

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Reablement: Wat houdt het in?

**Een onderzoek naar de betekenis van reablement in
verschillende organisaties van zorg en welzijn in London,
het Verenigd Koninkrijk.**



**HAN_ UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES**

Praktijkgericht Onderzoek

Nijmegen

2019 - 2020

**Iris Karpenko
Studentnummer: 579415**

**Marlotte van der Meer
Studentnummer: 584702**

**Opleiding ergotherapie
Instituut Paramedische Studies
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen**

**Opdrachtgever - Ton Satink
Docentbegeleider – Dr. Marie-Antoinette van Kuyk - Minis**

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	2
AANLEIDING	3
INTRODUCTIE VAN HET ONDERZOEK	4
ONDERZOEKSDEFINITIE	7
Probleemomschrijving	7
Hoofddoel	7
METHODE	7
Onderzoeksdesign	7
Ethiek	8
Gegevensverzameling	8
Deelnemers aan het praktijkonderzoek	10
Extra verkregen informatie	11
Analyse van de gegevens	11
Kwaliteitswaarborging	13
BEGRIPPEN	14
BEVINDINGEN	16
The art of reablement	17
Personalised care	20
It's all about communication and expectation.	21
DISCUSSIE	23
Betekenis van reablement	23
Belang en implementatie in Nederland	24
Sterke en zwakke punten van het onderzoek	25
Toekomstig onderzoek	26
CONCLUSIE	27
TIJDSPLANNING	28
LITERATUURLIJST	29
BIJLAGE 1: INTERVIEWGUIDE REABLEMENT	33
BIJLAGE 2: SCHRIFTELIJKE UITLEG	36
BIJLAGE 3: LITERAIRE ONDERBOUWING	40
BIJLAGE 4: CHECKLIST GOALS	43
BIJLAGE 5: INITIAL VISIT CHECKLIST	44

AANLEIDING

“Samenwerken en -leven met anderstaligen, een buitenlandse arbeidsmarkt verkennen, of op de hoogte blijven van trends binnen je vakgebied. Voor alle studenten en beroepsbeoefenaren is internationalisering van belang, of ze nu buiten hun eigen land de arbeidsmarkt op gaan of ‘thuis’ blijven.” (Internationaliseringsagenda, 2005)

Het op de hoogte blijven van trends binnen je vakgebied is iets waar wij, Marlotte en Iris, hart voor hebben. Samen hebben we een natuurlijke interesse voor zowel innovatie als internationalisering binnen de ergotherapie. Deze interesse is gestart toen wij in ons tweede studiejaar naar Zwitserland zijn geweest voor een ‘Mobility week’ met ergotherapie studenten van over de hele wereld. Dit was onze eerste aanraking met ergotherapie in een internationale context. Hieruit ontstond onze interesse, maar ook het vraagstuk waar nog verbeterpunten lagen voor de ergotherapie in Nederland. Nederland lijkt een van de koplopers in de zorg, maar zijn we dat ook echt? Wat kunnen we nog leren van het buitenland?

Met deze vragen in ons achterhoofd zijn we het gesprek aan gegaan met Ton Satink, hoofddocent aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), PhD en onderzoeker bij het Lectoraat Neurorevalidatie van de HAN. We legden bij hem voor dat we graag ons praktijkonderzoek wilden uitvoeren in een land waar wij iets zouden kunnen leren met betrekking tot de functie en uitvoering van ergotherapie. Hij introduceerde een voor ons nog onbekend begrip binnen de ergotherapie, genaamd ‘Reablement’. Na een aantal gesprekken gevoerd te hebben, kwamen we tot de conclusie dat we ons onderzoek in het Verenigd Koninkrijk (het VK) gingen doen. Deze keuze hebben we gemaakt samen met onze opdrachtgever op basis van de hoeveelheid bestaande relevante connecties in het buitenland.

Na ons oriënterende onderzoek raakten wij enthousiast voor dit onderwerp en daarmee vooral het nog te doorlopen proces. Ondanks de lovende literatuur, bracht de term reablement nog veel vragen bij ons naar boven; is het zo mooi als dat de literatuur laat denken of ervaart de praktijk dit anders?

De komende periode zullen wij ons bezig gaan houden met het onderzoeken van reablement in het VK en hopen we onze opdrachtgever, Ton Satink, verder te kunnen in zijn zoektocht naar de definitie van reablement.

INTRODUCTIE VAN HET ONDERZOEK

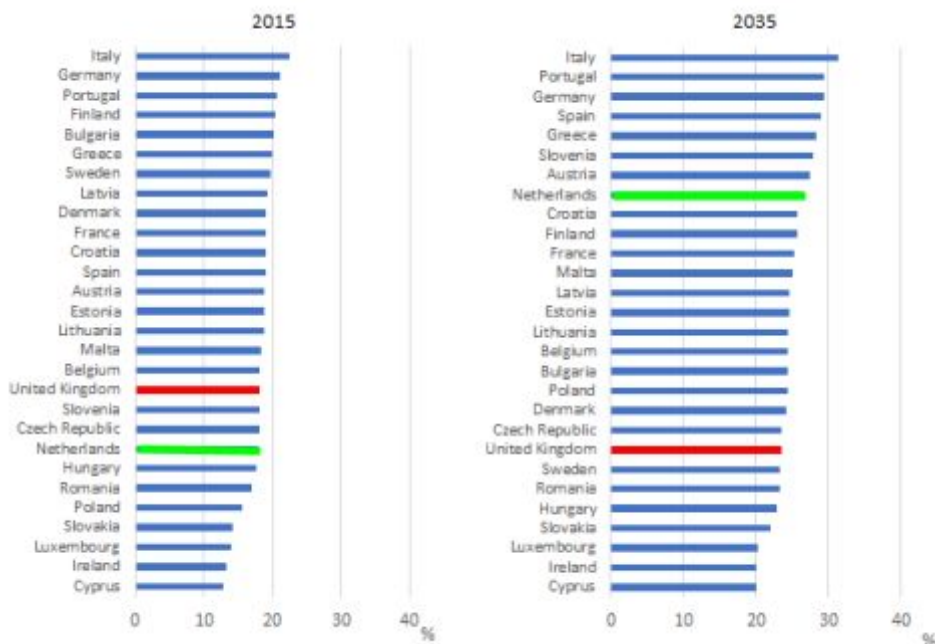
Vergrijzing van de bevolking is een wereldwijd fenomeen. In 2015 waren er wereldwijd ongeveer 901 miljoen mensen van 60 jaar en ouder, wat 12,3% van de wereldbevolking vertegenwoordigt. Tegen 2030 is dit toegenomen tot 1,4 miljard (16,4%) en tegen 2050 is dit toegenomen tot 2,1 miljard (21,3%) van de wereldbevolking. (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018) schrijft dat het aandeel ouderen ook in de Nederlandse bevolking toeneemt. Wat inhoudt dat de komende 25 jaar de vergrijzing doorzet. Niet alleen komen er meer ouderen, er komen meer oudere ouderen (85 jaar en ouder) door de verhoging van de levensverwachting. In 2015 waren er 3,1 miljoen ouderen in Nederland, maar in 2040 wordt er verwacht dat er 4,8 miljoen ouderen zullen zijn, dit is een stijging van bijna 55%. Daarbij zullen er ook ruim 200 duizend meer 90-plussers zijn, dit is een verdrievoudiging van wat het aantal ouderen in 2015. Ook schrijven ze dat de vergrijzing in Nederland veel uitdagingen voor de gezondheidszorg meebrengt. Zo zullen er in 2040 1,2 miljoen meer ouderen zijn met multimorbiditeit (meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd). Daarnaast stelt het Rijksinstituut dat naast chronische aandoeningen ouderen ook vaak last van problemen zoals vallen, geheugenproblemen, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd). Door de vergrijzing zullen er in de toekomst ook meer ouderen last hebben van deze problemen. Een opeenstapeling van zulke problemen vergroot de kwetsbaarheid van ouderen en vergroot het ook de complexiteit van de behandelingen. Hierdoor komt er meer druk te staan op de formele zorg.

Naast de druk op de formele zorg, wordt de druk op informele zorg ook vergroot, doordat de verhouding met mogelijke mantelzorgers verandert. De mogelijke groep mantelzorgers zijn in dit geval de ouderen tussen de 50-64 jaar, de kinderen van deze ouderen. De verhouding zal in de komende 25 jaar veranderen van een oudere op tien mogelijke mantelzorgers, naar een op vier.

In Nederland wordt het zorgsysteem momenteel bepaald in vier wetten: de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet (Rijksoverheid Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). De eerste drie zijn van toepassing op de doelgroep die in dit onderzoek naar voren komt. De Zorgverzekeringswet is verplicht voor elke burger en is geregeld vanuit zorgverzekeraars, bij de uitvoering is de overheid niet direct betrokken maar bij de invulling wel. Deze wet gaat over de curatieve zorg (het genezen van ziekten en kwalen). Mensen die permanent toezicht nodig hebben of 24-uurs zorg nodig hebben, kunnen aanspraak maken op de Wet langdurige zorg. Dit is een volksverzekering, gebaseerd op solidariteit. Iedereen betaald hier aan mee door belasting te betalen. Als laatste is de Wet maatschappelijke zorg, dit is gefocust op mensen met beperkingen en wordt uitgevoerd door de gemeente (Rijksoverheid Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

In het VK zien we een vergelijkbare trend in de populatie ouderen. Volgens Office for National Statistics (2018) zal in het VK het percentage ouderen langzamer stijgen dan in Nederland. In 2016 waren er 11,9 miljoen ouderen in het VK. Er wordt verwacht dat dit zal stijgen naar 17,7 miljoen in 2041, dit is een stijging van ongeveer 48%. Binnen deze groep ouderen, zal de groep oudere ouderen verdubbelen van 1,6 miljoen naar 3,2 miljoen. Het VK heeft in verhouding meer ouderen in Nederland nu, maar zoals in afbeelding 1 staat weergegeven, zal Nederland in 2035 ver boven het VK uitsteken.



Afbeelding 1: Percentage inwoners van 65 jaar en ouder, EU-landen, 2015 en 2035 (weergegeven).

Opmerking. Aangepast uit *Living longer: how our population is changing and why it matters* door Office for National Statistics. z.d. (<https://www.ons.gov.uk>). Copyright 2018, Office for National Statistics.

Deze trend van vergrijzing stelt veel uitdagingen aan de gezondheidszorg. In de jaren 90 werden er nieuwe modellen gecreëerd in het Verenigd Koninkrijk (het VK) om deze uitdagingen aan te gaan, waardoor er uiteindelijk ruimte werd gemaakt voor ‘intermediate care’ (Streiner, 1997; Parker & Peet, 2001). Intermediate care kan worden aangeboden wanneer iemand uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Intermediate care is een niet op middelen getest, in tijd beperkt, korte termijn ondersteuning. Professionals kunnen dit aanbieden wanneer er ruimte voor verbetering is en er meer onafhankelijkheid gecreëerd kan worden bij een cliënt. Het zorgt ervoor dat cliënten langer thuis kunnen wonen, er een opname in een verzorgingstehuis of ziekenhuis wordt voorkomen en bij terugkeer naar huis een cliënt zo onafhankelijk mogelijk wordt. Onder deze kant van zorg, valt ook een principe genaamd *reablement* (AgeUK, 2019).

Reablement is voor velen in Nederland een nog niet bekende term, maar wordt in het VK al sinds het begin van 2000 toegepast onder verschillende termen bij het inzetten van ‘intermediate care’. Reablement is een op korte termijn intensieve ondersteuning thuis, met een focus op het terugwinnen of voorkomen van de achteruitgang van ‘selfcare skills’ en sociale participatie. In sommige landen, waar een vergelijkbare verschuiving in de aanpak van het aanleveren van de sociale zorg plaatsvond; noemden sommigen deze nieuwe aanpak ook ‘Reablement’, terwijl anderen, bijvoorbeeld de VS, Australië en Nieuw-Zeeland, de term ‘restaurantieve zorg’ gebruikten (Social Care Institute For Excellence, 2013).

Reablement wordt in het VK aangeboden door National Health Service (NHS). NHS heeft zeven regionale teams die de lokale zorgsystemen ondersteunen. Iedere regio heeft dus zijn eigen organisatie van zorg, die onder een regionaal team van NHS valt (NHS, z.d.).

Er vanuit gaand dat reablement een effectieve manier is om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen, kan er dus gezegd worden dat het bijdraagt aan de eigen regie van cliënten. Eigen regie is belangrijk, omdat dit bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven (Verhoef, 2013). Door de doelgerichte aanpak zorgt het voor overzicht bij de cliënt, en bevordert het de zelfstandigheid door het

weer toepassen van *selfcare skills* (Beresford et al, 2019). Het ontbreken van kennis over, en het niet kunnen toepassen van reablement zorgt ervoor dat cliënten afhankelijker zijn van zorg. Dit resulteert ook in zorgverleners die meermaals per dag langs moeten komen, in tegenstelling tot bij het toepassen van reablement, waar zorgverleners de frequentie van zorg gaan afbouwen in een periode van zes weken. Als reablement toegepast wordt kan de tijd van de zorgverlener efficiënter verdeeld worden, waardoor er uiteindelijk ook minder kosten gemaakt worden hetgeen voordelig is voor de zorginstantie.

Het zorgsysteem in Nederland is sinds 2015 met het invoeren van de participatiemaatschappij ook zo veranderd dat er steeds meer verwacht wordt van de oudere zelf en de omgeving van de oudere. “Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving” Zo stelde de Rijksoverheid in 2013, dit resulteerde uiteindelijk in een vergrote druk op de mantelzorger.

Veldheer, et al. (2012) heeft onderzocht dat de mantelzorgers met een fulltime baan de zorg van een ouder licht of sterk belemmerend vindt. Ouderen die weduwe/weduwenaar zijn verhuizen sneller naar verzorgingstehuizen, omdat de zorg thuis niet meer in dezelfde mate uitgevoerd kan worden als toen de partner nog in leven was (Verbeek-Oudijk & van Campen, 2017). Deze statistieken laten zien dat, wanneer de partner wegvalt, de mantelzorg van dagelijks naar wekelijks verandert. Dit komt door de plotselinge verandering in de situatie, waardoor de samenstelling en frequentie van zorg verandert. Echter zorgt dit er niet voor dat de afhankelijkheid van zorg verandert. Reablement daarentegen, zorgt ervoor dat de afhankelijkheid van zorg afgebouwd wordt en er dus geen groot gat kan ontstaan tussen zorgbehoefte en de geleverde zorg bij onvoorziene situaties (Social Care Institute for Excellence, 2013).

Kijkend naar de bovenstaande veronderstellingen, zou de implementatie van reablement in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem tot nieuwe kansen kunnen leiden. Om te onderzoeken hoe reablement kan worden toegepast in Nederland, is het belangrijk om eerst te weten wat reablement inhoudt en wat de ervaringen zijn van zorgverleners die bekend zijn met deze methode. Hierdoor is het mogelijk een uitspraak te doen over de toepassingsmogelijkheden in de Nederlandse gezondheidszorg en sociale zorg.

ONDERZOEKSDEFINITIE

Probleemomschrijving

Om te onderzoeken hoe reablement kan worden toegepast in Nederland, is het belangrijk om eerst te weten wat reablement inhoudt in gezondheid en welzijn en wat de ervaringen zijn van zorgprofessionals die bekend zijn met deze methode. Het probleem is daarom: "Het is in Nederland niet bekend wat reablement inhoudt op het gebied van gezondheid en welzijn en wat de ervaringen zijn van zorgprofessionals die bekend zijn met dit concept. Hierdoor is ook niet bekend of reablement toegevoegde waarde heeft in de Nederlandse context. "

Hoofddoel

Zodra bekend is wat reablement inhoudt en wat de ervaringen zijn van zorgprofessionals die bekend zijn met dit concept, kan worden verklaard of reablement een meerwaarde heeft in de Nederlandse gezondheidszorg en sociale zorg.

Onderzoek wat reablement inhoudt binnen verschillende gezondheids- en welzijnsorganisaties.

- A. Onderzoek de ervaringen van gezondheidswerkers binnen verschillende Engelse reablement teams.
- B. Formuleer een standpunt over de toepassing van reablement in de Nederlandse gezondheidszorg en sociale zorg.

METHODE

Onderzoeksdesign

Om het onderzoeksdoel op de meest efficiënte en effectieve manier te onderzoeken, werd er een afweging gemaakt tussen verschillende onderzoeks stromingen. Hieronder vallen kwantitatief onderzoek, mixed methods, participatief onderzoek en kwalitatief onderzoek.

Mixed methods is een manier om de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek stromingen te combineren. Het is een combinatieonderzoek tussen de frequentie en de betekenis van een bepaald onderwerp (De Boer, F., 2016). Bij dit onderzoeksdoel staan de ervaringen en meningen van de zorgprofessionals centraal, waardoor de frequentie niet van toepassing is. Daarom is deze methode niet van toepassing.

Bij participatief onderzoek staat de kennis van de respondenten centraal. Dit houdt in dat de mensen die meehelpen aan het onderzoek mede-onderzoekers zijn (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Bij dit praktijkonderzoek worden de deelnemers kort betrokken bij het afnemen van een interview. Hiermee staat het praktijkonderzoek op de tweede trede van de participatieladder (Edelenbos & Monnikhof, 2001), waardoor er geen sprake is van een volledig participatief onderzoek. Hierdoor is er gekozen om deze methode niet toe te passen.

Bij kwantitatief onderzoek wordt een groot aantal respondenten over de mate, effectiviteit of de hoeveelheid waarin iets voorkomt onderzocht. Dit wordt uitgevoerd door gestandaardiseerde procedures. Dit houdt in dat het onderzoek uit dezelfde vragen en antwoordmogelijkheden bestaat die voorgelegd worden aan de respondenten (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Tijdens dit praktijkonderzoek staan de ervaringen en meningen van de zorgprofessionals centraal, waardoor het stellen van dezelfde vragen en toestaan van dezelfde antwoordmogelijkheden de uitkomst beïnvloed kan worden. Om deze reden is kwantitatief onderzoek niet van toepassing in dit onderzoek.

Kwalitatief onderzoek gaat over de kennis van het onderwerp, opgedaan door de ogen van een ander. Deze kennis wordt opgedaan uit de ervaringen, meningen en verhalen van de zorgprofessionals die werken met reablement (Jonker en Pennink, 2004). Dit komt overeen met de onderzoeksdoelstelling en de onderbouwing dat dit onderzoek in het buitenland, dus de context, plaatsvindt.

Ethiek

Naast de bovenstaande methode, is er ook gebruik gemaakt van ethiek. Ethiek is een manier om naar de werkelijkheid te kijken die vertrekt van de vraag wat mensen moeten doen met het oog op 'het hoogste goed' (Reulen & Rosmalen, 2000). Dus er wordt gehandeld op een manier waarvan er aangenomen wordt dat anderen goed, zinvol, passend en acceptabel vinden (van der Donk, 2019). Van Keken (2006) benadrukt dat de onderzoeker een vertrouwenspositie heeft. Om te voorkomen dat de belangen van de organisatie en de deelnemers geschaad werden, waren de volgende stappen op basis van ethische richtlijnen opgezet (van der Donk, 2019, p. 74.75):

1. De student onderzoekers bespraken met de begeleider en de opdrachtgever wat er werd onderzocht. Grenzen werden vastgesteld, plannen en intenties werden eerlijk besproken en het werd besproken als er veranderingen waren.
2. Participanten werden om toestemming gevraagd en werden zo volledig mogelijk geïnformeerd. Een informed consent is ondertekend door de deelnemers. Hierin staat om welk onderzoek het gaat en waarvoor de deelnemer toestemming geeft.
3. Na de afgenomen interviews was niet te achterhalen welke deelnemer welke informatie had verteld. De deelnemers kregen een niet-traceerbare code toegewezen. Deze codes werden ook toegepast bij het benoemen van personen in een interview. Dit om de kwaliteit te waarborgen in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming, ook bekend als AVG (Autoriteit Persoonsgegevens, 2019).
4. De verzamelde gegevens werd zorgvuldig opgeslagen en bleef in het bezit van de student onderzoekers.
5. Door middel van een member check, werd de verwerkte data nogmaals gecontroleerd bij de participanten.
6. De deelnemers werden vooraf geïnformeerd over de publicatie van dit artikel in de schoolomgeving en als onderdeel van hun examen.

Gegevensverzameling

Er zijn zes verschillende soorten onderzoeksdesign beschreven door Oost & Markenhof (2016), namelijk beschrijvend-, vergelijkend-, definiërend-, evaluerend-, verklarend- en ontwerponderzoek. In hoofddoel 1 zijn we op zoek naar een beschrijving.

Om de beschrijving van reablement te vinden, werd er gekozen om interviews af te nemen. Een interview is een directe vorm van het bevragen waarbij er in gesprek gegaan wordt met een respondent. Flick (2007) beschrijft twee vormen van interviews, het gestructureerde interview en een narratief interview. Bij het uitvoeren van een narratief interview zijn slechts enkele vragen opgesteld. Het doel van deze vorm van interviewen is om op zoek te gaan naar gebeurtenissen, ervaringen en de betekenis die de respondent hieraan geeft (Bobbink, Degen-Nijeboer, Geurts, Heessels, Kohlmann, Pelzer, Woudenberg, 2012). Omdat het levensverhaal een belangrijke rol speelt bij narratieve interviews, pastte het niet bij dit onderzoek. Het doel van dit praktijkonderzoek is gericht op de ervaring met betrekking tot het onderwerp 'reablement'.

Een andere vorm van interviewen is een gestructureerd interview. Flick (2007) beschrijft dat hierbij een vooraf opgestelde vragenlijst en bijbehorende volgorde van de vragen hoort. Bij deze vorm van interviewen kan het voorkomen bepaalde informatie niet wordt verteld, doordat de respondenten niet de mogelijkheid of vrijheid krijgen om dit te doen. Daarom werd ervoor gekozen om deze vorm van interviewen niet toe te passen tijdens dit praktijkonderzoek.

De methode die het meest passend was voor dit praktijkonderzoek wordt genoemd door Van der Donk & Van Lanen (2016). Dit is een semigestructureerd interview. Hierbij werd tijdens het interview de belangrijke onderwerpen besproken, en werd er de mogelijkheid gegeven om van de deelnemers eigen invulling te krijgen. Door de keuze voor een semi-gestructureerd interview, was er een mogelijkheid om door te vragen op onduidelijkheden en op interessante aspecten, waardoor er gericht informatie verzameld kon worden. Dit was essentieel voor dit onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2016).

Een semi-gestructureerd interview kan op verschillende manieren uitgevoerd worden. Zoals hieronder in tabel 2 aangegeven zijn verschillende manieren; synchroon of asynchroon, in een groep of individueel en online of offline.

TABEL 5.1 Overzicht interviewformat

	Offline		Online	
	Synchroon	Asynchroon	Synchroon	Asynchroon
Individueel	Interview: face-to-face, telefoon	Schriftelijk interview	Interview: Skype, gespecialiseerde software	Online blog E-mail
Groep	Focusgroep		Focusgroep: chatroom, gespecialiseerde software	Online community Delphi

Tabel 1: Overzicht interviewformat.

Opmerking: overgenomen uit *Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* door Baarda, B. (2018). Copyright 2018, Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Utrecht, the Netherlands.

Hoewel een online interview via Skype of FaceTime voor de zorgprofessionals in dit geval efficiënter is, werd er toch gekozen voor een offline interview. Bij een online interview ontbreekt er direct contact. In dit geval was het persoonlijke voorkeur van de onderzoekers om te kiezen voor een offline interview, omdat via persoonlijke contact de onderzoekers feeling zouden krijgen met de respondenten en de emoties van de respondent beter te interpreteren waren.

Synchroon houdt in dat de onderzoeker in contact staat met de respondent en zelf de vragen stelt. Hierdoor hebben respondenten minder tijd om na te denken over hun antwoorden, maar kan de onderzoeker sturen in de vragen. Asynchroon houdt in dat het interview afgenomen wordt door middel van bijvoorbeeld een vragenlijst. Hierdoor hebben respondenten langer de tijd om antwoord te geven, maar kan de onderzoeker niet sturen. Met de asynchrone manier zijn de onderzoekers afhankelijk van wanneer de respondent ervoor kiest om te antwoorden, waardoor het dataverzamelingsproces mogelijk vertraagd wordt. Er werd gekozen voor de synchrone face-to-face methode, zodat de informatie snel verzameld kon worden. Respondenten namen vaak langer de tijd om te antwoorden in een face-to-face interview en non-verbale communicatie kon worden meegenomen in de analyses.

Een interview in groepsverband kan worden uitgevoerd door middel van een focusgroep. Op deze manier kan er veel informatie tegelijkertijd verzameld worden. Omdat er gewerkt wordt met zorgprofessionals die verspreid zitten over verschillende wijken en het tijdrovend zou zijn voor de professionals om bij elkaar te komen, was een interview in groepsverband niet mogelijk. Er werd daarom gekozen voor individuele gesprekken, zodat er rekening met de agenda van de zorgprofessional rekening gehouden kon worden. Ook zorgt een individueel gesprek ervoor dat het onderwerp in diepte kon worden besproken en de respondent niet geremd werd in zijn of haar uitingen (Baarda, 2018).

Tijdens het interview waren allebei de student onderzoekers aanwezig. De rollen van de student onderzoekers verschilden van elkaar. Eén student onderzoeker stelde de vragen, waarbij de andere student onderzoeker observeerde en aanvullingen gaf. In tabel 2 is zichtbaar gemaakt hoe de verdeling was van de rollen van de student onderzoekers tijdens de interviews.

Tabel 2: Rolverdeling student onderzoekers.

Datum afname	Code	Interview	Transcriberen	Datum inleveren
1-12-2019	Pilot-interview	Marlotte	n.v.t	n.v.t

10-12-2019	R1	Iris	Marlotte	24-12-2019
10-12-2019	R2	Marlotte	Iris	24-12-2019
18-12-2019	R3	Iris	Marlotte	1-01-2020
19-12-2019	R4	Marlotte	Iris	2-01-2020

Er is gestart met een voorstudie, bestaande uit literatuuronderzoek over het onderwerp en het spreken van professionals die eerder met reablement gewerkt hebben, maar niet voldeden aan de inclusie en exclusie criteria. Door beide methoden te gebruiken en de werkelijkheid te combineren met de literatuur, is er inzicht verkregen in de definities van de kernbegrippen van dit onderzoek. Deze kernbegrippen zijn gebruikt om de interviewgids op te stellen. De vragen in het onderzoek zijn opgesteld in de interviewgids (zie bijlage 1: interviewgids). Deze is opgesteld aan de hand van Spierings (2013) en in samenwerking met de opdrachtgever.

Tijdens de interviews werden geluidsopnames gemaakt. De reden hiervoor was dat de interviews getranscribeerd werden. De deelnemers gaven toestemming voor de geluidsopnames, naar aanleiding van schriftelijke en mondelinge deelnemer informatie. Hiervoor werd de informed consent getekend (zie bijlage 2: schriftelijke uitleg)

Bij de afgenomen interviews is niet herleidbaar welke deelnemer welke informatie heeft verteld. Dit om de kwaliteit te waarborgen volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming, ook wel genoemd AVG (Autoriteit Persoonsgegevens, 2019).

Deelnemers aan het praktijkonderzoek

In onderstaande tabel staan de inclusie- en de exclusiecriteria opgesteld waar de respondenten voor dit onderzoek aan moeten voldoen. Deze criteria zorgen ervoor dat de interviews op een ethisch verantwoorde manier afgenomen worden (Faculteit gezondheid, gedrag en maatschappij (FGGM) van de HAN, 2017). Door deze criteria worden respondenten met beperkte ervaring met het werken met reablement uitgesloten, waardoor er een zo volledig mogelijk beeld kan worden geschetst. Omdat een reablement team bestaat uit verschillende zorgprofessionals, die voor de onderzoekers op dit moment nog niet bekend zijn, wordt ervoor gekozen geen selectie te maken in beroep. Ook wordt er op deze manier een zo volledig mogelijk beeld gecreëerd.

Tabel 2: *Inclusie- en exclusiecriteria voor de respondenten.*

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De respondent heeft minstens zes maanden werkervaring met reablement.	De respondent is geen zorgprofessional die ervaring heeft met het werken met reablement.
De respondent is werkzaam in een van de Londense gemeenten.	De respondent is niet woonachtig in London, Verenigd Koninkrijk.
De respondent is 18 jaar of ouder en wilsbekwaam.	

Er is een minimum van 4 participanten vastgesteld voorafgaand aan het onderzoek. Door middel van een contactpersoon in het werkveld, is het mogelijk om de sneeuwbal-methode uit te voeren. De deelnemers worden geworven via een korte informatie mail over het onderzoek, waarbij de respondenten zelf de keuze hebben om wel of niet mee te doen. Omdat het verzoek via mail wordt verstuurd, hebben de respondenten bedenktijd. Zodra zij mee willen doen, worden zij bij het afnemen

van het interview nogmaals, zowel mondeling als schriftelijk, ingelicht over alle aspecten van het onderzoek. Uiteindelijk zijn er 4 participanten geïnterviewd. Gegevens van deze participanten zijn bijgevoegd in onderstaande tabel.

Tabel 3: *Informatie over de participanten.*

	Beroep	Achtergrond in de zorg	Jaren ervaring met reablement	Gemeente
R1	Ergotherapeut	Was werkzaam als ergotherapeut in een intermediate care team, voordat dit team het reablement team werd.	18 jaar werkzaam als ergotherapeut, waarvan 6 jaar in het reablement team.	Kingston
R2	Ergotherapeut	Heeft als ergotherapeut in Australië gewerkt in een revalidatiesetting.	28 jaar werkzaam als ergotherapeut, waarvan 16 in het intermediate care team (wat doorgroeide naar reablement).	Teddington
R3	Case manager	Voormalige verzorgende bij reablement.	9 jaar werkzaam in reablement.	Islington
R4	Case manager	Heeft gewerkt als ergotherapeut in de acute afdeling van het ziekenhuis.	9 maanden werkzaam in het reablement team.	Morton

Extra verkregen informatie

Wanneer er documenten aangeleverd worden door participanten tijdens het interview die gebruikt worden bij reablement wordt het gebruik hiervan van waarde geschat. De data verzameld door middel van gekregen documenten worden meegenomen in de analyse van de bevindingen. Documenten zijn non-reactief, wat een voordeel is voor de kwaliteitswaarborging van dit onderzoek. Ze worden geproduceerd voor eigen doeleinden en niet voor een onderzoek, wat er voor zorgt dat de kwaliteit van de documenten stijgt (Reulink & Lindeman, 2005).

Analyse van de gegevens

De interviews worden eerst getranscribeerd, voordat er gestart kan worden met de analysefase. De transcriptie methode voor dit praktijkonderzoek is gedenaturaliseerd transcriberen. Gedenaturaliseerde transcriptie is, in tegenstelling tot genaturaliseerde transcriptie, een methode die gebruikt wordt wanneer er een focus ligt op de inhoud van een onderzoek (Oliver, Serovich & Mason, 2005). Er is voor deze methode gekozen, omdat focus in dit onderzoek ook ligt op de inhoud van het interview en niet de intonatie.

Ook zijn afspraken gemaakt over het vermelden van namen. De onderzoekers worden bij voornaam benoemd. De respondenten krijgen een niet herleidbare code toegewezen. Bij het benoemen

van personen in een interview worden deze codes ook toegepast. Verder zijn er voor het transcriberen afspraken gemaakt die gevolgd worden bij het uitwerken, om eenduidigheid te hebben in de transcripties. De transcriptieregels zijn te zien in tabel 3.

Tabel 3: *Transcriptieregels opgesteld voor het onderzoek.*

...	Een zin die niet afgemaakt wordt
[...]	Plaatsnamen/naam van een institutie die herleidbaar is naar de geïnterviewde.
(...)	Niet verstaanbaar.
*	Een naam van een persoon.
“ “	Uitspraak of voorbeeld van een uitspraak van een ander persoon.

Na de dataverzameling fase, komt de analysefase. Na overleg met de docentbegeleider, is er besloten om de keuze te maken tussen inductief analyseren en deductief analyseren.

Bij het analyseren is er ook gebruik gemaakt van beide methoden. Van Lanen (2010) beargumenteerd dat de triangulatie van inductief en deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek zorgt voor een combinatie van de sterke punten. Er is ook gekozen voor het vaststellen van een gemeenschappelijk fundament, om de informatie toch zinvol met elkaar te kunnen vergelijken. Dit werd gedaan door gebruik te maken van deductief analyseren. Van Lanen (2010) benoemd daarbij dat er bij inductief analyseren ruimte is voor inventiviteit en originaliteit. Kortom, alles wat buiten het vooropgestelde kader nog belangrijk wordt geacht om te analyseren. Er is gekozen om dit doen, omdat de literatuur net zo belangrijk geacht wordt als de ervaringen vanuit de realiteit. Daarbij wordt er gebruik gemaakt van verschillende invalshoeken om een zo holistisch mogelijk beeld te creëren.

Kwaliteitswaarborging

Tijdens het praktijkonderzoek gebeurt de kwaliteitswaarborging op verschillende manieren.

Als eerste zal er gebruik worden gemaakt van triangulatie. Triangulatie wordt toegepast tijdens het oriënterende literatuuronderzoek en in het theoretisch kader. Door het gebruik van een variëteit aan bronnen, zal er gezorgd worden voor verschillende perspectieven (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Ten tweede zal er door middel van een literaire onderbouwing kritisch naar de gevonden literatuur gekeken worden (bijlage 2: literaire onderbouwing). Deze verschillende perspectieven staan ook centraal bij het afnemen van interviews. Omdat er een grote diversiteit is binnen de respondenten (verschillende organisaties van zorg, beroepen en gemeenten), zal er een globaal beeld ontstaan van reablement.

Om de kwaliteit van het interview te waarborgen zal er een pilot interview afgenomen. Deze zal worden afgenomen met een onbevooroordeelde respondent, die aan alle inclusie- en exclusiecriteria voldoet. Aan de hand van de uitkomsten van dit pilot interview, zal de interviewgide bijgesteld worden.

Aan het eind van de analysefase wordt er een samenvatting geschreven van de uitkomsten van het interview. Deze samenvatting is voor de respondenten en wordt gebruikt voor een 'member check'. De respondenten hebben op dat moment de mogelijkheid om aan te geven of ze het eens zijn met de juistheid van de gegevens die zijn geanalyseerd. Hierdoor is het voor de onderzoekers mogelijk om een conclusie te trekken of de gegevens op een correcte manier zijn geïnterpreteerd en geanalyseerd. Door het gebruik van deze methode wordt de betrouwbaarheid vergroot (Koelsch, 2013).

BEGRIPPEN

Om zo transparant mogelijk te werk te gaan in het onderzoek, worden belangrijke begrippen die op verschillende manieren te interpreteren zijn, omschreven. Om de kwaliteit van ons onderzoek te waarborgen, zijn de begrippen aan de hand van verschillende bronnen omschreven. De begrippen die er vaak gebruikt gaan worden in dit onderzoek zijn;

- *Intermediate care:*

Intermediate care is een niet op middelen getest, in tijd beperkt, korte termijn ondersteuning. (AgeUk, 2019)

The National Audit of Intermediate Care (2018) categoriseert 4 types van 'intermediate care':

- Crisisrespons - diensten die korte termijn zorg bieden (tot 48 uur)
- Intermediaire care aan huis - diensten aan huis door een team met verschillende specialisten, maar vooral gezondheidswerkers, zoals verpleegkundigen en therapeuten.
- Intermediate care in instantie- diensten die niet thuis worden aangeboden, bijvoorbeeld in een gemeenschapsziekenhuis
- Reablement - diensten om zelfstandig te leren leven, die door een team van voornamelijk zorg- en ondersteuningsprofessionals thuis worden aangeboden

- *Zorgprofessionals:*

Mensen die een vak uitvoeren die gecentreerd is rondom gezondheidszorg en het bevorderen van de gezondheid van mensen (van Wingerden & Kolkhuis-Tankee, 2013). Deze definitie is erg globaal omschreven en niet gedetailleerd genoeg. Hierom wordt er gekozen om deze omschrijving niet te gebruiken voor het onderzoek.

Gedragscod Medische Hulpmiddelen (2012) formuleert een zorgprofessional als een natuurlijk persoon die betrokken is bij keuzes over gebruik, aanschaf en selectie van medische hulpmiddelen. Deze definitie omschrijft alleen een zorgprofessional die betrokken is bij de aanschaf van hulpmiddelen. De zorgprofessionals die met reablement werken zijn betrokken bij verschillende aspecten van zorg. Deze definitie is dus niet volledig en sluit niet aan bij het onderzoeksdoel.

Volgens Helen Dowling Instituut (2016) is een zorgprofessional een hulpverlener die beroepsmatig diagnostiek, behandeling, begeleiding en/of verpleging aan een patiënt/cliënt verleent of preventiewerk verricht en die een arbeidsovereenkomst met de instelling heeft. In dit geval is dit de definitie die past bij het onderzoeksdoel. Deze definitie beschrijft namelijk ook het voorkomen van een zorgbehoefte, zowel als het behandelen van een bestaande zorgvraag.

- *Self-care:*

Segall & Goldstein (1989) schreven dat self-care wordt gezien als basisbehoefte, en dat het gebruikt wordt voor zowel het behouden van gezondheid als het behandelen van een ziekte. Deze definitie is niet compleet, en het artikel is verouderd. Om de validiteit van het onderzoek te waarborgen, wordt ervoor gekozen om de meest recente literatuur te gebruiken. Dit is de reden dat deze definitie niet wordt gebruikt in dit onderzoek.

In een handleiding geschreven door de World Health Organization (WHO, 2019) over self-care interventies bij gezondheidszorg is de definitie van self-care beschreven als volgt: self-care is de mogelijkheid van individuen, families en gemeenschappen tot promoten van gezondheid, voorkomen van ziekte, behouden van gezondheid, en om te leren omgaan met ziekte en handicap met of zonder de hulp van een zorginstelling. Er is gekozen voor deze definitie omdat het de meest actuele uitwerking is van het begrip en dus relevant voor dit onderzoek.

- *Zelfstandigheid:*

Zelfstandig thuis wonen of zelfstandigheid houdt in dit onderzoek in dat een volwassene thuis woont en eigen keuzes kan maken over alle aspecten in hun leven. Dit houdt in dat een volwassene kan kiezen voor extra zorg, waardoor de mogelijkheid tot thuis wonen blijft bestaan. De behoefte aan sociale zorg staat niet gelijk aan het afnemen van de zelfstandigheid. Sociale zorg kan een volwassene ondersteunen in het maken van eigen keuzes, door een persoon voldoende te informeren over de mogelijkheden. Dit wordt benadrukt in het visiedocument van The department of Health (2005) over *independence, well-being and choice*. Dit gaat in op mentale zelfstandigheid, en is dus niet een complete definitie waardoor het niet van toepassing is op dit onderzoek.

Van Dale Uitgevers (2019) definieert zelfstandig als ‘op zichzelf’ of ‘door eigen kracht’. Deze definitie impliceert dat de zelfstandigheid af doet wanneer een persoon afhankelijk is van een vorm van zorg. Dit is niet de complete definitie die er wordt bedoeld in dit onderzoek, en dus niet relevant voor dit onderzoek.

Dirik, Cavlak & Akdag (2006) onderzochten dat de mate van zelfstandigheid afhangt van drie aspecten: functionele zelfstandigheid, mentale gezondheid en de level van mobiliteit. Onder mentale gezondheid vallen emotionele, psychisch, en sociaal welzijn. En het beïnvloed hoe mensen denken, voelen en handelen. Het bepaald hoe mensen omgaan met stress, de interactie met anderen en keuzes maken (U.S. Department of Health & Human Services, 2019). Met mobiliteit wordt bedoeld het vermogen te verplaatsen en bewegen binnen een plek of context (Patla & Shumway-Cook, 1999).

Functionele zelfstandigheid is de mogelijkheid om dagelijkse activiteiten veilig uit te voeren (Australian Institute of Health and Welfare, 2018).

De combinatie van bovenstaande begrippen geeft een complete dekking van de definitie die er wordt bedoeld. Daarom is er gekozen om de combinatie van deze begrippen aan te houden in dit onderzoek.

BEVINDINGEN

Drie thema's werden in de analyse geïdentificeerd:

(1) The art of reablement, (2) Personalised care en (3) It's all about communication and expectation (tabel 3).

De resultaten van de interviews worden gepresenteerd door middel van thema's. Deze thema's komen uit de analyse en zijn aan de hand van de onderzoeksvraag opgesteld. Deze thema's zijn beschreven met uitspraken van de respondenten over hun ervaringen en meningen. De thema's betreffen de betekenisgeving van de dienst, de cliënten die gebruikmaken van de dienst en belangrijke factoren. Bij een uitspraak van de respondent is een code gebruikt om aan te geven uit welk interview deze uitspraak komt (bijvoorbeeld R1).

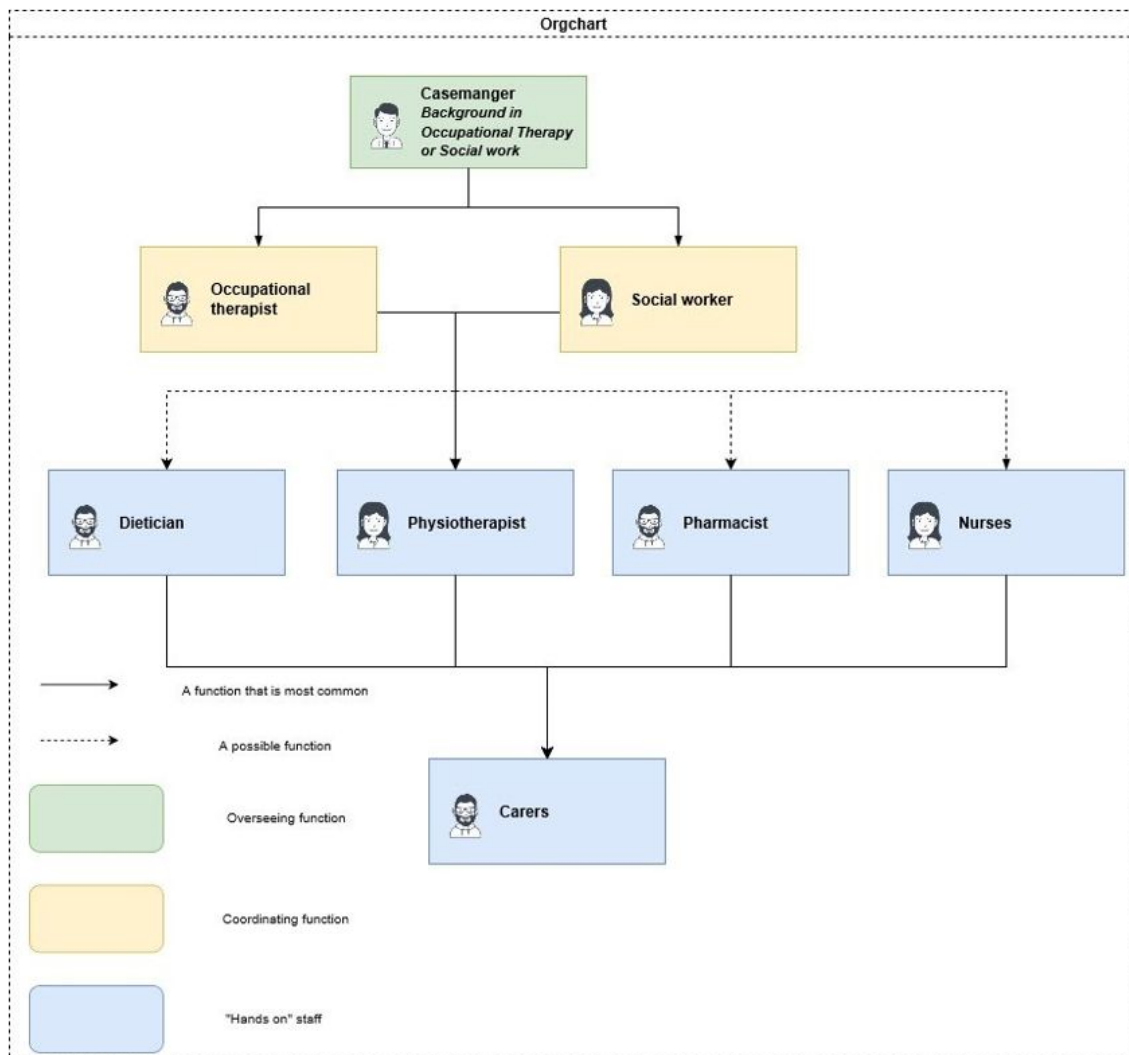
Tabel 3: *Thema's en subthema's geïdentificeerd door analyse van de afgenomen interviews.*

The art of reablement	• Formation of the team • Roles and tasks • Up to six weeks and covered by the NHS and local council • Baseline • Social contacts • Increase independence • Decrease package of care and reduce healthcare costs • Shared decision making
Personalised care	• Clients • Demographics • Referrals • Feeling entitled to 6 weeks of care
It's all about communication and expectation	• Communication between hospital and reablement team • Communication between carers of other agencies and reablement team • Expectations

The art of reablement

→ Formation of the team

Een reablement team bestaat meestal uit ergotherapeuten, fysio's, social workers en verzorgers. Soms worden er andere professionals toegevoegd bij een team, zoals diëtisten, farmaceuten en verpleegkundigen. Het is niet bekend waarom de teams in deze samenstelling worden opgesteld. In de volgende afbeelding is te zien hoe een reablement team opgesteld kan zijn.



Afbeelding 2: Organogram van hoe een reablement team opgesteld kan zijn op basis van de uitkomsten van de interviews.

“A part-time dietitian, we’ve[the reablement team] got social workers... We’ve got physios, we’ve got nurses and OTs and therapy assistants. And then we have also the inhouse rehab assistants.” [R1]

“We have occupational therapist, physiotherapist, social worker and I think pharmacist.” [R3]

→ Roles and tasks

Veel rollen overlappen in een reablement team. Veel taken kunnen door verschillende professionals uitgevoerd worden. Hoewel dit kan zorgen voor verwarring, zorgt het er voornamelijk voor dat het werk op een efficiëntere manier uitgevoerd kan worden omdat er geen extra professional bij geroepen moet worden bij bepaalde verrichtingen.

“We[reablement team] have something called a skillshare day, where we all get together and... [professionals share certain skills to decrease the number of calls.] ... It empowers you as well, because it means that you can kind of manage. You feel competent to manage what you need to.” [R2]

→ Up to 6 weeks covered by the NHS and local council.

Reablement is een service die voorzien wordt vanuit de gemeenten. Elke gemeente heeft zijn eigen team en werkt op een andere manier. Reablement is een gratis service voor iedereen die in het VK woont en kan voorzien worden voor een maximum van 6 weken. Dit betekent niet dat elke cliënt reablement gebruikt voor 6 weken.

“The reablement is jointly sponsored by the hospital and the local authority.” [R3]

“So we can provide reablement support for up to six weeks” [R2]

→ Baseline

Reablement is een service die mensen helpt om terug naar hun ‘baseline’ te komen na ontslag uit het ziekenhuis. Baseline is simpel gezegd de basisbehoefte die iemand nodig heeft om zelfstandig thuis te wonen. Er wordt een checklist gebruikt om de doelen te verwoorden (Zie bijlage 4: checklist goals). Deze checklist is aangeleverd door een van de participanten tijdens het interview.

“The main goals in reablement revolve around mobility inhouse and outhouse, selfcare and meal preparation.” [Bijlage 4]

“So they [patient] need to have goals. They [patient] need to have identified goals around personal care, meal preparation, mobility. Getting out and about, just all of the ADL kind of activities. And achievable within our timeframe.” [R2]

“So mostly the reablement comes from the hospital was there well enough to be discharged but that man might just need extra help to get him back to that baseline.” [R3]

→ Social contacts

Aan familie wordt gevraagd om cliënten te ondersteunen bij de *initial assessment*. In de reablementenservice worden sociale contacten zoals vrienden of familie alleen gebruikt wanneer ze de cliënt al bij hun dagelijkse activiteiten ondersteunen. De service niet afhankelijk van sociale contacten om de rol van verzorger op zich te nemen. Dit betekent dat de sociale contacten worden gebruikt om cliënten te ondersteunen bij hun behandeling, maar niet als een oplossing gezien worden.

“We try not to use them [family] as a carer unless they're for that to be their role.” [R2]

“Oh yeah! So using them in terms of practice, reinforcing what we’ve said, supervising exercises, you know, working towards goals.” [R1]

→ **Increase independence**

De focus ligt bij reablement op het bevorderen van de zelfstandigheid van de cliënt, zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Alle doelen zijn gefocust rondom de potentie die een cliënt heeft en het daarvan gebruik maken om de zelfstandigheid te bevorderen. Het draait allemaal om wat een cliënt kan doen en deze empoweren om te werken aan wat ze niet kunnen.

"So I always think of reablement of trying to encourage independence. So trying to get someone as independent as possible, to maximize their independence in their own daily activities." [R2]

The nature of the service is about maximizing people's potential. Giving them a chance and empowering, and empowering gives them choices. [R4]

→ **Decrease the package of care and to reduce healthcare costs.**

Met het gebruik van reablement ben je in staat iemands zorgvraag te beoordelen. Het maakt het ook mogelijk om snel te bepalen wat iemand wel en niet kan doen. Met deze aanpak worden doelen vastgesteld samen met de cliënt waaraan het reablement team zal werken. Deze doelen zijn zodanig vastgesteld dat uiteindelijk een vermindering van de afhankelijkheid van zorg wordt bereikt. Dit zorgt voor een vermindering van de intensiteit en de frequentie van zorg

"And to just view things differently and it may not be in that purist sense of what's their [the client] goal and it may be, how can we reduce their package of care, and reduce the financial burden on this person and therefore improving their quality of life." [R1]

"So deciding how much help is necessary, instead of putting a package of care to the maximum, reablement treatment is a good way to assess exactly what the person needs is an assessment pathway." [R4]

→ **Shared decision making**

Tijdens het proces is er niet altijd ruimte voor de cliënt om te kiezen wat ze willen doen. Het gebeurt soms dat een cliënt bij de reablement service uitkomt, maar het niet wil. Het ziekenhuis zet teveel druk op het gebruik van reablement in ontslag te versnellen. Wanneer ze eenmaal in de dienst zitten wordt er wel gecontroleerd wat de cliënt wil. Met de eerste beoordeling kan iemand ervoor kiezen om de dienst te verlaten wanneer ze dit willen. De risico's worden dan wel gecontroleerd en genoteerd, maar cliënten kunnen niet geforceerd worden in de service te blijven. Als de cliënt in de service wil blijven kijken de cliënt en de professional die de eerste beoordeling afneemt naar wat de cliënt wel en niet kan doen. De doelen worden aan de hand van deze uitkomsten gesteld.

"I am aware of my reablement goals and plan which has been discussed and agreed with me." [Bijlage 5]

"I'm going to him [the client] yesterday and he said he doesn't want the service. So I said to him: "Why do you come in here?". He [the client] said: "They [the hospital] wanted me to have it." [R3]

"Go in with their consent, test them and try and formulate goals with them as to what they would like to improve their independence with." [R1]

Personalised care

Reablement is een dienst die is opgesteld voor mensen die ontslagen zijn vanuit het ziekenhuis en is 18 jaar en ouder. Het is vereist dat ze potentie hebben om te verbeteren. Ze moeten cognitief goed genoeg zijn om informatie te verwerken. Hoewel iedereen recht heeft op reablement, wordt geschat dat 90% van de cliënten 60+ is. Cliënten kunnen door ontslag vanuit het ziekenhuis of door verwijzing vanuit de wijk komen. Wijk doorverwijzingen komen vaak van andere professionals in de gemeente, familie of andere mensen in het sociale netwerk van de cliënt. Dit gebeurt meestal wanneer iemand thuis achteruit gaat.

→ Clients

Veel cliënten binnen de reablement dienst zijn 65 jaar of ouder. Vallen is een groot probleem bij de leeftijdsgroep van 80 jaar en ouder. Veel van de reablement dienst is rondom vallen en valpreventie.

“Most of, I’d say 90 percent is in their 70 plus.” [R4]

“So it’s very much around education on looking after themselves [clients] and prevention of falls and prevention of complications if they do fall.” [R2]

Het is ook verplicht dat de cliënten mogelijkheid tot verbetering hebben. Ze moeten cognitief goed genoeg zijn om informatie te verwerken.

“So they [client] need to be able to participate in rehab. So they [client] need to be, cognitively be able to understand and process information that’s given to them. And follow, kind of, basic step instructions.” [R2]

“That they have rehab potential. That they’re able to retain information and progress basically.” [R1]

→ Demographics

In achterstandsgebieden zijn mensen eerder afhankelijk van de reablement dienst. Dit kan teruggezien worden in ontwikkelde wijken waar de levensverwachting hoger is dan die van achterstandswijken. De achterstand komt door een gebrek aan hoger onderwijs en niet genoeg geld om te besteden aan een gezonde levensstijl.

“Obviously we’ve got areas of deprivation where that is turned on its head, and you can have 60 year olds who are less good as some of the affluent 90 year olds which is really sad.” [R1]

“ So because people in Wimbledon are financially more stable, they make more money, they live longer than people in poorer areas. So we had a lot of our very elderly people coming to reablement.” [R4]

Ouderen uit de jaren 40 maken minder vaak gebruik van de reablement dienst. Dit komt omdat oudere generaties opgegroeid zijn met een ander zorgsysteem en liever hun eigen problemen oplossen.

“Because I’m talking the people that have been through kind of the First World War type of thing. Where they didn’t have NHS, they didn’t have a safe Social Care system, they are very stoic, they’re very independent and real problem solvers. And they do not ask the state for help... I think that with the generation, certainly from England’s point of view, that are coming through are more dependent on the state.” [R1]

→ Referrals

Clënten kunnen doorverwezen worden vanuit het ziekenhuis en vanuit de wijk. De doorverwijzingen vanuit de wijk komen meestal vanuit andere professionals in de wijk, de familie of andere mensen in het sociale netwerk van de cliënt.

“Richmond access team often contacts us: “we’ve had a phone call, this person’s not well at home. ... Could you go out and see them?” We will then pick up.” [R2]

“So we have a referral from the house so we accept referrals from the hospital directly. Then we also accept community referrals.” [R4]

→ The feeling of being entitled to the six weeks of care.

Het gebeurt soms dat cliënt afhankelijk worden van de 6 weken zorg. Ze houden zich eraan vast, niet alleen omdat ze denken dat ze het nodig hebben, maar ook omdat ze niet willen betalen voor de extra zorg na de reablement dienst. Reablement is een dienst die niet perse 6 weken nodig is.

“They [clients] don’t pay for the support, so they cling on to the six weeks of care.” [R2]

“So they [the clients] get upset because ... they need to pay, because district nurse is not free of charge... So people are not happy about it.” [R4]

It’s all about communication and expectation.

→ Communication between hospital and reablement team.

De communicatie tussen het ziekenhuis en het reablement team kan soms moeilijk verlopen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat cliënten de dienst binnenkomen die het eigenlijk niet nodig hebben. Dit gebeurt omdat het ziekenhuis en de gemeente wil dat iedereen de beoordeling krijgt om de zorgkosten te verminderen. Het ziekenhuis weet niet altijd wat het reablement team nodig heeft voor hun interventies en vice versa. Dit zorgt voor een verminderde efficiëntie in het werk. Vaak gaat er tijd verloren aan het verkrijgen van de juiste informatie voor de doorverwijzing.

“Sometimes from a hospital point of view, they feel that we’re trying to prevent discharge sometimes rather than facilitate discharge.” [R2]

“We’re gonna let you know this person is in hospital and we communicate over the period of time until, say we’ll be asking for a therapy report in that instance.” [R1]

Er is niet alleen een gat in de communicatie van de verwijzingen, er is ook veel druk op het ziekenhuisontslag omdat er een limiet aan aantal bedden is. Wanneer er ontslag wordt doorgegeven aan het reablement team is het verplicht voor het team om ze aan te nemen.

“They basically, because there is so much pressure on hospital discharge, they [management] want us to basically accept anything that comes through the door, which has its pros and cons. Obviously, it releases the hospitals to accept more referrals but sometimes it blocks our reablement provision as far as the care side of things goes.” [R2]

“That’s different because we are under a lot of pressure to discharge from the hospitals. As soon as a hospital give a red alert they need to have beds. This means we need to take everyone.” [R4]

→ **Communication between carers from other agencies**

Het kan voorkomen dat de verzorgers aangenomen worden vanuit andere instantie, hierdoor zitten zij in een ander gebouw. Dit betekent dat de werknemers elkaar niet kennen en niet direct met elkaar kunnen communiceren. Elke onduidelijkheid tijdens werk, andere werkwijze of onenigheid kunnen niet direct doorgegeven worden aan de betrokken persoon. Door de tijd die besteed wordt aan het doorbrengen van deze punten kan er een verminderde tijdsplanning ontstaan.

“But these people [the carers], they have their own contracts with their own companies, and they’re asked to do this work on our behalf but they report to their own, their own managers etc. And so there is the problem, it goes to their manager, and it relies on their manager coming to us [the reablement team], and getting to us and telling us that there is an issue.” [R1]

→ **Expectations**

Omdat er bepaalde verwachtingen zijn bij het gebruik van de dienst vanuit het ziekenhuis en de gemeente wordt er veel druk gezet op de professionals in het team en dat vergroot de werkdruk. Het duurt lang om cliënten te beoordelen wanneer ze zichtbaar niet in aanmerking komen voor reablement, maar een langetermijn zorgpakket nodig hebben. Het wordt verwacht dat het reablement team vaststelt welk zorgpakket iemand nodig heeft. Dit veroorzaakt een verlies van tijd die besteed kan worden aan mensen die de dienst echt nodig hebben.

“Like this a start up assessment, yes. So that's the reablement here in Morton is used on say 60 percent of the time as an assessments. Halfway, for a long term care package.” [R4]

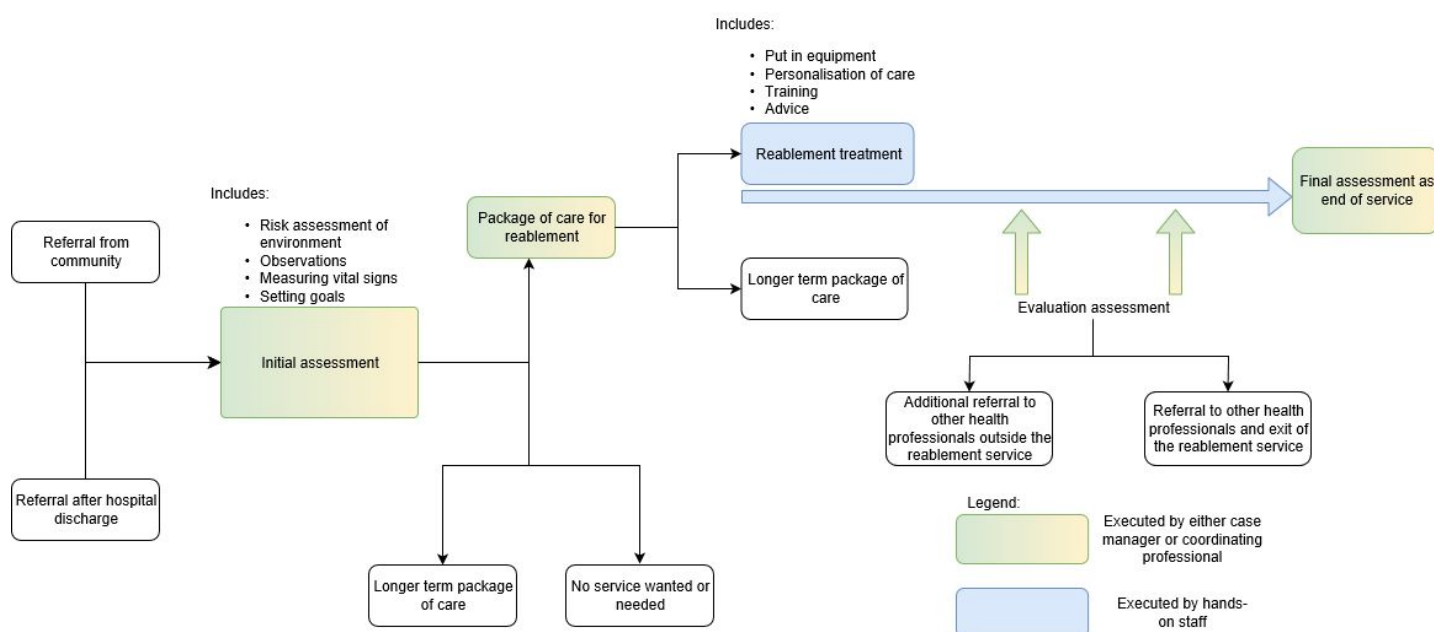
“When I get a referral and I go through I'll say: "This is not reablement." Some you can tell. "This is not reablement." They [the hospital] can just arrange long term support from the hospital, rather than bringing them here [the reablement team].” [R3]

DISCUSSIE

Betekenis van reablement

Deze studie onderzocht de betekenis van reablement door vier zorgprofessionals te interviewen die daadwerkelijk in een reablement team in verschillende gemeenten van Londen werken. Uit de interviews en documenten van de deelnemers bleek dat reablement een dienst is van de National Health Service (NHS) en de gemeente. Reablement wordt meestal gebruikt door ouderen, maar is beschikbaar voor iedereen ouder dan 18 jaar om de zelfstandigheid te vergroten.

Deze service wordt tot zes weken aangeboden en helpt mensen terug naar *baseline* of biedt het juiste zorgpakket aan. Doelen rondom het teruggaan naar *baseline* zijn meestal gericht rond hulp bij maaltijdbereiding, zelfzorg en mobiliteit inhouse en bijgebouw. Soms draait de service om ervoor te zorgen dat de cliënt op de baseline blijft, door preventieve zorg aan te bieden. Om die doelen te bereiken kan een reablement team apparatuur, training of advies geven. Door reablement te gebruiken, worden de zorgkosten verlaagd, door het gebruik van zorg terug te dringen en zorg te personaliseren. In de onderstaande afbeelding wordt getoond welke opties er zijn in een reablement service.



Afbeelding 3: Mogelijke routes in een reablement service.

Er wordt geen aandacht besteed aan vrijetijdsactiviteiten, het hervatten van werk of het hervatten van andere rollen zoals het zijn van een grootouder of vriendin. De dienst richt zich niet op alle activiteiten van het dagelijkse leven. Het gaat om het minimum om thuis te blijven.

Communicatie en verwachtingen zijn grote aspecten die reablement beïnvloeden. Het kan voorkomen dat cliënten het idee hebben dat ze recht hebben op 6 weken zorg en daar echt aan vasthouden. Dit gebeurt omdat de service gratis is en sommige klanten niet altijd voor zorg willen betalen. Voor een reablement- medewerker is dit een moeilijk probleem.

De communicatie beïnvloedt ook wie de dienst betreedt. Na ontslag uit het ziekenhuis komen veel mensen in de reablementenservice, waar ze niet altijd thuishoren. Dit komt door de grote druk op ontslag van cliënten uit het ziekenhuis. Het feit dat de klant niet altijd inspraak heeft om al dan niet in dienst te treden, speelt ook een rol. Beide aspecten zorgen ervoor dat de druk op de service wordt verhoogd en dat de efficiëntie afneemt.

Tijdens de interviews merkten de student onderzoekers veel overeenkomsten tussen reablement en de kernwaarden van ergotherapie in Nederland. Van Hartingsveldt, Logister-Proost en Kinébanian (2010, p. 15) definiëren ergotherapie als een manier om het handelen mogelijk te maken en de participatie in het dagelijks leven te vergroten om gezondheid en welzijn te bevorderen. Dit wordt bereikt door het benutten en vergroten van de mogelijkheden van de persoon met betrekking tot beroep en / of door aanpassing en gebruik van de omgeving.

Zoals uit de bevindingen blijkt, kan reablement in het VK worden gedefinieerd als een methode om de gezondheid en het welzijn te verbeteren door tijdelijk gebruik van zorg. Alle doelen zijn gericht op het potentieel van een cliënt en het gebruik hiervan om de onafhankelijkheid te vergroten. Het draait allemaal om wat een cliënt kan doen en hen in staat stellen om te werken aan wat ze niet kunnen doen. Om hun doelen te bereiken, kan een reablement team apparatuur, training of advies geven. Deze hebben betrekking op de aanpassing en het gebruik van de omgeving zoals eerder vermeld in de definitie van ergotherapie.

Als we deze twee definities vergelijken, zou je kunnen zeggen dat de methoden erg op elkaar lijken. Beide gebruiken interventies en empowerment als een hulpmiddel om de onafhankelijkheid van de cliënt te vergroten. Door realistische doelen te stellen, kan de tijd besteed aan de service efficiënt worden gebruikt. De definitie van gezondheid door Huber et al. (2011) is van toepassing op beide methoden. Huber definieert gezondheid als "het vermogen om zich aan te passen en zichzelf te onderhouden, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen". Gezondheid gaat niet meer over gezond zijn, het gaat over het zelfstandig omgaan met de uitdagingen van het leven. Bij ergotherapie en reablement draait het allemaal om het maximaliseren van de rol van de menselijke capaciteit.

Belang en implementatie in Nederland

De komende 25 jaar zal er een groei van 55% zijn bij de oudere generatie (65+) in Nederland (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Deze groeiende groep ouderen zal last hebben van multimorbiditeit en andere problemen zoals vallen, geheugenverlies, problemen met zien en horen en beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, eenzaamheid en polyfarmacie. Al deze problemen verhogen de druk op formele zorg, omdat de behandelingen steeds complexer worden. De druk op informele zorg neemt ook toe als gevolg van de verschuiving in de verhouding van mogelijke mantelzorgers voor ouderen van een op tien naar een op vier in de komende 25 jaar.

Naast een verschuiving in de verhouding mantelzorgers, is er ook een verschuiving in de verhouding wijkverpleging. Volgens Vilans (2018) werkten in 2015 ongeveer 8,800 HBO-verpleegkundigen in thuiszorg, een tekort van 4%. De verwachting is dat tussen 2019 10,000 tot 13,500 thuisverpleegkundigen nodig zullen zijn (een stijging van 8% - 45% in vergelijking met 2015). Door het tekort aan formele zorg kunnen zorgvragers geen professionele hulp vragen wanneer dat nodig is. Dit verhoogt ook de druk op mantelzorgers.

Om ervoor te zorgen dat het gebrek aan zorgverleners niet toeneemt, is het belangrijk om de druk op beide soorten zorg te verminderen.

Het gebruik van reablement als een eerste beoordeling wordt veel gebruikt in het VK. Hierdoor wordt de instroom van cliënten beheerst en is het de bedoeling om controle te houden over de juiste inzet van het zorgpakket. Hiermee kan ook een deel van de zorg worden verminderd.

Als reablement in de Nederlandse context zou worden toegepast, zouden de student onderzoekers pleiten voor het gebruik van de initiële beoordeling voor lokale besturen. Omdat de instroom van cliënten in Nederland niet wordt gecontroleerd, bestaat de kans dat zorg niet efficiënt wordt gebruikt of ingesteld. Het gebruik van de eerste beoordeling zou bepalen wie wat nodig heeft in hun zorgpakket en daarmee de benodigde professionals verminderen. Dit kan ook de werklast van zowel informele als formele zorgverleners verminderen.

In het VK wordt formele zorg voornamelijk gebruikt voor behandeling in reablement. Informele zorg, zoals familie, kennissen, burens of andere sociale contacten, wordt op een andere en minder intensieve

manier gebruikt dan in Nederland. Zoals uit de bevindingen blijkt, wordt in het VK niet verwacht dat de omgeving een rol als verzorger op zich zal nemen, terwijl dit in Nederland actief gebeurt. Beide opties lijken niet de ultieme oplossing voor het steeds groter wordende probleem. Wat betreft het al dan niet inzetten van het sociale netwerk, het VK en Nederland bevinden zich aan beide uitersten van een spectrum rondom formele zorg en er zijn nog steeds veel kansen voor beide landen. Naast het pleiten voor het gebruik van de initiële beoordeling, zouden de student onderzoekers pleiten voor het gebruik van reablement in Nederland. Echter, reablement zou alleen succesvol in Nederland zijn als de maatschappelijke context wordt gebruikt op een manier die niet schadelijk is voor de formele en informele zorg, zoals het nu is.

Om het gebruik van sociale contacten toe te passen, adviseren de student onderzoekers het gebruik van Community Based Rehabilitation (CBR). In Nederland is het gebruik van CBR een opkomend fenomeen. CBR richt zich op drie aspecten: fysiek, mentaal en sociaal. Implementatie van CBR vindt plaats door de gezamenlijke inspanning van mensen met een beperking, hun families en gemeenschappen en relevante voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs, beroepsopleiding en sociale zaken (WHO, 2004). Bij het gebruik van CBR ligt de focus daarom niet op het onmiddellijk vergroten van het zorgpakket, maar in eerste instantie kijken naar wat er al in de gemeenschap wordt aangeboden. Dit varieert van preventie en persoonlijke ondersteuning tot het gebruik van meer algemene voorzieningen. (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2017, p. 75). Bovendien wordt een nieuwe bron gecreëerd die tijdens de behandeling kan worden gebruikt.

Het is bewezen dat sociale betrokkenheid bij kwetsbare ouderen betekent dat er minder kans is op lokale zorg (bezoek aan een arts of huishoudhulp) (Bath & Gardiner, 2005). Door de sociale context te gebruiken, zullen mensen in eerste instantie hulp zoeken in hun gemeenschap, voordat ze contact opnemen met een arts of verzorger. Dit heeft tot gevolg dat cliënten onafhankelijker en minder afhankelijk zijn van formele zorg, evenals de last van informele zorg door meer mensen.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een kracht van het onderzoek was het gebruik van zowel literatuur over reablement als persoonlijke ervaringen van de professionals bij het verzamelen van gegevens en het analyseren van de verzamelde gegevens. De validatie en de kwaliteit van het onderzoek namen toe omdat het onderzoek niet werd beperkt tot één aspect van een definitie.

De interviews die werden afgenomen waren zeer diepgaand. Door de verzamelde gegevens uit de interviews te combineren, konden de student onderzoekers het hoofddoel van het onderzoek beantwoorden. Door literatuur toe te voegen, konden de student onderzoekers een andere betekenisvolle laag aan de informatie toevoegen. En dus een vergelijking kunnen maken tussen twee totaal verschillende contexten (het VK en Nederland).

Omdat de studenten onderzoekers drie maanden in Londen woonden, konden er met andere gezondheidsprofessionals gepraat worden buiten reablement. Op deze manier kon de Britse context en de cultuur begrepen worden en het effect hiervan op reablement.

In het onderzoek zijn een aantal beperkingen aangetroffen. Deze beperkingen hebben effect gehad op de betrouwbaarheid en de resultaten. Ten eerste zijn er problemen geweest met de privacywetgeving. Omdat twee verschillende wetten in acht moesten worden genomen, was het erg moeilijk om een optimale oplossing te vinden. Dit maakte het ook moeilijker om professionals te werven voor het onderzoek, omdat er strikte wetgeving is voor het uitvoeren van onderzoek in Engeland. Voor het houden van een officieel interview zou ethische toestemming moeten worden aangevraagd. Als gevolg hiervan werden niet veel deelnemers aangeworven, wat een impact had op het aantal resultaten. Hoewel de interviews zeer grondig waren, zou het onderzoek betrouwbaarder zijn geweest als meer mensen uit verschillende beroepen en uit verschillende gemeenten waren geïnterviewd. Dit zou ook bijdragen aan de geldigheid van het onderzoek.

Tijdens de analyse van de gegevens werd duidelijk dat de student onderzoekers niet altijd consequent vragen stelden. Dit was met name de waarom-vragen. Bijvoorbeeld: de deelnemers spraken over de samenstelling van een team, maar achteraf was er geen vraag waarom een team op deze manier was samengesteld. De onderzoekers wilden consequent de waarom-vraag stellen. Uit het pilot-interview bleek niet dat er meer aandacht moest worden besteed aan het doorvragen, achteraf gezien had dat wel het geval moeten zijn.

Bovendien ligt de focus van dit onderzoek alleen op Londen zelf. Het zou een toevoeging zijn als het breder werd getekend dan Londen. Er waren al zoveel verschillen tussen de verschillende gemeenten dat kan worden gesuggereerd dat er ook verschillen zijn binnen het VK. Er zijn ook verschillende landen die reablement gebruiken, dus een volgende stap zou kunnen worden genomen door de implementatie ervan te onderzoeken.

Toekomstig onderzoek

De student onderzoekers zijn van mening dat er nog vervolgonderzoek moet worden uitgevoerd om reablement in de Nederlandse setting te implementeren. Voor het gebruik van deze dienst en CBR als toevoeging stellen zij voor om het effect van CBR op het revalidatieproces in Nederland te onderzoeken. In hoeverre wordt het nu gebruikt en wat zorgt voor een efficiënte implementatie. Dit onderzoek kan aantonen hoe dit resulteert in maatschappelijke betrokkenheid en of dit leidt tot een reële vermindering van de vraag naar formele zorg.

Bovendien zijn de student onderzoekers nieuwsgierig naar het gebruik van de gemeenschap in de Engelse context. Een extra onderzoek zou kunnen ophelderen hoe de gemeenschap daar wordt gebruikt of wat de verbeterpunten zijn. Uit dit onderzoek kan worden onderzocht of CBR, of een versie daarvan, in Engeland kan worden toegepast.

CONCLUSIE

Deze studie onderzocht de betekenis van reablement door vier gezondheidswerkers te interviewen die daadwerkelijk in een reablement team in verschillende gemeenten van Londen werken. Uit de interviews en documenten van de deelnemers bleek dat reablement een dienst is van de National Health Service (NHS) en de gemeente. Reablement wordt meestal gebruikt door ouderen, maar is beschikbaar voor iedereen ouder dan 18 jaar om de zelfstandigheid te vergroten.

Deze service wordt tot zes weken verleend en helpt mensen terug naar de *baseline* of biedt het juiste pakket zorg. Goals rond om terug naar de basislijn zijn meestal gericht rond hulp bij maaltijd bereiden, zelfzorg en mobiliteit inhouse en bijgebouw. Soms draait de service om ervoor te zorgen dat de klant op de basislijn blijft, door inspanningen te leveren om verslechtering te voorkomen. Om die doelen te bereiken kan een reablement team apparatuur, training of advies geven. Door reablement te gebruiken, worden de zorgkosten verlaagd, door het gebruik van zorg terug te dringen en zorg te personaliseren. Zoals afgebeeld in afbeelding 3 zijn er voor en tijdens het reablement traject veel verschillende opties die een cliënt kan nemen.

Er zijn delen van reablement die een toevoeging aan de Nederlandse gezondheidszorg zouden zijn. De student onderzoekers zouden de lokale raden adviseren om de initiële beoordeling te gebruiken die reablement heeft, en dus de instroom van cliënten te beheersen. Het tweede advies zou zijn om reablement te implementeren, maar om de sociale context toe te voegen en te gebruiken op een manier die niet schadelijk is voor informele zorg.

Een manier om de mantelzorgers minder schade toe te brengen en de druk op formele zorg te verminderen is het gebruik van CBR. CBR wordt al in Nederland toegepast. Door CBR te combineren met reablement wordt een andere bron aan de behandeling toegevoegd.

Voor de cliënt betekent dit dat er mogelijkheden zijn voordat de arts wordt ingeschakeld. Met de optie om eerst contact op te nemen met de gemeenschap, zullen de cliënten zich zelfstandiger voelen en minder afhankelijk zijn van formele zorg, evenals de last van informele zorg die wordt gedragen door meer mensen.

TIJDSPLANNING

Tabel 4: Tijdsplanning voor het praktijk onderzoek.

Week/Taak	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	01	02
Start PO	X																		
Oriënterend onderzoek				X	X	X	X												
Goedkeuring opdrachtgever				X															
Reisdata							<i>X</i>											<i>X</i>	
Onderzoeksopzet af									<i>X</i>										
Werving respondenten								X	X										
Pilot interview										<i>X</i>									
Dataverzameling											X	X	X	X	X				
Data analyse												X	X	X	X				
Deadline artikel																			X

Om een duidelijk overzicht te verkrijgen van de deadlines binnen dit onderzoek, is er een tabel gemaakt in welke week deze zich in bevinden. De deadlines die niet te verplaatsen zijn, zijn dikgedrukt. Sommige deadlines zijn flexibel, deze zullen schuingedrukt zijn. Echter betekent flexibel dat deze alleen verplaatst kunnen worden in uitzonderlijke situaties.

LITERATUURLIJST

AgeUK (2019). *Intermediate care and reablement* (Factsheet nr. 73). Geraadpleegd op 18 november 2019, van:

https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs76_intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf

Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *Person - level of functional independence*.

Geraadpleegd op 1 november 2019, van

<https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/449150#targetText=Functional%20independence%20is%20the%20ability,Person%E2%80%94level%20of%20functional%20independence>

Autoriteit Persoonsgegevens. (2019). Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Geraadpleegd op 31 oktober 2019, van

<https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-avg/algemene-informatie-avg>

Baarda, B. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (Vol. Vierde druk). Houten, The Netherlands: Noordhoff Uitgevers BV.

Beresford B, Mann R, Parker G, Kanaan M, Faria R, Rabiee P, et al. (2019) *Reablement services for people at risk of needing social care: the MoRe mixed-methods evaluation*. Health Serv Deliv Res.

Biene, M. van, Bobbink, E., Degen-Nijeboer, H., Geurts, E., Heessels, M., Kohlmann, J., Pelzer, M., & Woudenberg, J. (2012). *Narratief! Wablie? Ieder zijn eigen verhaal*. Nijmegen: Lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. In Van der Donk & Van Lanen, *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (pp. 192-205). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

De Boer, F. (18 mei 2016). *Mixed Methods: een nieuwe methodologische ervaring?* KWALON, jaargang 11 (2006) nummer 2. Geraadpleegd op 30 oktober 2019, van

https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-11-2-2/Mixed-Methods-een-nieuwe-methodologische-benadering

Department of Health. (2005). *Independence, Well-being, and Choice: Our Vision for the Future of Social Care for Adults in England* (Vol. 6499). Geraadpleegd op 17 oktober 2019, van:

<https://www.gov.uk/government/publications/independence-well-being-and-choice-our-vision-for-the-future-of-social-care-for-adults-in-england>

Dirik, A., Cavlak, U., & Akdag, B. (2006). Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: gender differences.

Archives of Gerontology and Geriatrics, 42(3), 339-350. Geraadpleegd op 1 november 2019, van

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494305001093>

De Klerk, M., de Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2014). Informele hulp: wie doet er wat. *Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in*.

Edelenbos, J., & Monnikhof, R. (2001). *Lokale interactieve beleidsvorming*. Utrecht: Lemma BV.

Faculteit gezondheid, gedrag en maatschappij (FGGM) van de HAN. (2017). Gedragscode bij het uitvoeren praktijkgericht onderzoek met mensen. Geraadpleegd op 17 maart 2019, van

https://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/ethische-adviescommissie-onderzoek/_attachments/gedragscode_onderzoek_met_mensen_25-01-17.pdf

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch. In Van der Donk & Van Lanen, *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (pp. 192-205). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Gedragscode Medische Hulpmiddelen. (2012, 1 januari). *Toelichting bij de Gedragscode Medische hulpmiddelen*. Geraadpleegd op 1 november 2019, van http://www.vgt.nl/downloads/pdf/gedragscode_toelichting.pdf

Helen Dowling Instituut (2016). *Statuut Zorgprofessionals*. Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.hdi.nl/0.9.2/wp-content/uploads/2016/11/Professioneel-Statuut-HDI.pdf>

Internationaliseringsagenda voor het onderwijs, 2006 - 2011, (2005). Den Haag: Onderwijsraad.

Jonker, J., & Pennink, B.J.W. (2004). *De kern van methodologie*. Assen: Van Gorcum.

Koelsch, J.E. (2013). *Reconceptualizing the Member Check Interview*. *International Journal of Qualitative Methods*. Gedownload op 13 maart 2019, van <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/160940691301200105>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.

NHS (z.d.) *What does NHS England do?* Geraadpleegd op 18 november 2019, van: <https://www.england.nhs.uk/about/about-nhs-england/>

Office for National Statistics (n.d.). *Living longer: how our population is changing and why it matters* door Office for National Statistics. Geraadpleegd 23 oktober 2019, van <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/livinglongerhowourpopulationischangingandwhyitmatters/2018-08-13#how-do-changes-in-the-uk-population-compare-with-the-rest-of-the-world>

Office for National Statistics (2018). *Living longer: how our population is changing and why it matters*. Geraadpleegd op 18 november 2019, van <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/livinglongerhowourpopulationischangingandwhyitmatters/2018-08-13#how-do-changes-in-the-uk-population-compare-with-the-rest-of-the-world>

Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). *Constraints and opportunities with interview transcription: Towards reflection in qualitative research*. *Social forces*, 84(2), 1273-1289.

Oost, H. & Markenhof, A. (2016). *Een onderzoek voorbereiden*. (2de druk). Amersfoort: Thieme Meulenhoff.

Parker G, Peet S. (2001) *Position Paper on Intermediate Care for the Department of Health*. Leicester: Nuffield Community Care Studies Unit, University of Leicester

Patla, A. E., & Shumway-Cook, A. (1999). Dimensions of mobility: defining the complexity and difficulty associated with community mobility. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(1), 7-19. Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://journals.humankinetics.com/view/journals/japa/7/1/article-p7.xml>

Reulink, N. & Lindeman, L. (2005) Kwalitatief onderzoek. Geraadpleegd op 20 januari 2019, van: [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018, april). *Synthese. De impact van de vergrijzing*. Geraadpleegd op 13 november 2019, van <https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing>

Rijksoverheid. (2013). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op 28 oktober 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>

Rijksoverheid Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016, januari). *Het Nederlandse Zorgstelsel*. Gedownload op 13 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>

Social Care Institute for Excellence. (2013) *SCIE Guide 49: Maximising the Potential of Reablement*. London: Social Care Institute for Excellence.

Segall, A., & Goldstein, J. (1989). Exploring the correlates of self-provided health care behaviour. *Social Science & Medicine*, 29(2), 153-161. Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953689901639>

Spierings, D. (2013). *Interviewguide; Bewoners*. Geraadpleegd op 30 oktober 2019, van <http://bzwatlas.dev.buro302.nl/files/Interviewguides%20casestudy.pdf>

Steiner A. (1997) *Intermediate Care: A Conceptual Framework and Review of the Literature*. London: The King's Fund

Stoelinga, L. E. M. (2018). *Mantelzorgondersteuning in een participatiesamenleving* (Bachelor's thesis). Geraadpleegd op 28 oktober 2019, van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/371260>

The National Audit of Intermediate Care (2018). *Intermediate Care including reablement. Quality standard*. Geraadpleegd op 9 december 2019, van: <https://static1.squarespace.com/static/58d8d0ffe4fcb5ad94cde63e/t/5b6c223c40ec9a4e34891ecb/1533813308860/NICE+Quality+Standard+NG+173+intermediate-care-including-reablement-pdf-75545659227589.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. (Working Paper No. ESA/P/WP.241.) Geraadpleegd op 18 november 2019, van: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf

U.S. Department of Health & Human Services. (2019, 4 mei). *What is Mental Health?* Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health>

Van Dale Uitgevers (2019). *Betekenis zelfstandig*. Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/zelfstandig#.Xbw5A-hKg2w>

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn: Kwalitatief en kwantitatief onderzoek*. (2de herziene druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Van Lanen, M. V. (2010). *Inductief én deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek: het geheel is meer dan de delen* (Doctoral dissertation, Fontys Hogescholen). Gedownload op 20 januari 2020. van https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_fontys:oai:surfsharekit.nl:876149f6-a446-451a-90c9-69989fe0b6b8

Van Wingerden, J. en Kolkhuis-Tankee, I. (2013). *De veranderende rol van de zorgprofessional in de intramurale ouderenzorg*. Geraadpleegd op 1 november 2019, van <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/02/Trotse-professional.pdf>

Veldheer, V., Jonker, J. J., Noije, L. V., & Vrooman, C. (2012). [Sociaal Cultureel Planbureau] Een beroep op de burger. *Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid*. Geraadpleegd op 28 oktober 2019, van: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Een_beroep_op_de_burger

Verbeek-Oudijk, D., & van Campen, C. (2017). [Sociaal Cultureel Planbureau] *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Geraadpleegd op 28 oktober 2019, van: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Ouderen_in_verpleeghuizen_en_verzorgingshuizen

Verhoef, J. (11 april 2013). *Eigen regie versterken: geen zaak van de patiënt alleen; Programmatische aanpak zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning door co-creatie*. Geraadpleegd op 31 oktober 2019, van https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34574154/LectRede_EigenRegie_versterken.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEigen_regie_versterken_geen_zaak_van_de.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191031%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191031T180129Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=cd482778fc4ef3e96dfla62094e6115b5133c7803d7dcf485bd6f8eb0b339779

WHO. (2019). *WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health*. Geraadpleegd op 26 oktober 2019, van <https://www.agite.eu/images/NEWSLETTERS/LG-WHO.pdf>

BIJLAGE 1: INTERVIEWGUIDE REABLEMENT

INTRODUCTION

Introduction	Introducing + handing over the informed consent First of all, thank you so much for agreeing to meet us and discuss reablement. Hopefully you have had a chance to read the information letter we emailed to you? We have just given you the informed consent, which we also sent to you over email, stating what we will do with the obtained information. Do you have any questions about any of the documents?
Goal of this project	With this interview you are one of the health professionals agreeing to help us with our project. We will be talking to different health professionals who are located in London, but are working in different boroughs. With this project we want to create an image about what reablement is and how it is executed. Your story and opinions are important for our project about reablement, so please feel free to add anything you find useful.
Subjects	These are the subjects we would like to talk about during this interview: • Execution of reablement in your borough • Patiëntgroups/demographics of the people you see • Personal experience • Influential factors
Anonymity and confidentiality	Before we start this interview we would like you to read and sign the informed consent. Like we said before, in this agreement it states what we will do with the information we gather from these interviews and how we will maintain your anonymity. Everything you say is confidential, and if you don't want to answer questions that is perfectly okay.
Early termination	If you wish to stop at any point in the interview, just let us know. We will stop the interview.
Recording	As you can read in the informed consent, we will be recording this conversation. Because we will be following the Dutch law regarding privacy, we are allowed to record this conversation, as long as there is permission granted from the interviewed.
Roles	I will be doing the interview and my companion will be taking notes.
Questions	Different questions: How-questions: says something about experiences, approach or action; What-questions: says something about the content; Why-questions: requires accountability; Which questions: says something about type and type; Who-questions: says something about people;

VARIABLES, TOPICS, CENTRAL QUESTIONS AND SUBQUESTIONS

General Topics: - Age, gender - Years of work experience - Place of work - Previous experience	We will firstly start with who you are, so could you tell us a little about yourself? How long have you worked with reablement? What type of professionals does your team consist off? How many people work in your team? Do you have any previous experience working in healthcare?
Execution of reablement in the borough Topics: - Procedure - Dynamics of the team - Roles within the team	So, how is reablement executed in your place of work? What would be the first step in a reablement treatment? How do you determine which professionals they will see? What are the differences between the tasks of the professionals in your team? Do their roles or tasks ever overlap with other professionals? Are there multiple reablement teams in your borough? Do you know how reablement is executed throughout the entire borough? (Same or different?) Because you work with a certain timeframe, do you feel that it affects your process? What makes someone eligible for reablement? Are there certain exclusion criteria? Are there other treatments (inpatient or outpatient) in your borough? Or just reablement? When would someone be eligible for home rehabilitation or hospital rehabilitation? How would you use the social contacts like family or friends of a patient in your treatment? Could you give us an example?
Patient groups / demographics Topics: - Age - Social status - Diagnosis - Goal	How would you classify the people who are eligible for reablement, are there a lot of similarities or do they differ a lot? If so how are they different or the same? What age is most common to work with? Is there a specific demographic aspect that you see generally? Examples could be: Education level, income level, occupation, religion. Do they affect the way you provide this service? What diagnosis do you see most in your workdays? We know that with reablement, the clients work with goals. What kind of goals do the patients usually have?
Personal experience Topics: - General image - Practicality	What do you think other countries could learn from reablement? What do you think are aspects of reablement that could still be improved? What do you know about literature focussing on reablement? Do you think that how the Care Act describes reablement and the

	reality are similar or completely different? If so, why do you think that is? The Care Act also describes home based rehabilitation, could you describe what differs reablement from that? What could other boroughs learn about how reablement is implemented in your reablement team? What are ways to improve how reablement is executed in your borough?
Influential factors Topics: - Financial pros and cons - Therapeutic aspect - Institutional aspect - Governmental aspect	Do you know a little about the governmental view of reablement? What are things that the government does or provides that are beneficial to reablement? On the other hand, what are things the government could do to improve the way reablement is executed? What are things that your team does that you wouldn't change in the execution of reablement? What are things that your team can improve on in the execution? Do you think reablement is an addition to someones rehabilitation plan, or are there other ways someone could be stimulated or empowered? Both physical and mentally? Could you give us an example of a case where reablement had an impact on the quality of life of a patient? How would you describe reablement to someone who has never heard of the term?

CLOSING

Closing interview	We have come to the end of our questions, do you have anything else to add? Are there things that we haven't mentioned in the interview that you find useful to tell us? What did you think about the interview?
Member checking	The interview will be written out. Would you like to receive a summary of the final transcript to approve?
Thanking for the interview	We would like to thank you for your time and participation! We really hope that you have felt that you were able to tell your story and that we listened to you.
Leaving our contact information	If you have any questions, or anything else you want to add, please feel free to contact us by sending an email to project.reablement@gmail.com.

BIJLAGE 2: SCHRIFTELIJKE UITLEG

Dear,

Not too long ago we have had contact with you about our project about reablement. We spoke about doing an interview about your experiences with this subject. Hopefully, you are still interested in helping us!

We have attached an information letter about the interview and informed consent. We would like to ask you to read the documents before you agree to participate in the interview. The whole procedure is explained in the documents.

Hopefully, we can plan an appointment somewhere between December 10th and December 22nd. We are very aware that as a health professional you have a busy schedule, so we want to be as flexible as possible. Any time, date or location is possible for us for now.

If you are still interested, please send us a time, date and location to meet you. As said before, we are flexible with time and place and we would like to work around your schedule.

We're still looking for more participants!

It would be really helpful for us if you could ask your colleagues (other healthprofessionals who have worked or work with reablement) if there is any interest in participating. If there is, please share our contact information with them so they can contact us or send us their contact information so we can contact them. Feel free to forward this e-mail.

We hope to hear from you soon. For more information or questions, don't hesitate to contact us. Thank you in advance.

Kind regards,

Marlotte van der meer and Iris Karpenko

INFORMATION LETTER PROJECT REABLEMENT

TITLE OF PROJECT

Reablement: what does it mean? A research project about the definition of reablement within different organisations of Health and Well-being in London, the United Kingdom.

PRINCIPAL STUDENT RESEARCHERS

Marlotte van der Meer & Iris Karpenko
Department of Occupational Therapy
HAN University of applied science, Nijmegen, the Netherlands
project.reablement@gmail.com

PURPOSE OF PROJECT

The purpose of this project is to define reablement within different Health and Well-being organisations in London. This interview is a part of a qualitative research project on reablement. You have been asked to take part in this research project because of your expertise in this field. Before you agree to participate, it is important that you understand the reasons behind conducting this interview and what it will involve. Please read the following information carefully. If anything needs clarification or if you would like more information, please consult with the student researcher.

STUDY PROCEDURES

- The duration of the interview is 30-60 minutes. After this, there are no returning sessions or follow-ups. The interviews will be recorded.
- After this, the research will transcribe the interviews. Data collected will be processed manually or with the aid of computer software. All data will be anonymous.
- A summary of your interview will be sent to you within three weeks after participating, this is a part of the member check. This will provide you the opportunity to correct potential mistakes or clarify some of the content of your interview. We will not use the data unless you have agreed with the content of the summary of your interview.
- A copy of your interview transcript will be provided to you, free of charge, on request.
- Some of the data will be discussed in an article and in a documentation of our process. The article may be published on a online database. Both documents will be examined by our department.

RISKS

You may decline to answer any or all questions and you may terminate your involvement at any time if you choose. If you use examples of patients you have worked with, please make sure there is no patient identifiable information mentioned. This way we can prevent any leakage of confidential information. In case of force majeure, such as but not limited to theft, there is a risk of your audio recording listened to by unknown third parties.

In the transcribed document everything will be anonymised, but if something happens that is outside of our control before that is done we

BENEFITS

There will be no direct benefit to you from your participation in this project. However, we hope that the information obtained from this interview may be beneficial to future research on this subject.

CONFIDENTIALITY

For the purposes of this project, your comments will be anonymous. Every effort will be made by the

student researchers to preserve your confidentiality including the following:

- Assigning code names/numbers for participants that will be used on all project notes and documents
- Keeping notes, interview transcriptions, and any other identifying participant information in a secure place in the personal possession of the student researcher.

Only for the purpose of examining, the process of this research project will be shared in a confidential environment.

CONTACT INFORMATION

If you have questions at any time about this project, or you experience adverse effects as the result of participating in this study, you may contact the student researcher. Whose contact information is provided on the first page.

If you have questions regarding your rights as a research participant, or if problems arise which you do not feel you can discuss with the student researchers, please contact the official project supervisor, Marie-Antoinette van Kuyk (phone number: 0031652414449 or email: MarieAntoinette.vanKuyk@han.nl).

VOLUNTARY PARTICIPATION

Your participation in this project is voluntary. It is for you to decide whether or not to take part in this project. If you decide to participate in this project, you will be asked to sign a consent form. By signing the consent form, you are still free to withdraw at any time and without stating a reason. Withdrawing from this project will not affect the relationship you have, if any, with the student researcher. If you withdraw from the interview before data collection is completed, your data will be returned to you or destroyed.

INFORMED CONSENT: PROJECT REABLEMENT

Project title: Reablement: what does it mean? A research project about the definition of reablement within different organisations of Health and Well-being in London, the United Kingdom.

Principal student researcher:

To be completed by the participant:

I hereby declare that:

- I have been informed verbally and in writing about the nature, method, purpose, risks and burden of project;
- The student researcher has answered my questions satisfactorily;
- I know that the data will be processed anonymously, that the research data will be disconnected from the personal data and that after the project the personal data is destroyed;
- I know that the data and results from the research are only anonymously shared within the official school setting of the HAN University of Applied sciences.

I voluntarily participate in this study. I understand that my participation is voluntary and that I am free

to withdraw at any time, without giving a reason and without cost.

- I hereby grant permission to the student researcher to make audio recordings for their project. The audio clips will immediately after processing, or else after at most 6 months, be destroyed or processed in such a way that it can no longer be traced back to the participant.

Name participant:

Date:

Signature participant:

To be completed by the executive student researcher:

- I have given a verbal explanation and a written explanation of the project.
- I will answer the remaining questions to my fullest ability.
- The participant will not be adversely affected by a possible early termination of participation in this project.

Name student researcher:

Date:

Signature student researcher:

BIJLAGE 3: LITERAIRE ONDERBOUWING

Zoekschema

Termen:

	<i>Reablement</i>	<i>Zelfstandigheid</i>	<i>Thuiszorg</i>	<i>Zorgstelsel</i>	<i>Ouderen</i>	<i>Preventie</i>
Synoniemen + woordvarianten en spellingsvariant en daarvan	Restauratieve zorg Restorative care	(In)dependance	Informele zorg	Healthcare system Zorgsysteem	Bejaarden Senioren	Voorkomen Prevention Precaution Voorzorg
Verwante termen + woordvarianten en spellingsvariant en daarvan	Re-ablement	Zelfstandig (On)afhankelijk Autonoom Autonomie	Zelfstandig wonen Self-care skills Activities of daily living Intermediate care Health professionals Carers Homecare	Gezondheidszor g Zorginstelling Zorgsector Zorgvoorziening Zorgverlening	Aging Elderly Elders	Voorzorgsmaatr egel Precautie
Bredere termen + woordvarianten en spellingsvariant en daarvan	Preventiemetho- de Voorkomen Prevention Precaution			Zorgniveau Wetgeving zorg	Vergrijzing Oude ouderen Aging population In leeftijd gevorderden	Preventieve gezondheidszor g Tertiaire preventie
Nauwere termen + woordvarianten en spellingsvariant en daarvan		Thuis wonen	Ouderen in thuiszorg Elderly		65 plus(sers) 65+	

Geraadpleegde databases:

Google Scholar	Google Scholar heeft een groot aanbod aan verschillende literatuur, niet perse gelinkt aan een medische achtergrond. Hierdoor verkrijgen we meer artikelen, wat ook betekent dat we meer moeten kaderen. Daarom blijven we ons zoekschema aanpassen.
HANQuest	Via HANQuest hebben we toegang tot soms afgesloten artikelen omdat de hogeschool daar rechten tot heeft. Hierdoor kunnen we de medische artikelen vinden waar we toegang tot hebben. Het nadeel is dat er als er té specifiek wordt gezocht geen hits uitkomen.
PubMed	PubMed gebruiken we voor de Engelse biomedische artikelen. Er kunnen veel hits komen over al gedaan onderzoek, maar het limiteert zich aan Engelse termen. Hiermee verkrijgen we wel de meest recente en specifieke artikelen.
HAN Catalogus	HAN Catalogus geeft ons toegang tot boeken die de hogeschool in bezit heeft. Hierdoor kunnen we ons zoekkader verbreden van alleen gepubliceerde artikelen, naar onder anderen boeken en afstudeeropdrachten.
CINAHL	CINAHL is een database voor verpleegkundigen en zorgprofessionals. Aangezien dit de focus is van ons onderzoek willen we deze database ook gebruiken voor het zoeken. Hierin staan geselecteerde Engelse artikelen uit verpleeg bladen van de afgelopen 40 jaar, die ons mogelijk verder kunnen helpen als het gaat om patiëntgroepen/doelgroepen.
Tripdatabase	Deze database is gemaakt om klinische vraagstukken mee te beantwoorden. Vandaar dat wij gekozen hebben deze ook in het zoeken te gebruiken.

Limits:

Er wordt gekozen om recente literatuur te gebruiken, om zo het meest actuele bewijs aan te leveren. Bij gevonden literatuur wordt er gekeken of er een vernieuwde versie is gevonden. Wanneer er een vernieuwde versie van de gevonden literatuur is uitgebracht, wordt er een keuze gemaakt tussen de gevonden versies op basis van relevantie voor het onderzoek.

Echter is er wel een limiet gezet op informatie gevonden in statistiek. Literatuur over statistiek gaat niet verder dan 2015, omdat de informatie verouderd en dus al veranderd kan zijn.

Gevonden literatuur wordt gefilterd op Nederlands en Engelstalige literatuur, omdat het anders moeilijk is voor de onderzoekers om geschikte informatie te vinden vanwege een taalbarrière. Literatuur over het onderzoeksonderwerp en dus niet over de methode of begrippen, zullen gekaderd worden tot literatuur betreffende Nederland of het Verenigd Koninkrijk. Zo zal de gevonden informatie relevant blijven aan ons onderzoeksdoel.

Opzet/structuur literatuuronderzoek:

Het literatuuronderzoek wat er gedaan wordt, wordt gebruikt voor het theoretische kader en de oriënterende fase van dit onderzoek. De literatuur die gevonden is wordt kritisch gelezen, en de relevante uitkomsten worden gebruikt ter onderbouwing of verduidelijking van termen of inzichten. Er is gekozen om geen methode te koppelen aan het literatuuronderzoek, omdat de focus van het onderzoek ligt op de visie en ervaringen van de zorgprofessionals.

Zoekplan:

Nadat de zoektermen uit het schema hebben verwerkt, zullen de inclusie en exclusie criteria toepassen. Zodra deze verwerkt zijn zullen we de literatuur beoordelen op kwaliteit. Er zal hier geen beoordelingsformulier voor gebruikt worden. Omdat de gevonden literatuur van officiële websites van bijvoorbeeld instanties afkomt en wetenschappelijke databanken, zal de kwaliteit van de literatuur gewaarborgd worden. De databanken hebben zijn gekozen op basis van relevantie tot het (para)medische vakgebied.

Wanneer er op de ingevoerde zoektermen veel resultaten zijn, zal de zoekterm zo geformuleerd worden dat er een specifiek overzicht kan worden gecreëerd van de uitkomsten. Hierdoor kan er een betere selectie gemaakt worden in relevante literatuur.

BIJLAGE 4: CHECKLIST GOALS

Level of support provided I = independent / task already completed S = supervision or prompting only AF = assistance (full) AS = assistance (partial) NA = not applicable / not required D = declined		Service user name:	DOB:	LAS:
Support Area	Level of support provided	Date:	Visit start time:	Visit end time:
		Name of Support worker:		
		Signature of Support worker:		
Details (include break-down of task support, observations, description of foods and drinks eaten/drunk)				
My personal care (washing, dressing, pad change/toileting)				
Preparing my meals and drinks				
Doing my shopping				
Getting around indoors (include mobility practice/HEP)				
Getting around outdoors (include mobility practice/HEP)				
Cleaning my home and laundry				
Managing my medication				
Other support/action provided (contact office, spoke with GP)				
Concerns/observations (pressure care, self-neglect, mood)				

BIJLAGE 5: INITIAL VISIT CHECKLIST



Reablement and Home Support Service

Initial visit – Checklist

This checklist will be discussed and completed between you and a Reablement Therapist or Case manager on the initial home visit. You may wish for a family member or advocate to be involved. See 'Information for people using the service' for an explanation of the below areas.

	Tick once discussed
1. I am aware of the purpose of the Reablement service.	
2. I am aware that I may receive the service for up to 6 weeks, depending on how I progress towards my goals.	
3. I am aware of my Reablement goals and plan which has been discussed and agreed with me.	
4. I am aware of who might be involved in my Reablement support.	
5. I am aware of the purpose of the risk assessment which has now been completed.	
6. I am aware of the process for arranging ongoing care should I need it at the end of Reablement.	
7. I am aware of how to notify the office if I don't need a scheduled visit.	
8. I am aware of how to provide feedback and/or raise any concerns about the service.	
9. I am aware of the purpose of the home visit 'Quality monitoring' checks.	
10. I have been informed about the Adult Social Care privacy notice and understand how my information may be used.	

By signing this form, I understand and agree to the above information which has been discussed with me

Person receiving Reablement:

Name:

Signature:

(If advocating on behalf of Person)

Name:

Relationship to Person:

Signature:

Reablement Therapist/Case manager:

Name:

Signature:

Date: