

16 JANUARI, 2017



POSITIEVE GEZONDHEID IN DE WIJKVERPLEGING

VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

SEBASTIAAN BOSMAN (534333)
ALI SHAFIEI (511094)

Projectcode: 1617_1VERPL_05

Verpleegkunde

Opdrachtgever:	Dr. M. van Eijken.	(TVN-Zorgt)
Docentbegeleider:	Mw. S. Sleijster M-HCSW	(Hogeschool van Arnhem en Nijmegen)
Examinator:	Dhr. A. J. J. Zeegers MA	(Hogeschool van Arnhem en Nijmegen)

Colofon

Titel:	Positieve gezondheid in de wijkverpleging. Van theorie naar praktijk. Het projectverslag
Projectcode:	1617_1VERPL_05
Studentonderzoekers	Dhr. S. Bosman 534333 (studentnummer) S.bosman2@student.han.nl Dhr. A. Shafiei 511094 (studentnummer) A.shafiei@student.han.nl
Docentbegeleider	Mw. S. Sleijster M-HCSW Docent deelopleiding HBO-V Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 Saskia.Sleijster@han.nl
Lector	Dr. R. van der Sande Lector Lectoraat Eerstelijnszorg Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 Rob.vanderSande@han.nl
Opdrachtgever	Dr. M. van Eijken Directeur TVN-Zorgt Sint Annastraat 198A, 6525 GX Nijmegen 024 354 0608 info@gezond-op-maat.nl
Initiatiefnemer/ Begeleider vanuit TVN-Zorgt	Mw. M. van Mook Wijkverpleegkundige TVN-Zorgt Sint Annastraat 198A, 6525 GX Nijmegen 024 354 0608 / 06-38308300 info@gezond-op-maat.nl
Examinator	Dhr. A.J.J. Zeegers MA Docent HBO-V Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 Fon.Zeegers@han.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Inleiding	6
1.1 Probleemstelling:	8
1.2 Onderzoeksvragen	8
1.3 Doelstellingen	8
1.4 Leeswijzer	8
Theoretisch kader	9
2.1 Zoekstrategie	9
2.2 Kwetsbaarheid bij ouderen	9
2.3 De nieuwe definitie van gezondheid: 'Positieve gezondheid'	10
2.4 Het scoringsinstrument voor positieve gezondheid.	11
2.5 Verpleegkundige competenties	12
2.6 Verpleegkundige relevantie	12
Methode van onderzoek	14
3.1 Onderzoeksdesign	14
3.2 Populatie en steekproef	14
3.3 Wijze van dataverzameling	16
3.4 Wijze van data-analyse	17
3.5 Kwaliteitseisen	18
3.5.1 Validiteit/geldigheid	18
3.5.2 Betrouwbaarheid/plausibiliteit	18
3.5.3 Gedragscode	19
3.5.4 Informed Consent	19
Resultaten	20
4.1 Populatie	20
Non-respons	21
4.2 Resultaten op basis van categorieën	21
4.2.1 Kennis	21

4.2.2 Vaardigheden	23
4.2.3 Attitude.....	27
4.2.4 Scoringsinstrument.....	30
4.2.5 Overige, belangrijke informatie over het concept.....	34
Discussie.....	39
5.1 Hoofdvraag 1	39
5.1.1 Kennis.....	39
5.1.2 Vaardigheden	40
5.1.3 Attitude.....	41
5.2 Hoofdvraag 2.....	42
5.3 Relevantie van de resultaten.....	42
5.4 Beperkingen	43
Conclusie.....	45
Aanbevelingen	47
H7.1 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk	47
H7.2 Aanbevelingen voor het onderwijs	48
H7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48
Literatuurlijst.....	49
Bijlage 1: Aspecten van positieve gezondheid	52
Bijlage 2: Zoekstrategieën	53
Bijlage 3: Evidencetabel.....	59
Bijlage 4: Topiclist	62
Bijlage 5: Voorbeeld data-analyse	64
Bijlage 6: Gedragscode.....	67
Bijlage 7: 'Informed Consent'-formulier	69

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Positieve Gezondheid in de wijkverpleging, van theorie naar praktijk'. In dit verslag worden de resultaten van het onderzoek kenbaar gemaakt.

Het onderzoek is uitgevoerd door Sebastiaan Bosman en Ali Shafiei in opdracht van TVN-Zorgt, een coöperatie van zelfstandige zorgondernemers. Vooraf willen wij graag alle betrokken begeleiders bedanken voor hun wijsheid die zij met ons hebben gedeeld en de tijd die zij in de begeleiding hebben gestoken. Deze mensen zijn:

Mw. S. Sleijster M-HCSW, docentbegeleider. Voor alle keren dat wij binnen konden komen om vragen te stellen en de feedback waardoor wij weer verder konden.

Mw. M. van Mook, initiatiefnemer en begeleider vanuit TVN-Zorgt. Voor de interessante opdracht waar wij veel van hebben geleerd en alle feedback en momenten dat wij konden aankloppen als we het even niet meer wisten.

Dhr. Dr. R. van der Sande, lector. Voor de sturing in het begin waardoor wij wisten hoe we het onderzoek goed konden vormgeven.

Alle respondenten die wij mochten interviewen. Zonder hun waardevolle input was het niet mogelijk geweest om dit verslag te schrijven.

Het onderzoek is door ons met plezier uitgevoerd en wij hebben er veel van kunnen leren. Allereerst hebben wij veel kennis opgedaan van het nieuwe concept van positieve gezondheid. Daarnaast hebben wij vaardigheden ontwikkeld in het uitvoeren van een onderzoek. Tot slot hebben wij ook veel geleerd in het samenwerken met elkaar, wat een zeer succesvolle ervaring was.

Wij wensen u veel leesplezier.

Sebastiaan Bosman & Ali Shafiei
Nijmegen, januari 2017

Samenvatting

Doel: In 2011 is een nieuwe definitie van gezondheid bedacht door Huber et al. (2011). Vervolgens is er voor positieve gezondheid ook een scoringsinstrument ontwikkeld dat in oktober 2016 beschikbaar is gesteld.

Positieve gezondheid is een concept, volop in de belangstelling en ontwikkeling en nog weinig toegepast in de wijkverpleegkundige praktijk. Coöperatie TVN-Zorgt te Nijmegen wil hiermee werken, omdat zij verwachten dat dit concept mee kan helpen om de groeiende groep kwetsbare ouderen in de wijk op een verantwoorde manier te kunnen blijven verplegen, begeleiden en waar nodig te verzorgen. De zelfstandige wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt willen binnenkort ook praktisch aan de slag gaan met het scoringsinstrument voor positieve gezondheid, maar weten niet precies hoe en wanneer het scoringsinstrument toegepast kan worden bij kwetsbare ouderen. Omdat er in de literatuur nog niets beschreven is over de benodigde competenties (te verdelen in kennis, vaardigheden en attitude) is het doel van dit onderzoek om hierachter te komen. Daarnaast heeft dit onderzoek zich erop gericht om erachter te komen hoe en wanneer het instrument toegepast kan worden.

Methode: Om antwoorden te krijgen op de twee hoofdvragen is een kwalitatieve studie met expertinterviews (n=5) uitgevoerd. De data uit deze interviews zijn vervolgens getranscribeerd en geanalyseerd middels categorieën.

Resultaten: Uit de interviews zijn verschillende hoofdthema's gedestilleerd voor de competenties kennis, vaardigheden en attitude. De respondenten benoemden acht hoofdthema's voor kennis, waaronder doelgroep, salutogenese en netwerk/sociale kaart. Veertien hoofdthema's werden benoemd voor vaardigheden, waaronder motivational interviewing, shared decision making en samenwerking met andere disciplines. Tien hoofdthema's voor attitude, waaronder open houding/breed kijken, zelfregie intact houden en denken in kansen. Daarnaast zijn er vijftien hoofdthema's gedestilleerd over het scoringsinstrument, zoals scoring, gesprekstool en inventariseren van de mogelijkheden van de cliënt.

Conclusie: Uit het onderzoek blijkt dat een wijkverpleegkundige een breed scala aan competenties dient te bezitten wil zij positieve gezondheid kunnen toepassen bij kwetsbare ouderen. Daarnaast kan het scoringsinstrument op verschillende manieren toegepast worden door een wijkverpleegkundige.

Keywords: Positieve Gezondheid, Competenties, Kwetsbare ouderen.

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland verandert continu. Zo is in 2015 de transitie gestart van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de nieuwe Jeugdwet (Zorgwijzer, 2014). In de overzichtsstudie 'Ouderen van de toekomst' (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014) wordt gezegd dat Nederland voor grote uitdagingen in de zorg voor ouderen staat. Dit komt onder andere door de vergrijzing en de stijgende zorgkosten. De vergrijzing hebben we te danken aan een goede gezondheidszorg en steeds betere leefomstandigheden (Stoeldraijer, Duin, & Janssen, 2012). Naast de normale vergrijzing treedt er ook dubbele vergrijzing op. Dubbele vergrijzing betekent dat het aantal 80-plussers onder de ouderen (65-plussers) groeit. Op 1 januari 2012 waren er 686.000 Nederlanders van 80 jaar en ouder, wat 4% van de bevolking besloeg. Door de dubbele vergrijzing wordt verwacht dat het aantal 65-plussers stijgt van 2,7 miljoen in 2012 naar 4,7 miljoen in 2041. Het aantal 80- tot 90-jarigen zal naar verwachting in dezelfde periode met 104% groeien en het aantal 90-plussers met 170%. In 2050 zal 40% van 65-plussers ouder zijn dan 80 jaar (BTSG, 2016). De trend van dubbele vergrijzing is al tientallen jaren aan de gang en is ook zichtbaar gemaakt door het CBS (z.d.). De dubbele vergrijzing zal multimorbiditeit met zich meebrengen (Schellevis, 2006). Dit is te zien bij de groep kwetsbare ouderen waarbij multimorbiditeit vaak aanwezig is.

Het ouder worden wordt geassocieerd met een verhoogd risico op functieverlies of kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid wordt in de literatuur beschreven als een groep waarneembare eigenschappen (fenotype) waarvoor nog geen internationale definitie bestaat (Clegg & Young, 2011). Kwetsbaarheid wordt verder toegelicht in het hoofdstuk 'Theoretisch kader'. Kwetsbare ouderen worden in de literatuur ook wel gezien als een groeiende groep ouderen die door een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en sociale tekorten kwetsbaar wordt voor ernstige gezondheidsproblemen, die kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, tot opname in een verzorgings- of verpleeginstelling of tot overlijden (Campen, 2011). Kwetsbaarheid gaat niet alleen over fysieke beperkingen bij ouderen, maar het bestaat uit meer, zoals mentale en sociale beperkingen. Kwetsbaarheid moet daarom ook gezien worden als een "conceptuele basis" om van een ziekte-gerelateerde benadering naar een benadering van gezondheid als integraal geheel te stappen (Bergman et al., 2004). Een meer integrale benadering behoeft een definitie van gezondheid die kijkt naar meer dan alleen het fysieke, psychische en sociaal welbevinden. De toename van het aantal ouderen zorgt ook voor een toenemende zorgvraag (Schumacher, 2015). Als de wijkverpleegkundigen deze toenemende vraag willen beantwoorden is een hervorming van de zorg noodzakelijk. Maatschappelijk gezien lijkt de tijd gunstig om deze hervormingen te maken naar positieve gezondheid aldus Boers & Huber (2015). Het uitgangspunt bij deze hervormingen is dat ouderen eigen regie over hun leven moeten krijgen en dat zelfredzaamheid belangrijk is (Doekhie et al., 2014).

In 2011 is de definitie van de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) herzien door experts. De definitie van de WHO luidt: 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en is niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek'. Deze definitie stimuleert medicalisering van de zorg (Louis Bolk Instituut, z.d.). Huber & Jung (2015) schrijven dat deze statische formulering van gezondheid als 'toestand' betekent dat vrijwel iedere patiënt doorlopend behandeling nodig heeft. Tevens schrijven zij dat de veerkracht van de mens, het menselijk vermogen om zich aan te passen en de mogelijkheid om met nieuwe situaties om te gaan met behulp van zelfmanagement niet worden aangesproken. Om zelfmanagement en het aanspreken van de veerkracht van de mens te bevorderen, is door de experts die de oude definitie hebben herzien een nieuwe definitie ontwikkeld. Deze definitie voor gezondheid is: 'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). Volgens het nieuwe gezondheidsconcept (positieve gezondheid), staat de mens centraal

en niet de ziekte. Ook wordt gekeken naar de mogelijkheden en niet de onmogelijkheden om zich aan te passen aan negatieve gebeurtenissen in het leven, ziekte of beperking. Verder is het essentieel dat mensen zelf de regie kunnen voeren over hun welbevinden. Het vermogen van zelfbeschikking wordt door zorgvragers heel relevant gevonden, aldus Huber, Vliet, Giezenberg, et al. (2016). Positieve gezondheid bestaat uit zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, spirituele-existentieel, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Deze zes dimensies kunnen met behulp van een scoringsinstrument bevraagd of ingevuld worden. Huber vertelt in een interview (ZonMW Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012) dat zij van mensen te horen heeft gekregen dat gezondheid veel aspecten heeft. Deze aspecten (bijlage 1) zijn terug te vinden in het scoringsinstrument voor positieve gezondheid. Het zijn de aspecten die de meest belangrijke effecten hebben op gezondheid. Dit is uit een grootschalig onderzoek gekomen van Huber, Vliet, Giezenberg, et al. (2016). Daarnaast noemt zij dat cliënten stellen dat gezondheid geen doel op zichzelf mag zijn, maar een middel zodat mensen een zinvol leven kunnen leiden en waar iedereen zijn eigen ding kan doen.

Zorgprofessionals staan in het hart van veranderingen die gaande zijn in de zorg. De veranderingen beginnen en eindigen bij deze zorgprofessionals. Om een goede verandering plaats te laten vinden moeten de zorgprofessionals de kans krijgen om te leren en om zich te ontwikkelen in relatie met zichzelf, het team, de organisatie, de cliënt en zijn naasten (Vilans, 2014).

Sommige instellingen en daarmee ook zorgprofessionals zijn bezig met het ontwikkelen en integreren van het toepassen van positieve gezondheid. TVN-Zorgt is een coöperatie van zelfstandige zorgondernemers, die verschillende diensten aanbiedt. Hierbij kan men denken aan: wijkverpleging en –verzorging, gespecialiseerde zorg voor cliënten met ALS of dementie, specialistische zorg bij palliatieve situaties, ambulante begeleiding, 1-uurszorg tot 24-uurszorg en andere zorg en ondersteuning (TVN-Zorgt, z.d.-b).

Op basis van de dubbele vergrijzing in Nederland, ziet TVN-Zorgt de laatste tijd het aantal kwetsbare ouderen in de wijk stijgen. Dit betekent dat de zelfstandige wijkverpleegkundigen voor een uitdaging staan om deze cliënten goed te ondersteunen. De zelfstandige wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt merken dat uitgaan van Ziekte en Zorg (ZZ) niet meer van deze tijd is en willen meer richting Gezondheid en Gedrag (GG). De zelfstandige wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt verwachten dat positieve gezondheid daar het antwoord op is. Bij de missie van TVN-zorgt staat dat TVN-zorgt op een gepaste manier, persoonlijke, respectvol en deskundig zorg levert. De visie van TVN-zorgt is ook gericht op innovatie en verbetering van de inhoudelijke zorg, het zorgaanbod en zorgstructuren. Om dit te bereiken maakt TVN-zorgt keuzes en bepaalt richtingen in interactie met elkaar, cliënten, zorgverleners en samenwerkingspartners. Zelfredzaamheid en zelfregie zijn daarbij belangrijke principes voor TVN-zorgt. Het doel van TVN-zorgt is dat de cliënten hun leven zo goed mogelijk kunnen inrichten en hun eigen keuze kunnen maken. In toekomst zal TVN-zorgt de gegeven zorg nog verder ontwikkelen (TVN-Zorgt, z.d.-a). Op basis van missie en visie van TVN-zorgt en de definitie van positieve gezondheid, die bij elkaar passen, wil TVN-zorgt ook anders kijken en denken naar de cliënt aan de hand van positieve gezondheid. In overleg met TVN-Zorgt is naar voren gekomen dat zij het belangrijk vinden om te weten welke kennis, vaardigheden en attitude nodig zijn, voor wijkverpleegkundigen om positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen. Deze drie onderdelen worden gezamenlijk competenties genoemd in het beroepsprofiel van de verpleegkundige (V&VN, 2012). Deze beschrijving wordt aangehouden in dit onderzoek. Daarnaast wil TVN-zorgt binnenkort praktisch aan de slag met het scoringsinstrument van positieve gezondheid, maar weten de zorgverleners nog niet hoe ze positieve gezondheid en het scoringsinstrument moeten toepassen.

1.1 Probleemstelling:

Om kwetsbare ouderen te ondersteunen bij het zo lang mogelijk thuis wonen waarbij deze ouderen eigen regie kunnen voeren op de wijze die bij TVN-zorgt past (op maat/persoonsgerichte zorg) ziet TVN-zorgt het toepassen van positieve gezondheid (en het scoringsinstrument) bij deze doelgroep als mogelijk antwoord. In de literatuur wordt beschreven dat positieve gezondheid een persoonsgerichte werkwijze ondersteunt (Huber & Jung, 2015). Daarnaast staat de eigen regie van de cliënt centraal in het begrip positieve gezondheid (Boers & Huber, 2015). Echter is voor TVN-zorgt nog niet bekend welke competenties de wijkverpleegkundigen nodig hebben om positieve gezondheid toe te passen, noch hoe zij het scoringsinstrument kunnen toepassen bij de doelgroep kwetsbare ouderen.

1.2 Onderzoeksvragen

De vragen die gehanteerd zijn in dit onderzoek:

- Welke competenties heeft een (wijk)verpleegkundige van TVN-Zorgt nodig om de zes dimensies van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen toe te passen?
- Op welke wijze en wanneer kan, tijdens het zorgproces, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toegepast worden door de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt bij de kwetsbare ouderen?

1.3 Doelstellingen

Voortvloeiend uit de probleemstelling en onderzoeksvragen zijn de doelstellingen voor dit project:

1. In januari 2017 is er een aanbeveling geschreven voor TVN-Zorgt over welke benodigde competenties (te verdelen in kennis, vaardigheden en attitude) een (wijk)verpleegkundige nodig heeft om positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen aan de hand van expert opinion en ervaringsdeskundige wijkverpleegkundigen.
2. In januari 2017 is er een aanbeveling geschreven voor TVN-Zorgt hoe en wanneer het scoringsinstrument voor positieve gezondheid gebruikt moet worden bij kwetsbare ouderen volgens de ervaringsdeskundige wijkverpleegkundigen en expert opinion.

1.4 Leeswijzer

In de komende hoofdstukken zullen verschillende onderwerpen worden behandeld. Allereerst het theoretisch kader, waarin de zoekstrategie kort wordt toegelicht en de drie grote begrippen, kwetsbaarheid, positieve gezondheid en competenties, worden toegelicht. Vervolgens valt in hoofdstuk drie de methode van onderzoek te lezen. De uitkomst van de analyse is te lezen in hoofdstuk vier, 'Resultaten'. Deze resultaten zijn feitelijk en zonder interpretaties weergegeven. De interpretatie van deze resultaten valt te lezen in het hoofdstuk erna, namelijk hoofdstuk vijf 'Discussie'. In de discussie worden de antwoorden vergeleken met wat er beschikbaar is in de literatuur. De discussie wordt gevolgd door een korte conclusie, hoofdstuk zes, en daarna volgen de aanbevelingen vanuit dit kwaliteitsproject voor de beroepspraktijk, het onderwijs en vervolgonderzoek. Afsluitend vindt u de literatuurlijst en alle bijlagen.

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden verschillende zaken toegelicht. Allereerst wordt de zoekstrategie vermeld, met verwijzingen naar de bijlagen zodat het gebruik van onze literatuur transparant is. Vervolgens wordt dieper ingegaan op begrippen die in de inleiding kort zijn benoemd. Zo zal kwetsbaarheid, kwetsbare ouderen, de definitie van gezondheid, positieve gezondheid, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid en competenties aan de orde komen. Afsluitend in dit hoofdstuk zal de verpleegkundige beroepsrelevantie voor dit onderzoek alsmede voor de studentonderzoekers kort benoemd worden.

2.1 Zoekstrategie

Voor dit onderzoek hebben de studentonderzoekers een literatuursearch uitgevoerd. Middels een uitgebreide zoektocht op eerst HAN-Quest naar de onderwerpen van het onderzoek (kwetsbaarheid en positieve gezondheid) is er gekozen om de databases CINAHL en PubMed te gebruiken. Middels gebruik van MeSH-termen en vrije termen zijn er artikelen gezocht in CINAHL voor kwetsbaarheid. Deze zoekstrategie staat vermeld in bijlage 2.1. Na het beoordelen van alle titels en abstracts zijn er vier geschikte titels uitgekozen. Door het sneeuwbal effect is voor de definitie van kwetsbaarheid nog één geschikte titel gekomen die de studentonderzoekers konden gebruiken in hun onderzoek.

Voor positieve gezondheid was het zoeken van literatuur wat ingewikkelder. Zoektermen als 'Health' en 'Terminology as topic' zijn belangrijk geweest bij het vinden van literatuur omtrent de nieuwe definitie van gezondheid. Termen als 'patient-centred', 'dynamic concept' en 'health concepts' hebben een rol gespeeld bij het vinden van artikelen omtrent het scoringsinstrument voor positieve gezondheid. Vervolgens hebben de studentonderzoekers gebruik gemaakt van het sneeuwbal effect om meer artikelen hierover te selecteren. Deze zoekstrategie staat vermeld in bijlage 2.2. Naast artikelen vanuit PubMed en CINAHL is er ook gezocht naar relevante informatie op websites zoals www.ipositivehealth.com. De analyse van de gevonden literatuur is te vinden in bijlage 3.

2.2 Kwetsbaarheid bij ouderen

Kwetsbaarheid is een concept dat over de jaren ontwikkeld is. Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee en Schols (2010) geven aan dat het concept vooral in de gerontologie en geriatrie een steeds relevanter concept aan het worden is. Naast de gerontologie en geriatrie is ook de klinische relevantie van het concept kwetsbaarheid bewezen voor zorgprofessionals, waaronder verpleegkundigen (Gobbens et al., 2010). Ondanks dat het concept al sinds 1978 bestaat is er nog geen vaste, eenduidige definitie over. Dit resulteert onder andere in verschillende prevalentiecijfers. Zo zou de Groningen Frailty Indicator 32% van de ouderen (65+) die thuis wonen zonder begeleiding en ondersteuning identificeren als kwetsbare ouderen, maar zou de Frailty Indicator ontwikkeld door Fried et al. 7% aankaarten in dezelfde doelgroep (Gobbens, 2010, p. 12).

Er zijn veel conceptuele definities en modellen beschikbaar in de literatuur voor kwetsbaarheid. Naast deze concepten zijn er ook geoperationaliseerde definities waarvan de meesten ook zijn gevalideerd (Gobbens et al., 2010, pp. 28-39). Volgens Gobbens et al. (2010, p. 39) wordt de multidimensionale definitie van Fried et al. veel in de literatuur gebruikt. In deze definitie wordt kwetsbaarheid als zogeheten fenotype (een groep eigenschappen) beschreven. De exacte definitie luidt als volgt: "A biologic syndrome of decreased reserve and resistance to stressors, resulting from cumulative declines across multiple physiologic systems, causing vulnerability to adverse outcomes" (Fried et al., 2001; Xue, 2011). Deze definitie beschrijft kwetsbaarheid als een biologisch syndroom. Een combinatie van verslechtering in meerdere fysiologische systemen veroorzaakt een afname in reserves en weerstand. Hierdoor neemt het risico op een slechtere gezondheidsuitkomst toe.

Gobbens et al. (2010, p. 41) hebben een nieuwe definitie op de kaart gezet, namelijk:

“Frailty is a dynamic state affecting an individual who experiences losses in one or more domains of human functioning (physical, psychological, social) that are caused by the influence of a range of variables and which increases the risk of adverse outcomes”

Dit houdt in dat kwetsbaarheid een dynamisch geheel is waarbij een individu, naar mate hij fysieke, mentale of sociale verliezen lijdt, een groter risico heeft op een slechtere uitkomst op alle gebieden van gezondheid. Hoewel er meerdere definities voor kwetsbaarheid zijn, wordt er nog niet eenduidig gebruik gemaakt van één definitie in de literatuur. In een delphi-onderzoek met meerdere experts rondom het gebied van kwetsbaarheid (Rodríguez-Mañas et al., 2012) kwam de conclusie dat er wel een overeenkomst was dat er een eenduidige definitie moest komen en over de domeinen van kwetsbaarheid, maar deze kon niet vastgesteld worden.

De groep kwetsbare ouderen is een lastig te definiëren groep. Dit komt doordat de eenduidige definitie niet bestaat. Prevalentiecijfers kunnen dan ook per onderzoek sterk verschillen (Draak & Campen, 2011). Draak & Campen (2011) schrijven dat de prevalentiecijfers uiteenlopen doordat er in de literatuur gebruik wordt gemaakt van een smalle of een brede definitie, en dat er verschillen zijn in de ondergrens van leeftijd. Er zijn prevalentiecijfers bekend van de smalle definitie van Fried et al. (2001). Zo hebben Chin A Paw et al. (2003) en Santos Eggiman et al. (2009) (in Draak & Campen, 2011) prevalentiecijfers waargenomen van 6% tot 11% onder 65-plussers. Onderzoeken met de brede definitie, zoals die van Gobbens et al. (2010) hebben prevalentiecijfers waargenomen van maar liefst 47% onder 75-plussers in Roosendaal en 40% onder huisartspatiënten van 70-plussers in Limburg en Utrecht (Metzelthin et al., 2010, in Draak & Campen, 2011).

Boers & Jentoft (2015) hebben een artikel gepubliceerd omtrent kwetsbaarheid en de nieuwe definitie van gezondheid. De nieuwe definitie van gezondheid wordt verder toegelicht in H2.3. Wanneer de nieuwe definitie van gezondheid van kracht is, kan kwetsbaarheid gedefinieerd worden als de vermindering van de veerkracht of bekwaamheid in het omgaan met, het behouden van en het herstellen van integriteit, evenwicht en ervaren gezondheid in het fysiek, mentaal en sociaal domein (Boers & Jentoft, 2015).

2.3 De nieuwe definitie van gezondheid: 'Positieve gezondheid'

In 1948 is gezondheid gedefinieerd als 'een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken' (WHO, 1948).

Het is een idealistische formulering, passend bij de intenties waarmee de WHO destijds werd opgericht, aldus Huber, Vliet, & Boers (2016). De gezondheidsdefinitie van de WHO bestaat nu 65 jaar. Vanaf het begin was er kritiek op deze definitie, en deze kritiek neemt de laatste jaren toe. De levensverwachting is toegenomen, maar dat gaat gepaard met een toename van chronische ziekten. Het is nu de vraag of de patiënt met dit WHO-ideaal van gezondheid gediend is (Huber, Vliet, & Boers, 2016).

In 2009 besloten de Gezondheidsraad en ZonMw om de discussie over de definitie van gezondheid expliciet aan de orde te stellen. Voor het beleid in de zorg is het belangrijk hoe gezondheid gedefinieerd is; gezondheidsbeleid wordt op basis hiervan geformuleerd en geëvalueerd (Huber, Vliet, Giezenberg, et al., 2016). In 2009 organiseerde ZonMw op initiatief van Machteld Huber een conferentie met 38 internationale deskundigen. Zij stelden een nieuwe definitie van gezondheid voor: 'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges.' In het Nederlands kan dit vertaald worden als: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.' Deze relationele en dynamische omschrijving biedt een alternatief voor de statische definitie van de WHO (ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012).

In een interview (ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012) zegt Huber dat de huidige definitie van de gezondheid heel idealistisch is, maar wel heel onpraktisch. Als je gezondheidsbevorderende maatregelen wilt evalueren, is er geen maat om een complete toestand te meten. Een ander probleem met de huidige definitie is dat deze heel statisch is, terwijl de werkelijkheid is dat mensen heel flexibel zijn en de hele dag moeten reageren op de uitdagingen van hun leven. Een gezond iemand heeft veerkracht en dat mist de huidige definitie. Ongeveer 95% van het budget van de zorg wordt besteed aan het streven naar de afwezigheid van ziekte (ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012).

Volgens Huber worden de onderzoekstechnieken steeds verfijnder en is er steeds meer aanleiding om mensen langduriger en intensiever te behandelen. Het is de vraag of daarmee werkelijk kwaliteit aan het leven toegevoegd wordt. Gaat het om verlengen van levensjaren of om nog actief en met plezier kunnen participeren in de maatschappij, is een vraag die zij zich stelt (ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012).

Een definitie is nodig want een definitie geeft richting aan het beleid en geeft richting aan de invulling van zorg. Voor de overheid is het ook belangrijk als ze de effecten van gezondheid bevorderende maatregelen willen meten. Met deze nieuwe definitie kunnen de zorgprofessionals makkelijker nadruk leggen bij cliënten op het vermogen om gezond te zijn naast het gegeven dat ze een ziekte hebben. Volgens Huber is de nieuwe definitie van gezondheid in Nederland ontwikkeld, maar is er internationaal grote belangstelling voor deze definitie. Als deze definitie wordt overgenomen door het buitenland zal de ontwikkeling versnellen (ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012).

Om duidelijk te maken dat het om meer gaat dan de afwezigheid van ziekten, heeft Huber de nieuwe definitie omgedoopt tot 'Positieve Gezondheid'. Hierin staat de mens centraal en niet de ziekte. Ook voelen mensen zich in hun kracht aangesproken en niet in hun zwakte en terwijl iemand een diagnose van een ziekte heeft, is er heel groot gebied waar hij of zij wel gezond is (Huber, Vliet, Giezenberg, et al., 2016).

2.4 Het scoringsinstrument voor positieve gezondheid.

Met behulp van ZonMw werd het draagvlak voor de nieuwe definitie van gezondheid getoetst en werd de nieuwe definitie nader uitgewerkt om het meetbaar te maken (Huber, Vliet, & Boers, 2016). Hiervoor is er een mixed methods onderzoek gedaan door Huber, Vliet, Giezenberg, et al. (2016). Daarbij zijn zeven groepen belanghebbenden met een relatie tot de zorg bevraagd. Behandelaars (artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen), patiënten, burgers, beleidsmakers, verzekeraars, 'public health actors' en onderzoekers. In het onderzoek zijn er zes hoofddimensies gecategoriseerd met 32 onderliggende aspecten (zie bijlage 1) die de meest belangrijke effecten op de gezondheid hebben (Huber, Vliet, Giezenberg, et al., 2016).

De zes hoofddimensies zijn: Lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, spiritueel-existentieel, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijkse functioneren.

Huber heeft tijdens een lezing voor stichting Paul Cremers (Huber, 2015) gezegd dat deze zes dimensies met behulp van een scoringsinstrument uitgevraagd en getoetst worden door zorgprofessionals. Dit scoringsinstrument wordt inzichtelijk gemaakt met een spinnenwebdiagram met zes assen – voor elke dimensie één – die allemaal even zwaar wegen (bijlage 1). Iemand kan in dit diagram aangeven hoe hij zijn functioneren op de verschillende dimensies ervaart en daarna kan hij aangeven op welke punt(en) hij eventueel iets zou willen verbeteren. Vervolgens kan hij zelfstandig of met 'hulp op maat' stappen zetten om zijn eigen situatie te optimaliseren en verbeteren. Op die manier vindt een (wijk)verpleegkundige wat voor die cliënt op dat moment belangrijk is. Dit kan op een

heel andere aspect liggen dan het direct medische en is bij uitstek persoonsgericht. Bij een goed aanbod van behandelingsperspectieven en een goede begeleiding ervaart iemand dat hij zelf iets aan zijn situatie kan veranderen (Huber, 2015).

Deze dimensies en aspecten zijn getest onder bijna 2000 belanghebbenden. Het varieerde van een 'smalle', met name biomedische interpretatie, tot een 'brede' interpretatie, waarbij alle zes dimensies als bijna even belangrijke onderdelen van gezondheid worden gezien. Bij een nadere beschouwing van deze resultaten bleek dat verpleegkundigen neigden naar een brede visie op gezondheid, net als de patiënten. Specialisten en huisartsen neigden naar een 'smalle' en biomedische visie. De critici op de brede benadering hadden als argument 'dat die over het hele leven gaat'. Waarop de patiënten antwoordden: 'gezondheid gaat ook over het hele leven!' (Huber & Jung, 2015).

2.5 Verpleegkundige competenties

Wanneer een verpleegkundige competent is, dan is zij vaardig. In het onderzoek wordt vaak gesproken over competenties. Competenties worden onverdeeld in: kennis, vaardigheden en attitude. In het beroepsprofiel verpleegkundige van de V&VN (2012) worden de kennis, vaardigheden en attitude geoperationaliseerd. Met kennis wordt bedoeld dat een verpleegkundige weet wat de belangrijkste gesprekstechnieken zijn. Daarnaast kent de verpleegkundige verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en empowerment en is zij op de hoogte hoe gezond gedrag gestimuleerd kan worden. Van vaardigheden zijn de belangrijkste kenmerken dat een verpleegkundige gegevens kan verzamelen in brede context. Ook kan de verpleegkundige zich inleven in patiënten en diens naasten. Tevens is de verpleegkundige in staat om de informatie te analyseren en te interpreteren. Van attitude zijn de belangrijkste kenmerken dat de verpleegkundige rekening houdt met de wensen, behoeften en privacy van de patiënten en diens naasten. De verpleegkundige moet ook een open en respectvolle houding hebben in gesprekken met patiënten en diens naasten. Als laatste houdt de verpleegkundige rekening met persoonlijke factoren, wensen en behoeften van groepen mensen, patiënten en diens naasten (V&VN, 2012). Verpleegkundige competenties is een breed onderwerp waarvoor veel voorbeelden gegeven kunnen worden. Deze competenties zijn ook verschillend per doelgroep en vakgebied waarin een verpleegkundige werkt. In hoofdstuk 4 'Resultaten' worden de benodigde verpleegkundige competenties beschreven die volgens respondenten passen bij het toepassen van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen.

H2.6 Verpleegkundige relevantie

Dit onderzoek, dat is uitgevoerd voor TVN-Zorgt, is relevant voor de verpleegkundige beroepspraktijk en bijbehorende zeven verpleegkundige rollen (CanMEDS). Deze verpleegkundige rollen zijn: zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve 'EBP'-professional, gezondheidsbevorderaar, organisator en professional en kwaliteitsbevorderaar. Dit onderzoek leidt tot verbetering van kwaliteit van de zorg. Een taak van gezondheidsonderzoek is het bijdragen aan een toekomstbestendige gezondheidszorg en betere uitkomsten op verschillende niveaus (Nivel, z.d.). Dit geldt ook voor het individuele niveau, dus voor de cliënten. Er wordt verwacht dat er met de nieuwe bejegening middels positieve gezondheid meer gekeken wordt naar zelfmanagement en zelfredzaamheid van een cliënt. In het nieuwe beroepsprofiel (V&VN, 2012) staat onder andere dat er speciale aandacht nodig zal zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden. Vooral wanneer het kwetsbare groepen betreft, zoals dementerenden of mensen op hoge leeftijd (85+). Juist deze groep, de kwetsbare ouderen, wordt meegenomen in dit onderzoek.

Het is belangrijk om te weten welke competenties de experts vinden dat een verpleegkundige moet bezitten. De competenties zullen mogelijk een overlap vormen met de competenties die beschreven worden in Beroepsprofiel Verpleegkundige 2020 (V&VN, 2012) en het expertisegebied wijkverpleegkundige (Merwijk, 2012). Dit valt terug te lezen in de discussie.

Dit onderzoek was voor de studentonderzoekers zelf verpleegkundig relevant, doordat zij hiermee konden oefenen met de rol 'verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar' en de rol 'verpleegkundige als reflectieve 'EBP'-professional' (V&VN, 2012). Zo is het voor de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar belangrijk om het ontbreken van standaarden en protocollen op relevante gebieden te signaleren en onder de aandacht te brengen bij collega's of de instelling waarbij zij werkt. Dit is wat de studentonderzoekers trachten te doen met positieve gezondheid. Als reflectieve 'EBP'-professional is het belangrijk om kennis, vaardigheden en attitude te hebben als het gaat om te handelen aan de hand van evidence based practice alsmede het kunnen participeren aan (praktijk)onderzoek. Met dit onderzoek zullen de twee studentonderzoekers zich daar veel op richten.

Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt er een verantwoording gegeven omtrent de gekozen onderzoeksmethode. Er wordt kort beschreven wat de beoogde populatie voor het onderzoek was en de verantwoording voor de steekproef. Vervolgens wordt de gehanteerde wijze van dataverzameling beschreven met bijbehorende argumentatie. Na de dataverzameling wordt de gehanteerde wijze van data-analyse beschreven. Als laatste worden de vooraf bedachte kwaliteitseisen van het onderzoek kort beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek werd er gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen. Kwalitatief onderzoek leent zich het beste bij onderzoeksvragen die zich richten op belevingen, ervaringen en betekenisverleningen (Baarda et al., 2014). Het onderzoek dat was uitgevoerd richtte zich op ervaringen en met name betekenisverleningen. Zo werd in het onderzoek ontdekt en beschreven welke competenties de (wijk)verpleegkundigen nodig hebben om positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen. Dit heeft de basis gevormd voor de aanbevelingen die beschreven staan in het hoofdstuk 'Aanbevelingen'. Baarda (2014) beschrijft dat voor het ontwikkelen van theorieën en ideeën een kwalitatief, beschrijvend onderzoek de beste onderzoeksdesign is. Voor een kwalitatief onderzoek zijn verschillende methodieken mogelijk. Om de hoofdvragen van dit onderzoek te beantwoorden was ervoor gekozen om twee vormen van kwalitatief, beschrijvend onderzoek te doen: interview en focusgroep.

Hoofdvragen	Methodiek
Welke competenties heeft een (wijk)verpleegkundige van TVN-Zorgt nodig om de zes dimensies van positieve gezondheid, in de vorm van het scoringsinstrument voor positieve gezondheid, bij kwetsbare ouderen toe te passen?	Interview experts
Op welke wijze en wanneer kan, tijdens het zorgproces, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toegepast worden door de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt bij de kwetsbare ouderen?	Focusgroep ervaringsdeskundige wijkverpleegkundigen

3.2 Populatie en steekproef

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag was ervoor gekozen om zowel experts te interviewen als een focusgroepgesprek te houden met ervaringsdeskundige wijkverpleegkundigen. Dit was in overleg met de opdrachtgever, het lectoraat Eerstelijnszorg verbonden aan de HAN en docentbegeleider zo afgesproken.

Ondanks dat de studentonderzoekers een onderzoek hebben gedaan voor de wijkverpleging was er van te voren besloten, in overleg met de opdrachtgever en het lectoraat Eerstelijnszorg verbonden aan de HAN, om de groep met experts breder te trekken waarbij niet monodisciplinair gekeken werd. Hier was voor gekozen, omdat positieve gezondheid nog een relatief nieuw begrip is dat nog niet breed toegepast wordt in de wijkverpleging. De studentonderzoekers hadden daarom ook breder gezocht dan naar alleen de wijkverpleging. Vooral naar wetenschappelijke onderzoekers en experts die bezig zijn (geweest) met het implementeren en ontwikkelen van positieve gezondheid. Uit de literatuur hadden de studentonderzoekers namen van onderzoekers gehaald die betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van positieve gezondheid en hadden deze aangeschreven. Deze onderzoekers hadden een relatie met ofwel het Instituut voor Positieve Gezondheid of met het Louis Bolk Instituut. Beide instituten zetten zich in voor de ontwikkeling en implementatie van positieve gezondheid. Op de website van het Instituut van Positieve Gezondheid was ook wetenschappelijke

literatuur te lezen en vanuit die literatuur hadden de studentonderzoekers het netwerk positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei gevonden. Dit is een overkoepelende organisatie van verschillende disciplines die willen werken met positieve gezondheid in de Noordelijke Maasvallei. Vanuit die groep hebben de studentonderzoekers enkele mensen aangeschreven, waaronder de netwerkregisseur zodat wij in contact gebracht konden worden met andere mensen die mee wilden doen.

Dat alles had ertoe geleid dat in overleg met de opdrachtgever en de docentbegeleider ervoor was gekozen om de volgende inclusiecriteria te handhaven. De experts hoefden maar aan één van de twee inclusiecriteria te voldoen om geïncludeerd te worden:

- De experts zijn betrokken (geweest) bij de ontwikkeling van positieve gezondheid
- De experts zijn bezig met het operationaliseren van positieve gezondheid in de praktijk

Naast de inclusiecriteria werden in overleg met de twee, hierboven genoemde, partijen, de volgende exclusiecriteria vastgesteld door de studentonderzoekers:

- Er is geen akkoord gegeven voor een opname van het interview (schriftelijk óf mondeling op tape)

Naast deze criteria was in overleg met het lectoraat en de opdrachtgever afgesproken dat 4 – 6 interviews voldoende zouden zijn om saturatie te bereiken, wanneer het expertinterviews bedroegen. Om het onderzoek haalbaar te houden qua tijd en reizen is ervoor gekozen om zoveel mogelijk op regionaal niveau te kijken wie er actief was (en nog steeds is) in het implementeren van positieve gezondheid. Om deze reden werd er gekeken welke professionals uit het netwerk positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei beschikbaar waren. In overleg met de opdrachtgever was besloten om experts die bezig zijn met het implementeren van positieve gezondheid in de praktijk te benaderen.

Uiteindelijk waren er vijf experts aangeschreven, van wie er twee voldeden aan het inclusiecriterium van 'bezig met het operationaliseren van positieve gezondheid in de praktijk' en drie voldeden aan het inclusiecriterium van 'betrokken (geweest) bij de ontwikkeling van positieve gezondheid'.

Omdat dit onderzoek voor de wijkverpleging is gedaan werd er van te voren afgesproken met de opdrachtgever om, waar mogelijk, zoveel mogelijk monodisciplinair te werken. Dit hield in dat de focusgroep alleen gehouden zou worden met wijkverpleegkundigen. Hoewel het idee van een focusgroepgesprek al vooraf bedacht was, hadden de studentonderzoekers moeite om een geschikte groep te vinden. Middels contact met één van de respondenten werd Thuiszorg Emile te Amsterdam als mogelijke match genoemd. Na overleg met de opdrachtgever was besloten om deze instelling te benaderen.

Het inclusiecriterium, tevens in overleg met de opdrachtgever en de docentbegeleider, dat werd gehanteerd voor de focusgroep was:

- De wijkverpleegkundigen werken tenminste één jaar met het nieuwe concept, zodat er voldoende ervaring is opgebouwd

De exclusiecriteria waren, ook in overleg met dezelfde partijen als eerder aangegeven, als volgt:

- De Nederlandse taal wordt niet beheerst door de betrokken wijkverpleegkundigen

Middels gesprekken met de opdrachtgever en zoekopdrachten via internet waren de studentonderzoekers erachter gekomen dat er weinig thuiszorgorganisaties zijn die bezig waren en zijn met het werken volgens positieve gezondheid. Dit heeft ertoe geleid dat er in overleg met de opdrachtgever één thuiszorgorganisatie was aangeschreven om een focusgroep te realiseren die voldeed aan het inclusiecriterium.

De exclusiecriteria waren opgesteld zodat het een praktisch haalbaar onderzoek werd.

3.3 Wijze van dataverzameling

Om de informatie te vergaren die antwoord gaf op de hoofdvragen was het bevragen van mensen noodzakelijk. De vragen werden in interviews en in een focusgroep gesteld aan de hand van een topiclist. Op deze manier konden de studentonderzoekers halfgestructureerde interviews houden aan de hand van enkele onderwerpen (Baarda et al., 2014).

Topiclist

De studentonderzoekers hadden afzonderlijk van elkaar een topiclist ontwikkeld voor de expertinterviews en de focusgroep. Om een topiclist te ontwerpen hadden de studentonderzoekers eerst gekeken in de literatuur. Zo is er gekeken naar de beroepsprofielen van de verpleegkundige. Daaruit zijn competenties, te verdelen in kennis, vaardigheden en attitude gehaald. Dit vormde de basis voor de topiclist. Nadat beide studentonderzoekers een concept af hadden van een topiclist werd deze zijn samengevoegd tot één topiclist. Vervolgens werden er startvragen per topic bedacht om een topic in te leiden tijdens de interviews en het focusgroepgesprek.

Daarnaast hebben de studentonderzoekers overleg gehad met de opdrachtgever over overige onderdelen die zij graag wilde terugzien in de topiclist.

Om de instrumentele validiteit te verhogen van de topiclist en startvragen hebben de studentonderzoekers deze voorgelegd aan de opdrachtgever, docentbegeleider en lectoraat. Het doorlopen van dit proces is meerdere malen gebeurd. Zo hebben de opdrachtgever, docentbegeleider en lector tenminste tweemaal de kans gehad om te reageren op de topiclist. De topiclist is in bijlage 4 te vinden. Naast deze twee rondes hadden de studentonderzoekers ook een proefinterview afgenomen. Naar aanleiding van dat proefinterview was er, in samenwerking met de opdrachtgever, besloten om een extra onderdeel toe te voegen op de topiclist.

Interview

De interviews werden afgenomen door de studentonderzoekers. De studentonderzoekers hadden gekozen voor 'halfgestructureerde interviews', omdat deze pasten bij zogeheten 'expertinterviews'. Een expertinterview kan worden gebruikt om de mening van een deskundige omtrent een specifiek onderwerp te achterhalen (Baarda, Hulst, & Goede, 2012). Daarnaast was er gekozen voor halfgestructureerd, omdat de onderwerpen al vastlagen, maar de vragen en antwoorden nog niet. Deze onderwerpen kwamen overeen met de topiclist die al eerder benoemd is (Baarda et al., 2012). De studentonderzoekers waren op zoek naar de benodigde competenties voor het toepassen van het begrip positieve gezondheid. En daarnaast wilden de studentonderzoekers weten hoe en wanneer, in het zorgproces, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toegepast kon worden bij kwetsbare ouderen. De meningen van experts waren hierbij van belang. Om dit te bereiken was een face-to-face interview een van de beste manieren, zoals ook beschreven is in Baarda et al. (2014). Zo heeft het, volgens Baarda et al. (2014), als voordeel dat het de meest responsvriendelijke manier is om gegevens te verzamelen. Tevens was de controle op het beantwoordingsproces gemakkelijker. Als laatste voordeel voor de studentonderzoekers was dat zij hierdoor ingewikkeldere vragen kunnen stellen en desnoods vragen verhelderen. De studentonderzoekers wilden interviews afnemen met vijf experts. Middels audioapparatuur zijn de interviews opgenomen. Dit heeft het mogelijk gemaakt om de interviews terug te luisteren, zodat de studentonderzoekers de interviews konden transcriberen. Op deze manier werd de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd, zoals ook beschreven staat in Baarda et al. (2012).

Om de betrouwbaarheid van de interviews verder te vergroten was ervoor gekozen om een proefinterview af te nemen met een expert die betrokken is bij het implementeren van positieve gezondheid in de praktijk.

Focusgroep

In dit onderzoek wilden de studentonderzoekers ook de meningen van ervaringsdeskundige wijkverpleegkundigen. Deze wijkverpleegkundigen zijn werkzaam bij thuiszorg Emile te Amsterdam. Thuiszorg Emile heeft sinds 2014 een belofte gedaan om positieve gezondheid te operationaliseren in de wijk. Om de mening van deze ervaringsdeskundigen te achterhalen, wilden de studentonderzoekers een focusgroepgesprek houden met hen. Hierdoor konden de meningen van meerdere ervaringsdeskundigen tegelijk bevestigd worden wat tijdsbesparend zou zijn. Ook konden de ervaringsdeskundigen geïnspireerd worden door de ideeën van anderen (Baarda et al., 2014). De studentonderzoekers wilden één focusgroep afnemen onder zes tot twaalf wijkverpleegkundigen van thuiszorg Emile. Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal (2015) beschrijven dat minder dan zes personen als nadeel heeft dat er mogelijk onvoldoende dialoog op gang komt. Een groep met meer dan twaalf personen heeft als nadeel dat het moeilijker wordt om iedereen aan bod te laten komen.

3.4 Wijze van data-analyse

Om alle data te analyseren werd er door de studentonderzoekers gebruik gemaakt van analyseren aan de hand van categorieën (Donk & Lanen, 2015). Hier was voor gekozen omdat de studentonderzoekers al de vastgestelde categorieën voor de analyse hadden. De studentonderzoekers waren op zoek gegaan naar tekstfragmenten die betrekking hadden op één of meer van deze categorieën. Hoe de studentonderzoekers te werk zijn gegaan wordt ook wel een deductieve werkwijze genoemd (Donk & Lanen, 2015).

De stappen die doorlopen zijn, waren aan de hand van het 'analyseren middels categorieën':

1. Noteer de onderzoeksvraag
2. Het ontwikkelen van categorieën
3. Het opdelen van de data in betekenisvolle tekstfragmenten
4. Tekstfragmenten onder de categorieën verdelen
5. Analyseren (Donk & Lanen, 2015)

Door de wijze van formulering van de hoofdvraag was het mogelijk om al categorieën te ontwikkelen. De categorieën die gebruikt konden worden waren:

Kennis	Vaardigheden	Attitude	Scoringsinstrument
--------	--------------	----------	--------------------

Deze categorieën waren vastgesteld naar aanleiding van gesprekken met de opdrachtgever. Daarnaast waren de categorieën die betrekking hadden op de competenties uit de literatuurstudie gehaald, die de studentonderzoekers vooraf aan het onderzoek hebben gedaan, zoals beschreven is in de alinea 'topiclist'.

Toen alle data verzameld was, werd deze uitgeschreven (getranscribeerd). De studentonderzoekers hadden dit los van elkaar gedaan, zodat de intersubjectiviteit meer werd gewaarborgd en verhoogd (Donk & Lanen, 2015). Zodra de interviews en de focusgroep getranscribeerd waren, hadden de studentonderzoekers de teksten naast elkaar gelegd om te bekijken of ze hetzelfde opgeschreven hadden. Vervolgens werden de stukken tekst in fragmenten opgesplitst door de studentonderzoekers. Nadat alles in fragmenten opgesplitst was, konden de studentonderzoekers de fragmenten naast elkaar leggen en vergelijken. Na de vergelijking hadden zij apart van elkaar de relevantie vastgesteld. De overgebleven fragmenten werden wederom vergeleken, zodat de studentonderzoekers de betrouwbaarheid van hun onderzoek konden waarborgen.

De studentonderzoekers hadden vervolgens los van elkaar de kleinere, betekenisvolle fragmenten onderverdeeld. Zo werd het duidelijk welke antwoorden pasten onder de vooraf gestelde categorieën.

De overige betekenisvolle fragmenten werden door de studentonderzoekers onderverdeeld in een nieuwe categorie, namelijk “Overige, belangrijke informatie”.

De analyse werd door de studentonderzoekers wederom los van elkaar uitgevoerd. Bij de analyse werd er met name gekeken naar de antwoorden per categorie en de gezamenlijke antwoorden (frequentie) hiervan (Donk & Lanen, 2015). Middels deze analyse werd het mogelijk om de resultaten te beschrijven (zie ‘Resultaten’) en conclusies (zie ‘Conclusie’) te trekken. Bijlage 5 is een visueel voorbeeld hoe de stappen van data-analyse zijn toegepast in dit onderzoek.

3.5 Kwaliteitseisen

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen probeerden de studentonderzoekers zoveel mogelijk te voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen zoals validiteit en betrouwbaarheid, of in een kwalitatief onderzoek geldigheid en plausibiliteit. Ook de gedragscode en informed consent die waren meegenomen in dit onderzoek worden beschreven.

3.5.1 Validiteit/geldigheid

In onderzoek is het begrip validiteit een gangbaar begrip. Feitelijk betekent dit dat je meet wat je wilt meten (Baarda et al., 2014). Om dit te waarborgen werden er in het onderzoek een aantal stappen ondernomen om de instrumentele validiteit te vergroten.

Instrumentele validiteit

De instrumentele validiteit werd gewaarborgd bij de topiclist die de studentonderzoekers hadden ontwikkeld. De topiclist was doorgestuurd naar verschillende, betrokken partijen (opdrachtgever, lectoraat Eerstelijnszorg aan de HAN en docentbegeleider) die kennis hadden van het onderwerp en onderzoek. Deze betrokken partijen hadden de vragen bekeken, er feedback op gegeven en bevestigd. Op deze manier konden de studentonderzoekers vragen stellen waarop antwoorden kwamen die relevant waren voor het onderzoek. Daarnaast werd de topiclist ook getest bij een proefinterview.

Om de geldigheid van het onderzoek verder te vergroten wilden de studentonderzoekers de onderzoeksvraag aan verschillende doelgroepen bevragen. Voor dit onderzoek hield dat in dat de benodigde competenties voor het werken met positieve gezondheid bekeken werd vanuit verschillende perspectieven. Namelijk van de experts die het hebben ontwikkeld en van de verpleegkundigen die er al mee hebben gewerkt. Daarnaast hadden de studentonderzoekers een literatuursearch uitgevoerd over de beschikbare literatuur voor positieve gezondheid. Hierdoor werd het begrip positieve gezondheid ook vanuit de wetenschap bekeken.

3.5.2 Betrouwbaarheid/plausibiliteit

Naast validiteit speelt betrouwbaarheid een grote rol. Het was belangrijk voor de studentonderzoekers om de betrouwbaarheid zoveel mogelijk te vergroten. Dit werd op verschillende wijzen gedaan.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te vergroten verwerkten de studentonderzoekers regelmatig afzonderlijk van elkaar de data en werd dezelfde werkwijze toegepast bij de analyse. Hierbij gaat het dan over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen 2015). Dit zou worden toegepast bij het verwerken van de interviews en de focusgroep.

Intersubjectiviteit

Er is sprake van intersubjectiviteit wanneer de bevindingen getoetst zijn bij anderen, waardoor de beoordeling op meer dan één waarneming is gebaseerd. Zo kan er ook gezorgd worden voor triangulatie (Donk & Lanen, 2015).

Proefinterview

Voor de dataverzameling plaatsvond hadden de studentonderzoekers besloten om een proefinterview af te nemen bij een betrokken docent op de HAN die lid is van het Netwerk positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei. Deze docent heeft veel kennis van het nieuwe concept positieve gezondheid. Via deze wijze konden de topics en vragen voorgelegd worden en werd er gekeken of het begrijpbare vragen waren. Daarnaast hoopten de studentonderzoekers dat ze na het proefinterview feedback zouden krijgen over hun houding en gesprekstechnieken. Hiervoor werd dan ook tijd ingepland. Als laatste hoopten de studentonderzoekers met het proefinterview waardevolle informatie te krijgen zodat de kwaliteit optimaal zou blijven. Meurs et al. (in Baarda, 2014) hebben ook aangetoond dat een goede en uitgeteste vragenlijst (topiclist) belangrijk is voor de respondent alsmede de onderzoeker en opdrachtgever.

3.5.3 Gedragscode

Voor dit onderzoek hebben de studentonderzoekers zich gehouden aan de gedragscode van onderzoek voor HBO. Deze gedragscode (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010) beschrijft een vijftal regels waaraan de studentonderzoekers zich hielden:

1. De studentonderzoekers dienen het professionele en maatschappelijke belang.
2. De studentonderzoekers zijn respectvol.
3. De studentonderzoekers zijn zorgvuldig.
4. De studentonderzoekers zijn integer.
5. De studentonderzoekers verantwoorden hun keuzes en gedrag.

De gedragscode is door beide studentonderzoekers ondertekend en is te vinden in bijlage 6.

3.5.4 Informed Consent

De deelnemers hebben aan het begin van het interview een 'Informed Consent'-formulier (bijlage 7) moeten invullen. Hierbij gaven zij toestemming dat de studentonderzoekers gebruik mogen maken van opnameapparatuur en de gegevens uit de interviews. Tevens geven zij daarmee aan dat zij vrijwillig participeren aan het onderzoek. Daarnaast is er op audio-opname allereerst gevraagd of het in orde was dat het gesprek werd opgenomen waardoor nogmaals goedkeuring werd gegeven voor opname.

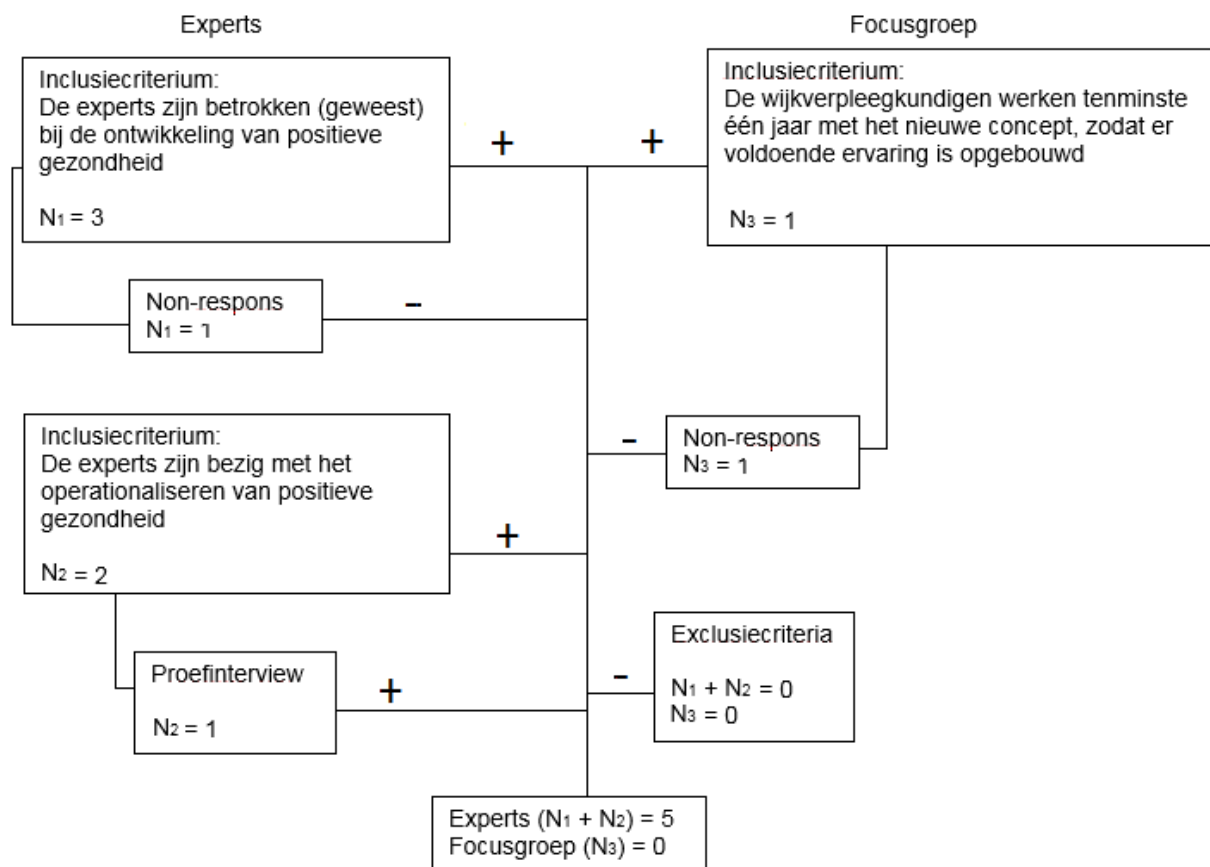
Bij één van de deelnemers, waarbij er een telefonisch interview is afgenomen, is er geen 'Informed Consent'-formulier ingevuld, maar is er wel toestemming tijdens de audio-opname gevraagd.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de uiteindelijke populatie en de objectieve resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten van het onderzoek worden in figuren gepresenteerd op basis van de categorieën beschreven in de methode.

4.1 Populatie

In dit onderzoek zijn vijf expertinterviews afgenomen. Twee experts zijn betrokken (geweest) bij de ontwikkeling van positieve gezondheid en drie experts zijn betrokken bij het operationaliseren van positieve gezondheid. In figuur 1. is te zien hoe het onderzoek met de respondenten was opgebouwd. Aan het begin van het onderzoek zijn vijf experts en één thuiszorgorganisatie, waar de focusgroep zou plaatsvinden, aangeschreven. Door omstandigheden konden één expert en de thuiszorgorganisatie niet participeren in het onderzoek. Bekijk figuur 1 voor een overzicht van de respondenten.



N1 = Experts bezig met ontwikkelen concept
N2 = Experts bezig met operationaliseren
N3 = Focusgroep wijkverpleegkundigen

Figuur 1. Respondenten

Uiteindelijk zijn er vier experts overgebleven die bereidwillig waren om geïnterviewd te worden. In overleg met de opdrachtgever is er door de studentonderzoekers besloten om het proefinterview, met een expert die betrokken is bij het operationaliseren van positieve gezondheid, mee te nemen in de resultaten, omdat er bruikbare informatie gegeven werd tijdens dat interview en was er besloten om dit interview mee te nemen als 'expertinterview' in het onderzoek.

Non-respons

Zoals eerder is beschreven hebben er alleen interviews plaatsgevonden. De focusgroep die de studentonderzoekers wilden uitvoeren was uiteindelijk niet uitvoerbaar door non-respons. Daarnaast is er één aangeschreven expert geweest die door drukte niet mee kon doen. De non-respons in dit onderzoek bedraagt voor de focusgroep 100% en voor expertinterview 20%.

4.2 Resultaten op basis van categorieën

De resultaten uit dit onderzoek zijn gebaseerd op de volgende categorieën: Kennis; Vaardigheden; Attitude; Scoringsinstrument; Overige, belangrijke informatie. De resultaten zijn per categorie hetzelfde opgebouwd. Eerst wordt de categorie toegelicht, vervolgens worden de hoofdthema's per categorie benoemd. Per hoofdthema zullen er één à twee citaten uit de interviews. Als laatste is er een overzichtelijk figuur per categorie met de desbetreffende hoofdthema's. Indien er in een citaat iets op deze manier is geschreven dan is dit gezegd door één van de interviewers.

4.2.1 Kennis

Tijdens de interviews werd er nadrukkelijk gevraagd naar de benodigde kennis van wijkverpleegkundigen om positieve gezondheid en het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toe te passen bij de kwetsbare ouderen. Alle respondenten vonden dit een belangrijke hoofdcategorie. Uit de vijf interviews zijn de volgende hoofdthema's gedestilleerd: *Doelgroep; Netwerk/sociale kaart; Salutogenese; Concept; Gedragsverandering, begeleiden en informeren; Scoringsinstrument; Maatschappelijke behoefte; Paradigmashift.*

Doelgroep

Vijf van de vijf respondenten gaven aan dat algemene kennis van de doelgroep belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

"Ik denk dat het altijd wel relevant is dat als je met ouderen werkt dat je daarop je kennis en kunde hebt en als je met jongeren werkt dat je daarop je kennis en kunde hebt. Omdat ouderen, worden ze gezond ouder of niet, wat voor aandoeningen kunnen ze krijgen. En dat je dat als wijkverpleegkundige dat kunt signaleren." ~ Respondent 1

De kennis van deze doelgroep moet volgens een van de respondenten gebruikt worden door de wijkverpleegkundige zodat deze als gids kan fungeren.

Want die kennis heb je als gids wel nodig. En daarbij niet al meteen denken van oh, maar daarmee weet ik al meteen. Omdat ik al die kennis heb weet ik wat goed voor jou is, maar die kennis wel gebruiken als gids" ~ Respondent 4

Netwerk/sociale kaart

Vijf van de vijf respondenten vonden het belangrijk dat er kennis was over de netwerk (dan wel in de vorm van een sociale kaart). Bij kennis over het netwerk valt dan onder andere te denken aan.

"Als je het instrument gebruikt en je bent aan het bedenken van welke kant kunnen we eigenlijk op. Dat je kennis hebt van die wijk en van, en dat is dan letterlijk van waar je dan werkt. Van

mogelijke oplossingsrichtingen. Wie of wat heb ik nu in de buurt en hoe kan je het netwerk ook gebruiken. [De sociale kaart dus?] Ja. Ja.” ~ Respondent 1

Salutogenese

Twee van de vijf respondenten vonden kennis van salutogenese belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

“Dat je waarden dan wel belangrijk zijn. En dan, qua kennis en qua vaardigheden... ik denk ja, qua kennis heb je veel meer informatie nodig over salutogenese. In plaats van over pathogenese. Dus niet zozeer het ziekteleerstukje, maar er is al heel veel bekend over salutogenese. Gezondheidsleer. Ik denk dat dat een soort van basis zou moeten zijn in alle gezondheidsopleidingen. Dus niet zozeer de focus op wat niet goed gaat, maar juist de mogelijkheden van mensen.” ~ Respondent 2

Concept

Twee van de vijf respondenten vonden dat het begrijpen en kennis hebben van het concept belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

“Sowieso natuurlijk wat zijn die zes dimensies, maar dan wel ook nog in het groter geheel. Van, waarom is deze definitie er. En waarom is deze spinnenweb er bijvoorbeeld. En wat is de bedoeling van deze zes dimensies richting cliënten, burgers en professionals. Dus echt het begrijpen van het concept.” ~ Respondent 1

Gedragsverandering, begeleiden en informeren

Twee van de vijf respondenten vonden dat kennis van gedragsverandering, begeleiden en informeren belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

“En dan zit ik te denken ook bij kennis, dat je kennis hebt van gedragsverandering. En hoe dat in elkaar zit. Zodat je ook goed een cliënt kunt begeleiden in educatie, informeren en naar de volgende stappen.” ~ Respondent 1

Scoringsinstrument

Twee van de vijf respondenten vonden dat kennis over (de zes dimensies van) het scoringsinstrument belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

“Verder ook kennis van het scoringsinstrument, hoe zit dat in elkaar. Hoe kun je het gebruiken.” ~ Respondent 1

“Denk dat het wel goed is om te weten per dimensie van wat houdt het in en waar kun je op door vragen” ~ Respondent 3

Maatschappelijke behoefte

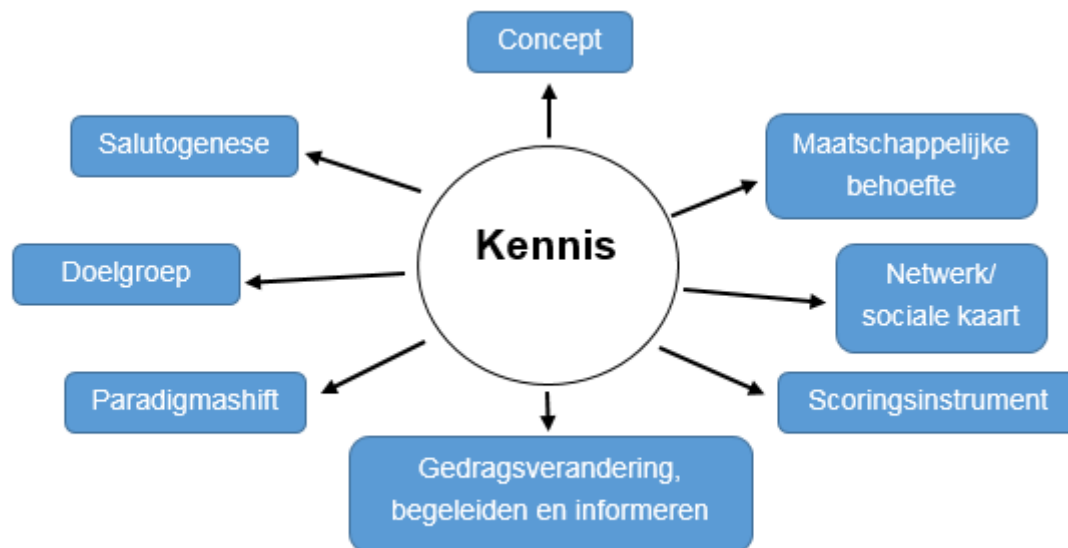
Eén van de vijf respondenten vond dat kennis over de maatschappelijke behoefte belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

“En vanuit het maatschappelijke, wat gebeurt er nu in het land en waarom is dit nu zo’n hot item. Wat is er dus allemaal gaande op maatschappelijk gebied om te kunnen begrijpen wat je er allemaal mee kan richting de cliënt. Dat zou ik qua kennis wel belangrijk vinden.” ~ Respondent 1

Paradigmashift

Eén van de vijf respondenten vond dat kennis over de paradigmashift belangrijke informatie is voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen.

“De paradigma shift van het ziekte naar gezond. Dat ze dat ook begrijpen.” ~ Respondent 1



Figuur 2. Belangrijke hoofdthema's van de competentie 'Kennis'

4.2.2 Vaardigheden

Tijdens de interviews werd er nadrukkelijk gevraagd naar de benodigde vaardigheden van wijkverpleegkundigen om positieve gezondheid en het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toe te passen bij de kwetsbare ouderen. Alle respondenten vonden dit een belangrijke hoofdcategorie. Uit de vijf interviews zijn de volgende hoofdthema's gedestilleerd: *Algemene gesprekstechnieken; Motivational Interviewing; Samenwerken met andere disciplines; Coaching; Kijken naar de mogelijkheden van de cliënt; Signalen oppikken; Vertrouwensrelatie opbouwen; Tijd nemen; Drijfveren naar boven halen en gebruiken; Persoonsgericht/op-maat-werk; Shared decision making; Doorverwijzen; Vanuit meerdere perspectieven kunnen kijken; Appreciative Inquiry Methode.*

Algemene gesprekstechnieken

Vijf van de vijf respondenten vonden het beheersen van algemene gesprekstechnieken noodzakelijk om positieve gezondheid goed toe te kunnen passen bij kwetsbare ouderen.

“En als je het hebt over vaardigheden. Dan denk ik ook vooral over.. dat dat vooral het luisteren is. Het luisteren, en vragen en doorvragen.” ~ Respondent 2

“Maar ik denk dat als we het over gesprekstechnieken hebben, dat dat heel belangrijk is, om echt de meerwaarde uit, al is het maar een gesprekstool, te halen” ~ Respondent 5

Motivational Interviewing

Vijf van de vijf respondenten gaven aan dat motivational interviewing een mooie, bruikbare methode is voor een wijkverpleegkundige om beter aan te sluiten bij de cliënt en zodoende positieve gezondheid beter toe te kunnen passen.

“En vaardigheden in motivational interviewing. Dat kan helpen denk ik, ja. [Ja.] Omdat je daarmee ook die gedragsverandering kunt begeleiden. En door kunt vragen in wat zijn voor- en nadelen om iets te doen.” ~ Respondent 1

“zoals je zegt die motivational interviewing is iets wat we al meerdere keren terug gehoord hebben dat..] Dat is echt een soort gids hè. Dat is een soort coachingssysteem eigenlijk, dan word je als zorgverlener, dan ben je veel meer een gids. Waarin de patiënt dus de ervaringsdeskundige is.” ~ Respondent 4

Samenwerken met andere disciplines

Vier van de vijf respondenten benoemden het kunnen samenwerken met andere disciplines en die samenwerking opzoeken als een belangrijke vaardigheid die een wijkverpleegkundige moet bezitten wil zij te werk gaan de gedachte van positieve gezondheid.

“Dus echt dat je ook de samenwerking kunt gaan opzoeken met anderen dat biedt ook kansen.” ~ Respondent 3

“Dat het heel belangrijk is om de samenwerking te zoeken met die andere zorgverleners” ~ Respondent 5

Coaching

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat een wijkverpleegkundige coachende vaardigheden moet hebben wil zij een kwetsbare oudere ondersteunen aan de hand van positieve gezondheid.

“En een soort coachingsvaardigheden heb je ook nodig. Van het hele idee, hoe kun je dan iemand daarin begeleiden. ~ Respondent 4

“Je bent ook een soort coach. Je hebt ook bepaalde coachingsvaardigheden nodig, dus niet alleen maar het laten zien. Je moet het ook kunnen uitleggen” ~ Respondent 5

Kijken naar de mogelijkheden van de cliënt

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat het kijken naar de mogelijkheden van de cliënt (de kwetsbare oudere) belangrijk was dat een wijkverpleegkundige dat doet en daar vaardig in is.

“Dus dat je echt de hulpbronnen en de kwaliteiten gaat inzetten van een cliënt. Maar dan moet je het gesprek wel al meteen positief insteken en dus niet op wat kan je nu allemaal niet meer, maar juist wat kun je nog zo goed.” ~ Respondent 1

Ik denk dat daar veel kansen liggen om dit ook echt in de praktijk te brengen. Dus uitgaan van mogelijkheden en daar ook vragen op stellen.” ~ Respondent 2

Signalen oppikken

Twee van de vijf respondenten benoemden het oppikken van signalen als één van de vaardigheden die een wijkverpleegkundige moet bezitten om kwetsbare ouderen goed te ondersteunen met positieve gezondheid in haar achterhoofd.

“Ik zie er wel een soort signalerende rol ook in, de wijkverpleegkundige.” ~ Respondent 1

“wel ja signalen goed kunnen oppikken wat nodig is en dan zou de motivational interview goed zijn maar denk ik ook iets met zo intuïtietraining” ~ Respondent 5

Vertrouwensrelatie opbouwen

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat het kunnen opbouwen van een vertrouwensrelatie een belangrijke vaardigheid is voor een wijkverpleegkundige om positieve gezondheid toe te kunnen passen bij kwetsbare ouderen.

“Om een beetje vertrouwen te kunnen wekken en een vertrouwensband op te kunnen bouwen. En dat is natuurlijk ook een vaardigheid, om iets te kunnen bereiken uiteindelijk.” ~ Respondent 1

dan is het natuurlijk heel belangrijk om een soort partnerschap te weten vormen met die cliënt, en op de een of andere manier samen inzicht in het leven van die persoon te krijgen. ~ Respondent 4

Tijd nemen

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat de tijd nemen voor de kwetsbare ouderen een belangrijke vaardigheid is zodat de wijkverpleegkundige positieve gezondheid kon toepassen.

“Ja, en tijd. Meer ruimte nemen voor het beginstuk. Ja. En met het idee, dat dat later ook weer tijd oplevert. [Ja, ja.] Dit zijn natuurlijk heel vaak zaken die je niet in 10 minuten bespreekt. Dat gaat gewoon niet.” ~ Respondent 4

Drijfveren naar boven halen en gebruiken

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat het naar boven halen van de drijfveren van een cliënt (kwetsbare oudere) een belangrijke vaardigheid is binnen positieve gezondheid.

Ja echt luisteren zeg maar. En tijd durven nemen. ~ Respondent 2

“Maar die kern is volgens mij het belangrijkste. Dus aansluiten bij iemand, dus zoeken naar iemands eigen drijfveren en die inzetten tot gedragsverandering.” ~ Respondent 4

Persoonsgericht/op-maat-werk

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat positieve gezondheid persoonsgericht werken is, oftewel op-maat-werk. Hierbij gaven ze aan dat dit een belangrijke vaardigheid is van een wijkverpleegkundige om dit te kunnen leveren aan de kwetsbare ouderen.

“Maar binnen de gesprekstechnieken denk ik dat de basis belangrijk is, maar ook de op-maat”

“Op-maat, ja dus persoonsgerichte zorg is eigenlijk een goede term” ~ Respondent 5

Shared decision making

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat binnen positieve gezondheid shared decision making een belangrijk aspect heeft. Een wijkverpleegkundige moet vaardig zijn hierin, om samen met de kwetsbare oudere een besluit te nemen hoe het vervolg van de behandeling eruit komt te zien.

En dat iemand beetje, dat shared decision zit er ook in. Dat je samen, dat je als hulpverlener voor- en nadelen van bepaalde interventies kunt bespreken en dat iemand daar zelf een weloverwogen keuze over kan maken ~ Respondent 5

Doorverwijzen

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat het doorverwijzen naar andere disciplines een vaardigheid is die een wijkverpleegkundige moet bezitten wil zij positieve gezondheid goed kunnen toepassen bij de cliënt.

“en ook dat je kunt verwijzen. En dat je ook kunt loslaten.” ~ Respondent 2

Vanuit meerdere perspectieven kunnen kijken

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat als een wijkverpleegkundige goed de cliënt, de kwetsbare oudere, wil kunnen ondersteunen dat het belangrijk is dat zij vanuit meerdere perspectieven kan kijken.

“Dus volgens mij moeten we leren, ook om, vanuit verschillende perspectieven te kunnen denken en te kunnen bekijken. Om ook weer creatief in te spelen op de behoeftes.” ~ Respondent 4

Appreciative inquiry methode

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat de appreciative inquiry methode een mooie methode was die mooi zou kunnen aansluiten bij de gedachtegoed van positieve gezondheid.

Ja, en ik ben zelf ook heel erg gecharmeerd van de appreciative inquiry methode. Ik weet dat er een heleboel anderen bezig zijn met motivational interviewing en er zijn allerlei methodieken, maar wat ik heel mooi vind aan deze methode is dat ze uitgaan van de mogelijkheden van de mensen en ze daar ook op bevragen. Dus in plaats van de focus op

wat is er niet goed, hè, wat is het probleem, ga je kijken van... wat gaat er goed, waar ben je trots op." ~ Respondent 2



Figuur 3. Belangrijke hoofdthema's competentie 'Vaardigheden'

4.2.3 Attitude

Tijdens de interviews werd er nadrukkelijk gevraagd naar welke houding of attitude een wijkverpleegkundige moet hebben om positieve gezondheid en het scoringsinstrument van positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen. Alle respondenten vonden dat een juiste attitude noodzaak is voor de uitvoering van het werk middels het gedachtegoed van positieve gezondheid. Uit de vijf interviews zijn de volgende hoofdthema's gedestilleerd: *Open houding/brede kijk; Referentiekader los kunnen laten; Coördinerende rol; Zelfregie van de cliënt intact houden; Denken in kansen; Buiten het gebaande pad durven gaan; Focus op wat er goed gaat; Waardigheid van de mens intact houden; Accepteren van iemands niveau; Niet te directief zijn.*

Open houding/brede kijk

Vier van de vijf respondenten gaven in de interviews aan dat een wijkverpleegkundige met een brede kijk en/of een open houding moet kijken naar haar cliënt om zo positieve gezondheid goed toe te kunnen passen.

“Probeer veel meer aan te sluiten bij, ja, wat de persoon zelf graag wilt en open houding, doorvragen. Dat is wel een houding of een attitude die hier bij past” ~ Respondent 3

“In eerste instantie dus open en breed en naarmate wat iemand wil of niet wil dat kun je dan een beetje op sturen” ~ Respondent 5

Referentiekader los kunnen laten

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat het kunnen loslaten van de eigen referentiekader van de wijkverpleegkundige een belangrijk onderdeel is van de attitude. Hierbij werd nadrukkelijk benoemd het niet opleggen van de normen en waarden bij de cliënt.

“Dat je ook niet jouw normen en waarden oplegt bij de ander.” ~ Respondent 1

“Maar dat je dus los kan laten ook van wat jij als professional belangrijk vindt. Maar dat heeft dus ook weer met die houding te maken.” ~ Respondent 2

Coördinerende rol

Twee van de vijf respondenten vonden dat een coördinerende rol weggelegd is voor de wijkverpleegkundige die werkt volgens het gedachtegoed van positieve gezondheid.

“maar jij kunt wel gaan bedenken wie heb ik in mijn netwerk. [Ja, ja] Naar wie, ja dagbesteding. En volgens mij, dat is de rol die je als wijkverpleegkundige gaat krijgen. Dan ben jij die coördinator.” ~ Respondent 4

Zelfregie van de cliënt intact houden

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat de houding van de wijkverpleegkundige zo moet zijn dat zij de zelfregie van de cliënt intact houdt en niet alles wilt overnemen. Zelfregie is een belangrijk onderdeel van positieve gezondheid.

“Dat is dubbel hè. Vanuit je professie weet je soms wel wat beter zou zijn, of wat voor een cliënt zijn gezondheid zou kunnen bevorderen, maar hier is de cliënt in de regie.” ~ Respondent 1

“Dus aan de ene kant zelfregie geven. Dat zit ook in positieve gezondheid hè.” ~ Respondent 5

Denken in kansen

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat het belangrijk is om in de houding van een wijkverpleegkundige, die positieve gezondheid toepast bij kwetsbare ouderen, vooral naar boven te laten komen dat het denken in kansen centraal staat.

“Dus niet zozeer de focus op wat niet goed gaat, maar juist de mogelijkheden van mensen.” ~ Respondent 2

“Het is echt het anders denken, daar gaat het... het omdenken eigenlijk en niet meer het denken in problemen, maar het denken in mogelijkheden. En in kansen, ja.” ~ Respondent 4

Buiten het gebaande pad durven gaan

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat buiten het gebaande pad durven gaan een attitude is die belangrijk kan is om met positieve gezondheid te werken.

Maar als je met oplossingen of andere manieren en dat je net buiten het gebaande pad durft te gaan. Van ik durf te zeggen ik ga dit nu anders doen en wel, wel om deze reden ~ Respondent 2

Focus op wat er goed gaat

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat de wijkverpleegkundige zich bij het toepassen van positieve gezondheid juist moet focussen op wat er goed gaat.

“Oké. In plaats van focus op problemen, is de focus op de mogelijkheden.” Ja, ja. En dat wil niet zeggen dat je dan niet uitkomt bij ook nog problemen, maar dat wat je aandacht geeft groeit hè.” ~ Respondent 2

Waardigheid van de mens intact houden

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat het belangrijk is dat in de houding van de wijkverpleegkundige zij naar buiten straalt dat de waardigheid van de mens die zij voor zich heeft belangrijk is en dat deze ook intact gehouden moet worden.

Maar gaan nadenken over wat is nou de waardigheid van die mens. En wat is nou, hoe kan ik nou diegene een betekenisvolle dag geven. ~ Respondent 4

Accepteren van iemands niveau

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat een wijkverpleegkundige ook in staat moet zijn om het niveau van de cliënt te accepteren. In het interview werd dit nadrukkelijk benoemd doordat het ging over de kwetsbare ouderen.

“Ja, soms is iets ook zoals het is. Dus ook een soort acceptatie, dat is ook een deel van de definitie. Acceptatie van op wat voor een niveau iemand op een gegeven moment zit. Maar als je dan toch bijdraagt aan het welzijn van de mens. En toch ergens bij zijn drijfveer komt. En dan soms, het moet niet meteen je doel zijn, maar soms kan er meer gebeuren dan dat je denkt. Dat denk ik.” ~ Respondent 4

Niet te directief zijn

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat het belangrijk is dat een wijkverpleegkundige bij het toepassen van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen niet te directief is.

“Je moet een beetje af van dat directieve. De dokter weet het goed, of de verpleegkundige weet het goed. En de patiënt is degene die het moet uitvoeren bij wijze van spreken. Je wilt dat eigenlijk omdraaien.” ~ Respondent 5



Figuur 4. Belangrijke hoofdthema's van de competentie 'Attitude'

4.2.4 Scoringsinstrument

In de tweede hoofdvraag wordt meer ingezoomd op het scoringsinstrument. Alle respondenten hadden tijdens de interviews aangegeven hoe zij dachten dat het scoringsinstrument van positieve gezondheid het beste gebruikt kan worden bij de doelgroep kwetsbare ouderen. De hoofdthema's die de studentonderzoekers gedestilleerd hebben uit deze interviews zijn: *Scoring; Continuïteit; Gesprekstool; Mantelzorg laten invullen; Evaluatiemiddel; Beleving van de cliënt bevragen; Digitale tool; Sociale kaart ontwikkelen; Inventarisatie van de mogelijkheden van de cliënt; Als een 360° graden-instrument; Niet alleen een meetinstrument; Folder; Voorloper op andere vragenlijsten; Geen protocol; Hulpmiddel.*

Scoring

Vijf van de vijf respondenten benoemden dat het scoringsinstrument gebruikt kan worden om de zes domeinen van positieve gezondheid te scoren.

Ja, als je het echt zou gebruiken, dat scoringsinstrument, dan zou je ook echt gewoon dat in een gesprek uit kunnen vragen. Van hoe zou je het scoren en waarom en ook wat zou je ermee willen. ~ Respondent 1

Continuïteit

Vier van de vijf respondenten dat het scoringsinstrument niet alleen één vaste tijdstip heeft in het gehele zorgproces, maar dat het instrument op meerdere momenten gebruikt kan worden om zo de continuïteit van zorg te waarborgen.

"Zeker iets wat vaker ingezet kan worden en niet alleen bij het begin" ~ Respondent 3

Gesprekstool

Vier van de vijf respondenten gaven aan dat het naast het scoringselement ook gezien kan worden als een gesprekstool, waarbij de wijkverpleegkundige middels deze tool de zes domeinen van positieve gezondheid kan bespreken met de cliënt.

“Dat is ook waarom gesprekstool handig is, om te zorgen dat je met elkaar erachter komt waar ligt het nou. Dus het is echt een hulpmiddel.” ~ Respondent 4

“Ja, ik denk dat als gesprekstool, dan hoef je het niet eens in te vullen. Dan schept het de mogelijkheid om met iemand in gesprek te gaan en buiten het biomedische model” ~ Respondent 5

Mantelzorg laten invullen

Vier van de vijf respondenten gaven aan dat zij bij de doelgroep kwetsbare ouderen ook de mantelzorgers zouden betrekken en het scoringsinstrument in zouden laten vullen.

“En dat is misschien ook nog wel iets dat je kunt doen. Dat je dit instrument in laat vullen door de ouderen zelf, maar ook door iemand in de omgeving. En door jouzelf als je daar veel komt. Om de overeenkomsten, maar ook de verschillen te kunnen bespreken. Want als iemand zegt van, ja het gaat heel slecht met mijn partner en die ander zegt van het gaat heel goed. Dat je dan het ook zichtbaar kunt maken waarin het dan niet goed gaat.” ~ Respondent 1

“Je zou het ook door anderen kunnen laten invullen. Dus je zou kunnen vragen aan de kwetsbare ouderen scoor hem eens, maar je zou hem ook aan de mantelzorger kunnen vragen van scoor hem eens” ~ Respondent 2

Evaluatiemiddel

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat het scoringsinstrument gebruikt kan worden als evaluatiemiddel om te bekijken of scores die eerder werden opgegeven door de cliënt verbeterd zijn of niet.

“Dan kun je er acties op uitzetten en dan bijvoorbeeld na een maand of twee maanden het als een soort evaluatie-instrument kunnen gebruiken.” ~ Respondent 1

Beleving van de cliënt bevragen

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat de wijkverpleegkundige met het scoringsinstrument naast de scores ook vooral de beleving van de cliënt konden bevragen.

“Het gaat er niet om dat je jouw score 50 op mentaal gaat vergelijken met jouw score 50 en of dat dan gelijk is. Nee, het gaat erom dit jouw beleving en dit is jouw beleving. Dus het is geen harde uitkomstmaat.” ~ Respondent 4

Digitale tool

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat er sinds 1 oktober ook een digitale tool beschikbaar is gesteld door de IPH, waarvan de wijkverpleegkundigen gebruik kunnen maken.

“Je hebt nu ook mijn positieve gezondheid, staat ook in de website mijn positieve gezondheid.nl of .com, dat weet ik even niet. En daar in, dat is een digitale tool om het spinnenweb in te vullen.” ~ Respondent 3

“Nu is er ook al een online tool gemaakt, op internet. En dan kun je inloggen en dan kan je zelf, zo'n webje maken. Dan vul je gewoon een aantal stellingen in en dan krijg je scores. En dan zou je kunnen kijken hoe voel ik mij nou en waar zou ik nou eens aan willen werken. Dat officiële instrument is nu per oktober beschikbaar” ~ Respondent 4

Sociale kaart ontwikkelen

Drie van de vijf respondenten gaven aan dat wijkverpleegkundigen aan de hand van het scoringsinstrument en de zes domeinen een sociale kaart kunnen ontwikkelen van hun eigen wijk.

“En wat wij misschien, wat misschien leuk is om als wijk te doen. Of eens met je team te doen, om eens te kijken... wat wij wel eens doen tijdens workshops, is hem gebruiken om organisch om het netwerk in beeld te brengen. Dus dan ga je hem eens invullen met je collega's, van nou op lichaamsfuncties, welke organisaties of partijen zijn er nou die vooral hiermee bezig zijn hier hun focus op hebben. Dan vul je dat in, bij dagelijks functioneren en sommigen zijn op verschillende terreinen bezig.” ~ Respondent 2

Inventarisatie van de mogelijkheden van de cliënt

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat het scoringsinstrument gebruikt kan worden voor een inventarisatie van de mogelijkheden van de cliënt.

“[Tot hoever kunnen wij van dit instrument gebruikmaken?] Als wijkverpleegkundigen? [Ja.] Ja, ik denk dat het een hele mooie inventarisatie kan zijn, van waar mogelijkheden liggen van mensen. ”

Als een 360° graden-instrument

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat het scoringsinstrument ook gebruikt kan worden als een 360° graden-instrument, waarbij het scoringsinstrument wordt ingevuld door de cliënt, de betrokken naaste en de wijkverpleegkundige zelf.

Dus je zou kunnen vragen aan de kwetsbare ouderen scoor hem eens, maar je zou hem ook aan de mantelzorger kunnen vragen van scoor hem eens of aan de wijkverpleegkundige hoe zie jij, jullie hem. Je zou 'm als 360 graden instrument kunnen gebruiken.” ~ Respondent 2

Geen valide meetinstrument

Twee van de vijf respondenten gaven aan dat het scoringsinstrument geen valide meetinstrument is. Er werd wel gezegd dat positieve gezondheid gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek en valide beoordeeld, maar het scoringsinstrument niet.

“Dat is een invalide meetingsinstrument, scoringsinstrument maar dit is gesprekstool, zoals ie er nu ligt, dat is niet gebaseerd op wetenschappelijke onderzoek dat is gemaakt op basis van het gesprek met experts en daarom is het wel van belang om het een gesprekstool te noemen

je kunt bijvoorbeeld ook niet de tool bij 10 mensen laten invullen, de scores op te tellen en vervolgens weer door 10 te delen.” ~ Respondent 3

Folder

Eén van de vijf respondenten gaf het voorbeeld dat het scoringsinstrument ook in een kleinere vorm bestaat, namelijk in de vorm van een folder. Waarbij tevens werd gezegd door de respondent dat dit misschien beter aan zou sluiten bij de doelgroep kwetsbare ouderen, omdat een digitale tool wellicht onbegonnen werk is voor hen.

“jullie de doelgroep kwetsbare ouderen hebben en mogelijk niet iedereen dus digitaal is en gesprekstool is nu een digitaal instrument dus ja als je zegt van is het breder inzetbaar voor verpleegkundigen dan denk ik dat interessanter zou zijn misschien om juist ook te kijken naar de folders die nu zijn ontwikkeld bij de huisartsenpraktijk wat eigenlijk heel simpel ingaat op het aantal vragen en ook werkt met symbolen of met blaadjes, ik denk dat dat eigenlijk misschien bij deze doelgroep beter past” ~ Respondent 3

Voorloper op andere vragenlijsten

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat wanneer de wijkverpleegkundige samen met de cliënt het scoringsinstrument of de gesprekstool zou doorlopen er breed wordt gekeken en er veel antwoorden gegeven zijn. Wanneer er dan specifieke vragenlijsten alsnog nodig zijn, kan de wijkverpleegkundige die antwoorden, die zij gekregen heeft na het gebruik van het scoringsinstrument, al invullen, zodat er geen dubbel werk ontstaat.

Dus dan zou je bijvoorbeeld wel dat scoringsinstrument wat centraler, maar alle vragen die je er al uitkrijgt die je ook voor die andere lijstjes nodig hebt, nou die kan je daar dan voor gebruiken. Dan hoeft je dat niet dubbel te doen.” ~ Respondent 4

Geen protocol

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat er voor het gebruiken van het scoringsinstrument nog geen protocol bestaat, noch dat er een vast geprotocolleerde plek in het zorgproces bestaat wanneer deze afgenomen moet worden.

“Dus daar is nog geen vaste lijn of protocol voor.”

“het is geen doel, maar het is een middel. Het is een middel om dat gesprek aan te gaan. Dus volgens mij moet het ook niet zo zijn dat het dan heel vast geprotocoliseerd een plek moet hebben op een bepaald moment, maar moet je... op een moment dat het zinnig is.” ~ Respondent 4

Hulpmiddel

Eén van de vijf respondenten gaf aan dat het scoringsinstrument echt een hulpmiddel is, bijvoorbeeld om behandeldoelen op te stellen in het begin van het zorgproces.

“Dat is ook waarom gesprekstool handig is, om te zorgen dat je met elkaar erachter komt waar ligt het nou. Dus het is echt een hulpmiddel. Dus, en ik zou mij kunnen voorstellen dat je als wijkverpleegkundige aan de slag gaat en je gaat kijken van hey, wat voor behandeldoelen kan ik nou stellen.” ~ Respondent 4



Figuur 5. Belangrijke hoofdthema's van het scoringsinstrument

4.2.5 Overige, belangrijke informatie over het concept

Naast de resultaten die betrekking hadden op de twee hoofdvragen, werden er in de interviews ook andere informatie gegeven door de respondenten die de studentonderzoekers belangrijk achtten. Deze informatie is onder te verdelen in: *Kansen*; *Belemmeringen*; *Cursus/scholing*; *Gemeenschappelijke taal*; *Verandering op alle lagen*; *concept*.

Kansen

Vijf van de vijf respondenten benoemden dat positieve gezondheid kansen biedt in de gezondheidszorg, vooral voor de (nieuwe) wijkverpleegkundige die zelf de zorg kan indiceren.

"Maar ik denk dat als je... als ik nu zie hoe wijkverpleegkundigen nu ruimte hebben om zelf te indiceren en... dan denk ik er liggen wel veel kansen vanuit... om vanuit de wijkverpleging ook die verandering maken en dit speelveld te verbinden. Ja, ja." ~ Respondent 2

Daarnaast biedt positieve gezondheid de kans om breder naar cliënten te kijken.

"dat het zeker een kans is om breder te kijken naar een cliënt" ~ Respondent 3

En werd er aangegeven dat het kansen biedt om beter vorm te kunnen geven aan het begeleiden van een kwetsbare oudere.

“Dus er zitten nog wel wat haken en ogen aan, maar ook heel veel kansen om eigenlijk van het leven van ook de kwetsbare ouderen ja te begeleiden zodat ze het beter vorm kunnen geven.” ~ Respondent 5

Belemmeringen

Vijf van de vijf respondenten benoemden ook dat er belemmeringen spelen om in het huidige zorgstelsel/zorgsysteem positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen. Eén van de belemmeringen die meerdere keren terugkwam was dat niet alle zorgprofessionals werken volgens het nieuwe paradigma.

“Dus dat je niet allemaal volgens hetzelfde paradigma werkt. En dat kan best een belemmering zijn. Want de een steekt nog steeds in vanuit die ziekte en jullie. Als jullie dan insteken vanuit die positieve kant, dan.. dat kan botsen.” ~ Respondent 1

Daarnaast werden ook de randvoorwaarden benoemd als mogelijke belemmeringen op dit moment.

En voor de rest denk ik ja die financiering, structuur en de tijd, dus meer de randvoorwaarden dat dat belemmerend zou kunnen zijn” ~ Respondent 3

Cursus/scholing

Vijf van de vijf respondenten benoemden verschillende cursussen/scholingen die handig kunnen zijn voor een wijkverpleegkundige die aan de slag wil gaan met positieve gezondheid. Zo werden er door de respondenten mogelijke onderdelen benoemd van een dergelijke cursus/scholing.

“Dat is een beetje de koppeling tussen de kennis, vaardigheden en attitude bijna hè. Ik weet dat ze ook bezig zijn met een MI-scholing met daarbij de kennis van positieve gezondheid en het werken met het model en ik denk dat dat is wat je dan zou kunnen gebruiken. Dus het is de kennis van het model en weten hoe het in elkaar zit en dan ermee werken door gesprekstechnieken zoals MI. Dat zou eigenlijk, volgens mij, de goede combinatie zijn.” ~ Respondent 1

Daarnaast is er aangegeven dat er verschillende partijen bezig zijn met het verzorgen van cursussen/scholing.

“Maar huisarts uit Amsterdam die is al jarenlang bezig met de beweging van ZZ naar GG, hij noemde dat doen nog niet positieve gezondheid, inmiddels wel. Maar hij, hij geeft ook scholing aan de huisartsen in het sociaal team in Bergen bijvoorbeeld. Dat is The Big Move, heet dat. Big Move heet die organisatie. Naja, vanuit het IPH, is Machteld ook bezig met scholingen te organiseren ~ Respondent 2

“Maar ik weet dat ze vanuit het instituut voor positieve gezondheid zijn ze wel allerlei modules aan het ontwikkelen. Maar ik weet even niet hoe ver zij zijn. Wat ik nu weet is dat ze bijvoorbeeld in bepaalde projecten binnen bepaalde zorginstellingen trainingen geven” ~ Respondent 4

En één van de respondenten geeft zelf trainingen en gaf aan wat zij daarin laat terugkomen.

“Naja, wat ik dan probeer in nascholing voor huisartsen is dat je het concept, dat je de context, de hele context van de beweging van ZZ naar GG... wat betekent dat voor jou als persoon, als professional in dit veld, wat betekent dit voor het netwerk en dat soort elementen komen daarin.” ~ Respondent 2

Verder werd er benoemd dat het begrip en de inhoud van positieve gezondheid ook meer in het onderwijs moet terugkomen.

“Maar ik weet dat er een rapport is van Machteld Huber, uit maart 2016 volgens mij, waarover ze adviseerde hoe kunnen we positieve gezondheid meer in het land en ook meer in het onderwijs vormgeven, en ook bij zorgprofessionals.” ~ Respondent 1

Gemeenschappelijke taal

Vijf van de vijf respondenten benoemden dat de zorgprofessionals een gemeenschappelijke taal moeten spreken wanneer er gewerkt wordt met positieve gezondheid.

“En dan heb je weer andere tools nodig, maar ik denk dat dit een mooie... ook een gemeenschappelijke taal is. Als wij hiermee werken, als verpleegkundigen, als de huisartsen, de welzijnswerkers, dus mensen bij de gemeente, fysio's, dan heb.. dan weet je waar je het over hebt. En dan kun je elkaar ook de bal zeg maar toespelen. Ja, ja.” ~ Respondent 2

Om juist in dat gesprek met hele verschillende disciplines, dus vanuit zorg, welzijn, gemeenten, naja alles wat daarbij zit. Om dan wel dezelfde taal te proberen te ontwikkelen” ~ Respondent 5

Verandering op alle lagen

Vijf van de vijf respondenten benoemden dat de verandering die de komst van positieve gezondheid op gang brengt een verandering is die op alle lagen van de gezondheidszorg moet plaatsvinden (micro-meso-macro).

“Maar dat je ook je bestuurders meekrijgt en eigenlijk alle lagen in een organisatie. Dus als je zegt, wijkverpleegkundigen we gaan die scholing doen. Dan moet het eigenlijk van of vanaf, ja van alle lagen ook omarmt worden. Eventueel in visie en missie en noem maar op, dat het daarin opgenomen wordt.” ~ Respondent 1

“En kijk of je je manager meekrijgt. Dat ie, dat ie je steunt, want dat is wel fijn als je samenwerkt daarin. Want het vraagt verandering op alle lagen zeg maar.” ~ Respondent 2

Daarnaast werd er vermeld dat de verandering om met positieve gezondheid een verandering moet zijn van de werkvloer.

Dat zou het allermooiste zijn, en ik heb wel het idee dat het het beste is als de verandering van onderop komt ~ Respondent 5

Tevens werd er benoemd door één van de respondenten dat verandering moet beginnen bij de zogeheten 'coalition of the willing'

Want dat is ook wat Machteld ook zegt. Ze zegt, we moeten starten met the coalition of the willing. Zeg maar zorgen dat de mensen die willen en niet trekken aan dode paarden, want kost veel energie en levert niet zo heel veel op." ~ Respondent 2

Concept

Twee van de vijf respondenten benoemden nadrukkelijk dat positieve gezondheid een concept is en nog niet af is. Daarnaast werd er gezegd dat het een dynamisch concept is.

"Ja, en wij zeggen ook het is een concept, het is geen definitie. Het is geen hard, dichtgetimmerd, punt. Het is een concept. Het is een benadering. Het is goed om te weten dat er verschillende benaderingen zijn." ~ Respondent 4

"Maar we hebben heel erg de indruk dat het een dynamisch concept is. Dus dat het eigenlijk nog kan doorgroeien om op verschillende plaatsen goed te kunnen functioneren" ~ Respondent 5



Figuur 6. Belangrijke, overige thema's over het concept

Discussie

In de discussie wordt een interpretatie van de resultaten gegeven per hoofdvraag. De relevantie van de resultaten komt aan bod en als laatst wordt de discussie afgerond met de beperkingen van dit onderzoek.

Voor de discussie van de twee hoofdvragen worden verschillende bronnen, met name Boers & Huber, V&VN (2012) en Merwijk (2012), gebruikt om overeenkomsten tussen de resultaten en de literatuur vast te stellen. De uitspraken in de literatuur worden vaak algemeen bedoeld en niet per se op de doelgroep kwetsbare ouderen of alleen voor wijkverpleegkundigen. Er kunnen kanttekeningen gemaakt worden in hoeverre de literatuur bevestigend is voor de hoofdthema's die gedestilleerd zijn uit de interviews. Hoewel de beschikbare literatuur beperkt is hebben de studentonderzoekers zich wel breed georiënteerd over dit onderwerp.

Voor enkele hoofdthema's zijn geen bevestigende noch ontkrachtende literatuur te vinden. Het is mogelijk dat dit komt doordat het een relatief nieuw onderwerp is waarover nog weinig artikelen gepubliceerd zijn. Dit komt doordat pas in 2011 een artikel is verschenen met daarin het nieuwe concept voor gezondheid. Hoewel dit internationaal belangstelling kreeg (ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, 2012) zijn er mogelijk nog geen artikelen verschenen vanuit het buitenland omdat de inventarisatie van positieve gezondheid in Nederland is uitgevoerd en het denken over gezondheid cultuurbepaald is aldus respondent 4 (persoonlijke mededeling, 22 november 2016).

5.1 Hoofdvraag 1

De eerste hoofdvraag die beantwoord moest worden was: "Welke competenties heeft een (wijk)verpleegkundige van TVN-Zorgt nodig om de zes dimensies van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen toe te passen?"

Om de discussie overzichtelijk te houden is ervoor gekozen om per competentie de resultaten te benoemen.

5.1.1 Kennis

In dit kwalitatieve onderzoek is via interviews met experts naar voren gekomen welke onderdelen van kennis belangrijk zijn. Volgens experts moet een wijkverpleegkundige kennis hebben van *het concept positieve gezondheid, de maatschappelijke behoefte, het netwerk/de sociale kaart, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid, de paradigmashift, de doelgroep, salutogenese* en tot slot *gedragsverandering, begeleiden en informeren*, om positieve gezondheid toe te kunnen passen bij kwetsbare ouderen.

Salutogenese wordt in de literatuur benoemd als een belangrijk onderdeel voor de opleiding van medici (Boers & Huber, 2015). In de interviews waarin salutogenese naar voren kwam werd gezegd dat dit ook zinvolle kennis is voor een wijkverpleegkundige. De studentonderzoekers ervaren dat in de opleiding tot hbo-verpleegkundige momenteel weinig aandacht wordt geschonken aan dit onderwerp. Dat terwijl een toekomstig zorgprofessional, die positieve gezondheid wil toepassen, salutogenese meer als uitgangspunt moet nemen (Walg, 2014). Daarom denken de studentonderzoekers dat het verstandig is als salutogenese een duidelijk plaats krijgt binnen het onderwijs voor de verpleegkundige. De literatuur beschrijft ook dat **kennis van het netwerk** en wat mensen doen en voor elkaar kunnen betekenen relevante kennis is (Boers & Huber, 2015; Merwijk, 2012; V&VN, 2012). Dit komt overeen met de antwoorden uit het onderzoek. In dezelfde literatuur wordt beschreven dat er aandacht moet komen voor de competenties met betrekking tot gedragsverandering (Boers & Huber, 2015). **Kennis van gedragsverandering** is onlosmakelijk verbonden aan deze competenties die benoemd worden in de literatuur. Het beroepsprofiel van de verpleegkundige (V&VN, 2012) beschrijft ook dat een verpleegkundige kennis moet hebben van de

verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en empowerment. Boers & Huber (2015) beschrijven ook dat het helder moet zijn wat het concept van positieve gezondheid inhoudt voordat ermee wordt gewerkt. Dit komt overeen met de benodigde **kennis van het concept** van positieve gezondheid. Daarnaast wordt in het document 'Expertisegebied Wijkverpleegkundige' (Merwijk, 2012) beschreven dat een wijkverpleegkundige kennis moet hebben van hoe gezondheid bepaald wordt en welke factoren daarop van invloed zijn en welke beïnvloedbaar zijn. Dit komt ook overeen met het hebben van kennis over het concept positieve gezondheid en **kennis van het scoringsinstrument** waarmee je de beïnvloedbare factoren kunt meten. In het beroepsprofiel van de verpleegkundige staat duidelijk dat een verpleegkundige kennis moet hebben van de ontwikkelingspsychologie en de levensfasen van de mens (V&VN, 2012). Dit komt overeen met **kennis van de doelgroep**. In het beroepsprofiel van de wijkverpleegkundige (V&VN, 2012) wordt beschreven dat een verpleegkundige kennis moet hebben van actuele thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied. Hierbij valt ook te denken aan **kennis van de maatschappelijke behoefte** die uit het onderzoek gedestilleerd is. Ook de **paradigmashift** in de zorg (Hoogeveen, z.d.), waarbij de tweedelijnszorg (specialistisch) meer naar de eerstelijnszorg (wijkverpleging) gaat, is een actueel thema en ontwikkeling binnen het verpleegkundig beroep. De paradigmashift brengt veel veranderingen mee in de wijkverpleging en – verzorging. Hierbij valt te denken aan dat er meer aandacht moet komen voor collectieve preventie en dat er meer gekeken moet worden naar de mogelijkheden en eigen regie van de cliënt (Walg, 2014). De studentonderzoekers vragen zich af of de huidige zorgprofessional daar klaar voor is en daarnaar kan handelen, omdat het concept van positieve gezondheid nog niet algemeen bekend is. Daarnaast moet de verandering op alle niveaus plaatsvinden zodat de zorgprofessional ook ondersteuning vindt vanuit bijvoorbeeld management, organisatorisch beleid en wet- en regelgeving. Dat is ook aangekaart door de respondenten.

5.1.2 Vaardigheden

Uit interviews met experts blijkt welke vaardigheden een wijkverpleegkundige moet bezitten om positieve gezondheid toe te kunnen passen bij kwetsbare ouderen. Volgens experts moet een wijkverpleegkundige vaardig zijn in *algemene gesprekstechnieken, coaching, signalen oppikken, vanuit meerdere perspectieven kunnen kijken, persoonsgericht/op-maat-werk, kijken naar de mogelijkheden van de cliënt, motivational interviewing, doorverwijzen, de tijd nemen, een vertrouwensrelatie opbouwen, samenwerken met andere disciplines, appreciative inquiry methode, drijfveren naar boven halen en gebruiken, shared decision making*.

De V&VN (2012) beschrijft dat een verpleegkundige vaardig moet zijn in het toepassen van gesprekstechnieken, passend bij de patiënt en het niveau van communicatie. Dit komt overeen met wat de respondenten benoemden als belangrijke **algemene gesprekstechnieken**.

Boers & Huber (2015) geven aan dat iedere, in positieve gezondheid geschoolde, professional advies moet kunnen geven en moet kunnen **doorverwijzen**. Het doorverwijzen komt ook terug in het beroepsprofiel van de verpleegkundige (V&VN, 2012). **Motivational interviewing, shared decision making** en de **tijd nemen voor de cliënt** zijn drie vaardigheden die zowel in de interviews als in de literatuur naar voren komen (Huber & Jung, 2015). Hoewel dit herkenbare begrippen zijn in de beroepspraktijk is het de vraag in hoeverre dit haalbaar is. Om motivational interviewing en shared decision making toe te passen bij kwetsbare ouderen, moet er voldoende tijd beschikbaar zijn. Het is de vraag of dat met de huidige bezuinigingen ooit mogelijk gaat worden. Shared decision making is een proces wat vaak over meerdere consultants plaatsvindt (Légaré, Ratté, Gravel, & Graham, 2008). Bovendien moet een verpleegkundige geschoold zijn in deze onderwerpen, wat ook tijd en geld kost. Er moet dus eerst geïnvesteerd worden voordat dit in de praktijk toepasbaar is. Daarnaast vraagt dit ook input van de cliënt zelf. De oudere generatie is meer autoriteitsgevoelig en zal eerder gevoelig zijn voor een paternalistische benadering, oftewel de professional zegt wat er gedaan moet worden en de cliënt doet dat. In hetzelfde artikel van Huber & Jung (2015) wordt aangegeven dat, desgewenst, een zorgprofessional **'op-maat' hulp** kan geven aan een zorgvrager (Huber & Jung, 2015). Dit komt

overeen met wat de respondenten hebben gezegd tijdens de interviews. In de literatuur wordt er beschreven dat er geïnvesteerd moet worden in competenties in coaching (Boers & Huber, 2015). In de literatuur wordt beschreven dat er steeds meer kwetsbare ouderen zijn. Om voor deze ouderen alles goed te kunnen regelen is **samenwerking met verschillende disciplines** belangrijk (Boers & Huber, 2015). Dit is in overeenkomst met de benoemde vaardigheid dat een wijkverpleegkundige goed moet kunnen samenwerken met andere disciplines. In het document Expertisegebied Wijkverpleegkundige (Merwijk, 2012) wordt beschreven dat een wijkverpleegkundige in staat moet zijn om te zaken te signaleren. Dit komt overeen met de vaardigheid van het **oppikken van signalen**. Dit staat tevens in het beroepsprofiel van de verpleegkundige (V&VN, 2012), waarin wordt beschreven dat een verpleegkundige vroegtijdig problemen kan signaleren. Merwijk (2012) beschrijft dat een wijkverpleegkundige in staat moet zijn om breder te kijken dan de oorspronkelijke hulpvraag. Dit komt overeen met de antwoorden die de respondenten gaven over het **kunnen kijken vanuit meerdere perspectieven**. De studentonderzoekers plaatsen vragen hierbij in hoeverre dit mogelijk is in de praktijk, wanneer er gekeken wordt naar alle niveaus van de zorgprofessionals. Het kijken vanuit een ander perspectief betekent dat er niet zozeer gekeken wordt naar de ziekte van iemand en hoe dat opgelost wordt, maar eerder naar hoe kan iemand zijn eigen regie en zelfmanagement behouden. Dit is ook terug te vinden in de definitie van positieve gezondheid. De vraag die de studentonderzoekers zich hierbij stellen is of alle verzorgenden en verpleegkundigen de mogelijkheid hebben om hiermee om te gaan. Een huidige verzorgende en verplegende zal eerder ziektegericht handelen, omdat zij dit heeft aangeleerd en het vertrouwd voelt. Het is de vraag of iedere zorgprofessional in staat om een andere blik, de 'positieve gezondheid'-blik, aan te leren en deze te gebruiken. Daarnaast wordt beschreven dat de wijkverpleegkundige in staat moet zijn om een afweging te maken tussen zorg voor ziekte en het bevorderen van gezond gedrag, met het accent op wat de cliënt nog wel kan (Merwijk, 2012). Dit komt overeen met het **kijken naar de mogelijkheden van de cliënt**. De verpleegkundige moet ook in staat zijn om adviezen te geven, patiënten te instrueren en te motiveren (V&VN, 2012). Het valt te beargumenteren dat dit **coachende** vaardigheden zijn. Merwijk (2012) beschrijft dat vóórdat een ziekte of aandoening manifest wordt, een wijkverpleegkundige de mensen kan motiveren om zich gezond te gedragen door te werken aan een wederzijdse **vertrouwensrelatie**.

5.1.3 Attitude

In dit kwalitatieve onderzoek is via interviews met experts naar voren gekomen welke houding een wijkverpleegkundige moet hebben om positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen. Volgens experts zit er in de juiste houding de volgende elementen: *openhouding/ brede kijk, denken in kansen, focus op wat er goed gaat, zelfregie van de cliënt intact houden, waardigheid van de mens intact houden, coördinerende rol, accepteren van iemands niveau, niet te directief zijn, buiten het gebaande pad durven gaan, eigen referentiekader los kunnen laten*.

Positieve gezondheid geeft men de keuze om te werken vanuit een brede visie op gezondheid (Huber & Jung, 2015). Volgens de respondenten moeten wijkverpleegkundigen ook een **brede kijk** hebben op de cliënt en op gezondheid. Bij positieve gezondheid staan, naast de ziekte, functioneren, veerkracht en zelfregie centraal (Boers & Huber, 2015). Aan deze gebieden moet voldoende aandacht geschonken worden, wat overeenkomst met het **intact houden van de zelfregie van de cliënt**. Het valt te bediscussiëren dat het **accepteren van iemands niveau** past bij het intact houden van de zelfregie, omdat de wijkverpleegkundige moet accepteren dat sommige interventies niet meer mogelijk zijn bij sommige kwetsbare ouderen. Boers & Huber (2015) beschrijven dat, wanneer een professional wil werken met positieve gezondheid, een **open houding** nodig is. Dit is in overeenstemming met de antwoorden vanuit de interviews. Tevens wordt er in het document 'Expertisegebied Wijkverpleegkundige' (Merwijk, 2012) beschreven dat de wijkverpleegkundige in staat is om privacy, autonomie, waarden, normen en cultuurgebonden gebruiken van mensen in hun eigen leefomgeving en sociale context te respecteren en de zorg- en dienstverlening hierop af te stemmen. Dit is passend bij een open houding. In het artikel van Boers & Huber (2015) wordt aangegeven dat het centraal

zetten van de gezondheid in plaats van de ziekte en de **focus op wat er wel goed** gaat kan leiden tot een verbeterde gezondheidsbeleving. Dit is ook door één van de respondenten gezegd. In het beroepsprofiel van de V&VN (2012) wordt beschreven dat verplegen gebaseerd is op ethische waarden, waarbij onder andere respect voor de **waardigheid van de mens** centraal staat. De V&VN (2012) beschrijft tevens dat de verpleegkundige een **coördinerende rol** heeft rond de patiënt. Zowel daarin vaardig zijn als die attitude uitstralen en uitoefenen is belangrijk.

5.2 Hoofdvraag 2

De tweede hoofdvraag die beantwoord moest worden was: “Op welke wijze en wanneer kan, tijdens het zorgproces, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toegepast worden door de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt bij de kwetsbare ouderen?”

Middels interviews met experts is naar voren gekomen op welke wijze en wanneer, tijdens het zorgproces, de wijkverpleegkundige het scoringsinstrument van positieve gezondheid kan toepassen bij kwetsbare ouderen. Een wijkverpleegkundige kan het scoringsinstrument op verschillende manieren toepassen en daarnaast kan zij het instrument op verschillende momenten in de zorg gebruiken. De respondenten hebben vijftien hoofdthema's aangegeven die betrekking hadden op het scoringsinstrument. Deze hoofdthema's zijn: *scoring, gesprekstool, evaluatiemiddel, hulpmiddel, beleving van de cliënt bevragen, niet alleen een meetinstrument, voorloper op andere vragenlijsten, als een 360° graden-instrument, mantelzorg laten invullen, sociale kaart ontwikkelen, digitale tool, geen protocol, continuïteit, folder, inventarisatie van de mogelijkheden van de cliënt.*

In de literatuur wordt aangegeven dat het scoringsinstrument gebruikt kan worden voor **scoring** (Huber & Jung, 2015). Dit komt overeen met wat er in de interviews is gezegd.

Ook wordt in de literatuur aangegeven dat het scoringsinstrument gezien kan worden als een **gesprekstool** om, bij het werken met positieve gezondheid, met cliënten in gesprek te gaan (Boers & Huber, 2015). Het is de vraag of voor zowel het scoringsonderdeel als het gesprekstool momenteel voldoende tijd beschikbaar is om dit goed te gebruiken in de wijkverpleging. Daarnaast moeten de verzorgenden en verpleegkundigen hierin geschoold en getraind worden om dit juist te kunnen gebruiken. Dit vergt tijd en kost geld, terwijl er binnen de zorg al zoveel wordt bezuinigd.

Naast dat het een relatief nieuw onderwerp is, is ook het scoringsinstrument nieuw. Hier is nog vrij weinig mee geëxperimenteerd en beschreven in de literatuur. Tevens is de digitale versie pas sinds 1 oktober 2016 beschikbaar gemaakt en zijn er nog geen beschreven ervaringen over.

5.3 Relevantie van de resultaten

Het uitgevoerde onderzoek biedt resultaten die relevant zijn voor de praktijk, het onderwijs en eventuele vervolgonderzoeken. De resultaten geven de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt inzicht in de benodigde kennis, vaardigheden en attitude om positieve gezondheid toe te kunnen passen bij kwetsbare ouderen. Daarnaast bieden de resultaten de wijkverpleegkundigen ook de mogelijkheid om al aan de slag te kunnen met het scoringsinstrument voor positieve gezondheid bij de kwetsbare ouderen.

Voor het onderwijs lijken deze resultaten relevant doordat de benodigde competenties vorm kunnen krijgen in de lessen die gegeven worden op de opleiding tot verpleegkundige.

Voor vervolgonderzoek lijken deze resultaten relevant, omdat deze resultaten nu getest kunnen worden in de praktijk.

Aangezien de resultaten zijn gebaseerd op experts vanuit andere vakgebieden kwamen, staat de generaliseerbaarheid van deze resultaten ter discussie. Daarnaast was het onduidelijk of de respondenten ook ervaring hadden met het zelf toepassen van positieve gezondheid in de praktijk. Om dit verder te kunnen onderzoeken is een logische volgende stap het gebruiken en toetsen van

deze antwoorden in de praktijk. De studentonderzoekers spreken dan ook over ideeën en deze ideeën zijn relevant voor de beroepspraktijk en daardoor generaliseerbaar.

5.4 Beperkingen

In dit onderzoek waren een aantal beperkende factoren die van invloed zijn geweest. Hieronder worden deze beperkingen benoemd.

Non-respons

Door het kleine aantal geïnccludeerde respondenten was er een relatief hoge non-respons, waarbij zelfs 100% voor de focusgroep. In dit onderzoek is geen enkele ervaringsdeskundige wijkverpleegkundige meegenomen, terwijl dat de doelgroep is waarvoor het onderzoek is geschreven. De focusgroep die nu niet is meegenomen is een gemiste kans. Het zou kunnen dat de antwoorden die de focusgroep zou geven verschillen van de antwoorden die nu gegeven zijn. Er is echter geen literatuur bekend over andere uitgevoerde focusgroepen van wijkverpleegkundigen die bezig zijn geweest met positieve gezondheid. Het is daardoor niet duidelijk welke informatie gemist wordt. Er valt wel wat voor te zeggen dat de non-respons van de focusgroep invloed heeft op de geldigheid van het onderzoek, die beschreven staat in hoofdstuk 3.5.1, maar ook dat is onduidelijk hoeveel invloed dat heeft. Tevens was er voor de interviews een non-respons van 20%, wat weliswaar opgevangen is door het kunnen gebruiken van het proefinterview. Echter houdt dat in dat er mogelijk belangrijke informatie is gemist die nu niet meegenomen is in de resultaten van dit onderzoek. Een hoge non-respons kan een bedreiging vormen voor de representativiteit van het onderzoek (Baarda, 2014). Dat houdt in dat de generaliseerbaarheid van de resultaten uit dit onderzoek ter discussie staan. Vooraf was bepaald dat vier tot zes expertinterviews voldoende zou zijn voor dit onderzoek. Hieraan hebben de studentonderzoekers kunnen voldoen.

Wijkverpleegkundigen

In het onderzoek kunnen er kanttekeningen gemaakt worden over de experts die meegenomen zijn. De experts in dit onderzoek droegen niet per se de functie van wijkverpleegkundige, waardoor het soms niet mogelijk was voor de geïnterviewde om specifiek antwoord te geven voor wijkverpleegkundigen. Daarnaast was het voor sommige respondenten niet duidelijk wat precies de taken van een wijkverpleegkundige inhielden. Dit kan tot gevolg hebben dat sommige antwoorden niet per se voor een wijkverpleegkundige toepasbaar zijn. Daartegen staat wel dat het onderzoek juist breed heeft gekeken en niet slechts vanuit één perspectief door een heterogene groep te bevragen.

Respondenten

In dit onderzoek zijn vijf expertinterviews afgenomen. Mogelijk dat met meer respondenten er meer resultaten gevonden zouden worden. Echter, ondanks het beperkte aantal respondenten, is toch enige vorm van saturatie bereikt. Om het onderzoek behapbaar te houden zijn er maar enkele inclusiecriteria gesteld. Hierdoor waren er maar weinig mensen die meegenomen konden worden in het onderzoek. Hoewel expertinterviews anders zijn dan reguliere interviews (Baarda, 2012) kunnen er vragen ontstaan over de hoeveelheid expert-respondenten. De studentonderzoekers verwachten wel dat zij met vijf experts voldoende informatie hebben gedestilleerd om vervolgstappen te nemen in onderzoek en in de praktijk. Daarnaast zijn er in dit onderzoek maar weinig respondenten doordat er geen focusgroepgesprek heeft kunnen plaatsvinden. Dit komt mogelijk doordat positieve gezondheid nog niet wordt toegepast in de wijkverpleegkundige praktijk.

Nieuwe onderzoekers

Dit onderzoek is het eerste praktijkgerichte onderzoek dat de studentonderzoekers hebben uitgevoerd. Daarnaast hebben zij voor het eerst interviews uitgevoerd voor een onderzoek en zijn zij zeker geen ervaren interviewers. Het is niet weg te denken dat dit mogelijk invloed heeft gehad op het interview en de uitkomsten hiervan. Echter is het onbekend hoeveel invloed dit gehad zou hebben. De studentonderzoekers hebben echter wel uitgebreid onderwijs gehad. Hierdoor konden zij met een open en frisse blik dit onderwerp benaderen, zonder enige vorm van contaminatie.

Wijze van informatieverzameling

Het is mogelijk dat de wijze van informatieverzameling van invloed is op het onderzoek. Zo werd er tijdens het interviewen gebruik gemaakt van face-to-face-contact en zijn er opnames gemaakt met een audiorecorder. Het is mogelijk dat de respondenten daardoor sociaalwenselijke antwoorden gaven of dat men zich niet goed genoeg op hun gemak. Tijdens de interviews waren er echter geen aanwijzingen voor.

Wetenschappelijke literatuur

Omdat positieve gezondheid een relatief jong begrip is (sinds 2011 met de komst van de nieuwe definitie van gezondheid) zijn er nog weinig artikelen beschikbaar. Hierdoor werd het ook lastiger om een discussie te schrijven waarbij gegevens uit literatuur werd gehaald. Enkele onderdelen konden daarom ook niet bevestigd, dan wel ontkracht worden vanuit de literatuur. Daarnaast is er in de discussie vooral gebruik gemaakt van een en dezelfde literatuur. De gevonden literatuur komt echter wel veel overeen met de resultaten van dit onderzoek. Dit pleit ervoor dat de resultaten correct zijn.

Leemtes

Wat de studentonderzoekers gemist hebben in de interviews is een stuk over preventie of gezondheidsbevordering. In positieve gezondheid speelt preventie en gezondheidsbevordering een grote rol. Preventie en gezondheidsbevordering is momenteel nog vooral gericht op leefstijlinterventies, waarbij de focus ligt op bewegen en gezonde voeding. Walg (2014) schrijft dat wanneer er uitgegaan wordt van de nieuwe definitie van gezondheid en de zes dimensies van positieve gezondheid er ook gezondheidsbevorderende interventies en preventie ingezet moet worden op bijvoorbeeld zingeving of de spirituele dimensie. Eventuele vervolgonderzoeken zouden zich kunnen richten op preventie en hoe positieve gezondheid daaraan bij kan dragen, of hoe preventie in het licht van positieve gezondheid toegepast wordt.

Als laatste hebben de studentonderzoekers de input gemist van de ervaringsdeskundige wijkverpleegkundigen die al bezig zijn met het toepassen van positieve gezondheid in de praktijk. Zij hadden waardevolle informatie kunnen geven over hoe positieve gezondheid ingezet kan worden in de praktijk.

Conclusie

In de conclusie worden er antwoorden gegeven op de twee hoofdvragen die in het begin van het onderzoek gesteld zijn. Met behulp van de resultaten uit hoofdstuk vier kunnen de hoofdvragen beantwoord worden.

Over het algemeen kan er gesteld worden dat een wijkverpleegkundige kennis moet hebben van het concept van positieve gezondheid, de zes dimensies en het scoringsinstrument voor positieve gezondheid. Ook het begrip salutogenese is belangrijk voor de wijkverpleegkundigen om te kennen. Salutogenese heeft, net als positieve gezondheid, een andere insteek voor het kijken naar de gezondheid van de mens.

Hoofdvraag 1

De eerste hoofdvraag luidde als volgt:

“Welke competenties heeft een (wijk)verpleegkundige van TVN-Zorgt nodig om de zes dimensies van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen toe te passen?”

Een wijkverpleegkundige die de zes dimensies positieve gezondheid wil toepassen bij kwetsbare ouderen heeft verschillende competenties nodig. Deze zijn in dit onderzoek onderverdeeld in drie hoofdcategorieën, namelijk kennis, vaardigheden en attitude. Hoewel er veel verschillende competenties te onderscheiden vallen per hoofdcategorie, kan er over het algemeen geconcludeerd worden dat algemene gesprekstechnieken en specifieke gesprekstechnieken zoals motivational interviewing en shared decision making erg belangrijk zijn. Daarnaast moet de wijkverpleegkundige kennis hebben van de doelgroep kwetsbare ouderen en ook vooral de sociale kaart van de wijk waarin zij werken. De wijkverpleegkundige die werkt met positieve gezondheid heeft kennis van de sociale kaart in haar wijk en kan tevens goed de samenwerking aan met haar partners in de wijk. De wijkverpleegkundige heeft dan ook meer een coördinerende rol en kan ook doorverwijzen. Over het algemeen wordt ook gezegd dat het toepassen van positieve gezondheid persoonsgericht werken is. Een wijkverpleegkundige moet in staat zijn om, creatief, per persoon een andere oplossing te kunnen verzinnen en zo op-maat-werk te leveren. Een wijkverpleegkundige heeft bovenal een open houding en heeft een brede kijk naar de cliënt, waardoor zij competent is in het oppikken van signalen. Zij denkt in kansen en mogelijkheden van een cliënt en zal de zelfregie van de cliënt intact houden. Daarbij zal zij het niveau van de cliënt kunnen accepteren, zeker bij kwetsbare ouderen waarbij verbetering niet of nauwelijks meer plaats zal vinden. Het accepteren van iemand en diens niveau zal ertoe bijdragen dat de wijkverpleegkundige een goede vertrouwensrelatie opbouwt met de cliënt, een vaardigheid die noodzakelijk is bij het toepassen van positieve gezondheid. Een coachende rol is dan ook weggelegd voor een wijkverpleegkundige die positieve gezondheid toepast en zal daar ook kennis en kunde van moeten hebben.

Hoofdvraag 2

De tweede hoofdvraag luidde als volgt:

“Op welke wijze en wanneer kan, tijdens het zorgproces, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toegepast worden door de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt bij de kwetsbare ouderen?”

Geconcludeerd kan worden dat een wijkverpleegkundige het scoringsinstrument voor positieve gezondheid op verschillende manieren kan toepassen. Allereerst kan het gebruikt worden om de zes dimensies van gezondheid te laten scoren door een cliënt, zodat zijn beleving vastgelegd wordt in cijfers. Echter, bij kwetsbare ouderen, kan er ook gescoord worden door een mantelzorger of zelfs

door de wijkverpleegkundige zelf indien zij vaak bij de cliënt komt. Dit wordt ook wel een 360 graden-instrument genoemd. Op deze manier kan het scoringsinstrument gespreksstof opleveren waarom een bepaald cijfer wordt gegeven en kunnen er verdiepende vragen over gesteld worden. Deze vragen kunnen echter ook gesteld worden zonder dat er per se gescoord wordt. Dan is het meer een gesprekstool. Middels deze gesprekstool kan de wijkverpleegkundige breed insteken over de gezondheid van de cliënt en breed kijken. Dit is iets wat ook past bij de benodigde competenties van attitude. Een wijkverpleegkundige kan het instrument ook gebruiken om een sociale kaart te ontwikkelen door per domein in haar omgeving te kijken welke disciplines beschikbaar zijn die op dat domein invloed kunnen uitoefenen.

Het is belangrijk om te realiseren dat het instrument geen valide meetinstrument is en dat er nog geen protocollen voor bestaan wanneer dit in het zorgproces afgenomen moet worden. Wel kan het handig zijn om continuïteit in te bouwen en het instrument vaker te gebruiken tijdens het zorgproces. Zo kan er een vorm van monitoring plaatsvinden. De wijkverpleegkundige kan gebruik maken van reeds beschikbare folders om makkelijker het scoringsinstrument te introduceren en te gebruiken bij de kwetsbare ouderen, omdat de digitale versie mogelijk niet geschikt is voor hen.

Aanbevelingen

De aanbevelingen die worden gedaan zijn opgedeeld in drie categorieën: 1) Aanbevelingen voor de beroepspraktijk; 2) Aanbevelingen voor het onderwijs; 3) Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk

Uit de resultaten is gebleken dat er veel competenties zijn welke een wijkverpleegkundige moet bezitten om positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen. Er worden een aantal aanbevelingen op een rijtje gezet:

- Het is aan te bevelen dat er een inventarisatie gemaakt wordt in hoeverre de huidige, zelfstandige wijkverpleegkundigen voldoen aan de, in het hoofdstuk 'Resultaten' genoemde, competenties en welke zij nog moeten (verder) ontwikkelen. Middels een teamoverleg kan zo'n dergelijke inventarisatie plaatsvinden. Een casusbespreking binnen het team kan ook activeren om mee te denken vanuit positieve gezondheid en de benodigde competenties.
- Het is aan te bevelen dat er een workshop, cursus of scholing georganiseerd wordt waarin positieve gezondheid en het scoringsinstrument (in de vorm van de folder en de digitale tool) worden geïntroduceerd bij de wijkverpleegkundigen. TVN-Zorgt kan kijken op de website van het Instituut voor Positieve Gezondheid en informatie opzoeken over 'The Big Move'. Deze twee organisaties zijn bezig met het geven van scholingen over positieve gezondheid.
- Het is aan te bevelen dat wijkverpleegkundigen goede kennis hebben van het concept van positieve gezondheid, het scoringsinstrument hebben en het begrip salutogenese. Middels een informatiebijeenkomst of klinische les kan dit gerealiseerd worden.
- Het is aan te bevelen dat de wijkverpleegkundigen vaardigheden als motivational interviewing en shared decision making onder de knie krijgen, maar ook de algemene gesprekstechnieken mogen de revue passeren. Een cursus of training hierover is aan te raden.
- Het is aan te bevelen dat de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt een sociale kaart ontwikkelen (eventueel met het scoringsinstrument voor positieve gezondheid) en de samenwerking aan gaat met die andere professionals. Het is aan te raden om een sociale kaart tijdens een werkoverleg te creëren. De wijkverpleegkundigen kunnen middels de ontwikkelde sociale kaart sneller contact opzoeken met andere professionals die kunnen bijdragen aan de gezondheid van een cliënt. Op die manier wordt ook de samenwerking met die professionals aangegaan. Ook een workshop kan hiervoor dienen om een sociale kaart te ontwikkelen.
- Het is aan te bevelen dat een wijkverpleegkundige kennis heeft van gedragsverandering en de factoren die van invloed zijn op het gedrag van mensen. Daarnaast moet de verpleegkundige in staat is om deze gedragsverandering te begeleiden en te ondersteunen. Middels een informatiebijeenkomst of klinische les kan dit gerealiseerd worden.
- Het is aan te bevelen dat de wijkverpleegkundigen het scoringsinstrument toepassen op meerdere momenten in de zorg om continuïteit te waarborgen. Het is aan de wijkverpleegkundigen zelf hoe vaak zij dit toepassen bij hun cliënten. De studentonderzoekers raden aan om in het begin het tenminste toe te passen bij de intake, bij grote veranderingen in gezondheid van de cliënt en tijdens evaluatiemomenten.
- Het is aan te bevelen dat er meer tijd wordt vrijgemaakt voor de wijkverpleegkundigen die willen werken met positieve gezondheid. TVN-Zorgt zou in overleg met zorgverzekeraars kunnen

afspreken dat wijkverpleegkundigen in het begin meer tijd nodig hebben bij de cliënt (wat later in het zorgproces weer omgedraaid wordt en er minder tijd nodig zal zijn).

- Het is aan te bevelen dat er een inventarisatie gemaakt wordt van de kansen en de belemmeringen voor de wijkverpleegkundigen die willen werken met positieve gezondheid. Het is aan te raden om middels een teamoverleg hier een start mee te maken en tijdens het werken om regelmatig intervisie te houden.

De studentonderzoekers denken dat wanneer er gewerkt wordt aan deze aanbevelingen dat het concept van positieve gezondheid goed te integreren valt binnen het werk van de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt. Dit is ook aangegeven door enkele geïnterviewden, die aangaven dat positieve gezondheid juist aansluit bij het werk van de wijkverpleegkundige en ook de wijkverpleegkundige in haar kracht zet.

Daarnaast kunnen de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt een pilot draaien om positieve gezondheid toe te passen. De experts gaven ook aan dat positieve gezondheid uitgeprobeerd en getest moet worden in de praktijk. TVN-Zorgt kan hier een mooie stap in maken.

Tot slot is het aan te bevelen dat de wijkverpleegkundigen middels bijscholingen en nascholingen hun competenties behouden en zo bekwaam blijven in het toepassen van positieve gezondheid.

7.2 Aanbevelingen voor het onderwijs

Hoewel het onderwijs niet zozeer in dit onderzoek is meegenomen, valt het wel aan te bevelen dat de ontwikkeling van eerder benoemde kennis, vaardigheden en attitude een plek moeten krijgen binnen het onderwijs van de verplegingsopleidingen. Concreet houdt dit in dat salutogenese meer plaats moet krijgen binnen de opleiding tot verpleegkundige. Ook kennis over de paradigmashift (ZZ naar GG / van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg) is belangrijk om te integreren binnen het onderwijs.

Vaardigheden als motivational interviewing en shared decision making moeten meer in het onderwijs komen en geoefend worden zodat studenten daar kennis van hebben en vaardig in zijn. Hierdoor zijn zij meer voorbereid voor de praktijk.

De studentonderzoekers raden aan dat het onderwijs zich focust op de ontwikkeling van een open en brede houding bij studenten. Ook de focus op wat er wel goed gaat en de mogelijkheden van een cliënt, iets wat past bij positieve gezondheid, moet nadrukkelijker aanwezig komen binnen het onderwijs.

7.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Hoewel het onderzoek zich meer heeft gericht op de benodigde competenties en het toepassen van het scoringsinstrument kunnen er wel enkele aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek.

- Het is aan te bevelen dat de, in de resultaten, beschreven competenties getoetst worden in de praktijk. De studentonderzoekers denken dat een nieuw kwaliteitsproject hiervoor aan de orde is, waarbij de ervaringen van de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt achterhaald worden. Dit zou bijvoorbeeld met focusgroepen gedaan kunnen worden.
- Het is aan te bevelen dat de toepasbaarheid van het scoringsinstrument voor positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen beter onderzocht wordt. De studentonderzoekers denken dat een nieuw kwaliteitsproject hiervoor aan de orde is om de toepasbaarheid van het scoringsinstrument te evalueren.

Literatuurlijst

- 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 12 oktober 2016, van https://www1.han.nl/insite/sb/content/Gedragscode_praktijk_gericht_onderzoek.xml_dir/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief.pdf
- Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M. van der., Julsing, M., Fischer, T., Vianen, R. van., & Goede, M. de. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Hulst, M. van der., Goede, M. de. (2012). *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société*(109), 15-29.
- Boers, M., & Jentoft, A. J. C. (2015). A new concept of health can improve the definition of frailty. *Calcified tissue international*, 97(5), 429-431.
- Boers, I., & Huber, M. (2015). *Hoe krijgt het concept "positieve gezondheid" regionaal handen en voeten? Procesbeschrijving van het traject dat wordt afgelegd door het Netwerk Positieve gezondheid in de Noordelijke Maasvallei*. (z.p.): Louis Bolk Instituut
- BTSG. (2016). *Dubbele vergrijzing*. Geraadpleegd op 14 december 2016, van <http://www.btsg.nl/infobulletin/dubbele%20vergrijzing.html>
- Campen, C. van. (2011). *Kwetsbare Ouderen*. Den Haag: (z.u.).
- CBO. (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 10 oktober 2016, van www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO_handl_totaal.pdf
- CBS. (z.d.). *Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2016-2060*. Geraadpleegd op 8 november 2016, van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=&PA=83225NED&D1=0&D2=0&D3=0-100&D4=0,4,9,14,19,24,29,34,39,I&HD=151214-1347&HDR=T,G3&STB=G1,G2>
- Clegg, A., & Young, J. (2011). The Frailty Syndrome. *Clinical Medicine*, 11(1), 72-75. doi:10.7861/clinmedicine.11-1-72
- Dassen, T. W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., & Jansen, W. S. (2015). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties. Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff
- Doekhie, K. D., Veer, A. J. E. de., Rademakers, J. J. D. J. M., Schellevis, F. G., & Francke, A. L.. (2014). *Nivel Overzichtstudies. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: (z.u.)
- Donk, D. van der., & Lanen, B. van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Draak, M. den., & Campen, C. van. (2011). Kwetsbare ouderen in Nederland. In C. van Campen (Red.), *Kwetsbare ouderen* (pp. 51-64). Den Haag: (z.u.).

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology*, 56(3), pp. 146-157.

Gobbens, R. J. J.. (2010). *Frail elderly: Towards an integral approach*. Ridderkerk: Ridderprint.

Gobbens, R. J. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(3), 175-181.

Hoogeveen, S. (z.d.) *Sector gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 5 januari 2017, van <http://www.vereniginghogescholen.nl/sectoren/gezondheidszorg>

Huber, M., & Jung, H. P. (2015). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. Een nieuwe invulling van gezondheid, gebaseerd op de beleving van de patiënt: 'Positieve gezondheid'. Bijblijven. *Praktische huisartsgeneeskunde*, 31(8), 589-597.

Huber, M., Vliet, M. van., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, 1-5. Gedownload op 29 september 2016, van <http://www.ipositivehealth.com/media/1053/ntvg.pdf>

Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 235-237. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Huber, M., Vliet, M. van., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 1-12. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091

Insitute for Positive Health. (z.d.). *Scoringsinstrument*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van <http://www.ipositivehealth.com/scoringsinstrument-voor-positieve-gezondheid/>

Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient education and counseling*, 73(3), 526-535.

Louis Bolk Instituut. (z.d.). *Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 14 september 2016, van <http://www.louisbolk.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/nieuw-concept-gezondheid>

Merwijk, C. van. (Eindred.). (2012). *Expertisegebied Wijkverpleegkundige*. Hilversum: Van der Weij drukkerijen BV

Nivel. (z.d.). *Onderzoeks programma 2014-2017*. Geraadpleegd op 14 januari 2017, van <http://www.nivel.nl/nl/dossier/onderzoeksprogramma>

Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., . . . Scuteri, A. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement.

The frailty operative definition-consensus conference project. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62-67.

Schellevis, F. G. (2006). *Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd op 11 januari 2017, van <http://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisarts-moet-zorg-voor-mensen-met-meerdere-ziektes-coördineren>

Schumacher, J. (2015). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Geraadpleegd op 8 november 2016, van <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/hervorming-zorg-cijfers-vergrijzing.html>

Stoeldraijer, L., Duin, C. v., & Janssen, F. (2012). *Bevolkingsprognose 2012-2060: Model en veronderstellingen betreffende de sterfte*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

TVN-Zorgt. (z.d.-a). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van <http://www.tvnzorgt.nl/missie-en-visie>

TVN-Zorgt. (z.d.-b). *Over ons*. Geraadpleegd op 15 september 2016, van <http://www.tvnzorgt.nl/over-ons>

V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Deel 3*. Utrecht: (z.u.).

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics. Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma

Vilans. (2014). *Vernieuwend zorgen. Zorgmedewerker in verandering*. Gedownload op 23 september 2016, van http://www.vilans.nl/docs/vilans/ons_aanbod/Vernieuwend_zorgen/index.html.

Walg, C. (2014). *Gezond centraal. Opschudding in de gezondheidszorg*. Barneveld: Uitgeverij Boekenbent.

WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geraadpleegd op 23 september 2016, van www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

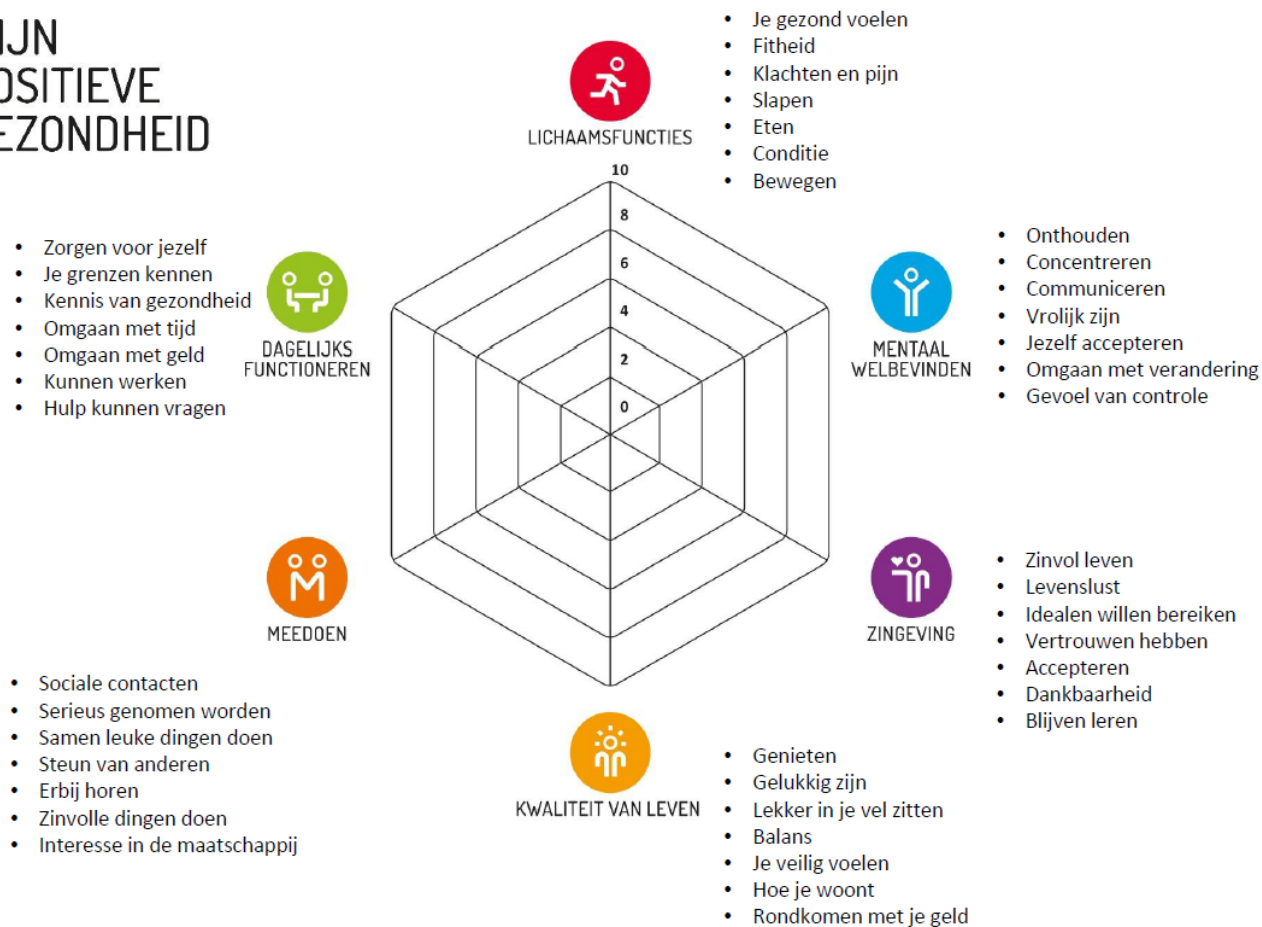
Xue, Q. L. (2011). The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(1), 1-15.

ZonMw Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. (2012). *Pareelproject nieuw concept van gezondheid [Videobestand]*. Geraadpleegd op 23 september 2016, van <https://www.youtube.com/watch?v=eNlVJptxJu0>

Zorgwijzer. (2014). *AWBZ: alle wijzigingen op een rij*. Geraadpleegd op 16 september 2016, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

Bijlage 1: Aspecten van positieve gezondheid

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



Bron: Institute for Positive Health (z.d.)

www.iPositivehealth.com – versie 1.0 – oktober 2016 ©IPH

Bijlage 2: Zoekstrategieën

In deze bijlage worden de zoekstrategieën, zoals toegepast door de studentonderzoekers beschreven in een overzichtelijke tabel. Op deze manier kan een geïnteresseerde dezelfde artikelen vinden. Allereerst wordt de zoekstrategie van kwetsbaarheid uiteengezet en vervolgens van positieve gezondheid. Doordat er gebruik wordt gemaakt van veelgebruikte MeSH-termen en vrije termen is het mogelijk dat het aantal hits iets anders is wanneer met dezelfde zoekstringen wordt gezocht.

Bijlage 2.1 Zoekstrategie definitie van kwetsbaarheid (CINAHL)

Zoekstrategie (uitleg)	Rapportage zoekstrategie (Hier komt te uitwerking)
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp invullen	Deelvraag: “Wat is de definitie van kwetsbaarheid?” Als onderdeel van de hoofdvraag: “Welke competenties, te verdelen in kennis, attitude en vaardigheden, heeft een verpleegkundige van TVN Zorgt nodig, volgens expert opinion, om de zes dimensies van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen te bevorderen”
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van de zoekvraag)	Er is geen gebruik gemaakt van een PICO-vraagstelling om deze onderzoeksvraag/deelvraag te beantwoorden.
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO 2. Voor Engelstalige databses deze zoektermen vertalen 3. MeSH-termen en de bijbehorende definities uitschrijven 4. Vermelden van de gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan	1. Kwetsbaarheid (vrije term) Kwetsbaar (vrije term) Definitie (vrije term) 2. Frailty (vrije term) Frail (vrije term) Frailty syndrome (vrije term) Definition (vrije term) Theory (vrije term) Alle vrije termen zijn op TI en AB gezocht. Dit houdt in: Titel en Abstract. 3. MH “Frailty Syndrome” in CINAHL. Definitie: “Functional decline in elderly persons resulting from severe age-related impairments.” MH “Theory” in CINAHL. Definitie: “A set of concepts, definitions, and propositions that project a systematic view of phenomena by designating specific interrelationships among concepts for the purpose of describing, explaining, and predicting phenomena.” 4. Gebruik gemaakt van OR tussen alle varianten van kwetsbaarheid/frailty, om het zoekveld zo breed mogelijk te houden

6. Bouw de search per zoekterm op	Tussen alle varianten van kwetsbaarheid/frailty en definitie de booleaanse operator AND gebruikt. 5. Ervoor gekozen om de vrije termen in titel en abstract te zoeken. 6. Zie stap 4A.
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	
Stap 4A: Search Rapporteer stapsgewijs het aantal hits per search	Eerst een brede search naar alleen kwetsbaarheid: S1: (MH "Frailty Syndrome") OR TI Frailty OR AB Frailty OR TI Frail OR AB Frail OR TI Kwetsbaar OR AB Kwetsbaar OR TI Kwetsbaarheid OR AB Kwetsbaarheid OR TI Frailty syndrome OR AB Frailty syndrome: 5811 hits S2: (MH "Theory+") OR TI Definition OR AB Definition OR TI Theory OR AB Theory OR TI Definitie OR AB Definitie: 226.742 hits S3: (S1 AND S2): 529 hits
Stap 4B: In- en exclusiecriteria geschikte titels en/of abstracts Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	De gebruikte selectiecriteria zijn als volgt: In de titel moesten de twee termen samen naar voren komen, met andere woorden, kwetsbaarheid (en andere varianten) en definitie (en andere varianten) moesten samen in de titel verschijnen. Beperkingen - Publicatiedatum: 20100101-20161231 Beperken met SubjectAge1: - aged: 65+ years Beperken met Language0: - english Zoekmodi - Booleaans/Zin : 149 hits
Stap 4C: Aantal geschikte abstracts Vermeld hier hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	Uiteindelijk zijn er 4 geschikte titels naar voren gekomen aan de hand van titel en het lezen van de abstracts. De keuze voor de beperkingen zoals beschreven in 4B is zodat de meest recente artikelen naar voren kwamen en kwetsbaarheid een fenomeen is wat vooral beschreven is bij ouderen (65+). Om het voor mijzelf leesbaar te houden heb ik ervoor gekozen om alleen Engelstalige artikelen te kiezen.
Stap 4D: Full-text	Alle 4 de abstracts in 4C zijn full-tekst beschikbaar.

Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	
Stap 4 ^E : welke artikelen ga ik gebruiken? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty (Boers, & Cruz-Jentoft, 2015): Een review artikel met betrekking tot de nieuwe definitie van gezondheid en de relatie met een mogelijk nieuwe definitie van kwetsbaarheid. The frailty syndrome: definition and natural history (Xue, 2011): Een overzichtsartikel met betrekking tot de definitie van kwetsbaarheid. Veel beschikbare literatuur tot het schrijven van het artikel is erin vermeld. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. Dit is onderdeel van een groter proefschrift van Gobbens et al. (2010). Verschillende onderdelen uit dit proefschrift worden gebruikt, te vinden via: https://pure.uvt.nl/portal/files/8527058/Gobbens_Frail_26_05_2010.pdf: Een proefschrift die overzicht geeft van een boel beschikbare literatuur omtrent kwetsbaarheid en kwetsbare ouderen. Tevens is dit aanleg geweest voor het ontwikkelen van de Tilburg Frailty Indicator. Searching for an operational definition of frailty: a delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. (Rodríguez-Mañas et al., 2012): Een delphi-onderzoek onder experts die veel bezig zijn geweest met het onderwerp kwetsbaarheid om tot een operationele definitie te komen van het begrip. Een uitgebreidere analyse van de artikelen is te vinden in bijlage 2. Hierin worden alle artikelen kort uiteengezet met de desbetreffende evidence. Middels het sneeuwbaaleffect zijn er ook meerdere artikelen naar voren gekomen die gebruikt zijn. Uit het artikel van Gobbens et al. (2010) zijn de volgende artikelen naar voren gekomen: Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype (Fried et al., 2001): Een Engeltalige review waarin kwetsbaarheid onder ouderen beschreven wordt als een fenotype. Het originele doel van het onderzoek was om de predictieve validiteit van een definitie van kwetsbaarheid te bepalen.

Bijlage 2.2: zoekstrategie positieve gezondheid (PubMed)

Zoekstrategie (uitleg)	Rapportage zoekstrategie (Hier komt te uitwerking)
Stap 1:	Deelvraag: "Wat is de definitie van positieve gezondheid?"

Vraagstelling/onderwerp invullen	Als onderdeel van de hoofdvraag: “Welke competenties, te verdelen in kennis, attitude en vaardigheden, heeft een verpleegkundige van TVN Zorgt nodig, volgens expert opinion, om de zes dimensies van positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen te bevorderen”
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van de zoekvraag)	Voor deze deelvraag is er geen PICO-vraag.
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO 2. Voor Engelstalige databses deze zoektermen vertalen 3. MeSH-termen en de bijbehorende definities uitschrijven 4. Vermelden van de gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan 6. Bouw de search per zoekterm op	Voor deze vraag is er gezocht in de database PubMed. Vrije termen: [TIAB] = title & abstract “Patient-centred”[TIAB] “Health concepts”[TIAB] “Dynamic concept”[TIAB] “Public health”[TIAB] “Definition”[TIAB] “Define”[TIAB] MeSH termen: “Public Health”[MeSH] “Health Status”[MeSH] “Terminology as topic”[MeSH] “Health”[MeSH] Gekoppelde termen (OR) “Public health”[TIAB] OR “Public Health”[MeSH] “Define”[TIAB] OR “Definition”[TIAB] OR “Terminology as topic”[MeSH] “Health”[MeSH] OR “Health Status”[MeSH] Vervolgens zetten we AND tussen de gekoppelde termen en de overgebleven termen. Onze limits betroffen artikelen na 2010, omdat we van onze opdrachtgever te horen hebben gekregen de nieuwe definitie van gezondheid recent (>2010) was ontwikkeld en gepubliceerd.
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	
Stap 4A: Search Rapporteer stapsgewijs het aantal hits per search	“Public health”[TIAB] OR “Public Health”[MeSH]: 6415407 hits “Define”[TIAB] OR “Definition”[TIAB] OR “Terminology as topic”[MeSH]: 310185 hits “Health”[MeSH] OR “Health Status”[MeSH]: 404561 hits “Patient-centred”[TIAB]: 3605 hits “Health concepts”[TIAB]: 400 hits “Dynamic concept”[TIAB]: 113 hits Dit is exclusief de beperking op datum.

	((("Public health"[Title/Abstract]) OR "Public Health"[Mesh])) AND (((Define[Title/Abstract]) OR Definition[Title/Abstract]) OR "Terminology as Topic"[Mesh]): 107102 hits ((("Public health"[Title/Abstract]) OR "Public Health"[Mesh])) AND (("Health"[Mesh]) OR "Health Status"[Mesh]): 297941 hits ((("Public health"[Title/Abstract]) OR "Public Health"[Mesh])) AND "Patient-centred"[Title/Abstract]: 1514 hits ((("Public health"[Title/Abstract]) OR "Public Health"[Mesh])) AND "Health concepts"[Title/Abstract]: 245 hits ((("Public health"[Title/Abstract]) OR "Public Health"[Mesh])) AND "Dynamic concept"[Title/Abstract]: 30 hits – 1 belangrijk artikel (((Define[Title/Abstract]) OR Definition[Title/Abstract]) OR "Terminology as Topic"[Mesh])) AND (("Health"[Mesh]) OR "Health Status"[Mesh]): 6791 hits (((Define[Title/Abstract]) OR Definition[Title/Abstract]) OR "Terminology as Topic"[Mesh])) AND "Patient- centred"[Title/Abstract]: 141 hits (((Define[Title/Abstract]) OR Definition[Title/Abstract]) OR "Terminology as Topic"[Mesh])) AND "Health concepts"[Title/Abstract]: 30 hits (((Define[Title/Abstract]) OR Definition[Title/Abstract]) OR "Terminology as Topic"[Mesh])) AND "Dynamic concept"[Title/Abstract]: 12 hits – 1 belangrijk artikel ((("Health"[MeSH] OR "Health Status"[MeSH])) AND "Patient- centred"[Title/Abstract]: 177 hits ((("Health"[MeSH] OR "Health Status"[MeSH])) AND "Health concepts"[Title/Abstract]: 157 hits ((("Health"[MeSH] OR "Health Status"[MeSH])) AND "Dynamic concept"[Title/Abstract]: 6 hits
Stap 4B: In- en exclusiecriteria geschikte titels en/of abstracts Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevorens en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	De gebruikte selectiecriteria zijn als volgt: We wilden in ieder geval dat in de titel of abstract iets werd beschreven over een nieuwe definitie van gezondheid. Daarnaast hebben de studentonderzoekers met name veel gelezen in de abstracts om te beoordelen of het gaat om onze deelvraag of niet.
Stap 4C: Aantal geschikte abstracts	Er zijn twee titels/abstracts geschikt bevonden door de studentonderzoekers zoals in 4A staat.

Vermeld hier hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	
Stap 4D: Full-text Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	Alle artikelen van stap 4C zijn full-text beschikbaar.
Stap 4 ^E : welke artikelen ga ik gebruiken? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. (Huber, Vliet, & Boers, 2016): Nederlands artikel, hierin wordt kort beschreven wat er veranderd is met betrekking tot de oude en nieuwe definitie van gezondheid. Belangrijk voor dit onderzoek ter verduidelijking van begrippen en noodzaak tot verandering van gezondheidsdefinitie. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. (Huber, Vliet, Giezenberg, et al., 2016): Engelstalig artikel waarin de nieuwe definitie van gezondheid werd getoetst onder stakeholders van de gezondheidszorg. In het artikel wordt ook het scoringsinstrument voor positieve gezondheid beschreven. Belangrijk voor dit onderzoek ter verduidelijking van begrippen en voor informatie omtrent het scoringsinstrument. Middels het sneeuwbal effect is uit het onderzoek van Huber, Vliet, Giezenberg, et al. (2016) nog een artikel gehaald: How should we define health? (Huber et al., 2011): Dit is een artikel waarin de oude gezondheidsdefinitie van de WHO aan de kaak wordt gesteld. Belangrijk voor dit onderzoek ter verduidelijking van begrippen en noodzaak tot verandering van gezondheidsdefinitie.

Bijlage 3: Evidencetabel

In deze bijlage is te zien welk niveau van evidentie de, in het onderzoek meegenomen, artikelen hebben. Dit is gebaseerd op de indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies volgens de ERBO-handleiding (CBO, 2007).

Niveau	Interventie	Diagnostische accuratesse onderzoek	Schade/bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang.	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad.	Prospectief cohort onderzoek waarbij voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd.	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek.
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

Bron: (CBO, 2007)

Auteur + jaar	Naam artikel	Doelgroep + (N=)	Mate van evidence	Resultaten	Opmerkingen
Fried et al. (2001)	Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype	Kwetsbare ouderen N=5317	B	Kwetsbaarheid is gedefinieerd als een klinisch syndroom. De prevalentie van kwetsbaarheid onder de ouderen die in de maatschappij woonden was 6,9%.	De studie maakte gebruik van een databestand van 10 jaar eerder, welke gericht was op cardiovasculaire problematiek

Gobbens et al. (2010)	In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts	Experts die hebben gepubliceerd over kwetsbare ouderen N=20	D <i>In een proefschrift van tenminste B-kwaliteit.</i>	Een nieuw concept voor de definitie van kwetsbaarheid. In het gehele proefschrift werd de Tilburg Frailty Indicator (TFI) getoetst.	De meest gekozen definitie was van Nederlandse oorsprong. Van de 20 experts, waren er 11 Nederlands wat mogelijk zijn invloed had op de uitkomst.
Huber et al. (2011)	How should we define health?	Experts N= Niet beschreven	D	Een nieuwe definitie van gezondheid werd geïntroduceerd na een internationale conferentie in Nederland.	<i>Geen beschreven</i>
Xue. (2011)	The frailty syndrome: definition and natural history	Geen doelgroep N= Niet beschreven	D	Een overzichts-/literatuurstudie naar kwetsbaarheid als syndroom.	<i>Geen beschreven</i>
Rodríguez-Mañas et al. (2012)	Searching for an operational definition of frailty: a delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project	Experts met betrekking tot kwetsbaarheid N= Niet beschreven. Wel is het in 5 focusgroepen gehouden.	D	44% van alle statements hoe het concept van kwetsbaarheid gedefinieerd moet worden werd geaccepteerd door de experts. Dit geldt voor 18% van de statements over de diagnostische criteria. Wel is er een consensus om kwetsbaarheid te screenen en zes domeinen in de klinische definitie te includeren.	Er was weinig consensus over bepaalde onderdelen.
Boers & Jentoft. (2015)	A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty	Geen doelgroep N= niet beschreven	D	Een kijk op de nieuwe definitie van gezondheid in combinatie met kwetsbaarheid. Hierdoor is er een andere, mogelijke definitie van kwetsbaarheid beschreven.	<i>Geen beschreven</i>

Huber, Vliet, Giezenberg, et al. (2016)	Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study	7 stakeholders-groepen in de zorg: Zorgprofessionals, patiënten, zorgverzekeringen, beleidsmakers, burgers, onderzoekers en publieke gezondheids-professionals N=140 (kwalitatief) N=1938 (kwantitatief)	C	De nieuwe definitie van gezondheid zoals beschreven in Huber et al. (2011) is geoperationaliseerd en er is een nieuw scoringsinstrument ontwikkeld en gevalideerd.	De response van het kwantitatieve onderdeel van de studie was relatie laag van de artsen. Ook lag de perceptie van de artsen en de overige groepen ver uiteen in de studie. Vanwege praktische redenen was niet elke groep even goed gerepresenteerd door te weinig mensen. Er wordt dan ook beschreven dat er meer onderzoek nodig is om de resultaten op grote schaal te kunnen beschrijven. Als laatste wordt er nog beschreven dat het gaat om Nederlandse populatie die over het algemeen Westers is. Er zou ook een studie gedaan moeten worden onder de niet-Westerse populatie vinden de onderzoekers.
Huber, Vliet, & Boers. (2016)	Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'	Geen doelgroep N= Niet beschreven	D	Artikel ter kennisgeving wat er onderzocht is in Huber, Vliet, Giezenberg, et al. (2016)	<i>Geen beschreven</i>

Bijlage 4: Topiclist

In deze bijlage vindt u de topiclists die de studentonderzoekers gebruiken bij het afnemen van de interviews en de focusgroep.

Topiclist & vragen: interview experts

Algemeen

Kunt u wat vertellen over uzelf?

Wat is uw rol en de rol van de organisatie waar u werkt?

Kunt u iets vertellen over uw beoogde doel?

Positieve gezondheid

Wat vindt u dat de rol van de verpleegkundige is bij het werken met positieve gezondheid?

Wat zijn uw verwachtingen met het werken met positieve gezondheid?

Scoringsinstrument

Wat zijn uw ervaringen met het werken met het scoringsinstrument?

Hoe denkt u dat het scoringsinstrument toegepast moet worden bij kwetsbare ouderen?

benodigde kennis, vaardigheden en attitude uitvragen. Wanneer wel toepassen en wanneer niet, en waarom.

Kennis

Wat vindt u dat een verpleegkundige moet weten voor ze bezig gaan met positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen?

Hoe zit dit met het werken met het scoringsinstrument?

Over welke onderwerpen moet een verpleegkundige kennis hebben voor deze gaat werken met positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen?

Vaardigheden

Welke vaardigheden vindt u dat een verpleegkundige nodig heeft om positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen uit te voeren?

Welke vaardigheden vindt u dat een verpleegkundige nodig heeft om het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen? En in het algemeen?

Attitude

Wat is volgens u de juiste attitude welke een verpleegkundige moet hebben bij het werken met positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen?

Waaruit bestaat deze attitude?

Training/scholing/cursus

Hoe trainen jullie verpleegkundigen nu zodat zij met positieve gezondheid kunnen werken?

Welke training vindt u dat verpleegkundigen nodig hebben om met positieve gezondheid te werken?

Zijn er trainingsprogramma's voor verpleegkundigen die zich richten op de doelgroep kwetsbare ouderen? Zo nee, waaruit denkt u dat zo'n programma moet bestaan? Zo ja, waaruit bestaat dat programma?

Afsluiting

Topiclist & vragen: focusgroep verpleegkundigen

Algemeen

Kunnen jullie vertellen wie jullie zijn en wat jullie functie is?

Hebben jullie al gewerkt met de doelgroep kwetsbare ouderen?

Positieve gezondheid

Wat zijn jullie motieven om met positieve gezondheid te werken?

Scoringsinstrument

Wat zijn uw ervaringen met het werken met het scoringsinstrument?

En ook gespitst op kwetsbare ouderen. Wanneer wel toepassen en wanneer niet.

Kennis

Wat vinden jullie dat een verpleegkundige moet weten voor ze bezig gaan met positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen?

Hoe zit dat met het werken met het scoringsinstrument voor positieve gezondheid?

Over welke onderwerpen moet een verpleegkundige kennis hebben voor deze gaat werken met positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen?

Vaardigheden

Welke vaardigheden vinden jullie dat een verpleegkundige nodig heeft om positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen uit te voeren?

Welke vaardigheden vinden jullie dat een verpleegkundige nodig heeft om het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toe te passen bij kwetsbare ouderen? En in het algemeen?

Attitude

Wat is volgens u de juiste attitude welke een verpleegkundige moet hebben bij het werken met positieve gezondheid bij kwetsbare ouderen?

Waaruit bestaat deze attitude

Training/scholing/cursus

Welke training vinden jullie dat verpleegkundigen nodig hebben om met positieve gezondheid te werken?

Belemmeringen/obstakels

Zijn er/verwacht u belemmeringen/obstakels om met positieve gezondheid te werken volgens u?

En hoe is dit bij de doelgroep kwetsbare ouderen?

Behoeften

Vanuit jullie ervaringen, wat waren en zijn voor jullie behoeften voorafgaand en tijdens het werken met positieve gezondheid.

En deze vraag specifiek op kwetsbare ouderen.

Afsluiting

Evt. adviezen

Bijlage 5: Voorbeeld data-analyse

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de data-analysemethode aan de hand van categorieën die beschreven staat in Donk & Lanen (2015). De stappen die doorlopen staan worden in deze bijlage visueel gemaakt, ten opzichte van de tekstuele beschrijving in hoofdstuk 3.4.

Stap 1: Noteer de onderzoeksvraag

Welke competenties heeft een (wijk)verpleegkundige van TVN-Zorgt nodig om de zes dimensies van positieve gezondheid, in de vorm van het scoringsinstrument voor positieve gezondheid, bij kwetsbare ouderen toe te passen?

Op welke wijze en wanneer kan, tijdens het zorgproces, het scoringsinstrument voor positieve gezondheid toegepast worden door de wijkverpleegkundigen van TVN-Zorgt bij de kwetsbare ouderen?

Stap 2: Het ontwikkelen van categorieën

Deze stap was in overleg met de opdrachtgever gedaan. De gebruikte categorieën zijn:

- Competentie kennis
- Competentie vaardigheden
- Competentie attitude
- Scoringsinstrument
- Overige, mogelijk, belangrijke fragmenten

Op deze manier is gewaarborgd dat, door de studentonderzoekers, waardevolle fragmenten meegenomen zouden worden in de resultaten.

Stap 3: Het opdelen van data in betekenisvolle fragmenten

Om daar een begin mee te maken moesten de interviews eerst letterlijk uitgeschreven (getranscribeerd) worden. Hieronder ziet u een voorbeeld hoe dat eruit ziet.

In de transcripties werd het volgende aangehouden

[Interviewer]

Geïnterviewde

Op deze manier was het duidelijk voor de studentonderzoekers wie wat had gezegd tijdens het analyseren.

jijzelf. Als patiënt, jij bent uiteindelijk de ervaringsdeskundige. Dus jij bent degene die weet wat voor jou belangrijk is en waar het uiteindelijk om draait. En dat moet je, daar moet je eigenlijk achter komen, om te zorgen dat je mensen verder kunt helpen. *[Hmm. Ja. Oké.]* Want jullie kennen het spinnenwebdiagram hè. Ik weet namelijk niet in hoeverre jullie nou precies bekend zijn met... *[Ja, ja het spinnenwebdiagram, wij hadden eigenlijk vernomen dat dat het scoringsinstrument was als het ware. Maar wij hoorden ook in een vorige interview, dat het nu meer gezien moet worden als een gesprekstool.]* Ja, absoluut. Ja. *[Dus we weten niet helemaal, nou... wat nou de juiste term is die we moeten aanhouden.]* Ja, ik denk dat... gesprekstool is denk ik, zeker in jullie context.. Dat dat een hele goeie is om te gebruiken. *[Ja, oké.]* Het idee is dat als je... dat mensen, niet iedereen denkt al zelf na van hoe voel ik mij of hoe gaat het eigenlijk met me. En veel mensen staan daar niet bij stil en eigenlijk... dat is al de eerste stap en dan de tweede stap is het bespreekbaar maken met je zorgverlener. En dan moet

Vervolgens hebben de studentonderzoekers betekenisvolle fragmenten ontwikkeld. Dit werd door elke studentonderzoeker apart gedaan voor een verhoogde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de analyse. Hieronder zijn twee voorbeelden.

In elke analyse werd het volgende aangehouden

Relevante informatie

Twijfel over de relevantie van de informatie

Irrelevante informatie

Anders hadden we het allemaal al geweten misschien.] Nou, dat valt mee. *lacht*. Ik zit in de schrijfphase. Dus het meeste zit wel al in mijn hoofd. [Oké, oké.] Dus dat komt helemaal goed. [Even kijken, dus dat is al veel met positieve gezondheid en ook dat anders denken als het ware..] Ja, zeker. Absoluut. Het is echt het anders denken, daar gaat het... het omdenken eigenlijk en niet meer het denken in problemen, maar het denken in mogelijkheden. En in kansen, ja. Maar als je kansen wilt zien, dan moet je natuurlijk wel goed kijken van hoe je... wat dan die kansen zijn. En wie weet dat beter dan jijzelf. Als patiënt, jij bent uiteindelijk de ervaringsdeskundige. Dus jij bent degene die weet wat voor jou belangrijk is en waar het uiteindelijk om draait. En dat moet je, daar moet je eigenlijk achter komen, om te zorgen dat je mensen verder kunt helpen. [Hm. Ja. Oké.] Want jullie kennen het spinnenwebdiagram hè. Ik weet namelijk niet in hoeverre jullie nou precies bekend zijn met... [Ja, ja het spinnenwebdiagram, wij hadden eigenlijk vernomen dat dat het scoringsinstrument was als het ware. Maar wij hoorden ook in een vorige interview, dat het nu meer gezien moet worden als een gesprekstool.] Ja, absoluut. Ja. [Dus we weten niet helemaal, nou... wat nou de juiste term is die we moeten aanhouden.] Ja, ik denk dat... gesprekstool is denk ik, zeker in jullie context.. Dat dat een hele goeie is om te gebruiken. [Ja, oké.] Het idee is dat als je... dat mensen, niet iedereen denkt al zelf na van hoe voel ik mij of hoe gaat het eigenlijk met me. En veel mensen staan daar niet bij stil en eigenlijk... dat is al de eerste stap en dat is de tweede stap en het derde stap en het vierde stap en het vijfde stap. En dat moet die eerste stap en	 Bosman Sebastiaan Anders denken met positieve gezondheid. Denken in kansen en mogelijkheden. Patiënt is de ervaringsdeskundige.  Bosman Sebastiaan Scoringsinstrument zien als gesprekstool (wel goed voor een citaat misschien)  Bosman Sebastiaan Het instrument kan faciliterend werken
hoofd. [Oké, oké.] Dus dat komt helemaal goed. [Even kijken, dus dat is al veel met positieve gezondheid en ook dat anders denken als het ware..] Ja, zeker. Absoluut. Het is echt het anders denken, daar gaat het... het omdenken eigenlijk en niet meer het denken in problemen, maar het denken in mogelijkheden. En in kansen, ja. Maar als je kansen wilt zien, dan moet je natuurlijk wel goed kijken van hoe je... wat dan die kansen zijn. En wie weet dat beter dan jijzelf. Als patiënt, jij bent uiteindelijk de ervaringsdeskundige. Dus jij bent degene die weet wat voor jou belangrijk is en waar het uiteindelijk om draait. En dat moet je, daar moet je eigenlijk achter komen, om te zorgen dat je mensen verder kunt helpen. [Hm. Ja. Oké.] Want jullie kennen het spinnenwebdiagram hè. Ik weet namelijk niet in hoeverre jullie nou precies bekend zijn met... [Ja, ja het spinnenwebdiagram, wij hadden eigenlijk vernomen dat dat het scoringsinstrument was als het ware. Maar wij hoorden ook in een vorige interview, dat het nu meer gezien moet worden als een gesprekstool.] Ja, absoluut. Ja. [Dus we weten niet helemaal, nou... wat nou	 Shafiei Ali anders kijken en denken  Shafiei Ali scoringsinstrument als gesprekstool

Vervolgen is er gezamenlijk gekeken naar beide versies en zijn alle relevante, twijfel- en irrelevante fragmenten besproken tussen de studentonderzoekers. Uiteindelijk heeft dit ertoe geleid dat er een consensus was over de relevante stukken. Vervolgens hebben de studentonderzoekers gezamenlijk de tekst opnieuw beoordeeld en kleinere fragmenten/citaten eruit gehaald die bruikbaar geacht werden. Deze citaten werden **onderstreept en vetgedrukt**, zoals ook te zien in het voorbeeld hieronder.

Anders hadden we het allemaal al geweten misschien. Nou, dat valt mee. "laecht". Ik zit in de schrijffase. Dus het meeste zit wel al in mijn hoofd. [Oké, oké.] Dus dat komt helemaal goed. [Even kijken, dus dat is al veel met positieve gezondheid en ook dat anders denken als het ware...] Ja, zeker. Absoluut. Het is echt het anders denken, daar gaat het... het omdenken eigenlijk en niet meer het denken in problemen, maar het denken in mogelijkheden. En in kansen, ja. Maar als je kansen wilt zien, dan moet je natuurlijk wel goed kijken van hoe je... wat dan die kansen zijn. En wie weet dat beter dan jijzelf. Als patiënt, jij bent uiteindelijk de ervaringsdeskundige. Dus jij bent degene die weet wat voor jou belangrijk is en waar het uiteindelijk om draait. En dat moet je, daar moet je eigenlijk achter komen, om te zorgen dat je mensen verder kunt helpen. [Hmm. Ja. Oké.] Want jullie kennen het spinnenwebdiagram hè. Ik weet namelijk niet in hoeverre jullie nou precies bekend zijn met... [Ja, ja het spinnenwebdiagram, wij hadden eigenlijk vernomen dat dat het scoringsinstrument was als het ware. Maar wij hoorden ook in een vorige interview, dat het nu meer gezien moet worden als een gesprekstool.] Ja, absoluut. Ja, [Dus we weten niet helemaal, nou... wat nou de juiste term is die we moeten aanhouden.] Ja, ik denk dat... gesprekstool is denk ik, zeker in jullie context.. Dat dat een hele goeie is om te gebruiken. [Ja, oké.] Het idee is dat als je... dat mensen, niet iedereen denkt al zelf na van hoe voel ik mij of hoe	 Bosman Sebastiaan Anders denken met positieve gezondheid. Denken in kansen en mogelijkheden. Patiënt is de ervaringsdeskundige.  Bosman Sebastiaan Scoringsinstrument zien als gesprekstool (wel goed voor een citaat misschien)  Bosman Sebastiaan Het instrument kan faciliterend werken
---	--

Stap 4: Onderverdelen onder categorieën

Vervolgens zijn de citaten die de studentonderzoekers samen hadden uitgekozen per categorie onderverdeeld in een tabel. Hieronder vindt u een voorbeeld hoe dit is gedaan. Via deze wijze zijn alle citaten onder verschillende competenties door één van de studentonderzoekers en vervolgens gecontroleerd door de tweede studentonderzoeker om te waarborgen dat beiden een citaat onder een bepaalde categorie vonden horen.

Categorie 3: Competentie attitude
"Het is echt het anders denken, daar gaat het... het omdenken eigenlijk en niet meer het denken in problemen, maar het denken in mogelijkheden. En in kansen, ja." "maar jij kunt wel gaan bedenken wie heb ik in mijn netwerk. [Ja, ja] Naar wie, ja dagbesteding. En volgens mij, dat is de rol die je als wijkverpleegkundige gaat krijgen. Dan ben jij die coördinator." "je hebt beide focussen nodig. Het is niet zo dat de ene... het gaat niet om goed of fout, maar het gaat

Stap 5: Analyseren

Het analyseren vond vervolgens ook apart van elkaar plaats. Er werd per citaat nog eens bekeken wat de kern was. Hiervan vindt u een voorbeeld hieronder.

Categorie 3: Competentie attitude	
"Het is echt het anders denken, daar gaat het... het omdenken eigenlijk en niet meer het denken in problemen, maar het denken in mogelijkheden. En in kansen, ja."	 Bosman Sebastiaan Attitude: denken in kansen en niet in problemen
"maar jij kunt wel gaan bedenken wie heb ik in mijn netwerk. [Ja, ja] Naar wie, ja dagbesteding. En volgens mij, dat is de rol die je als wijkverpleegkundige gaat krijgen. Dan ben jij die coördinator."	 Bosman Sebastiaan Attitude: coördinerende rol van de wijkverpleegkundige
"je hebt beide focussen nodig. Het is niet zo dat de ene... het gaat niet om goed of fout, maar het gaat erom dat je je staat bent om je bril af en toe even af te zetten."	 Bosman Sebastiaan Attitude: bril af kunnen zetten en met een andere focus te kijken

Vervolgens is dit gecontroleerd door de andere studentonderzoeker om te waarborgen dat er een consensus plaatsvond tussen de studentonderzoekers. Uiteindelijk zijn alle interviews naast elkaar gelegd waardoor de studentonderzoekers de resultaten konden vergelijken en opschrijven voor hoofdstuk 4 'Resultaten'.

Bijlage 6: Gedragscode

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	534333
Naam	Sebastiaan Bosman
Opleiding	Verpleegkunde
Geboortedatum	21-08-1991
Geboorteplaats	Purmerend

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	14-09-2016
Handtekening	

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	511094
Naam	Aliasghar Shafiei
Opleiding	Verpleegkunde
Geboortedatum	11-09-1970
Geboorteplaats	Kangavar - Iran

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	14-09-2016
Handtekening	

Bijlage 7: 'Informed Consent'-formulier

Bijlage 3: Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.
- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen het Instituut GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker: