Stichting Dichterbij

Individueel werken met cliënten met een ernstig meervoudige beperking

Daphne van den Berg (549294) & Francesca Cornielje (549300)
HBO-Verpleegkunde
21-06-2017
Opdrachtgever: Jan Jacobs
Docentbegeleider: Nasira Zaghouli
Examinator: Edin Granilo
Projectnummer: 1617_2ZidP_20

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
HAN University of Applied Sciences

Colofon

Projectnummer	1617_2ZidP_20
Opdrachtgever	Dhr. J.F.I. Jacobs Manager Dichterbij, Gennep
Docentbegeleider	Mw. N. Zaghouli Docent verpleegkunde Studies (IVS) Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Examinator Docent verpleegkunde	Dhr. E. Granilo Studies (IVS) Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Studentonderzoekers	F. R. Cornielje (549300) Student verpleegkunde FR.Cornielje@student.han.nl D.A. van den Berg (549294) Student verpleegkunde DA.vandenBerg@student.han.nl
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar	2016-2017
Onderwijseenheid	Zorginnovatie in de praktijk
Inleverdatum	21 juni 2017
Trefwoorden	· EMB (Ernstig Meervoudige Beperking) · Kleinschalig wonen · Individueel werken · Competenties

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag ‘individueel werken met cliënten met een ernstig meervoudige beperking'. Hierin staan resultaten beschreven van het onderzoek naar de behoeften van begeleiders die individueel werken op een woning met cliënten met EMB t.o.v. het krijgen van inzicht in het eigen handelen. Door middel van het uitvoeren van dit onderzoek konden wij aanbevelingen formuleren voor het toepassen van zelfreflectie methodieken met in achtneming van deze behoeftes. Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen stichting Dichterbij in Gennep.

In opdracht van de unitmanager dhr. J. Jacobs is dit onderzoek door Daphne van den Berg en Francesca Cornielje, twee derdejaars HBO-Verpleegkunde studenten, uitgevoerd. Het onderzoek is geschreven binnen het kader van de onderwijseenheid Zorginnovatie in de Praktijk van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen.

Een aantal mensen willen wij bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens de onderzoeksperiode. Ten eerste willen wij onze opdrachtgever J. Jacobs bedanken voor zijn tijd, expertise en feedback. Vanuit Dichterbij heeft hij informatie ter beschikking gesteld over de achtergrond en context waarbinnen het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarnaast willen wij onze docentbegeleidster N. Zaghouli bedanken voor de begeleiding vanuit de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Zij heeft ons tijdens het onderzoeksproces ondersteund en voorzien van kritische feedback. Wij zijn dankbaar voor hun inzet tijdens deze onderzoeksperiode.

Tevens willen wij alle respondenten bedanken voor hun bereidheid om deel te nemen aan de interviews. En tot slot alle andere betrokkenen die hun kritische blik over het verslag hebben laten gaan. Mede dankzij hen, konden we het tot een goed einde brengen.

Het proces van het opzetten tot uitvoeren van dit onderzoek was voor beide studenten zeer leerzaam. Onze vaardigheden omtrent het doen van kwalitatief onderzoek zijn tevens door dit proces gegroeid. Wij zijn tevreden met het eindresultaat en kijken met plezier terug op de samenwerking.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van het onderzoeksverslag.

Daphne van den Berg en Francesca Cornielje

Nijmegen, 21 juni 2017

Inhoudsopgave

Colofon 1
Voorwoord 2
Samenvatting 5
Hoofdstuk 1: Inleiding 6
1.1 Achtergrond 6
1.2 Aanleiding 7
1.3 Vraag- en doelstelling 7
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader 8
2.1 Zoekstrategie 8
2.2 Ernstig meervoudig beperkt (EMB) 8
2.3 Stichting Dichterbij en haar werkwijze 10
2.3.1 Kleinschalig wonen 10
2.3.2 Begeleiding van mensen met EMB 11
2.4 Setting 13
2.5 Verpleegkundige beroepsrelevantie 14
Hoofdstuk 3 Methode 16
3.1 Onderzoeksdesign 16
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef 16
3.3 Gegevensverzameling 18
3.3.1 Uitvoeren van de interviews 18
3.4 Verwerking en analyse van de gegevens 19
3.5 Zorgvuldigheidseisen 20
3.6 Ethische verantwoording 21
Hoofdstuk 4 Resultaten 22
4.1 Onderzoekspopulatie 22
4.2 Beschrijving resultaten 22
4.2.1 Deelvraag 1 zelfreflectie 23
4.2.2 Deelvraag 2 Competenties 25
4.2.3 Deelvraag 3 Zelfbeoordelingsinstrument 27
Hoofdstuk 5 Discussie en aanbevelingen 30
5.1 Theoretische implicatie 30

5.2 Methodologische discussie 31
5.3 Praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid 32
5.4 Aanbevelingen 33
Hoofdstuk 6 Conclusie 35
Bibliografie 37
Bijlagen 45
Bijlage 1 Planning 45
Bijlage 2 Literatuursearch 46
Bijlage 3 Evidence tabel 0
Bijlage 4 Interviewguide 0
Bijlage 5 Codeboom 2
Bijlage 6 Toestemmingsverklaring 3
Bijlage 7 Geheimhoudingsverklaring 4

Samenvatting

Door de ontwikkeling van zelf-organiserende teams, als gevolg van het kleinschalig wonen binnen stichting Dichterbij, staan zorgverleners vaak alleen op een woongroep die uit maximaal vijf cliënten bestaat.
Echter, in de huidige situatie kunnen zorgverleners zich niet meer aan elkaar toetsen. Er kan weinig tot geen directe feedback meer ontvangen worden van collega's. In gesprekken tussen manager en de zorgverleners kwam naar voren dat zelfreflectie een heikel punt is. Het is noodzakelijk om te kijken hoe zorgverleners beter inzicht krijgen op het eigen handelen.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen waar de behoeftes bij zorgverleners, die individueel werken met cliënten met EMB, liggen op het krijgen van inzicht in het eigen handelen. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *Op welke wijze kunnen zorgverleners binnen Dichterbij, die individueel werken met cliënten met EMB, inzicht krijgen in het eigen handelen?*
De deelvragen die hierbij waren opgesteld zijn: *'Waar ligt de behoefte van begeleiders om inzicht te krijgen in eigen handelen en welke zelfreflectiemethodieken zijn er al?', 'Welke competenties zijn noodzakelijk om mensen met een EMB te begeleiden in een zelf organiserend team?' en 'Is er behoefte aan een zelfbeoordelingsinstrument en hoe zou deze eruit moeten zien?'.*

Om een antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag is er gekozen voor een beschrijvend, kwalitatief onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van een systematische aselecte steekproef en een gelegenheidssteekproef, waarna de onderzoekspopulatie bestond uit tien zorgverleners. De gegevens zijn verzameld door middel van het afnemen van semi gestructureerde interviews.

Uit de antwoorden op de interviews bleek dat zorgverleners meer behoefte hebben aan intervisies en casusbesprekingen, maar ook aan meer feedback op de werkvloer. Ook zou er behoefte zijn aan het zelfbeoordelingsinstrument om inzicht te krijgen in eigen handelen.
In het instrument zouden de volgende onderwerpen aan bod moeten komen: geven/ontvangen van feedback, kennis over ziektebeelden en zorgachtergronden, uitvoering van verpleegtechnische handelingen, observatie en inlevingsvermogen en de uitvoering van de basiszorg. De belangrijkste competenties bleken het observatie- en inlevingsvermogen te zijn.
Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat zorgverleners, die individueel werken met cliënten met EMB, inzicht kunnen krijgen in het eigen handelen door het gebruik van een zelfbeoordelingsinstrument te combineren met meer mondelinge reflectie.

Op basis hiervan wordt aanbevolen om vaker mondeling te reflecteren met elkaar in de vorm van een intervisie of casusbespreking. Ook wordt er aanbevolen om meer aandacht te besteden aan het geven en ontvangen van feedback in het onderwijs. Als laatste wordt er aanbevolen om als zelfbeoordelingsinstrument een quickscan kwaliteit te gaan ontwikkelen, waarbij zorgverleners zien waar hun kwaliteiten, maar ook verbeterpunten liggen. Het vervolgonderzoek zou dan kunnen beoordelen of het instrument in de praktijk geschikt is.

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Achtergrond

Dichterbij is een stichting die zorg met verblijf en dagbesteding biedt aan kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking en een ernstig meervoudige beperking (EMB). Tevens bieden zij specialistische en forensische zorg voor mensen met psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek. Hierbij ondersteunt Dichterbij hun ouders, naasten en netwerk.
De visie van Dichterbij bestaat uit de volgende kernwoorden: samen, betrokkenheid, professionaliteit en openheid. Binnen de instelling wordt hier veel waarde aan gehecht. Met elkaar wordt er gekeken naar de mogelijkheden die een cliënt heeft. Medewerkers, cliënten en alle andere betrokkenen worden in het hele proces meegenomen. Er wordt op professionele wijze overlegd met naasten en andere disciplines. De instelling zorgt en creëert een openheid waarin iedereen kan leren, ontwikkelen en werken. Zo kunnen ook mensen met een EMB een bijdrage aan de maatschappij leveren. Binnen Dichterbij wonen 200 cliënten met EM (Dichterbij, 2017).
Dichterbij biedt ook begeleiding aan mensen met een EMB. Binnen Dichterbij gaat het om 200 cliënten. Dit zijn mensen met een ernstig verstandelijke beperking en een ernstige motorische beperking. Zij hebben een ontwikkelingsleeftijd van maximaal twee jaar. De kalenderleeftijd ligt hier vaak ruim boven en het IQ is erg laag (<25). Uit de meest recente cijfers blijkt dat er in Nederland ongeveer 10.000 tot 12.000 mensen met een EMB leven. Hiervan wonen ongeveer 1300 mensen nog hij hun ouders en 8200 in een zorgvoorziening. Verder wordt er nog gebruik gemaakt van diverse andere woonvormen (platform EMG, 2017).
Bij mensen met een EMB is er sprake van een beperking in waarneming. De prikkelverwerking in de hersenen is beschadigd wat voor problemen zorgt, zoals niet goed kunnen zien, horen, voelen, proeven en ruiken (Platform EMG & VGN, 2008). Mogelijkheden tot communiceren met enige vorm van taal is er niet. De communicatiewereld voor cliënten met een EMB bestaat uit lichaamstaal ('s Heeren Loo Advisium, 2017). Mensen met een EMB zijn zeer kwetsbaar. Zij hebben een verhoogd risico op gezondheidsproblemen zoals epilepsie, reflux, slaapstoornissen, slikproblemen en longinfecties (Platform EMG & VGN, 2008).

Sinds kort is Dichterbij begonnen met een andere manier van werken. De organisatie heeft een kleinschalige woonvorm gecreëerd. Door de ontwikkeling van zelf-organiserende teams, als gevolg van het kleinschalig wonen, staan zorgverleners vaak alleen op een woongroep die uit maximaal vijf cliënten bestaat. Zorgverleners spreken in zelforganiserende teams af hoe de zorg georganiseerd wordt, namelijk dicht bij de cliënt. Hoe het zorgplan eruit ziet en waarom, wordt helder vastgelegd in de visie, de doelen en heldere kaders. Er wordt verwacht dat teams de verantwoordelijkheid voor de zorgrelatie met cliënten oppakken. D.m.v. zelforganiserende teams wordt er meer zorg op maat geleverd door een vergrote regelruimte. Taken die voorheen bij de teamleider lagen, worden nu verdeeld in rollen binnen het team (Scruijt, 2012).
De zorgverleners hebben diverse opleidingsachtergronden, zoals de zogeheten Z-opleiding, SPH opleiding, maar ook verzorgende-IG en de verpleegkundige opleiding (Dichterbij, 2017). Een voordeel van kleinschalig wonen is dat er een veilig, warm en beschermd woon- en leefklimaat wordt gecreëerd. Een nadeel is dat zorgverleners individueel werken met als gevolg dat zij geen directe feedback van andere collega’s op hun manier van handelen kunnen ontvangen. Het begeleiden van mensen met een EMB vergt namelijk veel kennis en kunde. Dit dient goed op peil gehouden te worden. Er zijn drie kernbegrippen die van belang zijn voor het werk dat de zorgverleners uitoefenen. De kernbegrippen zijn: heterogeniteit, complexiteit en afhankelijkheid. Met heterogeniteit wordt bedoeld dat de beperkingen en mogelijkheden van mensen met een EMB en de manier waarop zij reageren op prikkels sterk uiteen lopen. Maatwerk is hierbij belangrijk. Dit houdt in dat de zorg die geleverd wordt afgestemd moet worden op de individuele cliënt. Met complexiteit wordt bedoeld dat

cognitieve- en bijkomende stoornissen elkaar kunnen belemmeren of versterken. De zorgverleners hebben een brede kennis nodig van bepaalde stoornissen en moeten interdisciplinair kunnen werken. Tevens is het belangrijk te onthouden dat mensen met een EMB volledig afhankelijk zijn van hun zorgverlener (Platform EMG & VGN, 2008).

1.2 Aanleiding

Het probleem dat zich binnen de instelling voordoet sinds ze op een andere manier zijn gaan werken, is dat zorgverleners zich niet meer aan elkaar kunnen toetsen. Ze staan tegenwoordig vaker alleen op een woning, terwijl ze voorheen altijd samen op een woning werkten. Hierdoor kunnen zij nu geen directe feedback meer ontvangen van collega's, maar krijgen zij alleen informatie via de overdracht. Cliënten zijn vanwege hun beperkingen ook niet in staat om feedback te geven aan de zorgverleners. De zorg is complexer geworden en het vergt veel van zorgverleners om individueel te werken.
De vraag is of zij hiervoor voldoende zijn opgeleid. Daarnaast vragen zij zich af of zij beschikken over de competenties die nodig zijn om cliënten met een EMB te kunnen begeleiden volgens het competentieprofiel van Dichterbij (2012).
Het probleem is o.a. naar voren gekomen door gesprekken tussen de manager en de zorgverleners van de woningen. Door goed door te vragen kwamen de manager en de zorgverleners er samen achter, dat het beoordelen van het eigen handelen een heikel punt is. Men zoekt bevestiging of hun wijze van handelen wel de juiste manier is.
Voor mensen met een EMB is het van belang dat zij de juiste ondersteuning en begeleiding krijgen. Het is de vraag of dit het geval is.

1.3 Vraag- en doelstelling

Op basis van de aanleiding, zijn de volgende hoofd- en deelvragen tot stand gekomen.

Hoofdvraag:
Op welke wijze kunnen zorgverleners binnen Dichterbij, die individueel werken met cliënten met EMB, inzicht krijgen in het eigen handelen?

Deelvragen:

1. Waar ligt de behoefte van begeleiders om inzicht te krijgen in eigen handelen en welke zelfreflectiemethodieken zijn er al?
2. Welke competenties zijn noodzakelijk om mensen met een EMB te begeleiden in een zelf organiserend team?
3. Is er behoefte aan een zelfbeoordelingsinstrument en hoe zou deze eruit moeten zien?

Doelstelling
In juni 2017 is duidelijk waar de behoeftes liggen van zorgverleners van cliënten met EMB, werkend in een zelf organiserend team, op het krijgen van inzicht in eigen handelen en zijn er aanbevelingen gedaan over het ontwikkelen van een zelfbeoordelingsinstrument op het eigen handelen en de benodigde competenties.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de context van dit onderzoek en de belangrijkste begrippen en onderwerpen uit de inleiding. Ten eerste wordt er kort beschreven op welke wijze er naar literatuur is gezocht. Vervolgens worden de onderwerpen uit de inleiding toegelicht. Tot slot wordt er uitgelegd waarom dit onderzoek relevant is voor de verpleegkundige beroepspraktijk. De planning van het schrijven van het theoretisch kader en overige hoofdstukken is terug te vinden in bijlage 1.

2.1 Zoekstrategie

Binnen diverse databases is er gezocht naar wetenschappelijke relevante literatuur. Er is onder meer gezocht in Pubmed, CINAHL en Google Scholar.
In de databases is gezocht met zoektermen die zijn opgesteld m.b.v. de hoofd- en deelvragen.
De zoekstrings zijn opgesteld door gebruik te maken van MeSH-termen en de booleaanse operatoren OR, AND en NOT. In Pubmed is er middels deze methode geen artikel gevonden. Ook met het gebruik van vrije termen leverde het voor de onderzoekers geen relevante artikelen op.
Vervolgens is er binnen de database CINAHL gezocht naar wetenschappelijke beschikbare literatuur. De literatuur is gevonden door het combineren van de zoektermen. Via deze methode zijn drie artikelen gevonden en geïncludeerd.
Vervolgens is er nog gezocht via Google Scholar. Hier zijn nog drie bruikbare artikelen gevonden en geïncludeerd. De artikelen die zijn gevonden en worden gebruikt hebben een bewijskracht variërend van 1a tot 4.
De uitgebreide beschrijving van de zoekstrategie en de evidence tabel zijn terug te vinden in bijlage 2 en 3.

2.2 Ernstig meervoudig beperkt (EMB)

Dit onderzoek richt zich op zorgverleners van mensen met een ernstig meervoudige beperking. In deze paragraaf zal in eerste instantie de definitie van EMB en een verdere omschrijving worden gegeven en daarna worden de epidemiologische gegevens verder uitgediept.

Definitie
Er bestaat geen eenduidige definitie voor de term EMB. Diverse definities zijn in omloop. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN, 2009) hanteert de volgende definitie:

> “Mensen met EMB hebben naast ernstige verstandelijke beperkingen – een ontwikkelingsleeftijd tot 24 maanden – ook ernstige motorische beperkingen, waardoor zij zich niet zelfstandig kunnen voortbewegen. De meesten hebben een zintuiglijke beperking, waarbij ook de prikkelverwerking in de hersenen beschadigd kan zijn”.

De ontwikkelingsleeftijd geeft aan wat het verstandelijke niveau van functioneren is. De kalenderleeftijd geeft aan hoe oud iemand op een huidig moment is. Bij cliënten met een EMB ligt dit vaak ruim boven de ontwikkelingsleeftijd. Dit betekent dat een persoon met een ernstig meervoudige beperking 40 jaar kan zijn, maar op cognitief niveau functioneert als een kind van twee jaar oud.

Epidemiologie
Voor de doelgroep EMB zijn weinig epidemiologische gegevens bekend. Dit komt doordat de doelgroep niet als zodanig wordt geregistreerd en de definitie niet eenduidig is. Vanuit het Sociaal Cultureel Planbureau en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland zijn er gegevens beschikbaar gesteld, die het aantal personen met ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen weergeven. Er kan een schatting gemaakt worden van het aantal

mensen dat onder de doelgroep EMB valt. De schattingen lopen erg uiteen, namelijk van 8.000 tot 20.000 mensen (Vugteveen, Van der Putten, & Vlaskamp, 2014).
Rijksuniversiteit Groningen (RUG) is n.a.v. dit grote verschil zelf een onderzoek gestart. Om tot een inventarisatie te komen van het aantal personen met EMB zijn gegevens van het Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ) gebruikt. Maar ook is er een literatuurstudie gedaan en is er data verzameld binnen één residentiële instelling. Dit is een instelling waar je woont en gelijktijdig wordt behandeld.
Het CIZ stelt indicaties voor AWBZ-zorg (langdurige zorg voor mensen als gevolg van een handicap of ziekte). Bij deze indicatie wordt er een aantal gegevens uitgevraagd namelijk: de leeftijd, het geslacht, de aard en de omvang van de beperking/handicap en de woon- en verblijfssituatie. RUG heeft het CIZ een aantal criteria gegeven waar volgens hen iemand met een EMB aan moet voldoen. De gegevens van de personen die na deze procedure overbleven, zijn beschikbaar gesteld voor RUG.
Uit het onderzoek dat vervolgens is gedaan, is gebleken dat er een groep van 9.639 personen aangewezen kon worden als mogelijk EMB. Hiervan was 56.7% man en 43.3% vrouw (Vugteveen, Vlaskamp, & Van der Putten, Resultaten, 2014).

Kenmerken van EMB
Vanaf de geboorte en in de eerste levensjaren kunnen er aspecten onderscheiden worden die je kunt linken aan het hebben van EMB.
Zo zijn er naast het hebben van een verstandelijke en motorische beperking meerdere gezondheidsproblemen te zien. Er is sprake van zintuiglijke beperkingen; meer dan 60% van de mensen met EMB is slechtziend of blind en meer dan 30% is slechthorend of doof. Ook lichamelijke aandoeningen en ziektes komen veel voor zoals: epilepsie, spijsvertering- en slikproblematiek, verminderde longfunctie, huidproblemen en slaapstoornissen. Dit maakt de doelgroep erg kwetsbaar. De prevalentie hiervan varieert tussen de 30% en 65%. Voor epilepsie is dit aanzienlijk hoger, namelijk: 70 tot 80%. Dat dit percentage zo hoog is, kan verklaard worden, doordat de oorzaak voor het krijgen van epilepsie overeenkomt met de oorzaak voor het krijgen van EMB. Epilepsie kun je krijgen door beschadiging van hersenweefsel, hersenaandoeningen, stofwisselingsziekten of tumoren. Het hoeft niet meteen te betekenen dat als je EMB hebt, je ook automatisch epilepsie hebt of andersom. (Centrum voor consultatie en expertise, 2010).

Naast de bovengenoemde lichamelijke problemen, is er ook een groot communicatief probleem. Het is voor deze doelgroep namelijk alleen mogelijk om via lichaamstaal te communiceren. Zij doen dit bijvoorbeeld door het maken van geluiden, waarbij ze in tempo en toonhoogte wisselen. Ook reageren ze door het tempo van ademhalen en de spierspanning te veranderen of de pupillen te verwijden. Gezichtsuitdrukkingen zijn een belangrijk middel bij het communiceren. Er kan hierbij gedacht worden aan het optrekken van de wenkbrauwen of het maken van oogcontact. De directe omgeving moet goed op deze subtiele signalen letten ('s Heeren Loo Advisium, 2017).
Het voorgaande leidt tot een ernstig verminderde tot totaal afwezige zelfredzaamheid. Cliënten met EMB zijn sterk afhankelijk van de omgeving en doen hier voortdurend een beroep op (Centrum voor consultatie en expertise, 2010).

Oorzaken en risico's
Het ontstaan van EMB is te wijten aan diverse oorzaken. Allereerst kan er sprake zijn van een geboortetrauma. Dit ontstaat door complicaties voor, tijdens of na de bevalling. Er kan hier gedacht worden aan zuurstofgebrek tijdens de geboorte, stress, ontstaan van littekens op de hersenen door een vacuümpomp of door stuitligging. Dit alles kan resulteren in fysiek en/of mentaal letsel.
Ook kunnen chromosomale afwijkingen de oorzaak zijn voor het ontstaan van EMB. Hoe ouder de vrouw, des te groter is de kans op een chromosomale afwijking.
Tevens kan er sprake zijn van stofwisselingsziekten. Wanneer de stofwisseling niet goed verloopt, ontstaan er tussenstoffen die bij ophoping schadelijke effecten kunnen hebben.

Aangeboren hersenletsel, ernstige infecties tijdens de zwangerschap of een ernstig ongeluk kunnen ook tot meervoudige beperkingen leiden (Bosk, 2017).
De kans om een kind te krijgen met een ernstige afwijking wordt verhoogd wanneer er in de familie een erfelijke ziekte voorkomt. De kans wordt kleiner bij een volgende zwangerschap. Tenzij het gaat om een DNA-afwijking (Van Breukelen, 2010).

2.3 Stichting Dichterbij en haar werkwijze

Stichting Dichterbij is een grote organisatie die het wonen kleinschalig organiseert. Dit is niet altijd zo geweest. In deze paragraaf zal worden uitgelegd wat een kleinschalige woonvorm betekent en hoe de begeleiding en werkwijze van zorgverleners daarop is aangepast.

2.3.1 Kleinschalig wonen

Bij Dichterbij kunnen cliënten kleinschalig wonen. Een kleinschalige woonvorm bestaat uit een groep van maximaal zes cliënten (bij Dichterbij vijf cliënten), die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben en samen wonen in een groepswoning. Dit samen wonen in een groepswoning wordt zo georganiseerd dat het leven zo normaal mogelijk geleid kan worden. Dit normaliseren houdt in dat er een normaal dag-, week-, en jaarritme wordt gehandhaafd, een normale levenscyclus, dat er waardigheid en respect voor het individu wordt getoond en dat er sociale participatie is (Lucas, Spruytte, Declerc, & Van Audenhove, 2010).

Kwalitatief gezien is een kleinschalige woonvorm een van de beste vormen van zorg voor mensen die niet zelfstandig kunnen wonen. Het doel van kleinschalig wonen is dat er een normale en vertrouwde leefomgeving wordt gecreëerd, de kwaliteit van leven bevordert en zorg op maat wordt geboden. Met professionele ondersteuning, begeleiding en verzorging wordt er een huishouden gevormd in een woonomgeving die voor de bewoner herkenbaar is en aansluit bij zijn thuissituatie. Een huiselijke sfeer wordt nagestreefd om cliënten het gevoel te geven dat ze thuis zijn en zichzelf kunnen zijn. Het dagelijks leven zou hier op aan moeten sluiten door een normaal dagritme te handhaven met diverse activiteiten.

De zorgverleners van de woongroep zijn er om de cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen en te verzorgen. Ze maken deel uit van de woonsituatie en vormen het belangrijkste aanspreekpunt. Zij vormen de vertrouwde gezichten en dragen bij aan het ontstaan van een fijne sfeer binnen de woning.
Op een kleinschalige woonvorm ben je anders aan het werk. Je biedt meer ondersteuning en het dagelijkse leven van bewoners vormt het uitgangspunt voor de manier waarop er gehandeld wordt. Als zorgverlener moet je je aandacht kunnen focussen op het individu, maar ook op de groep. Hier moet een balans in gevonden worden.
Als team van een woongroep draag je de verantwoordelijkheid voor het hele zorgproces en de begeleiding aan bewoners. Er wordt niet alleen zorg geboden bij de ADL, maar ook bij het ontbijt, bij de activiteiten in de morgen, in de middag en in de avond en er wordt gewassen en gekookt.
Door deze vorm van organisatie sta je meestal alleen op een woongroep. Alleen bij de drukke ochtendmomenten is er een assistent-verzorgende.
De organisatie van deze vorm van wonen hangt af van de inzet en creativiteit van de begeleider. Er wordt veel van de zorgverlener verwacht. Namelijk:

- Belevingsgericht werken
- Zelfstandig en oplossingsgericht kunnen werken
- Flexibiliteit en creativiteit
- Organisatorisch vermogen
- Bereidheid tot het uitvoeren van een breed takenpakket
- Het durven en willen nemen van verantwoordelijkheid
- Het bezitten van agogische kwaliteiten
- Om kunnen gaan met conflicten en dilemma’s

- Bewoner stimuleren tot activiteiten

Werken op deze manier heeft voor- en nadelen. Men kan het plezierig vinden om alleen te werken en zich zo niet alleen bezig te hoeven houden met zorggerichte taken. Ze zijn breder inzetbaar en er wordt een beroep gedaan op meerdere vaardigheden. Wat als minder plezierig wordt ervaren, is dat overleg vaak niet mogelijk is en besluiten ter plekke moeten worden genomen (Van Schijndel P. , 2004).

2.3.2 Begeleiding van mensen met EMB

Cliënten met EMB zijn totaal afhankelijk van de zorg van zorgverleners om te kunnen overleven. De kwaliteit van zorg die zij ontvangen, wordt dus grotendeels bepaald door de geleverde zorg van de zorgverleners (Petry, Maes, & Vlaskamp, 2007).
In principe moet de zorgverlener beschikken over kennis van de doelgroep en de gevolgen van interactie tussen specifieke EMB-problemen. Zij dienen te weten wat dit betekent voor de ondersteuning van de individuele cliënt (VGN, 2009).

Zelforganiserende teams

Dichterbij is in de loop van de tijd steeds meer gaan werken met zelforganiserende teams, door de ontwikkeling van kleinschalige woningen.
Met een zelforganiserend team wordt een vaste groep van medewerkers bedoeld die samen de verantwoording dragen voor het gehele zorgproces aan cliënten. Het is de bedoeling dat er zo min mogelijk een beroep wordt gedaan op een leidinggevende. De teams moeten in staat zijn zelf het zorgproces te bewaken en dagelijkse problemen op te lossen. Ook het verbeteren van processen behoort tot de taak van het team. Cliënten kunnen m.b.v. deze zelforganiserende teams sneller en beter geholpen worden. Om de kwaliteit van zorg te blijven waarborgen, wordt er gebruik gemaakt van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) (Legemaate, et al., 2013). Omdat de dagelijkse taken bij het zelforganiserende team ligt, kan het management zich op beleidsmatige vraagstukken richten (Van Schijndel, 2017).
Werknemers van Dichterbij mogen het werk zelf inrichten en uitvoeren. Hierbij dienen zij zich wel aan de doelstellingen en regels van de organisatie te houden. Maar daarbinnen zijn zij vrij om taken naar eigen inzicht en op basis van hun professionaliteit uit te voeren. Jaarlijks worden met het team (medewerkers, ouders/verwanten en leidinggevende) resultaatafspraken gemaakt (Jacobs, 2017).
Het is niet eenvoudig om over te gaan op zelforganiserende teams. Het gaat bij het proces om mensen en dus wederzijds vertrouwen, een cultuuromslag en competenties (Van Schijndel, 2017).

Competenties bij individueel werken.

Er komt steeds meer aandacht voor competenties en de specifieke expertise die zorgverleners van mensen met EMB moeten bezitten.
‘’ Een competentie is een vermogen dat kennis, inzicht, attitude en vaardigheidsaspecten omvat om in concrete taaksituaties doelen te bereiken’’ (Langeveld, 2017).
Voor het begeleiden van mensen met EMB zijn er specifieke competenties nodig. Een belangrijke competentie is dat je cliëntgericht bent. Ook dien je over kennis van ondersteuningsmethodieken en benaderingswijzen te beschikken en moet je ermee overweg kunnen. Tevens dien je flexibel en goed in communicatie te zijn. Je dient je als zorgverlener EMB open te stellen voor contact, signalen te kunnen interpreteren, passende gebaren en woorden te gebruiken en tactvol te reageren. Tevens is het hebben van geduld, een goed observerend en signalerend vermogen en zelfreflectie belangrijk (Dichterbij, 2006).
Het competentieprofiel EMB (Platform EMG & VGN, 2008) is een document dat aangeeft welke specifieke competenties je moet bezitten om mensen met EMB te kunnen begeleiden. De competenties die beschreven zijn, komen oorspronkelijk vanuit het landelijk competentieprofiel beroepskrachten primaire proces gehandicaptenzorg. Hierin worden competenties beschreven die in het algemeen belangrijk zijn voor het werken als begeleider in de gehandicaptenzorg. Het competentieprofiel EMB is dus niet een volledig

competentieprofiel, maar een verdieping dat zich richt op zorgverleners die werken met personen met EMB. In dit competentieprofiel zijn daarom alleen competentiegebieden A, B en E beschreven.
De competentiegebieden die specifiek zijn voor ondersteuning bij mensen met EMB zijn:

1. Competentiegebied A: vraaggericht werken: vraag verhelderen en aansluiten bij de behoefte van de cliënt.
- De zorgverlener dient de behoefte en mogelijkheden van de cliënt duidelijk te krijgen, zodat de ondersteuning hierbij aansluit.
- De zorgverlener is in staat om veranderingen in gedrag, ontwikkeling en gezondheid te observeren en signaleren en de begeleiding hier op aan te passen.
2. Competentiegebied B: communiceren/contact
- De zorgverlener kan een professionele relatie opbouwen met een cliënt.
- De zorgverlener kan een netwerk opbouwen en onderhouden voor de cliënt en bemiddelt bij contacten met de cliënt.
- De zorgverlener kan diverse communicatiemethodieken toepassen in het contact met de cliënt.
3. Competentiegebied E: ondersteunen van de cliënt
- De zorgverlener stimuleert de cliënt om zich zo goed mogelijk te ontwikkelen.
- De zorgverlener is in staat de cliënt op diverse gebieden te ondersteunen zoals ADL, vrijetijdsbesteding en activiteiten.
- De zorgverlener zorgt voor een optimale woon- en leefomgeving van een cliënt
- De zorgverlener ondersteunt de cliënt zo goed mogelijk, zodat doelen van de cliënt kunnen worden bereikt en de kans op letsel zo klein mogelijk wordt gehouden.

Ontwikkeling begeleider: effectieve manieren om inzicht in het eigen handelen te krijgen.
Doordat er veelal alleen wordt gewerkt, kan er geen directe feedback ontvangen worden van collega's op jouw manier van werken. Vaak krijg je alleen complimenten als je de dienst tot een goed einde hebt gebracht. Dit zegt niets over hoe je de rest van de dag hebt gefunctioneerd. Zelfreflectie is een belangrijk hulpmiddel voor zorgverleners die zelfstandig werken. Zelfreflectie houdt in dat je kijkt naar hoe je hebt gehandeld in een bepaalde situatie. Je gaat d.m.v. zelfreflectie je eigen handelen kritisch beoordelen. Hierdoor krijg je inzicht in je eigen gedrag en de drijfveren die achter een bepaalde actie liggen. Op basis van deze inzichten kun je jezelf ontwikkelen. Door jezelf te blijven ontwikkelen, verhoog je ook de kwaliteit van je werk. Wat een nadeel is aan zelfreflectie is het hebben van een blinde vlek ten opzichte van je eigen handelen. Er wordt snel gekeken naar alleen goede eigenschappen van jezelf en de minder goede eigenschappen worden weggestopt. Het is daarom van belang dat je op een methodische en bewuste manier op jezelf reflecteert (Nijgh L. , 2017).
Er zijn diverse methodes om op jezelf te reflecteren (Marilyn, 2015). Je kunt ze onderverdelen in vier categorieën.
De methodes die vallen onder categorie ''vaardigheden'' zijn:

1. Kernkwadranten
2. SWOT analyse
3. STARR methode
4. Competentietrechter

De methodes die vallen onder categorie ''in een team'' zijn:

5. Belbins Teamrollen

De methodes die vallen onder categorie ''gedrag'' zijn:

6. Roos van Leary
7. Leerstijlentest van Kolb
8. Model van Korthagen

De methodes die vallen onder categorie ''persoonlijkheid'' zijn:

9. Big five test
10. Enneagram

Binnen Dichterbij wordt er gebruik gemaakt van een quickscan diversiteit. De quickscan is wellicht een goede methode voor het zelfbeoordelingsinstrument. Dit is een onderzoeksmethode waarbij vlot een paar belangrijke onderwerpen worden onderzocht om te kijken of je hier bekwaam/competent in bent of dat je dit meer moet ontwikkelen.

Zelfreflectie helpt om jezelf beter te leren kennen. Niet alleen zelfreflectie methodes dragen hier aan bij. Ook is het goed om met het hele team te zitten. Je zou hier kunnen denken aan intervisiebijeenkomsten, casus besprekingen, het werken met filmmateriaal of het socratisch gesprek (hier kom je met een groep bij elkaar om bepaalde vraag te bespreken) of intercollegiale toetsing.

Benodigde opleiding
Om mensen met EMB te mogen begeleiden dien je te kunnen voldoen aan het competentieprofiel van Dichterbij. Bij Dichterbij worden de cliënten begeleid door zorgverleners met diverse opleidingsachtergronden. De basis is vooral Z-verpleegkundigen (niveau 4) of SPW'er (niveau 4). Z-Verpleegkundigen zijn verpleegkundigen in de zwakzinnigenzorg. Tegenwoordig wordt de naam z-verpleegkundige niet meer gebruikt, maar ben je mbo-verpleegkundige of hbo-verpleegkundige. Deze opleidingen richten zich op meerdere zorgbranches en niet alleen de zwakzinnigenzorg. Later in de opleiding wordt er verdieping van specifieke sectoren aangeboden, zoals de gehandicaptenzorg (Hendrik & Timmerman, 2012). In principe hoeven de zorgverleners op de woongroepen zich niet te laten omscholen. Wel moeten zij verplichte scholingen volgen binnen Dichterbij die noodzakelijk zijn om als zorgverlener EMB te kunnen functioneren. De verplichte scholingen zijn onder meer het toedienen van medicatie, veiligheid en preventie. Als aanvulling kunnen ze onderstaande cursussen of opleidingen volgen, maar het is niet noodzakelijk. Het gaat om de cursus Vlaskamp, dit is een ondersteuningsprogramma, speciaal ontwikkeld voor de begeleiding van mensen met EMB (Platform EMG, 2012). Ook wordt sinds kort de post MBO opleiding ''Begeleider EMB'' aan het ROC in Nijmegen aangeboden. De cursus LACCS zal in de nabije toekomst een wenselijke aanvulling gaan worden. Het LACCS-programma geeft zorgverleners handvatten die nodig zijn om mensen met ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen een goed leven te geven. Voor een goed leven zijn vijf gebieden belangrijk, namelijk het lichamelijk welzijn, alertheid, contact, communicatie en stimulerende tijdsbesteding (De Geeter en Munsterman orthopedagogen, 2017).

2.4 Setting
Dichterbij ondersteunt kinderen, jong volwassenen en volwassenen met een verstandelijke beperking en een ernstig meervoudige beperking. De gebieden waarin Dichterbij werkt zijn: Noord-Limburg, Oost-Brabant en Zuid-Gelderland.
Cliënten worden ondersteund op diverse gebieden: het meedoen in de samenleving, wonen, werken, vrijetijdsbesteding, gezin & opvoeding en gezondheid.
In eerste instantie wordt er gekeken naar de mogelijkheden en wensen van de cliënt bij het meedoen in de samenleving. Door deel te nemen aan de samenleving wordt men zelfstandiger en krijgt men meer zelfvertrouwen. Samen wordt er gekeken naar hoe vrije tijd het best ingevuld kan worden (Dichterbij, 2017).

Binnen Dichterbij kan er op verschillende manieren worden gewoond. Mensen met EMB wonen voornamelijk op een groepswoning. Hier wonen zij samen met anderen en krijgen zij de zorg die nodig is van een vast aantal medewerkers.
Het is ook mogelijk voor cliënten om een huis voor zichzelf te hebben, ook wanneer ze ondersteuning nodig hebben. Via technische hulpmiddelen kan er altijd een oogje in het zeil gehouden worden. Dichterbij helpt met financiën, huishoudelijke zaken, het leggen van contact of het begeleiden bij activiteiten en problemen.
Tevens is er een woonvorm, waarbij cliënten een eigen ruimte met woonkamer, slaapkamer, badkamer, keuken en voordeur hebben, maar daarbij wel in een gebouw wonen waar andere

mensen op een zelfde wijze wonen. Een team van Dichterbij biedt dan de zorg die nodig is (Dichterbij, 2017).
De organisatie kijkt samen met de cliënt of werken binnen de mogelijkheden en interesses past. Bij de doelgroep EMB past werken bijna niet tot de mogelijkheden. Dan worden er activiteiten georganiseerd die aansluiten bij de belevingswereld (Dichterbij, 2017).
Daarnaast biedt Dichterbij ook professionele ondersteuning aan ouders met een kind met een verstandelijke beperking. Dit wordt in de thuissituatie gedaan. Er wordt naar gestreefd dat het kind thuis opgroeit en ontwikkelt. Ook een ouder met een licht verstandelijke beperking wordt ondersteund in het verzorgen en opvoeden van een kind. Het betreffende doel hiervan is dat na een tijdje de ouder het zoveel mogelijk zelfstandig kan (Dichterbij, 2017). Verder kunnen mensen altijd bij Dichterbij terecht voor vragen over de gezondheid.

Vanuit Dichterbij wordt er ook specialistische en forensische zorg geboden, STEVIG genoemd. Dit is een derdelijns behandeling. Er worden ambulante en klinische behandelingen geboden aan personen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische stoornissen, al dan niet met strafrechtelijke veroordeling. STEVIG diagnosticeert, behandelt en beschermt cliënt en omgeving. Het doel is, cliënten die door probleemgedrag zijn vastgelopen en de greep op hun eigen leven kwijt zijn, ondersteuning te bieden zodat ze uiteindelijk terugkeren in de maatschappij. STEVIG kenmerkt zich doordat behandelingen tijdelijk zijn. Er wordt nauw samengewerkt met begeleiders en hulpverleningsorganisaties die de cliënt na behandeling verder ondersteunen (STEVIG, 2017).

De zorg en ondersteuning die Dichterbij biedt valt onder de WLZ en wordt dus door de rijksoverheid betaald. Hier is een indicatie voor nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Sommige kosten dienen door de cliënten zelf te worden betaald. Dit zijn dan extra diensten die Dichterbij biedt (Dichterbij, 2017).

2.5 Verpleegkundige beroepsrelevantie

De rollen van een Verpleegkundige worden onderverdeeld in CanMEDS rollen. Dit zijn 7 rollen die de competenties beschrijven. Deze rollen zijn: Zorgverlener, reflectieve EBP-professional, gezondheidsbevorderaar, organisator, professional en kwaliteitsbevorderaar, communicator en samenwerkingspartner (Lambregts, Grotendorst, & van Merwijk, 2016).
Het doel van dit onderzoek is zicht te krijgen op hoe zorgverleners van mensen met EMB inzicht in eigen handelen willen krijgen. Inzicht hebben in eigen handelen is een competentie die niet alleen van groot belang is voor zorgverleners van Dichterbij, maar voor alle zorgprofessionals. Dit is een competentie die valt onder de CanMEDS rol ‘reflectieve EBP-professional’. Een competentie die onder deze beroepsrol valt en zorgverleners dus moeten bezitten, is het voortdurend en methodisch reflecteren op eigen handelen, waarbij procesmatige en moreel-ethische aspecten van eigen keuzes en beslissingen een grote rol spelen. Dit leidt tot meer zelfinzicht.
Ook werkt een verpleegkundige permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en dient hij/zij een bijdrage te leveren aan die van collega’s. De verpleegkundige leert via formele leertrajecten en dagelijks op de werkplek, bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing (Lambregts, Grotendorst, & van Merwijk, 2016).
Tevens wordt er bij het onderzoek gekeken naar belangrijke competenties die nodig zijn voor de zorg voor cliënten met EMB. De complexiteit van de zorg wordt hoger, omdat zorgverleners vaak alleen op een afdeling staan. Daardoor wordt er van hen verwacht dat zij breder inzetbaar zijn. Zo worden zorgprofessionals, dus verpleegkundigen ook opgeleid. Hieraan kunnen meerdere CanMEDS rollen gekoppeld worden, namelijk ‘professional en kwaliteitsbevorderaar’, ‘organisator’ en ‘gezondheidsbevorderaar’. Als gezondheidsbevorderaar bevordert de verpleegkundige de gezondheid van mensen door het ondersteunen van zelfmanagement. In het geval van cliënten met EMB stimuleren

zorgverleners het zelfmanagement zover dit mogelijk is. Ook richt de verpleegkundige zich op de naasten, omgeving, cultuur en leefstijl van de cliënt (Lambregts, Grotendorst, & van Merwijk, 2016). Binnen Dichterbij worden naasten zoveel mogelijk betrokken bij het zorgproces.
Dit onderzoek is verpleegkundig relevant, omdat het uiteindelijke doel is om voor meer zelfinzicht te zorgen bij de zorgverleners. Zoals bovengenoemd is deze competentie onder te verdelen bij de CanMEDS rol ‘reflectieve EBP-professional’. Dit is een belangrijke competentie om te bezitten en/of te verbeteren, om de zorg voor de cliënten te kunnen optimaliseren. Daarmee wordt de kwaliteit van leven van de cliënten verhoogd en naasten van de cliënten worden met de zorg ontlast.

Hoofdstuk 3 Methode

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign beschreven en onderbouwd. De onderzoekspopulatie wordt nader toegelicht en er wordt ingegaan op de verzameling van data. Ook wordt er uitgelegd hoe de data-analyse is uitgevoerd en hoe er rekening is gehouden met de zorgvuldigheidseisen en de ethische aspecten.

3.1 Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er gekozen voor een beschrijvend, kwalitatief onderzoek. Het doel is uiteindelijk dat de organisatie weet waar de behoefte ligt in het krijgen van inzicht in eigen handelen bij zorgverleners van cliënten met EMB. Er zal eerst gekeken moeten worden naar hoe de huidige situatie op de werkvloer is. Dit maakt het een beschrijvend onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2016).
Het is een kwalitatief onderzoek, doordat de gegevens in dit onderzoek niet in cijfers zijn uit te drukken. D.m.v. interviews werden ervaringen, belevingen en verwachtingen van respondenten verzameld. Het onderzoek is een dwarsdoorsnedeonderzoek. Dit houdt in dat er maar op één meetmoment gegevens werden verzameld. Elke respondent is ook maar één keer geïnterviewd. Dit i.v.m. de tijd van het onderzoek (Bakker & Van Buuren, Onderzoek in de gezondheidszorg, 2014).

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit zorgverleners van mensen met EMB werkzaam binnen stichting Dichterbij. De onderzoekers hebben tien zorgverleners geïnterviewd. Voor dit onderzoek zijn in- en exclusiecriteria opgesteld. Dit is gedaan zodat de juiste populatie werd onderzocht.
De inclusiecriteria die gehanteerd werden zijn:

- Zorgverleners dienen langer dan zes maanden bij Dichterbij te werken.
- Zorgverleners werken op een kleinschalige woning
- Zorgverleners werken individueel
- Zorgverleners moeten in het bezit zijn van een niveau 3, 4 of 5 diploma.
- Zorgverleners moeten werken op een EMB-woonvorm.

De exclusiecriteria die gehanteerd werden zijn:

- Vrijwilligers die helpen bij de zorg
- Stagiaires
- Assistent-begeleiders

Het onderzoek richtte zich op hoe er inzicht in eigen handelen kon worden verkregen, wanneer er alleen wordt gewerkt op een woongroep. Dit gebeurt voornamelijk bij kleinschalig wonen. Dit is de reden dat de onderzoekers hebben gekozen voor deze inclusiecriteria. De reden dat zorgverleners langer dan zes maanden bij Dichterbij dienen te werken, is dat er zekerheid is dat zij in ieder geval een half jaar ervaring hebben met het individueel werken. Zorgverleners weten zo beter waar ze over praten gedurende het interview en dit maakt de uitkomst representatiever voor de onderzoekers.
De reden dat de onderzoekers vrijwilligers en stagiaires hebben geëxcludeerd, is dat zij niet zelfstandig mogen werken op een woongroep. Daarbij komt, dat zij hoogstwaarschijnlijk niet of nog niet de juiste opleiding hiervoor hebben. Stagiaires zullen nog geen half jaar werkervaring hebben binnen Dichterbij. Assistent-begeleiders zijn geëxcludeerd, omdat zij zorgverleners assisteren. Zij zullen dus ook weinig ervaring hebben met het individueel werken op een EMB woonvorm. Deze exclusiecriteria zijn gehanteerd, omdat de uitkomst anders niet representatief was voor het onderzoek.

De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van een steekproef. Dit werd gedaan, omdat het veel moeite, tijd en energie kost om alle zorgverleners van mensen met EMB te bereiken. De oorspronkelijke onderzoekspopulatie waaruit de steekproef is getrokken, dus het totale aantal zorgverleners werkzaam op kleinschalig EMB-wonen bestond uit 250 mensen. Er zijn veel woningen met cliënten met EMB. Daarom is er gekozen voor een systematische

aselecte steekproef. Hierbij trek je de steekproef niet helemaal willekeurig, maar volgens een bepaalde systematiek. De onderzoekers hebben bepaald om de even woongroepen te selecteren, totdat er tien woongroepen waren geselecteerd. Zo maak je een gelijke verdeling en dit is een goede manier om de steekproef representatief te krijgen. Er is geen reden voor het feit dat de even woningen geselecteerd worden. Het hadden ook de oneven woningen kunnen zijn.
Nadat de woningen waren geselecteerd, is er nog gebruik gemaakt van een niet-aselecte steekproef, namelijk de gelegenheidssteekproef. Dit hield in, dat de eerste zorgverlener van de woning die instemde met het interview en voldeed aan de inclusiecriteria deelnam aan het onderzoek (Bakker & Van Buuren, Onderzoek in de gezondheidszorg, 2014).

Bij kwalitatief onderzoek is de steekproefgrootte afhankelijk van de heterogeniteit van de onderzochte doelgroep en de complexiteit van het onderwerp. Met interviewen wordt er normaal gesproken net zo lang doorgegaan tot er geen nieuwe informatie meer boven tafel komt. Wanneer dit het geval is, is er sprake van saturatie. Wanneer het onderwerp zeer complex is, zal het langer duren voor de saturatie is bereikt (Bakker & Van Buuren, Onderzoek in de gezondheidszorg, 2014). Aangezien er een beperkte tijd staat voor het onderzoek, is er in overleg met de opdrachtgever besloten voor het hanteren van een maximum van tien interviews.
Voor de werving van de respondenten is er contact opgenomen met de opdrachtgever. De opdrachtgever heeft contact opgenomen met de dienstverlenend coördinator. De dienstverlenend coördinator heeft zorgverleners van de desbetreffende woning een mail gestuurd met de vraag wie er deel zou willen nemen aan het interview. De namen en het e-mailadres van de zorgverleners die wilden deelnemen werden doorgegeven aan de onderzoekers. De onderzoekers namen daarna zelf contact op met de zorgverleners. De onderzoekers introduceerden zichzelf via de mail, lichtten het doel verder toe en gaven data door wanneer de interviews afgenomen zouden worden.

3.3 Gegevensverzameling

Het verzamelen van gegevens vond plaats d.m.v. een semi gestructureerd interview.
Van tevoren zijn er gespreksitems opgesteld die als leidraad dienden bij het interview. Op deze manier is er geprobeerd te achterhalen wat de gedachten en ervaringen omtrent de items waren. Er wordt op deze manier ruimte voor eigen inbreng van de geïnterviewde gecreëerd, maar de onderzoeker kan wel richting aangeven. Wanneer er teveel afgedwaald wordt, kan er worden bijgestuurd (Wollersheim, 2011).
Een semigestructureerd interview wil zeggen dat onderwerpen die de onderzoeker behandeld wilt hebben al vast staan en dat er een globaal idee is van de vragen die per onderwerp gesteld kunnen worden. Tijdens het interview is er doorgevraagd, om diepgaande gegevens te verzamelen (Bakker & Van Buuren, Onderzoek in de gezondheidszorg, 2014). De geïnterviewde wordt gestimuleerd om een eigen verhaal te vertellen. Dit zal het vertrekpunt van het gesprek vormen (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Er is gebruik gemaakt van mondelinge face-to-face interviews. Met deze vorm van gegevensverzameling kregen de onderzoekers een dieper inzicht in het perspectief van de geïnterviewde.

Bij het afnemen van de interviews is er gebruik gemaakt van een interviewleidraad. Hiermee werd richting gegeven aan het interview. De hoofdvraag, deelvragen en de probleemstelling hebben het uitgangspunt gevormd bij het maken van de interviewguide. De vragen zijn o.a. opgesteld m.b.v. suggesties van de docentbegeleidster. De uiteindelijke versie van de interviewguide is terug te vinden in bijlage 4.
Omdat er een semigestructureerd interview werd gehouden, zijn er vooraf een aantal gedefinieerde vragen bij de vier gespreksitems opgesteld. Deze items kwamen allemaal aan bod, maar er bleef genoeg ruimte voor het doorvragen op ervaringen en gedachten (Van der Donk & Van Lanen, 2016). De vier gespreksitems zijn:

- Zelfreflectie
- Individueel werken
- Competenties
- Zelfbeoordelingsinstrument

Deze gespreksitems zijn beschreven in hoofdstuk 2.
De interviewguide is beoordeeld door de opdrachtgever en de docentbegeleidster.
De interviews zijn afgenomen in een rustige omgeving. Zo werd ervoor gezorgd dat het interview ongestoord afgenomen kon worden. Met toestemming van de respondenten zijn er geluidsopnames gemaakt van de interviews.

3.3.1 Uitvoeren van de interviews

In eerste instantie is er een test interview gehouden met een EMB begeleider. Dit is gedaan om de validiteit te vergroten. Zo kon er worden gekeken of er wel echt antwoord werd gegeven op de hoofd- en deelvragen. Daarnaast kon er gecontroleerd worden of de juiste vragen werden gesteld, of dit op een objectieve manier gebeurde en wat de duur was van het interview. Door het interview terug te luisteren konden de onderzoekers vragen verbeteren en er op letten dat er geen suggestieve vragen werden gesteld. Dit vergrootte de betrouwbaarheid van de resultaten van het interview. Tegelijkertijd konden de onderzoekers oefenen met interviewvaardigheden, aangezien beide onderzoekers weinig ervaring hiermee hadden.
Erg belangrijk was dat er op de non-verbale houding werd gelet. De lichaamshouding van de onderzoeker kan het interview namelijk beïnvloeden (Van der Donk & Van Lanen, 2016).

Er zijn tien interviews afgenomen. Tijdens het afnemen van de interviews was één onderzoeker de interviewer en de andere onderzoeker nam de functie van observator op zich. De observator zorgde voor de tijdsbewaking en hield in de gaten of alle gespreksitems aan bod waren gekomen. Ook notuleerde de observator de non-verbale communicatie en andere belangrijke observaties die niet via audio opname meetbaar zijn.
De interviews duurden +/- 20 minuten. De duur was ook afhankelijk van de inbreng van de respondenten. De interviews zijn zo open mogelijk uitgevoerd om belevingen en gedachten

van respondenten goed naar voren te brengen. Na elk interview is er gereflecteerd op de uitvoering ervan, zodat het volgende interview verbeterd kon worden en de zorgvuldigheid zo werd gewaarborgd.

3.4 Verwerking en analyse van de gegevens

In eerste instantie is de data open gecodeerd. Dat wil zeggen dat er aan belangrijke tekstfragmenten een label is toegekend om aan te geven waar het stuk over ging. Daarna is data verder op een deductieve en thematische wijze geanalyseerd. Vooraf aan de analyse waren er namelijk al subthema's en hoofdthema's opgesteld. Na het labelen zijn de belangrijke tekstfragmenten geordend onder de sub- en hoofdthema's.
Alle verzamelde en geanalyseerde gegevens zijn opgeslagen op twee computers, zodat het altijd mogelijk was om bij de gegevens te komen. Deze twee computers waren beveiligd met een wachtwoord, zodat gegevens veilig werden bewaard. De getranscribeerde gegevens zijn gecontroleerd op volledigheid door de twee onderzoekers.
Alle interviews zijn middels audio opname apparatuur vastgelegd. Om alle gegevens uit te werken en uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, werden diverse stappen doorlopen. Om het verwerken en analyseren van de gegevens richting te geven, is er een stappenplan opgesteld met behulp van informatie uit Bakker en van Buuren (2014). Dit ziet er als volgt uit:

Stap 1. Transcriberen
Alle interviews zijn getranscribeerd. Dit houdt in dat alle geluidsopnames zijn uitgetypt in een document van het tekstverwerkingsprogramma Microsoft Office Word. Er is voor gezorgd dat de interviews uiterlijk drie dagen na het interview werden getranscribeerd. Zo zat het nog vers in het geheugen en zorgde het voor het waarborgen van de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de gegevens. Ook kost het transcriberen van een audio opname veel tijd. Door het meteen uit te werken, werd voorkomen dat werk zich opstapelt. In het transcript werden ook aanwijzingen opgenomen over lichaamstaal en stemgebruik. Dit is namelijk belangrijk voor hoe antwoorden geïnterpreteerd moeten worden. Er zijn in totaal tien interviews getranscribeerd.

Stap 2. Doorlezen en markeren
Na het transcriberen van alle interviews, werden ze doorgelezen. Belangrijke zinnen en/of aanwijzingen werden gemarkeerd. Relevante tekst werd op deze wijze gescheiden van minder belangrijke tekst. De relevantie werd bepaald a.d.h.v. de gespreksitems. De relevante fragmenten zijn meegenomen naar de volgende stap. Fragmenten die minder belangrijk waren of geen antwoord gaven op hoofd- en deelvragen werden geschrapt.

Stap 3. Coderen
Na het markeren van relevante stukken tekst, is er begonnen met het zogenoemde open coderen. Hierbij wordt een code, ook wel label genoemd, toegekend aan een kort tekstfragment om aan te geven waar het betreffende stukje over gaat. Alle fragmenten hebben een codering gekregen.
Stap 2 en 3 zijn door de onderzoekers bij de eerst twee interviews afzonderlijk van elkaar uitgevoerd als interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Zo kon achteraf gediscussieerd worden over verschillen en kon de wijze van verwerken en analyseren op elkaar worden afgestemd.

Stap 4. Ordenen
Stap 3 resulteerde in een lijst met belangrijke fragmenten met hieraan een gekoppelde code. In stap vier werden de codes geordend onder de subthema's en daarna onder de bijpassende, vooraf opgestelde hoofdthema's. De codeboom die hieruit voortkwam zie je in bijlage 5. De codeboom lijkt op de interviewguide.
Nadat de wijze van verwerken en analyseren was afgestemd, werden interviews 3 t/m 10 verdeeld onder de onderzoekers. Die werden afzonderlijk van elkaar verwerkt en geanalyseerd.

Stap 5. Interpreteren
Na het ordenen volgde het interpreteren van de gegevens. In het volgende hoofdstuk zal systematisch worden beschreven hoe relevante fragmenten uit de interviews resultaten hebben opgeleverd.

3.5 Zorgvuldigheidseisen

De kwaliteit van het onderzoek wordt bepaald door de betrouwbaarheid en de validiteit. Bij betrouwbaarheid streef je ernaar, dat wanneer het onderzoek herhaald zou worden of door een andere onderzoeker zou worden uitgevoerd het dezelfde resultaten oplevert. Validiteit geeft aan of de onderzoeker onderzoekt wat hij/zij wilt onderzoeken. Dit is onder te verdelen in interne- en externe validiteit. Interne validiteit zegt iets over de uitvoering van het onderzoek en de kwaliteit van de planning en externe validiteit geeft aan of de resultaten ook toepasbaar zijn op personen die niet deel hebben genomen aan het onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2016).

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten zal alle data die d.m.v. interviews worden verkregen, worden opgenomen en gearchiveerd, zodat het altijd terug te luisteren is. Gegevens kunnen hiermee herhaaldelijk worden gecontroleerd.
Verder zal de betrouwbaarheid van gegevens gecontroleerd worden, door het toepassen van onderzoekerstriangulatie. Dit houdt in dat gegevens verzameld zullen worden door verschillende personen. In dit geval zal er één interviewer zijn en één observator tijdens de verzameling van de gegevens. Om te voorkomen dat de interviewers op verschillende wijze te werk gaan, maken zij beide gebruik van de interviewguide. De observator kan de interviewer zonodig aanvullen. Bij de eerste twee interviews zullen de onderzoekers afzonderlijk van elkaar de gegevens analyseren. Achteraf zal worden gekeken naar de verschillen en overeenkomsten van de analyse. Er zal dan een discussie plaatsvinden tussen de onderzoekers over de werkwijze tot er een conscensus is ontstaan. Dit wordt ook wel interbeoordelaarsbetrouwbaarheid genoemd. De overige acht interviews zullen worden verdeeld onder de onderzoekers en dan worden geanalyseerd. De interviews zullen uiterlijk na drie dagen worden getranscribeerd, zodat het nog vers in het geheugen zit.
Naast bovengenoemde is ook de houding van de interviewer van belang. Wanneer de onderzoekers suggestieve vragen stellen of non-verbaal op een bepaalde manier reageren, zal dit de betrouwbaarheid van het onderzoek niet ten goede komen. Een neutrale houding is belangrijk (Van der Donk & Van Lanen, 2016).
De onderzoekers zullen ook gebruik maken van de zogenaamde member check. Na het analyseren van de interviews, wordt aan de respondent gevraagd of de interpretatie van sommige duidingen uit het interview kloppen (Monk & Howard, 1998).

De validiteit wordt verhoogd door het houden van een testinterview bij één van de respondenten. Hiermee kan worden gekeken of er vragen aangepast, weggehaald of toegevoegd moeten worden.
De democratische en dialogische validiteit zullen ook verhoogd worden. Dit valt onder interne validiteit. De democratische validiteit zal worden verhoogd door de opdrachtgever, docentbegeleidster en collega’s nauw te betrekken bij alle fasen van het proces. Voor hen is het namelijk wenselijk dat het probleem wordt aangepakt. De dialogische validiteit zal worden verhoogd door het onderzoek goed te laten volgen door docentbegeleidster en de opdrachtgever. De onderzoekers zullen de onderzoeksopzet dan ook meerdere malen aan hen voorleggen.
Door een goede aselecte steekproef uit te voeren zal worden voldaan aan de externe validiteit (Van der Donk & Van Lanen, 2016).

3.6 Ethische verantwoording

Door deel te nemen aan het interview, kan er privacygevoelige informatie beschikbaar worden gesteld aan de onderzoekers. Om de privacy van de respondenten te waarborgen zal de Gedragscode Onderzoek met mensen (Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij, 2017) worden gehandhaafd. De onderzoekers zullen de 'Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker' tekenen (zie bijlage 7). Dit houdt in dat de onderzoekers een geheimhoudingsplicht hebben en persoonsgegevens niet mogen delen met derden.
Het onderzoek is niet WMO plichtig, omdat respondenten niet aan ingrijpende, intieme of belastende handelingen deel hoeven te nemen. Ook krijgen zij geen gedragsregels opgelegd (Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij, 2017).
Voordat het interview plaatsvindt, zullen de respondenten de toestemmingsverklaring (zie bijlage 6) tekenen. Hiermee geven ze toestemming voor deelname aan het onderzoek, mits zij goed geïnformeerd zijn over het doel, de aard, de belasting en de risico's van het interview. De respondenten en de onderzoeker zullen deze verklaring tekenen. De respondent zal een kopie van de verklaring meekrijgen.
Ten tweede zullen onderzoeksgegevens geanonimiseerd worden. Dit betekent dat persoonsgegevens, in dit geval namen, zullen worden veranderd. Zo kan data niet herleid worden tot de individuele respondent. De audio opnames zullen zorgvuldig bewaard worden op een USB-stick, waar de onderzoekers een wachtwoord aan koppelen.
Verder zal beeld- en/of geluidsmateriaal niet langer dan zes maanden worden bewaard. Daarna zal het materiaal worden vernietigd en blijft alleen het getranscribeerde materiaal over.
Mocht een respondent besluiten om het interview vroegtijdig stop te zetten, zal dit worden gerespecteerd. Het interview zal dan niet meegenomen worden in het onderzoek.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden beschreven. Eerst wordt er een korte omschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie, daarna worden de resultaten beschreven a.d.h.v. de deelvragen en de daarbij behorende hoofd- en sub thema's.

4.1 Onderzoekspopulatie

In totaal zijn er 75 begeleiders benaderd voor een interview door de opdrachtgever. Deze 75 begeleiders werken op de eerste tien woongroepen met een even huisnummer waar EMB cliënten wonen. Het plan dat is opgesteld om te zorgen dat de onderzoekers een representatieve steekproef zouden krijgen is gelukt. Van elke woning heeft er zich één persoon aangemeld die wilde deelnemen aan het interview. Zo zijn er tien mensen bereid gevonden die wilden deelnemen. De onderzoekers hebben gemerkt dat naarmate de interviews vorderden er geen nieuwe informatie meer verzameld werd. Je kunt dus zeggen dat er saturatie bereikt is.
Alle tien de respondenten zijn vrouw. De opleidingen van de respondenten hebben betrekking op het kunnen begeleiden van mensen met een EMB. Het opleidingsniveau verschilt van MBO niveau 3 en 4 tot HBO niveau 5. Het aantal jaren werkervaring binnen Dichterbij lag tussen een half jaar en 35 jaar.
In tabel 1 is te zien welke opleidingen de respondenten afgerond hebben. Drie van de tien respondenten hebben naast hun algemene zorg opleiding nog de opleiding 'begeleider EMB' gevolgd.

Tabel 1 ***Opleiding respondenten***

Opleiding	**Aantal respondenten**
	Bachelor
Hbo-Verpleegkunde	2
Mbo-Verpleegkunde	1
Maatschappelijke zorg	3
Sociaal pedagogische hulpverlener	1
Verzorgende-IG	2
Z-Verpleegkundige opleiding	1
Totaal	**10**

4.2 Beschrijving resultaten

De resultaten die tot stand zijn gekomen door de interviews zullen beschreven worden a.d.h.v. de deelvragen en de thema's die tijdens de interviews en het analyseren daarvan zijn ontstaan.
Er zijn een aantal hoofd- en subthema's naar voren gekomen. Deze beïnvloeden elkaar onderling en zijn soms verweven, zie hiervoor onderstaande tabel 2. Met verweven wordt bedoeld dat een subthema ook iets kan zeggen over een ander hoofdthema.

Tabel 2 ***Hoofd- en sub thema's***

Hoofdthema's	Sub thema's
Zelfreflectie	1. Huidige methodieken 2. Behoefte
Individueel werken	1. Prettige ervaringen 2. Knelpunten
Competenties	1. Kennis 2. Noodzakelijke competenties 3. Praktijk
Zelfbeoordelingsinstrument	1. Behoefte 2. Inhoud 3. Frequentie

De resultaten zullen per deelvraag worden beschreven om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van de hoofd- en sub thema's. De resultaten worden ondersteund door het weergeven van interviewfragmenten van de respondenten.

4.2.1 Deelvraag 1 zelfreflectie

De eerste deelvraag was als volgt: 'Waar ligt de behoefte van begeleiders om inzicht te krijgen in eigen handelen en welke zelfreflectiemethodieken zijn er al?'
Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben we het hoofdthema zelfreflectie onderverdeeld in twee sub thema's. De onderzoekers hebben de respondenten bevraagd naar reflectiemethodieken die op dat moment gebruikt werden op de woning en of er nog meer behoefte was aan zelfreflectie.

Huidige reflectiemethodieken
Vijf van de tien respondenten vertelden dat er op de woning gebruik wordt gemaakt van de 360 graden feedback schaal. Hierbij wordt feedback gevraagd vanuit diverse invalshoeken. Door de combinatie van feedback van o.a. leidinggevende, (familie van) cliënten en collega's ontstaat een totaalbeeld en kan de zorgverlener aan de slag om zichzelf te ontwikkelen. Respondenten gaven aan dat dit minstens één keer per jaar ingevuld zou moeten worden. Het komt voor dat dit streven niet wordt gehaald. Dit zouden ze graag vaker in willen vullen.

Vijf van de tien respondenten gaven ook aan gebruik te maken van videotrainingen. Hierbij word je handelen in een bepaalde situatie opgenomen. Dit wordt later met collega's terug gekeken en besproken. Respondenten gaven aan dit zeer fijn te vinden, zodat ze terug kunnen zien waar ze zichzelf nog in kunnen verbeteren. Twee van de tien respondenten gaven aan dat er op de woning casusbesprekingen worden gehouden, waarin het handelen wordt besproken.

Verder zijn het niet zo zeer methodieken die gebruikt worden, maar wordt het handelen volgens zes van de tien respondenten onderling bespreekbaar gemaakt. In de ochtend is er sprake van een tussendienst, waarbij je tijdelijk met zijn tweeën werkt. Hier wordt mondeling gereflecteerd. In de interviews komt aan de ene kant naar voren dat men het erg prettig vindt als er feedback wordt gegeven. Ze vinden het fijn om te horen wat ze goed doen en wat er beter kan. Maar aan de andere kant blijkt dat een aantal respondenten het lastig vindt om feedback te geven. Hier zijn verschillende redenen voor. Men vindt zichzelf te jong en onervaren en vindt het lastig feedback te geven aan iemand die al langer op de woning werkt en meer ervaring heeft. Ook blijkt dat het geven van feedback tussen collega's met een verschillend niveau als lastig wordt ervaren. Daarnaast wordt opbouwende feedback snel als

negatief ervaren en zal daarom het geven van feedback eerder worden gelaten voor wat het is. Het geven van feedback mag veel meer gebeuren, aldus de respondenten.

''Op de werkvloer zelf actief om feedback vragen. Ook vind ik het fijn om onderling te sparren met collega's die dezelfde opleiding hebben gevolgd. Daarnaast hebben wij de 360 graden feedback schaal, die we eigenlijk vaker in moeten vullen. Uhm, verder hebben we een functioneringsgesprek met de manager en zijn er af en toe casusbesprekingen en videotrainingen." (respondent 9)

Zeven van de tien respondenten gaven aan dat het eigen handelen soms in het zorginhoudelijk overleg wordt besproken. Maar dat dit meer gericht is op de cliënt.
Het cura rapportage systeem werd ook aangehaald door twee respondenten. Door middel van het rapporteren kunnen ze checken wat hun stappen van die dag geweest zijn.
Als laatste gaven vier respondenten aan dat hun handelen en ontwikkelingen besproken werden tijdens de POP gesprekken.

Behoefte t.o.v. zelfreflectie
Uit de interviews is gebleken dat acht van de tien respondenten behoefte heeft om meer op zichzelf te reflecteren. Er wordt aangegeven dat er gereflecteerd wordt, maar onvoldoende. Een aantal respondenten gaf aan graag in ontwikkeling te blijven en dat zelfreflectie daarbij zou helpen. Bij drie respondenten kwam naar voren dat er te weinig tijd en ruimte is voor zelfreflectie. Zij zouden graag zien dat er meer tijd voor vrijgemaakt wordt.

'' De zelfreflectie, daar schort nog wat aan. Ik mis wel eens de stap dat collega's wat meer naar zichzelf kijken. Het gebeurt wel, maar ik denk niet voldoende. Ik zou het fijn vinden dat je daarin een overleg kan krijgen. Er moet meer tijd worden vrijgemaakt."(respondent 1)

Een aantal respondenten gaf aan dat er meer behoefte is aan intervisie, casusbesprekingen en een betere sociale controle. Volgens één respondent wordt er veel op elkaar gemopperd. Er wordt veel gezegd, maar niet tegen diegene waarvoor het is bedoeld. Zij geeft aan dat wanneer er meer bij elkaar gezeten wordt, dit beter zal zijn voor het teamverband. Men moet op dat moment gewoon zeggen wat hij/zij denkt. Het hoeft niet negatief te zijn, maar opbouwend.
Twee respondenten gaven aan dat coaching een goed idee zou zijn.
Eén respondent, zoals het citaat hieronder aangeeft, zou meer intervisie en zelfreflectie willen, zodat begeleiders inzien wat voor taken er van hen verwacht worden. Elke begeleider heeft zijn kwaliteiten maar het gebeurt te vaak dat taken niet gedaan worden, omdat ze het niet 'kunnen'. Dichterbij zou meer eisen mogen stellen aan begeleiders. Begeleiders zouden meer moeten investeren in hun eigen ontwikkeling, zodat taken gezamenlijk uitgevoerd kunnen worden, aldus de respondent.

'' Mensen bij elkaar zetten voor een casusbespreking of intervisie mag veel meer. Ik roep dat al jaren. Het gebeurt veel te weinig vind ik. Wanneer intervisie met regelmaat gebeurt, voorkom je dat sommige begeleiders, misschien onbewust, zich schuilen achter trekkers van het team" . (respondent 10)

De andere twee respondenten geven aan voldoende te reflecteren op zichzelf of hier de behoefte niet aan te hebben.

'' Ik vind dat het bij je taak hoort en dat je tijd vrij moet maken om te reflecteren. Er is altijd tijdsdruk en er zijn altijd zieken, dus je moet je blijven aanpassen. Maar ik vind dat je altijd kritisch naar jezelf moet blijven kijken, van doe ik het goed of doe ik het niet goed. En wat voor hulp heb ik nodig als ik iets kan verbeteren."(respondent 10)

Individueel werken
In het interview is er gevraagd naar de specifieke knelpunten, maar ook de prettige ervaringen tijdens individueel werken.
Twee van de tien respondenten werken op een woning waar niet individueel wordt gewerkt. Op deze woning staan constant twee begeleiders i.v.m. de grote gedragsproblematiek van de cliënten. Aangezien wij als inclusiecriteria hadden, dat begeleiders individueel op een woning moesten werken, zouden zij eigenlijk niet geïncludeerd moeten worden. Wij zullen in de discussie ingaan op waarom zij toch geïncludeerd zijn.

Zeven van de tien respondenten gaven aan knelpunten te ervaren omdat ze individueel werken. De meest voorkomende knelpunten die genoemd werden waren: geen mogelijkheid om op iemand terug te vallen, hoge werkdruk waardoor werk soms mee naar huis genomen werd en zoeken van hulp is lastig omdat collega's ook een hoge werkdruk ervaren.

''Maar je staat gewoon alleen, dus dat is wel lastig soms. Maar je zult als er iets is altijd moeten bellen, of even langskomen, dus dat houdt je dan toch wel tegen om dan te zeggen als er iets is. Je weet dat je collega's ook druk zijn, dus je wil ze liever niet lastig vallen. En je kan vaak niet even iets extra's voor de cliënten doen.'' (respondent 5)

Wat door vijf respondenten als prettig wordt ervaren aan het individueel werken, is dat je je meer kunt richten op de cliënt en hierdoor sneller signalen op kan pakken. Voor de cliënten is het individueel werken erg prettig. Er heerst meer rust op de woning. Wanneer er met zijn tweeën gewerkt wordt, zal er sneller gekletst worden onderling. Door het individueel werken, ga je doelgerichter werken en heb je de volle aandacht bij de cliënt.

''Ik moet als er iets is zelf bellen, ik kan niet eerst overleggen met iemand anders. Nee, dan moet ik gewoon zelf handelen. Dus op dat gebied ben je ook een stuk rijker geworden in je ervaringen m.b.t. het doelgericht werken. Maar nu kan ik veel gerichter naar de cliënt kijken.'' (Respondent 6)

4.2.2 Deelvraag 2 Competenties
De tweede deelvraag luidde als volgt: 'Welke competenties zijn noodzakelijk om mensen met een EMB te begeleiden in een zelf organiserend team?'
Het hoofdthema competenties konden we onderverdelen in drie sub thema's: kennis, noodzakelijke competenties en het terugzien van de competenties in de praktijk.

Met het sub thema 'kennis' wordt bedoeld, of de respondenten kennis hebben van het competentieprofiel EMB.
Twee van de tien respondenten gaf tijdens het interview aan niet bekend te zijn met bovengenoemd competentieprofiel. Eén respondent heeft meegeholpen met het opstellen van het competentieprofiel. De overige respondenten hadden kennis van het competentieprofiel.

Tijdens het interview werd aan de respondenten gevraagd welke competenties zij het meest belangrijk vonden om EMB cliënten te kunnen ondersteunen. De eerste van de twee belangrijkste competenties, die door meerdere respondenten werd benoemd, is het hebben van een groot inlevingsvermogen, ofwel empathisch vermogen. Eén respondent gaf aan dat deze doelgroep goed kan aanvoelen wanneer een begeleider zich niet in de situatie kan inleven.
Een tweede belangrijke competentie die veel wordt genoemd is het hebben van een goed observatievermogen en het signaleren van veranderingen, waardoor je je steeds kunt aanpassen aan de behoefte en de situatie van de cliënt. Het opvangen van signalen en het goed observeren blijkt wel als lastig te worden ervaren. Volgens een respondent leer je het

door te doen. In het begin is het erg lastig, omdat ze niet terug praten. Je moet dan gissen en goed kijken.

'' Maar het stukje observeren en kenbaar maken ofwel het vertalen van wensen is denk ik het grootste wat je zou kunnen doen en wat het meest belangrijk is, buiten de zorg om natuurlijk. Dat is een hele mond vol, maar daar komt het in feite wel op neer.'' (respondent 4)

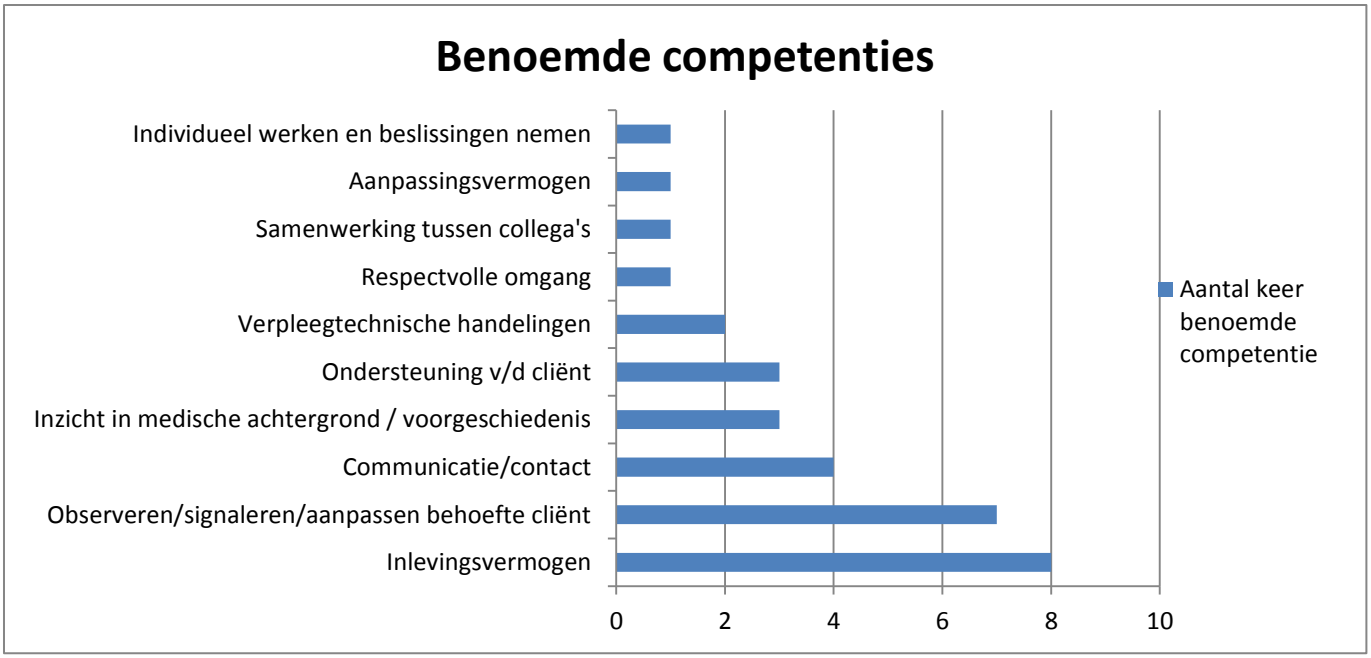
Meerdere respondenten geven aan sterk te moeten zijn op het competentiegebied communiceren en contact. Het goed toepassen van diverse methoden en vormen van communicatie met de cliënt is belangrijk. Eén respondent gaf aan dat het communiceren a.d.h.v. gesproken taal er niet in zit. Er moet naar andere manieren gezocht worden om te communiceren met deze doelgroep.
Volgens een andere respondent snappen EMB cliënten meer dan men denkt. Er moet met en tegen de cliënt gepraat worden en niet worden gedacht dat het geen zin heeft. Cliënten herkennen je stem en dat is belangrijk. Verder werd onder contact met de cliënt verstaan, dat je individuele aandacht schenkt aan de cliënt. Op die manier kan er goed contact worden gemaakt.
Het hebben van een stukje kennis en inzicht in de voorgeschiedenis en de medische achtergrond wordt ook beschouwd als een belangrijke competentie. Respondenten gaven aan dat het van belang is dat je verpleegtechnisch goed kunt handelen. EMB cliënten worden ouder en hebben niet voor niets een meervoudige complexe handicap. Verpleegtechnisch dien je goed geschoold te zijn.

Op het competentiegebied ondersteuning van de cliënt geven twee respondenten ook aan dat je cliënten goed moet kunnen ondersteunen op diverse leefgebieden, maar ze ook moet stimuleren. Volgens deze twee respondenten moet je een huis kunnen leiden, je moet overzicht behouden over alle werkzaamheden. Dit betekent dat naast de basiszorg, je ook activiteiten aanbiedt, eten kookt, administratie bijhoudt en dergelijke. Je moet veel kunnen en willen overnemen. De cliënten zijn volledig van jou afhankelijk. Structuur, duidelijkheid en rust moet je hen dan ook kunnen bieden.

'' Mensen moeten inzicht kunnen krijgen in alle werkzaamheden. Binnen EMB moet je alles overnemen. Mensen moeten daar wel bereid toe zijn. Dat betekent dat je buiten het feit dat je iemand verzorgt, ook activiteiten aanbiedt, eten kookt en noem het allemaal maar op. Ook nog een stukje administratie, dus je moet echt alles overnemen.'' (respondent 4)

Aangezien de volgende competenties minder vaak door respondenten zijn benoemd, zullen ze korter worden toegelicht. Competenties die minder frequent zijn benoemd, maar niet onbelangrijk zijn: het respectvol omgaan met de cliënt, een goede samenwerking tussen collega's, het hebben van een groot aanpassingsvermogen en het alleen kunnen werken en beslissingen kunnen maken voor bewoners die dat niet zelf zullen doen.
Het hebben van een groot aanpassingsvermogen is vooral bij deze doelgroep van belang. Elke dag is anders. Adequaat kunnen reageren op onverwachtse omstandigheden is erg belangrijk.

Om overzichtelijker te maken welke competenties er zijn benoemd en in welke frequentie, is er een grafiek van gemaakt. Zie figuur 1.



Figuur 1. **Belangrijke competenties volgens respondenten**

In het interview werd de vraag gesteld of begeleiders de competenties in de praktijk terug zien komen bij zichzelf en collega's.
De meeste respondenten gaven aan de belangrijkste competenties toe te kunnen passen en terug te zien bij collega's. Wel zegt de meerderheid dat je je altijd nog kunt ontwikkelen en dat je de ene competentie wel bezit en aan de andere nog hard moet werken.

"Ik zie de competenties terug. Je ziet wel verschillen. De een is wat meer relaxt dan de ander, de ander is soms wat chaotischer, maar ja, zo werkt ook iedereen weer anders." (respondent 2)

'' Ja, als ik kijk naar collega's, dat vind ik lastig. Want de een heeft het wel en de ander heeft het niet.''(respondent 1)

4.2.3 Deelvraag 3 Zelfbeoordelingsinstrument

De derde en tevens laatste deelvraag luidde: 'Is er behoefte aan een zelfbeoordelingsinstrument en hoe zou deze eruit moeten zien?'
Deze vraag kon uiteindelijk worden onderverdeeld in drie sub thema's. Zo werd er in eerste instantie gekeken of er behoefte was aan een zelfbeoordelingsinstrument. Daarnaast werd er gevraagd naar de inhoud van het instrument en naar de frequentie waarin het gebruikt zou moeten worden.

Alle respondenten gaven aan behoefte te hebben aan een zelfbeoordelingsinstrument. Wel gaven ze aan dat dit een combinatie zou moeten zijn met mondelinge reflectie, zoals casusbesprekingen, intervisies of het sparren onderling. Meerdere respondenten gaven aan het fijn te vinden om zo'n instrument eerst in te vullen en het vervolgens met elkaar te bespreken. Eén respondent gaf aan een zelfbeoordelingsinstrument fijn te vinden, doordat je handelen dan inzichtelijk wordt gemaakt. Door het alleen werken, kun je twijfelen of je bepaalde dingen wel goed uitvoert. Door inzichtelijk te krijgen wat je sterke punten zijn en waar je aan kan werken, krijg je meer zelfvertrouwen.
Eén andere respondent gaf aan het fijn te vinden om te zien wat je meer moet ontwikkelen. Wanneer je hier achteraf literatuur bij krijgt, word je je meer bewust van het leerproces.

''Ik zou behoefte hebben aan zowel een instrument als meer intervisies en sparren met collega's. Praten met elkaar en het doen van gesprekstechnieken, casussen, dat zou alleen maar mooi zijn, als dat er meer zou zijn. Alleen vragenlijsten, dat zou ik niet doen.'' (respondent 1)

Twee respondenten gaven aan behoefte te hebben aan een instrument dat je voor jezelf invult, maar die ook door collega's voor jou ingevuld kan worden. Verschillen en overeenkomsten in uitkomsten kunnen hierna besproken worden.

''Zo van wat vult iemand zelf in en dan daarna de collega's en het dan daarover hebben. Ik denk dat je en moet sparren en het instrument nodig hebt.'' (respondent 10)

Twee respondenten gaven aan graag een instrument te willen op hun woning, waarbij je als team kunt zien waar elkaars kwaliteiten liggen. Zo kun je als team elkaar aanvullen, taken beter verdelen en creëer je zo een sterker team.

'' Ik zal graag een instrument willen zien waarbij je als team aanwijst welke competenties je bezit. Het moet een instrument zijn puur op het team gericht. Dat je kunt zien welke kwaliteiten wie bezit en het ons als team sterker maakt. Je kunt elkaar dan aanvullen met je kwaliteiten. Er zijn meer taken. Je zou de taken dan ook beter kunnen verdelen naar waar iemand goed in is.'' (Respondent 8)

Eén van de vragen van het interview was hoe de inhoud van het instrument eruit moest komen te zien. Er werd gekeken naar de onderwerpen waarop begeleiders van cliënten met EMB zichzelf zouden willen toetsen. Hieruit kwam naar voren dat ze zich willen toetsen op de eerder genoemde competenties benoemd onder paragraaf 4.2.2. Het gaat hier om: het geven en ontvangen van feedback, het hebben van kennis over ziektebeelden en zorgachtergronden, het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen en het hebben van kennis over de voorgeschiedenis van de cliënt. Verder waren het hebben van een observeringsvermogen, empathisch vermogen en het vrijmaken van voldoende tijd voor de cliënt belangrijke onderwerpen. Het goed uitvoeren van de basiszorg werd door meerdere respondenten als vanzelfsprekend beschouwd.

''Inlevingsvermogen, dat is hier heel belangrijk omdat het EMB is. Als je je niet inleeft en geen tijd voor cliënten neemt, dan heeft de cliënt vrij weinig aan je. Maar ook het observeren is heel belangrijk. Zij zeggen niks. Als je niet goed observeert, dan mis je hier een hoop. Maar ook het inzicht hebben in ziekten.'' (respondent 7)

Vier van de tien respondenten gaven aan dat het instrument kort moest zijn en weinig tijd in beslag moest nemen, aangezien er een hoge werkdruk wordt ervaren op de werkvloer. Het instrument moet goed kunnen worden ingevuld, makkelijk toepasbaar zijn en vooral concreet.

'' Het moet makkelijk toepasbaar zijn, heel concreet en weinig tijd innemen. Want ja werkdruk is er altijd. Maar dat hij ook herhaald kan worden. Dat het een document is dat zich leeft en waar je iets mee kan.'' (respondent 9)

Twee van de tien respondenten willen juist meer diepgang in het instrument. Zij gaven aan dat het geven van toelichting belangrijk is. Zo word je gedwongen na te denken over jezelf. Dit zou je dan mee moeten nemen in de praktijk.

'' Niet alleen de oppervlakkigheid, maar juist diepgang. Het geven van toelichting is belangrijk, daardoor dwing je mensen na te denken over zichzelf.'' *(respondent 1)*

Tot slot is er gekeken naar hoe frequent het instrument ingevuld moet worden. Uit de interviews is gebleken dat de meerderheid van de respondenten, zes van de tien, het instrument één keer in het half jaar in wil vullen. Wanneer je het laat terugkomen en daar een

vergadering aan besteedt, zal je volgens één van de respondenten als team een stuk sterker staan en blijven de begeleiders scherp. Ook wordt er zo voorkomen dat begeleiders op de automatische piloot gaan werken.

‘’ Ik zou zeggen dat het 1 of twee keer per jaar terug komt en dat je er ook bij kunt. Dat het een leefbaar document is dat je ook kunt bijwerken of bijstellen in de computer, waardoor je daar zelf ook mee verder kan.” (respondent 9)

Hoofdstuk 5 Discussie en aanbevelingen

5.1 Theoretische implicatie

Na het uitschrijven van de resultaten zijn deze vergeleken met de verkregen literatuur. Hierbij is een aantal verschillen en overeenkomsten gevonden. De onderzoekers zijn erin geslaagd om zicht te krijgen op de behoefte aan zelfinzicht van zorgverleners van cliënten met EMB.

Uit de resultaten is gebleken dat de meerderheid van de respondenten meer behoefte heeft aan zelfreflectie. Hier zou meer tijd en ruimte voor geboden moeten worden.
Zelfreflectie, wat resulteert in het krijgen van inzicht in je handelen, mag meer gebeuren. Bauduin en Kanne (2009) houden een pleidooi om in de gezondheidszorg meer tijd vrij te maken voor reflectie. Het moet niet iets zijn wat er bijkomt, maar het zou als vanzelfsprekend werk beschouwd moeten worden dat op alle niveaus en tijdens verschillende momenten, projecten en trajecten in een organisatie plaats kan vinden. Reflectie heeft rechtstreeks met kwaliteit van de beroepsuitoefening en van de zorg te maken. Eén van de respondenten gaf tevens aan dat reflecteren bij je taak hoort en je hier zelf tijd voor dient vrij te maken. Dit is een duidelijke overeenkomst tussen de resultaten en de literatuur.
Daarnaast kwam naar voren bij de respondenten dat zij ook meer behoefte hadden aan het krijgen van zelfinzicht d.m.v. bijvoorbeeld intervisie. In de literatuur wordt beschreven dat begeleide intervisie op de werkvloer bij kan dragen aan de ontwikkeling van de competentie van de individuele verpleegkundigen en van het team als geheel (Willemsen, 2005).

In het hoofdstuk ‘Theoretisch kader’ zijn verschillende soorten reflectiemethoden beschreven. In de literatuur is terug te vinden dat reflectiemethoden zoals Korthagen en de STARR-methode veel gebruikte methodieken zijn onder verpleegkundigen in opleiding (Marilyn, 2015). Zorgprofessionals op de werkvloer zijn vaak niet echt op de hoogte van deze methodieken. Zij reflecteren vaak mondeling met elkaar wanneer dit mogelijk is. De meeste jonge begeleiders bij Dichterbij hebben deze reflectieve vaardigheden wel op school opgedaan, maar geven aan deze sporadisch te gebruiken in de praktijk.

Om te kunnen reflecteren moet er binnen de organisatie een cultuur heersen waarin reflecteren wordt gestimuleerd en het tot de normale werkprocessen behoort. Cultuur is de voedingsbodem voor reflectie.
Het ideale reflectieproces bestaat uit vijf fasen: handelen, terugblikken, bewustwording, alternatieven en uitproberen. Dit model is goed van toepassing in situaties waarin gereflecteerd wordt op het eigen gedrag, op bekwaamheden of op overtuigingen die het handelen sturen (Korthagen & Vasalos, 2002).

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat meerdere respondenten graag meer feedback zouden willen ontvangen van collega’s. Daarentegen geven zij ook aan dat respondenten het soms moeilijk vinden om feedback te geven.
In het onderzoek van Meijers, Kuijpers, Mittendorf en Wijers (2014) wordt aangegeven dat het juist prettig en zinvol is om van anderen iets over jezelf te horen, ook al is dit soms lastig. Ook wordt het geven van feedback als belangrijk beschouwd. In het onderzoek wordt duidelijk dat je veel over jezelf kunt leren door van anderen feedback te ontvangen.

In het competentieprofiel EMB (Platform EMG & VGN, 2008) staat beschreven welke competenties begeleiders moeten bezitten om cliënten met EMB te kunnen begeleiden. Hierin komt naar voren dat begeleiders in staat moeten zijn om de vraag van de cliënt te verhelderen en dat ze aan kunnen sluiten bij de behoefte van de cliënt. De andere belangrijke competentiegebieden zijn het communiceren/contact en het ondersteunen van de cliënt. De overeenkomst die de onderzoekers opviel, vergeleken met deze literatuur is, dat de respondenten ook deze competenties als belangrijk beschouwen, zoals terug te zien is in het hoofdstuk 'Resultaten'. Hieruit komt naar voren dat men het bezitten van een groot inlevingsvermogen erg belangrijk vindt. Ook het kunnen observeren en signaleren om

hiermee aan de wens van de cliënt te kunnen voldoen vindt men erg belangrijk. Communicatie en contact kwamen ook meerdere malen naar voren als belangrijke competenties.
Een opvallend verschil met bovengenoemde literatuur is, dat de respondenten tijdens het interview minder ingegaan zijn op de algemene ondersteuning van de cliënt, terwijl dit wel als belangrijk wordt beschouwd in het competentieprofiel EMB.
Volgens de literatuur dienen de begeleiders tevens kennis te hebben van activerings-, stimulerings- en ontwikkelingsmogelijkheden bij EMB-cliënten en de daarbij behorende methodieken. Ook dit wordt in de resultaten nauwelijks benoemd.

Volgens de respondenten zorgt het individueel werken ervoor dat de kwaliteit van zorg verbetert. Er wordt doelgerichter gewerkt en er is meer aandacht voor de cliënt. Een vraag die dan wel bij velen naar boven komt is: "Hoe kan de kwaliteit van zorg gewaarborgd worden bij de begeleiders die individueel op een woning werken?"
In de literatuur is terug te vinden dat hiervoor de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) is opgesteld. Deze wet definieert kwaliteit van zorg als volgt: 'Kwaliteit van zorg is niet zozeer het product van de eisen die de wetgever aan een zorgaanbieder stelt als wel van de wijze waarop deze laatste het zorgproces heeft vormgegeven'.
Volgens deze visie zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en ze horen die te bewaken en te verbeteren door middel van een deugdelijk kwaliteitssysteem (Legemaate, et al., 2013).
Binnen Dichterbij wordt de kwaliteit van de zorg, naast de KWZ, gewaarborgd door de richtlijnen die daarvoor gelden. Dit gebeurt volgens de Zorgbrede Governancecode 2017 en de Wet bestuur en toezicht (Dichterbij, 2017).

5.2 Methodologische discussie

Kwaliteit onderzoek

Sterke punten

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op tien EMB woningen binnen Dichterbij. De opdrachtgever heeft de respondenten benaderd met een korte mail over de aard van het onderzoek en interview. De respondenten zijn niet ingelicht over de vragen die er gesteld zouden worden. De kans op overleg over interviewvragen tussen collega’s is hierdoor beperkt. Het kan voorkomen dat respondenten anders sociaal gewenste en niet oprechte antwoorden geven. De kans dat resultaten nu zijn beïnvloed door onderling overleg is hierdoor geminimaliseerd.
De diversiteit aan respondenten t.o.v. leeftijd en werkervaring was groot. Hierdoor is de representativiteit van de steekproef verhoogd.
De onderzoekers zijn tijdens het onderzoek zo zorgvuldig mogelijk te werk gegaan. Dit is te zien aan het opstellen van de interviewguide. Deze is getest en opnieuw aangepast en na elk interview is er samen gereflecteerd op het verloop ervan.

Beperkingen

Naast sterke punten heeft het onderzoek ook beperkingen. Zo hebben de onderzoekers naast een aselecte steekproef ook gebruik gemaakt van een niet-aselecte steekproef, namelijk de gelegenheidssteekproef. Hierbij melden mensen zichzelf aan voor het interview. Het zou kunnen dat resultaten wellicht een verdraaid beeld kunnen geven, doordat begeleiders die een probleem ervaren t.o.v. het krijgen van zelfinzicht zich sneller aanmeldden.
Ook kan het zijn dat er niet altijd op de meest effectieve wijze geïnterviewd is, aangezien de onderzoekers nog niet heel ervaren waren op het gebied van het doen van onderzoek en het afnemen van interviews. Voorafgaand aan de uitvoeringsfase is er geoefend met de wijze waarop er geïnterviewd zou worden. Tijdens het verwerkings- en analyseproces kwam naar voren dat er soms niet genoeg werd doorgevraagd en dat er soms toch een suggestieve vraag tussen zat.

Een andere beperking van dit onderzoek kan zijn dat de onderzoekers twee respondenten hebben geïncludeerd, die op dat moment niet individueel op de woning werkten. Het kan zijn dat dit de validiteit beïnvloedt. De onderzoekers wilden meten wat de behoeftes t.o.v. zelfreflectie waren van respondenten die individueel op een woning werken. Deze twee respondenten werkten niet individueel, dus kun je de vraag stellen of je dan wel meet wat je wilt meten. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om hen toch te includeren, aangezien de betreffende respondenten een geruim aantal jaren wel individueel op de woning hebben gewerkt en hier dus ervaring mee hebben. Sinds twee jaar werken zij pas samen op een woning. De reden dat zij zijn geïncludeerd is, dat bij deze respondenten de knelpunten en positieve ervaringen tussen het individueel werken en de samenwerking goed kon worden vergeleken.
Als laatst kan de deductieve werkwijze bij het analyseren van gegevens een beperking zijn geweest. Doordat de hoofdthema's al vaststonden en er voornamelijk vragen zijn gesteld over deze thema's, kan het zijn dat sommige onderwerpen niet aan bod zijn gekomen.

Sterke en zwakke punten a.d.h.v. zorgvuldigheidseisen
Voor het onderzoek zijn door de onderzoekers een aantal zorgvuldigheidseisen opgesteld, om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te verhogen. Deze zorgvuldigheidseisen zijn terug te vinden in het hoofdstuk 'Methode'.
Na het uitvoeren hebben de onderzoekers het verloop van het onderzoek geëvalueerd. Hieruit blijkt dat de onderzoekers zich aan bijna alle zorgvuldigheidseisen hebben gehouden. Zo is data opgenomen en gearchiveerd, is er gebruik gemaakt van onderzoek triangulatie, de interviewguide, interbeoordelaarbetrouwbaarheid en een membercheck. De gegevens van de cliënten zijn anoniem verwerkt en ze kregen de mogelijkheid zich terug te trekken uit het onderzoek. Voor verdere toelichting of vragen konden respondenten contact opnemen met de onderzoekers.
Verder zijn de interviews onafhankelijk geanalyseerd door de onderzoekers en daarna nabesproken. Er kan worden geconcludeerd dat hierdoor de kwaliteit van het onderzoek, de betrouwbaarheid en validiteit redelijk hoog is.

De opgestelde zorgvuldigheidseis waarbij de afgenomen interviews uiterlijk na drie dagen getranscribeerd zouden worden, kon niet altijd nagekomen worden door de onderzoekers. Een aantal keer kwam het voor dat het een dag uitgesteld werd wegens de drukte van het uitvoeren van de overige interviews. Overigens denken de onderzoekers niet dat hierdoor de betrouwbaarheid van de resultaten verlaagd is. Beide onderzoekers hebben de interviews getranscribeerd die zij zelf hebben uitgevoerd, aangezien dit beter in het geheugen blijft hangen dan wanneer je de rol van observator had.
Daarnaast wilden de onderzoekers de opdrachtgever, docentbegeleider en collega's nauw betrekken bij het onderzoeksproces. Deze zorgvuldigheidseis is opgesteld om de democratische validiteit van het onderzoek te verhogen. Na het evalueren van het onderzoek zijn de onderzoekers grotendeels tevreden over deze zorgvuldigheidseis. Gedurende het onderzoek is regelmatig contact met de docentbegeleider geweest. Tijdens de werkgroepen op school heeft er voldoende overleg plaatsgevonden met docenten en collega's. Alleen tijdens de uitvoering van het onderzoek en de interviews is er een periode geen contact geweest met de opdrachtgever. Echter, denken de onderzoekers dat dit niet ten nadele is van de validiteit van het onderzoek, omdat van tevoren goed was afgesproken wat de opdrachtgever verwachtte van de onderzoekers.

5.3 Praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid

Het onderzoek kun je beschouwen als maatschappelijk relevant. De aanleiding voor dit onderzoek was het feit dat begeleiders individueel werken en het eigen handelen hierdoor niet goed kunnen toetsen. Door een representatieve steekproef te nemen en de respondenten te interviewen kwamen wij erachter op welke manier zij inzicht zouden willen krijgen op hun eigen handelen. De resultaten die hieruit naar voren kwamen zijn bruikbaar

voor de hele doelpopulatie. Reflecteren behoort tot de taak van zorgverleners. Daarnaast heeft dit onderzoek een eerste stap gezet in de richting van vervolgonderzoek naar het toepassen van een zelfbeoordelingsinstrument en de werking hiervan.
De uitkomsten van dit onderzoek zijn generaliseerbaar. De resultaten en de daaruit mogelijk volgende interventies zijn makkelijk toepasbaar binnen de doelpopulatie. De meerderheid van de respondenten heeft behoefte aan meer zelfreflectie in de vorm van mondelinge reflectie en een zelfbeoordelingsinstrument. De steekproef is representatief voor de doelpopulatie. Je mag aannemen dat de meerderheid van de doelpopulatie hier behoefte aan heeft. Hier moet dan wel tijd en ruimte voor vrijgemaakt worden.

5.4 Aanbevelingen

Onder dit kopje zullen een aantal aanbevelingen beschreven worden n.a.v. het onderzoek. De aanbevelingen komen voort uit de gevonden onderzoeksresultaten en discussiepunten.

Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de resultaten blijkt dat er momenteel nog niet voldoende wordt gedaan om het inzicht in het eigen handelen te vergroten. De respondenten gaven zelf al aan dit te willen vergroten door meer interactie tussen collega's en het gebruik van een zelfbeoordelingsinstrument. Om op structurele wijze hier aandacht aan te geven wordt aanbevolen om één keer in de zes weken een intervisie of casusbespreking te houden van +/- 30 minuten. Hier zou dan een casuïstiek besproken moeten worden die als lastig wordt ervaren en waar meerdere begeleiders tegenaan lopen. Door onderling met elkaar in gesprek te gaan kun je je eigen handelen inzichtelijk maken en hoor je van collega's hoe zij gehandeld zouden hebben in een dergelijke situatie.
Uit de resultaten blijkt dat er een hoge werkdruk wordt ervaren. Voornamelijk door de 'trekkers' van het team. Zij dragen meer taken, waardoor werk mee naar huis wordt genomen. Door de onderzoekers wordt er aanbevolen om te kijken naar een goede taakverdeling, daarbij rekening houdend met de kwaliteiten en wensen van collega's. Het hebben van zicht op het takenpakket is hierbij van belang. Ook moet men taken kunnen delegeren. Door te streven naar een evenwichtige taakverdeling worden lasten verdeeld over de schouders. Zo kan er worden voorkomen dat de ene collega zich het vuur uit de sloffen werkt, terwijl de ander het rustig aan kan doen.

Hieronder zullen nog aanbevelingen worden gedaan voor het concept van het zelfbeoordelingsinstrument.
Uit de resultaten blijkt dat er behoefte is om het instrument 1x in het half jaar in te vullen. Er wordt door de onderzoekers aanbevolen om als instrument een quickscan kwaliteit te ontwikkelen. Het doel van de quickscan is, dat er getoetst wordt welke competenties begeleiders bezitten en welke ze nog moeten verbeteren, danwel ontwikkelen. Het kan een basis zijn voor het verder ontwikkelen van je competenties. Met de quickscan wordt inzicht verkregen in sterke competenties/kwaliteiten (bewust bekwaam), maar ook in waar verbeterpunten liggen (bewust onbekwaam). De quickscan kan een middel zijn om te leren, door het aanbieden van literatuur bij jouw ontwikkelpunten.
De onderzoekers bevelen aan om de volgende competenties op te nemen in de quickscan: inlevingsvermogen, observeren/signaleren, communicatie/contact en het hebben van inzicht in ziektebeelden.
Aanbevolen wordt om de quickscan zelf in te vullen, maar ook te laten invullen door een collega waar je veel mee werkt tijdens een tussendienst. Zo kun je zien of je misschien een blinde vlek voor een onderwerp hebt. Als laatste wordt er aanbevolen dat wanneer alle begeleiders van één team de quickscan hebben ingevuld, je ook van collega's kunt zien waar hun kwaliteiten liggen. Zo kun je collega's benaderen die in een bepaald onderdeel erg competent zijn, maar waar bij jou de verbeterpunten liggen. Door met elkaar in gesprek te gaan, kom je er dan achter wat je misschien anders zou kunnen doen. Zo leer je van elkaar. Ook kun je vanuit hier een betere taakverdeling maken.

Aanbevelingen voor onderwijs
Binnen het onderwijs en dan voornamelijk de opleidingen op het gebied van gezondheid, gedrag, maatschappij, sport en beweging zou er specifiek meer aandacht besteed kunnen worden aan het geven en ontvangen van feedback. Uit de resultaten blijkt dat men dit toch erg lastig vindt. Voornamelijk hoe je feedback het beste kunt geven, zonder dat het meteen als iets negatiefs wordt beschouwd. Hier zouden meer lessen voor beschikbaar gesteld moeten worden op de opleiding hbo-verpleegkunde. Daarnaast zou er in het team een klinische les gegeven kunnen worden over het geven en ontvangen van feedback.
Verder mag er iets meer bewustwording komen van wat nou de competenties zijn die echt bij de zorg voor mensen met EMB horen. Het is dan ook raadzaam dat begeleiders van cliënten met EMB naast hun huidig afgeronde opleiding ook de MBO opleiding EMB begeleider of de post-HBO opleiding EMB volgen.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek
Om een nog beter beeld te krijgen van hoe en in welke mate begeleiders inzicht kunnen krijgen in het eigen handelen, zou het aan te bevelen zijn om een groter onderzoek op te zetten. In de vervolgstudie zou je nog meer respondenten moeten werven en zou je misschien ook mensen vanuit de organisatie in de studie moeten betrekken.

Zoals besproken in de discussie kan het zijn dat resultaten misschien beïnvloed zijn, doordat de onderzoekers nog niet heel veel ervaring hadden met het interviewen. Voor vervolgonderzoek is het aan te bevelen om vooraf meer tijd in te plannen om eerst goed te oefenen met een effectieve wijze van interviewen.
Verder wordt er aanbevolen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een inductieve werkwijze i.p.v. een deductieve werkwijze. Doordat er vooraf thema's zijn opgesteld, kan het zijn dat sommige onderwerpen niet aan bod zijn gekomen of dat respondenten niet de kans hebben gekregen om alles te vertellen wat zij wilden vertellen.
Verder is het zeker aan te bevelen het zelfbeoordelingsinstrument te gaan ontwikkelen en te toetsen in de praktijk met de aanbevelingen eerder genoemd onder het kopje 'aanbevelingen voor de praktijk'. De onderzoekers bevelen aan om het instrument in eerste instantie te toetsen bij de respondenten uit het huidige onderzoek. Zij kunnen aangeven of de onderwerpen die zij terug wilden zien ook echt zijn opgenomen in het instrument en of de vorm voldoet aan hun ideeën. Zo kun je kijken of het geïmplementeerd zou moeten worden.

Hoofdstuk 6 Conclusie

In dit hoofdstuk zal de conclusie van het onderzoek worden beschreven. Met behulp van de resultaten en de deelvragen wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek.

Op basis van de interviews zijn de deelvragen beantwoord. De eerste deelvraag was als volgt:

'' Waar ligt de behoefte van begeleiders om inzicht te krijgen in eigen handelen en welke zelfreflectiemethodieken zijn er al?''

Uit de resultaten bleek dat er grote behoefte is aan het krijgen van inzicht in het eigen handelen. Begeleiders willen meer intervisies, casusbesprekingen of teamoverleggen. Op de werkvloer is er meer behoefte aan feedback. Er wordt verwacht van elkaar dat dit gegeven wordt. Toch blijkt dat begeleiders het lastig vinden feedback te geven aan collega's met meer ervaring of een hoger opleidingsniveau. Daarbij wordt feedback snel als negatief ervaren. De organisatie zou meer eisen mogen stellen aan begeleiders en zou hen meer moeten stimuleren om zichzelf te ontwikkelen.
De volgende reflectiemethodieken worden momenteel gebruikt: 360 graden feedback schaal, videotrainingen en casusbesprekingen. Verder wordt er mondeling gereflecteerd op de werkvloer, tijdens overdrachten en wordt je ontwikkeling besproken tijdens de POP gesprekken met je manager.

De tweede deelvraag luidde:

''Welke competenties zijn noodzakelijk om mensen met EMB te begeleiden in een zelf organiserend team?''

De meeste genoemde competenties die noodzakelijk zijn om te bezitten zijn: het hebben van een groot inlevingsvermogen en een goed observerend vermogen, waardoor veranderingen snel gesignaleerd worden en de situatie aangepast kan worden aan de behoefte van de cliënt. Daarnaast werden de competenties communicatie/contact, inzicht in de medische achtergrond/voorgeschiedenis van de cliënt, ondersteuning van de cliënt en de verpleegtechnische handelingen door meerdere respondenten als belangrijk beschouwd. Een enkeling benoemde een respectvolle omgang met de cliënt, goede samenwerking tussen collega's, het hebben van een groot aanpassingsvermogen en het individueel werken met daarbij het kunnen nemen van individuele beslissingen als belangrijke competenties.

De laatste deelvraag was:

'' Is er behoefte aan een zelfbeoordelingsinstrument en hoe zou deze eruit moeten zien?''

Alle respondenten gaven aan behoefte te hebben aan een zelfbeoordelingsinstrument. Dit in combinatie met mondelinge reflectie. Het instrument moet zowel door de begeleider zelf als door collega's in te vullen zijn. Achteraf kunnen verschillen en overeenkomsten in handelen besproken worden. Na het invullen willen begeleiders zien waar kwaliteiten en verbeterpunten liggen met daarbij behorende literatuur als ondersteuning in het leerproces. Begeleiders willen graag de uitkomsten van collega's zien, zodat er onderling in gesprek kan worden gegaan over ieders kwaliteiten en deze ingezet kunnen worden om het team als geheel te versterken. Onderwerpen die terug moeten komen in het instrument zijn: geven/ontvangen van feedback, kennis over ziektebeelden en zorgachtergronden, uitvoering van verpleegtechnische handelingen, observatie en inlevingsvermogen en de uitvoering van de basiszorg. Men wil het instrument één keer in het half jaar invullen.

De hoofdvraag, ofwel vraagstelling van het onderzoek luidde als volgt:

'' Op welke wijze kunnen zorgverleners binnen Dichterbij die individueel werken met cliënten met EMB inzicht krijgen in het eigen handelen?''

Het antwoord op de hoofdvraag op basis van de resultaten is dat er meer mondeling gereflecteerd moet worden in de vorm van een intervisie, casusbespreking of het geven van

goede feedback op de werkvloer. Zo wordt er meer inzicht verkregen in het eigen handelen en tegelijkertijd wordt het handelen verantwoord. Verder kan er geconcludeerd worden dat je handelen inzichtelijker kan worden gemaakt met het gebruik van een zelfbeoordelingsinstrument met daarbij gegeven literatuur. Achteraf wordt dit nabesproken met collega's en de manager.

Bibliografie

The Cochrane Collaboration. (2013). *Beoordeling van kwalitatief onderzoek.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Cochrane: http://netherlands.cochrane.org/sites/netherlands.cochrane.org/files/public/uploads/4.8_kwalitatief_checklist_2013.pdf

123test. (2017). *Competentielijst*. Opgeroepen op april 3, 2017, van 123test: https://www.123test.nl/competentielijst/

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Opgeroepen op Maart 28, 2017

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peter, V., Velden van der, T., et al. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Bakker, E., & Buuren van, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Bakker, E., & van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bauduin, D., & Kanne, M. (2009). *Tijd voor reflectie: Praktische ethiek in de psychiatrie en rehabilitatie.* Duivendrecht: Swp.

Beghiyl, H. (2009, Maart). Effectiviteit van psycho-educatie bij depressie. Amsterdam. Opgeroepen op Maart 23, 2017

Boog, W., Jong, J. d., & Kerstens, J. (2002). *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bosk. (2017). *Oorzaken*. Opgeroepen op Maart 22, 2017, van Bosk: https://www.bosk.nl/mcg-emb/mcg/oorzaken/

Bours, G., Eliens, A., & Strijbol, N. (2009). *Effectief verplegen 0, Handboek voor evidence based handelen.* Dwingeloo: Kavanah.

Brancheorganisaties zorg. (2017). *Governancecode zorg.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/web/file?uuid=34bf71c6-d71c-423f-825c-749197438651&owner=03d55fbc-900a-452d-836b-9c929f526c9c

Brug, J., Assema, P. v., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.* Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Teresa Caldera, M., Ermentini, R., Ghilardi, A., et al. (2015). Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. Brescia, Italië. Opgeroepen op Maart 22, 2017

CEBM. (2009, Maart). *Oxfor Centre for Evidence-based Medicine - Levels of evidence*. Opgeroepen op Januari 26, 2017, van CEBM: http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/

Centrum voor consultatie en expertise. (2010). *Vragenlijst kwaliteit an bestaan voor mensen met emb.* Opgeroepen op maart 23, 2017, van Centrum voor consultatie en expertise: http://vkvb.cce.nl/nl?cm=424%2C469&mf_id=506

Chang, & Johnson. (2013). *Chronic illnes and disability.* Elsevier Australia.

Competentieprofiel EMB. (2012, juni). *Het ondersteunen van mensen met een ernstig meervoudige beperking.* Opgeroepen op Maart 16, 2017, van Competentieprofiel EMB: file:///C:/Users/Francesca/Downloads/20120611%20Geactualiseerd%20competentieprofiel%20EMB.pdf

Cowan, D., Wilson-barnett, J., Norman, I., & Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*.

De Geeter en Munsterman orthopedagogen. (2017). *LACCS-programma: een goed leven voor iedereen met EVMB*. Opgeroepen op Maart 28, 2017, van LACCS programma: http://www.laccsprogramma.nl/

de Rooij, A., Luijkx, K., Schaafsma, J., Declercq, A., Emmerink, P., & Schols, J. (2012). Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*.

Dichterbij. (2006, Juli). *Specifieke competenties voor het werken met oudere cliënten.* Opgeroepen op April 3, 2017, van Handboek zorg voor oudere cliënten: https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=4874f56daa&view=att&th=15a845502c204e29&attid=0.5&disp=inline&safe=1&zw

Dichterbij. (2017). *Dichterbij*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/home.htm

Dichterbij. (2017). *Financiering van zorg*. Opgeroepen op Maart 24, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/organisatie/financiering-van-de-zorg.htm

Dichterbij. (2017). *Meer over gezin en opvoeding*. Opgeroepen op maart 24, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/ondersteuningsvraag/gezin-en-opvoeding/meer.htm

Dichterbij. (2017). *Meer over meedoen in de samenleving*. Opgeroepen op Maart 24, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/ondersteuningsvraag/meedoen-in-de-samenleving/meer.htm

Dichterbij. (2017). *Meer over werken*. Opgeroepen op Maart 24, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/ondersteuningsvraag/werken/meer.htm

Dichterbij. (2017). *Meer over wonen*. Opgeroepen op Maart 24, 2017, van Dichterbij: https://www.dichterbij.nl/ondersteuningsvraag/wonen/meer.htm

Donk, C. v., & Lanen, B. v. (2014). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn.* Bussum: uitgeverij coutinho.

Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij. (2017, Januari). *Gedragscode onderzoek met mensen.* Opgeroepen op april 1, 2017, van HAN: https://www1.han.nl/insite/ggm/adviescommissie/content/gedragscode.xml_dir/Gedragscode_Onderzoek_met_mensen_25-01-17.pdf

GGZ Nederland. (2015, December). Sectorrapport ggz 2013. Feiten en cijfers over een sector in beweging. Amersfoort. Opgeroepen op Maart 8, 2017

GGZ-NHN. (2015, December 29). Psycho-eduatie. Opgeroepen op Maart 9, 2017

Hendrik, A., & Timmerman, H. (2012, september 1). *Van Z-verpleging naar gespecialiseerde begeleiding*. Opgeroepen op maart 28, 2017, van Canon sociaal werk: http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_han/details.php?cps=15

Hendriks, S. (2014, november). Communicatie en voorlichting bij zeldzame aandoeningeN. Soest. Opgeroepen op maart 17, 2017

Hoencamp, E., & Haffmans, P. (2008). *Psycho-educatie in de GGz en de verslavingszorg Theorie en praktijk.* Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Honig, A., Visser, I., Heller, H. M., Kieviet, N., & Boenink, A. D. (2014). Medisch-psychiatrische unit in algemeen ziekenhuis. Effectieve gecombineerde somatische en psychiatrische zorg? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Jacobs, J. (2017, Februari 17). (D. Van den Berg, Interviewer)

Kallestad, H., Wullum, E., Scott, J., Stiles, T., & Morken, G. (2016). The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. Trondheim, Noorwegen. Opgeroepen op Maart 23, 2017

Kleine, K., & Berger, M. (2013). *Reflectiemethode.* Opgeroepen op Maart 29, 2017, van Nederlands Jeugdinstituut: http://www.sejn.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Handreiking-Reflecteren-is-leren-webversie.pdf

Korthagen, F., & Vasalos, A. (2002). *Niveaud in reflectie: naar maatwerk in begeleiding.* Opgeroepen op Maart 14, 2017, van arteveldehogeschool: http://www.arteveldehogeschool.be/studielicht/sites/default/files/files/Reflectieopdracht%20Artikel%20Niveaus%20in%20reflectie(1).pdf

Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of nursing 2020.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Langeveld, I. (2017). *competentie*. Opgeroepen op april 3, 2017, van Carriëretijger: http://www.carrieretijger.nl/opleiding/ho/competentiegericht/competentie

Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., de Die, M., van de Bovenkamp, H., Broer, T., et al. (2013). *Thematische wetsevaluatie - Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg.* Opgeroepen op februari 12, 2017, van Erasmus: http://hdl.handle.net/1765/50866

Lennox, N., van Driel, M., & van Dooren, K. (2014, September 23). *Supporting Primary Healthcare Professionals to care for people with intellectual disability: a research agenda.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Cinahl: http://web-1a-1ebscohost-1com-1cinahl.stcproxy.han.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e66c4133-0709-46f6-9494-6d32c3224e02%40sessionmgr4010&vid=14&hid=4209

Lucas, Spruytte, N., Declerc, A., & Van Audenhove, C. (2010, December 10). *Concept en historiek.* Opgeroepen op April 2, 2017, van Wat is kleinschalig wonen: http://212.123.17.130/nieuwsbrief_dementie/nbimages/inleidingwatiskgw_NS_KGW10dec10.pdf

Lyman, R., Braude, L., George, P., Dougherty, R., Daniels, A., Shoma Ghose, S., et al. (2014). Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence. Verenigde Staten. Opgeroepen op Maart 22, 2017

Manschot, H. (2007). *In gesprek over goede zorg.* Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Marilyn. (2015). *Negen reflectiemethoden uitgelegd*. Opgeroepen op Arpil 3, 2017, van Mens en gezondheid: http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/lifestyle/150682-negen-reflectiemethoden-uitgelegd.html

McKinley, R., Strand, J., Ward, L., Gray, T., Alun-Jones, T., & Miller, H. (2008). *Checklists for assessment and certification of clinical.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Cinahl: http://web-1a-1ebscohost-1com-1cinahl.stcproxy.han.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e66c4133-0709-46f6-9494-6d32c3224e02%40sessionmgr4010&hid=4114

Medalia, A., Dorn, H., & Watras-Gans, S. (2000). Treating problem-solving deficits on an acute care psychiatric inpatient unit. New York, USA. Opgeroepen op Maart 16, 2017

Meijers, F., Kuijpers, M. , Mittendorff, K. , & Wijers, K. . (2014). *Het onzekere voor het zekere.* Opgehaald van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=pmr7BAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA37&dq=leren+reflecteren&ots=JtKoo-BdWh&sig=g_W3cdQshOdS1pg6lpctdWTSlTU#v=onepage&q=leren%20reflecteren&f=false

Monk, A., & Howard, S. (1998). A tool for reasoning about work. *The rich Picture*.

Nederlandse vereniging voor Psychiatrie. (2014). Veldnormen medisch psychiatrische units. Utrecht. Opgeroepen op Maart 8, 2017

Nijgh, L. (2017). *Reflecteren*. Opgeroepen op april 3, 2017, van Lancelots: http://www.lancelots.nl/ontwikkelen/kernvaardigheden/ontwikkelingsvaardigheden/reflecteren

Nijgh, L., Bogerd-van den Brink, M., & Bogerd, A. (2015). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

Nijland, M. (2017). *Ernstig meervoudige beperking*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van Kennispleingehandicaptensector: http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Gehandicaptenzorg-Ernstige-meervoudige-beperkingen.html

NVPV Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkundige. (sd). GGz-verpleegundige. Opgeroepen op maart 18, 2017

Nyfer. (2012, November). *De zorg en het nieuwe werken.* Opgeroepen op Maart 28, 2017, van Nyfer: http://www.nyfer.nl/documents/rapportdef.pdf

Oudesluys-Murphy, H., Derksen-Lubsen, G., Sprij, A., & Moll, H. (2011). *Compendium kindergeneeskunde.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Petrakis, M., & Laxton, s. (2016). Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. Melbourne, Australië. Opgeroepen op Maart 21, 2017

Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2007). Operationalizing quality of life for people with profound multiple disabilities: a Delphi study.

Platform EMG & VGN. (2008). *Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die ondersteuning bieden aan mensen met ernstige meervoudige beperkingen.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2012/08/Competentieprofiel-EMB-vgn.pdf

Platform EMG & VGN. (2008). *Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die ondersteuning bieden aan mensen met ernstige meervoudige beperkingen.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2012/08/Competentieprofiel-EMB-vgn.pdf

Platform EMG. (2012, Juni 1). *Werken met ondersteuningsprogramma's Vlaskamp*. Opgeroepen op Maart 28, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/nieuws/werken-met-ondersteuningsprogrammas-vlaskamp/

platform Emg. (2017). *EMB in cijfers*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van platformemg: http://www.platformemg.nl/algemeen/over-emb/cijfers/

platform EMG. (2017). *EMB in cijfers*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van platformemg: http://www.platformemg.nl/algemeen/over-emb/cijfers/

Platform EMG. (2017). *Over EMB*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van Platformemg: http://www.platformemg.nl/algemeen/over-emb/

Radboud universitair medisch centrum. (2016). Familie & betrokkenen psychiatrie. Nijmegen. Opgeroepen op maart 13, 2017, van https://www.radboudumc.nl/Informatiefolders/4813-Familie_en_betrokkenen_p-i.pdf

Radboudumc. (2016). De afdeling Psychiatrie. Nijmegen. Opgeroepen op Maart 8, 2017

's Heeren Loo Advisium. (2017). *Wat verstaan we onder 'EMB'?* Opgeroepen op maart 16, 2017, van Expertise centrum emb : https://expertisecentrumemb.sheerenloo.nl/expertisecentrum-emb-/home/doelgroep

Sassen, B. (2014). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.* Amsterdam: Reed Business Education.

Schuurman, M. (2010, November). *Omvang en samenstelling van de groep mensen met ernstig meervoudige beperkingen (EMB).* Opgeroepen op Maart 6, 2017, van platformemg: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2012/02/EMB-omvang-en-samenstelling-voorstudie-2010-11.pdf

Schuurmans, M., Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige.* Utrecht.

Scott, J. (2003). Group psychoeducation reduces recurrence and hospital admission in people with bipolar disorder. Barcelon, Spanje. Opgeroepen op Maart 23, 2017

Scruijt, L. (2012, November). *Medewerkers met regelruimte: betere zorg voor de cliënt*. Opgehaald van Management site: https://www.managementsite.nl/casus-hoe-zelforganiserende-teams-ontwikkelen-zorg

stevig. (2017). *Wie is STEVIG?* Opgeroepen op Maart 24, 2017, van Stevig: https://www.stevig.nl/over-stevig-1/wie-is-stevig.htm

STEVIG. (2017). *Wie is STEVIG?* Opgeroepen op Maart 24, 2017, van Stevig: https://www.stevig.nl/over-stevig-1/wie-is-stevig.htm

Terra, B., Mechelen-Gevers van, E., & Burgt van der, M. (2010). Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen. Amsterdam: ELSEVIER Gezondheidszorg. Opgeroepen op maart 22, 2017

Terra, B., Mechelen-Gevers, E. v., & Burgt, M. v. (2010). *Patiëntvoorlichting door verpleegkundigen.* Elsevier Gezondheidszorg.

Tijdschrift voor praktijkondersteuning. (2009). *Het geven van voorlichting en advies | Archief | Website van TPO | Het Tijdschrift voor Praktijkondersteuning.* Opgeroepen op Maart 9, 2017, van TPO Tijdschrift voor praktijkondersteunig: http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id308-het-geven-van-voorlichting-en-advies.html

Trimbos-instituut. (2015). GGZ in tabellen 2013-2014. Utrecht. Opgeroepen op Maart 8, 2017

V&VN. (2017). *CanMEDS rollen*. Opgeroepen op Maart 28, 2017, van Kwaliteitsregister V&VN: http://kwaliteitsregister.venvn.nl/Aanbieders/CanMEDS

van Breukelen, L. (2010, Juni). *Oorzaken verstandelijke beperking*. Opgeroepen op maart 22, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2012/02/PRODUCT-werken-met-ernstig-meervoudig-beperkten1.pdf

Van Breukelen, L. (2010, Juni). *Oorzaken verstandelijke beperking*. Opgeroepen op maart 22, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2012/02/PRODUCT-werken-met-ernstig-meervoudig-beperkten1.pdf

van der Donk, C., & van Lanen, B. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn.* Bussum: Coutinho.

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn.* Bussum: Coutinho.

van Ewijk, H., & Lammersen, G. (2006, Maart 10). *Werkers in de zorg voor gehandicapten.* Opgeroepen op Maart 29, 2017, van Journalsi: https://www.journalsi.org/articles/10.18352/jsi.21/galley/19/download/.

van Lieshout, H., de Veer, A., & Cardol, M. (2012, Oktober). *Meerderheid van begeleiders in verstandelijke gehandicaptenzorg voelt zich onvoldoende competent voor begeleiding van chronische zieke cliënt.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Nivel: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Begeleiders-verstandelijke-gehandicaptenzorg-voelt-incompetentie.pdf

van Lieshout, H., de Veer, A., & Cardol, M. (2012). *Meerderheid van begeleiders in verstandelijke gehandicaptenzorg voelt zich onvoldoende competent voorbegeleiding van chronisch zieke cliënt.* Opgeroepen op Maart 29, 2017, van Nivel: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Begeleiders-verstandelijke-gehandicaptenzorg-voelt-incompetentie.pdf

Van Schijndel. (2017, Februari 17). *Het zelfsturend team*. Opgeroepen op Maart 28, 2017, van BTSG: https://www.btsg.nl/themabulletin/Zelfsturing/ThemaBulletin%20zelfsturing.pdf

van Schijndel, P. (2004, Juni). *Kleinschalig wonen en werken*. Opgeroepen op maart 23, 2017, van BTSG: http://www.btsg.nl/infobulletin/kleinschalig.html

Van Schijndel, P. (2004, Juni). *Kleinschalig wonen en werken*. Opgeroepen op maart 23, 2017, van BTSG: http://www.btsg.nl/infobulletin/kleinschalig.html

van Schijndel, P. (2017, Februari 17). *Het zelfsturend team*. Opgeroepen op Maart 28, 2017, van BTSG: https://www.btsg.nl/themabulletin/Zelfsturing/ThemaBulletin%20zelfsturing.pdf

van Zalk, D., & van den Beld, H. (2010). *Essenties voor samenwerking in wonen en zorg.* Januari: Bohn Stafleu van Loghum: Houten.

Verbeek, H., Zwakhalen, S., van Rossum, E., Kempen, G., & Hamers, J. (2012, Januari). *Small-scale, homelike facilities in dementia care: A process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff.* Opgeroepen op April 4, 2017, van Cinahl: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911002914

VGN. (2005). *Competentieprofiel EMB.* Opgeroepen op maart 16, 2017, van Kennisplein gehandicapten sector: http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/kennispleindoc/showcases/EMB.pdf

VGN. (2009, September 15). *Beschrijving van de doelgroep.* Opgeroepen op Maart 23, 2017, van VGN: http://www.vgn.nl/artikel/6571

Vugteveen, J., van der Putten, A., & Vlaskamp, C. (2014, Oktober). *Resultaten.* Opgeroepen op Maart 16, 2017, van platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2015/06/Rapport-inventarisatieonderzoek-Rijksuniversiteit-Groningen-2-2.pdf

Vugteveen, J., van der Putten, A., & Vlaskamp, C. (2014, Oktober). *Resultaten.* Opgeroepen op Maart 23, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2015/06/Rapport-inventarisatieonderzoek-Rijksuniversiteit-Groningen-2-2.pdf

Vugteveen, J., Vlaskamp, C., & Van der Putten, A. (2014, Oktober). *Resultaten.* Opgeroepen op Maart 23, 2017, van Platform EMG: http://www.platformemg.nl/wp-content/uploads/2015/06/Rapport-inventarisatieonderzoek-Rijksuniversiteit-Groningen-2-2.pdf

Waarde van, J., Richter, C., Muller, M., & Verwe, B. (2004). De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen. Opgeroepen op maart 21, 2017

Waarde van, J., Schijndel van, M., Lampe, I., Hegeman, J., Balk, F., & Notten, P. (2014, juni). Veldnormen Medische Psychiatrie Unit. Utrecht. Opgeroepen op maart 21, 2017

Waldmann, B. (2008, januari). Voorlichting op maat. Amsterdam. Opgeroepen op maart 22, 2017

Willemsen, R. (2005). Begeleide intervisie voor verpleegkundigen. *Onderwijs en gezondheidszorg*.

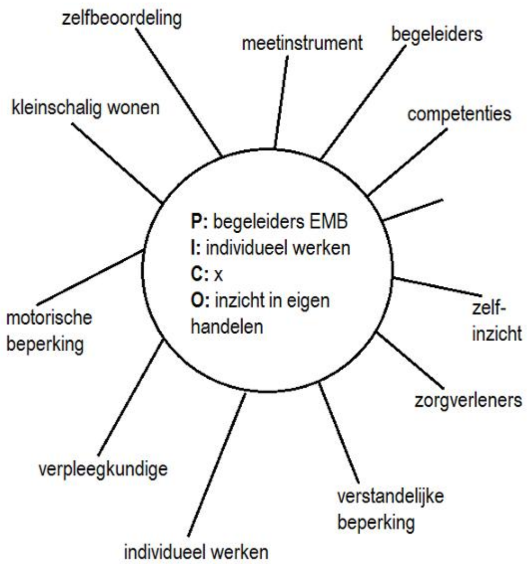
Wollersheim, H., Bakker, P., Bijnen, A., Gouma, D., Wagner, C., & van der Weijden, T. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlagen

Bijlage 1 Planning

Betrokkenen																						Begin		Einde
Naam:																								
Daphne van den Berg																								
Francesca Cornielje																								
Onderzoekstaken Geplande uren, weeknumm	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		Uren uitgevoerc	
Oriënteren	24	24																					48	
Projectplan inleverdatum 5 april 12:00 (week 14)																								
Inleiding			24	24																			48	
Systematische literatuursearch en kwaliteitszorg				16	40	10																	66	
Theoretisch kader						30	20	10															60	
Methode							20	20	20														60	
Dataverzameling								10	16														26	
Vorm en taal									4														4	
Feedback verwerken										24	24												48	
Projectverslag inleverdatum 21 juni 12:00 (week 25)																								
Inleiding												10											10	
Theoretisch kader												10											10	
Methode + meetinstrumenten													30										30	
Dataverzameling en voorbereiding dataverwerking													10	40	20								70	
Dataverwerking en data-analyse															20	20							40	
Resultaten																20	40						60	
Discussie , conclusie en aanbevelingen																		40					40	
Samenvatting schrijven in het projectverslag																			20				20	
Vorm en APA																			20				20	
Presentatievoorbereiding																				20	20		40	
Overleg docentbegeleidster		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18	
Overleg Opdrachtgever		1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				27	

Bijlage 2 Literatuursearch

<u>Zoekstrategie</u>	**<u>Rapportage zoekstrategie</u>**
<u>Stap 1:</u> **Vraagstelling/onderwerp**	**<u>Stap 1:</u>** Op welke wijze kunnen begeleiders die individueel werken met cliënten met EMB inzicht krijgen in het eigen handelen?
<u>Stap 2:</u> **Pico formuleren (indien dit mogelijk is)**	**<u>Stap 2:</u>** **P**: Begeleiders van cliënten met EMB **I:** Individueel werken **C:** X **O***:* Inzicht krijgen in het eigen handelen
<u>Stap 3:</u> Termen in Mind Map op basis van de PICO:	**<u>Stap 3.1 en 3.2: Gezocht in Engels woordenboek</u>** 
Relevante zoektermen:	- Verpleegkundigen - Zorgverleners - Begeleiders - <u>Individueel werken</u> - Kleinschalig wonen - Zelfreflectie - Reflectiemethoden - Zelfbeoordeling - Verstandelijke beperking - Lichamelijke beperking - Competenties - Meetinstrument - Inzicht
Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen	- Nurses - Caregivers - Mentor - Self-employment - Small scale living - Self-reflection - Reflection method - Self-assessment/ self-assessment tool - Mental disorder/mental handicapped/mentally disabled - Profound intellectual andmultiple disabilities - Phsysical handicapped/physical disability - Insight - Knowledge

Beschrijf de search voor Pubmed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie	- Competences - Nurses *Professionals qualified by graduation from an accredited school of nursing and by passage of a national licensing examination to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health.* - Caregiver *Persons who provide care to those who need supervision or assistance in illness or disability. They may provide the care in the home, in a hospital, or in an institution. Although caregivers include trained medical, nursing, and other health personnel, the concept also refers to parents, spouses, or other family members, friends, members of the clergy, teachers, social workers, fellow patients.* - Mentally disabled persons *Persons diagnosed as having significantly lower than average intelligence and considerable problems in adapting to everyday life or lacking independence in regard to activities of daily living.* - Disabled persons *Persons with physical or mental disabilities that affect or limit their activities of daily living and that may require special accommodations.* - Knowledge *The body of truths or facts accumulated in the course of time, the cumulated sum of information, its volume and nature, in any civilization, period, or country.* - Professional Competence *The capability to perform the duties of one's profession generally, or to perform a particular professional task, with skill of an acceptable quality.* - Clinical Competence *The capability to perform acceptably those duties directly related to patient care.*
Gebruikte vrije termen:	- Self-employment, small scale living, self-reflection, self-assessment (tool), insight
Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not etc)	Zie bijlage met resultaten zoekstrategie hieronder.

Resultaten zoekstrategie	**Search**
Stap 4 A 1. Voer per MeSH term de search op PubMed uit. Rapporteer het aantal hits per MeSH term. 2. Combineer nu alle zoektermen tot een 'zoekstring' met de boolean operators "OR" en of ''AND'' 3.	Zie bijlage zoekstrategie hieronder. 1. Disabled persons en mental disorder geeft veel hits. Wanneer je dit gebruikt in combinatie met caregiver krijg je maar vier resultaten. Deze artikelen waren irrelevant voor ons onderzoek. 2. Ook small scale living geeft weinig hits. Gecombineerd met caregiver en work independently geeft dit 1 hit. Tevens voldeed dit artikel ook niet aan de de inclusiecriteria. 3. Bij het combineren van clinical competence, professional competece, inight, self reflection, reflection method en knowledge kregen we 33 hits. Ook hier zat na het lezen van de titels en abstracts geen bruikbaar artikel bij. 4. De combinatie Nurses OR caregivers AND self-reflection leverde geen goede artikelen op. 5. De combinatie van de vrije termen self employed en self-reflection leverde ook geen bruikbare artikelen voor ons onderzoek. Na alle zoekacties kan er gesteld worden dat er bij combinatie van bepaalde MeSH wel resultaten zijn, maar dat de onderwerpen van de artikelen geen relevante informatie voor het onderzoek bevatten.
Stap 4B: 1. Stel vast of je nog filters moet gebruiken. 2. Stel op basis van titel en abstract vast of je nog aanvullende in- en exclusie criteria moet gebruiken 3. Pas hierop desgewenst je zoekstring aan door: - te verbreden - te versmallen	**4B.2 en 3: Inclusiecriteria: vermeld hier de gebruikte filters.** Gebruikt filter: full tekst available en review. Inclusiecriteria - Benodigde competenties individueel werken - Begeleiding van verstandelijk en lichamelijk beperkte mensen
Stap 4C: 1. Lees de titels en de abstracts van de gevonden artikelen en bekijk welke artikelen geschikt zijn. 2. Bekijk de referenties van de artikelen die goed bij je onderwerp passen. 3. Bekijk de MeSH termen die je hebt gezien bij de artikelen die goed bij je onderwerp passen	**4C.4:** 0 geschikte artikelen.
Stap 4D: 1. Gebruik het filter: full tekst available. Bekijk artikelen en bepaal of het past bij je onderzoeksvraag.	**4D.1: Vermeld hoeveel van de gekozen artikelen uit 4C.4 full-text beschikbaar zijn** 0
Stap 4E: Welke artikelen ga ik gebruiken? Vermeld hier de keuze van je artikelen	**Stap 4E:** 0, er zijn geen artikelen gevonden via Pubmed of voldoen niet aan de inclusiecriteria.

Veilig | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

#37	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) Filters: Review	1870	05:19:41
#36	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) Filters: Review; Free full text	242	05:19:29
#35	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) Filters: Free full text	2727	05:19:26
#33	Add	Search ((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh]	96475	05:18:58
#32	Add	Search ("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]	1067962	05:18:43
#31	Add	Search (("Disabled Persons"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND self employment	9	05:17:42
#30	Add	Search (("Disabled Persons"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND work independently Schema: all	0	05:17:32
#29	Add	Search (("Disabled Persons"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND work independently	0	05:17:31
#28	Add	Search (("Mentally Disabled Persons"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND work independently Schema: all	0	05:17:14
#27	Add	Search (("Mentally Disabled Persons"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND work independently	0	05:17:13
#26	Add	Search (profound intellectual multiple disabilities) AND "Caregivers"[Mesh]	11	05:16:12
#25	Add	Search 18492714[uid]	1	05:14:43
#24	Add	Search ((profound intellectual multiple disabilities) AND "Caregivers"[Mesh]) AND self reflection	0	05:14:42
#23	Add	Search "Clinical Competence"[Mesh]	76908	05:11:00
#21	Add	Search "Professional Competence"[Mesh]	98434	05:10:37
#19	Add	Search reflection method	18105	05:09:53
#18	Add	Search "Knowledge"[Mesh]	9228	05:09:25
#16	Add	Search self reflection	4312	05:09:00
#15	Add	Search small scale living	6487	05:07:39
#14	Add	Search insight	151302	05:06:53
#13	Add	Search work independently	9695	05:05:24
#12	Add	Search self employment	11691	05:05:12
#11	Add	Search "Caregivers"[Mesh]	26872	05:03:48
#9	Add	Search "Disabled Persons"[Mesh]	56123	05:03:29
#7	Add	Search physically disabled	58547	05:02:46
#6	Add	Search physical disability	43264	05:02:33
#5	Add	Search "Mentally Disabled Persons"[Mesh]	3364	05:01:19
#3	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	1066060	05:00:59
#1	Add	Search profound intellectual multiple disabilities	158	05:00:00

Veilig | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

History

Download history Clear history

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#50	Add	Search (((((("Clinical Competence"[Mesh]) OR "Professional Competence"[Mesh])) AND ((((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh])) AND Review[ptyp] AND free full text[sb])) AND ((self employment) OR work independently) Schema: all	0	05:24:22
#49	Add	Search (((((("Clinical Competence"[Mesh]) OR "Professional Competence"[Mesh])) AND ((((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh])) AND Review[ptyp] AND free full text[sb])) AND ((self employment) OR work independently)	0	05:24:21
#48	Add	Search ((("Clinical Competence"[Mesh]) OR "Professional Competence"[Mesh])) AND ((((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh]) Filters: Review; Free full text	33	05:23:32
#47	Add	Search ((("Clinical Competence"[Mesh]) OR "Professional Competence"[Mesh])) AND ((((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh]) Filters: Free full text	382	05:22:47
#46	Add	Search ((("Clinical Competence"[Mesh]) OR "Professional Competence"[Mesh])) AND ((((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh])	2527	05:22:43
#45	Add	Search ("Clinical Competence"[Mesh]) OR "Professional Competence"[Mesh]	98434	05:22:30
#44	Add	Search (((((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh])) AND ((self employment) OR work independently)) AND "Caregivers"[Mesh]	1	05:22:06
#43	Add	Search (((insight) OR self reflection) OR reflection method) OR "Knowledge"[Mesh]	180301	05:21:36
#42	Add	Search (self employment) OR work independently	21260	05:21:04
#41	Add	Search (("Caregivers"[Mesh]) AND work independently) AND small scale living	1	05:20:43
#40	Add	Search (((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]))) AND "Caregivers"[Mesh] Filters: Review; Free full text	4	05:20:06
#39	Add	Search (((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]))) AND "Caregivers"[Mesh] Filters: Free full text	85	05:20:02
#38	Add	Search (((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]))) AND "Caregivers"[Mesh]	498	05:19:56
#34	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh])	21461	05:19:42
#37	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) Filters: Review	1870	05:19:41
#36	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) Filters: Review; Free full text	242	05:19:29
#35	Add	Search ((((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh])) AND (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) Filters: Free full text	2727	05:19:26
#33	Add	Search ((physical disability) OR physically disabled) OR "Disabled Persons"[Mesh]	96475	05:18:58
#32	Add	Search ("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]	1067962	05:18:43
#31	Add	Search (("Disabled Persons"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND self employment	9	05:17:42

Naast het zoeken in de database Pubmed is er nog gezocht in de databases Cinahl en Google Scholar. De gebruikte zoekstrings zie je hieronder.

Database	**Zoekstring**	**Resultaten**	**Bruikbaar**
Cinahl	Checklists AND procedural skills AND essential competencies	1 Na scannen titels → 1 Na lezen abstract → 1 Na checken full text → 1	1 bruikbaar artikel gevonden
Cinahl	Care for people with disability AND healthcare professionals AND intellectual disability	10 artikelen Na scannen titels → 1 Na lezen abstract → 1 Na checken full tekst → 1	1 bruikbaar artikel gevonden
Google Scholar	Inventarisatie onderzoek Ernstig meervoudige beperking	1 artikel Na scannen titel →1 Na lezen abstract → 1 Na checken full tekst →1	1 bruikbaar artikel gevonden
Cinahl	Small scale living AND caregiver AND effectiveness	1 artikel Na scannen titel → 1 Na lezen abstract → 1 Na checken full tekst → 1	1 bruikbaar artikel gevonden
Google Scholar	Werken in de gezondheidszorg	1 artikel Na scannen titel→ 1 Na lezen abstract → 1 Na checken full tekst →1	1 bruikbaar artikel gevonden
Google Scholar	Intervisie voor verpleegkundigen	1 artikel Na scannen titel→ 1 Na lezen abstract→1 Na checken full tekst →1	1 bruikbaar artikel gevonden
Google Scholar	Reflectie niveaus	3 artikelen Na scannen titel → 2 Na lezen abstract → 1 Na checken full tekst→ 1	1 bruikbaar artikel gevonden

Tevens is er nog relevante literatuur gevonden via de zoekmachines die niet uitgewerkt zijn in de evidence tabel, omdat het geen onderzoek betrof.

Google Scholar:

- Kleine, K., & Berger, M. (2013). *Reflectiemethode.* Opgeroepen op Maart 29, 2017, van Nederlands Jeugdinstituut: http://www.sejn.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Handreiking-Reflecteren-is-leren-webversie.pdf

  (Kleine & Berger, 2013)
  Zoektermen: Handreiking reflecteren is leren

- Manschot, H. (2007). *In gesprek over goede zorg.* Amsterdam: Uitgeverij Boom.

  (Manschot, 2007)

- Chang, & Johnson. (2013). *Chronic illnes and disability.* Elsevier Australia.

(Chang & Johnson, 2013)

Zoektermen: individual nursing care, disabilities.

- Nijgh, L., Bogerd-van den Brink, M., & Bogerd, A. (2015). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

  (Nijgh, Bogerd-van den Brink, & Bogerd, 2015)
  Zoektermen: Ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking

- Willemsen, R. (2005). *Begeleide intervisie voor verpleegkundigen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
  (Willemsen, 2005)

- Korthagen, F. & Vasalos, A. *Niveaus in reflecite: naar maatwerk in begeleiding*
  (Korthagen & Vasalos, 2002)

Stichting Dichterbij

- Richtlijn Governancecode Zorg
  (Brancheorganisaties zorg, 2017)

Deze richtlijn hebben wij beoordeeld a.d.h.v. het AGREE model. Hieronder zie je de score per domein:
Domein 1. Onderwerp en doel: 88,9%
Domein 2. Betrokkenheid van belanghebbenden: 85,7%
Domein 3. Methodologie: 68,8%
Domein 4. Helderheid en presentatie: 44%
Domein 5: Toepassing: 62,5%
Domein 6: Onafhankelijkheid van de opstellers: 83,3%
Hieruit wordt geconcludeerd dat het een betrouwbare richtlijn is om te gebruiken voor het onderzoek.

Bijlage 3 Evidence tabel

Mate van Bewijskracht	
Niveau 1A	Systematische literatuur onderzoek
Niveau 1B	Randomized Control Trial (RCT)
Niveau 2	Cohortonderzoek
Niveau 3	Patiënt-controleonderzoek
Niveau 4	Cross-sectioneelonderzoek
Niveau 5	Patiëntenserie
Niveau 6	Mening expert

Ladder van evidence (Bours, Eliens, & Strijbol, 2009)

Niveau van evidence	**Publicatiejaar en auteurs**	**Studiedesign**	**Populatie & Setting**	**Doel van het onderzoek**	**Resultaten**	**Conclusie**	**Resultaat beoordeling kwaliteit van het artikel (met behulp de checklist van Cochrane** (The Cochrane Collaboration, 2013)**)**
1A	(McKinley, Strand, Ward, Gray, Alun-Jones, & Miller, 2008) Gevonden via Cinahl.	Systematic Review	Zorgprofessionals vanuit allerlei verschillende settings waarbij de competenties worden beoordeeld.	Het ontwikkelen van een beoordelingsinstrument voor de globale beoordeling van klinisch procedurele competenties van zorgprofessionals.	Het ontwikkelde beoordelingsinstrument bevatte 7 thema's (procedurele competenties, voorbereidingen, veiligheid, communicatie en het werken met de patiënt, infectie controle, postprocedurele zorg en werken in teamverband), weergegeven in de vorm van checklists die zorgprofessionals in konden vullen.	Het is mogelijk om algemene criteria te ontwikkelen, waarmee de klinisch procedurele competenties worden beoordeeld.	Kwalitatief is dit artikel goed: vraagstelling staat niet benoemd in het artikel, maar sluit vanzelfsprekend aan op de doelstelling; het ontwikkelen van een beoordelingsinstrument. De methode van het onderzoek was betrouwbaar. Data werd verzameld aan de hand van literatuur uit verschilldende databases. Geanalyseerd door onderzoekers. Uitgangspunt van onderzoek staat goed beschreven en conclusies zijn kwalitatief

							beschreven. Kanttekening: er is geen gebruik gemaakt van videa- of audio-opnames.
1A	(Lennox, van Driel, & van Dooren, 2014) Gevonden via Cinahl	Systematische literatuur onderzoek	Primaire zorgverleners en onderzoekers van mensen met een verstandelijke beperking die een bijdrage leveren aan de verbetering van hun gezondheid en welzijn.	Bestaande toetsing bijwerken doormiddel van het doorzoeken van internationale literatuur voor de ontwikkeling en evaluatie van toetsingsmodellen in de zorg.	Er zijn drie strategieën gepresenteerd waarmee zorgverleners ondersteund kunnen worden: - effectief gebruik maken van de informatie die er al is - het overwegen van andere strategieën die steun bieden aan primaire beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg - het onderzoek naar de primaire gezondheidszorg op systeemniveau aanbieden.	Zie kopje resultaten. Er wordt aanbevolen meer onderzoek te doen.	Kwalitatief gezien is dit onderzoek goed: In dit artikel is geen vraagstelling benoemd, er staat een doelstelling die duidelijk is. Doelgroep is duidelijk beschreven. Het onderzoek is gedaan voor de doelgroep, niet met de doelgroep; er is dus geen waarnemingsmethode aanwezig. Dataverzameling en analyse is adequaat uitgevoerd. Uitgangspunt wordt duidelijk beschreven. Conclusies zijn op een kwalitatieve wijze beschreven.
1A	(Vugteveen, Vlaskamp, &	Systematisch literatuur onderzoek	Personen met ernstig meervourdige	Het doel van het onderzoek bestond uit de wens om een	De omvang van de groep ligt tussen de 7800 en 20.600 waarbij de	Bij de interpretative van de schatting van	Het artikel is van goede kwaliteit. De vraagstelling is relevant en past bij

	Van der Putten, Resultaten, 2014). Gevonden via Google Scholar.		beperkingen	inventarisatie te maken van het aantal personen met (Zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EMB) in Nederland en hun persoonskenmerken.	meest nauwkeurige schatting 9639 personenen met EMB betreft.	de groep, moet rekening worden gehouden met factoren waardoor het aantal personen met EMB mogelijk hoger of lager is. Het kan hoger zijn, doordat in het onderzoek de groep personen die geen zorg vraagt niet is meegenomen. Mogelijk behoort een onbekend aantal van de 9639 personen officieel niet tot de doelgroep, doordat zij op latere leeftijd door een ongeluk beperkingen hebben verworven.	kwalitatief onderzoek. De data is op drie verschillende manieren verzameld. De analyse is gedaan door een deskundige onderzoeker. De analyse is goed uitgevoerd en er is diep op ingegaan.
4	(Verbeek, Zwakhal	Cross-sectioneelonderzoek	De populatie bestond uit 130	Het doel van het onderzoek was het krijgen van	Zowel mantelzorgers als het verplegend	Meerdere positieve aspecten	De kwaliteit van het artikel is goed. De vraagstelling is

	en, van Rossum, Kempen, & Hamers, 2012) Gevonden via Google Scholar.		mantelzorgers en 309 medewerkers van de verpleging. De setting was een institutionele setting waar zorg aan dementerende werd gegeven.	een diepgaand inzicht in ervaringen van mantelzorger en verplegend personeel m.b.t. het kleinschalig wonen.	personeel heeft positieve ervaringen met het kleinschalig wonen. Vooral de persoonlijke aandacht en betrokkenheid aan de bewoners is positief en er wordt nadruk gelegd op de autonomie in het dagelijks leven. Belemmeringen worden gerelateerd aan het feit dat personeel voor een groot deel van de dag alleen werkt.	warden onthuld m.b.t. kleinschalig wonen.	helder en de method is adequaat gebruikt. De onderzoekspopulatie is ook adequaat samengesteld en er waren voldoende participanten. Bij dataverzameling is er gestreefd naar saturatie. Tevens is de data op een betrouwbare manier geanalyseerd. Zo is er gebruik gemaakt van de open codering. Het onderzoek is controleerbaar, omdat interviews zijn opgenomen. Het uitgangspunt van de onderzoeker was duidelijk.
4	(van Lieshout, de Veer, & Cardol, 2012) Gevonden via Google Scholar.	Cross-sectioneel onderzoek	Leden van het NIVEL Panel Verpleging & verzorging	Het doel van dit onderzoek was om na te gaan hoe begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en chronische ziekte hun taak zien. Maar ook of zij	Het resultaat is dat 70% van de beleiders vindt dat ze moeten proberen te voorkomen dat iemand met een chronische ziekte complicaties krijgt. 42% van de begeleiders vindt	Door het toenemen van chronisch zieken mensen betekent dit voor begeleiders dat zij meer aandacht moeten hebben voor aspecten	De kwaliteit van dit onderzoek is matig. De vraagstelling is helder en ook de toegepaste methode. Gegevens zijn adequaat verzameld. Er staat in dit onderzoek niet hoe de data geanalyseerd is en

				voldoende kennis en vaardigheden hierin hebben.	dat hij/zij voldoende kennis en vaardigheden bezit om de client te begeleiden bij zijn ziekte. De rest (58%) schat de eigen kennis en vaardigheden in als onvoldoende. Begeleiders met een verpleegkundige achtergrond vinden hun kennis en vaardigheden vaker voldoende (49%) dan begeleiders met een social agogische achtergrond (26%)	die te maken hebben met de chronische ziekte. Dit behoort tot hun takenpakket, maar de meerderheid geeft aan zich nog niet competent te voelen.	wat uiteindelijk de conclusie van het onderzoek is.

Bijlage 4 Interviewguide

Inleiding

a. Introductie
b. Aard, doel, methode en belasting interview uitleggen.
- Doel: Achterhalen waar de behoefte ligt om inzicht in eigen handelen te krijgen.
- Methode: Semi-gestructureerd interview, opbouw van het interview, één onderzoeker is de interviewer en de andere observator.
- Belasting: Duur van het interview, +/- 30 minuten.

c. Leg uit dat het interview wordt opgenomen en verwijs naar het formulier informed consent en laat deze invullen.
d. Ga na of het duidelijk is en vraag of de participant nog vragen heeft.
e. Zet de audio recorder aan en start met het interview.

Algemene gegevens van de geïnterviewde.

- Leeftijd
- Vooropleiding
- Hoe lang werkzaam binnen Dichterbij op een kleinschalige woning?
- Werkervaring binnen de zorg

Gespreksitems

1. Zelfreflectie

- Op welke manier wordt er op dit moment aandacht besteedt aan het krijgen van inzicht in eigen handelen binnen de organisatie?
- Biedt de organisatie voldoende tijd en ruimte om te kunnen reflecteren op uzelf?

  Onze opdrachtgever vertelde ons dat er op dit moment gebruik wordt gemaakt van intervisie-bijeenkomsten en video opnames, die later worden besproken.
- Vindt u dit voldoende om inzicht te krijgen in het eigen handelen?
- Zo niet, waar ligt dan bij u de behoefte aan zelfreflectie? Welke reflectiemethode spreekt u het meest aan? *Doorvragen: Waarom deze reflectie? Wat denkt u dat het u zal opleveren?*
  (*Voorbeelden: Vragenlijsten (Quickscan, reflectieve vragenlijsten), intervisiebijeenkomsten, casusbesprekingen, werken met filmmateriaal, intercollegiale toetsing)*
- Hoe vaak zou u een van bovenstaande methoden willen toepassen?

2. Individueel werken/kleinschalig wonen

- Wat zijn uw ervaringen met individueel werken?
- Wat vindt u prettig aan het individueel werken?
- Welke knelpunten worden er ervaren als gevolg van het individueel werken?

3. Competenties

- Welke competenties denkt u dat er noodzakelijk zijn om uw werk met cliënten met EMB met goed gevolg te kunnen uitvoeren? (*competentieprofiel erbij pakken)*
- Waarom denkt u dat juist deze competenties noodzakelijk zijn?

4. Zelfbeoordelingsinstrument

In de nabije toekomst wil het management binnen Dichterbij een meetinstrument ontwikkelen en implementeren ten behoeve van het reflecteren op je eigen handelen.

- Stel er komt een instrument, hoe zou dit er volgens u uit moeten zien? *(quickscan, vragenlijst)*

- Wil je het instrument elke dag invullen of één keer in de zoveel tijd?
- Aan welke onderwerpen is er behoefte?

Afronding

- Zijn er nog onderwerpen of vragen die u met ons zou willen bespreken?
- Hoe heeft u het interview ervaren?
- Bedankt voor uw tijd.

Bijlage 5 Codeboom

Code	Hoofdthema	Code2	Subthema
A	Zelfreflectie	1	Huidige methodieken
		2	Behoefte
B	Individueel werken	1	Prettige ervaringen
		2	Knelpunten
C	Competenties	1	Kennis
		2	Noodzakelijke competenties
		3	In de praktijk
D	Zelfbeoordelingsinstrument	1	Behoefte
		2	Inhoud
		3	Frequentie

Bijlage 6 Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: Kwalitatief onderzoek naar de behoeften van begeleiders die individueel werken met mensen met een EMB om inzicht te krijgen in eigen handelen en competenties die ze nog moeten ontwikkelen.
Verantwoordelijke onderzoekers: D. van den Berg en F. Cornielje

In te vullen door de participant

Ik verklaar dat:

- Ik op een duidelijke manier zowel schriftelijk en mondeling ingelicht ben over de aard, het doel, de methode, risico's en de belasting van het interview.
- Ik weet dat persoonlijke gegevens anoniem zullen worden verwerkt in het gehele onderzoek en dat persoonlijke gegevens uiteindelijk zullen worden vernietigd.
- Ik weet dat gegevens en resultaten uit het onderzoek, indien nodig, alleen anoniem aan derden bekend zullen worden gemaakt.
- De onderzoekers mijn vragen naar tevredenheid hebben beantwoord.

Ik geef goedkeuring voor:

- Het gebruik van geluids- en/of beeldopnamen door de onderzoeker tijdens het interview.
- Het feit dat opname materiaal of een bewerking ervan gebruikt wordt voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties. Na hooguit zes maanden, zullen de geluids- en/of beeldopnamen worden vernietigt.

Ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek en behoud het recht om op elk moment mijn deelname aan het onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:……..

Datum:…… Handtekening deelnemer:…….

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb zowel mondeling als schriftelijk toelichting gegeven op het onderzoek en het interview.
- Ik zal vragen over het onderzoek zo goed mogelijk en naar waarheid beantwoorden
- De participant zal geen nadelige gevolgen ondervinden, wanneer deelname aan het interview voortijdig wordt beëindigd.

Naam onderzoeker:……...

Datum:…….. Handtekening onderzoeker:……

Bijlage 7 Geheimhoudingsverklaring

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

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	549300
Naam	Francesca Cornielje
Opleiding	HBO - Verpleegkunde
Geboortedatum	12-04-1995
Geboorteplaats	Wageningen

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	21-03-2017
Handtekening	Francesca Cornielje

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

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	549294
Naam	Daphne van den Berg
Opleiding	HBO - Verpleegkunde
Geboortedatum	23-12-1996
Geboorteplaats	Wageningen

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	21-3-2017
Handtekening	D vdBerg