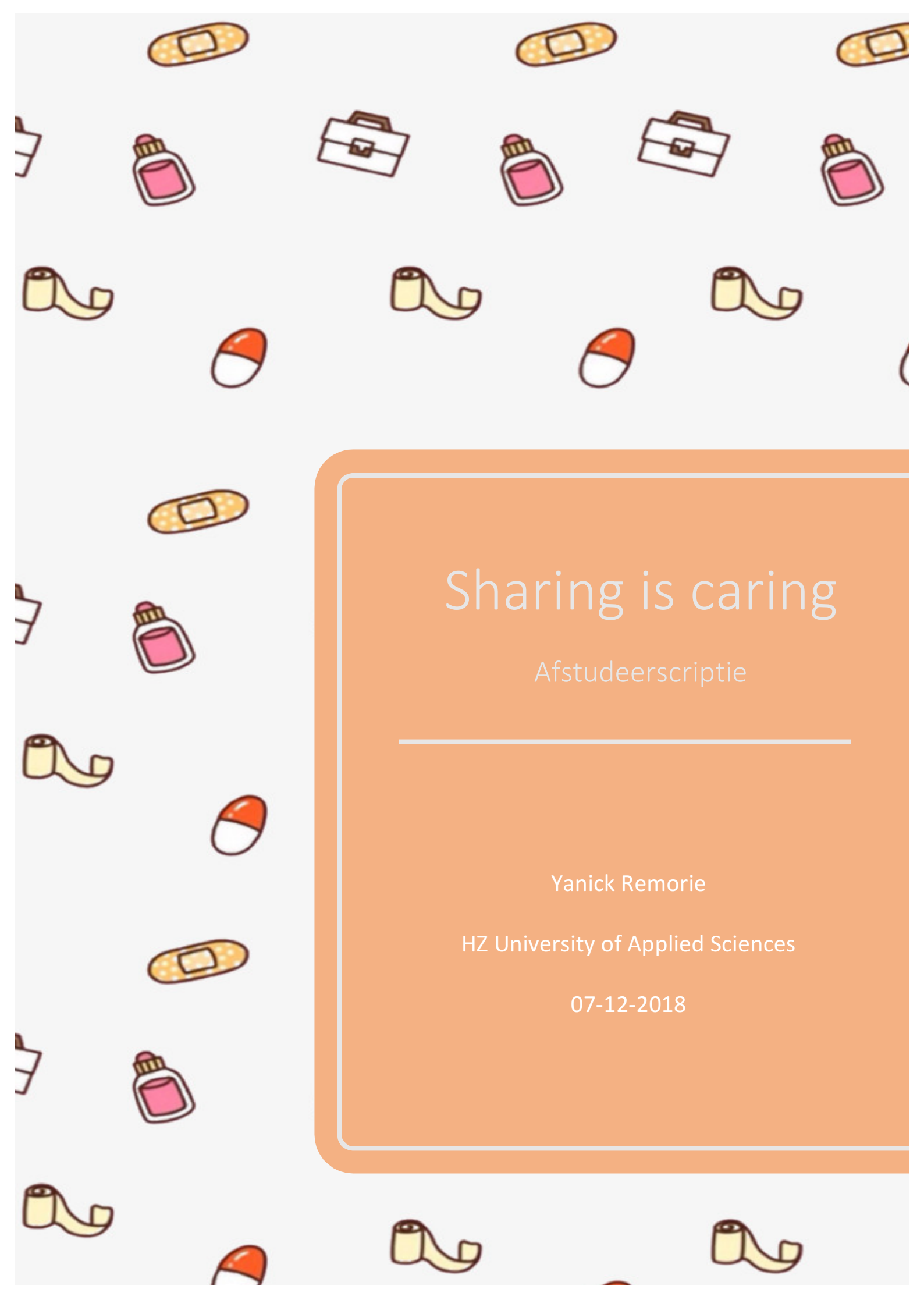


The background of the entire page is a light gray color with a repeating pattern of various medical icons. These icons include orange band-aids with white dots, white first aid kits with brown handles, pink medicine bottles with gold caps, yellow rolls of bandage, and red and white capsules. The icons are scattered across the page, creating a medical-themed backdrop.

Sharing is caring

Afstudeerscriptie

Yanick Remorie

HZ University of Applied Sciences

07-12-2018

“Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.”

Sharing is caring

Een kwantitatief onderzoek naar Shared Decision Making binnen de thuiszorg

Naam student:	Yanick Remorie
Studentnummer:	00067880
School:	HZ University of Applied Sciences
Opleiding:	Bachelor Verpleegkunde
Cursus:	CU09322: het praktijkgerichte onderzoek II
Datum:	7-12-2018
Plaats:	Vlissingen
Peergroup:	Kristel Mangelaars & Alberdien van de Velde
Eerste beoordelaar:	Adriënne Joosen-Schrauwen
Tweede beoordelaar:	Thérèse Jansen

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie van Yanick Remorie voor het onderzoek “Sharing is caring”. Deze afstudeerscriptie is geschreven in het kader van mijn afstudeeronderzoek van de bachelorscriptie aan de HZ University of Applied Sciences. Dit afstudeeronderzoek vond plaats voor de opleiding hbo-verpleegkunde.

Gedurende mijn studie op de HZ University of Applied Sciences heb ik op zowel theoretisch als praktisch gebied veel kennis en ervaring opgedaan. Tijdens de stages en het werken in de thuiszorg is het praktische gedeelte van de opleiding goed aan bod gekomen. Het draaide in deze stages om patiëntgerichte zorg. Dit vond ik altijd een zeer interessant onderwerp. Tijdens het zoeken naar informatie over deze vorm van zorg, kwam ik al snel op het begrip Shared Decision Making uit. Zelf wist ik nog niet zoveel over Shared Decision Making waardoor ik hier meer onderzoek naar wilde doen.

Via deze weg wil ik de leden van mijn peergroup bedanken, namelijk Kristel Mangelaars en Alberdien van de Velde. Zij hebben mij met raad en daad bijgestaan met het schrijven van deze scriptie en regelmatig feedback gegeven. Daarnaast wil ik mijn begeleiders Adriënne Joosen-Schrauwen en Thérèse Jansen bedanken voor het beoordelen van mijn stukken en het eveneens geven van feedback en adviezen. Hierbij wil ik ook mijn ouders bedanken. Zij hebben mij gedurende de studie en het schrijven van de scriptie enorm geholpen. Ondanks dat zij onbekend zijn met het werkgebied zorgden zij voor een kritische blik, steun en tijd.

Ik wens u veel leesplezier met het lezen van mijn scriptie.

Yanick Remorie

07-12-2018

Sint-Jansteen

Samenvatting

Aanleiding onderzoek: Binnen de zorg heeft een verschuiving plaatsgevonden van een standaard zorgaanbod naar persoonsgerichte zorg, waarin Shared Decision Making (SDM) een belangrijk uitgangspunt is. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat het toepassen van SDM in de praktijk moeilijk verloopt, waaronder bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen. Het doel van dit onderzoek is daarom om inzicht te krijgen in hoeverre (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen bekwaam zijn om te werken met SDM en welke eventuele verbeterpunten mogelijk zijn om de bekwaamheid te verbeteren.

Methode: Voor beantwoording van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een kwantitatief onderzoek. Onder de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorgteams in Terneuzen is een zelfontwikkelde enquête uitgedeeld, waarbij 41 respondenten zijn verkregen. De gegevens van de ingevulde enquêtes zijn verwerkt in het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultaten: Tijdens het onderzoek kwam naar voren dat 40 respondenten (98%) niet wisten wat SDM inhield voor de enquête en 26 respondenten (65%) geen SDM-model gebruiken. De SDM-onderdelen 'vragen op welke wijze de cliënt informatie zou willen krijgen' en 'samen met de cliënt en/of familie grondig de opties afwegen tegen elkaar' worden door minstens 15 respondenten (36,6%) nooit toegepast. De andere onderdelen worden soms of regelmatig toegepast. De competenties om SDM te kunnen toepassen worden door minstens 15 respondenten (36,6%) regelmatig toegepast, behalve de competentie 'het niet meteen toewerken naar een oplossing'. 'Te weinig kennis', 'niet weten hoe het moet worden uitgevoerd', 'te veel tijd kosten' en 'het verschil niet weten met cliëntgerichte communicatie' worden als belemmeringen ervaren om SDM toe te passen. Tenslotte blijkt dat 29 respondenten (27,6%) meer willen leren over SDM door het bijwonen van een scholing/bijbscholing en 22 (21%) door een E-learning.

Conclusie: De medewerkers zijn tijdens dit onderzoek niet bekwaam genoeg gebleken om SDM te kunnen toepassen. Het is raadzaam de kennis van de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden te verhogen en alle onderdelen van SDM bij alle keuzegesprekken toe te passen en niet alleen regelmatig.

Aanbevelingen: Naar aanleiding van dit onderzoek wordt aanbevolen om de medewerkers een e-learning aan te bieden en klassikale lessen te laten volgen. Dit om de kennis te verhogen. Een andere aanbeveling is om tijdens de opleiding tot verpleegkundige het SDM-proces te laten terugkomen, hierdoor wordt na de opleiding de implementatie van SDM in de praktijk makkelijker gemaakt. Tenslotte kan eventueel een vervolgonderzoek gedaan worden naar een passend SDM-model voor de thuiszorg.

Inhoudsopgave

Inleiding	11
1. Theoretisch kader	15
1.1 <i>Zoekstrategie</i>	15
1.1.1 Zoekvragen	15
1.1.2 Zoekwoorden en databanken	15
1.1.3 In- en exclusiecriteria	16
1.1.4 Zoekboom	16
1.2 <i>Literatuurstudie</i>	19
1.2.1 Shared Decision Making	19
1.2.2 Effecten van Shared Decision Making	20
1.2.3 Shared Decision Making in de thuiszorg	20
1.2.4 Methode van Shared Decision Making	21
1.2.5 Bekwaamheid in SDM	24
1.2.6 Meetinstrumenten	24
1.2.7 Samenvatting	25
2 Methode	27
2.1 <i>Onderzoekstype en ontwerp</i>	27
2.2 <i>Onderzoekspopulatie</i>	27
2.3 <i>Plaats en tijd</i>	28
2.4 <i>Meetinstrument en operationalisatie</i>	28
2.5 <i>Dataverzameling</i>	31
2.6 <i>Data-analyse</i>	32
2.7 <i>Betrouwbaarheid</i>	32
2.8 <i>Validiteit</i>	33
2.8.1 Interne validiteit	33
2.8.2 Externe validiteit	33
2.8.3 Begripsvaliditeit	33
2.9 <i>Juridische en ethische aspecten</i>	34
3 Resultaten	35
3.1 <i>Kenmerken van de respondenten</i>	35
3.2 <i>Shared Decision Making</i>	36
3.3 <i>Bekwaamheid</i>	37
4 Discussie	41
4.1 <i>Interpretatie van de resultaten aan de hand van de literatuur</i>	41
4.2 <i>Sterke punten van het onderzoek</i>	42
4.3 <i>Zwakke punten van het onderzoek</i>	42
5 Conclusies en aanbevelingen	43
5.1 <i>Conclusies</i>	43
5.1.1 Conclusies deelvragen	43
5.1.2 Conclusie onderzoeksvraag	44
5.2 <i>Aanbevelingen</i>	44
Bronnenlijst	47
Bijlage 1: Enquête met inleidende brief	51
Bijlage 2: Codeboek SPSS	57
Bijlage 3: Data view SPSS	59

Bijlage 4: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek	63
Bijlage 5: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)	65

Inleiding

Volgens de prognose van het CBS (2018) zal tot 2040 het aantal 65-plussers onder de bevolking van Nederland toenemen. De bevolking telde in 2012 2,7 miljoen 65-plussers en in 2016 waren dit meer dan 3.1 miljoen 65-plussers (Zorg voor Beter, 2017). Dit aantal zal volgens deze prognose de komende jaren blijven stijgen. Tevens zal vanaf 2025 het aantal 80-plussers sterk toenemen, dit wordt 'dubbele vergrijzing' genoemd (CBS, 2018). Door de stijging van het aantal ouderen, neemt de zorgvraag toe. In 2017 had ongeveer 70 procent van de 65-plussers een chronische ziekte. Bij de 75-plussers had 63 procent twee of meer chronische ziekten en 32 procent drie of meer. De prognose is dat in 2030 meer dan 38 procent van de 70-plussers drie of meer chronische ziekten heeft (Zorg voor Beter, 2017).

In Nederland is niet alleen sprake van vergrijzing, maar ook de wensen van de Nederlanders veranderen. Steeds meer mensen willen langer thuis wonen en thuis de benodigde zorg krijgen. De Rijksoverheid vindt het belangrijk dat de instellingen zorg bieden met het oog op het individu en de kwaliteit van leven. De zorg draait steeds meer om de zelfredzaamheid van Nederlanders. De vraag naar veranderingen in de zorg is door deze ontwikkelingen toegenomen (Rijksoverheid, 2013).

Een belangrijke verandering in de zorg vindt plaats door de verschuiving van een standaard zorgaanbod naar een persoonlijke invulling van de zorg (NVZ, 2016). In 2013 heeft Vilans een stelling nemend rapport opgesteld, waarin zij afscheid nemen van diseasemanagement. Persoonsgerichte zorg komt hiervoor in de plaats. Diseasemanagement organiseert de zorg rondom een ziekte. Persoonsgerichte zorg gaat over de benadering van een cliënt, waarbij de zorg afgestemd wordt op de wensen van het individu. Het aansluiten bij deze wensen kan een bijdrage leveren aan effectievere zorg. De cliënt kan dan zelf kiezen voor een behandeling, die niet altijd even optimaal hoeft te zijn, maar die voor deze cliënt wel kan bijdragen aan een betere kwaliteit van leven of functioneren. Persoonsgerichte zorg heeft vijf uitgangspunten: een breed primair proces, een stapsgewijze aanpak, de zorgverlener als coach, gezamenlijke besluitvorming & individueel zorgplan en cliëntprofielen (Vilans, 2013).

Een belangrijk uitgangspunt van persoonsgerichte zorg is gezamenlijke besluitvorming, ook wel Shared Decision Making (SDM) genoemd. Volgens Glyn Elwyn (2012), directeur van een adviesgroep voor SDM, is SDM een methode waarbij zorgverleners en cliënten het best beschikbare bewijsmateriaal met elkaar delen wanneer zij worden geconfronteerd met de taak om beslissingen te nemen. Tijdens dit proces worden de cliënten ondersteund door de zorgverleners om opties te overwegen en om geïnformeerde voorkeuren te bereiken. In overleg met de cliënt wordt vervolgens een beslissing genomen over de gezondheids- en behandeldoelen. In 1982 werd SDM voor het eerst vermeld als een beginsel van persoonsgerichte zorg. Later werden hier meer details aan toegevoegd. Dit leidde tot meer aandacht voor de vereiste communicatievaardigheden (Elwyn et al., 2012).

Het toepassen van de principes van SDM verloopt in de praktijk niet altijd eenvoudig. Wanneer zorgverleners denken dat SDM wordt toegepast, wordt dit tegengesproken door de ervaring van cliënten (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). Dit is een goede reden om te achterhalen of SDM wel goed toegepast wordt. In de praktijk bij organisatie ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen wordt SDM als een belangrijke kernwaarde genoemd in het meerjarenbeleidsplan 2014-2017 met betrekking tot belevingsgericht werken.

Bij belevingsgericht werken staat de cliënt centraal en wordt gezorgd dat de cliënt zich begrepen en geholpen voelt (ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen, z.d.). ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen (z.d.) zegt met betrekking tot belevingsgericht werken:

ZorgSaam kiest blijvend voor belevingsgericht werken, omdat dit concept aansluit bij maatschappelijke ontwikkelingen als individualisering, vraaggerichtheid en versterking van de eigen verantwoordelijkheid van het individu. Belevingsgerichtheid past goed bij de zorg voor kwetsbare mensen. Belevingsgericht werken steunt op de vier kernwaarden: autonomie, gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid en gepastheid.

Het uitgangspunt 'beslissingen in gezamenlijkheid nemen' valt onder de methode van SDM. Zoals eerder beschreven levert het uitvoeren van SDM in de praktijk een probleem op. Vanuit een eerder onderzoek naar het belevingsgericht werken in ZorgSaam blijkt dat medewerkers en cliënten het belevingsgericht werken belangrijk vinden. Echter wordt het belevingsgericht werken in de werkelijkheid anders ervaren. Bij het meebeslissen van de zorg lag de gemiddelde score van belangrjikheid hoger dan van de werkelijkheid. Vanuit dit onderzoek kan worden vastgesteld dat het belevingsgericht werken nog geoptimaliseerd moest worden en de medewerkers nog niet bekwaam waren om SDM uit te voeren (De Visser, 2011). Om deze reden zal bij de thuiszorgteams in Terneuzen onderzocht worden in hoeverre de (wijk-) verpleegkundigen en verzorgenden op dit moment bekwaam zijn om Shared Decision Making toe te passen en welke eventuele verbeterpunten mogelijk zijn om de bekwaamheid te verbeteren.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen bekwaam zijn om te werken met Shared Decision Making en welke eventuele verbeterpunten mogelijk zijn om de bekwaamheid te verbeteren.

Onderzoeksvraag en deelvragen

Aan de hand van de aanleiding en de doelstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

In hoeverre zijn (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen bekwaam om te werken met Shared Decision Making en welke eventuele verbeterpunten zijn mogelijk om de bekwaamheid te verbeteren?

Bij deze vraag zijn de volgende deelvragen ontstaan:

- In hoeverre bezitten de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen kennis met betrekking tot Shared Decision Making?
- Op welke wijze wordt de methode SDM toegepast binnen de thuiszorg?
- Hoe kunnen (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden zich in SDM bekwaamen?

Relevantie tot verpleegkundig beroep

Om de relevantie voor het verpleegkundig beroep duidelijk te maken, is gebruik gemaakt van de meest recente beroepsrollen. Binnen het verpleegkundige beroep wordt vanaf 2020 gewerkt met zeven verschillend opgestelde beroepsrollen, namelijk de rollen zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve 'EBP'-professional, organisator en kwaliteitsbevorderaar (Schuurmans M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A., 2012). De hbo-verpleegkundigen zullen vanaf 2020 volgens dit competentieprofiel afstuderen. Daarom zal aan de hand van deze beroepsrollen de relevantie voor het verpleegkundig beroep worden aangetoond.

Zorgverlener: In de thuiszorg gaat de (wijk-)verpleegkundige in haar rol van zorgverlener in overleg met de cliënten om te kijken welke zorg zij willen hebben, hoe vaak deze zorg gegeven moet worden, of aanpassingen gedaan kunnen worden aan de zorg, of iemand nog wel zorg nodig heeft en of overplaatsing naar een zorginstelling nodig is. Het SDM-proces kan gebruikt worden om deze gesprekken goed te laten verlopen.

Communicator: Binnen de rol van communicator is het van belang dat de verpleegkundige een goed inschattingsvermogen heeft van de informatiebehoefte van cliënten. Ook moet rekening gehouden worden met het feit dat cliënten mondiger worden en op internet naar informatie zoeken (Schuurmans M. et al., 2012). Binnen SDM kan dit toegepast worden, doordat de cliënt zelf informatie kan zoeken met bijvoorbeeld keuzehulpen. De verpleegkundigen zal dan samen met de cliënt moeten bekijken welke informatie klopt en gebruikt kan worden (Schuurmans M. et al., 2012).

Samenwerkingspartner: De verpleegkundige werkt samen met de cliënt en zijn naasten, met andere zorgverleners, andere disciplines, zoals fysiotherapeuten, en met leidinggevendenden (Schuurmans M. et al., 2012). Vanuit deze multidisciplinaire samenwerking is SDM ontstaan. Niet alleen de zorgverlener beslist, maar werkt samen met de cliënt en eventueel zijn naasten om tot de juiste beslissing te komen.

De reflectieve Evidence Based Practice (EBP)-professional: Aan de hand van de resultaten van het literatuuronderzoek en kwantitatieve onderzoek kunnen verbeteringen worden opgesteld om de bekwaamheid met betrekking tot SDM te verbeteren. Hierdoor kan de deskundigheid op het gebied van SDM binnen de teams worden verbeterd.

Gezondheidsbevorderaar: In het geval van zelfredzaamheid bij SDM tracht de verpleegkundige, in de rol van gezondheidsbevorderaar, om de cliënten zelf een beslissing te laten maken. Door het delen van informatie, hoopt de verpleegkundige de cliënt te wijzen op de beste optie voor het probleem.

Organisator: De verpleegkundigen in de thuiszorg zullen in de rol van organisator regelmatig in gesprek moeten met de cliënten. Dit om bij te houden of de zorg op een goede manier geleverd wordt, om te kijken wanneer de zorg aangepast moet worden en om te kijken wanneer iemand geen zorg meer nodig heeft. Tijdens de gesprekken kan SDM worden toegepast.

Professional en kwaliteitsbevorderaar: Dit onderzoek is relevant voor deze rol omdat initiatieven worden genomen ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep en de kwaliteit van zorg bij de thuiszorgteams in Terneuzen.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk van dit verslag is het theoretische kader beschreven. In het theoretisch kader worden de zoekstrategie en de gevonden literatuur weergegeven. De zoekstrategie bevat de zoekvragen, zoektermen, de databanken die gebruikt zijn, de in- en exclusiecriteria van de literatuur en de zoekboom. De onderzoeksmethode (onderzoeksopzet) wordt vervolgens in hoofdstuk drie beschreven. In dit hoofdstuk staat eerst het onderzoekstype en -ontwerp beschreven. Vervolgens worden de onderzoekspopulatie, het tijdsbestek en de periode benoemd. Een gedetailleerde beschrijving van de wijze van gegevensverzameling, gegevensverwerking en analyse komen daarna aan bod. Als laatste worden de betrouwbaarheid, validiteit en juridische en ethische aspecten beschreven. In hoofdstuk vier worden de belangrijkste resultaten uit de enquêtes besproken. Vervolgens worden in hoofdstuk vijf de resultaten vergeleken met de gevonden literatuur. Tevens worden de zwakke en sterke punten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk zes worden de conclusies op de deelvragen en hoofdvraag beschreven. Aan de hand van deze conclusie worden aanbevelingen gedaan.

1. Theoretisch kader

In het hoofdstuk theoretisch kader wordt gestart met de zoekstrategie. Deze strategie is gebruikt om het literatuuronderzoek te kunnen uitvoeren. De gevonden literatuur is verwerkt in een zoekboom. Vanuit de gevonden literatuur is het theoretisch kader verder uitgewerkt, waarbij ondersteunende informatie voor de onderzoeksvraag is beschreven. Als laatste is het theoretisch kader samengevat.

1.1 Zoekstrategie

Aan de hand van de zoekstrategie zijn zoekvragen en zoekwoorden opgesteld om optimaal te kunnen zoeken naar literatuur. Vanuit deze zoekwoorden is op verschillende databanken gezocht naar informatie. Voor de literatuur zijn in- en exclusiecriteria opgesteld. Als laatste zal in dit deel de zoekboom worden weergegeven, zie figuur 1.

1.1.1 Zoekvragen

De zoekvragen zijn aan de hand van de probleemstelling opgesteld. Met behulp van deze zoekvragen is gezocht naar relevante bronnen om het theoretisch kader op te stellen.

1. Wat is SDM?
2. Wat zijn de effecten van SDM?
3. Wat is nodig om SDM uit te voeren?
4. Wat is nodig om bekwaam in SDM te zijn?
5. Hoe kan de bekwaamheid in SDM gemeten worden?

1.1.2 Zoekwoorden en databanken

Om optimaal te kunnen zoeken in de databanken zijn vanuit de zoekvragen zoekwoorden samengesteld. De zoekwoorden zijn in het Nederlands, Engels en met MeSH terms opgesteld, zie tabel 1. Uit eerder onderzoek naar SDM blijkt dat professor Glyn Elwyn een belangrijke adviseur is binnen de SDM. Daarom is besloten deze naam ook in de zoekwoorden te laten terugkomen. Om zoekwoorden te combineren wordt de booleaanse operator AND gebruikt. Middels de zoekwoorden is gezocht in de databanken Pubmed en Springerlink. Wanneer zoekwoorden te weinig bronnen of niet bruikbare bronnen opleverden, zijn deze niet gebruikt.

Tabel 1*Zoekwoorden*

Nederlandse Zoekwoorden	Synoniemen	Engelse zoekwoorden	MeSH Terms
Shared Decision Making	SDM, gezamenlijke besluitvorming	Shared Decision Making, SDM	Decision Making
Thuiszorg	Eerstelijnszorg	Home care, primary care	Nursing, home care services, primary health care, nursing practice
Verpleegkundige	Zorgverlener	Nurse	-
Cliënt	Patiënt	Patient, client	-
Elwyn	-	Elwyn	-
Effect	Gevolg, resultaat	Effect, consequence, result	-
Bekwaam	Bedreven, bevoegd, geschikt	Ability, proficient, competent, qualified, suitable, fit	Aptitude

1.1.3 In- en exclusiecriteria

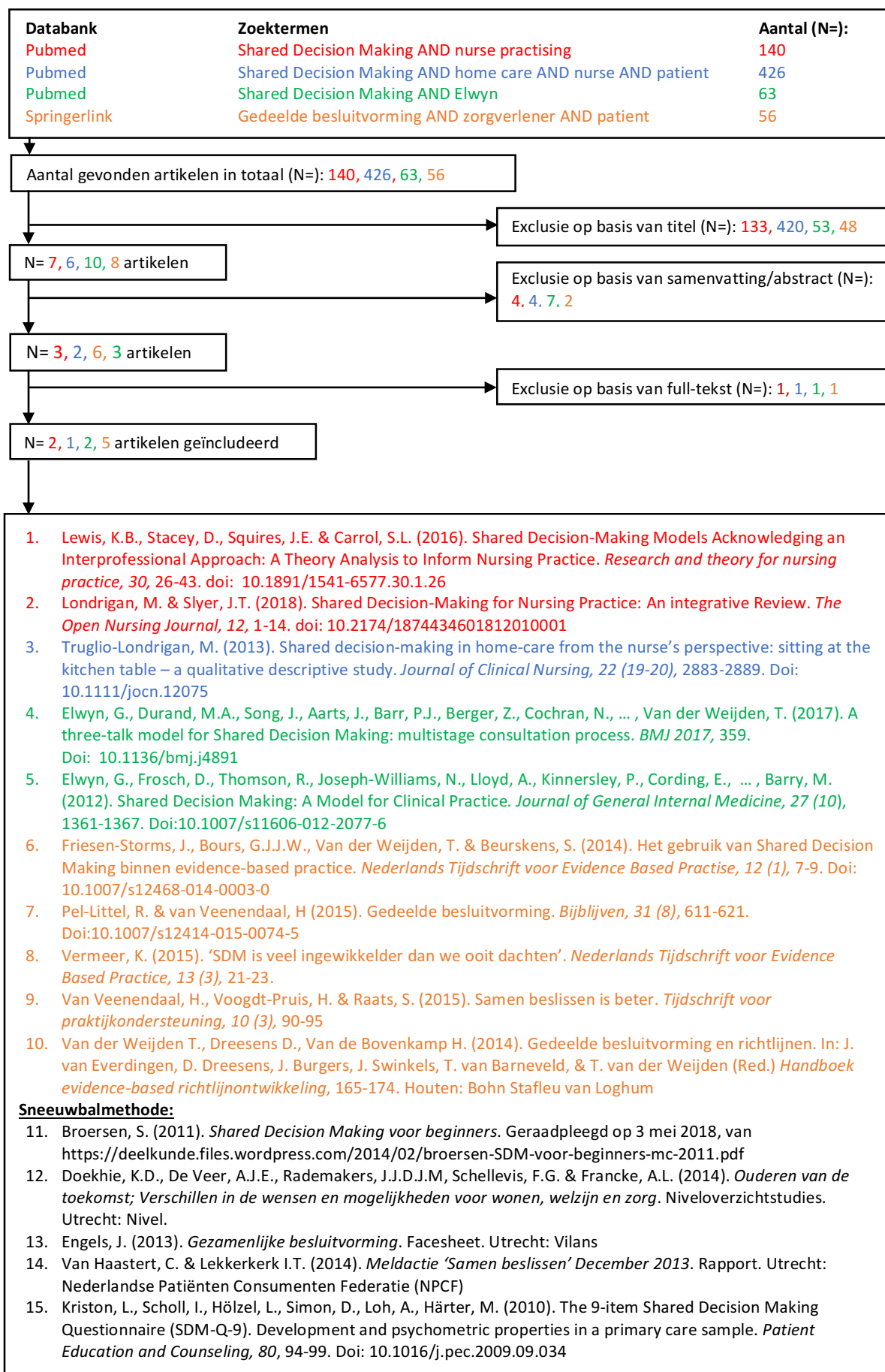
Voorafgaand aan het literatuuronderzoek zijn een aantal inclusiecriteria opgesteld om alleen relevante literatuur te vinden. De inclusiecriteria zijn:

- Het artikel moet in het Nederlands of Engels geschreven zijn;
- Het artikel moet over Shared Decision Making gaan;
- In de praktijk moet het om Shared Decision Making bij de thuiszorg gaan;
- Het artikel mag niet ouder dan 10 jaar zijn, in dit geval niet ouder dan het jaar 2008;
- Full-tekst van het artikel moet beschikbaar zijn;
- Zoekwoorden komen voor in het artikel.

Naast de verkregen artikelen via de databanken is ook informatie verkregen door middel van het raadplegen van internetsites, boeken, vaktijdschriften en de sneeuwbalmethode. Dit is een methode waarbij gebruik wordt gemaakt van kenmerken, citaten of bronnen uit eerder gevonden artikelen. Vanuit deze informatie worden andere bruikbare bronnen met behulp van de in- en exclusiecriteria geselecteerd (Verhoeven, 2014). Indien een artikel niet aan de opgestelde inclusiecriteria voldeed, werd dit artikel geëxcludeerd. Tevens werden bronnen geëxcludeerd op basis van titel, samenvatting/abstract en full-tekst.

1.1.4 Zoekboom

De gevonden literatuur is verwerkt in een zoekboom, waarin de gebruikte zoekwoorden met behulp van zoekstrings ook terug te vinden zijn.



16. Légaré F., Stacey, D., Brière, N., Desroches, S., Dumont, S., Fraser, K., Murray, M.A., Sales, A., Aubé (2011). A conceptual framework for interprofessional Shared Decision Making in home care: Protocol for a feasibility study. *BMC Health Service Research* 2011, 11, 23. Doi: 10.1186/1472-6963-11-23
17. Légaré, F., Stacey, D., Brière, N., Robitaille, H., Lord, M-C., Desroches, S. & Drolet, R. (2014). An interprofessional approach to Shared Decision Making: an exploratory case study with family caregivers of one IP home care team. *BMC Geriatrics*, 14, 83. Doi:10.1186/1471-2318-14-83
18. Nicolai, J., Moshagen, M., Eich, W., Bieber, C. (2012). The OPTION scale for the assessment of Shared Decision Making (SDM): methodological issues. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 264-271. Doi: 10.1016/j.zefq.2012.03.002
19. Stacey D, Briere N, Robitaille H, Fraser K, Desroches S, Legare F. (2014). A systematic process for creating and appraising clinical vignettes to illustrate interprofessional Shared Decision Making. *Journal of Interprofessional Care*, 28. Doi: 10.3109/13561820.2014.911157
20. Stacey, D., Légaré, F., Col, N.F., Bennett, C.L., Barry, M.J., Eden, K.B., ... , Wu, J.H. (2014). *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD001431. Doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4
21. Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. (2010). Shared Decision Making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis. *Patient Educ Couns.* 80(2),164-172. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.015
22. Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., De Wit, M.P., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., ... , Elwyn, G. (2012). Shared Decision Making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal (BMJ)*, 344, 25-26. Doi:10.1136/bmj.e863
23. Stubenrouch, F., Pieterse, A.H., Falkenberg, R., Santema, T.K.B., Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., Aarts, J.A.W.M., Ubbink, D.T. (2016). OPTION5 versus OPTION12 instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Education and Counseling*, 99, 1062-1068. Doi: 10.1016/j.pec.2015.12.019

Overige bronnen:

24. Bouniols, N., Leclère, B., Moret, L. (2016). Evaluating the quality of Shared Decision Making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Research Notes* 2016, 9, 382. Doi: 10.1186/s13104-016-2164-6
25. Van Meijeren, L. (2014). 'Shared Decision Making' bij Buurtzorg. Artikel. Ede: Buurtzorg
26. Ter Haaf & Van Veenendaal (2016). *Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland: Opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen*. Onderzoek. Den Haag: ZonMw.

Figuur 1. Zoekboom.

1.2 Literatuurstudie

In dit deel van het hoofdstuk wordt aan de hand van de gevonden literatuur het onderzoeksprobleem verder uitgewerkt. Eerst wordt uitleg gegeven over SDM en welke effecten het goed toepassen van SDM kan hebben. Vervolgens wordt dieper ingegaan over SDM in de praktijk. Vanuit de praktijk wordt gekeken welke methodes beschikbaar zijn om SDM te kunnen toepassen en welke competenties de zorgverleners hiervoor moeten hebben. Als laatste wordt gekeken welke meetinstrumenten bestaan om SDM in de praktijk te meten.

1.2.1 Shared Decision Making

Volgens Stiggelbout et al. (2012) is SDM gebaseerd op vier ethische principes. Deze vier ethische principes zijn: 'Het erkennen van de autonomie van de cliënt, het vermijden van schade door een goede afweging van voor- en nadelen en risico's, het tegengaan van onder- en overbehandeling en rechtvaardigheid'. In de wetgeving zijn deze terug te vinden in de Nederlandse Grondwet en de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De Nederlandse Grondwet beschrijft sinds 1938 dat een mens recht heeft op autonomie en zeggenschap over lijf en leden. Dit past bij het principe erkennen van autonomie van de cliënt. In de WGBO werd in 1995 vervolgens vastgelegd dat behandelaars verplicht zijn om hun cliënten te informeren, bijvoorbeeld over de voor- en nadelen van een behandeling. De cliënten moeten daarbij de arts informeren over hun persoonlijke normen en waarden. Dit past bij het ethische principe over een goede afweging maken van voor- en nadelen en risico's (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015).

Tijdens een goede afweging van voor- en nadelen en risico's vindt een besluitvormingsproces plaats. Binnen dit proces kunnen drie benaderingswijzen worden toegepast. In de eerste benaderingswijze, het klassieke paternalistische model, kiest de zorgverlener een behandeling die volgens hem of haar het beste is. Bij het model van geïnformeerde cliënt, de tweede benaderingswijze, kiest de cliënt de behandeling zonder enige hulp van een zorgverlener. De derde benaderingswijze zit tussen deze twee in, namelijk gedeelde besluitvorming. Gedeelde besluitvorming is de Nederlandse vertaling van Shared Decision Making. Bij gedeelde besluitvorming deelt de zorgverlener zijn wetenschappelijke en professionele kennis over het gezondheidsprobleem met de cliënt. De cliënt deelt aansluitend zijn persoonlijke voorkeuren met de zorgverlener. Vervolgens kiezen de zorgverlener en cliënt samen de juiste behandeling (Everdingen et al., 2014).

Gedeelde besluitvorming wordt vaak toegepast wanneer de keuzes tussen verschillende behandelopties sterk afhankelijk zijn van individuele voorkeuren (Everdingen et al., 2014). Doordat de individuele voorkeuren bij deze benaderingswijze worden meegenomen, krijgt de zorg meer inhoud en vorm wat past bij de waarden en normen van de cliënt (Van Veenendaal, Voogd-Pruis & Raats, 2015). Dit geldt niet als het om een acuut levensbedreigende situatie gaat, een eenvoudige, niet preferentiegevoelige aandoening of een situatie waarin de cliënt zelf niet in staat is tot gedeelde besluitvorming (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). Niet alleen zorg op maat, maar ook andere positieve effecten worden ondervonden door het goed uitvoeren van gedeelde besluitvorming. Voorbeelden van positieve effecten zijn meer kennis bij de cliënten en minder kosten (Joosten et al., 2008; Stacey et al., 2014; Van Veenendaal et al., 2015).

1.2.2 Effecten van Shared Decision Making

Volgens de meta-analyse van Stacey et al. (2014) heeft SDM positieve effecten voor de cliënten. De cliënten blijken onder andere besluitvaardiger te worden en meer kennis te hebben over het gezondheidsprobleem (Broersen, 2011; Van der Weijden, Dreesens & Van de Bovenkamp, 2014). De cliënten krijgen namelijk meer informatie over elke behandeling en de risico's die hieraan verbonden zijn. Door een beter begrip van deze risico's, ontstaat bij de cliënten minder twijfel en meer vertrouwen in de te nemen beslissing. De cliënten worden betrokken bij de keuze, waardoor zij over het algemeen vaker tevreden zijn over de beslissing die genomen wordt en in het proces van beslissen. Dit levert een betere communicatie op tussen de cliënt en de zorgverlener (Stacey et al., 2014). De betrokkenheid van cliënten bij SDM blijkt nog andere positieve effecten op te leveren. Volgens Joosten et al. (2008) blijven de cliënten door SDM vaker therapietrouw en kunnen zij de leefregels en het welzijn voor lange termijnbeslissingen en/of chronische ziekten beter handhaven.

SDM heeft naast de positieve effecten op de cliënten ook effect op de tijd en kosten. In onderzoeken naar de tijd die besteed wordt aan SDM blijkt dat SDM minder tijd in beslag neemt dan de zorgverleners in eerste instantie dachten (Van Veenendaal et al., 2014). De meeste tijd wordt besteed aan het eerste gesprek. Deze tijd kan in de latere stappen worden teruggewonnen wanneer de cliënt beter geïnformeerd wordt tijdens het eerste gesprek. De tijd wordt ook teruggewonnen indien de cliënt meer betrokken is en de cliënt vaker afziet van (vervolg)behandelingen. Met betrekking tot de kosten heeft SDM ook een positief effect. Kosten worden bespaard wanneer de cliënten meerdere behandelingskeuzes krijgen. De cliënten kiezen dan vaker voor een minder invasieve behandeling of voor geen verdere behandeling. SDM heeft deze effecten alleen mits het goed uitgevoerd wordt in de praktijk, zoals in het ziekenhuis of bij de thuiszorg (Stacey et al., 2014; Van Veenendaal et al., 2015). Dit onderzoek baseert zich op de thuiszorg.

1.2.3 Shared Decision Making in de thuiszorg

Bij de thuiszorg wordt SDM toegepast op verschillende manieren. Tijdens het onderzoek van Légaré et al. (2014) werd SDM volgens het Interprofessionele SDM-model (IP-SDM-model) bij een thuiszorgteam in Canada onderzocht. Aan de hand van dit model werden gesprekken gevoerd over de beslissing om een cliënt op te nemen in een instelling. Na deze gesprekken mochten de mantelzorgers hun ervaring aangeven. De ervaring was dat tijdens het keuzegesprek vaak niet tot een overeenstemming was gekomen, doordat weinig opties besproken werden en deze niet duidelijk werden uitgelegd. Toch voelden de mantelzorgers zich onder druk gezet om een beslissing te nemen. Het gebruik van het SDM-model werd niet ervaren. Naast de mantelzorgers werden de gezondheidsmedewerkers en managers ondervraagd over wat zij vonden van het SDM-model. Een positieve houding ten opzichte van SDM werd door de medewerkers aangegeven, maar voor de implementatie naar de praktijk werden veel belemmeringen ondervonden. De gezondheidsmedewerkers en managers hebben vervolgens enkele maatregelen voorgesteld om SDM te helpen implementeren in de thuiszorgteam. Een belangrijke maatregel is om alle professionals, vanaf het begin bij de zorg voor een cliënt te betrekken, waardoor zij een beter beeld krijgen van de cliënt. Onderling moeten professionals hun werkmethoden en opvallende zaken bespreken. Onder de professionals vallen de verpleegkundigen en verzorgenden binnen een team, maar bijvoorbeeld ook een fysiotherapeut. Een teambijeenkomst is een goede optie om samen te komen en zaken te bespreken. Dit draagt meteen bij voor een betere teamcohesie (Légaré et al., 2014).

Ook in Nederland wordt SDM toegepast in de thuiszorg. Bij een onderzoek naar SDM bij Buurtzorg (Van Meijeren, 2014) zijn drie manieren van toepassing ondervonden. SDM werd toegepast bij de zorg voor een cliënt, bij het betrekken van mantelzorgers en naasten en bij de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Bij de zorg voor een cliënt vond SDM vooral tijdens intake plaats. Gedurende de intake bespreken de zorgverlener en cliënt gezamenlijk de zorgvraag en stellen aan de hand van deze zorgvraag het zorgplan op. Wanneer een cliënt niet in staat is tot een intakegesprek, bijvoorbeeld bij een cliënt die minder goed kan aangeven wat hij of zij nodig heeft, neemt de zorgverlener wel zelf de regie. De mantelzorgers en naasten worden soms betrokken bij het bepalen van het zorgplan en welk aandeel zij hierin kunnen leveren. In dit geval vindt SDM plaats met het betrekken van mantelzorgers en naasten. Niet in alle gevallen werden de mantelzorgers en naasten betrokken. Als laatste werd gestreefd naar een goede band met de cliënten. Door SDM voelen de cliënten zich vaker begrepen en kan de zorg beter bepaald worden (Van Meijeren, 2014).

Uit enkele onderzoeken naar SDM blijkt dat zorgverleners vaak denken dat SDM goed wordt toegepast, maar dit blijkt in de praktijk niet zo te zijn (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015; Van Veenendaal, Rietmeijer, Voogdt-Pruis & Raats, 2015). Uit de meldactie 'Samen Beslissen' (Van Haastert & Letterkerk, 2014) komt naar voren dat 63 procent van de cliënten geen meerdere opties voorgelegd krijgen en/of niet worden betrokken bij het besluit om verdere stappen te zetten. Gedeelde besluitvorming wordt volgens deze cliënten maar door één op de tien zorgverleners correct toegepast. Dat zorgverleners de gedeelde besluitvorming te weinig toepassen, komt doordat zij onvoldoende weten wat het inhoudt en het verschil niet weten met bijvoorbeeld cliëntgerichte communicatie (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). In de literatuur zijn daarnaast verschillende modellen van SDM terug te vinden, waarbij het model van Elwyn et al. (Elwyn, et al., 2012) het vaakst genoemd wordt. Door deze verschillende oorzaken wordt het niet eenvoudig gemaakt om een eenduidig beeld te krijgen van hoe SDM op een goede manier kan worden toegepast (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015; Van Veenendaal et al., 2015).

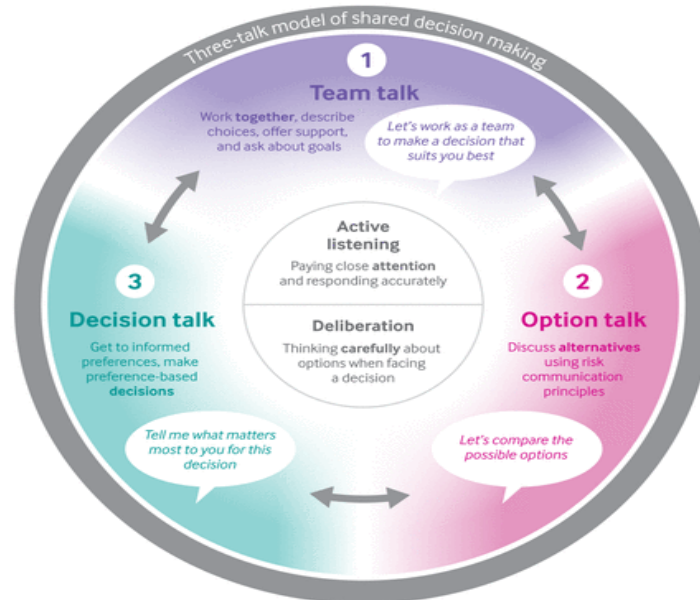
1.2.4 Methode van Shared Decision Making

Als methode voor SDM zijn verschillende modellen opgesteld (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015; Van Veenendaal, Voogdt-Pruis & Raats, 2015). Het model gedeelde besluitvorming (Elwyn, et al., 2012) en het IP-SDM-model (Légare et al., 2011) zijn twee goed toepasbare modellen. Binnen de thuiszorg krijgt IP-SDM de voorkeur, omdat daar vaker sprake is van betrokkenheid van familie of mantelzorgers. Niet alleen de modellen zorgen voor een betere toepasbaarheid, maar door rekening te houden met factoren als het gebruik van keuzehulp kan SDM gemakkelijker gebruikt worden.

Model gedeelde besluitvorming volgens Elwyn

Het model van Elwyn wordt in de literatuur vaak aangehaald als een goed model voor SDM (Elwyn, et al., 2012; Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015; Van Veenendaal, Voogdt-Pruis & Raats, 2015). In het onderzoek Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice (Elwyn et al., 2012) is dit driestapsmodel voor de klinische praktijk opgesteld. Het is een vereenvoudigd model dat het proces van initiële naar geïnformeerde voorkeuren illustreert. In het model staan drie belangrijke stappen van SDM beschreven die doorlopen kunnen worden. Eerst vindt het keuzegesprek plaats, waarbij de zorgverlener de cliënt informeert over welke opties beschikbaar zijn. Daarna wordt tijdens het optiegesprek meer gedetailleerde informatie over de opties besproken met de cliënt. Als laatste is het beslissingsgesprek aan de beurt, waarbij de zorgverlener en cliënt samen overwegingen maken van voorkeuren en beslissen wat de beste behandeling is (Elwyn et al., 2012). Dit model is inmiddels

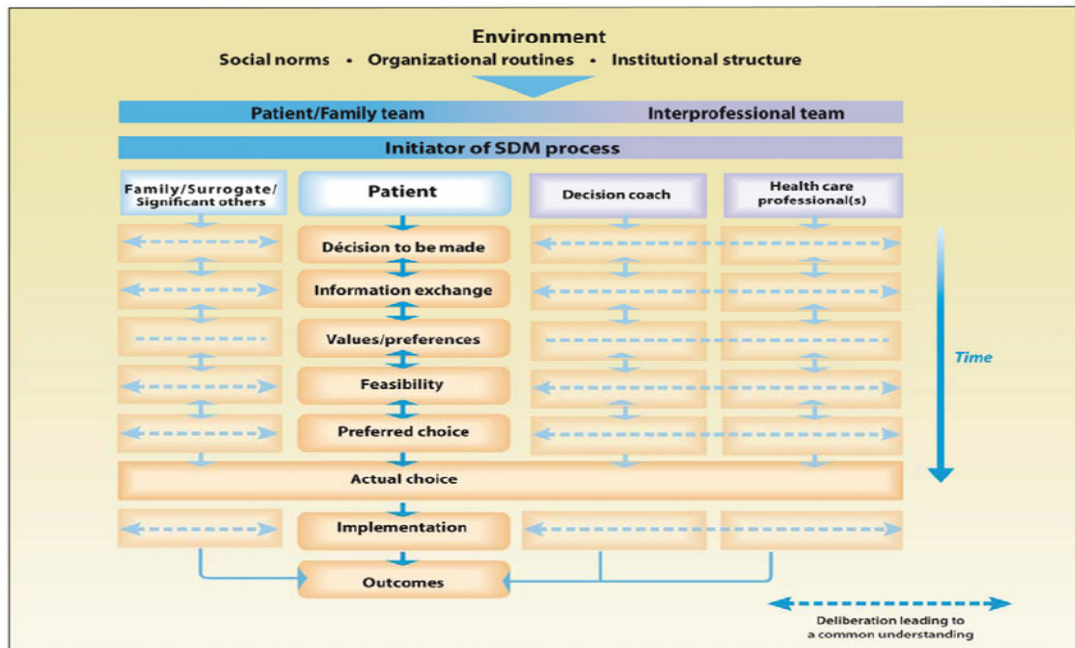
herzien. Na introductie van het model werden namelijk fouten ontdekt, zoals het gelijkwaardig beschouwen van de termen keuzepraat en optiegesprek. Na de herziening geeft het model gesprekstappen weer die ondersteuning bieden bij het introduceren van opties. Dit wordt gevolgd door methodes om compromissen te vergelijken en te bespreken, voordat overlegd wordt op basis van geïnformeerde voorkeuren. Dit model is terug te zien in figuur 2. (Elwyn et al., 2017).



Figuur 2. Het herziende model van gedeelde besluitvorming door Elwyn (Elwyn et al., 2017).

Het IP-SDM-model

Het model van Elwyn et al. (2012) gaat vooral om cliënt en zorgverlener, maar tijdens SDM kunnen bijvoorbeeld ook mantelzorgers betrokken worden. In Canada is daarom het Interprofessionele Shared Decision Making Model (IP-SDM) ontwikkeld (Légare et al., 2011). Na het testen werd duidelijk gemaakt dat eerst gewerkt moest worden aan de belemmeringen, voordat het model goed gebruikt kon worden. Het model dat is opgesteld bestaat uit twee assen, de verticale as en de horizontale as. De verticale as geeft het proces van SDM aan in de loop der tijd, van begin van het SDM-proces tot de uiteindelijke beslissing, zie figuur 3 (Légare et al., 2011). Dit komt overeen met de stappen volgens Elwyn et al. (2012). De horizontale as geeft bij deze stappen de deelnemers weer met de cliënt altijd in het midden (Légare et al., 2011). Het verschil met het model van Elwyn et al. (2012) is dat nu twee of meer zorgverleners, een cliënt en eventueel met familie of mantelzorgers, samenwerken bij het kiezen van de beste opties. Andere verschillen zijn dat de voorkeuren van de cliënten meer verduidelijkt worden en het model meer betrokkenheid van de cliënt en/of mantelzorgers bij het nemen van gezondheidsbeslissingen mogelijk maakt. Dit is een beter model voor de thuiszorg (Légare et al., 2011).



Figuur 3. Het IP-SDM model (Stacey, Briere, Robitaille, Fraser, Desroches, Legare, 2014).

Andere methoden voor toepasbaarheid van SDM

Naast het model van Elwyn et al. (2012) en het IP-SDM-model (Légare et al., 2011) zijn nog andere mogelijkheden om SDM in de praktijk gemakkelijker te kunnen uitvoeren. Kijkend naar de communicatie en relatieopbouw kan SDM vergemakkelijkt worden wanneer een vertrouwde en respectvolle relatie ontstaan is tussen de cliënt en zorgverlener. Hierdoor zal de cliënt zich meer openstellen. Daarnaast kan SDM vergemakkelijkt worden bij toegewijd doorlopend werk. Toegewijd doorlopend werk houdt in dat de zorgverlener niet alleen bezig is met het voeren van gesprekken, maar tegelijkertijd een beoordeling maakt, de cliënt onderwijzend leert, een balans weet te vinden en een beslissing kan nemen. Wanneer een beslissing is gemaakt, is SDM nog niet voorbij. De cliënt moet vervolgens actie ondernemen om de beslissing te realiseren. In sommige gevallen zijn de cliënten toch niet tevreden met de beslissing en nemen ze geen verdere acties om een behandeling aan te gaan (Truglio-Londrigan & Slyer, 2018). Een andere mogelijkheid om het realiseren van SDM in de praktijk te vergemakkelijken, is het gebruik van keuzehulpen voor de cliënt. Deze hulpen beschrijven medische informatie over een aandoening en de bijhorende behandel- of diagnostiekopties. De mogelijke gevolgen van een bepaalde optie worden ook beschreven. Op deze manier ondersteunen de keuzehulpen de cliënt met het nemen van beslissingen (Broersen, 2011; Van der Weijden, Dreesens & Van de Bovenkamp, 2014; Van Veenendaal, Voogd-Pruis & Raats, 2015). In een onderzoek van Ter Haaft & Van Veenendaal (2016) kwam de mogelijkheid om meer kennis op te doen ook voorbij. Indien een zorgverlener niet over voldoende kennis beschikt, maakt dit de implementatie naar de praktijk moeilijk. Mogelijkheden die genoemd worden zijn: een training of scholing volgen, het geven van feedback, reflecteren op eigen handelingen en door educatie. Als laatste kan SDM vergemakkelijkt worden indien de cliënt en zorgverlener over de juiste competenties beschikken (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015).

1.2.5 Bekwaamheid in SDM

Zowel de cliënt als zorgverlener hebben verschillende competenties nodig om SDM te kunnen toepassen. De cliënt moet volgens Doekhie, De Veer, Rademakers, Schellevis en Francke (2014) kunnen lezen, begrijpen en informatie kunnen toepassen. Indien cliënten hier een beperking in ondervinden, is extra ondersteuning nodig. Deze ondersteuning kan plaatsvinden door middel van aangepaste informatie, bijvoorbeeld beeld in plaats van taal, groter lettertype of in een andere taal. Zonder deze competenties kan SDM niet plaatsvinden. De competenties kennis, motivatie en zelfvertrouwen van de cliënt moeten in voldoende mate aanwezig zijn. Vaak aarzelen de cliënten tijdens het gesprek om hun persoonlijke ervaringskennis in te brengen en zich actief op te stellen, waardoor SDM moeizamer verloopt. Als laatste hebben persoonlijke en situationele kenmerken invloed op de hiervoor genoemde vaardigheden. Tijdens SDM is het voor de zorgverlener belangrijk om rekening te houden met de achtergrond en de situatie van de cliënt (Doekhie et al., 2014).

De zorgverlener moet volgens verschillende bronnen (Engels, 2013; Van Veenendaal et al., 2015) de overtuiging hebben dat SDM in het belang is van de cliënt, waardoor de keuze voor de cliënt is en niet voor de zorgverlener. De zorgverlener moet hierbij kunnen meedenken en coachen in de keuzes die de cliënt maakt. Om dit te doen is het van belang dat de richtlijnen gecombineerd worden met de voorkeuren van de cliënt. Om de cliënt te kunnen ondersteunen kan de zorgverlener de cliënt wijzen op de keuzehulpmiddelen en deze uitleggen. Ook moet de zorgverlener de tijd nemen om de drie gespreksfasen te doorlopen en niet meteen naar een oplossing te werken (Engels, 2013; Van Veenendaal et al., 2015).

1.2.6 Meetinstrumenten

Om te meten of een zorgverlener in staat is tot SDM, zijn verschillende meetinstrumenten opgesteld (Bouniols, Leclère & Moret, 2016). Bouniols et al. (2016) hebben in Frankrijk een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar bestaande en gevalideerde SDM-meetinstrumenten via Pubmed en PsycINFO-databases. In totaal werden elf verschillende meetinstrumenten beschreven, waarvan de meest genoemde modellen de OPTION-scale en de SDM-Q9 waren (Bouniols et al., 2016). Deze modellen zullen hieronder kort worden beschreven.

Bij de OPTION-scale wordt geobserveerd in hoeverre zorgverleners patiënten betrekken bij besluitvorming tijdens consulten. Deze scale is tot stand gekomen tijdens een beoordeling van instrumenten. Aan de hand hiervan is een theoretisch kader opgesteld en deze is getest in kwalitatieve studies met patiënten en huisartsen (Nicolai, Moshagen, Eich & Bieber, 2012). Het instrument bestaat uit twaalf onderdelen, waarop met behulp van een vijfpunts Likertschaal gescoord kan worden. Inmiddels bestaan zelfs twee schalen, namelijk: de OPTION12-scale en de OPTION5-scale. Tijdens een onderzoek naar OPTION5 ten opzichte van OPTION12 (Stubenrouh et al., 2016) bleek dat de OPTION5 meer onderscheid maakt tussen verschillende niveaus van betrokkenheid van de patiënt (Stubenrouh et al., 2016).

De SDM-Q9 is een aangepast model van het in Duitsland ontwikkelde meetinstrument SDM-Q. De SDM-Q-9 is tijdens een onderzoek van Kriston et al. (2010) getest bij de eerstelijnszorg in Duitsland, hieraan deden 2351 patiënten mee. In dit model zijn negen stellingen opgesteld, die beoordeeld kunnen worden met een Zespunts Likertschaal. De uiteindelijke uitkomst geeft weer of SDM heeft plaatsgevonden. De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat het model een betrouwbaar, kort en goed geaccepteerd instrument is. Het instrument toonde namelijk genoeg validiteit aan, een hoge

acceptatie en een Cronbach's α van 0,938. Validiteit geeft aan in hoeverre een test meet wat gemeten moet worden. De Cronbach's α is een maat voor de betrouwbaarheid van de vragenlijst, waarbij een score hoger dan 0,7 betrouwbaar is. In dit geval zit de score daar ruim boven (Kriston et al., 2010).

1.2.7 Samenvatting

SDM is een benaderingswijze bij besluitvorming, waarbij de zorgverlener en cliënt samen tot een beslissing komen. Deze methode is gebaseerd op vier ethische principes, die inmiddels ook een stevige basis in de wetgeving hebben. Deze vier ethische principes zijn: 'Het erkennen van de autonomie van de cliënt; het vermijden van schade door een goede afweging van voor- en nadelen en risico's; het tegengaan van onder- en overbehandeling en rechtvaardigheid'. SDM wordt toegepast wanneer de keuze tussen verschillende behandelopties sterk afhankelijk is van individuele voorkeuren.

Indien SDM op een goede manier wordt toegepast, leidt dit tot positieve effecten voor de cliënt. Positieve effecten zijn; vaker therapietrouw, handhaven van leefregels en welzijn voor lange termijnbeslissingen en/of chronische ziekten en kostenbesparing.

In de praktijk blijkt SDM vaak niet goed te verlopen. Dit komt doordat de verpleegkundigen te weinig kennis bezitten en verschillende modellen voor SDM ontwikkeld zijn. Binnen SDM bestaat het model volgens Elwyn, die alleen over de cliënt en zorgverlener gaat en het IP-SDM-model, die andere factoren, zoals mantelzorgers, ook mee laat tellen. Deze modellen kunnen beide gebruikt worden om SDM in de praktijk uit te voeren. Daarnaast moet rekening gehouden worden met: de communicatie en relatieopbouw, toegewijd doorlopend werk, dat de cliënt stappen onderneemt na de beslissing, het gebruik van keuzehulp en meer kennis op doen. Volgens de literatuur hebben zowel de cliënt als zorgverlener verschillende competenties nodig om SDM goed te kunnen uitvoeren.

Om de bekwaamheid van de zorgverlener binnen de SDM te meten zijn de OPTION-scale en de SDM-Q9 ontwikkeld. De OPTION-scale bestaat uit twaalf onderdelen, waarop met behulp van een vijfpunts Likertschaal gescoord kan worden. In de SDM-Q9 zijn negen stellingen opgesteld, die beoordeeld kunnen worden met een Zespunts Likertschaal. Deze meetinstrumenten vormen samen de basis om de bekwaamheid van de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden te kunnen meten tijdens dit onderzoek.

2 Methode

In het hoofdstuk methode wordt beschreven op welke wijze het onderzoek heeft plaatsgevonden. Het onderzoekstype en -ontwerp komt hierbij het eerst aan bod. De onderzoekspopulatie, het tijdsbestek en de plaats waar het onderzoek heeft plaatsgevonden worden vervolgens beschreven. De beschrijving van het meetinstrument, de dataverzameling en de data-analyse worden daarna weergegeven. Als laatste zullen de betrouwbaarheid, validiteit en de juridische en ethische aspecten van het onderzoek omschreven worden.

2.1 Onderzoekstype en ontwerp

Om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een kwantitatief surveyonderzoek uitgevoerd. Tijdens het kwantitatief onderzoek werden cijfermatige/numerieke gegevens verzameld, die met behulp van statistische technieken geanalyseerd werden (Verhoeven, 2014). De enquêtes leverden cijfermatige informatie op, waardoor objectieve gegevens verkregen konden worden (Verhoeven, 2014).

Een surveyonderzoek heeft een gestructureerde methode, waarbij de vraagstelling vooraf is vastgesteld (Verhoeven, 2014). Tijdens dit onderzoek werd vooraf een enquête opgesteld. Tijdens het onderzoek werd een selecte steekproef gedaan, omdat in de teams niet voldoende respondenten beschikbaar waren om een aselechte steekproef te trekken (Verhoeven, 2014).

De enquête die was opgesteld bevatte gesloten vragen met meerdere keuzemogelijkheden, omdat het voor een kwantitatieve analyse praktisch is om te werken met numerieke gegevens. In de enquête werd gebruik gemaakt van een vierpunts-Likertschaal. De Likertschaal is gekozen, omdat door middel van deze schaal een mening gepeild kon worden onder de verpleegkundigen en verzorgenden over hun bekwaamheid. De Likertschaal bood de mogelijkheid om de respondenten telkens op dezelfde wijze antwoord te laten geven en hierdoor kon de mate waarin iemand een onderdeel toepast makkelijk worden weergegeven. Om te zorgen dat respondenten niet het neutrale midden kozen in de antwoordmogelijkheden, werd een even aantal antwoordmogelijkheden aangeboden. De respondent werd echter gedwongen om een keuze te maken. Dit kan zorgen voor een vertekend beeld. (Verhoeven, 2014).

2.2 Onderzoekspopulatie

Binnen dit onderzoek bestond de onderzoekspopulatie uit de wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen, verzorgenden (IG), leerling-verpleegkundigen en stagiaires vanaf het tweede leerjaar die werken bij de thuiszorgteams binnen Terneuzen van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen. De ondervraagde verpleegkundigen moesten minimaal niveau drie hebben. Binnen de teams werkten een aantal mensen van niveau twee. De helpende niveau twee, mag vele handelingen niet uitvoeren binnen de thuiszorg en krijgt een aparte ronde met cliënten. Dit kon van invloed zijn op de antwoorden die gegeven werden. Om deze beïnvloeding te voorkomen, is besloten deze kleine groep niet deel te laten nemen. In een thuiszorgteam werken tussen de twaalf en vijftien zorgverleners. Om te zorgen dat ondanks uitval genoeg respondenten verkregen werden, is de enquête onder vijf teams verspreid. De teams in Terneuzen zijn gekozen omdat de onderzoeker zelf binnen en met deze teams samenwerkte.

Het doel was om minimaal vijftientig medewerkers, die voldeden aan de in- en exclusiecriteria, de enquête in te laten invullen. Deze in- en exclusiecriteria staan beschreven in tabel 2. Vijftientig is het minimum aantal dat door de HZ is vastgesteld. Door regelmatig bij te houden hoeveel enquêtes waren ingevuld en de medewerkers tijdens deze periode te blijven stimuleren de enquête in te vullen, kon dit bereikt worden.

Tabel 2

In- en Exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Wijkverpleegkundigen niveau 5 en 6	Helpende niveau 2
Verpleegkundigen niveau 4	Huishoudelijke medewerker
Verzorgenden niveau 3 en 3 IG	
Leerlingen en stagiaires vanaf leerjaar 2	Leerlingen en stagiaires leerjaar 1
Thuiszorgteams in Terneuzen	Andere thuiszorgteams
Binnen organisatie ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen	Binnen een andere organisatie

Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van een beoordelingssteekproef. Een beoordelingssteekproef is een selecte steekproef, waarbij van tevoren bepaalde voorwaarden opgesteld worden waaraan een respondent moet voldoen. De respondenten werden uitgekozen uit de populatie die het gemakkelijkst te bereiken is. In het onderzoek werd dit toegepast door de enquête onder de vijf teams uit te delen die het dichtst werkzaam zijn bij de werkplaats van de onderzoekende. Vanwege het kleine aantal beschikbare respondenten werd gekozen een selecte steekproef te doen. De enquête werd alleen uitgedeeld aan de respondenten die voldeden aan de in- en exclusiecriteria (Saunders, Lewis & Thornhill, 2008).

2.3 Plaats en tijd

Het onderzoek vond plaats bij de thuiszorg van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen teams in Terneuzen. In Terneuzen waren tijdens het onderzoek vijf teams, namelijk wijkverpleging Terneuzen Noord, wijkverpleging Terneuzen Zuid, wijkteam Ferdinandbol/Kerkepad, wijkteam de Veste en wijkverpleegkundigen Terneuzen. Het onderzoek werd uitgevoerd vanaf februari 2018 en verliep tot januari 2019.

2.4 Meetinstrument en operationalisatie

In de literatuur zijn verschillende meetinstrumenten beschreven om SDM te meten in de praktijk. De meest genoemde modellen zijn de OPTION-scale en de SDM-Q9 (Bouniols, Leclère & Moret, 2016). Deze meetinstrumenten maakten het mogelijk om de bekwaamheid in SDM tijdens dit onderzoek te meten. Echter zijn beide meetinstrumenten opgesteld om door de cliënt te laten invullen aan de hand van een gesprek met een arts. Deze vragenlijsten bestaan namelijk uit verschillende onderdelen, die door een cliënt moeten worden beoordeeld. Al deze onderdelen beginnen met 'arts' of 'mijn arts'. Voor dit onderzoek konden niet de volledige vragenlijsten gebruikt worden, omdat de vragenlijsten niet door een cliënt werden ingevuld en het niet om een gesprek met een arts ging. Om die reden is een eigen niet gevalideerde enquête ontwikkeld, waarbij de onderdelen uit de meetinstrumenten in een vraag aangehaald worden zonder de benamingen 'arts' of 'mijn arts'. Naast deze meetinstrumenten werden andere onderdelen uit de literatuur gebruikt om de enquête samen te

stellen. De samenhang tussen de literatuur en de verwerking van de literatuur in de enquête, wordt weergegeven in tabel 3. Deze uitwerking van begrippen tot een meetinstrument wordt operationalisatie genoemd (Verhoeven, 2014). De enquête bestond uit demografische vragen en twee specifieke delen over SDM, zie bijlage 1. De demografische vragen gingen over het geslacht, leeftijd, team, functie en aantal dienstjaren. Alleen de laatste vraag over eventuele aanbevelingen was een open vraag. Voor deze gesloten vragen is gekozen, omdat binnen een kwantitatieve analyse geen open vragen kunnen worden meegenomen (Verhoeven, 2014).

Naast het algemene deel bestond de enquête uit twee specifieke delen. De twee specifieke delen gingen in op SDM en de bekwaamheid. De vragen zes tot en met tien gingen daarbij over SDM. In deze vragen werd gevraagd of de verpleegkundigen en verzorgenden wisten wat SDM inhield en hoe vaak zij dachten dat het werd toegepast. Vervolgens gingen de vragen elf tot en met dertien in op de bekwaamheid van de verpleegkundigen en verzorgenden. Binnen deze vragen kwamen de verschillende competenties, belemmerende factoren, leermogelijkheden en de toepasbaarheid ondanks onbekwaamheid aan bod. Hierdoor konden de onderzoeksvraag en de deelvragen beantwoord worden. Binnen deze specifieke delen werd in de vragen tien, elf en dertien gebruik gemaakt van een vierpunts Likertschaal. Door de Likertschaal te gebruiken werd gemeten in hoeverre waarde wordt gehecht aan verschillende uitspraken en in welke mate een onderdeel toegepast werd door de respondenten. Uitspraken konden hierdoor op waarde en op toepasbaarheid worden gesorteerd (Verhoeven, 2014). In de vragen tien en elf was naast de Likertschaal nog een andere keuzemogelijkheid toegevoegd. Eerst werd de toepasbaarheid gevraagd en vervolgens hoe vaak het toegepast werd. Hierdoor zijn twee aparte tabellen ontstaan, die in een grote tabel zijn samengevoegd.

Tabel 3*Operationalisatie enquêtevragen*

Deelvraag	Indicatoren	Verantwoording uit literatuur	Enquêtevraag
In hoeverre bezitten de (wijk-) verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen over kennis met betrekking tot Shared Decision Making?	Zorgverleners bezitten vaak over te weinig kennis van SDM.	(Friesen-Storms, Bours, Beurskens & Van der Weijden, 2014) (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015)	6. Wist u voor deze enquête wat Shared Decision Making inhield?
	Zorgverleners kunnen kennis opdoen door: een training of scholing te volgen, het geven van feedback, reflecteren op eigen handelingen en door educatie	(Ter Haaf & Van Veenendaal, 2016)	7. Hoe bent u aan deze kennis gekomen?
Op welke wijze wordt de methode SDM toegepast binnen de thuiszorg?	Zorgverleners passen SDM te weinig of fout toe.	(Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015) (Légare et al., 2011)	8. Hoe vaak denkt u dat u Shared Decision Making toepast tijdens uw werk?
	Model van gedeelde besluitvorming Elwyn of IP-SDM-model kunnen worden gebruikt om SDM toe te passen.	(Elwyn et al., 2012) (Légare et al., 2011) (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015) (Van Veenendaal, Rietmeijer, Voogdt-Pruis & Raats, 2015)	9. Hieronder staan twee modellen beschreven. Maakt u in de thuiszorg gebruik van 1 van deze modellen tijdens het nemen van beslissingen met de cliënt?
	Metten of zorgverlener in staat is tot SDM door gebruik OPTION-scale of SDM-Q9.	(Kriston et al., 2010) (Nicolai, Moshagen, Eich & Bieber, 2012)	10. Hieronder worden dertien verschillende onderdelen benoemd, die tijdens een Shared Decision Making gesprek aan het bod horen te komen. Geef bij elk onderdeel aan of u dit toepast tijdens een keuzegesprek.

			Zo ja, geef dan aan hoe vaak u denkt dat u dit toepast.
	De zorgverlener moet over verschillende competenties bezitten om SDM te kunnen toepassen.	(Engels, 2013) (Van Veenendaal, Rietmeijer, Voogdt-Pruis & Raats, 2015)	11. Past u de volgende competenties toe tijdens uw werk? Zo ja, geef dan aan hoe vaak u denkt dat dit toepast.
Hoe kunnen verpleegkundigen zich bekwaamen in SDM?	Zorgverleners denken dat zij SDM goed toepassen, maar de ervaring van cliënten is anders	(Légare et al., 2011) (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015)	12. Zou u ondanks dat u zich niet bekwaam voelt Shared Decision Making toch uitvoeren?
	Belemmerende factoren om SDM toe te passen zijn: te weinig kennis, niet weten hoe het moet worden uitgevoerd, verschillende modellen, te veel tijd en het verschil niet weten met cliëntgerichte communicatie.	(Engels, 2013) (Doekhie, De Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014) (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). (Van Veenendaal, Rietmeijer, Voogdt-Pruis & Raats, 2015)	13. Geef voor de volgende beweringen aan in welke mate u het eens bent dat dit een belemmerende factor voor u is om Shared Decision Making toe te kunnen passen.
	Zorgverleners kunnen meer kennis opdoen door: een training of scholing te volgen, het geven van feedback, reflecteren op eigen handelingen en door educatie.	(Ter Haaft & Van Veenendaal, 2016)	14. Op welke manier zou u meer over Shared Decision Making willen leren?

2.5 Dataverzameling

De onderzoekspopulatie werd persoonlijk benaderd om deel te nemen aan een enquête. Bij deze enquête was een begeleidende brief opgesteld. In deze brief werd eerst de aanleiding en het doel van het onderzoek beschreven. De verpleegkundigen werden vervolgens gevraagd om deel te nemen aan de enquête en de enquête werd kort toegelicht. In de begeleidende brief stelde de onderzoeker zichzelf ook voor, zie bijlage 1.

Om een zo hoog mogelijk aantal respondenten te ontvangen werden twee acties ondernomen. Allereerst werden door de onderzoeker de enquêtes persoonlijk per team afgegeven, eventueel toegelicht en toestemming gevraagd voor het uitdelen tijdens een teamvergadering. Indien toestemming werd gegeven, vroeg de onderzoeker aan een van de medewerkers om de enquêtes tijdens een teamvergadering uit te delen en tijd te maken voor het invullen. De enquêtes werden tevens op de kantoren gelegd voor degene die niet aanwezig waren bij het teamoverleg. Vervolgens werd na de teamvergaderingen langsgegaan om de enquêtes op te halen. Het doel was om in oktober 2018 tenminste 25 ingevulde enquêtes te verkrijgen.

2.6 Data-analyse

De uitkomsten van de enquêtes werden verwerkt in het programma Statistical Package for the Social Sciences versie 24 (SPSS). De gegevens werden anoniem verwerkt. Voordat de gegevens verwerkt konden worden, was een codeboek opgesteld. Het codeboek bestond uit een tabel waarin de gemeten kenmerken werden omgezet naar variabelen die bij analyse worden gebruikt. Variabelen zijn hierbij kenmerken of eigenschappen van de respondenten (Verhoeven, 2014). In het codeboek werd ook gebruik gemaakt van 'missings'. Dit zijn vragen, die een respondent niet heeft beantwoord. Deze vragen werden aangegeven met de code 99, een standaard code in SPSS voor een niet ingevuld antwoord. Indien een respondent meer dan vijf van de vragen niet had beantwoord, werd de enquête niet gebruikt en werden de gegevens van deze enquête verwijderd. Dit codeboek is in bijlage 2 toegevoegd aan het onderzoeksverslag.

De gegevens van de enquêtes werden ingevoerd en geanalyseerd, zie de data-views in bijlage 3. Met behulp van SPSS zijn overzichtelijke frequentietabellen en verschillende soorten grafieken en diagrammen gemaakt om de resultaten overzichtelijk weer te geven (Verhoeven, 2014). In de discussie zijn de uitkomsten van de enquêtes vergeleken met het literatuuronderzoek en zijn de beperkingen van dit onderzoek beschreven. Uiteindelijk zijn conclusies en aanbevelingen opgesteld.

2.7 Betrouwbaarheid

Bij de betrouwbaarheid van het onderzoek werd nagegaan in hoeverre het onderzoek vrij was van toevallige fouten. Toevallige fouten zijn fouten die ontstaan zijn door toevallige, oncontroleerbare of onbekende factoren. De betrouwbaarheid van een onderzoek neemt toe wanneer een onderzoek herhaalbaar is. Een onderzoek is herhaalbaar wanneer het op een ander tijdstip, met andere respondenten en onderzoekers en onder andere omstandigheden opnieuw gedaan kan worden. Wanneer in dat geval dezelfde soort resultaten worden verkregen, kan gesproken worden over een betrouwbaar onderzoek. (Verhoeven, 2014). Gezien de tijd die voor dit onderzoek was ingepland, kon het onderzoek nog niet herhaald worden. Het onderzoek kan in de toekomst nog herhaald worden aan de hand van dit onderzoeksverslag.

Een andere manier waarop de betrouwbaarheid vergroot werd is doordat de opgestelde enquête eerst is gecontroleerd door de begeleiders, de peergroup en een medewerker in de thuiszorg van een team die niet ondervraagd werd. Indien de peergroup, begeleiders en de medewerker onduidelijke vragen tegenkwamen, werden deze verbeterd. De enquête werd dan opnieuw gecontroleerd door de peergroup en begeleiders. Na goedkeuring werd de enquête onder de onderzoekspopulatie uitgedeeld. Met behulp van het programma SPSS is de Cronbach's Alpha getest. Dit is een betrouwbaarheidsanalyse, waardoor de interne consistentie kon worden getoetst. Wanneer de waarde van de Cronbach's Alpha boven de 0,7 komt, is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2014).

Het doel is om de enquête een waarde van boven de 0,7 te geven. De Cronbach's Alpha gaf na berekening een waarde van 0.735. De enquêtes werden in een speciale map bewaard en na het onderzoek vernietigd. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen is vermeld dat de enquête anoniem werd verwerkt. In het onderzoeksvoorstel, het onderzoeksverslag en tijdens de eindpresentatie zijn alle keuzes die genomen zijn tijdens het onderzoek verantwoord. Daarnaast is een logboek opgesteld, waarin alle stappen die ondernomen zijn, de fouten en de leermomenten werden beschreven.

2.8 Validiteit

Bij de validiteit van het onderzoek, werd de echtheid van het onderzoek nagegaan. Binnen een onderzoek werd nagegaan in hoeverre dit vrij is van systematische fouten. Deze fouten ontstaan wanneer bewust een fout wordt gemaakt, bijvoorbeeld wanneer een respondent bewust een vraag beantwoordt met een keuze die sociaal wenselijk is (Verhoeven, 2014). Binnen validiteit werd gekeken naar interne validiteit, externe validiteit en begripsvaliditeit.

2.8.1 Interne validiteit

Interne validiteit geeft weer of tijdens dit onderzoek de juiste conclusies over de resultaten konden worden getrokken. Juiste conclusies zijn conclusies die standhouden tegen de kritiek van collega-onderzoekers (Verhoeven, 2014). De interne validiteit kon verhoogd worden, doordat het meetinstrument tussendoor niet aangepast werd. Voordat de enquête werd uitgedeeld, is deze beoordeeld door de peergroup en begeleiders. Tijdens het onderzoek is de enquête niet meer aangepast, waardoor alle respondenten dezelfde enquête kregen.

2.8.2 Externe validiteit

Externe validiteit geeft weer of de steekproef representatief is en de resultaten generaliseerbaar zijn (Verhoeven, 2014). De steekproef bevat alle wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen, verzorgenden, leerling-verpleegkundigen en stagiaires die werken bij de thuiszorg teams in Terneuzen. Dit zorgde voor generaliseerbaarheid van de resultaten binnen dit gebied. De inhoudelijke generalisatie werd verlaagd, doordat ieder team binnen ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorg zijn eigen aanpak qua zorg heeft. Hierdoor zijn de uitspraken niet te generaliseren met andere gebieden. Alle respondenten die voldeden aan de in- en exclusiecriteria werden gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Populatievaliditeit geeft weer in hoeverre de steekproef in een bepaald aantal relevante kenmerken lijkt op de te onderzoeken populatie. Dit onderzoek zorgde voor een verhoging van de populatievaliditeit en daarmee de kans dat de steekproef representatief was voor de totale populatie van de doelgroep (Verhoeven, 2014).

2.8.3 Begripsvaliditeit

Begripsvaliditeit heeft betrekking op het meetinstrument. Gekeken werd of het meetinstrument meet wat de onderzoekende tijdens het onderzoek wilde meten. Fouten konden hierbij ontstaan doordat begrippen anders konden worden opgevat (Verhoeven, 2014). Aan de hand van literatuuronderzoek zijn kernbegrippen omschreven die voor het onderzoek belangrijk zijn. De kernbegrippen zijn omgezet naar het meetinstrument. Dit meetinstrument is door de peergroup en begeleiders gecontroleerd. Om fouten met betrekking tot opvattingen van begrippen te voorkomen, werd in de inleidende brief beschreven wat SDM en een kennisgesprek inhielden.

2.9 Juridische en ethische aspecten

Om het onderzoek te mogen uitvoeren is toestemming gevraagd aan Peter Hiel, leidinggevende van team Hoek-Biervliet en Sas van Gent-Sluis-Philippine en vroeger leidinggevende in Terneuzen. Deze leidinggevende werkt nauw samen met de leidinggevende uit Terneuzen. Tevens was een medewerker van personeelszaken aanwezig, die haar goedkeuring ook gaf. In bijlage 4 is de schriftelijke toestemming te vinden. De Ethische Raad hoefde niet betrokken te worden, omdat tijdens het onderzoek alleen zorgverleners ondervraagd werden en niet de cliënten. De enquêtes werden tijdens een teamvergadering uitgedeeld, waarbij het doel en de aanleiding genoemd werden. Alleen de persoonsgegevens; leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en team, werden bevraagd in de enquête. Deze gegevens werden anoniem verwerkt.

3 Resultaten

In het hoofdstuk resultaten worden de resultaten voortgekomen uit de enquêtes beschreven. Dit hoofdstuk is verdeeld in drie delen. In het eerste deel worden de kenmerken van de respondenten besproken. Vervolgens is het hoofdstuk verdeeld in de onderwerpen SDM en bekwaamheid. Bij de resultaten zijn de percentages afgerond op een cijfer na de komma, waardoor eventueel afrondingsverschillen voorkomen.

3.1 Kenmerken van de respondenten

In totaal zijn 42 enquêtes uitgedeeld aan wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen, verzorgenden (IG), leerling-verpleegkundigen en stagiaires vanaf het tweede leerjaar die werken bij de ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams binnen Terneuzen. Van de 42 enquêtes zijn 41 enquêtes bruikbaar. Alle 41 enquêtes zijn door vrouwelijke respondenten ingevuld. In tabel 4 worden de algemene kenmerken van deze respondenten weergegeven. Uit de tabel komt naar voren dat in bijna elk team, elke functie en elke werkzaamheidsduur respondenten zijn verkregen. Stagiaires en leerlingen hebben de enquête niet ingevuld.

Tabel 4

Algemene kenmerken van de respondenten (n=41)

Variabele	Frequentie (n=)	Percentage (%)
Leeftijd		
- t/m 20 jaar	1	2,4
- 20-40 jaar	16	39
- 40-60 jaar	21	51,2
- 60+	3	7,3
Respons		
- Ingevuld en bruikbaar	41	97,6
- Niet ingevuld of niet bruikbaar	1	2,4
Team		
- Wijkverpleging Terneuzen Noord	15	36,6
- Wijkverpleging Terneuzen Zuid	11	26,8
- Wijkteam Ferdinandbol/Kerkepad	5	12,2
- Wijkteam de Veste	5	12,2
- Wijkverpleegkundigen Terneuzen	5	12,2
Functie		
- Wijkverpleegkundige (niveau 5 en 6)	6	14,6
- Verpleegkundige (niveau 4)	9	22
- Verzorgende (niveau 3 en 3IG)	26	63,4
- Leerling of stagiaire (vanaf leerjaar 2)	0	0
Werkzaam		
- Korter dan 5 jaar	11	26,8
- 5 tot 10 jaar	2	4,9
- Langer dan 10 jaar	28	68,3

3.2 Shared Decision Making

Het eerste specifieke gedeelte van de enquête bevatte vragen met betrekking tot de kennis en de onderdelen van SDM. Voor de enquête met de begeleidende brief gaven 40 respondenten (98%) aan geen kennis te bezitten over SDM en 1 respondent (2%) wel. Deze respondent heeft de kennis via haar opleiding verkregen. Van de 40 respondenten die aangaven geen kennis te bezitten, gaven 2 respondenten (5%) aan dat SDM een keer aanbod kwam tijdens een klinische les of door een leerling/stagiaire. Daaropvolgend blijkt uit de enquêtes dat 26 respondenten (65%) geen SDM-model gebruiken. Indien wel een model wordt gebruikt, geven 12 respondenten (30%) aan het model van Elwyn te gebruiken. Het IP-SDM-model wordt door 2 (5%) respondenten gebruikt.

Binnen SDM kunnen dertien verschillende onderdelen toegepast worden tijdens een keuzegesprek. In tabel 5 zijn de resultaten weergegeven over hoe vaak de onderdelen door een medewerker worden toegepast. Uit de tabel komt naar voren dat bij de onderdelen 'de cliënt en/of familie helpen met het begrijpen van de informatie' en 'de cliënt expliciet de mogelijkheid geven om vragen te stellen' de optie 'past dit toe, altijd' door 9 respondenten (22%) wordt gekozen. Bij de andere onderdelen is het aantal respondenten dat kiest voor 'past dit toe, altijd' minder. De onderdelen waarbij door minstens 15 respondenten (36,6%) wordt gekozen voor de optie 'past dit toe, regelmatig' zijn: 'de cliënt en/of familie helpen met het begrijpen van de informatie', 'vragen voor welke optie de cliënt en/of familie een voorkeur heeft' en 'de cliënt expliciet de mogelijkheid geven om vragen te stellen'. Daarnaast wordt de optie 'nooit' door 19 respondenten (46,3%) gekozen bij het onderdeel 'vragen op welke wijze de cliënt informatie zou willen krijgen' en door 15 respondenten (36,6%) bij het onderdeel 'samen met de cliënt en/of familie grondig de opties afwegen tegen elkaar'.

Tabel 5*Hoe vaak een onderdeel van SDM wordt toegepast tijdens een keuzegesprek (n=41)*

	Past dit niet toe, nooit n (%)	Past dit toe, soms n (%)	Past dit toe, regelmatig n (%)	Past dit toe, altijd n (%)
Duidelijk maken over welk probleem een beslissing moet worden genomen	8 (19,5)	14 (34,1)	13 (31,7)	6 (14,6)
Vragen op welke manier de cliënt en/of familie betrokken wilt worden met het nemen van een beslissing	7 (17,1)	15 (36,6)	13 (31,7)	6 (14,6)
Vragen op welke wijze de cliënt informatie zou willen krijgen ter ondersteuning van het besluitvormingsproces.	19 (46,3)	14 (34,1)	7 (17,1)	1 (2,4)
Duidelijk maken welke opties mogelijk zijn, ook de keuze om niets te doen	8 (19,5)	13 (31,7)	17 (41,5)	3 (7,3)
Benoemen van de voor- en nadelen van elke optie	7 (17,1)	17 (41,5)	12 (29,3)	5 (12,2)
De cliënt en/of familie helpen met het begrijpen van de informatie	3 (7,3)	7 (17,1)	22 (53,7)	9 (22)
Vragen voor welke optie de cliënt en/of familie een voorkeur heeft	8 (19,5)	8 (19,5)	20 (48,8)	5 (12,2)
De cliënt expliciet de mogelijkheid geven om vragen te stellen	9 (22)	8 (19,5)	15 (36,6)	9 (22)
Noodzaak aangeven om over te gaan tot het nemen van een beslissing (of om deze uit te stellen).	12 (29,3)	12 (29,3)	15 (36,6)	2 (4,9)
Samen met de cliënt en/of familie grondig de opties afwegen tegen elkaar	15 (36,6)	10 (24,4)	12 (29,3)	4 (9,8)
Samen met de cliënt en/of familie een optie uitkiezen	10 (24,4)	16 (39)	13 (31,7)	2 (4,9)
Samen met de cliënt en/of familie tot een overeenkomst komen over het vervolgen van de gekozen optie	10 (24,4)	15 (36,6)	12 (29,3)	4 (9,8)
Aangeven dat het mogelijk is om op de beslissing terug te komen (of het uitstel van de beslissing).	10 (24,4)	14 (34,1)	13 (31,7)	4 (9,8)

3.3 Bekwaamheid

In het tweede specifieke gedeelte van de enquête worden vragen gesteld met betrekking tot de bekwaamheid van de medewerkers. De resultaten van hoe vaak een competentie door de medewerkers wordt toegepast staan weergegeven in tabel 6. Uit de tabel komt naar voren dat alle competenties door minstens 15 respondenten (36,6%) 'regelmatig' worden toegepast, met uitzondering van het niet meteen toewerken naar een oplossing. 'Het niet meteen toewerken naar een oplossing' gebeurt door 13 respondenten (31,7%) 'nooit'. De competentie 'ik denk mee met de cliënt en/of familie' wordt door 7 respondenten (17,1%) 'altijd' toegepast. De andere competenties worden door minder dan 7 respondenten 'altijd' toegepast.

Tabel 6*Hoe vaak een competentie wordt toegepast (n=41)*

	Past dit niet toe, nooit n (%)	Past dit toe, soms n (%)	Past dit toe, regelmatig n (%)	Past dit toe, altijd n (%)	Niet ingevuld n (%)
Ik heb de overtuiging dat SDM in het belang van de cliënt is	5 (12,2)	14 (34,1)	17 (41,5)	4 (9,8)	1 (2,4)
Ik denk mee met de cliënt en/of familie	3 (7,3)	10 (24,4)	21 (51,2)	7 (17,1)	0 (0)
Ik coach in de keuzes die de cliënt en/of familie maken	12 (29,3)	12 (29,3)	15 (36,6)	2 (4,9)	0 (0)
Ik combineer richtlijnen met de voorkeuren van een cliënt en/of familie	10 (24,4)	13 (31,7)	15 (36,6)	3 (7,3)	0 (0)
Ik ondersteun de cliënt en/of familie in het begrijpen van gegeven informatie	4 (9,8)	10 (24,4)	22 (53,7)	5 (12,2)	0 (0)
Ik werk niet meteen naar een oplossing toe	13 (31,7)	19 (46,3)	8 (19,5)	1 (2,4)	0 (0)

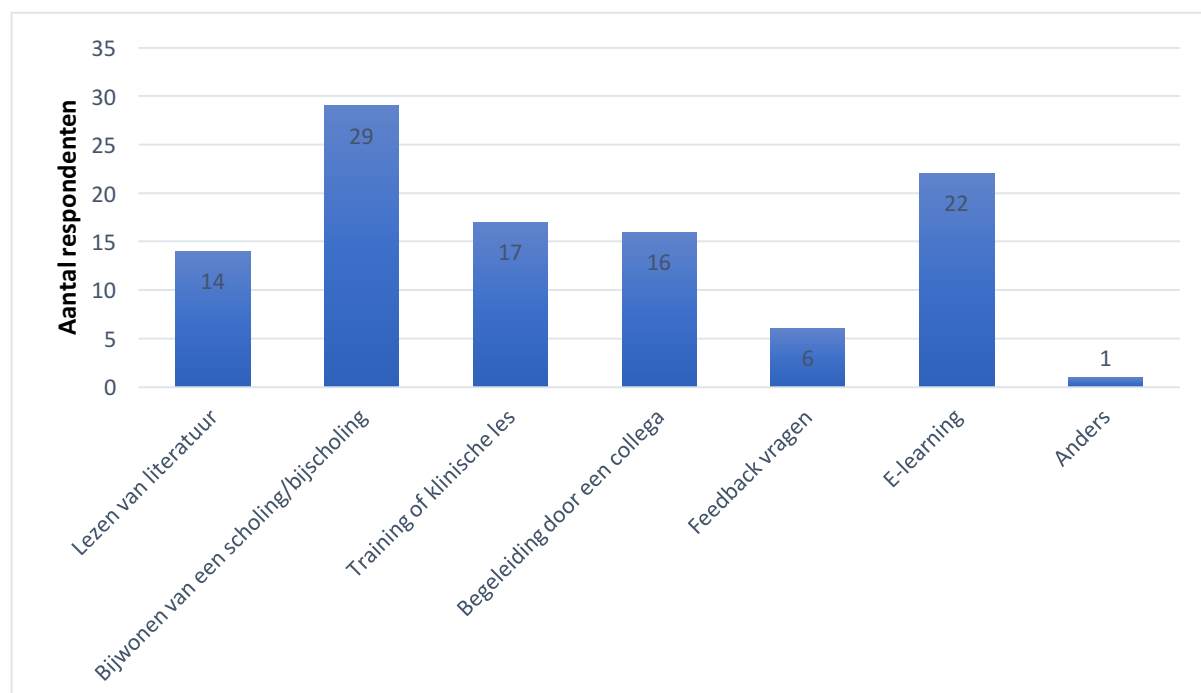
Door de voorgaande vragen hebben de medewerkers kunnen nadenken over hun bekwaamheid of onbekwaamheid in SDM. Uit de enquêtes is gebleken dat ondanks het niet bekwaam voelen, 13 respondenten (32%) SDM zouden uitvoeren en 18 respondenten (44%) soms. Het onbekwaam voelen weerhoudt 10 respondenten (24%) ervan om SDM in de praktijk uit te voeren.

Binnen het toepassen van SDM in de praktijk worden verschillende belemmeringen ervaren door de respondenten, zoals weergegeven in tabel 7. Uit de tabel komt naar voren dat minstens 12 respondenten (29,3%) het eens zijn met de genoemde belemmeringen. Met de belemmering 'ik heb te weinig kennis over Shared Decision Making' zijn bovendien 19 respondenten (46,3%) het eens. Bij de genoemde belemmeringen valt daarnaast op dat telkens 1 of 2 respondenten (2,4% of 4,9%) het niet als een belemmering ervaren.

Tabel 7*Belemmerende factoren om SDM in de praktijk toe te kunnen passen (n=41)*

	Oneens n (%)	Enigszins oneens n (%)	Enigszins eens n (%)	Eens n (%)	Niet ingevuld n (%)
Ik heb te weinig kennis over Shared Decision Making	1 (2,4)	5 (12,2)	16 (39)	19 (46,3)	0 (0)
Ik weet niet hoe Shared Decision Making uitgevoerd moet worden	2 (4,9)	11 (26,8)	11 (26,8)	17 (41,5)	0 (0)
Er zijn te veel verschillende modellen om Shared Decision Making uit te voeren	2 (4,9)	7 (17,1)	19 (46,3)	12 (29,3)	1 (2,4)
Het kost mij te veel tijd om Shared Decision Making uit te voeren	1 (2,4)	9 (22)	19 (46,3)	12 (29,3)	0 (0)
Ik weet het verschil niet tussen Shared Decision Making en cliëntgerichte communicatie	2 (4,9)	6 (14,6)	19 (46,3)	14 (34,1)	0 (0)

In figuur 4 is weergegeven op welke manier de respondenten meer over SDM willen leren. Dit was een multiple responsvraag, waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. Elke medewerker kon meerdere leermogelijkheden aangeven. In totaal zijn 105 antwoorden verkregen. In figuur 4 is te zien dat 29 (27,6%) respondenten meer willen leren door het bijwonen van een scholing/bijtscholing en 22 (21%) door een E-learning.

*Figuur 4. Manieren om SDM te leren volgens de medewerkers (n=41).*

Op het einde van de enquête kregen de respondenten de kans om eventuele aanbevelingen te doen. Van de 41 respondenten hebben 11 respondenten (26,8%) een antwoord gegeven. Echter gaven 6 respondenten (14,6%) in woorden aan geen aanbevelingen te willen doen. Volgens deze respondenten werd tijdsdruk ervaren, had de respondent hier niets mee van doen, moest het personeelsbestand eerst op orde zijn of werkte de respondent nog te kort om iets te veranderen aan de onbekwaamheid van SDM. Daardoor bleven 5 respondenten (12,2%) over die een aanbeveling hadden. Uit deze respondenten gaven 4 respondenten (9,8%) in woorden aan dat de medewerkers meer informatie over SDM willen hebben. Dit kan volgens 1 respondent (2,4%) door de genoemde leermogelijkheden in de enquête; lezen van literatuur, bijwonen van een scholing/bijbscholing, training of klinische les, begeleiding door een collega, feedback vragen en door een e-learning. Een andere respondent gaf ook aan meer bijscholing hierover te willen. Naast meer informatie gaf 1 respondent (2,4%) de aanbeveling om het SDM-model in Nedap te plaatsen.

4 Discussie

In de discussie worden de resultaten uit de enquêtes vergeleken met de literatuur. Naast de vergelijking worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven.

4.1 Interpretatie van de resultaten aan de hand van de literatuur

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoeverre (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen bekwaam zijn om te werken met Shared Decision Making en welke eventuele verbeterpunten mogelijk zijn om de bekwaamheid te verbeteren.

Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste competenties voor SDM door minstens 15 respondenten regelmatig worden toegepast, met uitzondering van de competentie 'Ik werk niet meteen naar een oplossing toe'. Bij de competentie 'Ik werk niet meteen naar een oplossing toe' wordt vooral aangegeven dat dit soms wordt toegepast. Volgens Engels (2013) en Van Veenendaal et al. (2015) zijn de volgende competenties nodig om SDM te kunnen toepassen: overtuiging hebben dat SDM in belang is van de cliënt, meedenken en coachen in de keuzes van de cliënt en/of familie, richtlijnen combineren met de voorkeuren van de cliënt, cliënt en/of familie ondersteunen met het begrijpen van de informatie en niet meteen naar een oplossing toe werken. Vanuit de literatuur kan worden vastgesteld dat de meeste respondenten de competenties bezitten om SDM te kunnen toepassen. Een mogelijke verklaring waarom SDM nu niet wordt toegepast is dat de medewerkers niet over de juiste kennis beschikken om SDM te kunnen toepassen. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt namelijk dat de meeste respondenten geen of weinig kennis bezitten over SDM. Volgens de literatuur wordt SDM te weinig toegepast, doordat de zorgverleners onvoldoende weten wat het inhoud (Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015). Dit onderzoek sluit aan bij de literatuur. Een mogelijke verklaring voor het tekort aan kennis is dat de medewerkers te weinig geïnformeerd zijn over de ontwikkelingen rondom gedeelde besluitvorming. Het beleidsplan is opgesteld door ZorgSaam, maar na de opstelling hebben de medewerkers te weinig informatie gehad over belevingsgerichte zorg en de belangrijkste uitgangspunten, zoals SDM. Een andere mogelijke verklaring is dat de medewerkers niet betrokken zijn geweest bij het opstellen van het beleidsplan.

Ondanks het tekort aan kennis konden de meeste respondenten benoemen dat het model van Elwyn gebruikt wordt voor de SDM. Het model van Elwyn wordt in de literatuur het vaakst aangehaald (Elwyn, et al., 2012). Echter past het IP-SDM-model beter in de thuiszorg, omdat dan meerdere zorgprofessionals en eventueel de familie en/of mantelzorgers mee kunnen beslissen (Légare et al., 2011). De keuze voor het model van Elwyn sluit om deze reden niet aan bij de resultaten van het literatuuronderzoek. Een mogelijke verklaring van de keuze voor het model van Elwyn kan zijn dat de ontwikkelingen rondom SDM door ZorgSaam te weinig zijn bijgehouden en de medewerkers hierover te weinig zijn geïnformeerd. Een andere mogelijke verklaring is dat het model van Elwyn, wat het vaakst aangehaald wordt in de literatuur, het makkelijkst vindbaar en voor ZorgSaam makkelijk in gebruik is. Dit kan mogelijk verklaren waarom niet verder gekeken is naar andere en betere modellen.

Bij de vraag over belemmeringen die worden ondervonden om SDM in de praktijk toe te passen geven de meeste respondenten aan het eens of enigszins eens te zijn met de belemmeringen 'te weinig kennis', 'niet weten hoe het moet worden uitgevoerd', 'te veel tijd kosten' en 'het verschil niet weten met cliëntgerichte communicatie'. Deze belemmeringen worden in de literatuur aangehaald als barrières om SDM in de praktijk uit te voeren (Engels, 2013; Doekhie et al., 2014; Pel-Littel & Van Veenendaal, 2015 & Van Veenendaal et al., 2015). De verkregen gegevens uit het onderzoek sluiten aan bij de resultaten van het literatuuronderzoek. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de respondenten een verhoogde werkdruk ervaren op dit moment. Door de verhoogde werkdruk is weinig tijd om taken naast het verlenen van zorg op te pakken. Dit kan verklaren waarom de respondenten het eens zijn met de belemmering van het te veel tijd kosten. Uit de enquêtes werd duidelijk dat de kennis van de medewerkers niet optimaal is. Dit is een mogelijke verklaring waarom de belemmeringen 'te weinig kennis', 'niet weten hoe het moet worden uitgevoerd' en 'het verschil niet weten met cliëntgerichte communicatie' ervaren worden.

4.2 Sterke punten van het onderzoek

De zelfgemaakte enquête is opgesteld aan de hand van wetenschappelijke literatuur verkregen uit het literatuuronderzoek. Dit verhoogt de interne validiteit (Verhoeven, 2014). Voor het uitdelen is de vragenlijst gecontroleerd door de peergroup, de begeleidende docenten, een medewerker van een thuiszorgteam buiten Terneuzen en een leidinggevende van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen. Hierdoor zijn onduidelijkheden en fouten uit de enquête gehaald, voordat deze uitgedeeld werden. Dit verhoogt de validiteit (Verhoeven, 2014). Nadat de eerste enquête is uitgedeeld, is deze niet meer aangepast. Om de betrouwbaarheid van de enquête te testen is de Cronbach's Alpha berekend over de specifieke gedeeltes van de enquête (0.735). Deze waarde is volgens Verhoeven (2014) voldoende om te kunnen vaststellen dat de enquête betrouwbaar is.

Een ander sterk punt van het onderzoek is de respons. Om de respons zo hoog mogelijk te krijgen werd gevraagd de enquête tijdens de teamvergaderingen uit te delen. Dit is door de medewerkers gedaan met als gevolg dat een respons van 97,6% is verkregen. Dit zorgt ervoor dat de resultaten te generaliseren zijn voor alle teams in Terneuzen. De respondenten voldeden allemaal aan de in- en exclusiecriteria, waardoor de populatievaliditeit verhoogd is (Verhoeven, 2014). De externe validiteit van het onderzoek wordt verhoogd door de verscheidenheid van de respondenten in de leeftijdscategorieën, het aantal jaren werkzaam en de functies (Verhoeven, 2014).

4.3 Zwakke punten van het onderzoek

De respondenten kozen regelmatig voor de neutralere keuzeopties. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek verlagen volgens Verhoeven (2014). Achter deze keuzes kunnen meerdere oorzaken zitten. De medewerkers hebben misschien niet de moed om een eerlijk antwoord te geven en zijn dan bang om kritiek te geven over de organisatie. Een andere mogelijkheid is dat ondanks de vermelding van anonimiteit toch sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven (Verhoeven, 2014).

Volgens Verhoeven (2014) kan het zelfontwikkelde meetinstrument zorgen voor vermindering van de validiteit van het onderzoek. Ook zijn tijdens dit onderzoek alleen respondenten verkregen uit het gebied Terneuzen. Ieder team binnen ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorg heeft zijn eigen aanpak met betrekking tot de zorg. Hierdoor zijn de uitspraken niet te generaliseren over de andere gebieden van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorg. Dit zorgt dat de inhoudelijke validiteit verlaagd is (Verhoeven, 2014).

5 Conclusies en aanbevelingen

In het hoofdstuk conclusie en aanbevelingen wordt als eerst een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek. Om tot een antwoord te komen zijn de deelvragen beantwoord en vanuit deze deelvragen is een uiteindelijke conclusie gevormd. Als laatste worden in dit hoofdstuk aanbevelingen voor de onderzoekspopulatie beschreven. Deze aanbevelingen zijn verdeeld voor de praktijk, voor de opleiding en voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusies

De drie deelvragen worden in deze paragraaf het eerst beantwoord. Aan het eind van deze paragraaf volgt de beantwoording van de onderzoeksvraag.

5.1.1 Conclusies deelvragen

‘In hoeverre bezitten de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen kennis met betrekking tot Shared Decision Making?’

ZorgSaam heeft SDM als een kernwaarde in het beleidsplan opgenomen, omdat dit volgens hun goed past bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Ondanks dat het in het beleidsplan is opgenomen blijkt uit dit onderzoek dat ZorgSaam SDM nog meer mag stimuleren in de praktijk. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de meerderheid van de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen te weinig kennis heeft over SDM. Respondenten die wel kennis over SDM bezitten, hebben de kennis verkregen door hun opleiding, een klinische les of door een leerling/stagiaire. De (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden konden vaak wel aangeven welk model gebruikt werd, namelijk het model van Elwyn. De verschillende onderdelen van SDM werden door de meeste respondenten ook herkend en toegepast. Daarom kan voorzichtig vastgesteld worden dat de meeste (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden wel enige kennis bezitten over het model en de individuele onderdelen van SDM, maar nog te weinig kennis bezitten over het concrete SDM-proces.

‘Op welke wijze wordt de methode SDM toegepast binnen de thuiszorg?’

Volgens een kwart van de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden wordt gebruik gemaakt van het model van Elwyn. Volgens dit model vinden drie gesprekken plaats tussen zorgverlener en cliënt, namelijk een keuzegesprek, een optiegesprek en een beslissingsgesprek (Elwyn et al., 2012). Tijdens het keuzegesprek kan vervolgens gebruik worden gemaakt van dertien verschillende onderdelen. De (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden gaven aan dat zij de volgende onderdelen regelmatig toepassen: ‘de cliënt en/of familie helpen met het begrijpen van de informatie’, ‘vragen voor welke optie de cliënt en/of familie een voorkeur heeft’ en ‘de cliënt expliciet de mogelijkheid geven om vragen te stellen’. De onderdelen van SDM worden nog niet altijd toegepast.

‘Hoe kunnen (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden zich in SDM bekwamen’

Om de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden te laten bekwamen in SDM is het van belang dat de verpleegkundige kennis van SDM heeft, niet meteen toewerkt naar een oplossing, de overtuiging heeft dat SDM in het belang van de cliënt is, kan meedenken en coachen in de keuzes van de cliënt en/of familie en richtlijnen kan combineren met de voorkeuren van de cliënt (Engels, 2013; Van Veenendaal, et al., 2015). Uit het onderzoek is gebleken dat deze competenties nog niet altijd worden toegepast en dat de (wijk-) verpleegkundigen en verzorgenden te weinig kennis bezitten. Om de verpleegkundigen en verzorgenden van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen zich in SDM te laten bekwamen is het van belang dat de kennis wordt vergroot, waardoor de frequentie van de toe te passen competenties omhoog gaat. Uit het onderzoek kwam naar voren dat meer dan de helft van de respondenten kennis willen opdoen door het bijwonen van een scholing/bijbscholing en middels een E-learning.

5.1.2 Conclusie onderzoeksvraag

‘In hoeverre zijn (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen bekwaam om te werken met Shared Decision Making en welke eventuele verbeterpunten mogelijk zijn om de bekwaamheid te verbeteren?’

Uit het onderzoek komt naar voren dat de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams in Terneuzen gedurende het onderzoek niet bekwaam genoeg zijn om te werken met SDM. De (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bezitten op dit moment nog over te weinig kennis van SDM om te snappen hoe het moet worden toegepast. De competentie en onderdelen worden vaak los toegepast door de (wijk-) verpleegkundigen en verzorgenden, terwijl het van belang is om de onderdelen samen te gebruiken bij een goed SDM-gesprek. Tevens is het van belang dat alle onderdelen bij alle keuzegesprekken worden toegepast en niet alleen regelmatig.

5.2 Aanbevelingen

In deze afsluitende paragraaf worden voor de onderzoekspopulatie aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn verdeeld in aanbevelingen voor de praktijk, de opleiding en vervolgonderzoek.

Een aanbeveling voor de praktijk is om de kennis over SDM bij de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden te vergroten. Dit kan door een e-learning op te stellen. Binnen deze e-learning kan de informatie van SDM uitgelegd worden en vervolgens getoetst. Naast de informatie maakt een e-learning het mogelijk om opnames te tonen van SDM-gesprekken. De opnames kunnen als voorbeeld dienen voor de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden. Een SDM-gesprek in een ziekenhuis verloopt anders dan in de thuiszorg, waardoor een splitsing gemaakt kan worden in een e-learning voor de thuiszorg en een e-learning voor het ziekenhuis. Hierdoor kunnen alle medewerkers van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen kennis opdoen over SDM. Het is mogelijk om de e-learning landelijk op te stellen, zodat in andere zorgorganisaties de kennis van SDM ook geoptimaliseerd kan worden.

Tevens wordt geadviseerd om de (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams een scholing aan te bieden waarbij geoefend kan worden met SDM. Deze scholing vindt in de vorm van een klassikale training plaats. Binnen deze klassikale training worden fictieve SDM-gesprekken onder begeleiding van een expert op het gebied van SDM geoefend. Alle ZorgSaam medewerkers kunnen deze training aangeboden krijgen, waardoor ook de ziekenhuismedewerkers oefenen met het voeren van SDM-gesprekken. Het is een mogelijkheid om deze klassikale trainingen in alle Nederlandse zorgorganisaties aan te bieden.

Tijdens de opleiding tot hbo-verpleegkundige op de HZ is het concept van SDM nauwelijks aan bod gekomen. Een aanbeveling voor de hbo-v opleiding van de HZ is het opnemen van het SDM-proces in de opleiding. Door de leermogelijkheid kan het gemakkelijker gemaakt worden om na de opleiding SDM in de praktijk uit te voeren. Niet alleen op de HZ kan het van belang zijn om SDM op te nemen in de opleiding, maar ook op de andere scholen in Nederland waar verpleegkundigen of verzorgenden worden opgeleid. Dit kan voor zowel mbo als de hbo opleidingen.

Uit dit onderzoek blijkt dat nauwelijks of geen vast SDM-model gebruikt wordt. Een mogelijk vervolgonderzoek naar een gepast SDM-model voor in de thuiszorg van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen is een aanbeveling. Daarbij wordt aanbevolen om de plaatsing van het model in Nedap tijdens het vervolgonderzoek mee te nemen. Nedap is het medewerkersportaal dat in de thuiszorg bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen gebruikt wordt en voor alle medewerkers makkelijk toegankelijk is.

Bronnenlijst

- Bouniols, N., Leclère, B., Moret, L. (2016). Evaluating the quality of Shared Decision Making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Research Notes* 2016, 9, 382. Doi: 10.1186/s13104-016-2164-6
- Broersen, S. (2011). *Shared Decision Making voor beginners*. Geraadpleegd op 3 mei 2018, van <https://deelkunde.files.wordpress.com/2014/02/broersen-SDM-voor-beginners-mc-2011.pdf>
- CBS. (2018). *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari*. Geraadpleegd op 13 Januari 2018, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?dl=5052>
- De Visser, M. (2011). *Belevingsgericht werken. Bij ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen* (Bachelorscriptie). Verpleegkunde, Hogeschool Zeeland University of Applied Sciences, Vlissingen.
- Doekhie, K.D., De Veer, A.J.E., Rademakers, J.J.D.J.M, Schellevis, F.G. & Francke, A.L. (2014). *Ouderen van de toekomst; Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Niveloverzichtstudies. Utrecht: Nivel.
- Elwyn, G., Durand, M.A., Song, J., Aarts, J., Barr, P.J., Berger, Z., Cochran, N., ... , Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for Shared Decision Making: multistage consultation process. *BMJ*, 359. Doi: 10.1136/bmj.j4891
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., ... , Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27 (10), 1361-1367. Doi:10.1007/s11606-012-2077-6
- Engels, J. (2013). *Gezamenlijke besluitvorming*. Facesheet. Utrecht: Vilans
- Friesen-Storms, J., Bours, G.J.J.W., Van der Weijden, T. & Beurskens, S. (2014). Het gebruik van Shared Decision Making binnen evidence-based practice. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practise*, 12 (1), 7-9. Doi: 10.1007/s12468-014-0003-0
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80, 94-99. Doi: 10.1016/j.pec.2009.09.034
- Légaré F., Stacey, D., Brière, N., Desroches, S., Dumont, S., Fraser, K., Murray, M.A., Sales, A., Aubé (2011). A conceptual framework for interprofessional Shared Decision Making in home care: Protocol for a feasibility study. *BMC Health Service Research* 2011, 11, 23. Doi:10.1186/1472-6963-11-23
- Légaré, F., Stacey, D., Brière, N., Robitaille, H., Lord, M-C., Desroches, S. & Drolet, R. (2014). An interprofessional approach to Shared Decision Making: an exploratory case study with family caregivers of one IP home care team. *BMC Geriatrics*, 14-83. Doi:10.1186/1471-2318-14-83

- Lewis, K.B., Stacey, D., Squires, J.E. & Carrol, S.L. (2016). Shared Decision-Making Models Acknowledging an Interprofessional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice. *Research and theory for nursing practice*, 30, 26-43. doi: 10.1891/1541-6577.30.1.26
- Londrigan, M. & Slyer, J.T. (2018). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An integrative Review. *The Open Nursing Journal*, 12, 1-14. doi: 10.2174/1874434601812010001
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). (2016). *Zorg voor 2020: Inzicht in de dynamische ontwikkelingen in de zorgsector*. Strategiedocument. Den Haag: Auteur.
- Nicolai, J., Moshagen, M., Eich, W., Bieber, C. (2012). The OPTION scale for the assessment of Shared Decision Making (SDM): methodological issues. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 264-271. Doi: 10.1016/j.zefq.2012.03.002
- Pel-Littel, R. & Van Veenendaal, H (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*, 31, 611-621. Doi:10.1007/s12414-015-0074-5
- Rijksoverheid. (2013). *Verantwoorde hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Geraadpleegd op 13 Januari 2018 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst>
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2008). *Methoden en technieken van onderzoek* (4e ed.) Amsterdam, Nederland: Pearson Education Benelux.
- Schuurmans M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&VN.
- Stacey D, Briere N, Robitaille H, Fraser K, Desroches S, Legare F. (2014). A systematic process for creating and appraising clinical vignettes to illustrate interprofessional Shared Decision Making. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5). DOI: 10.3109/13561820.2014.911157
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N.F., Bennett, C.L., Barry, M.J., Eden, K.B., ... , Wu, J.H. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014. Doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
- Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. (2010). Shared Decision Making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis. *Patient Education & Counseling*, 80(2), 164-172. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.015
- Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., De Wit, M.P., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., ... , Elwyn, G. (2012). Shared Decision Making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal*, 344, 25-26. Doi:10.1136/bmj.e863

- Stubenrouch, F., Pieterse, A.H., Falkenberg, R., Santema, T.K.B., Stiggelbout, A.M., Van der Weijden, T., Aarts, J.A.W.M., Ubbink, D.T. (2016). OPTION5 versus OPTION12 instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Education and Counseling*, 99, 1062-1068. Doi: 10.1016/j.pec.2015.12.019
- Ter Haaft & Van Veenendaal (2016). *Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland: Opmaat naar een onderzoeks-/innovatieprogramma Samen beslissen*. Onderzoek. Den Haag: ZonMw.
- Truglio-Londrigan, M. (2013). Shared decision-making in home-care from the nurse's perspective: sitting at the kitchen table – a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (19-20), 2883-2889. Doi: 10.1111/jocn.12075
- Truglio-Londrigan M. & Slyer J.T. (2018). Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *The Open Nursing Journal*, 12, 1-14. Doi:10.2174/1874434601812010001
- Van der Weijden T., Dreesens D., Van de Bovenkamp H. (2014). Gedeelde besluitvorming en richtlijnen. In: J. van Everdingen, D. Dreesens, J. Burgers, J. Swinkels, T. van Barneveld, & T. van der Weijden (Red.) *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling*, 165-174. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Van Haastert, C. & Lekkerkerk I.T. (2014). *Meldactie 'Samen beslissen' December 2013*. Rapport. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Van Meijeren, L. (2014). *'Shared Decision Making' bij Buurtzorg*. Artikel. Ede: Buurtzorg.
- Van Veenendaal, H., Voogdt-Pruis, H. & Raats, S. (2015). Samen beslissen is beter. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 10, 90-95. Doi: 10.1007/s12503-015-0046-3
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Vermeer, K. (2015). 'SDM is veel ingewikkelder dan we ooit dachten'. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 13 (3), 21-23.
- Vilans. (2013). *Persoonsgerichte zorg White Paper*. Geraadpleegd op 13 Januari 2018, van <http://www.zonh.nl/images/pdfs/Whitepaper-persoonsgerichte-zorg.pdf>
- Zorg voor Beter. (2017, Mei 22). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Geraadpleegd op 13 Januari 2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>
- ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen. (z.d.). *Beleidskader ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen*. Beleidsplan. Terneuzen: Auteur.

Bijlage 1: Enquête met inleidende brief

Beste verpleegkundige of verzorgende bij ZorgSaam,

Mijn naam is Yanick Remorie en ik zit in mijn afstudeerjaar van de opleiding Bachelor verpleegkundige op de HZ University of Applied Sciences. Met mijn afstudeerscriptie wil ik inzicht krijgen in hoeverre verpleegkundigen of verzorgenden bekwaam zijn om te werken volgens Shared Decision Making. Daarom wil ik u vragen deel te nemen aan deze enquête voor mijn afstudeeronderzoek.

Shared Decision Making is een methode waarbij zorgverleners en cliënten het best beschikbare bewijsmateriaal met elkaar delen wanneer zij worden geconfronteerd met de taak om beslissingen te nemen. Tijdens deze methode worden de cliënten ondersteund door de zorgverlener om opties te overwegen en om geïnformeerde voorkeuren te bereiken. In overleg met cliënt wordt vervolgens een beslissing genomen over de gezondheids- en behandeldoelen. In de thuiszorg zijn ook voorbeelden te noemen, van Shared Decision Making. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt voor het eerst in zorg komt en samen gekeken wordt welke zorg nodig is of wanneer de verpleegkundigen denken dat iets veranderd moet worden aan de zorg en je hierover in gesprek gaat met cliënt en/of familie en/of mantelzorger.

Het doel van mijn onderzoek is om te achterhalen in hoeverre (wijk-)verpleegkundigen en verzorgenden bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen thuiszorgteams binnen Terneuzen bekwaam zijn om te werken met Shared Decision Making en welke eventuele verbeterpunten mogelijk zijn om de bekwaamheid te verbeteren.

In de enquête worden eerst persoonlijke gegevens bevraagd. Deze gegevens worden geheel anoniem verwerkt. Vervolgens worden dertien verschillende onderdelen en zes competenties benoemd die tijdens Shared Decision Making van belang kunnen zijn. Hiervoor zijn vier verschillende scores mogelijk: Nooit, Soms, Regelmatig en Altijd. Deze dertien verschillende onderdelen en zes competenties kunnen gebruikt worden in de thuiszorg bij bijvoorbeeld een keuzegesprek. Een keuzegesprek kan plaatsvinden wanneer iemand voor het eerst in zorg komt en je moet bepalen welke zorg nodig is. Ook kan een keuzegesprek plaatsvinden wanneer jij als verpleegkundig denkt dat iets veranderd moet worden aan de zorg en je hierover in gesprek gaat met cliënt en zijn of haar naasten. Het invullen van de enquête zal ongeveer 10 minuten tijd in beslag nemen.

Mocht u nog vragen hebben over de enquête, mag u altijd contact met mij opnemen via de mail: Remo0004@hz.nl

Voorafgaand wil ik u alvast hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Yanick Remorie
Student hbo-verpleegkunde
HZ University of Applied Sciences
Remo0004@hz.nl

Algemene gegevens

1. Wat is uw leeftijd?

Ik ben jaar.

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

3. Voor welk team bent u werkzaam?

- ☐ Wijkverpleging Terneuzen Noord
- ☐ Wijkverpleging Terneuzen Zuid
- ☐ Wijkteam Ferdinandbol/Kerkepad
- ☐ Wijkteam de Veste
- ☐ Wijkverpleegkundigen Terneuzen

4. Wat is uw functie?

- ☐ Wijkverpleegkundige (niveau 5 en 6)
- ☐ Verpleegkundige (niveau 4)
- ☐ Verzorgende (niveau 3 en 3IG)
- ☐ Leerling of stagiaire (vanaf leerjaar 2)

5. Hoe lang bent u al werkzaam bij de thuiszorg van ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen?

- ☐ Kortere dan 5 jaar
- ☐ 5 tot 10 jaar
- ☐ Langer dan 10 jaar

Shared Decision Making

6. Wist u voor deze enquête wat Shared Decision Making inhoudt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → *Ga verder naar vraag 9*

7. Hoe bent u aan deze kennis gekomen?

- ☐ Lezen van literatuur over Shared Decision Making
- ☐ Bijwonen van een scholing/bijtscholing over Shared Decision Making
- ☐ Een training of klinische les volgen
- ☐ Begeleiding door een collega
- ☐ Feedback vragen
- ☐ Onderdeel van de opleiding
- ☐ E-learning
- ☐ Anders, namelijk.....

8. Hoe vaak denkt u dat u Shared Decision Making toepast tijdens uw werk?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Regelmatig
- ☐ Altijd

9. Hieronder staan twee modellen beschreven. Maken jullie in de thuiszorg gebruik van een van deze modellen tijdens het nemen van beslissingen met de cliënt?

- *Het model van Elwyn: Eerst vindt het keuzegesprek plaats, waarbij de zorgverlener de cliënt informeert over welke opties beschikbaar zijn. Daarna wordt tijdens het optiegesprek meer gedetailleerde informatie over de opties besproken met de cliënt. Als laatste is het beslissingsgesprek aan de beurt, waarbij de zorgverlener en cliënt samen overwegingen maken van voorkeuren en beslissen wat de beste behandeling is (Elwyn et al., 2012). Tijdens deze gesprekken zijn een zorgverlener en cliënt aanwezig.*
- *Het IP-SDM-model: Keuzegesprek, optiegesprek en beslissing gesprek. Bij deze gesprekken zijn alleen meerdere zorgverleners aanwezig en een cliënt met eventueel familie of mantelzorgers. Ook worden de voorkeuren van de cliënt beter naar voren gebracht.*

- ☐ Ja, van het model van Elwyn
- ☐ Ja, van het IP-SDM-model
- ☐ Nee

10. Hieronder worden dertien verschillende onderdelen benoemd, die tijdens een Shared Decision Making gesprek aan het bod horen te komen. Geef bij elk onderdeel aan of u dit toepast tijdens een keuzegesprek. Zo ja, geef dan aan hoe vaak u denkt dat u dit toepast. Zet een kruisje in de antwoordkolom die voor u het meest van toepassing is.

	Past dit niet toe	Past dit toe
Duidelijk maken over welk probleem een beslissing moet worden genomen		
Vragen op welke manier de cliënt en/of familie betrokken wilt worden met het nemen van een beslissing		
Vragen op welke wijze de cliënt informatie zou willen krijgen ter ondersteuning van het besluitvormingsproces (bijv. overleg, voorlichtingsfolder, grafieken bekijken, video's of andere media).		
Duidelijk maken welke opties mogelijk zijn, ook de keuze om niets te doen		
Benoemen van de voor- en nadelen van elke optie		
De cliënt en/of familie helpen met het begrijpen van de informatie		
Vragen voor welke optie de cliënt en/of familie een voorkeur heeft		
De cliënt expliciet de mogelijkheid geven om vragen te stellen		
Noodzaak aangeven om over te gaan tot het nemen van een beslissing (of om deze uit te stellen).		
Samen met de cliënt en/of familie grondig de opties afwegen tegen elkaar		

Nooit	Soms	Regelmatig	Altijd

Samen met de cliënt en/of familie een optie uitkiezen		
Samen met de cliënt en/of familie tot een overeenkomst komen over het vervolgen van de gekozen optie		
Aangeven dat het mogelijk is om op de beslissing terug te komen (of het uitstel van de beslissing).		

Bekwaamheid

11. Past u de volgende competenties toe tijdens uw werk? Zo ja, geef dan aan hoe vaak u denkt dat u dit toepast.

Zet een kruisje in de antwoordkolom die voor u het meest van toepassing is.

	Past dit niet toe	Past dit toe
Ik heb de overtuiging dat Shared Decision Making in het belang van de cliënt is		
Ik denk mee met de cliënt en/of familie		
Ik coach in de keuzes die de cliënt en/of familie maken		
Ik combineer richtlijnen met de voorkeuren van een cliënt en/of familie		
Ik ondersteun de cliënt en/of familie in het begrijpen van gegeven informatie		
Ik werk niet meteen naar een oplossing toe		

Nooit	Soms	Regelmatig	Altijd

12. Zou u ondanks dat u zich niet bekwaam voelt Shared Decision Making toch uitvoeren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Soms

13. Geef voor de volgende beweringen aan in welke mate u het eens bent dat dit een belemmerende factor voor u is om Shared Decision Making toe te kunnen passen.

Zet een kruisje in de antwoordkolom die voor u het meest van toepassing is.

	Oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Eens
Ik heb te weinig kennis over Shared Decision Making				
Ik weet niet hoe Shared Decision Making uitgevoerd moet worden				
Er zijn te veel verschillende modellen om Shared Decision Making uit te voeren				
Het kost mij te veel tijd om Shared Decision Making uit te voeren				
Ik weet het verschil niet tussen Shared Decision Making en cliëntgerichte communicatie				

14. Op welke manier zou u meer over Shared Decision Making willen leren?

** meerdere antwoordkeuzes mogelijk*

- ☐ Lezen van literatuur over Shared Decision Making
- ☐ Bijwonen van een scholing/bijstelling over Shared Decision Making
- ☐ Een training of klinische les volgen
- ☐ Begeleiding door een collega
- ☐ Feedback vragen
- ☐ E-learning
- ☐ Anders, namelijk.....

15. Heeft u aanbevelingen om het toepassen van Shared Decision Making binnen de thuiszorg te verbeteren?

.....

.....

.....

Bijlage 2: Codeboek SPSS

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Respondent	Numeric	8	0	Welk nummer ...	None	None	11	Right	Nominal	Input
2	Leeftijd	Numeric	8	0	Wat is uw leeft...	{1, t/m 20 j...	99	8	Right	Scale	Input
3	Geslacht	Numeric	8	0	Wat is uw gesl...	{1, Man}...	99	8	Right	Nominal	Input
4	Team	Numeric	8	0	Voor welk tea...	{1, Wijkverp...	99	8	Right	Nominal	Input
5	Functie	Numeric	8	0	Wat is uw func...	{1, Wijkverp...	99	8	Right	Ordinal	Input
6	Werkzaam	Numeric	8	0	Hoe lang bent ...	{1, Korter d...	99	10	Right	Nominal	Input
7	Kennisvooraf	Numeric	8	0	Wist u voor de...	{1, Ja}...	99	12	Right	Nominal	Input
8	Verkrijgenk...	Numeric	8	0	Hoe bent u aan...	{1, Lezen va...	99	14	Right	Nominal	Input
9	Frequentie	Numeric	8	0	Hoe vaak denk...	{1, Nooit}...	99	11	Right	Nominal	Input
10	Modellen	Numeric	8	0	Maakt u in de t...	{1, Ja, van h...	99	9	Right	Nominal	Input
11	Probleem	Numeric	8	0	Duidelijk make...	{1, Past dit ...	99	9	Right	Scale	Input
12	Betrokken	Numeric	8	0	Vragen op wel...	{1, Past dit ...	99	10	Right	Scale	Input
13	Informatie	Numeric	8	0	Vragen op wel...	{1, Past dit ...	99	10	Right	Scale	Input
14	Duidelijkkop...	Numeric	8	0	Duidelijk make...	{1, Past dit ...	99	13	Right	Scale	Input
15	Voornadelen	Numeric	8	0	Benoemen van ...	{1, Past dit ...	99	11	Right	Scale	Input
16	Begrijpeninfo	Numeric	8	0	De cliënt en/of...	{1, Past dit ...	99	12	Right	Scale	Input
17	Voorkeur	Numeric	8	0	Vragen voor w...	{1, Past dit ...	99	10	Right	Scale	Input
18	Expliciet	Numeric	8	0	De cliënt expli...	{1, Past dit ...	99	8	Right	Scale	Input
19	Noodzaak	Numeric	8	0	Noodzaak aan...	{1, Past dit ...	99	10	Right	Scale	Input
20	Afwegen	Numeric	8	0	Samen met de ...	{1, Past dit ...	99	9	Right	Scale	Input
21	Optie	Numeric	8	0	Samen met de ...	{1, Past dit ...	99	8	Right	Scale	Input
22	Overeenko...	Numeric	8	0	Samen met de ...	{1, Past dit ...	99	13	Right	Scale	Input
23	Terugkomen	Numeric	8	0	Aangeven dat ...	{1, Past dit ...	99	11	Right	Scale	Input
24	Overtuiging	Numeric	8	0	Ik heb de overt...	{1, Past dit ...	99	11	Right	Scale	Input
25	Meedenken	Numeric	8	0	Ik denk mee m...	{1, Past dit ...	99	11	Right	Scale	Input
26	Coach	Numeric	8	0	Ik coach in de ...	{1, Past dit ...	99	8	Right	Scale	Input
27	Combineer	Numeric	8	0	Ik combineer ri...	{1, Past dit ...	99	10	Right	Scale	Input
28	Ondersteun	Numeric	8	0	Ik ondersteun ...	{1, Past dit ...	99	11	Right	Scale	Input

Figuur 5. Codeboek SPSS 1

29	Oplossing	Numeric	8	0	Ik werk niet m...	{1, Past dit ...	99	12	Right	Scale	Input
30	Nietbekwaam	Numeric	8	0	Zou u ondanks ...	{1, Ja}...	99	12	Right	Nominal	Input
31	Weinigkennis	Numeric	8	0	Ik heb te weini...	{1, Oneens}...	99	12	Right	Scale	Input
32	Uitvoering	Numeric	8	0	Ik weet niet ho...	{1, Oneens}...	99	11	Right	Scale	Input
33	Verschilmo...	Numeric	8	0	Er zijn te veel v...	{1, Oneens}...	99	12	Right	Scale	Input
34	Veeltijd	Numeric	8	0	Het kost mij te...	{1, Oneens}...	99	8	Right	Scale	Input
35	Verschil	Numeric	8	0	Ik weet het ver...	{1, Oneens}...	99	8	Right	Scale	Input
36	Literatuur	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	10	Right	Nominal	Input
37	Scholing	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	8	Right	Nominal	Input
38	Training	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	8	Right	Nominal	Input
39	Begeleiding	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	11	Right	Nominal	Input
40	Feedback	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	9	Right	Nominal	Input
41	Elearning	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	9	Right	Nominal	Input
42	Anders	Numeric	8	0	Meer leren ove...	{1, Ja}...	99	8	Right	Nominal	Input
43	Aanbeveling	Numeric	8	0	Heeft u aanbev...	{1, Geen aa...	99	11	Right	Nominal	Input

Figuur 6. Codeboek SPSS 2

Bijlage 3: Data view SPSS

	Respondent	Leeftijd	Geslacht	Team	Functie	Werkzaam	Kennisvooraf	Verkrijgenkennis	Frequentie	Modellen	Probleem
1	1	2	2	5	1	3	2	99	99	1	4
2	2	3	2	2	2	3	2	99	99	3	3
3	3	3	2	2	3	1	2	99	99	3	2
4	4	4	2	2	3	3	2	8	2	3	1
5	5	3	2	2	3	3	2	99	99	3	3
6	6	3	2	2	3	3	2	99	99	3	1
7	7	2	2	2	2	2	2	99	99	3	2
8	8	4	2	2	1	3	2	99	99	99	4
9	9	3	2	2	3	3	2	99	99	3	3
10	10	2	2	2	2	1	2	99	99	3	3
11	11	2	2	5	1	1	1	6	3	2	3
12	12	3	2	2	3	3	2	99	99	3	1
13	13	2	2	1	2	1	2	99	99	1	3
14	14	2	2	5	1	3	2	99	3	1	4
15	15	2	2	1	2	1	2	99	99	3	3
16	16	3	2	1	3	3	2	99	99	1	2
17	17	3	2	1	3	3	2	99	99	3	3
18	18	2	1	3	3	2	8	3	2	4	3
19	19	3	2	1	2	3	2	99	99	3	2
20	20	3	2	1	3	3	2	99	2	3	2
21	21	3	2	1	3	3	2	99	99	3	1

Figuur 6. Data view 1

	Betrokken	Informatie	Duidelijkopties	Voornadelen	Begrijpeninfo	Voorkeur	Expliciet	Noodzaak	Afwegen	Optie	Overeenkomst
1	4	1	4	3	4	3	4	3	3	3	4
2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1	1
4	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
5	2	1	3	2	3	3	3	3	1	1	1
6	4	1	1	2	4	4	4	1	4	3	3
7	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2
8	3	1	3	3	4	4	4	4	3	3	3
9	3	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
11	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3
12	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1
13	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	4	2	3	4	3	3	3	2	3	2	2
15	2	1	3	2	4	3	3	3	2	2	2
16	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	2
17	3	1	2	2	3	2	1	3	1	2	3
18	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
19	3	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3
20	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2
21	2	1	2	2	3	2	2	1	2	2	2

Figuur 7. Data view 2

	Terugkomen	Overtuiging	Meedenken	Coach	Combineer	Ondersteun	Oplossing	Nietbekwaam	Weinigkennis	Uitvoering	Verschilmodel
1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3
2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3
3	2	3	3	3	3	3	1	3	4	4	3
4	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	4
5	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3
6	4	3	4	3	3	3	3	2	4	4	99
7	3	2	3	3	2	3	2	1	3	3	3
8	4	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3
9	2	1	3	3	2	3	2	3	4	4	3
10	4	3	3	4	4	4	4	1	4	4	4
11	3	4	4	3	3	3	1	3	1	1	4
12	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4
13	3	4	3	3	3	3	3	1	4	4	3
14	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
15	2	4	4	3	4	3	1	1	4	3	2
16	3	3	3	2	3	3	2	3	3	1	4
17	2	2	3	1	1	3	2	3	3	2	3
18	4	3	3	2	3	4	1	1	3	2	2
19	3	4	3	3	3	3	2	1	3	2	3
20	1	2	2	1	1	3	1	2	4	4	4
21	3	2	4	2	2	3	2	3	2	3	3

Figuur 8. Data view 3

	Veeltijd	Verschil	Literatuur	Scholing	Training	Begeleiding	Feedback	Elearning	Anders	Aanbeveling
1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	99
2	3	3	2	1	1	2	2	1	2	99
3	3	4	1	1	2	1	2	1	2	99
4	4	4	2	1	2	2	2	2	2	1
5	3	3	2	2	1	2	2	2	2	99
6	3	4	2	2	1	2	2	2	2	2
7	4	3	2	1	1	2	2	2	2	99
8	3	3	1	1	1	2	2	2	2	99
9	4	3	2	1	1	1	2	2	2	99
10	2	4	2	2	2	2	2	1	2	3
11	3	1	1	1	1	2	2	1	2	99
12	4	4	1	1	1	1	1	1	2	2
13	3	3	2	1	2	2	2	1	2	99
14	2	2	2	1	2	2	2	2	2	99
15	2	4	2	1	1	1	2	2	2	99
16	4	3	2	1	2	2	1	2	2	2
17	3	2	2	1	2	1	2	2	2	99
18	2	1	2	1	2	2	2	2	2	99
19	3	3	2	2	2	2	2	1	2	1
20	4	4	1	2	2	2	2	2	2	99
21	3	3	2	2	2	1	2	2	2	1

Figuur 9. Data view 4

	Respondent	Leeftijd	Geslacht	Team	Functie	Werkzaam	Kennisvooraf	Verkrijgenkennis	Frequentie	Modellen	Probleem
22	22	3	2	1	3	3	2	99	99	3	3
23	23	1	2	1	3	1	2	99	99	3	1
24	24	3	2	1	3	3	2	99	99	3	2
25	25	3	2	1	3	3	2	99	99	3	1
26	26	2	2	1	2	1	2	99	99	1	2
27	27	2	2	1	2	1	2	99	99	1	3
28	28	2	2	1	3	3	2	99	99	1	3
29	29	3	2	3	3	3	2	99	99	3	2
30	30	3	2	3	3	3	2	99	99	3	3
31	31	2	2	3	3	1	3	99	99	1	1
32	32	2	2	3	3	3	2	99	99	1	2
33	33	3	2	3	3	3	2	99	99	3	3
34	34	3	2	4	3	3	2	99	99	3	2
35	35	4	2	4	3	3	2	99	99	3	2
36	36	3	2	4	3	3	2	99	99	3	1
37	37	2	2	4	3	1	2	99	99	1	2
38	38	3	2	4	3	3	2	99	99	3	2
39	39	2	2	5	1	3	2	99	99	1	4
40	40	2	2	5	1	1	2	99	99	1	4
41	41	3	2	2	2	2	2	99	99	3	2

Figuur 10. Data view 5

Figuur 11. Data view 6

	Terugkomen	Overtuiging	Meedenken	Coach	Combineer	Ondersteun	Oplossing	Nietbekwaam	Weinigkennis	Uitvoering	Verschilmodel
22	1	99	3	2	2	2	1	3	4	4	4
23	1	1	3	2	3	4	1	3	4	3	1
24	1	2	4	1	1	3	1	3	4	4	4
25	1	2	1	1	2	1	2	3	4	4	4
26	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3
27	2	2	2	1	1	3	2	3	3	2	2
28	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3
29	2	3	3	2	3	1	2	1	4	3	3
30	3	3	3	3	2	2	2	2	4	2	4
31	3	2	2	1	1	2	1	1	3	3	4
32	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2
33	1	2	2	1	1	2	2	3	4	4	1
34	2	1	2	2	2	1	2	3	3	4	3
35	1	2	2	1	2	2	2	2	4	4	3
36	1	2	2	1	1	3	2	2	3	3	3
37	2	3	3	2	2	3	2	2	4	3	2
38	2	2	2	1	1	2	1	3	3	4	2
39	2	3	4	3	3	4	3	2	2	2	4
40	2	3	4	4	4	4	3	2	2	2	3
41	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	3

Figuur 12. Data view 7

	Veeltijd	Verschil	Literatuur	Scholing	Training	Begeleiding	Feedback	Elearning	Anders	Aanbeveling
22	4	4	2	2	1	2	2	2	2	99
23	3	4	2	1	2	1	2	1	2	1
24	4	4	2	1	1	2	2	1	1	1
25	3	3	2	1	2	2	2	2	2	99
26	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1
27	2	3	2	1	2	1	2	2	2	99
28	1	3	2	1	2	1	2	1	2	2
29	3	3	1	2	2	1	1	1	2	99
30	3	3	2	2	2	1	2	1	2	99
31	4	3	1	2	2	2	1	1	2	99
32	3	4	1	1	1	2	2	1	2	99
33	3	3	1	1	2	2	2	2	2	99
34	4	4	2	1	1	1	2	1	2	99
35	3	4	2	1	2	2	2	2	2	99
36	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2
37	4	4	2	1	2	1	2	1	2	99
38	4	3	1	1	1	1	1	1	2	99
39	2	3	1	1	2	2	2	1	2	99
40	2	2	1	1	2	2	2	2	2	99
41	3	2	2	2	1	2	2	1	2	99

	Betrokken	Informatie	Duidelijkopties	Voornadelen	Begrijpeninfo	Voorkeur	Expliciet	Noodzaak	Afwegen	Optie	Overeenkomst
22	3	1	1	3	3	2	2	2	2	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	2	3	3	3	4	2	3	2	2	2	2
27	2	2	3	2	3	2	3	3	1	2	2
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
29	1	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3
30	1	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2
31	1	2	2	2	3	3	2	1	3	2	3
32	2	3	1	2	3	1	3	2	2	2	3
33	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	1
34	2	3	3	2	2	3	1	2	1	2	2
35	3	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1
36	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
37	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	2
38	2	2	1	1	2	3	1	2	1	2	2
39	4	1	3	4	4	3	3	3	4	3	4
40	3	2	3	3	4	3	4	2	3	3	2
41	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2

Figuur 13. Data view 8

Bijlage 4: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Bijlage 2: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt toestemming gegeven aan Yanick Remorie om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : Zorgsaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen
Naam begeleider/contactpersoon : Peter Hiel
Functie begeleider/contactpersoon : Leidinggevende
Adres : Wielingenlaan 2
Postcode en Plaats : 4535PA Terneuzen
E-mail begeleider/contactpersoon : p.hiel@zzv.nl

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
22-5-2018

Plaats
Terneuzen

Handtekening


Bijlage 5: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)

De beoordeling van het onderzoeksverslag bestaat uit een drietal onderdelen: vormcriteria, product en proces. De onderdelen vormcriteria en product moeten voldoende zijn. Wanneer bij vormgeving minder dan 11 gewogen punten wordt gescoord, wordt een niet deelgenomen als resultaat ingevuld en het verslag niet verder beoordeeld.

Onderdelen	Maximaal aantal punten	Wegings (omreken)factor	Weging	Aantal gewogen punten
Vormcriteria	20	0,75	0,15	15
Product methode	30	0,5	0,15	15
Product uitvoering	30	2,0	0,60	60
Proces	15	0,67	0,10	10
	95		1	100

Naam student:

Studentnummer:

Differentiatie:

Datum:

Vormcriteria				Resultaat	Feedback
Volledigheid (titelpagina, inhoudsopgave, inleiding, methode, bronnenlijst en bijlage) zie verder bijlage 4)	Bevat minder dan vier elementen	Bevat minimaal vier vereiste elementen	Bevat alle vereiste elementen	1-3-5	
Schrijfstijl (zie bijlage 4)	Subjectief, onlogisch en niet helder omschreven.	Minder logisch en helder omschreven	Objectief, precies, logisch, zorgvuldig, helder	1-3-5	
Vormgeving en correct taalgebruik (zie bijlage 4)	Meer dan: maximaal 25 blz. exclusief bijlagen Meer dan maximaal 3 fouten per pagina (spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl). En/of tabellen, figuren of schema's niet netjes verwerkt.	Voldoet op alle punten aan de vormgeving maar hier en daar nog een onvolkomenheid.	Voldoet helemaal aan de vormgeving en is in correct Nederlands of Engels uitgewerkt, zie bijlage 4.	1-3-5	
Referenties (zie bijlage 4)	Maximaal 3 foute APA bronvermeldingen.	Nette bronvermeldingen op paar kleinigheden na.	Bronnenlijst en bronvermelding volgens internationale	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		

Product methode				Resultaat	Feedback
Methode	Het type onderzoek wordt fout aangegeven.	Type onderzoek wordt aangegeven maar kan nog verfijnd worden.	Type onderzoek wordt gepast en correct aangegeven.	1-3-5	
Setting (plaats en tijd)	De omschrijving van de setting is onduidelijk.	De omschrijving bevat voldoende elementen om een beeld te krijgen.	De omschrijving is volledig en laat geen onduidelijkheden na.	1-3-5	
Populatie	Er ontbreken elementen in de beschrijving van de populatie.	Voldoende elementen in de beschrijving om een beeld te hebben van de populatie.	Alle in- & exclusie elementen en duiding van de populatie zijn aanwezig.	1-3-5	
Dataverzameling	Verloop en de verwerking van de dataverzameling is onvolledig beschreven.	Wijze van data verzamelen, en middel voor dataverzameling staan beschreven.	De stappen en middelen in de dataverzameling zijn transparant en correct beschreven en zouden kunnen worden gerepliceerd.	1-3-5	
Data-analyse	beschreven technieken zijn onvolledig of te vaag	beschreven maar de aansluiting met de onderzoeksvraag is soms onduidelijk	worden gepast verantwoord in het kader van de onderzoeksvraag	1-3-5	
Ethisch en juridische aspecten	Ethische aspecten zijn onduidelijk of onvolledig beschreven.	Ethische aspecten worden aangehaald en vermeld.	De ethische aspecten naar deelnemer en onderzoeksveld zijn volledig beschreven.	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		
Product uitvoering					
Relevante titel	De titel is niet gepast voor het onderzoek.	De titel is een weergave van het onderzoek.	De titel is duidelijk en biedt een helder zicht op het onderzoek en het opzet.	1-3-5	
Samenvatting	Samenvatting ontbreekt of is onvolledig.	Bevat ≤ 400 woorden; Bevat inleiding, methode, resultaten, conclusie; bevat informatie die past bij de vraagstelling.	Bevat ≤ 400 woorden; Bevat inleiding, methode, resultaten, conclusie en aanbeveling; bevat duidelijke informatie die passend is bij de vraagstelling.	1-3-5	

Resultaten	Resultaten vloeien niet voort uit de dataverzameling en analyse. Beschrijving van studiepopulatie ontbreekt of is niet helder geen keuze gemaakt welke resultaten belangrijk zijn om de vraagstelling te beantwoorden.	Resultaten vloeien grotendeels voort uit de dataverzameling en analyse. Beschrijving van studie populatie is gegeven en voor het grootste deel duidelijk Resultaten zijn relevant, gericht op de vraagstelling.	Resultaten vloeien volledig voort uit de dataverzameling en analyse. Beschrijving van studiepopulatie is helder Resultaten zijn relevant en gericht op de vraagstelling , objectief beschreven, compact en duidelijk. Evt. tabellen en figuren ondersteunen de tekst.	1-3-5	
Discussie	Niet kritisch en koppelt niet terug naar de literatuur. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden niet benoemd, zijn niet correct benoemd of missen onderbouwing. Nieuwe resultaten worden besproken.	Refereert naar de literatuur maar mist de kritisch bespreking en verbanden leggen. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden benoemd en zijn grotendeels correct en onderbouwd.	In de discussie vindt een kritisch bespreking van de bevindingen plaats met onderbouwing vanuit de literatuur. Waarbij verbanden worden gelegd. Sterke en zwakke punten van het onderzoek worden benoemd, zijn correct en onderbouwd, waarbij een koppeling wordt gemaakt naar de consequenties (betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid in de praktijk)	1-3-5	
Conclusie	Antwoord op de onderzoeksvraag is niet coherent met de resultaten of nieuwe resultaten worden besproken.	De conclusie is een antwoord op de onderzoeksvraag	Hoofd- en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.	1-3-5	
Aanbevelingen	aanbevelingen vloeien niet of nauwelijks voort uit de resultaten en conclusies. De aanbevelingen bieden geen concrete bijdrage aan het oplossen van het praktijkprobleem; er zijn nog extra stappen nodig om ze meteen te kunnen toepassen.	Aanbevelingen vloeien grotendeels voort uit de resultaten en conclusies. De aanbevelingen bieden een bijdrage aan het oplossen van het praktijkprobleem, maar er is nog een enkele stap nodig om ze te kunnen toepassen.	Aanbevelingen vloeien geheel voort uit de resultaten en conclusies . De aanbevelingen bieden een concrete bijdrage aan het oplossen van het praktijkprobleem en ze kunnen in de praktijk worden toegepast.	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		
Proces				Resultaat	Feedback
Communicatie met begeleider	De communicatie was regelmatig moeilijk of onduidelijk.	De communicatie verliep over het algemeen vlot en correct.	Zeer vlotte en correcte communicatie, ook met het onderzoeksveld en eventuele derden.	1-3-5	

Zelfstandigheid	Toont weinig initiatief en of maakt eigen keuzes en heeft veel bijsturing nodig.	Normaal verloop.	Toont initiatief, maakt eigen keuzes.	1-3-5	
Feedback geven en ontvangen	Op respectvolle wijze feedback geven is moeilijk en/of aangevallen voelen bij feedback ontvangen.	Zoekt nog naar de juiste woorden. Om feedback op werk anderen te geven en kan moeilijk feedback op proces en product scheiden.	Geeft op respectvolle manier feedback aan anderen met daarbij onderscheid tussen feedback op proces en product. Kiest welke feedback waardevol is en pas werk of gedrag desgewenst aan. Nodigt anderen uit tot het geven van feedback.	1-3-5	
			Subtotaal gewogen punten: Behaalde punten x wegings (om)rekenfactor		
			Totaal aantal punten		
			Eindresultaat		

