg aan cliënten met toegenomen zorgzwaarte en complexiteit van zorg, hoe denkt u hier over? • Welke technologische hulpmiddelen worden gebruikt? • Doen zich hierin weleens problemen voor waardoor het verlenen van goede zorg wordt belemmerd? • Wat is er anders dan voorheen? • Wat heeft u nodig aan technologische hulpmiddelen om aan de complexiteit van zorg en zorgzwaarte te voldoen?

Afsluiting

Wij hebben alle vragen gesteld die wij wilden stellen. Heeft u zelf nog iets toe te voegen aan het gesprek?

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking aan ons afstudeeronderzoek.

Gebruikte bronnen:

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

Meer, van der. J & Stehouwer, C.D.A. (2005). *Interne geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 7 maart 2016, van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Oudegeneer%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Bijlage 4 E-mails uitnodiging interview

E-mail 1 Uitleg interview

Beste medewerkers,

Wij doen een afstudeeronderzoek binnen woonzorgcentrum X over de zorg die complexer (zwaarder) wordt in het verzorgingshuis. Voor dit afstudeeronderzoek gaan wij interviews houden onder jullie als zorgverleners. Op deze manier hopen wij te weten te komen wat jullie nodig hebben in de zorgverlening aan cliënten met een complexe zorgvraag.

De interviews zullen gehouden worden onder een deel van de zorgverleners van team 1 en team 2. Er worden willekeurig een aantal zorgverleners gekozen. In totaal worden er ongeveer 12 zorgverleners geïnterviewd. Dit betekent dat niet iedereen een uitnodiging krijgt om deel te nemen. De gekozen zorgverleners krijgen via de e-mail een persoonlijke uitnodiging om deel te nemen aan het interview. Wanneer u deze uitnodiging ontvangt zouden wij het fijn vinden als u mee wilt werken. U bent overigens niet verplicht. De interviews zullen anoniem worden verwerkt.

Wij hopen u zo voldoende geïnformeerd te hebben. Wanneer er nog vragen zijn kan er contact worden opgenomen met [naam], [naam] en [naam].

Met vriendelijke groet,

Gerdie Boers, Jorien Oonk-Houwers, Wilma Put en Yvonne Rosendaal

4e jaars hbo-verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE)

E-mail 2 Uitnodiging interview

Beste medewerker,

Zoals in de vorige mail is benoemd gaan wij interviews houden onder jullie als zorgverleners om zo antwoord te krijgen op de vraag wat jullie nodig hebben in de zorgverlening aan cliënten met een complexe (zwaardere) zorgvraag. Wij hebben willekeurig een aantal zorgverleners gekozen, waar u er één van bent. Hierbij willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan het interview. Het interview zal ongeveer 45 minuten duren. U bent niet verplicht, maar wij zouden het wel op prijs stellen als u mee wilt werken. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Dit houdt in dat uw naam niet genoemd wordt in het onderzoeksverslag.

Wij willen de interviews graag houden op ... april. Wij horen graag welke mogelijkheden u heeft om deel te nemen aan het interview op deze dagen. Graag per dag benoemen of u beschikbaar bent en op welk tijdstip.

Wij horen graag uiterlijk ... april u mee wilt werken en op welke dagen u beschikbaar bent.

Met vriendelijke groet,

Gerdie Boers, Jorien Oonk-Houwers, Wilma Put en Yvonne Rosendaal 4e jaars hbo-verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE)

E-mail 3 Herhaling uitnodiging interview

Beste medewerker,

Hierbij nogmaals een uitnodiging om deel te nemen aan het interview in verband met de beperkte reacties die wij hebben ontvangen.

Zoals in de vorige mail is benoemd gaan wij interviews houden onder jullie als zorgverleners om zo antwoord te krijgen op de vraag wat jullie nodig hebben in de zorgverlening aan cliënten met een complexe (zwaardere) zorgvraag. Het interview zal ongeveer 45 minuten duren. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u mee wilt werken aan het interview, overigens bent u niet verplicht om deel te nemen. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Dit houdt in dat uw naam niet genoemd wordt in het onderzoeksverslag.

Wij horen graag zo spoedig mogelijk of u wel of niet mee wilt werken en op welke dagen en tijdstippen u beschikbaar bent in de periode van donderdag 21 april tot en met vrijdag 29 april.

Met vriendelijke groet,

Gerdie Boers, Jorien Oonk-Houwers, Wilma Put en Yvonne Rosendaal 4e jaars hbo-verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE)

E-mail 4 Uitnodiging interview overige medewerkers

Beste medewerker,

Zoals in de vorige mail is benoemd gaan wij interviews houden onder jullie als zorgverleners om zo antwoord te krijgen op de vraag wat jullie nodig hebben in de zorgverlening aan cliënten met een complexe (zwaardere) zorgvraag. Hierbij willen wij u uitnodigen om deel te nemen aan het interview. Het interview zal ongeveer 45 minuten duren. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u mee wilt werken aan het interview, overigens bent u niet verplicht om deel te nemen. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Dit houdt in dat uw naam niet genoemd wordt in het onderzoeksverslag.

Wij horen graag zo spoedig mogelijk of u wel of niet mee wilt werken en op welke dagen en tijdstippen u beschikbaar bent in de periode van donderdag 21 april tot en met vrijdag 29 april.

Met vriendelijke groet,

Gerdie Boers, Jorien Oonk-Houwers, Wilma Put en Yvonne Rosendaal 4e jaars hbo-verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE)

E-mail 5 Herhaling uitnodiging interview alle zorgverleners

Beste medewerker,

Hierbij nogmaals een uitnodiging om deel te nemen aan ons onderzoek over de toegenomen complexiteit van zorg en zorgzwaarte.

Tot nu toe hebben wij erg weinig medewerkers gevonden die bereid zijn mee te werken aan het interview. We hebben meer interviews nodig om goede aanbevelingen te kunnen geven aan de organisatie.

De organisatie zal deze aanbevelingen (bijvoorbeeld een scholing) gebruiken om u als zorgverlener te helpen in het verlenen van goede zorg nu de zorg complexer en zwaarder wordt.

Wij zouden graag 45 minuten met u willen praten over waar uw moeite zit in de verlening van de complexe zorg en wat u nodig heeft om uw moeite te verminderen.

Om goede aanbevelingen te kunnen geven is uw medewerking hierbij hard nodig.

Mogelijkheden voor ons om het interview te houden zijn vrijdag 29 april, zaterdag 30 april, maandag 2 mei en dinsdag 3 mei.

Wij hopen dat u er opnieuw over na wilt denken om toch mee te werken aan ons onderzoek. Wij zouden uw medewerking erg waarderen!
Wij hopen zo snel mogelijk een reactie van u te ontvangen.

Met vriendelijke groet,
Gerdie Boers, Jorien Oonk-Houwers, Wilma Put en Yvonne Rosendaal
4e jaars hbo-verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE)

Bijlage 5 Labelschema's interviews
Verwijderd vanwege privacyredenen.

Bijlage 6 Onderzoekslogboek

Week	Taak
6	Kennismaking groepsgenoten en begeleider CHE
7	Startgesprek woonzorgcentrum X: afbakening onderwerp Start plan van aanpak Terugkoppeling begeleider CHE over startgesprek X
8	Plan van aanpak: Elkaar feedback gegeven en verwerkt Plan van aanpak: Feedback verwerken van begeleider CHE
9	Gesprek begeleider CHE over plan van aanpak Plan van aanpak
10	Plan van aanpak: Feedback verwerkt van begeleider CHE Gesprek begeleider CHE over plan van aanpak Spellingscontrole plan van aanpak Bronnen literatuurstudie gezocht
11	Plan van aanpak Gesprek woonzorgcentrum X over plan van aanpak Bronnen literatuurstudie gezocht Bruikbare bronnen uitgezocht Start literatuurstudie
12	Literatuurstudie: Elkaar feedback gegeven en verwerkt Start topiclijst Plan van aanpak: Feedback verwerken begeleider CHE en beoordelaar CHE
13	Plan van aanpak Literatuurstudie Topiclijst Gesprek begeleider CHE
14	Literatuurstudie: Feedback verwerkt van begeleider CHE Plan van aanpak Start observatielijst Topiclijst
15	Topiclijst: Feedback verwerkt van begeleider CHE Literatuurstudie: Elkaar feedback gegeven en verwerkt Interviews plannen
16	Literatuurstudie Interviews plannen Gesprek woonzorgcentrum X over voortgang Twee proefinterviews gehouden en verwerkt Topiclijst aanpassen naar aanleiding van proefinterviews
17	Zorgverleners benaderen op afdeling Methode herzien Zeven interviews gehouden en uitgetypt Gesprek begeleider CHE over voortgang interviews Start labelen en coderen
18	Drie interviews gehouden en uitgetypt Labelen en coderen interviews Controleren labelen en coderen groepsgenoten Gesprek woonzorgcentrum X: Terugkoppeling interviews Resultaten: concepten uitwerken Start discussie

19	Resultaten terugkoppelen naar elkaar Discussie, conclusie, aanbevelingen afgerond Samenvatting geschreven Afronding onderzoeksverslag
20	Feedback verwerken van onafhankelijke lezer op het onderzoeksverslag Opsturen onderzoeksverslag naar begeleider CHE en de opdrachtgever voor feedback Start met het verwerken van feedback op het onderzoeksverslag
21	Verwerken van feedback op het onderzoeksverslag
22	Opsturen van het onderzoeksverslag naar de begeleider van de CHE voor feedback Verwerken van de verkregen feedback op het onderzoeksverslag Gesprek met begeleider van CHE over het onderzoek

Bijlage 7 Groepsopdracht 'Verhinderingen in tijd helder krijgen'

Benodigdheden: een flap-over of whiteboard, stiften en drie stickers per teamlid

Werkwijze:

- Verdeel de flap-over of het whiteboard in twee delen.
- Brainstorm als team over de volgende vragen en schrijf in het eerste deel van de flap-over/whiteboard de kernantwoorden op:
 1. Wat vind jij echt belangrijk in de zorg voor de cliënten?
 2. Wat heeft volgens jou de prioriteit(en) tijdens een dienst?
- Brainstorm vervolgens als team over de volgende vragen en schrijf in het tweede deel van de flap-over/whiteboard de kernantwoorden op:
 1. Wat kost veel meer tijd dan nodig is?
 2. Welke verhinderingen ervaar jij, als het om tijd gaat, wanneer jij aan het werk bent?
- Deel drie stickers uit per teamlid. Elk teamlid mag deze plakken bij één of meerdere verhinderingen waar hij of zij last van heeft.
- Kijk vervolgens bij welke drie verhinderingen het team de meeste moeite ervaart door het aantal stickers te tellen achter de verhinderingen.
- Bespreek daarna welke verhindering op korte termijn aangepakt kan worden en ga hiermee aan de slag.
- Maak een duidelijk plan van aanpak met afspraken over wie wat gaat doen en rapporteer/notuleer dit.

(Verbeek, 2014; Verbeek, z.d.)

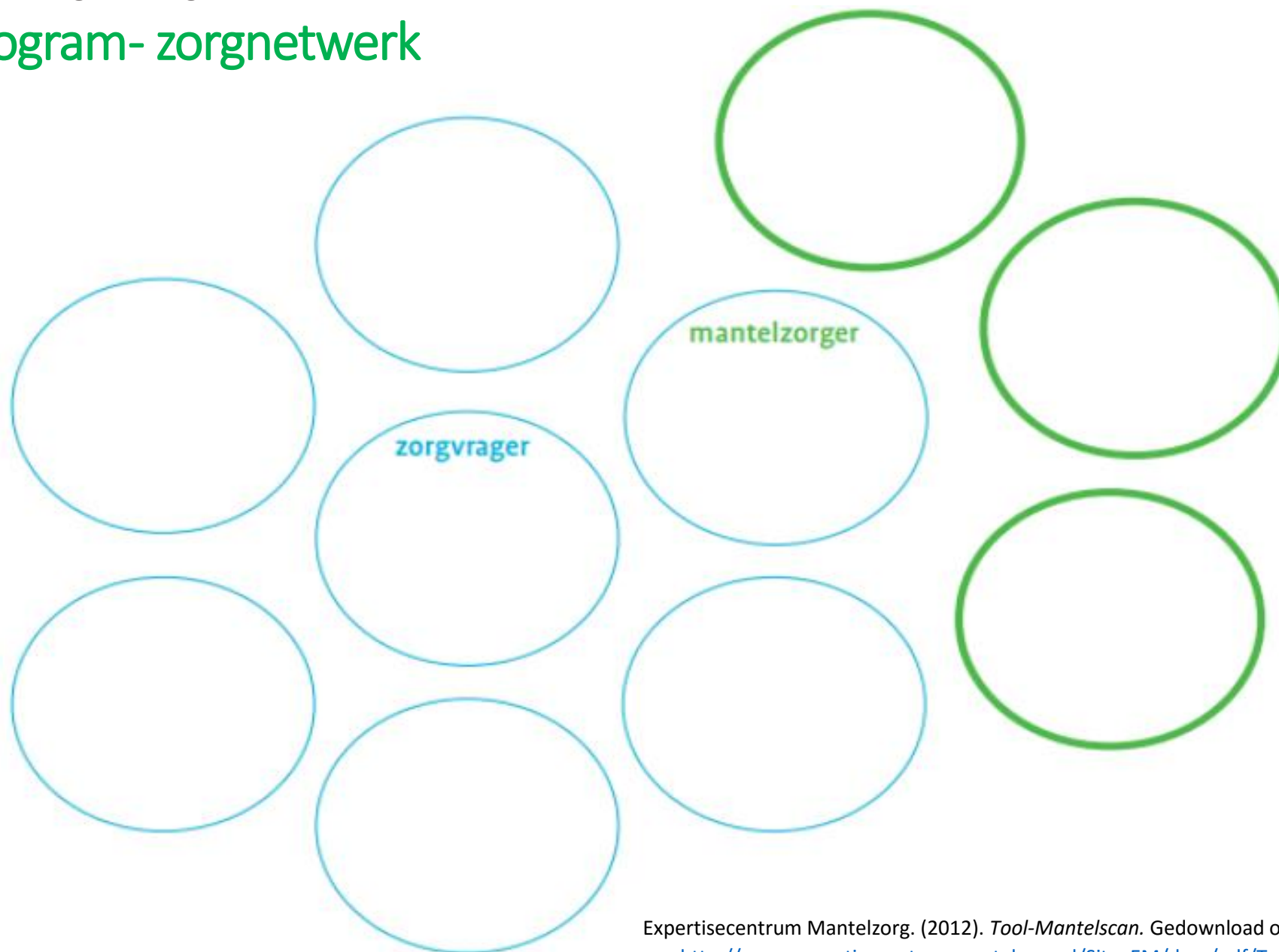
Geraadpleegde literatuur

Verbeek, G. (2014). *Handleiding voor zorgpraktijk en onderwijs: vaardig omgaan met tijd voor zorg*. Gedownload op 11 mei 2016, van <http://artemea.nl/media/pub-2014-08-01.pdf>

Verbeek, G. (z.d.). *Tijdwijzer in zorg: Hoe werken we (beter) met onze tijd?* Gedownload op 11 mei 2016, van http://www.innovatiefinwerk.nl/sites/innovatiefinwerk.nl/files/field/bijlage/brochure_3.pdf

Bijlage 8 Ecogram – zorgnetwerk

Ecogram- zorgnetwerk



Bijlage 9 Handreiking bij invullen ecogram

De Mantelscan is een meetinstrument. Het ecogram uit dit meetstrument is helpend om samen met de cliënt en mantelzorger(s) het zorgnetwerk van de cliënt in kaart te brengen. Deze kan worden gebruikt tijdens het intake gesprek.

- Schrijf in de verschillende blauwe cirkels de betrokken personen rondom de cliënt (bijvoorbeeld partner, broer/zus, kind of zorgverlener) en schrijf in de groene cirkels de betrokken personen rondom de mantelzorger.
- Bespreek met de cliënt en mantelzorger wat de cliënt zelf kan doen en beschrijf dit in het ecogram bij de cirkel van de zorgvrager;
- Bespreek welke taken nog uitgevoerd moeten/kunnen worden door betrokkenen en noteer deze op kladpapier;
- Bespreek welke taken de betrokken personen (die al ingevuld zijn in het ecogram) uitvoeren en mogelijk nog kunnen gaan uitvoeren. Beschrijf deze taken in de desbetreffende cirkels;
- Gemaakte afspraken tijdens het invullen van het ecogram worden gerapporteerd. (Kruijswijk, 2012)

Geraadpleegde literatuur

Kruijswijk, W. (2012). *Handreiking Mantelscan*. Gedownload op 10 mei 2016, van http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Handreiking_mantelscan.pdf