

KONINKLIJKE VISIO

*Onderzoek naar mentaal welbevinden vanuit Positieve Gezondheid bij mensen
met een visuele aandoening*

R. Lammers



Auteur:

R. Lammers
Studentnummer: 356701
Harderwijk, 15 oktober 2018

Opleidingsgegevens:

Hogeschool Saxion te Deventer
Toegepaste Psychologie

Opdrachtgever:

H. Van der Velde & E. Kersten
Koninklijke Visio

Begeleiders:

1^e begeleider: Dr. J. Jolij
2^e begeleider: Dr. M. Hartendorp

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie *Onderzoek naar mentaal welbevinden vanuit Positieve Gezondheid bij mensen met een visuele aandoening* die ik heb geschreven tijdens mijn scriptietraject bij Stichting Koninklijke Visio. Koninklijke Visio is een expertisecentrum voor slechtziende en blinde mensen. Binnen deze stichting heb ik onderzoek gedaan naar de interpretatie van mentaal welbevinden voor mensen met een visuele beperking, de beleving van hun eigen gezondheid en wensen met betrekking tot zorg. Deze scriptie is ontstaan aan de hand van vragen die de opdrachtgever heeft opgesteld.

Ik zou mijn opdrachtgever, Hanneke van der Velde hartelijk willen bedanken voor haar hulp, gegeven feedback, ondersteuning en begeleiding. Daarnaast wil ik Ellen Kersten hartelijk bedanken voor haar tijd, inzet en ruimdenkendheid. Zij heeft mij ontzettend goed geholpen in het proces naar het onderzoek toe en tijdens het onderzoek.

Ook wil ik uiteraard mijn begeleider Janneke Jolij bedanken die mij door het hele proces heen heeft gesteund en geholpen om tot dit eindresultaat te komen.

Deze scriptie is bedoeld voor studenten en docenten van hogeschool Saxion te Deventer, die geïnteresseerd zijn in het onderzoek wat gedaan is bij Stichting Koninklijke Visio.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van de scriptie.

Ricco Lammers,
Harderwijk, 15 oktober 2018

Samenvatting

De opdrachtgever wilde graag onderzoek laten doen naar het mentaal welbevinden en de algehele positieve gezondheid van cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening binnen Koninklijke Visio. Voor dit onderzoek zijn in totaal 11 cliënten geïnterviewd waarvan 8 een niet-aangeboren visuele aandoening en 3 een aangeboren visuele aandoening hebben. Deze cliënten zitten allemaal in een revalidatietraject bij Visio Het Loo Erf. Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van zowel kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews als kwantitatief onderzoek met behulp van het online Spinnenweb-gespreksinstrument vanuit Positieve Gezondheid. Door middel van deze onderzoeksmethoden is de onderzoeksvraag: *Hoe ervaren de cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening hun positieve gezondheid aan de hand van het Spinnenweb-gespreksinstrument van Institute for Positive Health uit Positieve Gezondheid?* beantwoord. Bij dit onderzoek waren twee hypothesen opgesteld. In de eerste hypothese wordt verwacht dat de cliënten van Koninklijke Visio lage scores zouden behalen op de verschillende gezondheidsdimensies. In de tweede hypothese wordt verwacht dat cliënten van Koninklijke Visio met een niet-aangeboren visuele beperking hun gezondheid als minder positief ervaren in vergelijking met cliënten met een aangeboren-visuele beperking. Deze hypothesen zijn opgesteld aan de hand van de gevonden resultaten in diverse onderzoeken uit de wetenschappelijke literatuur.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de cliënten van deze steekproef over het algemeen hoge scores behalen op de verschillende gezondheidsdimensies van het gespreksinstrument. De gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument zijn Lichaamsfuncties, Mentaal Welbevinden, Zingeving, Kwaliteit van Leven, Sociale Maatschappelijke Participatie en Dagelijks Functioneren.

Daarnaast kan door middel van statistische analyses worden gezegd dat er geen significante verschillen zijn tussen de scores van cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening binnen deze steekproef. Dit betekent dat er geen significante verschillen zijn in Positieve Gezondheid tussen de cliënten met en zonder een aangeboren visuele aandoening.

Ook kan er geconcludeerd worden dat binnen deze steekproef de keuze van de belangrijkste gezondheidsdimensie voor de eigen positieve gezondheid variërend is. Daarbij hebben alle cliënten een eigen onderbouwing voor de keuze van hun belangrijkste gezondheidsdimensie. Tenslotte kan op basis van de resultaten geconcludeerd worden dat de cliënten over het algemeen tevreden zijn over het zorgaanbod van Koninklijke Visio, maar dat er ook een paar suggesties zijn voor verbetering. De aanbevelingen zijn geschreven aan de hand van deze suggesties, de resultaten en conclusies. De suggesties gaan onder andere over meer aandacht en tijd voor het sporten, meer rustmomenten op een dag en meer ondersteuning voor partners of betrokkenen van de cliënt. Bovendien zijn er als laatste aanbevelingen gedaan voor een vervolgonderzoek om bijvoorbeeld het onderzoek uit te voeren bij jongere cliënten of cliënten in een andere levensfase om de ervaringen van de eigen positieve gezondheid bij meerdere leeftijdsgroepen te onderzoeken dan alleen de volwassenen uit deze steekproef.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst	6
Hoofdstuk 1 – Inleiding en het theoretisch kader	8
<i>Aanleiding</i>	8
Blindheid	8
Slechtziendheid	8
Aangeboren visuele aandoening	9
Niet-aangeboren visuele aandoening	9
Invloed van een visuele aandoening op de gezondheid	9
Verschillen aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoening	10
<i>Doelstelling</i>	10
Positieve Gezondheid en het Spinnenweb-gespreksinstrument	11
Mentaal welbevinden	12
Vergroten van het mentaal welbevinden	13
Coping	13
<i>Onderzoeksvragen</i>	14
Conceptueel model en hypothesen	14
Hoofdstuk 2 – Onderzoeksdesign (onderzoeksmethode)	15
<i>Onderzoeksmethode</i>	15
<i>Onderzoeksdoelgroep</i>	16
<i>Onderzoeksinstrument</i>	16
<i>Procedure</i>	17
<i>Analyses</i>	18
Hoofdstuk 3 – Onderzoeksresultaten	18
<i>Uitvoering</i>	18
<i>Respons</i>	19
<i>Resultaten</i>	19
Scores van de cliënten op elke gezondheidsdimensie	19
Verschillen tussen de scores bij aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoeningen	27
Belangrijkste gezondheidsdimensie volgens cliënt	28
Wensen van cliënten met betrekking tot het zorgaanbod	29
Coping	29
Hoofdstuk 4 – Conclusie, discussie en aanbevelingen	30
<i>Conclusies</i>	31
Scores van de cliënten op elke gezondheidsdimensie	31
Verschillen tussen de scores bij aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoeningen	31
Belangrijkste gezondheidsdimensie volgens cliënt	32
Wensen van cliënten met betrekking tot het zorgaanbod	32
Beantwoording van de hoofdvraag	32
<i>Discussie, beperkingen en aanbevelingen</i>	33
Vervolgonderzoek	35
Rol van de TP-professional	36
Literatuur	37
Bijlagen	40
<i>Bijlage 1: Interview</i>	40
<i>Bijlage 2: Informatiebrief</i>	45
<i>Bijlage 3: Toestemmingsverklaring</i>	48
<i>Bijlage 4: Resultatenformulier</i>	49
<i>Bijlage 5: Logboek</i>	50
<i>Bijlage 6: Plan van aanpak</i>	55
<i>Bijlage 7: Eigen werkverklaring</i>	57

Verklarende woordenlijst

Begrip	Definitie/verklaring
Aangeboren visuele aandoening	Een persoon die al vanaf de geboorte al slechtziend of blind is
Betrouwbaarheid	De mate waarin een meting vrij is van meetfouten
Blindheid	Een persoon met een gezichtsvermogen van minder dan vijf procent
Coping	Het om kunnen gaan met omstandigheden die aanpassing vereisen van een persoon
Ecologische validiteit	De ecologische validiteit van een onderzoek kan worden verbeterd door de respondenten in hun eigen vertrouwde omgeving te onderzoeken
Externe validiteit	De externe validiteit kan verbeterd worden door genoeg respondenten te gebruiken en respondenten willekeurig te selecteren
Gemiddelde	De som van een paar getallen gedeeld door het aantal getallen
Gezondheidsdimensie	Verschillende pijlers vanuit het Spinnenweb-gespreksinstrument, bestaande uit: Lichaamsfuncties, Mentaal Welbevinden, Zingeving, Kwaliteit van Leven, Sociale Maatschappelijke Participatie en Dagelijks Functioneren
Institute for Positive Health	Een stichting die de Positieve Gezondheid wil versterken, stimuleren en versnellen. De stichting is opgericht door Machteld Huber
Interbeoordelaars betrouwbaarheid	De overeenkomst tussen uitkomsten van dezelfde metingen die uitgevoerd worden door meerdere beoordelaars
Kwalitatief onderzoek	Een onderzoeksmethode die gebruikt wordt om achterliggende motieven en meningen te verkrijgen
Kwantitatief onderzoek	Een onderzoeksmethode die gebruikt wordt om cijfermatige informatie te verkrijgen
Mann-Whitney U-toets	Een toets voor het vergelijken van variabelen tussen twee onafhankelijke groepen
Normscore	Een referentiekader voor interpretatie van ruwe scores
P-waarde	De kans dat in een verdeling die gegeven is bij een hypothese de waarde wordt overschreven of behaald
Posttraumatische stressstoornis	Een psychische aandoening die kan ontstaan na het meemaken van traumatische of schokkende ervaringen

Retinitis Pigmentosa	met grote gevolgen voor het dagelijks functioneren Een aandoening waarbij het pigmentblad en het netvlies van het gehele netvlies zijn aangetast
Revalidatie & Advies	Een domein binnen Koninklijke Visio waarin cliënten een revalidatietraject volgen en adviezen krijgen
Semi-gestructureerd interview	Een kwalitatief interview waarbij een algemeen interviewschema is opgesteld met al bestaande algemene, geformuleerde vragen. Hier mag de onderzoeker wel van afwijking door bijvoorbeeld doorvragen te stellen als een respondent iets interessant zegt
Significantie	Een correlatie of effect dat onaannemelijk op toeval berust
Slechtziendheid	Een persoon met een drastisch verminderd gezichtsvermogen met een gezichtsscherpte van maximaal dertig procent
Sociale wenselijkheid	Neiging van mensen om gewenste antwoorden te geven die de werkelijkheid beter voorstellen dan zij is
Spinnenweb-gespreksinstrument	Een vragenlijst met 42 uitspraken over positieve gezondheid dat een diagram weergeeft met cijferscores op de verschillende gezondheidsdimensies na het beantwoorden van de uitspraken
Standaarddeviatie	Een maat voor de spreiding van een variabele, verdeling of een populatie
Steekproef	Een selectie uit een totale populatie
Triangulatie	De onderzoeksvragen beantwoorden aan de hand van meerdere dataverzamelingsmethoden
Validiteit	De mate waarin een test meet wat hij zou moeten meten
Verzadiging	Geen nieuwe informatie meer krijgen bij bijvoorbeeld een interview, maar het krijgen van herhaaldelijke reacties

Hoofdstuk 1 – Inleiding en het theoretisch kader

Dit hoofdstuk is de inleiding van het onderzoek. Ten eerste wordt ingegaan op de aanleiding van het onderzoek. Vervolgens wordt de doelstelling van het onderzoek beschreven. Tenslotte wordt de hoofdonderzoeksvraag en de deelvragen omschreven. Dit hoofdstuk bevat daarnaast wetenschappelijke literatuur ter operationalisatie van de gebruikte begrippen en termen binnen het onderzoek. Ook is er een conceptueel model en hypothesen opgesteld.

Aanleiding

Koninklijke Visio is een landelijke organisatie waar iedereen terecht kan met vragen over slechtziend- of blindheid. Koninklijke Visio geeft informatie, advies en biedt ook verschillende vormen van onderzoek, expertiseprogramma's, onderwijs, begeleiding, wonen en revalidatie aan. Koninklijke Visio bestaat uit drie verschillende domeinen: Wonen & Dagbesteding, Onderwijs en Revalidatie & Advies. Deze diensten en trajecten bestaan voor mensen die slechtziend of blind zijn of daarnaast een verstandelijke, lichamelijke of andere zintuiglijke beperking hebben. Ook persoonlijk en professioneel betrokkenen kunnen terecht bij Koninklijke Visio voor bijvoorbeeld informatie en deskundigheidsbevordering (Koninklijke Visio, 2017).

De aanleiding van het onderzoek is het feit dat mensen met een aangeboren en een niet-aangeboren slechtziend- of blindheid vaak kampen met beperkingen in hun dagelijks leven, zoals de weg niet meer kunnen vinden van huis naar het station en de weg niet meer kunnen vinden in een supermarkt (Koninklijke Visio, 2017). Hierdoor kunnen zij vaak niet optimaal participeren binnen de samenleving en mogelijk meer moeite hebben om een positief gevoel van eigenwaarde te ontwikkelen waardoor het mentaal welbevinden en de gezondheid van de persoon negatief beïnvloed wordt (Koninklijke Visio, 2017). Het probleem waarop gericht wordt in dit onderzoek is het in kaart brengen van de beleving van de gezondheid van cliënten met een visuele aandoening en hoe zij mentaal welbevinden beleven en ervaren.

Het is belangrijk om goed in beeld te hebben waar de cliënten in dit onderzoek mee kampen en daarom wordt dit hieronder uitgelegd.

Blindheid

Blindheid wordt geconstateerd wanneer een persoon een gezichtsvermogen heeft van minder dan 5% (Oogvereniging, 2018). De meeste mensen met blindheid kunnen nog wel het verschil zien tussen licht en donker. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en onderzoeker Limburg (2007) hanteren voor blindheid het volgende criterium: een persoon met een gezichtsveld van 10 graden en/of een visus van minder dan 0.05 in het beste oog. Er zijn circa 76.000 blinde mensen in Nederland zijn (De Klerk, Fernee, Woittiez & Ras, 2012; Vision2020, 2005; Vision2020, 2008).

Slechtziendheid

Volgens de Oogvereniging (2018) wordt er van slechtziendheid gesproken wanneer het gezichtsvermogen drastisch verminderd is en hier vaak niets (meer) aan te doen is. Een persoon is slechtziend wanneer zij een gezichtsscherpte heeft van maximaal 30% of wanneer het gezichtsveld een heel klein oppervlak bevat (Oogvereniging, 2018). Het SCP en onderzoeker Limburg (2007) hanteren het volgende criterium voor slechtziendheid: personen met een gezichtsveld van 30 graden of minder en/of een visus minder dan 0.3. Er zijn ongeveer 222.000 slechtziende mensen in Nederland zijn (de Klerk, Fernee, Woittiez & Ras, 2012; Vision2020, 2005; Vision2020, 2008).

Aangeboren visuele aandoening

Personen met een aangeboren slechthooftheid of blindheid kunnen vanaf hun geboorte niet zien, of niet goed zien. Er zijn tal van oorzaken voor een aangeboren visuele aandoening waaronder ziektes, zoals congenitaal cataract (Erfocentrum, z.j.). Cataract is volgens Pant, Bandyopadhyay, John, Chandran en Gudlavalleti (2017) een van de meest voorkomende oorzaken van blindheid. Soms ontstaat de aangeboren visuele aandoening door bepaalde infecties, zoals rodehond die een zwangere moeder op kan lopen en overdraagt naar de ongeboren baby (Erfocentrum, z.j.). Mensen met aangeboren blindheid ontwikkelen hun reuk- of tastzintuig vaak veel meer en sterker dan mensen die wel een goed gezichtsvermogen hebben (Gezondheidsplein, z.j.). Een voorbeeld hiervan is na het aanleren van de techniek, het perfect kunnen lezen met de vingertoppen, braille.

Niet-aangeboren visuele aandoening

Personen met een niet-aangeboren visuele aandoening worden in een later stadium van hun leven slechthoofdig of blind. Een voorbeeld van een niet-aangeboren visuele aandoening is Diabetische Retinopathie. Deze oogziekte ontstaat vaak naarmate een persoon ouder wordt (Kempen, O'Colmain, Leske, Haffner, Klein, Moss, Taylor & Hamman, 2004). De persoon krijgt te maken met een wisselende gezichtsscherpte en een plotselinge vermindering van het zicht door middel van een glasvochtbloeding waarbij er bloed terecht komt in het glasvocht.

Invloed van een visuele aandoening op de gezondheid

Een visuele aandoening beperkt niet alleen het gezichtsvermogen en het dagelijks leven (Koninklijke Visio, 2017), maar kan ook op andere vlakken beperkend werken, zoals het mentaal welbevinden (Winefield, Gill, Taylor & Pilkington, 2012). Het mentaal welbevinden is volgens Winefield, Gill, Taylor & Pilkington (2012) van belang voor de algehele gezondheid. Mensen met een sterkere gezondheid en daarmee een sterker mentaal welbevinden kunnen beter omgaan met ongunstige gebeurtenissen, zoals chronische of acute ziektes, invaliditeit en gebeurtenissen in een relationele sfeer. Er wordt geconcludeerd dat een visuele aandoening de kans op een depressie vergroot, mensen hun gezondheid als slecht ervaren en dat er een vermindering van kwaliteit van leven is bij volwassenen en ouderen (Nyman, Gosney & Victor, 2009; Van Calker, 2011). Naast kwaliteit van leven zijn gedragscompetenties, zoals de dagelijks activiteiten (ADL), emotionele adaptie, zoals gevoelens en het mentaal welbevinden en het zelfbeeld ook onderdeel van de algehele gezondheid. Van Wahl, Schilling, Oswald en Heyl (1999) concluderen dat blinde ouderen veel moeite hebben met gedragscompetenties en omgang van hun emoties in vergelijking met slechthoofdigen ouderen of ouderen zonder een visuele aandoening. Daarnaast hebben Sacks en Wolffe (1996) ontdekt dat slechthoofdigen mensen een negatiever zelfbeeld hebben en gevoelens van eenzaamheid of isolement vertonen tegenover blinden of mensen zonder een visuele aandoening. Wanneer mensen op latere leeftijd visueel beperkt worden, zorgt dat vaak voor een optelsom van verschillende verlieservaringen. Niet alleen verlies van gezichtsvermogen, maar ook veel dagelijkse activiteiten en competenties waar deze mensen sterk aan gehecht waren, komen te vervallen en/of zijn niet meer vanzelfsprekend. Daarnaast verliezen deze mensen gedeeltelijk het gebruik van de non-verbale communicatie en worden zij vaak afhankelijk van de hulp van anderen. Deze gevolgen van een visuele aandoening kunnen een negatieve invloed hebben op de identiteit, de sociale positie, het zelfvertrouwen en de maatschappelijke participatie van de persoon (Van der Aa, 2016). Normaal gesproken is het hebben van verdriet en lichaamsklachten een normale reactie op het verlies van iets dierbaars (Van der Aa, 2016), maar wanneer de klachten zich

steeds meer, vaker en voor een langere periode voordoen in het dagelijks functioneren kunnen deze mensen een depressie (Brody, Gamst, Williams, Smith, Lau, Dolnak, Rapaport, Kaplan & Brown, 2001) of een angststoornis ontwikkelen (Van der Aa, 2016). Diverse studies tonen aan dat ook een visuele aandoening op latere leeftijd een verlies ervaring kan zijn en tot depressie kan leiden (Tolman, Hill, Kleinschmidt & Gregg, 2005; Rees, Tee, Marella, Fenwick, Dirani & Lamoureux, 2010; Crews & Campbell, 2004; Van der Aa, Comijs, Penninx, van Rens & van Nispen, 2015).

Verschillen aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoening

Het hebben van een visuele aandoening op latere leeftijd drukt zwaarder op de kwaliteit van leven dan een aangeboren visuele aandoening (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Voor kinderen met een aangeboren visuele aandoening kan het makkelijker zijn om met de beperking te leren leven, omdat zij nooit hebben geweten wat een goedwerkende visus is (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Het kan voorkomen dat kinderen met een ernstig aangeboren visuele aandoening zich moeizamer ontwikkelen, omdat zij vaak achterlopen vergeleken met leeftijdsgenoten. Deze moeizame ontwikkeling is vaak op sociaal, emotioneel en motorisch gebied. Voor de ontwikkeling is onder andere gerichte begeleiding nodig om de ontwikkeling adequater te kunnen stimuleren en onder- of overvraging van het kind te voorkomen (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Bij mensen met een niet-aangeboren visuele aandoening kan het zeer moeizaam en emotioneel zijn om afscheid te nemen van een goed werkende visus waar de persoon veel aan heeft gehad. Bij het plotseling ontstaan van een visuele aandoening, bijvoorbeeld bij een auto-ongeluk of een hersenoperatie kan de impact van het verlies traumatisch zijn. De gebeurtenis kan zo traumatisch zijn dat mensen mogelijk klachten van een posttraumatische stressstoornis kunnen ontwikkelen en behandeling een noodzaak is (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Het is duidelijk dat er verschil kan zijn tussen de kwaliteit van leven en de omgang met een visuele aandoening bij een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening. Daarbij wordt volgens Langelaan, De Boer, Van Nispen, Wouters, Moll en Van Rens (2009) ieder aspect uit het leven negatief beïnvloed, zoals het dagelijks leven, het mentaal welbevinden en de algehele gezondheid van een persoon met een aangeboren of een niet-aangeboren visuele aandoening.

Doelstelling

Koninklijke Visio wil graag meer informatie over de beleving van de gezondheid van haar cliënten vanuit Positieve Gezondheid. Positieve Gezondheid is ontstaan door onderzoek, nieuwe inzichten en een nieuwe definitie van gezondheid wat niet meer beschouwd wordt als de aan- of afwezigheid van een ziekte, maar het vermogen om je aan te passen binnen problematische situaties of condities en regie te voeren over het eigen leven in het kader van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Institute for Positive Health, z.j.; Kleverlaan, 2017). Vanuit Positieve Gezondheid wordt ook gekeken naar het probleem en de beperkingen van een persoon, maar vooral naar de mogelijke hulpmiddelen, oplossingen of het leren omgaan met het probleem in tegenstelling tot de opvatting van de World Health Organization (WHO) waar zij 'gezondheid' definiëren als een bepaalde toestand van compleet welbevinden, zowel lichamelijk, sociaal als psychisch (Institute for Positive Health, 2017). Dit zou betekenen dat vrijwel niemand ooit volledig gezond zal zijn, want wanneer iemand slechts een splinter of blaas zou hebben, beïnvloedt dit het lichamelijk gebied. Tevens volgt uit deze definitie van de WHO dat mensen doorbehandeld moeten blijven totdat zij een toestand bereiken van compleet welbevinden en dat lijkt steeds minder haalbaar nu mensen langer leven en ouderdomskwalen ontwikkelen. Deze definitie doet bovendien weinig

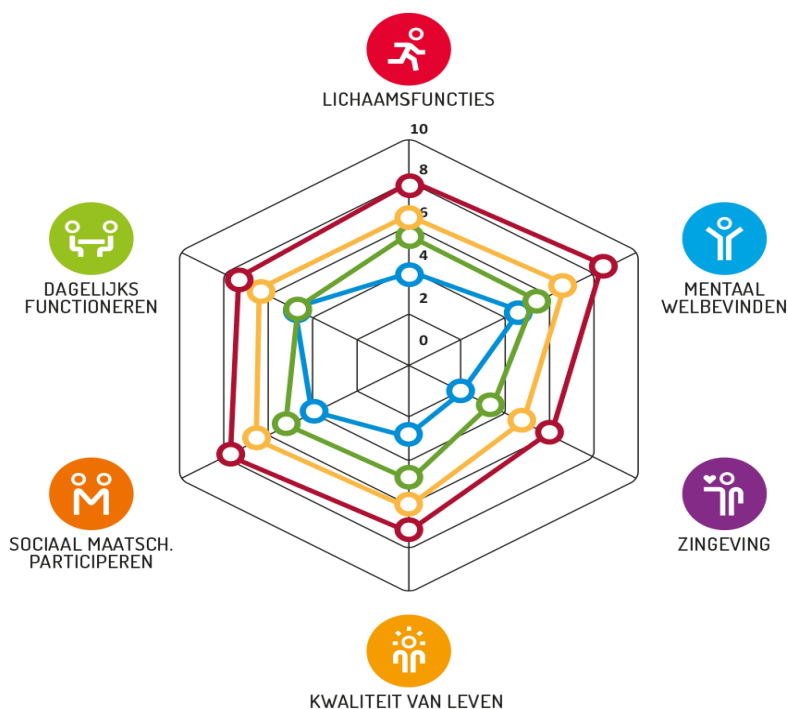
recht aan mensen met een chronische beperking, zoals blind- of slechthooftheid, omdat de gezondheidsdimensie Lichaamsfuncties laag kan zijn bij visueel beperkten, maar andere gezondheidsdimensies, zoals Mentaal Welbevinden of het Dagelijks Functioneren hoog kunnen zijn en vice versa. Om deze redenen is er gekozen om Positieve Gezondheid als uitgangspunt te nemen in dit onderzoek. De reden voor de vraag naar de beleving van gezondheid van cliënten, is het streven van Koninklijke Visio dat haar cliënten zowel fysiek als mentaal sterk zijn, vrijblijvend eigen regie en controle kunnen nemen over hetgeen wat zij belangrijk vinden en zelf kunnen kiezen wie zij willen zijn. Voor Koninklijke Visio is het belangrijk dat haar cliënten zowel fysiek als mentaal sterk zijn, omdat een gezonde basis een positieve invloed heeft op ieders gevoel van eigenwaarde en op de mogelijkheden tot participatie. Koninklijke Visio vraagt zich onder andere af of haar cliënten daadwerkelijk over een sterk mentaal welbevinden beschikken, in hoeverre er een verschil zit in de gezondheid van cliënten met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening, wat zij belangrijk vinden voor hun gezondheid en wat zij daarvoor nodig hebben. Zij wil met de uitkomsten van dit onderzoek graag haar adviezen versterken en de wensen van haar cliënten in beeld krijgen. Koninklijke Visio werkt met Positieve Gezondheid dat aansluit bij hun streven om patiënten in hun eigen kracht te zetten in plaats van de beperking centraal te stellen. Het huidige onderzoek is een onderdeel van een expertiseprogramma waarin Koninklijke Visio onderzoek doet naar kracht, sport, bewegen en mentaal evenwicht, het hebben van eigen regie en controle vanuit haar cliënten. Om aan te sluiten bij hun project wordt Positieve Gezondheid ook als uitgangspunt genomen in het huidige onderzoek.

Positieve Gezondheid en het Spinnenweb-gespreksinstrument

Positieve Gezondheid (van Steekelenburg, Kersten & Huber, 2016): bestaat uit zes gezondheidsdimensies die elk een bepaalde dimensie van gezondheid meten en elkaar beïnvloeden. Daarnaast wordt nog steeds aandacht geboden aan negatieve aspecten, zoals fysieke beperkingen of pijn, omdat het gespreksinstrument een volledig en realistisch beeld wilt tonen van de gezondheid van een persoon inclusief de beperkingen en pijnen. Wel wordt er meer nadruk gelegd op de positieve aspecten van de gezondheid. Deze dimensies worden nu in willekeurige volgorde toegelicht. De eerste dimensie is *Lichaamsfuncties*. Onder lichaamsfuncties vallen de medische feiten en waarnemingen van een persoon, de ervaring van haar gezondheid, motoriek, lichamelijk functioneren, het energieniveau en de klachten en pijn die een persoon ervaart. De tweede gezondheidsdimensie is *Dagelijks Functioneren*. Onder het dagelijks functioneren vallen het Basis Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), het instrumentele ADL, het werkvermogen van een persoon en bepaalde gezondheidsvaardigheden die een persoon bezit. Onder het ADL vallen levensverrichtingen, zoals eten, drinken, in en uit bed komen, aan- en uitkleden en naar het toilet gaan. De derde gezondheidsdimensie is *Zingeving*. Onder zingeving verstaat men de zingeving van het leven en de betekenis daarvan. Het is belangrijk dat de persoon zoekt naar doelen of idealen, deze nastreeft en een toekomstperspectief ervaart. Daarnaast is het van belang dat er acceptatie is van het leven en de gebeurtenissen die zich daarin af kunnen spelen. De vierde gezondheidsdimensie is *Kwaliteit van Leven*. Met kwaliteit van leven wordt de tevredenheid over het leven van een persoon verstaan. Hierin wordt het welbevinden en de beleving van geluk verstaan. Daarnaast is de ervaring en beleving van de gezondheid, in hoeverre een persoon lekker in zijn of haar vel zit en of er een levenslust met een goede balans is van belang bij deze dimensie. De vijfde dimensie is *Sociaal Maatschappelijk Participeren*. Met het sociaal maatschappelijk participeren worden onder andere de sociale en communicatieve

vaardigheden bedoeld, het hebben en onderhouden van betekenisvolle relaties en werk en de sociale contacten. De persoon moet geaccepteerd worden en zich ook zo voelen, wat kan zorgen voor maatschappelijke betrokkenheid. De laatste gezondheidsdimensie is *Mentaal Welbevinden*. Onder het mentaal welbevinden valt het cognitief functioneren, de emotionele toestand, de eigenwaarde, het zelfrespect, zelfmanagement, het kunnen houden van de eigen regie, het gevoel controle te hebben over het leven en veerkracht.

Vanuit Positieve Gezondheid is de zogeheten Spinnenweb-gespreksinstrument ontwikkeld. Dit gesprekinstrument wordt veelal gebruikt door onder andere artsen, GGZ-instanties en instellingen die kennis hebben gemaakt met Positieve Gezondheid en het niet meer eens zijn met de definitie van gezondheid volgens de WHO. Het Spinnenweb-gespreksinstrument is een online gespreksinstrument met uitspraken over de zes verschillende gezondheidsdimensies van Positieve Gezondheid om hiermee de gezondheid van een cliënt te meten en in kaart te brengen. Nadat de cliënt antwoord heeft gegeven op alle uitspraken, ontstaat er een zogenaamd 'spinnenweb' waarin af te lezen is hoe (gezond) de cliënt zich voelt op elk van de zes gezondheidsdimensies (zie Figuur 1: Spinnenweb-diagram). Omdat de opdrachtgever in dit onderzoek graag meer verdieping wil over het begrip mentaal welbevinden vanuit haar cliënten, wordt de gezondheidsdimensie Mentaal Welbevinden meer naar voren gebracht.



Figuur 1. Het Spinnenweb-diagram
(Reos, 2018)

Mentaal welbevinden

Mentaal welbevinden kent verschillende definities, zoals de aanwezigheid van bepaalde positieve attributen (fysiek welzijn, geluk of tevreden zijn met het leven), de afwezigheid van bepaalde negatieve condities (ongelukkingheid, angst, stress of depressie) (Gubbels & Kappe, 2017; Born, 2009). Belangrijke factoren die invloed hebben op het mentaal welbevinden en kwaliteit van leven (Olthof, 2015) zijn de beleving van de eigen identiteit, het hebben van privacy, spiritualiteit, het gevoel van onafhankelijkheid, het

zien van een toekomst, voortgezette groei in bijvoorbeeld de interesse om nieuwe dingen te leren (Poortvliet, Van Beek, De Boer, Gerritsen & Wagner, 2006), tekenen van respect, levensinvulling, het hebben en krijgen van genoeg aandacht voor zijn of haar eigen leven en de persoonlijke waarde daarvan (Huizing, Tromp & Ubels, 2010). Mentaal welbevinden wordt daardoor gezien als het op zoek gaan naar de juiste balans tussen uitdagingen die een persoon tegenkomt en de energie en moeite die een persoon erin steekt om de juiste balans te vinden. In het onderzoek wordt meer gefocust op de eigen beleving en interpretatie van cliënten over het begrip mentaal welbevinden en niet zo zeer op de wetenschappelijke definities.

Vergroten van het mentaal welbevinden

De opdrachtgever wil graag weten wat haar cliënten zelf nodig denken te hebben om het mentaal welbevinden te kunnen vergroten. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt namelijk dat vooral sociale hulp en participatie in de samenleving (Cimarolli & Boerner, 2005), het aanleren van sociale vaardigheden (Krueger, Counts & Rily, 2017; Kleinjan, Bolier, Onrust & Monshouwer, 2016) en lichaamsbeweging (Monshouwer, Kleinjan & Bolier, 2016; Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent, 2016) belangrijke factoren zijn waardoor het mentaal welbevinden zou kunnen vergroten. Sociale hulp en participatie in de samenleving heeft een positief effect op de gezondheid en welzijn. Het aanleren van sociale vaardigheden leidt tot stressreducering, betere prestaties, minder ziekte, meer intrinsieke motivatie om te leren en minder problemen op financieel of sociaal gebied. Lichaamsbeweging zorgt voor reducering van stress, vermindering van angst(klachten), het verkleinen van slapeloosheid en een kleinere kans op depressiviteit en dementie op oudere leeftijd. Deze factoren kunnen leiden tot een vergroting van het mentaal welbevinden. Van Weelie, Van der Velde & Pierik (2014) constateren dat mensen met een visuele aandoening minder fysieke activiteiten uitvoeren, zoals het doen van boodschappen of sporten in vergelijking met mensen zonder een visuele aandoening. Vanwege de visuele aandoening participeren mensen minder vaak of adequaat binnen de samenleving en in hun fysieke activiteiten. Helaas blijkt dat er nog steeds te veel mensen in het algemeen niet toekomen aan de aanbevolen hoeveelheid lichaamsbeweging en dit gezondheidsrisico's meebrengt (Hildebrandt, Ooijendijk & Hopman-Rock, 2008).

Coping

Volgens Huber (2011) is gezondheid het vermogen om je eigen regie te voeren en het om kunnen gaan met gebeurtenissen. Vanuit Positieve Gezondheid is coping een relevant aspect (Kersten, z.j.). Een veelgebruikte term in de psychologie voor omgaan met omstandigheden die aanpassingen van een persoon vereisen is coping (Kersten, z.j.) en kan grofweg ingedeeld worden in twee typen (Miller & Kaiser, 2001; Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010): *individu- of emotiegericht coping* en *taak- of probleemgericht coping*. Bij de eerste strategie ontstaat innerlijke aanpassing, zoals de eigen gevoelens reguleren of de situatie herinterpreteren. Dit gebeurt vaak bij mensen met een aangeboren visuele aandoening, omdat zij al vanaf de geboorte leren leven met hun visuele beperking (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Bij de tweede strategie zoekt de persoon naar informatie, pakt het probleem aan of vertoont vermijdingsgedrag. Dit gebeurt vaak bij mensen met een niet-aangeboren visuele aandoening, omdat zij nog moeten leren omgaan met de visuele beperking en sociale contacten vaak vermijden (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Cruciaal voor de gezondheid is hoe een persoon omgaat met de problematische situatie. Belangrijk daarin is dat de persoon over een coping strategie beschikt die voor haar helpend is op het juiste moment om zo haar gezondheid positief te beïnvloeden.

Onderzoeksvragen

Het is duidelijk dat de opdrachtgever inzicht wil krijgen vanuit Positieve Gezondheid over het begrip mentaal welbevinden, hoe cliënten met een aangeboren of een niet-aangeboren visuele aandoening hun gezondheid beleven, wat voor wensen de cliënten hebben met betrekking tot elke gezondheidsdimensie voor het zorgaanbod van Koninklijke Visio en welke gezondheidsdimensie zij het meest belangrijk vinden voor hun eigen positieve gezondheid. De onderzoeksvraag voor dit onderzoek vanuit Koninklijke Visio luidt:

Hoe ervaren de cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening hun positieve gezondheid aan de hand van het Spinnenweb-gespreksinstrument van Institute for Positive Health uit Positieve Gezondheid?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, worden er deelvragen gesteld die van invloed zijn op het antwoord van de onderzoeksvraag:

1. Hoe scoren cliënten van Koninklijke Visio op elk van de gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument?
2. Zijn er verschillen tussen de scores van cliënten met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening op elk van de gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument?
3. Welke gezondheidsdimensie van het Spinnenweb-gespreksinstrument vinden cliënten het meest belangrijk voor hun gezondheid?
4. Wat voor wensen hebben cliënten in relatie tot elk van de zes gezondheidsdimensies van Positieve Gezondheid voor het zorgaanbod van Koninklijke Visio?

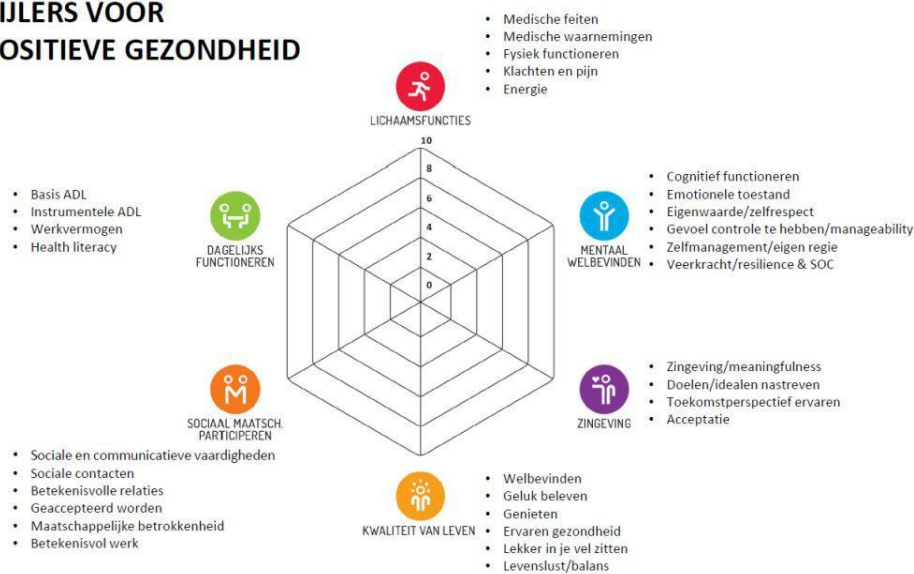
Aan de hand van de antwoorden op deze deelvragen kan er antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag en zou Koninklijke Visio haar zorg kunnen optimaliseren aan de behoeftes, wensen en waarden van haar cliënten.

Conceptueel model en hypothesen

Om een duidelijker beeld te geven waar dit onderzoek over gaat en waaruit de vragen zijn opgesteld, wordt er gebruik gemaakt van het Spinnenweb-model als conceptueel model (zie Figuur 2: Het Spinnenweb-model). Dit conceptueel model, waarin alle gezondheidsdimensies invloed uitoefenen op elkaar (van Steekelenburg, Kersten & Huber, 2016) wordt gebruikt voor zowel cliënten met een aangeboren visuele aandoening als cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening van Koninklijke Visio. Op basis van dit conceptueel model en de gevonden wetenschappelijke literatuur zijn twee hypothesen opgesteld. De eerste hypothese heeft betrekking op de eerste deelvraag die onderzoekt hoe de cliënten van Koninklijke Visio scoren op elke gezondheidsdimensie van het Spinnenweb-gespreksinstrument. Vanwege de negatieve invloed van een visuele aandoening en de lage scores die behaald zijn in de onderzoeken door volwassenen met een visuele aandoening op het mentaal welbevinden (Winefield et al., 2012), de maatschappelijke participatie (Van Der Aa, 2016), de kwaliteit van leven (Nyman et al., 2009; Van Calker, 2011) en de algemene dagelijkse levensverrichtingen (Van Wahl et al., 1999) wordt verwacht dat de volwassen cliënten met een visuele aandoening van Koninklijke Visio ook laag zouden scoren op deze verschillende dimensies. De hypothese luidt als volgt: *Zowel aangeboren als niet-aangeboren cliënten van Koninklijke Visio scoren laag op de verschillende gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument.* De tweede hypothese heeft betrekking op de tweede

deelvraag die onderzoekt of er verschil is in scores op elke gezondheidsdimensie van het Spinnenweb-gespreksinstrument tussen cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening. Op basis van de onderzoeken van Expertisegroep Psychosociaal (2014) en Langelaan et al. (2009) wordt verwacht dat cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening lager scoren en hun gezondheid als minder positief ervaren dan cliënten met een aangeboren visuele aandoening. De onderzoeken gaven namelijk aan dat het hebben van een visuele aandoening een negatievere impact heeft en zwaarder drukt op de algehele gezondheid van cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening tegenover cliënten met een aangeboren visuele aandoening. De tweede hypothese luidt: *Cliënten van Koninklijke Visio met een niet-aangeboren visuele aandoening scoren lager op elke gezondheidsdimensie in vergelijking met cliënten met een aangeboren visuele aandoening.*

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



*Figuur 2. Het Spinnenweb-model
(Zorgloket Delfzijl, 2016)*

Hoofdstuk 2 – Onderzoeksdesign (onderzoeksmethode)

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign beschreven. Allereerst wordt er een omschrijving gegeven van de onderzoeksmethode. Daarna wordt de onderzoeksgroep beschreven. Ook wordt het onderzoeksinstrument omschreven. Tenslotte komt de procedure en de analyses aan bod.

Onderzoeksmethode

Er wordt gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd diepte-interview (zie Bijlage 1: Interview), omdat de opdrachtgever graag helderheid, diepte, inzicht en vergelijkingen of verschillen wil hebben over de uitspraken van cliënten met een aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoening. Volgens Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, De Goede en Peters (2013) is kwalitatief onderzoek de beste manier voor de onderzoeker om persoonlijke vragen te kunnen stellen. Het is bij kwalitatief onderzoek van belang om ruimte te geven aan de cliënten om achterliggende meningen, gedachten, ervaringen, belevingen en betekenissen te kunnen uiten (Verhoeven, 2010; Lucassen & Olde Hartman, 2007). Het gaat hierin minder over de gedragingen die met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden, maar meer om het 'waarom' te kunnen achterhalen en begrijpen. Het houden van interviews is de beste methode om verheldering en

verdieping te krijgen in de situaties, ervaringen en gedachten van de cliënten, omdat de meningen van de cliënten centraal staan in dit onderzoek. Door middel van een onderscheid tussen twee groepen, de scores die cliënten geven op de uitspraken en het coderen van uitspraken en vragen kunnen de antwoorden tegen elkaar afgezet en met elkaar vergeleken worden. Ook wordt er gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek door middel van het Spinnenweb-gespreksinstrument. Door middel van kwantitatief onderzoek kunnen de antwoorden van de cliënten op het gespreksinstrument worden geanalyseerd en onderling worden vergeleken. Door gebruik van triangulatie is het mogelijk om de deelvragen en onderzoeksvraag gefundeerd te beantwoorden. Triangulatie houdt in dat de onderzoeksvraag beantwoord wordt door meer dan één dataverzamelmethode (Verhoeven, 2010).

Onderzoeksdoelgroep

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een groep cliënten met een aangeboren visuele aandoening en een groep cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening binnen het domein Revalidatie & Advies (cliënten die bij Koninklijke Visio revalideren en adviezen krijgen) die 20 jaar of ouder zijn. Volgens de programmamanager, GZ-psycholoog en orthopedagoog zijn deze cliënten mondig genoeg om behoeftes en meningen te uiten in vergelijking met de andere twee domeinen. De programmamanager, GZ-psycholoog/orthopedagoog kunnen de mondigheid van cliënten inschatten, omdat zij cliënten uit het domein Revalidatie & Advies kennen, gesproken of begeleid hebben. De eerste groep bestaat uit cliënten met een aangeboren visuele aandoening en de tweede groep uit cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening. Er wordt gestreefd naar tien cliënten met een aangeboren visuele aandoening en tien cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening. De programmamanager en GZ-psycholoog/orthopedagoog hebben contact met de manager van Visio Loo het Erf in Apeldoorn (vanwege de bereikbaarheid van de onderzoeker) en zullen gezamenlijk een steekproef trekken op basis van leeftijd (20 jaar en ouder), cliënten met een aangeboren of niet-aangeboren visuele aandoening, het geslacht (zowel mannelijk als vrouwelijk), woonplaats en domein Revalidatie & Advies.

Onderzoeksinstrument

Voor dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een gestructureerd interview, namelijk het Spinnenweb-gespreksinstrument vanuit Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health, 2017) ontworpen door iPH, experts en gebruikers op initiatief van Machteld Huber. Het gespreksinstrument is een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst, niet gevalideerd als meetinstrument (Huber, 2011), maar wordt door veel zorginstanties en zorgverleners, zoals fysiotherapeuten, huisartsen, sociale teams, wijkverpleegkundigen en GGD instanties gebruikt die aan de slag zijn gegaan met Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health, 2017). Binnen dit gespreksinstrument zijn zes verschillende gezondheidsdimensies uitgelicht die een leidraad vormen voor het gestructureerd interview en beantwoord kunnen worden op een antwoordschaal waarbij het getal 0 “helemaal niet mee eens” betekent en het getal 10 “helemaal mee eens” betekent. De cliënt moet aangeven op een schaal van 0 tot 10 in hoeverre hij of zij het eens of oneens is met de uitspraak. Een voorbeeld uitspraak uit het Spinnenweb-gespreksinstrument is: *Ik accepteer mijzelf zoals ik ben* uit de gezondheidsdimensie Mentaal Welbevinden. Voor de interpretatie van de resultaten is er geen bestaande normscore vastgesteld. Om deze reden heeft de onderzoeker zelf een normscore gehanteerd om de resultaten makkelijker te kunnen interpreteren (zie Tabel 1).

Tabel 1*Normscore voor de interpretatie*

Cijferscore	Interpretatie
0	Zeer laag
1	Zeer laag
2	Laag
3	Laag
4	Redelijk laag
5	Neutraal
6	Redelijk hoog
7	Hoog
8	Hoog
9	Zeer hoog
10	Zeer hoog

Het is niet mogelijk om op de uitspraken scores met decimalen te geven. Gemiddelden met decimalen op bijvoorbeeld een gezondheidsdimensie worden afgerond waarbij een score van 0.5 of hoger naar boven wordt afgerond en een 0.4 of lager naar beneden wordt afgerond. Naast het gebruik van het gespreksinstrument als gestructureerd interview, wordt er ook gebruik gemaakt van door- en open vragen per dimensie tijdens het interview die zijn opgesteld door de onderzoeker met als doel de achterliggende waarde te verduidelijken op de uitspraken van cliënten. Een voorbeeldvraag die is opgesteld door de onderzoeker is: *Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk voor de zingeving van uw leven?* uit de gezondheidsdimensie Zingeving.

Procedure

Er is een informatiebrief (zie Bijlage 2: Informatiebrief) opgesteld door de onderzoeker waarin staat wat het onderzoek inhoudt, wat er gevraagd wordt van de cliënt en extra informatie voor vragen, gebruik van hun gegevens en vrijwilligheid en risico's bij deelname. Daarnaast is er een toestemmingsverklaring (zie Bijlage 3: Toestemmingsverklaring) opgesteld door de onderzoeker waarin de cliënt aangeeft en ondertekent om mee te doen aan het onderzoek. Deze twee documenten zijn opgestuurd naar de VRO (Vakgroep Revalidatie Ondersteuning) van Loo-Erf. Na inventarisatie van cliënten door de VRO, hebben zij namen opgegeven van cliënten die toestemming hebben gegeven om deel te nemen aan het onderzoek. De onderzoeker heeft een lijst met namen gekregen van cliënten die toestemming hebben gegeven om deel te nemen aan het onderzoek. De contactpersoon vanuit Visio Loo-Erf heeft contact opgenomen met de cliënten om vervolgens een afspraak te maken voor het afnemen van het interview. De onderzoeker haalde de cliënt op die in de foyer van het Loo-Erf zat te wachten. De onderzoeker stelde zich voor en bood de cliënt iets te drinken aan. Nadat er wel of geen drinken is gehaald door de onderzoeker, nam de onderzoeker de cliënt mee naar de ruimte waar het interview werd afgenomen. Bij aankomst in de ruimte vroeg de onderzoeker aan de cliënt waar zij ondersteuning bij nodig hadden, bijvoorbeeld de lichtintensiteit in de ruimte of het geluid van de airconditioning begon te acclimatiseren. Allereerst werd gevraagd of de cliënt nog iets nodig had of iets wilde weten wat het gesprek makkelijker zou laten verlopen. Daarna werd de audio-opname gestart en de eerste open vraag gesteld van het interview. Toen de onderzoeker aankwam bij de uitspraken van het Spinnenweb-gespreksinstrument waar een cijferscore benoemd moest worden, merkte de onderzoeker dat het grootste deel van de cliënten vaak een uitleg of onderbouwing gaf op de uitspraak en vergat om er een cijferscore aan te koppelen. Dit betekende dat de onderzoeker vaak moest vragen naar een cijferscore na

een verhaal van de cliënt. Het viel op dat de cliënten veel te vertellen hadden en de onderzoeker de tijd goed moest bewaken en verhalen soms moest onderbreken. Nadat de interviews waren afgenomen, bekeek de onderzoeker samen met de cliënt het Spinnenweb-diagram en de bijbehorende resultaten (zie Bijlage 4: Resultatenformulier). De onderzoeker peilde of de resultaten klopten, wat de cliënt er van vond en of zij het er mee eens was. Na de bespreking werd de cliënt bedankt en verteld dat de onderzoeker een samenvatting zou sturen van het gesprek om nogmaals te checken of de onderzoeker de antwoorden goed heeft geïnterpreteerd. De audio-opnames van de interviews werden beluisterd en uitgewerkt in samenvattingen door de onderzoeker. Er werd geen gebruik gemaakt van transcripten voor de leesbaarheid voor de cliënt. De samenvattingen werden gestuurd naar de cliënten om te vragen of de informatie klopt en of zij op- of aanmerkingen hebben.

Analyses

Nadat de antwoorden op uitspraken en open vragen duidelijk waren vanuit de samenvattingen en scores, werden deze gecodeerd in groepen, zodat er per gezondheidsdimensie gekeken kon worden naar belangrijke aspecten op de verschillende gezondheidsdimensies van de cliënten. De kwantitatieve resultaten werden door de onderzoeker ingevoerd in het software programma SPSS. Hierbij werden de cliënten ingedeeld in een groep met een aangeboren visuele aandoening en een niet aangeboren visuele aandoening om te onderzoeken of er verschillen waren in scores op de verschillende gezondheidsdimensies tussen de twee onderzoeksdoelgroepen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek om te bekijken hoe scores verdeeld waren, wat de gemiddelden waren en wat bijvoorbeeld de hoogste en laagste leeftijd was. Om te onderzoeken of er significante verschillen waren in de scores tussen cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening, werd er gebruik gemaakt van toetsende statistiek. Op SPSS werd de Mann-Whitney U-toets uitgevoerd om hiermee de p-waardes te bepalen. Er werd gebruik gemaakt van deze toets aangezien er een verschilvraag is en er twee aparte groepen zijn (Baarda et al., 2013). Nadat het Spinnenweb-gespreksinstrument helemaal was afgenomen, berekende de website van elke gezondheidsdimensie automatisch een gemiddelde score op basis van de cijferscores op elke individuele uitspraak. De onderzoeker heeft aan de hand van deze berekende gemiddelden verder gewerkt voor de resultaten en analyses.

Hoofdstuk 3 – Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk is de uitvoering van het onderzoek beschreven en de respons van de interviews. Vervolgens zijn de resultaten uitgewerkt per gezondheidsdimensie en worden de suggesties van de cliënten weergegeven.

Uitvoering

De uitvoering van het onderzoek is volgens het aangepast onderzoeksplan gegaan en goed verlopen, maar de planning om binnen drie weken de interviews af te nemen is niet gelukt. Vanwege de haalbaarheid van het onderzoek en de beschikbaarheid van cliënten zijn het uiteindelijk elf interviews geworden in plaats van twintig. Het heeft ook langer geduurd dan gepland om cliënten te werven en afspraken in te plannen vanwege de nieuwe privacy-wetregelgeving. De interviewafnames zijn gegaan volgens plan en de uiteindelijke doelen zijn behaald. De verwerking en het analyseren van de interviews zijn volgens het aangepast onderzoeksplan uitgevoerd.

Respons

Het doel was om tussen eind juli en begin augustus 2018 twintig interviews af te nemen bij de doelgroep Revalidatie & Advies van Koninklijke Visio Het Loo Erf. De onderzoeker heeft gevraagd aan de cliëntenwerver naar cliënten die voldoen aan het inclusiecriteria, namelijk alleen een aangeboren of een niet-aangeboren visuele beperking. Er is één cliënt met Retinitis Pigmentosa die onder de groep cliënten met een aangeboren visuele beperking viel. In Tabel 2 is in het kort weergegeven wat de respons is geweest. Er waren elf cliënten in totaal waarvan er zeven mannen en vier vrouwen. Acht cliënten hebben een niet-aangeboren visuele aandoening. Hiervan zijn vijf een man en drie een vrouw. Drie cliënten hebben een aangeboren visuele aandoening. Daarvan zijn twee een man en één cliënt een vrouw. In Tabel 3 zijn de leeftijdsgegevens van de twee onderzoeksdoelgroepen weergegeven. De gemiddelde leeftijd van cliënten met een aangeboren visuele aandoening is 52 ($SD = 5.29$). De laagste leeftijd van deze groep is 48 en de hoogste leeftijd is 58. De cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening hebben een gemiddelde leeftijd van 63 ($SD = 6.59$). De cliënt met de laagste leeftijd is 54 en de hoogste is 72.

Tabel 2

Aantal geïnterviewden van de twee onderzoeksdoelgroepen van het onderzoek

Cliënten	Aantal geïnterviewden	Man	Vrouw
Aangeboren visuele aandoening	3	2	1
Niet-aangeboren visuele aandoening	8	5	3
Totaal	11	7	4

Tabel 3

Gemiddelde leeftijd van de twee onderzoeksdoelgroepen inclusief de standaarddeviaties en de laagste en hoogste leeftijd

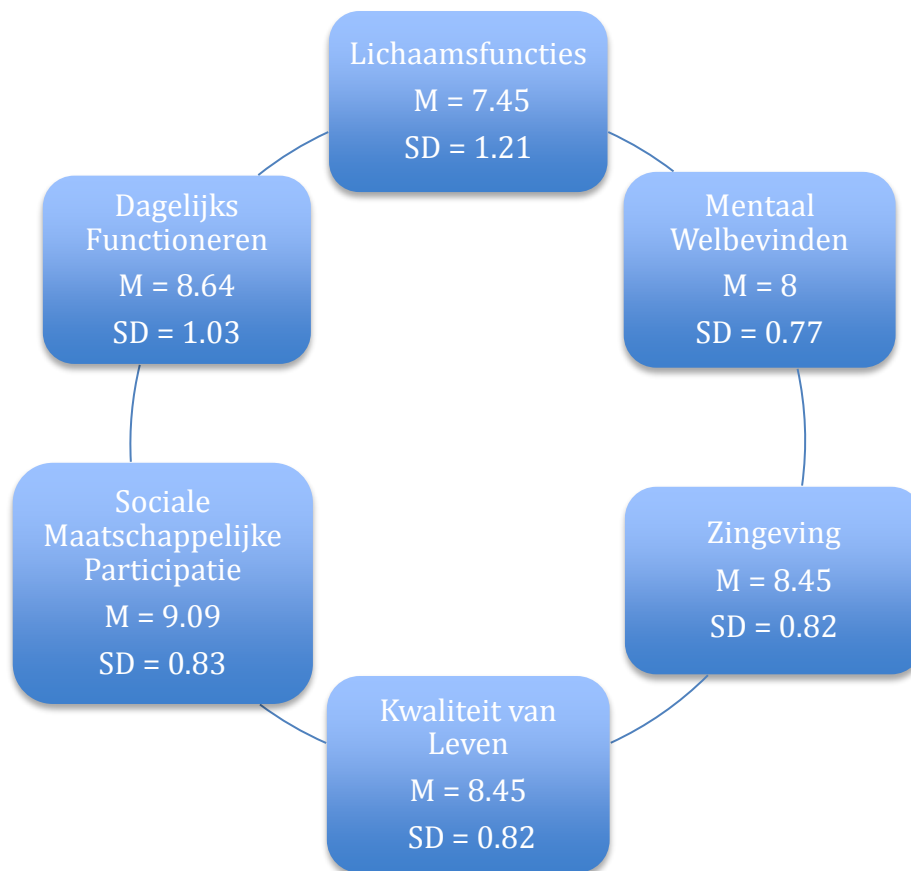
Gegevens	Aangeboren visuele aandoening	Niet-aangeboren visuele aandoening
Gemiddelde leeftijd	52	63
Laagste leeftijd	48	54
Hoogste leeftijd	58	72
Standaarddeviatie	5.29	6.59

Resultaten

Scores van de cliënten op elke gezondheidsdimensie

Bij de eerste deelvraag werd onderzocht hoe de cliënten van Koninklijke Visio scoren op elk van de gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument. Bij deze deelvraag is er geen onderscheid gemaakt tussen cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening. Er is gebruik gemaakt van de gehele steekproef om cijfers en resultaten te inventariseren en conclusies te kunnen trekken over de gehele groep cliënten. Om de eerste vraag te beantwoorden zijn in Figuur 3 de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de totale onderzoeksdoelgroep weergegeven die zij hebben behaald op alle zes de gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument. Wat hierin opvalt, is dat alle gemiddelde scores 7.45 of hoger zijn. Dit houdt volgens de interpretatie van de normscore in dat de cliënten gezamenlijk hoog tot zeer hoog scoren op alle

gezondheidsdimensies. De website waarop het Spinnenweb-gespreksinstrument kan worden afgenomen, heeft een gemiddelde score berekend op elke gezondheidsdimensie door middel van de scores die de cliënten hebben gegeven op elke individuele uitspraak. Om een beter beeld te krijgen van de scores worden parafrasen weergegeven.



Figuur 3. Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de onderzoeksdoelgroep op elke gezondheidsdimensie.

Lichaamsfuncties

Van de elf cliënten gaf één cliënt nadrukkelijk aan dat het lichamelijk niet zo goed gaat. Hij heeft een jaar geleden een arbeidsongeluk gehad, is suikerpatiënt en zijn benen werken niet meer optimaal. Twee van de elf cliënten geven aan dat het lichamelijk goed gaat en dat zij geen klachten of pijn ervaren. Acht van de elf cliënten ondervinden ouderdomskwalen of klachten van andere complicaties. Zo is er een cliënt die heeft aangegeven dat zij vanaf haar zevende diabeet is met als complicatie een oogafwijking en een gluten intolerantie. Vijf van de elf cliënten gaven aan dat zij zich redelijk gezond en fit voelen ondanks de bijkomende klachten van de visuele aandoening of andere complicaties. Een cliënt vertelde dat haar conditie goed is en veel wandelt en sport. Op alle vlakken gaat het goed behalve de ogen. Alle cliënten zijn momenteel bezig of van plan om te werken aan hun conditie en fitheid door middel van fitness, wandelen of andere sporten. Eén cliënt vertelde dat hij weinig heeft bewogen en rookt waardoor zijn conditie slecht is, maar sinds Visio doet hij weer aan fitness en merkt direct dat hij conditioneel fitter wordt.

Het merendeel van de cliënten vinden de mentale en fysieke gesteldheid en beweging het meest van belang voor hun lichaamsfuncties. Daarnaast zijn rust en een gezonde levensstijl ook belangrijke aspecten (zie Tabel 4).

Tabel 4*Wat houdt Lichaamsfuncties in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Beweging	Het lichaam kan doen wat hij wil en kan meedraaien Zo lang mogelijk mobiel blijven Bewegen Fietsen op de tandem Je eigen verplaatsen Zelf dingen kunnen doen Blijven bewegen Lopen en niet in een rolstoel belanden Zelfstandig blijven bewegen Sport of fitness beoefenen
Mentale en fysieke gesteldheid	Goede conditie Fitheid Geestelijk en lichamelijk op de rit komen Niet nog meer complicaties Hart goed blijven functioneren Liesbreukoperatie Voortgang en verbetering erectieprobleem
Rust	Rust in het hoofd krijgen Op tijd rust nemen
Gezonde levensstijl	Gezonder leven Goede en gezonde dagbesteding Ertussenuit gaan en niet bankhangen Gezond eten

Mentaal Welbevinden

Van de elf cliënten vinden zeven cliënten dat zij mentaal sterk zijn. Zij benoemden dat het mentaal goed gaat. Eén van de elf cliënten krijgt veel complimenten van de mensen om hem heen die zeggen dat hij ondanks de beperkingen rustig, gefocust en mentaal sterk overkomt. Twee cliënten kunnen niet goed aangeven hoe het mentaal met hen gaat. De cliënten zijn erg druk in hun hoofd en kunnen daardoor minder goed dingen onthouden. Met één van de elf cliënten gaat het mentaal lastig. Hij heeft hulp van een psycholoog nodig om dingen van zich af te praten. Het helpt ook om bijvoorbeeld met zijn trajectbegeleider of met mensen om hem heen te praten.

Zes van de elf cliënten hebben aangegeven dat zij zich vrolijk voelen. Twee cliënten vertellen dat zij zich over het algemeen wel vrolijk voelen, maar niet altijd omdat er soms gedachtes zijn die verwardheid of onrust veroorzaken. Eén cliënt geeft aan dat zij zich de laatste maanden wel vrolijk voelt, maar vindt dat zij dat niet altijd hoeft te zijn. Een andere cliënt geeft aan dat zij nog in de acceptatiefase van haar beperking zit en daarin nog niet helemaal blij is. Eén cliënt heeft nadrukkelijk aangegeven dat hij zich meer verdrietig dan vrolijk voelt, omdat hij bij Visio is zonder zijn vrouw.

Negen van de elf cliënten zeggen dat zij zichzelf accepteren. Eén van die negen cliënten vertelde dat zij zichzelf wel accepteert, maar het vervelend vond om dat te doen, omdat zij nog in de acceptatiefase zit. Eén cliënt gaf aan dat het bij hem variërend is wanneer hij zichzelf accepteert zoals hij is. Dat hangt af van de omgeving en wie hem benadert.

Eén cliënt gaf duidelijk aan dat zij zichzelf nog niet accepteert zoals zij is. Zij is streng en kritisch op haarzelf en zegt dat zij overal honderd procent goed in moet zijn.

Tien van de elf cliënten gaven aan dat zij actief op zoek gaan naar oplossingen om moeilijke situaties te veranderen. Eén cliënt daarvan gaf aan dat zij soms naar oplossingen zoekt, maar dat problemen soms niet te vermijden zijn en er wel eens mee moet dealen. Een andere cliënt vertelde dat hij wel naar oplossingen zoekt, maar de situatie vaak voor zich uitschuift. Daar kreeg hij vaak problemen van en loopt er daarom nu niet meer voor weg. Eén van de elf cliënten gaf aan dat hij niet zo zeer op zoek gaat naar oplossingen om moeilijke situaties te veranderen, maar wel graag meedenkt.

Vijf van de elf cliënten gaven nadrukkelijk aan dat zij controle hebben over hun eigen leven. Twee van de elf cliënten vertelden dat zij op dit moment bezig zijn om controle over hun eigen leven te krijgen. Eén van de twee cliënten vertelde dat hij momenteel net uit een fase komt waarin hij denkt dat zijn leven gecontroleerd wordt door medici vanwege zijn verleden en huidige situatie. Twee van de elf cliënten denken dat zij controle hebben over hun eigen leven, maar niet alles is te controleren. Zij vinden het allebei wel prima zoals het is. Twee van de elf cliënten zijn wel geneigd om controle te hebben over hun eigen leven, maar denken dat het niet altijd kan, omdat niemand echt controle heeft over zijn of haar leven. Eén van de twee cliënten gaf aan dat zij de controle los kan laten, omdat zij controle ziet als iets dwangmatigs. Zij vindt het belangrijk om dingen los te kunnen laten waar zij geen controle over heeft, omdat het leven niet altijd gaat zoals men denkt dat het zal verlopen. Zij vindt niet het eindresultaat belangrijk, maar de weg ernaar toe.

De cliënten hebben aangegeven dat zij de omgeving, de mentale en fysieke gesteldheid de zelfstandigheid en de zelfontplooiing erg belangrijk vinden voor hun mentaal welbevinden en het vergroten van het mentaal welbevinden (zie Tabel 5).

Tabel 5*Wat houdt Mentaal welbevinden in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Omgeving	Bemoediging en waardering van omgeving in vorm van feedback Goede vrienden en familieleden Verhaal kwijt kunnen Contact met andere mensen Praten over problemen met mensen in omgeving Contact met mensen Mensen in omgeving die het goed voorhebben met de persoon
Mentale en fysieke gesteldheid	Lichamelijk goed gaan Verbetering van de ogen Vooruitgang in het acceptatieproces van de ogen Lichaam en geest één worden Rust in de tent komen Restzicht behouden
Zelfontplooiing	Externe prikkels Blijven leren en nadenken Nieuwsgierigheid Leergierigheid Benodigdheden aangereikt krijgen Niet opgeven en goed nadenken voordat er iets gedaan wordt
Zelfstandigheid	Zelf regie hebben Zelfstandig en onafhankelijk zijn Controle los kunnen laten Zelfstandig worden

Zingeving

Negen van de elf cliënten gaven aan dat zij een zinvol leven leiden ook al is de zin een klein stukje verminderd door de visuele beperking. Een cliënt vertelde dat er nu gedacht moet worden aan dingen die nog wel kunnen en niet meer aan wat er niet meer kan. Eén van de elf cliënten denkt dat zij een zinvol leven gaat krijgen, want daar wordt met hulp van Visio aan gewerkt. Een andere cliënt vertelde dat hij een zinvol leven had, maar nu niet meer zo, omdat zijn leven momenteel op z'n kop staat. Hij hoopt bij Visio in ieder geval een zinvolle dagbesteding mee te krijgen. Negen van de elf cliënten gaven overtuigend aan dat zij vertrouwen hebben in hun eigen toekomst. Eén van de elf cliënten gaf aan dat zij nu meer vertrouwen heeft in haar toekomst dan voorheen, maar nog niet zeker weet wat de toekomst haar gaat brengen. Eén cliënt gaf aan dat hij op dit moment nog niet de volle honderd procent vertrouwen had in zijn toekomst vanwege de gevolgen die hij heeft overgehouden aan een ongeluk. Van de elf cliënten zijn er negen die het leven accepteren zoals het komt. Van de elf cliënten zijn er twee die het leven niet altijd accepteren zoals het komt, omdat zij het soms lastig vinden om met tegenslagen om te gaan of het te accepteren. Alle elf de cliënten gaven aan dat zij dankbaar zijn voor wat het leven hen biedt, maar minder dankbaar door de visuele aandoening en de beperkingen daarvan.

Er waren verschillende aspecten die cliënten belangrijk vinden voor hun zingeving. Deze factoren waren de omgeving, de zelfregie, hun vrijetijdsbesteding, de positiviteit en de uitdagingen in het leven (zie Tabel 6).

Tabel 6

Wat houdt Zingeving in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?

Code	Beschrijving van code
Omgeving	Iets voor andere mensen betekenen en er voor hen zijn Helpen van anderen Goede dingen doen met de omgeving Veel kunnen betekenen voor de omgeving
Zelfregie	Zelf weer dingen doen Activiteiten oppakken Activiteiten aanpakken Controle over het leven herpakken Niet bij de pakken neerzitten
Vrijetijdsbesteding	Dingen kan doen die ik wil Ontspanning Leuke dingen doen
Overig	Positiviteit Uitdagingen

Kwaliteit van Leven

Van de elf cliënten gaven acht cliënten aan dat zij genieten van hun leven. Eén van die cliënten vertelde daarbij wel dat het anders kan zijn en het aan het moment ligt. Eén cliënt gaf aan dat zij een minder prettig leven leidt dan wat zij voorheen had en daardoor dus ook minder geniet van het leven. Zes van de elf cliënten gaven overtuigend aan dat zij gelukkig zijn. Eén cliënt vertelde dat zij wel gelukkig is, maar nog met onzekerheden zit over de toekomst. Een andere cliënt vertelde dat zij gelukkig is, maar minder gelukkig met haar situatie. Drie van de elf cliënten zijn redelijk gelukkig. Zeven cliënten zitten lekker in hun vel. Het kan soms even wat minder zijn, maar dat hoort erbij volgens hen. Eén cliënt zit wel lekker in haar vel, maar niet helemaal vanwege de vermindering van haar zicht. Eén cliënt vertelde dat zij nog zoekende is naar het gevoel om lekker in haar vel te zitten. Twee cliënten gaven aan dat zij nog niet lekker in hun vel zaten, want daar is momenteel nog te veel voor aan de hand. Zes van de elf cliënten gaven aan dat zij evenwicht ervaren in hun leven. Twee cliënten ervaren redelijk wat evenwicht. Drie andere cliënten vertelden dat zij momenteel steeds meer evenwicht terugkrijgen in hun leven.

Ook bij de kwaliteit van leven werden verschillende aspecten aangegeven die de cliënten belangrijk vinden in hun leven. Ook hierin werd zelfontplooiing en de omgeving benoemd. Daarnaast is de financiële situatie, de algehele gezondheid, de vrije tijd en het zelfstandig dingen kunnen doen van belang binnen deze steekproef (zie Tabel 7).

Tabel 7*Wat houdt Kwaliteit van Leven in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Zelfontplooiing	Groei Bijhouden van kennis, vaardigheden en competenties Mensen stimuleren om sterker in hun schoenen te staan Dingen leren Dingen aanleren Invulling van het leven
Algehele gezondheid	Vrij kunnen bewegen Goede gezondheid Oogafwijking niet verslechteren Stabiliteit van de ogen Gezond blijven Geen rare klachten of ziektes krijgen
Omgeving	Goede samenleving Leuke mensen om je heen Op de hoogte zijn van de omgeving Goede omgeving
Financiële situatie	Het goed hebben met de partner Kunnen leven zoals je wilt Geen financiële problemen Dingen kan doen die je wilt Er vaker op uitgaan Mooie woning
Overig	Vrije tijd Zelfstandig dingen doen

Sociale Maatschappelijke Participatie

Negen van de elf cliënten gaven aan dat zij goed contact hebben met andere mensen. Van die negen gaf één cliënt aan dat hij op dit moment weinig mee doet in de maatschappij vanwege de beperkingen. Twee cliënten vertelden dat zij redelijk goed contact hebben met andere mensen. Van de elf cliënten is er maar één die aangeeft dat hij niet zo veel mensen om zich heen heeft met wie hij leuke dingen kan doen, omdat hij plots visueel beperkt werd net toen hij in een nieuwe omgeving kwam wonen. De rest van de cliënten hebben wel mensen om hen heen met wie zij leuke dingen kunnen doen. Alle cliënten gaven aan dat zij mensen om zich heen hebben die hen steunen wanneer dat nodig is. Ook gaven zij allemaal aan dat zij het gevoel hebben erbij te horen in hun omgeving. Van de elf cliënten zijn er zes die vertelden dat zij (vrijwilligers)werk of zinvolle bezigheden hebben. Drie cliënten hebben nog niet echt zinvolle bezigheden of werk, maar zijn er wel naar op zoek. Daar worden zij voldoende in ondersteund door Visio. Eén cliënt gaf aan dat hij op dit moment geen zinvolle bezigheden of werk heeft.

Voor de sociale maatschappelijke participatie hebben de cliënten aangegeven dat de vaardigheden, het willen en kunnen meedoen, een goede economie en de relationele sfeer erg belangrijk zijn (zie Tabel 8).

Tabel 8

Wat houdt Sociale Maatschappelijke Participatie in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?

Code	Beschrijving van code
Vaardigheden	Leren van een mening of opvatting van een ander Op niveau blijven praten met mensen Een oordeel kunnen vormen over zaken Mensen van vooroordelen afhelfen Goede communicatie Luisteren naar elkaar Verbeteren van de eigen mobiliteit
Meedoen	Vraag vanuit mensen in de omgeving om deel te nemen aan activiteiten Meedenken Meepraten Mening kunnen geven Onder de mensen komen
Relationele sfeer	Humor Goede samenleving Rekening houden met handicap vanuit de omgeving Groepscohesie Steun en kunnen bouwen op elkaar
Overig	Goede economie

Dagelijks Functioneren

Van de elf cliënten waren er negen die vertelden dat zij goed voor zichzelf kunnen zorgen en weten hoe zij hun gezondheid kunnen verzorgen, maar dat koken en boodschappen doen lastiger is. Twee cliënten gaven aan dat zij redelijk goed voor zichzelf en hun gezondheid kunnen zorgen, maar er momenteel wel aan het leren zijn bij Visio om dat te verbeteren. Acht cliënten gaven aan dat zij weten wat zij wel kunnen en weten wat zij niet kunnen. Drie cliënten zijn momenteel bij Visio nog aan het ontdekken wat zij wel en niet kunnen. Zeven cliënten vertelden dat zij goed kunnen plannen wat zij op een dag moeten doen. Eén van de zeven gaf aan dat hij goed kan plannen, maar soms een fout maakt, omdat het ergens waar hij is te gezellig is en langer blijft dan gepland wat hem dan extra energie kost. Twee cliënten gaven aan dat zij redelijk goed kunnen plannen, maar doen dit meer in het hoofd dan letterlijk of bewust op bijvoorbeeld papier. Twee andere cliënten gaven aan dat zij bij Visio aan de slag zijn gegaan om te leren plannen.

Voor de cliënten is het belangrijk om goed overweg te kunnen met de omgeving en controle te hebben over het leven en bepaalde aspecten daarin voor het goed kunnen functioneren in het dagelijks leven (zie Tabel 9).

Tabel 9*Wat houdt Dagelijks Functioneren in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Controle	Grenzen herkennen
	Grenzen hanteren
	Meer aandacht schenken aan de gezondheid
	Minder uitgaven, letten op het geld
	Grenzen aanvoelen
Omgeving	Zelfstandigheid
	Overeenstemming vinden met anderen
	Elkaar de ruimte geven

Verschillen tussen de scores bij aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoeningen

Nu alle cijferscores en resultaten geïnventariseerd zijn van de gehele groep cliënten, wordt er nu gekeken naar mogelijke verschillen in scores tussen de cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening op elk van de gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument. Om deze tweede deelvraag te kunnen beantwoorden zijn er gemiddelden en standaarddeviaties in Tabel 10 weergegeven van de twee onderzoeksdoelgroepen op elke gezondheidsdimensie. Wat opvalt in Tabel 10 is dat de cliënten met een aangeboren visuele aandoening hoog tot zeer hoog scoren op de verschillende gezondheidsdimensies. Ook de cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening scoren hoog tot zeer hoog volgens de interpretatie van de normscore.

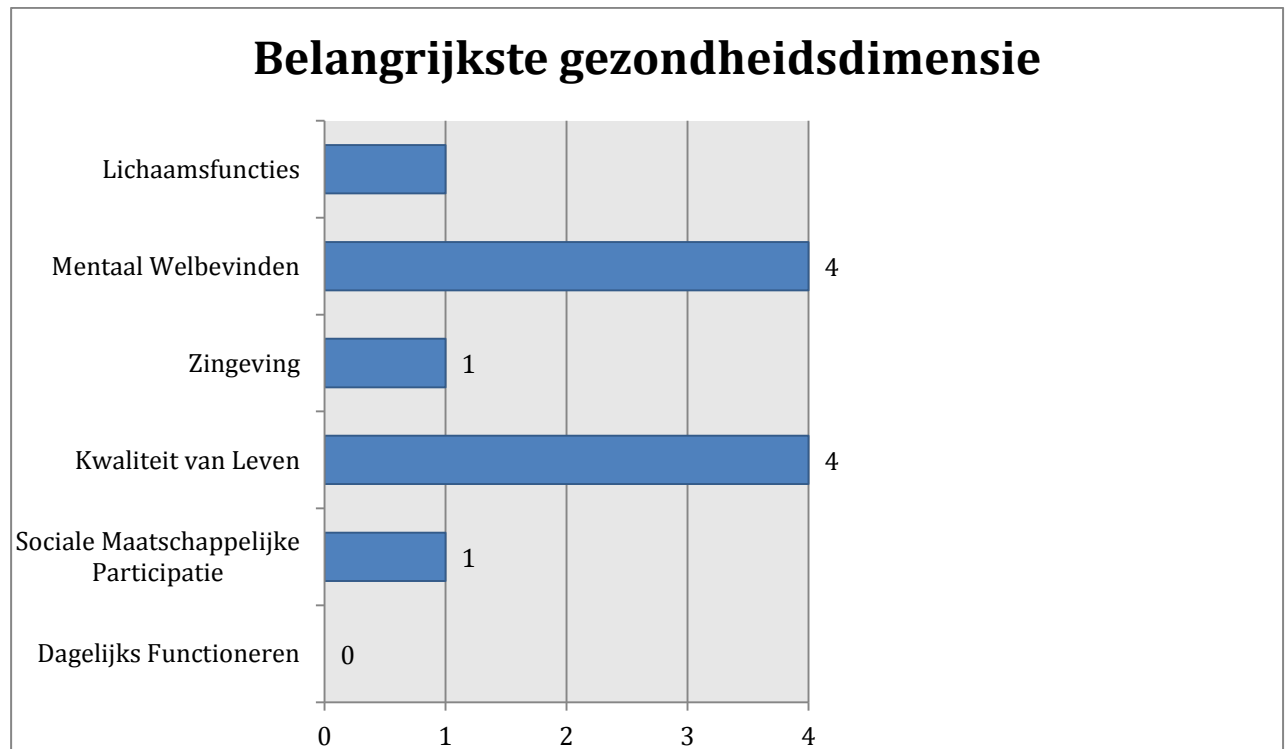
Tabel 10*Gemiddelde scores (standaarddeviaties) van de twee onderzoeksdoelgroepen op de verschillende gezondheidsdimensies*

Gezondheidsdimensie	Aangeboren visuele aandoening	Niet-aangeboren visuele aandoening
Lichaamsfuncties	8 (1)	7.25 (1.28)
Mentaal Welbevinden	7.67 (1.15)	8.13 (0.64)
Zingeving	8.67 (1.53)	8.38 (0.52)
Kwaliteit van Leven	8 (0)	8.63 (0.92)
Sociale Maatschappelijke Participatie	8.67 (0.58)	9.25 (0.89)
Dagelijks Functioneren	8.33 (1.15)	8.75 (1.04)

Om antwoord te geven op de tweede deelvraag is de Mann-Whitney U-toets uitgevoerd met SPSS. Deze toets is gekozen vanwege de twee onafhankelijke variabelen. In dit geval de groep cliënten met een aangeboren visuele aandoening en de groep cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening. Bovendien bestond deze steekproef uit minder dan 25 respondenten waardoor deze toets geschikt is voor het onderzoek. Uit deze toets is gebleken dat geen enkele vergelijking een significant verschil (alle p 's > 0.05) had tussen cliënten met een aangeboren visuele aandoening.

Belangrijkste gezondheidsdimensie volgens cliënt

Bij de derde deelvraag werd onderzocht welke gezondheidsdimensie van het Spinnenweb-gespreksinstrument de cliënten het meest belangrijk vinden voor hun gezondheid. In Figuur 4 is een staafdiagram weergegeven waarin te zien is welke gezondheidsdimensie de cliënten het meest belangrijk vinden voor hun eigen gezondheid. Aan de cijfers in het staafdiagram is te zien hoe veel cliënten gekozen hebben voor een bepaalde gezondheidsdimensie. Wat opvalt is dat de keuzes variërend zijn, maar dat Kwaliteit van Leven en Mentaal Welbevinden het meest worden gekozen door de cliënten. De onderbouwing voor hun keuze wordt daarna weergegeven.



Figuur 4. Belangrijkste gezondheidsdimensie volgens de cliënt.

Opmerking: De cijfers in het staafdiagram geven het aantal cliënten weer die gekozen hebben voor de gezondheidsdimensie.

Belangrijkste gezondheidsdimensie

Er is één cliënt die heeft aangegeven dat zij de gezondheidsdimensie Lichaamsfuncties het belangrijkste vindt voor haar gezondheid, omdat zij ervan overtuigd is dat wanneer de lichaamsfuncties niet goed zijn de andere dimensies daardoor ook belemmerd worden. Vier van de elf cliënten vinden de gezondheidsdimensie Mentaal Welbevinden het meest van belang voor hun gezondheid. Mentaal welbevinden heeft volgens de cliënten namelijk betrekking op het lichaam, de concentratie en de rust van een persoon. Zingeving werd gekozen door één cliënt. Wanneer de zingeving goed is, zit de cliënt beter in zijn vel en ervaart hij minder klachten, wat ook betrekking heeft op de andere gezondheidsdimensies. Van de elf cliënten waren er vier die Kwaliteit van Leven als belangrijkste gezondheidsdimensie hebben gekozen. De cliënten gaven aan de Kwaliteit van Leven een overkoepelend thema is en een paraplu voor alle andere gezondheidsdimensies is. De laatste cliënt heeft gekozen voor Sociale Maatschappelijke Participatie als belangrijkste gezondheidsdimensie voor haar eigen gezondheid, omdat het waarschijnlijk heel erg zwaar gaat worden voor haar wanneer zij geen vrienden of werk heeft en daardoor de rest van de gezondheidsdimensies ook veel lager uitkomen.

Er is geen één cliënt die gekozen heeft voor de gezondheidsdimensie Dagelijks Functioneren.

Wensen van cliënten met betrekking tot het zorgaanbod

Tenslotte werd er bij de laatste deelvraag onderzocht wat voor wensen de cliënten hebben in relatie tot elk van de zes gezondheidsdimensies van Positieve Gezondheid voor het zorgaanbod van Koninklijke Visio. Voor deze deelvraag is nagevraagd bij alle cliënten of zij nog wensen of suggesties hebben met betrekking tot het zorgaanbod van Koninklijke Visio. In dit geval zijn de wensen en suggesties specifiek gerelateerd aan Visio Het Loo Erf.

Alle elf de cliënten gaven aan dat zij tevreden tot zeer tevreden waren over het zorgaanbod van Visio Het Loo Erf. Er waren wel een aantal cliënten die wat suggesties hadden met betrekking tot Visio Het Loo Erf: Er is één cliënt die graag wat meer mogelijkheden zou willen zien voor sporten dan het huidige aanbod. Ook kan het sporten volgens haar beter gestimuleerd worden door sporten met medische ondersteuning. Groepscohesie en persoonlijke ondersteuning zijn belangrijk. Eén cliënt zou graag meer en een langere structuur willen in de begeleiding van het sporten. Het liefst het hele traject door. De structuur stopt volgens haar te vroeg. Hierdoor kan zij bijvoorbeeld niet in haar eigen omgeving fitnessen op hetzelfde niveau als bij Visio. Daarnaast vindt zij dat er meer aandacht en energie gestoken mag worden in de tijd over wat voor sporten de cliënten later gaan uitoefenen. Ook vindt zij dat het creatieve gedeelte te weinig belicht wordt bij Visio. Een andere cliënt ziet graag een training met vaardigheden omtrent luidruchtigheid en drukte in open plekken, zoals een restaurant of kantine. De cliënt vindt het lastig om met zijn gezelschap een gesprek aan te gaan in een drukke omgeving. Eén cliënt zou graag willen zien dat Visio meer aandacht besteedt aan de verdeling van aangepaste zitplaatsen in de eetzaal in verband met de benodigde lichtintensiteit van cliënten. Volgens deze cliënt is er een beleid bij Visio dat iedereen mag zitten waar hij of zij wil. Dit betekent dat mensen gaan zitten waar het gezellig is waardoor sommige tafels vol zijn en cliënten met een bepaalde lichtbehoefte verplicht elders moeten. Een andere cliënt zou graag wat meer rust, pauze of tussendoor een uurtje vrij willen in de volle dagen bij Visio. De laatste cliënt vindt dat er te weinig ondersteuning en betrokkenheid vanuit Visio is in het traject voor de partner van de revalidant.

Coping

Uit nieuwsgierigheid van de onderzoeker naar verschillende coping strategieën, is er gevraagd naar de omgang met tegenslagen, beperkingen en uitdagingen van cliënten op elke gezondheidsdimensie. Hier is geen aparte onderzoeksvraag voor opgesteld. Wat opviel is dat alle cliënten telkens dezelfde, al eerdere opgenoemde coping strategie benoemde bij verschillende gezondheidsdimensies. Dit zou kunnen betekenen dat de cliënten hun coping strategie generaliseren en toepassen op elke gezondheidsdimensie. Uit de antwoorden op de vragen is gebleken dat de cliënten vooral een taak- of probleemgerichte coping strategie toepassen bij uitdagingen, tegenslagen of beperkingen. Het probleem wordt vaak actief aangepakt door middel van bijvoorbeeld het zoeken naar een oplossing, de situatie bespreken met de omgeving of de belevenissen te delen in groepsgesprekken. De individu- of emotiegerichte coping strategie wordt ook toegepast, maar in mindere mate dan de taak- of probleemgerichte coping strategie. De cliënten vertelden dat zij bij een individu- of emotiegerichte coping strategie bijvoorbeeld de belading van het probleem omdraaien, het probleem direct proberen te verwerken of het uithuilen wanneer het tegen zit (zie Tabel 11).

Tabel 11*Hoe gaan cliënten om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen?*

Code	Beschrijving van code
Individu- of emotiegericht	Belading omdraaien Mee leren leven/dealen, om te kunnen gaan Accepteren (A) Rusten (A) Ontspanning opzoeken (A) Mediteren (A) Uithuilen als het tegen zit Verwerken Erbij stil staan Gevoelens tonen (A) Stress weghouden (A) Positief blijven
Taak- of probleemgericht	Actief aanpakken Zo snel mogelijk doorgaan (A) Denken in oplossingen, niet in problemen Niet vermijden Met de hond kroelen Partner bellen om verdriet te uiten Stap terug doen Met mensen praten Belevissen delen in groepsgesprekken (A) Leren van elkaars ervaringen (A) Niet blijven hangen in de negativiteit Oplossingsgericht kijken, nadenken en doen Gericht op mogelijkheden (A) Zorgt voor motivatie Probleem omzeilen of overwinnen Zoeken naar een oplossing (A) Laten zien wat de persoon wel kan Verschillende coping strategieën uitproberen

Opmerking: een (A) achter de beschrijving van de code staat voor cliënten met aan aangeboren visuele aandoening.

Hoofdstuk 4 – Conclusie, discussie en aanbevelingen

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, zijn in dit hoofdstuk conclusies getrokken over de verschillende deelvragen. De deelvragen zijn beantwoord aan de hand van de resultaten die beschreven staan in hoofdstuk drie. Naar aanleiding van de conclusie en antwoorden op de hoofd- en deelvragen, zijn verschillende aanbevelingen omschreven. Daarnaast is ook de discussie beschreven.

Conclusies

Scores van de cliënten op elke gezondheidsdimensie

Met de eerste deelvraag is onderzocht hoe de cliënten scoren op het Spinnenweb-gespreksinstrument. In diverse onderzoeken wordt geconcludeerd dat mensen met een visuele aandoening laag scoren op de maatschappelijke participatie (Van Der Aa, 2016), de kwaliteit van leven (Nyman et al., 2009; Van Calker, 2011), het mentaal welbevinden (Winefield et al., 2012) en de algemene dagelijkse levensverrichtingen (Van Wahl et al., 1999). Wat opvalt is dat in dit onderzoek met deze steekproef, de cliënten hoge tot zeer hoge scores behalen op alle gezondheidsdimensies. Ook gaven de cliënten aan dat zij hun gezondheid als positief ervaren. Het zou goed kunnen dat deze hoge scores te maken hebben met de manier van omgaan met uitdagingen, problemen of tegenslagen. De manier van omgaan met problematische situaties is namelijk cruciaal voor de gezondheid van een persoon (Expertisegroep Psychosociaal, 2014). Uit de interviews blijkt dat de cliënten vaak een taak- of probleemgerichte coping strategie toepassen bij problematische situaties waardoor zij het probleem actief aanpakken (Miller & Kaiser, 2001; Van der Molen et al., 2010). Ook wordt de individu- of emotiegerichte coping strategie gebruikt waardoor er innerlijke aanpassing ontstaat bij de cliënt (Miller & Kaiser, 2001; Van der Molen et al., 2010). Het is mogelijk dat de cliënten goed weten welke coping strategie zij op het juiste moment moeten toepassen om zo hun eigen gezondheid positief te beïnvloeden. Wat ook een reden zou kunnen zijn van de hoge scores, is het feit dat er gebruik is gemaakt van een selecte steekproef. Het kan voorkomen dat de cliënten bij wie een interview werd afgenomen tijd of zin hadden, open stonden voor het interview, nieuwsgierig waren naar het onderzoek, enthousiast waren om deel te nemen of zich al enige tijd in het revalidatieproces bevinden. Wat wel van belang is, is dat de steekproef uit weinig cliënten bestond waardoor de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Daarnaast kan alleen een uitspraak worden gedaan over deze steekproef, maar niet over de gehele populatie. De resultaten zijn dus niet generaliseerbaar. Dit komt er op neer dat de cliënten uit deze steekproef hoger scoren op de verschillende gezondheidsdimensies in vergelijking met de cliënten uit de eerder genoemde onderzoeken van Van der Aa (2016), Nyman et al. (2009), Van Calker (2011), Winefield et al. (2012) en Van Wahl et al. (1999). Hierdoor kan de hypothese: *zowel aangeboren als niet-aangeboren cliënten van Koninklijke Visio scoren laag op de verschillende gezondheidsdimensies van het Spinnenweb-gespreksinstrument* noch worden aangenomen ofwel ontkracht gezien het geringe aantal cliënten dat is onderzocht.

Verschillen tussen de scores bij aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoeningen

Voor de tweede deelvraag is onderzocht bij cliënten in hoeverre er verschillen zijn tussen de scores van cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening binnen Koninklijke Visio. Uit de onderzoeken van Expertisegroep Psychosociaal (2014) en Langelaan et al. (2009) blijkt dat een niet-aangeboren visuele aandoening zwaarder drukt op de gezondheid van een persoon dan een aangeboren visuele aandoening en hun gezondheid als minder positief ervaren. Kijkend naar deze onderzoeken zou het betekenen dat in dit huidige onderzoek de cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening hun gezondheid als minder positief ervaren dan de cliënten met een aangeboren visuele aandoening. Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag is de Mann-Whitney U-toets uitgevoerd op basis van de gemiddelde scores die de website van het Spinnenweb-gespreksinstrument heeft berekend aan de hand van de individuele cijferscores op de uitspraken. Hieruit is

gebleken dat er geen enkel significant verschil is op elke gezondheidsdimensie tussen cliënten met een aangeboren visuele aandoening en cliënten met een niet aangeboren visuele aandoening binnen deze steekproef. Dit zou te maken kunnen hebben met de steekproef voor dit onderzoek. Er is namelijk gebruik gemaakt van een selecte steekproef waarbij de cliënten al enige tijd een revalidatietraject volgen. Volgens de onderzoeker zou het mogelijk zijn dat de cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening al hebben geleerd hoe zij met de beperkingen om moeten gaan tijdens het revalidatietraject, in een fase van vooruitgang zitten en vooruitgang boeken of genoeg aandacht krijgen voor hun beperkingen en behoeftes. Hierdoor is het mogelijk dat zij zich in een positieve spiraal bevinden en hun gezondheid dus niet als minder positief ervaren in vergelijking met cliënten met een aangeboren visuele aandoening. Ook hierbij moet gedacht worden aan het feit dat de steekproef uit weinig cliënten bestond en dat de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Er kan alleen een uitspraak worden gedaan over deze steekproef, maar niet over de gehele populatie. Dit komt er op neer dat er geen significante verschillen in scores op elke gezondheidsdimensie zijn tussen de cliënten met een aangeboren visuele aandoening en een niet-aangeboren visuele aandoening uit deze steekproef in vergelijking met de verschillen tussen de twee onderzoeksdoelgroepen in de eerder genoemde onderzoeken van Expertisegroep Psychosociaal (2014) en Langelaan et al. (2009). Hierdoor kan de hypothese: *cliënten van Koninklijke Visio met een niet-aangeboren visuele aandoening scoren lager op elke gezondheidsdimensie in vergelijking met cliënten met een aangeboren visuele aandoening* noch worden aangenomen ofwel ontkracht gezien het geringe aantal cliënten dat is onderzocht.

Belangrijkste gezondheidsdimensie volgens cliënt

Om antwoord te geven op de derde deelvraag is aan de cliënten gevraagd welke gezondheidsdimensie zij het meest van belang vinden voor hun eigen gezondheid. Het is lastig om een eenduidige conclusie te trekken voor deze vraag, omdat het een kleine steekproef betreft met veel individuele onderbouwingen en meningen. Uit de resultaten is namelijk gebleken dat de keuze variërend is. Dat wil zeggen dat binnen deze steekproef er niet één bepaalde gezondheidsdimensie de voorkeur heeft en dat elke cliënt een eigen keuze heeft met een eigen onderbouwing voor die keuze, maar de twee meest genoemde gezondheidsdimensies waren Mentaal Welbevinden en Kwaliteit van Leven.

Wensen van cliënten met betrekking tot het zorgaanbod

Alle cliënten zijn zeer tevreden over het zorgaanbod van Visio Het Loo Erf. Er waren wel een paar cliënten die nog opmerkingen of punten van verbetering hadden, bijvoorbeeld een training, de partner van de revalidant meer betrekken in het hele traject en daarin ondersteunen of meer rust en pauzes in de volle programmadagen bij Visio Het Loo Erf. Ook hierin is het moeilijk om conclusies te trekken, omdat het een kleine steekproef betreft en de wensen van cliënten op individueel niveau zijn. Er is dus te zien dat de cliënten binnen deze steekproef allemaal een eigen wens hebben ter verbetering en er niet één bepaald specifiek onderwerp is dat de voorkeur heeft bij de cliënten. Wel waren er twee cliënten die wensen hadden met betrekking tot de sportmogelijkheden.

Beantwoording van de hoofdvraag

Voorafgaand aan dit onderzoek is een hoofdvraag opgesteld om te onderzoeken hoe de cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening hun positieve gezondheid ervaren aan de hand van het Spinnenweb-gespreksinstrument van Institute for Positive Health uit Positieve Gezondheid. Belangrijk voor deze hoofdvraag was het open antwoord dat de cliënt heeft gegeven op

de vraag: *Hoe ervaart u uw eigen gezondheid?* Op basis van het antwoord dat zij hebben gegeven op die vraag, de resultaten van hoofdstuk 3 en de antwoorden op de andere deelvragen kan worden gesteld dat zowel de cliënten met een aangeboren visuele aandoening als cliënten met een niet-aangeboren visuele aandoening hun positieve gezondheid als matig tot zeer goed ervaren binnen deze steekproef.

Discussie, beperkingen en aanbevelingen

Bij de kwalitatieve methode in dit huidige onderzoek gaat het om de beleving van de gezondheid van de cliënt. Het onderzoek is een momentopname in het leven van de cliënten en daarmee kan ook de interpretatie van de beleving van de cliënten per moment verschillen (Verhoeven, 2010). Wat ook meespeelt in dit onderzoek is dat iedere cliënt meer of minder uitgebreid antwoord gaf op de verschillende uitspraken. Dit vraagt veel flexibiliteit en improvisatie van de onderzoeker. Wanneer de cliënt een vraag niet goed kon beantwoorden of niet begreep, heeft de onderzoeker zo nu en dan voorbeelden gegeven om de vraag of uitspraak te verhelderen. Dit zou geleid kunnen hebben tot suggesties voor de cliënt waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloed kan zijn.

Het Spinnenweb-gespreksinstrument is niet officieel onderzocht op de betrouwbaarheid en validiteit. In tabel 12 staat de interne consistentie per construct weergegeven. De Chronbach's Alpha is over het algemeen groter dan 0.60. De meeste constructen zijn hierdoor volgens Baarda, Van Dijkum en De Goede (2014) betrouwbaar voor het onderzoek. Desondanks zijn er twee schalen die lager scoren dan 0.6, wat dus betekent dat deze constructen minder betrouwbaar en bruikbaar zijn. Dit zou te maken kunnen hebben met het lage aantal cliënten in de gehele onderzoeksdoelgroep en de ongelijke aantallen tussen de groepen cliënten met een aangeboren of niet-aangeboren visuele aandoening.

Tabel 12

Homogeniteitsanalyse van het Spinnenweb-gespreksinstrument

Constructen	Chronbach's Alpha	Aantal items per construct
Lichaamsfuncties	0.89	7
Mentaal Welbevinden	0.54	7
Zingeving	0.80	7
Kwaliteit van Leven	0.57	7
Sociale Maatschappelijke Participatie	0.74	7
Dagelijks Functioneren	0.83	7

Opmerking: Een construct is betrouwbaar wanneer de Chronbach's Alpha > 0.6.

Bij het beantwoorden van de vragen kan er sprake zijn geweest van sociale wenselijkheid, omdat de onderzoeker en de cliënten elkaar voor de interview-afname nog nooit hebben ontmoet en er dus geen zekere mate van vertrouwen aanwezig was tussen cliënt en onderzoeker. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de cliënten niet open en eerlijk hebben gesproken. Volgens Plochg, Juttman, Mackenbach en Klazinga (2007) is het mogelijk dat cliënten zich beter voordoen dan hoe het werkelijk met hen gaat. Dit zou kunnen betekenen dat de cliënten in dit onderzoek een positiever antwoord gaven op uitspraken dan hoe zij zich daadwerkelijk voelden. Dit kan mogelijk van invloed zijn op de betrouwbaarheid van de interviews. Om dit te kunnen voorkomen, is het mogelijk dat de onderzoeker de cliënten een paar keer ontmoet en ziet voordat het interview

wordt afgenomen. Op deze manier kunnen de onderzoeker en de cliënten kennis maken, aan elkaar wennen en met kleine stapjes een vertrouwensband ontwikkelen.

De onderzoeker heeft geprobeerd om zoveel mogelijk interviews te laten plaatsvinden, rekening houdend met de haalbaarheid, om de externe validiteit te waarborgen. Helaas bestond de steekproef uit te weinig cliënten ($n = 11$). Er waren weliswaar twee onderzoeksdoelgroepen opgesteld, maar het aantal cliënten per onderzoeksdoelgroep was niet in evenwicht. Ook bestonden de doelgroepen uit volwassen cliënten die niet allemaal even ver in het revalidatietraject zaten. Dit betekent dat er bijvoorbeeld geen jongeren met een aangeboren of niet-aangeboren visuele aandoening onderzocht werden en de cliënten niet op hetzelfde niveau zaten wat betreft de revalidatie. Daarnaast denkt de onderzoeker dat het mogelijk is, dat de geïnterviewden uit cliënten bestonden die interesse hadden en in aanmerking kwamen voor het onderzoek. Dit zorgt ervoor dat de steekproef niet willekeurig geselecteerd is. Dit kan van invloed zijn op de representativiteit, de generaliseerbaarheid en de externe validiteit van het onderzoek voor cliënten met een aangeboren of een niet-aangeboren visuele aandoening binnen Koninklijke Visio.

Ook heeft de onderzoeker geprobeerd om de interviews zoveel en dicht mogelijk in de eigen omgeving van de cliënten te laten plaatsvinden om de ecologische validiteit te bevorderen. Dit is wel gelukt aangezien de cliënten grotendeels van de week hun tijd doorbrengen bij de locatie van Visio Het Loo-Erf. Om de ecologische validiteit te waarborgen is het raadzaam om in vervolgonderzoek de interviews in een vertrouwde omgeving van cliënten te laten plaatsvinden.

Om de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van dit onderzoek te vergroten en te waarborgen, is er door de onderzoeker gebruik gemaakt van geluidsopnames tijdens de semi-gestructureerde interviews. Aan de hand van deze geluidsopnames heeft de onderzoeker de interviews terug kunnen luisteren en heeft hij gebruik gemaakt van samenvattingen en coderingen om de juiste informatie te verkrijgen. Het is niet mogelijk om dit onderzoek exact te herhalen vanwege de eigen inbreng van de onderzoeker en de cliënten tijdens de interviews. Bovendien is een interview een momentopname en sommige interviews werden een aantal keer onderbroken wat de kans op dezelfde resultaten bij hetzelfde interview een stuk kleiner maakt en de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid niet ten goede komt. Er kan wel gebruik worden gemaakt van hetzelfde interviewschema en de interviewvragen, omdat het bestaat uit een bestaand gespreksinstrument en vooraf opgestelde vragen. Het interview zou deels herhaald kunnen worden volgens een flexibele procedure.

Het is belangrijk om te benoemen dat er geen sprake was van verzadiging in dit onderzoek. De cliënten benoemden allemaal diverse meningen, gedachten en ervaringen waardoor de onderzoeker niet het idee had dat er genoeg interviews afgenomen waren.

Naast de beperkingen tijdens de interviews, waren er ook beperkingen voor het onderzoek na de interviews. Na de interviews heeft de onderzoeker de geluidsopnames samengevat en toegestuurd naar de cliënten via e-mail voor terugkoppeling en een check of alles klopt. In de mail heeft de onderzoeker erbij gezegd dat cliënten mogen reageren wanneer zij op- of aanmerkingen hebben. De onderzoeker heeft alleen één mail teruggekregen van een cliënt die vertelde dat hij het eens was met de informatie in de samenvatting. Dit zou kunnen betekenen dat de andere cliënten geen op- of aanmerkingen hadden, maar het zou ook kunnen betekenen dat zij vergeten zijn om de

e-mail te lezen of te beantwoorden. Dit kan van invloed zijn op de resultaten en de uiteindelijke conclusies. Om het de volgende keer beter aan te pakken, is het verstandiger om de samenvattingen persoonlijk te bespreken om te bekijken of de cliënten op- of aanmerkingen hebben. Waar nodig kan worden doorgevraagd als op- of aanmerkingen onduidelijk zijn.

Vervolgonderzoek

Vanwege de kleine onderzoeksgroep konden er geen harde conclusies getrokken worden en moesten de conclusies voorzichtig worden geïnterpreteerd en alleen worden betrokken op deze steekproef. Om deze reden is het een belangrijk discussiepunt voor dit onderzoek of de conclusies hetzelfde zouden zijn bij cliënten uit een ander traject of van een andere leeftijd. Om dit soort onzekerheden te voorkomen is het raadzaam om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een grotere groep cliënten. Daarbij is het verstandig om zowel cliënten te onderzoeken die nog niet met een revalidatietraject zijn gestart als cliënten die in een revalidatietraject zitten of al afgesloten hebben. Dit zorgt automatisch voor een grotere doelgroep waarbij de cliënten in verschillende fases van de aandoening verkeren. Daarnaast zullen er meer verschillende meningen en gedachten door de cliënten benoemd worden om verschillen te meten en conclusies te trekken.

Koninklijke Visio is volgens de onderzoeker goed op weg door te starten met de benadering vanuit Positieve Gezondheid meer in kaart te brengen bij haar cliënten. Positieve Gezondheid is namelijk het vermogen om je aan te passen binnen problematische condities of situaties en regie te voeren over het eigen leven in het kader van emotionele, fysieke en sociale uitdagingen van het leven (Institute for Positive Health, z.j.; Kleverlaan, 2017). Vanuit Positieve Gezondheid wordt het probleem van een persoon minder in kaart gebracht, maar er wordt vooral gekeken naar de mogelijke hulpmiddelen, oplossingen of het leren omgaan met het probleem in tegenstelling tot de opvatting van de World Health Organization (WHO) waar zij gezondheid definiëren als een bepaalde toestand van compleet welbevinden, zowel lichamelijk, sociaal als psychisch (Institute for Positive Health, 2017). Door gebruik van de benadering van Positieve Gezondheid is er meer recht voor cliënten om te spreken over hun ervaringen, belevenissen en hoe zij over bepaalde aspecten denken in relatie tot hun eigen gezondheid. Het zou goed kunnen dat de cliënten zich vrijer voelden en zich meer open stelden vanwege de nadruk op positieve aspecten en minder aandacht te geven aan negatieve aspecten in hun leven. Het is mogelijk dat de benaderingswijze vanuit de Positieve Gezondheid positieve resultaten heeft opgeleverd. De onderzoeker adviseert dan ook om de benadering vanuit Positieve Gezondheid vaker te hanteren.

Terugkijkend op de doelstelling van Koninklijke Visio en het expertiseprogramma waar dit onderzoek een klein deel van uit maakt, kan voorzichtig worden gezegd dat zij door middel van dit onderzoek iets meer informatie hebben verkregen over de positieve gezondheid van haar cliënten. Wel moet er gezegd worden dat er volgens de onderzoeker te weinig diepgang zit in de vragen en antwoorden van cliënten op de open vragen. Dit betekent dat de onderzoeker minder informatie over hun gezondheid heeft verkregen dan verwacht. Het is mogelijk dat de cliënten deze vragen te moeilijk vonden om te beantwoorden. Daarnaast is het belangrijk voor het verdere verloop van het expertiseprogramma van Koninklijke Visio om specifiek het mentaal welbevinden te onderzoeken. In de wetenschappelijke literatuur wordt aangegeven dat er verschillende definities voor het mentaal welbevinden zijn, zoals de aanwezigheid van bepaalde positieve attributen (fysiek welzijn, geluk of tevreden zijn met het leven) en de

afwezigheid van bepaalde negatieve condities (ongelukkigheid, angst, stress of depressie) (Gubbels & Kappe, 2017; Born, 2009). Voor Koninklijke Visio is het echter meer van belang wat haar cliënten zelf onder het begrip mentaal welbevinden verstaan en niet zo zeer wat er in de wetenschappelijke literatuur over wordt gezegd. Het is daarom raadzaam om in het vervolgonderzoek meer tijd in te plannen voor de interviews zodat er meerdere doorvragen gesteld kunnen worden door de onderzoeker op de open vragen en het onderwerp mentaal welbevinden. Daarnaast adviseert de onderzoeker om meerdere vragen op te stellen met betrekking tot het onderwerp mentaal welbevinden om zo tot de juiste informatie te komen die Koninklijke Visio nodig heeft voor haar expertiseprogramma.

Rol van de TP-professional

Voor dit onderzoek speelt de kennis van een toegepast psycholoog een grote rol en kan het bijdragen aan het oplossen van het vraagstuk vanuit de opdrachtgever. Een toegepast psycholoog heeft namelijk kennis over wat voor type onderzoek het beste past bij verschillende vraagstukken. Zo heeft de onderzoeker bij dit onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek kan worden verhoogd. Triangulatie houdt in dat de onderzoeksvraag beantwoord wordt door meer dan één dataverzamelmethode (Verhoeven, 2010). In dit geval is dat kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Ook de kennis die de toegepast psycholoog heeft met betrekking tot gespreksvoering komt zeker van pas binnen dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek is namelijk gebruik gemaakt van open vragen waarin de cliënten zelf hun eigen mening en ervaringen mogen delen. Dit betekent dat niet iedere cliënt hetzelfde antwoord geeft waardoor de onderzoeker zich flexibel moet opstellen en goed moet anticiperen op de huidige situatie. Daarbij kan een toegepast psycholoog de juiste doorvragen stellen om tot de benodigde informatie te kunnen komen. Tenslotte zou een toegepast psycholoog ook trainingen kunnen verzorgen om bijvoorbeeld de gespreksvoering tussen trajectbegeleiders en cliënten te versterken of verbeteren. Als Koninklijke Visio behoefte heeft aan vervolgonderzoek zou het raadzaam zijn om een toegepaste psychologie student het vervolgonderzoek te laten doen. Hij beschikt over de kennis en de juiste gespreksvaardigheden en technieken die nodig zijn om het onderzoek adequaat te kunnen verrichten bij cliënten. In bijlage 6 staat het plan van aanpak weergegeven.

Literatuur

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., De Goede, M. & Peters, V. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (3^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Van Dijkum, C., & De Goede, M. (2014). *Basisboek Statistiek met SPSS*. (5^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Born, J.F.M. (2009). *Generatieverschillen in Inzetbaarheid. De invloed van generatieverschillen op de relatie van pijlers van inzetbaarheid met welzijn en arbeidsmarktwaarde*. (Masterthesis, Universiteit Utrecht, Utrecht). Geraadpleegd op <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/34464>
- Brody, B.L., Gamst, A.C., Williams, R.A., Smith, A.R., Lau, P.W., Dolnak, D., Rapaport, M.H., Kaplan, R.M., & Brown, S.I. (2001). Depression, Visual Acuity, Comorbidity, and Disability Associated with Age-related Macular Degeneration. *American Academy of Ophthalmology: Elsevier Science Inc*, 108(10), 1893-1900.
- Cimarolli, V.R., & Boerner, K. (2005). Social Support and Well-being in Adults Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(9), 521-534.
- Crews, J.E., & Campbell, V.A. (2004). Vision Impairment and Hearing Loss Among Community-Dwelling Older Americans: Implications for Health and Functioning. *American Journal of Public Health*, 94(5), 823-829. doi: 10.2105/AJPH.94.5.823
- De Klerk, M., Fernee, H., Woittiez, I., & Ras, M. (2012). Factsheet Mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. *Sociaal en Cultureel Planbureau. Erfocentrum*. (z.j.). *Aangeboren blindheid of slechtziendheid*. Geraadpleegd op <https://www.erfelijkheid.nl/ziektes/aangeboren-blindheid-slechtziendheid>
- Expertisegroep Psychosociaal. (2014). *Hulp bij psychosociale gevolgen van visuele beperking. Onderlegger bij Visiedocument*.
- Gezondheidsplein. (z.j.). Aangeboren blindheid. Geraadpleegd op <https://www.gezondheidsplein.nl/aandoeningen/aangeboren-blindheid/item34773>
- Gubbels, N., & Kappe, R. (2017). *Onderzoekslijn Studentenwelzijn – onderzoeksagenda*. Lectoraat Studiesucces, Hogeschool Inholland.
- Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M., & Hopman-Rock, M. (2008). Trendrapport. Bewegen en Gezondheid 2006/2007. *TNO Kwaliteit van Leven*. De Bink, Leiden.
- Huizing, W., Tromp, T., & Ubels, G. (2010). Werken aan mentaal welbevinden. Implementatie en organisatie. *Vijf startpunten voor de zorgorganisatie*. ActiZ, organisatie van zorgondernemers.
- Huber, M. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Institute for Positive Health. (2017). Positieve Gezondheid. Geraadpleegd op <https://iph.nl/positieve-gezondheid/>
- Kempen, J.H., O'Colmain, B.J., Leske, M.C., Haffner, S.M., Klein, R., Moss, S.E., Taylor, H.R., & Hamman, R.F. (2004). The prevalence of diabetic retinopathy among adults in the United States. *Archives of Ophthalmology*, 122(4), 552-563. doi: 10.1001/archophth.122.4.552
- Kersten, E. (z.j.) *Duurzaam Re – Valideren. "met andere ogen de toekomst in"*.
- Kleinjan, M., Bolier, L., Onrust, S., & Monshouwer, K. (2016). Mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de schoolsetting. *Trimbos-instituut*.
- Kleverlaan, E. (2017). Werken met Positieve Gezondheid brengt persoonsgerichte zorg. *Vilans*. Geraadpleegd op <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/werken-met-positieve-gezondheid-brengt-persoonsgerichte-zorg.pdf>

- Krueger, J., Counts, N., & Riley, B. (2017). Promoting Mental Health and Well-Being in Public Health Law and Practice. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45, 37-40. doi: 10.1177/1073110517703317
- Langelaan, M., De Boer, M.R., Van Nispen, R.M.A., Wouters, B., Moll, A.C., & Van Rens, G.H.M.B. (2009). Revalidatie bij visuele beperkingen: invloed op kwaliteit van leven. *Wetenschappelijke Tijdschrift voor Ergotherapie*, (1), 6-9.
- Limburg, H. (2007). Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning. *Een studie in opdracht van Stichting InZicht*. Health Information Services.
- Lucassen, P.L.B.J., & Olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Miller, C. T. & Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57(1), 73-92.
- Monshouwer, K., Kleinjan, M., & Bolier, L. (2016). *Versterken van mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de arbeidssetting*. Geraadpleegd op <https://assets.trimbos.nl/docs/3e901f72-0c80-4df4-bfa5-b15ad5218f9a.pdf>
- Nyman, S.R., Gosney, M.A., & Victor, C.R. (2009). Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *Br J Ophthalmol*, 94, 1427-1431. doi: 10.1136/bjo.2009.164814
- Olthof, M. (2015). *Theoretische onderbouwing van de Welzijnsmeter gericht op ouderen met dementie*. (Masterthesis, Universiteit Twente, Enschede). Geraadpleegd op <http://docplayer.nl/16126532-Theoretische-onderbouwing-van-de-welzijnsmeter-gericht-op-ouderen-met-dementie.html>
- Oogvereniging. (2018). *Leven met een aandoening*. Geraadpleegd op <https://www.oogvereniging.nl>
- Pant, H.B., Bandyopadhyay, S., John, N., Chandran, A., & Gudlavalleti, M.V. (2017). Differential cataract blindness by sex in India: Evidence from two large national surveys. *Indian Journal Of Ophthalmology*, 65(2), 160-164. doi: 10.4103/ijo.IJO_28_15
- Plochg, t., Juttman, R.E., Mackenbach, J., & Klazinga, N.S. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek* (1e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Poortvliet, M.C., van Beek, A.P.A., de Boer, M.E., Gerritsen, D.L., & Wagner, C. (2006). Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. *NIVEL*.
- Rees, G., Tee, H.W., Marella, M., Fenwick, E., Dirani, M., & Lamoureux, E.L. (2010). Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment. *Clinical and Epidemiologic Research*, 51(6), 2891-2896. doi: doi:10.1167/iovs.09-5080
- Reos. (2018, 8 februari). 'Spinnenweb' Positieve Gezondheid leidraad bij ouderengesprekken [Foto]. Geraadpleegd op 30 januari 2018, van <https://www.reos.nl/nieuws/spinnenweb-positieve-gezondheid-leidraad-bij-ouderengesprekken-237>.
- Sacks, S.Z., & Wolfe, K.E. (1996). Psychological and social implications in low vision. *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives*.
- Tolman, J., Hill, R.D., Kleinschmidt, J.J., & Gregg, C.H. (2005). Psychosocial Adaptation to Visual Impairment and Its Relationship to Depressive Affect in Older Adults With Age-Related Macular Degeneration. *The Gerontologist*, 45(6), 747-753.
- Van Calker, S. (2011). *De kwaliteit van leven van visueel beperkte ouderen*. (Masterthesis, University of Groningen, Groningen. Geraadpleegd op <https://www.rug.nl/research/portal/files/14619709/MastertheseSuzannedefinitief.pdf>

- Van der Aa, H. P. A. (2016). *Depression and anxiety in visually impaired older adults: cost-effectiveness of stepped care*.
- Van der Aa, H.P.A., Comijs, H.C., Penninx, B.W.J.H., Van Rens, G.H.M.B., & Van Nispen, R.M.A. (2015). Major Depressive and Anxiety Disorders in Visually Impaired Older Adults. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 56(2), 849-854.
- Van der Molen, H., Perreijn, S., Van den Hout, M. (2010). *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie* (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). 'Positieve gezondheid' in Nederland. Wie, wat waarom en hoe? Een inventarisatie. *Institute for Positive Health*. Geraadpleegd op https://www.elkerliek.nl/QuartzSite/Projecten/Dossier/Rapport%20PosGez%20inNL2016%20_ZonMW_IPH_DEF.pdf
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (3^e druk). Boom Lemma Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (4^e druk). Boom Lemma Uitgevers.
- Vision2020. (2005). Vermijdbare blindheid en slechthooftheid in Nederland. The right to sight. Netherlands. Geraadpleegd op <http://www.vision2020.nl/contents/V2020Nlrapport.pdf>
- Vision2020. (2008). Jaarverslag 2008. The right to sight. Netherlands. Geraadpleegd op http://www.vision2020.nl/contents/Jaarverslag_2008.pdf
- Wahl, H-W., Schilling, O., Oswald, F., & Heyl, V. (1999). Psychosocial Consequences of Age-Related Visual Impairment: Comparison With Mobility-Impaired Older Adults and Long-Term Outcome. *Journal of Gerontology*, 54(5), 304-316.
- Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent. (2016). *Het gezondheidskrantje*. Geraadpleegd op https://wgcnieuwgent.be/userfiles/files/wgcng109_krantje_sept2017_V2.pdf
- Winefield, H., Gill, T., Taylor, A., & Pilkington, R. (2012). Psychological Well-being and Psychological Distress: Is it Necessary to Measure Both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice* 2(1), 1-14.
- Zorgloket Delfzijl. (2016, 12 juli). *GOEDZO in gesprek met Machteld Huber* [Foto]. Geraadpleegd op 30 januari 2018, van <https://zorgloketdelfzijl.wordpress.com/2016/07/12/goedzo-in-gesprek-met-machteld-huber/>

Bijlagen

Bijlage 1: Interview

Voor mij is het van belang dat ons gesprek soepel en goed verloopt. Heeft u iets van mij nodig om het gesprek voor u gemakkelijker te maken?

Vandaag ga ik bij u het Spinnenweb-gespreksinstrument afnemen vanuit Positieve Gezondheid! Ik zal u vertellen hoe het in zijn werk gaat;

Het Spinnenweb-gespreksinstrument is een online vragenlijst met uitspraken over zes verschillende gezondheidsdimensies vanuit Positieve Gezondheid om hiermee de gezondheid van een cliënt te meten en in kaart te brengen.

De test gaat over de volgende zes onderwerpen:

- Hoe het lichamelijk met u gaat
- Hoe het mentaal met u gaat
- Of u uw leven zinvol vindt
- Of u een prettig leven heeft
- Of u meedoet in de maatschappij
- Hoe uw dagelijks leven eruitziet

Over ieder onderwerp krijgt u 7 vragen. Met uw antwoorden berekenen we uw 'gezondheidsoppervlak' in het Spinnenweb Positieve Gezondheid.

Ik zal voor u de instructies oplezen en u mag mij daarna vertellen of het helder voor u is.

Hieronder staat een aantal uitspraken over uw 'Positieve Gezondheid'. Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. Ik zal uw antwoord invullen.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

Naast deze uitspraken zal ik u een aantal vragen stellen ter verdieping van het onderwerp, want ik wil u echt goed begrijpen.

Vertelt u mij alstublieft telkens wat u zélf vindt, want ik ben geïnteresseerd in úw mening.

Is dat duidelijk voor zover?

Ik zou graag een audio-opname willen maken van ons gesprek. Vind u dat goed? Tevens zal ik kernwoorden noteren op een vraag om voor mijzelf een goed beeld te schetsen van uw antwoorden. Vind u dat goed?

Mijn allereerste vraag:

(1.1) Bent u bekend met het begrip Positieve Gezondheid?

We beginnen nu met de gezondheidsdimensie Lichaamsfuncties.

LICHAAMSFUNCTIES

(2.1) Hoe gaat het lichamelijk met u?

(2.2) Uitleg over Lichaamsfuncties

Nu komen de vragen uit het gespreksmodel waarbij ik u vraag om een cijferscore te geven.

1. IK VOEL MIJ GEZOND
2. IK VOEL MIJ FIT
3. IK HEB GEEN KLACHTEN EN PIJN
4. IK SLAAP GOED
5. IK EET GOED
6. IK HERSTEL SNEL NA INSPANNING. BIJVOORBEELD NA HET SPORTEN.
7. IK KAN MAKKELIJK BEWEGEN. BIJVOORBEELD TRAPLOPEN, WANDELEN OF FIETSEN.

Nu wil ik u wat verdiepende vragen stellen over de gezondheidsdimensie.

(2.3) Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk met betrekking tot uw lichaamsfuncties?

(2.4) Waar zou Visio volgens u meer aandacht aan moeten besteden als we kijken naar het bevorderen van uw lichaamsfuncties?

(2.5) Hoe gaat u om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen met betrekking tot uw lichaamsfuncties?

(2.6) In hoeverre slaagt u erin om zo veel mogelijk eigen regie te houden op het gebied van lichaamsfuncties?

We gaan nu verder met de gezondheidsdimensie Mentaal Welbevinden.

MENTAAL WELBEVINDEN

(3.1) Hoe gaat het mentaal met u?

(3.2) Uitleg over Mentaal Welbevinden

Nu komen de vragen uit het gespreksmodel waarbij ik u vraag om een cijferscore te geven.

1. IK KAN DINGEN GOED ONTHOUDEN
2. IK KAN MIJ GOED CONCENTREREN
3. IK KAN ZIEN, HOREN, PRATEN, LEZEN
4. IK VOEL MIJ VROLIJK
5. IK ACCEPTEER MIJZELF ZOALS IK BEN
6. IK ZOEK NAAR OPLOSSINGEN OM MOEILIJKE SITUATIES TE VERANDEREN
7. IK HEB CONTROLE OVER MIJN LEVEN

Ik zou een aantal verdiepende vragen willen stellen over deze gezondheidsdimensie.

(3.3) Wat heeft u nodig om uw mentaal welbevinden te vergroten?

(3.4) Waardoor voelt u zich lekkerder in uw vel? – (indien 3.3 niet duidelijk is)

(3.4b) Wat heeft u hiervoor nodig? – (indien 3.3 niet duidelijk is)

(3.5) Ondersteunt Visio u op het gebied van mentaal welbevinden?

(3.6) Op wat voor manier ondersteunt Visio u op het gebied van mentaal welbevinden?

(3.7) Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk voor uw mentaal welbevinden?

(3.8) Waar zou Visio volgens u meer aandacht aan moeten besteden als we kijken naar het bevorderen van uw mentaal welbevinden?

(3.9) Hoe gaat u om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen met betrekking tot uw mentaal welbevinden?

(3.10) In hoeverre slaagt u erin om zo veel mogelijk eigen regie te houden op het gebied van mentaal welbevinden?

Nu komt de gezondheidsdimensie Zingeving aan bod.

ZINGEVING

(4.1) Heeft u een zinvol leven?

(4.2) Uitleg over Zingeving

Nu komen de vragen uit het gespreksmodel waarbij ik u vraag om een cijferscore te geven.

1. IK HEB EEN ZINVOL LEVEN
2. IK HEB 'S MORGENS ZIN IN DE DAG
3. IK HEB IDEALEN DIE IK GRAAG WIL BEREIKEN
4. IK HEB VERTROUWEN IN MIJN EIGEN TOEKOMST
5. IK ACCEPTEER HET LEVEN ZOALS HET KOMT
6. IK BEN DANKBAAR VOOR WAT HET LEVEN MIJ BIEDT
7. IK WIL MIJN HELE LEVEN BLIJVEN LEREN

Nu wil ik u wat verdiepende vragen stellen over de gezondheidsdimensie.

(4.3) Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk voor de zingeving van uw leven?

(4.4) Waar zou Visio volgens u meer aandacht aan moeten besteden als we kijken naar het bevorderen van uw zingeving?

(4.5) Hoe gaat u om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen met betrekking tot uw zingeving?

(4.6) In hoeverre slaagt u erin om zo veel mogelijk eigen regie te houden op het gebied van zingeving?

We zijn aangekomen bij de gezondheidsdimensie Kwaliteit van Leven.

KWALITEIT VAN LEVEN

(5.1) Heeft u een prettig leven?

(5.2) Uitleg over Kwaliteit van Leven

Nu komen de vragen uit het gespreksmodel waarbij ik u vraag om een cijferscore te geven.

1. IK GENIET VAN MIJN LEVEN
2. IK BEN GELUKKIG
3. IK ZIT LEKKER IN MIJN VEL
4. IK ERVAAR EVENWICHT IN MIJN LEVEN
5. IK VOEL MIJ VEILIG
6. IK BEN TEVREDEN OVER WAAR IK WOON EN MET WIE
7. IK HEB GENOEG GELD OM MIJN REKENINGEN TE BETALEN

Nu stel ik weer een aantal verdiepende vragen over deze gezondheidsdimensie.

(5.3) Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk voor uw kwaliteit van leven?

(5.4) Waar zou Visio volgens u meer aandacht aan moeten besteden als we kijken naar het bevorderen van uw kwaliteit van leven?

(5.5) Hoe gaat u om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen met betrekking tot uw kwaliteit van leven?

(5.6) In hoeverre slaagt u erin om zo veel mogelijk eigen regie te houden op het gebied van kwaliteit van leven?

Nu komt de gezondheidsdimensie Sociale Maatschappelijke Participatie aan bod.

SOCIALE MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE

(6.1) Heeft u het gevoel dat u meedoet in de maatschappij?

(6.2) Uitleg over Sociale Maatschappelijke Participatie

Nu komen weer een aantal uitspraken uit het gespreksmodel waarbij ik u vraag om een cijferscore te geven.

1. IK HEB GOED CONTACT MET ANDERE MENSEN
2. ANDERE MENSEN NEMEN MIJ SERIEUS
3. IK HEB MENSEN MET WIE IK LEUKE DINGEN KAN DOEN

4. IK HEB MENSEN DIE MIJ STEUNEN ALS DAT NODIG IS
5. IK HEB HET GEVOEL DAT IK 'ERBIJ HOOR' IN MIJN OMGEVING
6. IK HEB WERK OF ANDERE BEZIGHEDEN DIE IK ZINVOL VIND
7. IK BEN GEÏNTERESSEERD IN WAT ER IN DE MAATSCHAPPIJ GEBEURT

Nu komen weer een aantal verdiepende vragen met betrekking tot deze gezondheidsdimensie.

(6.3) Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk in uw sociale maatschappelijke participatie?

(6.4) Waar zou Visio volgens u meer aandacht aan moeten besteden als we kijken naar het bevorderen van uw sociale maatschappelijke participatie?

(6.5) Hoe gaat u om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen met betrekking tot uw sociale maatschappelijke participatie?

(6.6) In hoeverre slaagt u erin om zo veel mogelijk eigen regie te houden op het gebied van sociale maatschappelijke participatie?

We zijn aangekomen bij de laatste gezondheidsdimensie, Dagelijks Functioneren.

DAGELIJKS FUNCTIONEREN

(7.1) Hoe ziet uw dagelijks leven eruit?

(7.2) Uitleg over Dagelijks Functioneren

Nu komen de vragen uit het gespreksmodel waarbij ik u vraag om een cijferscore te geven.

1. IK KAN GOED VOOR MIJZELF ZORGEN. BIJVOORBEELD WASSEN, AANKLEDEN, BOODSCHAPPEN DOEN, KOKEN.
2. IK WEET WAT IK WEL KAN EN WAT IK NIET KAN
3. IK WEET HOE IK MIJN GEZONDHEID KAN VERZORGEN
4. IK KAN GOED PLANNEN WAT IK OP EEN DAG MOET DOEN
5. IK KAN GOED OMGAAN MET HET GELD DAT IK ELKE MAAND KRIJG
6. IK KAN WERKEN OF VRIJWILLIGERSWERK DOEN
7. IK WEET HOE IK ZONODIG HULP KAN KRIJGEN VAN OFFICIËLE INSTANTIES

Ook nu weer een aantal verdiepende vragen over deze gezondheidsdimensie.

(7.3) Los van de net genoemde uitspraken. Wat vindt u zelf belangrijk voor uw dagelijks functioneren?

(7.4) Waar zou Visio volgens u meer aandacht aan moeten besteden als we kijken naar het bevorderen van uw dagelijks functioneren?

(7.5) Hoe gaat u om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen met betrekking tot uw dagelijks functioneren?

(7.6) In hoeverre slaagt u erin om zo veel mogelijk eigen regie te houden op het gebied van dagelijks functioneren?

NADAT HET GESPREKINSTRUMENT IS AFGENOMEN: RESULTATEN EN SPINNENWEB DOORNEMEN

(8.1) Wat vindt u van de resultaten van het gespreksinstrument?

(8.1b) Is dit zoals verwacht? Zo ja, wat?

(8.1c) Hoe is het om de scores op de verschillende dimensies bij elkaar te zien? Levert dat nieuwe inzichten op?

(8.2) Hoe ervaart u uw eigen gezondheid?

(8.2b) Is dit anders als voorafgaand aan dit gesprek?

De resultaten van alle zes de gezondheidsdimensies langslopen

(9.1) Bent u tevreden over de score van deze gezondheidsdimensie?

(9.2) Wat maakt het dat u tevreden bent? / Wat maakt het dat u niet tevreden bent?

(9.3) Wat maakt het dat deze (bijvoorbeeld) 5 geen (bijvoorbeeld) 4 of 6 is?

(9.4) Wanneer zou deze (bijvoorbeeld) 5 een (bijvoorbeeld) 6 voor u worden?

(9.5) Zou u willen dat de score hoger is op deze dimensie?

(9.6) Wat heeft u nodig van bijvoorbeeld familie, omgeving of Visio om de waarde van deze gezondheidsdimensie te verhogen?

(10.1) Welke gezondheidsdimensie vindt u het meest belangrijkst voor uw gezondheid?

(10.2) Wat maakt het dat deze gezondheidsdimensie belangrijker is voor u vergeleken de rest?

(10.3) Wat heeft u nodig om de waarde van deze gezondheidsdimensie te verhogen?

(10.3b) Van wie heeft u hulp nodig om de waarde van deze gezondheidsdimensie te verhogen? van bijvoorbeeld familie, omgeving of Visio?

Is voor zover alles duidelijk voor u? Heeft u nog vragen, opmerking of iets wat ik moet meenemen in mijn onderzoek?

Ik heb nog een paar vragen die betrekking hebben op het zorgaanbod van Visio. Zou ik die mogen aan u mogen stellen?

(11) Wat vindt u van het huidige zorgaanbod van Visio?

(11.1) Wat voor wensen of behoeftes heeft u nog met betrekking tot het huidige zorgaanbod van Visio?

(11.2) Wat maakt het dat u kiest voor het aanbod van Koninklijke Visio en niet van een andere instelling?

Dat was het!

Wat vond u van het gespreks-instrument?

Heeft u nog aanbevelingen voor Koninklijke Visio?

U krijgt de resultaten en de getekende Spinnenweb-diagram mee.

Ik laat mijn contactgegevens achter indien u nog vragen of opmerkingen heeft.

Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking en tijd.

Bijlage 2: Informatiebrief



Mentaal welbevinden vanuit Positieve Gezondheid bij mensen met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening

Informatie voor cliënten

Geachte mevrouw/meneer,

U heeft aangegeven interesse te hebben in deelname aan onderzoek naar mentaal welbevinden vanuit Positieve Gezondheid bij een visuele aandoening. Voordat u besluit of u wel of niet wenst deel te nemen aan het onderzoek, willen wij u vragen om eerst de onderstaande informatie aandachtig door te lezen, voordat u de bijgevoegde verklaring van toestemming ondertekent en retour zendt.

De Hogeschool Saxion te Deventer en Koninklijke Visio houden zich, naast het geven van onderwijs, zorg, revalidatie en advies, ook bezig met wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek is zeer breed en kan bijvoorbeeld gericht zijn op het verwerven van meer kennis over de gedachten en behoeften van mensen of het verkrijgen van meer inzicht in de onderliggende mechanismen van een visuele aandoening om zo tot betere behandelmethoden te komen. Dergelijk onderzoek is alleen mogelijk met de medewerking van cliënten zoals u.

Wij willen graag uw hulp vragen om aan dit onderzoek mee te werken. Middels deze brief willen wij u informeren over het doel van het onderzoek, de onderzoeksprocedure en de voor- en nadelen ervan. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Als u deze informatie gelezen hebt en hierover nog vragen heeft, kunt u die met ons bespreken. Als u vindt dat u voldoende informatie heeft, kunt u beslissen of u aan het onderzoek zou willen deelnemen.

Waar gaat het huidige onderzoek over?

Het huidige onderzoek gaat over mentaal welbevinden vanuit Positieve Gezondheid bij mensen met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening.

Kunnen zien is bij veel activiteiten in het dagelijks leven belangrijk, bijvoorbeeld in het verkeer, bij het lezen of bij het vinden van producten in de supermarkt. Goed kunnen zien is een van de aspecten die belangrijk is om onafhankelijk te kunnen leven. Tot op heden is er nog onvoldoende bekend over mentaal welbevinden en Positieve Gezondheid bij een visuele aandoening. Dat is jammer, omdat deze kennis nodig is om goed advies en passende revalidatie te kunnen bieden. Het doel van het huidige onderzoek is om de gezondheid, mentaal welbevinden en gedachten en meningen van cliënten met een visuele aandoening vanuit Positieve Gezondheid goed in kaart te brengen om te zien wat hun wensen, behoeften en behoeften zijn.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een gespreksinstrument in interview-vorm vanuit Positieve Gezondheid die de algehele gezondheid van de cliënt in kaart brengt. Middels dit gespreksinstrument worden zes verschillende gezondheidsdimensies besproken die samen bepalen hoe gezond iemand zich voelt. Om goed en volledig inzicht te krijgen in mentaal welbevinden en de gezondheid van mensen met een visuele aandoening, wordt er ook gebruik gemaakt van open- en doorvragen op de uitspraken van de mensen ter verdieping en verheldering.

Wat vragen wij van u?

Wij vragen u om op locatie Loo Erf van Koninklijke Visio mee te doen aan dit onderzoek. Het gespreksinstrument wordt door de onderzoeker ingevuld op de laptop en aan het eind van het onderzoek worden de resultaten ingevuld op papier voor de cliënt. Het onderzoek duurt in totaal ongeveer een uur.

Hoe zit het met vrijwilligheid en risico's van deelname?

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Mocht u gedurende de loop van het onderzoek besluiten dat u niet langer wenst deel te nemen aan het onderzoek, dan kunt u dat op elk moment aangeven. U heeft het recht om zonder opgaaf van reden af te zien van verdere deelname aan het onderzoek. De afname van het gespreksinstrument zal een mate van concentratie vereisen. Tenslotte kunt u verwachten dat er in dit onderzoek gevraagd wordt naar verdieping of verheldering van uw gedachten, meningen en gevoelens over uw gezondheid en welzijn. Het is mogelijk dat vragen of uitspraken bepaalde emoties kunnen opwekken.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Alle gegevens dit in het kader van dit onderzoek over u worden verzameld, zullen vertrouwelijk en anoniem worden behandeld. De gegevens worden op aparte documenten ingevuld, waarop alleen een nummer voorkomt in plaats van uw naam en persoonlijke gegevens. In publicaties zal uw naam niet terug te vinden zijn.

Wat levert deelname u op?

Uw deelname is zeer waardevol, omdat met uw gegevens de kennis over mentaal welbevinden en Positieve Gezondheid bij mensen met een aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoening kan worden vergroot. Daarnaast wordt er gevraagd naar wensen, behoeften en behoeften van de cliënten.

Wat te doen bij vragen of klachten?

Indien u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen heeft over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke onderzoeker: R. Lammers, zie contactgegevens onderaan deze brief. Als u vragen of klachten heeft voorafgaande of na afloop van het onderzoek, dan kunt u deze eveneens melden aan de verantwoordelijke onderzoeker middels deze contactgegevens. Indien u nadere informatie wenst onafhankelijk van de uitvoerder van het onderzoek dan kunt u contact opnemen met E. Kersten, te bereiken via 088-5857352 of H. van der Velde, te bereiken via 088-5855000.

Helpt u mee aan ons onderzoek?

Wij hopen dat u uw medewerking aan dit onderzoek wilt verlenen. Indien u mee wilt doen aan het onderzoek vragen wij u, zo mogelijk binnen twee weken, het toestemmingsformulier ingevuld en ondertekend naar ons toe te mailen. Wanneer wij deze formulieren van u hebben ontvangen zullen we, nadat bepaald is dat u geschikt

bent om mee te doen met het onderzoek, contact met u opnemen voor het maken van afspraken voor het onderzoek bij Koninklijke Visio.

Nogmaals hartelijk dank voor uw interesse.

R. Lammers

Hogeschool Saxion te Deventer – Toegepaste Psychologie, Klinische Psychologie en
Prestatiepsychologie

riccolammers@hotmail.com

Tel: 06-48562450

Bijlage 3: Toestemmingsverklaring



Toestemmingsverklaring

Voor deelname aan het onderzoek: *'Mentaal welbevinden vanuit Positieve Gezondheid bij mensen met een visuele aandoening'*.

Hierbij verklaar ik dat ik naar tevredenheid over het onderzoek ben geïnformeerd. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Ik heb goed over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven.

Ik stem toe met deelname aan het onderzoek.

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer:

Handtekening:

Datum:

In te vullen door verantwoordelijke onderzoeker:

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. Zij verklaart tevens dat bovengenoemde persoon het recht heeft om op ieder moment deelname aan het onderzoek te beëindigen.

R. Lammers, Hogeschool Saxion te Deventer

Mede namens: E. Kersten (Koninklijke Visio), H. van der Velde (Koninklijke Visio) en J. Jolij (Hogeschool Saxion te Deventer).

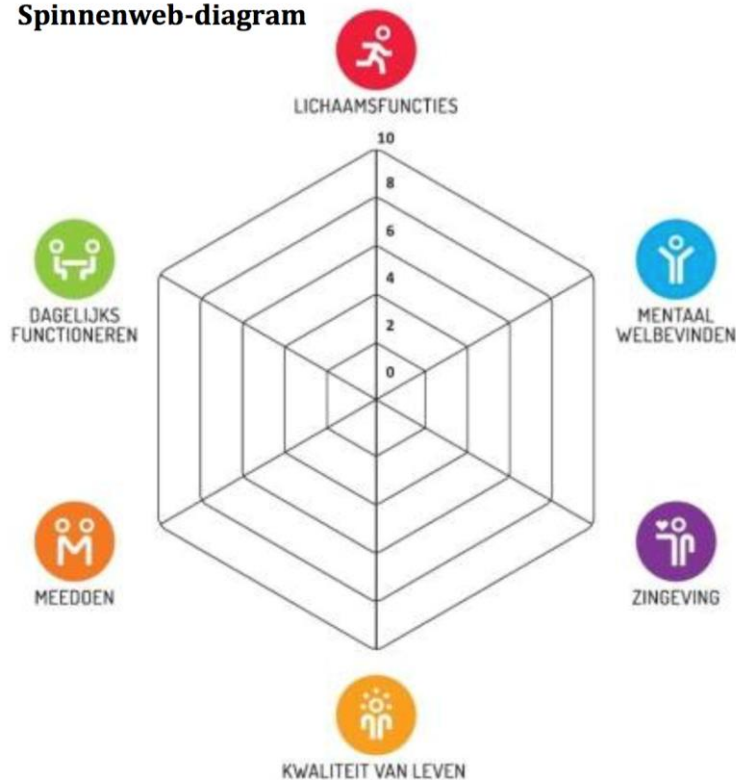
Handtekening:

Datum:

26-06-2018

Bijlage 4: Resultatenformulier

Spinnenweb-diagram



Resultaten

Lichaamsfuncties: _____

Mentaal Welbevinden: _____

Zingeving: _____

Kwaliteit van Leven: _____

Meedoen: _____

Dagelijks Functioneren: _____

Lichaamsfuncties:

- Je gezond voelen
- Fitheid
- Klachten en pijn
- Slapen
- Eten
- Conditie
- Bewegen

Mentaal Welbevinden:

- Onthouden
- Concentreren
- Communiceren
- Vrolijk zijn
- Jezelf accepteren
- Omgaan met verandering
- Gevoel van controle

Zingeving:

- Zinvol leven
- Levenslust
- Idealen willen bereiken
- Vertrouwen hebben
- Accepteren
- Dankbaarheid
- Blijven leren

Kwaliteit van Leven:

- Genieten
- Gelukkig zijn
- Lekker in je vel zitten
- Balans
- Je veilig voelen
- Hoe je woont
- Rondkomen met je geld

Sociale Maatschappelijke Participatie (Meedoen):

- Sociale contacten
- Serieus genomen worden
- Samen leuke dingen doen
- Steun van anderen
- Erbij horen
- Zinnige dingen doen
- Interesse in de maatschappij

Dagelijks Functioneren:

- Zorgen voor jezelf
- Je grenzen kennen
- Kennis van gezondheid
- Omgaan met tijd
- Omgaan met geld
- Kunnen werken
- Hulp kunnen vragen

Bijlage 5: Logboek

Tabel 1

Normscore voor de interpretatie

Cijferscore	Interpretatie
0	Zeer laag
1	Zeer laag
2	Laag
3	Laag
4	Redelijk laag
5	Neutraal
6	Redelijk hoog
7	Hoog
8	Hoog
9	Zeer hoog
10	Zeer hoog

Tabel 4

Wat houdt Lichaamsfuncties in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?

Code	Beschrijving van code
Beweging	Het lichaam kan doen wat hij wil en kan meedraaien Zo lang mogelijk mobiel blijven Bewegen Fietsen op de tandem Je eigen verplaatsen Zelf dingen kunnen doen Blijven bewegen Lopen en niet in een rolstoel belanden Zelfstandig blijven bewegen Sport of fitness beoefenen
Mentale en fysieke gesteldheid	Goede conditie Fitheid Geestelijk en lichamelijk op de rit komen Niet nog meer complicaties Hart goed blijven functioneren Liesbreukoperatie Voortgang en verbetering erectieprobleem
Rust	Rust in het hoofd krijgen Op tijd rust nemen
Gezonde levensstijl	Gezonder leven Goede en gezonde dagbesteding Ertussenuit gaan en niet bankhangen Gezond eten

Tabel 5*Wat houdt Mentaal welbevinden in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Omgeving	Bemoediging en waardering van omgeving in vorm van feedback Goede vrienden en familieleden Verhaal kwijt kunnen Contact met andere mensen Praten over problemen met mensen in omgeving Contact met mensen Mensen in omgeving die het goed voorhebben met de persoon
Mentale en fysieke gesteldheid	Lichamelijk goed gaan Verbetering van de ogen Vooruitgang in het acceptatieproces van de ogen Lichaam en geest één worden Rust in de tent komen Restzicht behouden
Zelfontplooiing	Externe prikkels Blijven leren en nadenken Nieuwsgierigheid Leergierigheid Benodigdheden aangereikt krijgen Niet opgeven en goed nadenken voordat er iets gedaan wordt
Zelfstandigheid	Zelf regie hebben Zelfstandig en onafhankelijk zijn Controle los kunnen laten Zelfstandig worden

Tabel 6*Wat houdt Zingeving in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Omgeving	Iets voor andere mensen betekenen en er voor hen zijn Helpen van anderen Goede dingen doen met de omgeving Veel kunnen betekenen voor de omgeving
Zelfregie	Zelf weer dingen doen Activiteiten oppakken Activiteiten aanpakken Controle over het leven herpakken Niet bij de pakken neerzitten
Vrijtijdsbesteding	Dingen kan doen die ik wil Ontspanning Leuke dingen doen
Overig	Positiviteit Uitdagingen

Tabel 7*Wat houdt Kwaliteit van Leven in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?*

Code	Beschrijving van code
Zelfontplooiing	Groei Bijhouden van kennis, vaardigheden en competenties Mensen stimuleren om sterker in hun schoenen te staan Dingen leren Dingen aanleren Invulling van het leven
Algehele gezondheid	Vrij kunnen bewegen Goede gezondheid Oogafwijking niet verslechteren Stabiliteit van de ogen Gezond blijven Geen rare klachten of ziektes krijgen
Omgeving	Goede samenleving Leuke mensen om je heen Op de hoogte zijn van de omgeving Goede omgeving
Financiële situatie	Het goed hebben met de partner Kunnen leven zoals je wilt Geen financiële problemen Dingen kan doen die je wilt Er vaker op uitgaan Mooie woning
Overig	Vrije tijd Zelfstandig dingen doen

Tabel 8

Wat houdt Sociale Maatschappelijke Participatie in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?

Code	Beschrijving van code
Vaardigheden	Leren van een mening of opvatting van een ander Op niveau blijven praten met mensen Een oordeel kunnen vormen over zaken Mensen van vooroordelen afhelfen Goede communicatie Luisteren naar elkaar Verbeteren van de eigen mobiliteit
Meedoen	Vraag vanuit mensen in de omgeving om deel te nemen aan activiteiten Meedenken Meepraten Mening kunnen geven
Relationele sfeer	Onder de mensen komen Humor Goede samenleving Rekening houden met handicap vanuit de omgeving Groepscohesie
Overig	Steun en kunnen bouwen op elkaar Goede economie

Tabel 9

Wat houdt Dagelijks Functioneren in voor cliënten en wat vinden zij daarin belangrijk?

Code	Beschrijving van code
Controle	Grenzen herkennen Grenzen hanteren Meer aandacht schenken aan de gezondheid Minder uitgaven, letten op het geld Grenzen aanvoelen Zelfstandigheid
Omgeving	Overeenstemming vinden met anderen Elkaar de ruimte geven

Tabel 11*Hoe gaan cliënten om met tegenslagen, uitdagingen of beperkingen?*

Code	Beschrijving van code
Individu- of emotiegericht	Belading omdraaien Mee leren leven/dealen, om te kunnen gaan Accepteren (A) Rusten (A) Ontspanning opzoeken (A) Mediteren (A) Uithuilen als het tegen zit Verwerken Erbij stil staan Gevoelens tonen (A) Stress weghouden (A) Positief blijven
Taak- of probleemgericht	Actief aanpakken Zo snel mogelijk doorgaan (A) Denken in oplossingen, niet in problemen Niet vermijden Met de hond kroelen Partner bellen om verdriet te uiten Stap terug doen Met mensen praten Belevissen delen in groepsgesprekken (A) Leren van elkaars ervaringen (A) Niet blijven hangen in de negativiteit Oplossingsgericht kijken, nadenken en doen Gericht op mogelijkheden (A) Zorgt voor motivatie Probleem omzeilen of overwinnen Zoeken naar een oplossing (A) Laten zien wat de persoon wel kan Verschillende coping strategieën uitproberen

Bijlage 6: Plan van aanpak

Voor het vervolgonderzoek is er een plan van aanpak opgesteld.

Het doel van het vervolgonderzoek is om de positieve gezondheid, de ervaringen en belevingen daarvan en de betekenis en interpretatie van het begrip mentaal welbevinden te onderzoeken bij cliënten met een aangeboren en niet-aangeboren visuele aandoening binnen Koninklijke Visio. Het vervolgonderzoek is hieronder in stappen uitgelegd:

1. Voor het einde van 2018 worden er cliënten binnen alle locaties van Koninklijke Visio geworven die kampen met een aangeboren of niet-aangeboren visuele aandoening. Daarbij is belangrijk dat er diverse cliënten zijn in verschillende trajecten, bijvoorbeeld net voor een revalidatietraject of juist na afsluiting van het revalidatietraject en cliënten van verschillende leeftijden.
2. De cliënten worden in het begin van 2019 geïnterviewd aan de hand van het semi-gestructureerde interview en het Spinnenweb-gespreksinstrument. Belangrijk hierbij is om meer tijd uit te strijken voor het afnemen van de interviews. Ook is het van belang om meerdere vragen op te stellen met betrekking tot het onderwerp mentaal welbevinden. In dit interview zou dan meer doorgevraagd kunnen worden over meningen, gedachten en gevoelens.
3. Aan de hand van de audio-opnames en de scores op het Spinnenweb-gespreksinstrument kunnen de gesprekken en resultaten worden samengevat. Hierbij is het belangrijk dat de onderzoeker de samenvattingen terugkoppelt aan de cliënt om te peilen in hoeverre de resultaten en informatie kloppen.
4. Met behulp van de resultaten worden er analyses uitgevoerd en de informatie geïnterpreteerd.
5. De verwachting is dat er een fundamenteel antwoord gegeven kan worden op de volgende vraagstellingen:
 - *Hoe ervaren de cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening hun positieve gezondheid aan de hand van het Spinnenweb-gespreksinstrument van Institute for Positive Health uit Positieve Gezondheid?*
 - *Wat betekent mentaal welbevinden voor cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening?*
 - *Hoe kan het mentaal welbevinden worden vergroot volgens cliënten van Koninklijke Visio met een aangeboren en een niet-aangeboren visuele aandoening?*

Het vervolgonderzoek kan uitgevoerd worden door een toegepast psycholoog. Hij beschikt namelijk over de kennis die nodig is om het onderzoek adequaat te kunnen verrichten. Er zijn geen tot nauwelijks kosten verbonden aan het vervolgonderzoek. Wel neemt het werven van de cliënten en het onderzoek veel tijd in beslag. Hierdoor zou er goed gecommuniceerd moeten worden tussen de onderzoeker, cliënten en contactpersonen vanuit Koninklijke Visio.

De onderzoeker heeft steun, tijd en medewerking nodig van de contactpersonen vanuit Koninklijke Visio. In overleg kan besproken en bepaald worden wie verantwoordelijk is voor bepaalde acties, zoals het werven van de cliënten en hoe veel tijd het onderzoek in beslag mag nemen.

Voor het vervolgonderzoek is het belangrijk om de volgende stappen uit te voeren:

1. Het huidige onderzoek evalueren
2. De aanbevelingen bespreken met Koninklijke Visio
3. De huidige situatie bespreken en analyseren
4. Nieuwe doelen bespreken voor het vervolgonderzoek
5. De uitvoeringsmogelijkheden bespreken. Denk bijvoorbeeld aan eventuele kosten, tijd, grotere werving van cliënten
6. Een nieuw onderzoeksplan opstellen
7. Het plan bespreken met de opdrachtgever en eventueel bijstellen of aanpassen
8. Het plan uitvoeren
9. Afronden van het vervolgonderzoek
10. Evalueren

Bijlage 7: Eigen werkverklaring

Eigen werkverklaring

Ondergetekende: (Naam student)

Ricco Lammers

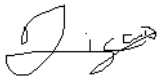
verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Harderwijk

Datum: 15-10-2018

Handtekening:



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.