



De mantelzorger mag geen patiënt worden

Een verpleegkundig advies gericht op het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk.

The caregiver may not become a patient

A nursing advice aimed at identifying overburdening caregivers of frail elderly in general practice.

Auteur:	J.A.P. Juul Ottenheijm
Studentnummer:	1623621
Opleiding:	Verkorte HBO-verpleegkunde
Faculteit:	Gezondheidszorg
Locatie:	Zuyd Hogeschool
Docentbegeleider:	Simone Arkesteijn
Tweede beoordelaar:	Ella Lemmens
Werkbegeleiders:	Natascha Geurts & Loes Thijssen
Werkplek:	Huisartsenpraktijk Maasbree
Stageperiode:	21-02-2018 t/m 21-12-2018
Datum:	07-12-2018

**ZU
YD**

SAMENVATTING

Door de vergrijzing krijgt Nederland steeds meer te maken met kwetsbare ouderen, naar verwachting wonen er in 2025 ongeveer één miljoen kwetsbare ouderen in Nederland. Kwetsbare ouderen krijgen ondersteuning van mantelzorgers om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Het komt regelmatig voor dat mantelzorgers van kwetsbare ouderen overbelast raken. Wanneer een mantelzorger overbelast raakt kunnen er gezondheidsproblemen ontstaan waardoor de mantelzorger de zorg voor de kwetsbare oudere niet meer uit kan voeren. In de huisartsenpraktijk in Maasbree is geen vaste werkwijze om overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren en er is weinig bekend over mantelzorgondersteuning.

Het doel van de bachelor thesis is het formuleren van een verpleegkundig advies gericht op de praktijkondersteuners van de huisartsenpraktijk in Maasbree, om overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren en mantelzorgers te ondersteunen.

De hoofdvraag die is opgesteld luidt als volgt: “Op welke wijze kan een praktijkondersteuner somatiek ervoor zorgen dat overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen gesignaleerd wordt in de huisartsenpraktijk en op welke wijze kan ondersteuning aan overbelaste mantelzorgers geboden worden?” Om de bachelor thesis te schrijven is het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011) gebruikt. Er is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur die verkregen is vanuit medische databanken en conceptuele literatuur. De literatuur is gericht op de doelgroepen; kwetsbare ouderen en mantelzorgers. Daarnaast is ook onderzoek gedaan in de praktijk door middel van twee semigestructureerde interviews en twee vragenlijsten.

Uit het onderzoek blijkt het volgende; het is de taak van de praktijkondersteuner om overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren. In de praktijk wordt onvoldoende aandacht besteed aan het signaleren van overbelasting bij mantelzorgers van kwetsbare ouderen. De beste manier om overbelasting te signaleren is door middel van een face-to-face gesprek met de kwetsbare oudere en de mantelzorger. Het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging kan hulp bieden bij het ondersteunen van mantelzorgers. Er wordt op dit moment bij de huisartsenpraktijk in Maasbree geen gebruik gemaakt van een vast stappenplan om mantelzorgers te ondersteunen. Het ondersteunen van mantelzorgers kan onder andere gedaan worden door informatie te geven en begeleiding te bieden.

Vanuit de resultaten kan worden geconcludeerd dat de praktijkondersteuner overbelasting dient te signaleren door middel van een face-to-face gesprek met de mantelzorger en de kwetsbare oudere en dat de mantelzorgers het best ondersteund kunnen worden aan de hand van het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

ABSTRACT

Due to the ageing of the Dutch population, the Netherlands has to deal with more and more vulnerable elderly. It is expected that in 2025 there will be about one million vulnerable elderly people in the Netherlands. Vulnerable elderly people receive support from caregivers to reside at their home for as long as possible. It happens regularly that caregivers of vulnerable elderly people will get overloaded with this task and health issues can arise. This can result in the fact that the caregiver cannot take care of the vulnerable older person any longer. At the general practitioner's practice in Maasbree, there is no set approach to identify the overload of caregivers of vulnerable elderly people. Besides that, there is little knowledge on the support for caregivers.

The goal of this bachelor thesis is to formulate a nursing advice aimed at nurses in the general practitioner's practice in Maasbree, in order that the symptoms of overload that caregivers of vulnerable elderly people can be signalized and to support the caregivers.

The main question that is formulated is as follows: "In which way can a nurse at a general practitioner's practice ensure somatically that the overload of caregivers of vulnerable elderly people can be signalized in the general practitioner's practice and in which way can support be offered to overloaded caregivers?" To write this thesis, the implementation model of Grol and Wensing (2011) is used. Scientific literature has been used which had been retrieved from medical databases and conceptual literature. The literature is focused on the target groups; vulnerable elderly people and caregivers. In addition, research has been done in the practice by means of two semi-structured interviews two questionnaires.

The research shows the following; it is the task of the nurse at the general practitioner's practice to signalize the overload of caregivers of vulnerable elderly people. Besides that, there is insufficient attention paid in the practice to the signaling of overload with caregivers of vulnerable elderly people. The best way to signalize the overload is by means of a face-to-face conversation with the vulnerable older person and the caregiver. The step-by-step plan of the Landelijke Huisartsen Vereniging can help when offering support to caregivers. At this moment, the general practitioner's practice in Maasbree does not use a set step-by-step plan to support the caregivers. Giving support to caregivers can be done, among other things, by giving information and guidance.

From the results it can be concluded that the nurse at the general practitioner's practice has to signalize the overload by means of a face-to-face conversation with the caregiver and the vulnerable older patient. It can also be concluded that caregivers can be given support by means of the step-by-step plan from the Landelijke Huisartsen Vereniging.

VOORWOORD

Mijn naam is Juul Ottenheijm, ik studeer aan de verkorte-hbo verpleegkundige opleiding bij Zuyd Hogeschool te Heerlen. Daarnaast volg ik ook nog het honoursprogramma voor praktijkondersteuner somatiek in de huisartsenpraktijk. Ik loop stage in een huisartsenpraktijk in Maasbree als praktijkondersteuner. Als praktijkondersteuner werk ik met patiënten met diabetes mellitus type 2, COPD, astma, hart- en vaatziekten en met de kwetsbare ouderen. Ik bevind mij momenteel in differentiatie 4, dit is de laatste fase van mijn opleiding. In de afstudeerfase wordt een bachelor thesis geschreven in de rol van ontwerper en de rol van beroepsbeoefenaar.

Voor u ligt mijn bachelor thesis 'De mantelzorger mag geen patiënt worden'. Deze bachelor thesis is het eindresultaat van mijn onderzoek over het signaleren van overbelasting van mantelzorgers en het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen.

Ik heb er zelf voor gekozen om af te studeren als praktijkondersteuner in een huisartsenpraktijk. Ik vind het leuk om mijn eigen spreekuur te hebben waarin ik uiteenlopende patiënten ontvang. Ik vind het een uitdaging om mensen te motiveren om hun levensstijl aan te passen. Ook haal ik er veel voldoening uit wanneer ik samen met de patiënt een behandelplan heb opgesteld en vervolgens ook positieve resultaten terug zie.

De afgelopen 3,5 maand ben ik druk bezig geweest met het schrijven van mijn bachelor thesis. Ik wil graag een woord van dank uitspreken aan de personen die mij geholpen hebben om het gewenste resultaat te behalen.

- De docentbegeleider
- De tweede beoordelaar
- De twee werkbegeleiders
- De expert op het gebied van mantelzorg
- De peerassessor
- Alle collega's van de huisartsenpraktijk in Maasbree
- Alle mantelzorgers die mee hebben gewerkt aan het onderzoek

Ik wens u veel leesplezier!

Juul Ottenheijm

07-12-2018

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	6
Abstract	7
Voorwoord	6
Inleiding	7
Aanleiding	7
Doelstelling	8
Vraagstelling	8
Methodiekbeschrijving	9
Leeswijzer	9
1. Ontwikkeling voorstel voor verandering	10
1.1 Theoretisch kader	10
Kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk	10
Mantelzorg	10
De relatie tussen kwetsbare ouderen en mantelzorgers	10
Overbelasting van de mantelzorger	11
1.2 Voorstel voor verandering	11
2. Analyse van de wenselijke situatie	12
2.1 Methodiekbeschrijving	12
Literatuuronderzoek	12
Semigestructureerd interview	12
Gestructureerde vragenlijsten	13
2.2 Resultaten	14
Resultaten literatuuronderzoek	14
Resultaten semigestructureerd interview	15
Resultaten gestructureerde vragenlijsten	16
2.3 Conclusie	17
3. Analyse van de feitelijke situatie	18
3.1 Methodiekbeschrijving	18
Literatuuronderzoek	18
Gestructureerde vragenlijsten	18
3.2 Resultaten	19
Resultaten literatuuronderzoek	19
Resultaten gestructureerde vragenlijsten	20

3.3 Wenselijke situatie versus feitelijke situatie	21
3.4 SMART-doelen	21
3.5 Conclusie	22
4. Probleemanalyse doelgroep en setting	23
4.1 Methodiekbeschrijving	23
Methodiekbeschrijving doelgroep, setting en beïnvloedende factoren	23
4.2 Resultaten	24
Resultaten doelgroep	24
Resultaten setting	24
Resultaten bevorderende en belemmerende factoren	24
4.3 Conclusie	26
5. Ontwikkeling en selectie van interventies en strategieën	27
5.1 Methodiekbeschrijving	27
5.2 Strategieën en interventies	27
5.3 Conclusie	29
Nabeschouwing	30
Conclusie	30
Discussie	30
Aanbeveling	31
Literatuurlijst	32
Bijlage 1: de zoekstrategie	35
Bijlage 2: gestructureerde vragenlijst betrokken medewerkers	41
Bijlage 3: analyse datagegevens vragenlijst betrokken medewerkers	45
Bijlage 4: gestructureerde vragenlijst mantelzorgers	50
Bijlage 5: toestemmingsformulier meewerken aan onderzoek	54
Bijlage 6: analyse datagegevens vragenlijst mantelzorgers	55
Bijlage 7: topiclijst semigestructureerd interview expert	59
Bijlage 8: volledige uitwerking en analyse semi-gestructureerd interview expert	61
Bijlage 9: topiclijst semigestructureerd interview praktijkondersteuners	69
Bijlage 10: samenvatting semi-gestructureerd interview praktijkondersteuners	71
Bijlage 11: reflectieverslag volgens de STARRT methode	75
Bijlage 12: goedgekeurd voorstel	81
Bijlage 13: beoordeling bachelor thesis werkbegeleider	97
Bijlage 14: beoordeling bachelor thesis PEER assessor	97
Bijlage 15: beoordeling bachelor thesis 1 ^e beoordelaar	99
Bijlage 16: beoordeling bachelor thesis 2 ^e beoordelaar	114

INLEIDING

AANLEIDING

Nederland krijgt steeds meer te maken met de vergrijzing; de mensen worden steeds ouder. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek telde Nederland begin 2017 0,7 miljoen 80-plussers. Door dat de mensen steeds ouder worden krijgt Nederland ook steeds meer te maken met kwetsbare ouderen. De groep 'kwetsbare ouderen' is een groep 75 plussers met meervoudige complexe problemen, gecombineerd met problematisch verlies aan regiemogelijkheden (Nellen-Lenssen, z.d)¹. Naar verwachting wonen er in 2025 750.000 tot 1 miljoen kwetsbare ouderen in Nederland (Nationaal Ouderenfonds, 2018).

Kwetsbare ouderen kunnen door mantelzorgers ondersteuning krijgen zodat ze zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (Kenter-Hupkes, Budel en Meijer, 2018). In Nederland wonen 2,6 miljoen mantelzorgers (Mezzo, 2018). Uit onderzoek kan geconcludeerd worden dat mantelzorg als stressvol, zwaar en verplicht kan worden ervaren (Groenou, de Boer, Putters, Henkens, Nies, Dykstra, van Solinge, van Kampen en Kooiker, 2017). Wanneer de draaglast van de mantelzorger groter is dan de draagkracht, kan de mantelzorger overbelast raken (van Haaren & van Halem, 2016). Overbelasting van de mantelzorger kan meerdere gevolgen hebben; zo kunnen er gezondheidsproblemen bij de mantelzorger ontstaan. Door deze gezondheidsproblemen kan het zo zijn dat de mantelzorger niet meer in staat is de mantelzorg te verlenen (Mezzo, 2018).

Huisartsen en medewerkers van de huisartsenpraktijk zijn vaak degenen die als eerste met de mantelzorger in aanraking komen. Het is daarom van groot belang dat zij de mantelzorger in beeld hebben en de situatie van de mantelzorger kunnen inschatten (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014). Veel mantelzorgers geven aan dat het gebrek aan steun en het niet gehoord worden, bijdragen aan het overbelast raken. Tijdens gesprekken met de huisarts kan gekeken worden waaruit de belasting van de mantelzorger bestaat en welke behoefte aan ondersteuning er is. Uit onderzoek blijkt echter dat huisartsen het lastig vinden om hierover concreet in gesprek te gaan (den Boer, 2017).

Bovenstaande problematiek wordt ook herkend in de huisartsenpraktijk in Maasbree. In de huisartsenpraktijk zijn twee praktijkondersteuners werkzaam met HBO verpleegkundige achtergrond. Deze praktijkondersteuners komen dagelijks in aanraking met de kwetsbare ouderen. Er zijn 76 kwetsbare ouderen geïnccludeerd in het zorgprogramma 'ouderenzorg'.

¹ Bron afkomstig van het intranet (niet publiekelijk toegankelijk) van Nellen-Lenssen.

Het komt regelmatig voor dat de mantelzorgers van de kwetsbare ouderen overbelast zijn, of het risico lopen om overbelast te raken.

Er wordt elke drie maanden een huisbezoek of consult gepland met de kwetsbare oudere en eventueel de mantelzorger. Tijdens deze huisbezoeken/consulten kan ter sprake komen dat de mantelzorger de zorg voor de kwetsbare oudere als zwaar of belastend ervaart. Er is geen vaste werkwijze voor het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Daarnaast blijkt uit informele gesprekken dat er weinig bekend is over het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen.

DOELSTELLING

Het doel van de bachelor thesis is het formuleren van een verpleegkundig advies gericht op de huisartsenpraktijk in Maasbree, om (dreigende) overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren en om de mantelzorgers te ondersteunen. Het advies is vooral gericht op de praktijkondersteuners, omdat zij de huisbezoeken en consulten uitvoeren. Het is van belang dat de overige medewerkers van de huisartsenpraktijk er ook van op de hoogte zijn. Zij weten dan dat ze bij signalen die wijzen op overbelasting van de mantelzorger, de praktijkondersteuner moeten inschakelen.

VRAAGSTELLING

De hoofdvraag die is opgesteld luidt als volgt: “Op welke wijze kan een praktijkondersteuner somatiek ervoor zorgen dat overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen gesignaleerd wordt in de huisartsenpraktijk en op welke wijze kan ondersteuning aan overbelaste mantelzorgers geboden worden?” Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de oorzaken van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen?
2. Wat zijn de gevolgen van overbelasting van de mantelzorgers voor de mantelzorger en voor de kwetsbare oudere?
3. Hoe kun je overbelasting van de mantelzorgers van kwetsbare ouderen signaleren?
4. Wat is de wenselijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en op welke wijze kan aan de mantelzorgers ondersteuning geboden worden?
5. Wat is de feitelijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en op welke wijze kan aan de mantelzorgers ondersteuning geboden worden?
6. Hoe ziet de doelgroep en setting eruit bij het implementeren van een nieuwe werkwijze om overbelasting van mantelzorgers te signaleren en ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers?
7. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het implementeren van een nieuwe werkwijze om overbelasting van mantelzorgers te signaleren en ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers?

METHODIEKBESCHRIJVING

Om de bachelor thesis te schrijven, is gebruik gemaakt van de eerste vier stappen van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Er is literatuur gezocht in de databanken: Springerlink, Cinahl, Pubmed, Google Scholar en Google. Er is gezocht op de zoektermen: kwetsbare ouderen, huisartsenpraktijk, mantelzorg, overbelasting, vergrijzing, overbelasting mantelzorgers, caregiver support, elderly people, Informal caregiver, general practice, support, mantelzorger en ondersteuning. Als booleaanse operator is AND gebruikt. Er is gezocht naar bronnen die niet ouder dan vijf jaar zijn; de gebruikte bronnen zijn tussen 2013-2018. Er is gezocht naar literatuur die gericht is op de doelgroepen; kwetsbare ouderen en mantelzorgers. De evidence based literatuur zijn nursing journals, artikelen uit medische tijdschriften, systematic reviews en mix methods design. De conceptuele bronnen zijn boeken, een toolkit, rapporten en webpagina's. Ook is er onderzoek in de praktijk gedaan. Er is onderzoek gedaan door middel van twee semigestructureerde interviews, één met een expert op het gebied van mantelzorg en één met de praktijkondersteuners die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk in Maasbree. Ook is er gebruik gemaakt van twee gestructureerde vragenlijsten, één voor de mantelzorgers van kwetsbare ouderen en één voor de medewerkers van de huisartsenpraktijk in Maasbree, die betrokken zijn bij de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers.

LEESWIJZER

In hoofdstuk één worden het voorstel van verandering en het theoretisch kader beschreven. In hoofdstuk twee wordt de wenselijke situatie beschreven met betrekking tot het signaleren van overbelasting en het ondersteunen van de mantelzorgers van kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk. Hierna wordt in hoofdstuk drie de feitelijke situatie beschreven. In hoofdstuk vier wordt de analyse uitgevoerd van de doelgroep en de setting met mogelijke beïnvloedbare factoren gedurende de implementatie. Op basis van deze analyse worden in hoofdstuk vijf de strategieën en interventies geselecteerd.

1. ONTWIKKELING VOORSTEL VOOR VERANDERING

De eerste stap van het implementatiemodel van Grol en Wensing is, het ontwikkelen en vaststellen van een voorstel voor de gewenste verandering. Nieuwe werkwijzen en richtlijnen dienen zorgvuldig te worden ontwikkeld en van goede kwaliteit te zijn. Ze moeten aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepasbaar en makkelijk toegankelijk zijn (Grol & Wensing, 2011).

1.1 THEORETISCH KADER

In het theoretisch kader wordt het volgende toegelicht; kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk, mantelzorg, de relatie tussen kwetsbare ouderen en mantelzorgers en overbelasting van de mantelzorger.

KWETSBARE OUDEREN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Volgens Bleijenberg, Jonge, Brand, O'Flynn, Schuurmans en de Wit (2016) wordt kwetsbaarheid gedefinieerd als gelijktijdige afname in het somatische, psychische, sociale en het functionele domein. Daarnaast wordt het ook geassocieerd met verminderde zelfredzaamheid, verminderde kwaliteit van leven en toenemende zorgconsumptie (Blijenberg, e.a., 2016). Om problemen te voorkomen, is het belangrijk om de kwetsbare ouderen zo goed mogelijk in kaart te brengen. In de huisartsenpraktijken wordt daarom gebruik gemaakt van geïntegreerde zorgprogramma's. Bij deze zorgprogramma's worden door middel van een individueel zorgplan de kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers geholpen bij het coördineren van medische en niet-medische taken (De Jong & ten Dam, 2013). De praktijkondersteuners hebben een grote verantwoordelijkheid voor de kwetsbare ouderen vanuit de huisartsenpraktijk, zij monitoren de kwetsbare ouderen en werken samen met andere disciplines zoals de wijkverpleging (de Groot, de Veer, Versteeg & Francke, 2018).

MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg aan een hulpbehoevend persoon door iemand uit diens directe omgeving (Het Sociaal Cultureel Planbureau, 2015). Mantelzorg bestaat voornamelijk uit het begeleiden bij doktersbezoeken, het regelen van vervoer, ondersteunen bij het huishouden en het regelen van zorg of het bieden van persoonlijke zorg (van Haaren & van Halem, 2016).

DE RELATIE TUSSEN KWETSBARE OUDEREN EN MANTELZORGERS

In Nederland groeit het aantal kwetsbare ouderen. Deze kwetsbare ouderen met een complexe en langdurige zorgvraag blijven steeds langer thuis wonen. In het overheidsbeleid worden kwetsbare ouderen in eerste instantie geacht hulp uit hun eigen netwerk te krijgen voordat ze in aanmerking komen voor professionele hulp.

De toename van het aantal kwetsbare thuiswonende ouderen zal ertoe leiden dat mantelzorgers vaker en gedurende langere tijd de zorg voor de hulpbehoevende op zich nemen (Van Wieringen, Broese van Groenou, & Groenewegen, 2014). De kwetsbare ouderen kunnen zichzelf niet meer redden en zijn afhankelijk van de hulp van anderen. Wanneer de mantelzorg voor de kwetsbare ouderen weg valt, kan dit problemen geven. De taken die door de mantelzorger uitgevoerd werden, worden dan onvoldoende of helemaal niet meer uitgevoerd (van Haaren & van Halem, 2016).

OVERBELASTING VAN DE MANTELZORGER

Risicofactoren die overbelasting van de mantelzorger kunnen veroorzaken zijn: symptomen en het beloop van de ziekte van de hulpbehoevend persoon, de persoonlijkheid van de mantelzorger en het copingmechanisme van de mantelzorger, de relatie tussen de mantelzorger en de hulpbehoevende, het sociale netwerk van de mantelzorger en de sociale steun die de mantelzorger ontvangt (Videler, Meekeren & Alphen, 2013). De mantelzorg neemt vaak geleidelijk toe en zal dus steeds zwaarder worden. De klachten die voorkomen bij een overbelaste mantelzorger zijn: niet lekker in zijn of haar vel zitten en gezondheidsklachten zoals: hoofdpijn, vermoeidheid, rusteloosheid, slaapstoornissen, concentratieproblemen, paniekaanvallen en uiteindelijk depressie. Door deze gezondheidsproblemen, kan het zo zijn dat de mantelzorger niet meer in staat is de mantelzorg te kunnen verlenen (Mezzo, 2018).

1.2 VOORSTEL VOOR VERANDERING

Omdat er in de huisartsenpraktijk in Maasbree geen vaste werkwijze is om overbelasting te signaleren en omdat er weinig bekend is over mantelzorgondersteuning, is het voorstel voor verandering om een vaste werkwijze te implementeren om overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren en mantelzorgondersteuning te bieden. Het voorstel voor verandering is erop gericht dat de praktijkondersteuners op eenduidige wijze overbelasting signaleren en dat er op dezelfde wijze ondersteuning kan worden geboden aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Het voorstel voor verandering wordt gedaan op microniveau binnen de huisartsenpraktijk in Maasbree.

In dit hoofdstuk is de theorie met betrekking tot overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen toegelicht en het voorstel voor verandering beschreven. In het volgende hoofdstuk zal de wenselijke situatie in kaart worden gebracht.

2. ANALYSE VAN DE WENSELIJKE SITUATIE

Het implementatieproces van Grol & Wensing (2011) start met een duidelijke omschrijving van wat er precies geïmplementeerd moet worden en welke verbeteringen in de zorg nagestreefd moeten worden. In dit hoofdstuk worden de methodiek, de resultaten en de conclusie ten aanzien van de wenselijke situatie beschreven.

2.1 METHODIEKBESCHRIJVING

De wenselijke situatie wordt in kaart gebracht door middel van een literatuuronderzoek, een semigestructureerd interview en twee gestructureerde vragenlijsten. Waarom voor deze methodes is gekozen, en hoe deze zijn uitgevoerd, staat hieronder beschreven.

LITERATUURONDERZOEK

Het doel van het literatuuronderzoek is om te achterhalen hoe overbelasting van mantelzorgers het best gesignaleerd kan worden door de praktijkondersteuner en op welke manier het beste ondersteuning geboden kan worden aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Er is literatuur gezocht in de volgende databanken: Springelink, Cinahl en Google. De literatuur is gezocht met de zoektermen: overbelasting, mantelzorgers, kwetsbare ouderen, ondersteuning, caregiver support en elderly people. Als booleaanse operator is AND gebruikt. De gebruikte literatuur is niet ouder dan vijf jaar, er is gezocht op literatuur tussen 2013-2018. Er is gezocht naar literatuur die gericht is op de doelgroep: kwetsbare ouderen en het onderzoek is uitgevoerd in een medische setting, met voorkeur de huisartsenpraktijk. De uitgebreide zoekstrategie is terug te vinden in bijlage 1.

SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW

Er is gekozen voor een semigestructureerd interview omdat hierbij kan worden doorgevraagd, afhankelijk van de antwoorden. Ook kan er zo nodig gecorrigeerd worden wanneer de geïnterviewde de vraag verkeerd begrijpt (Baarda, 2014). Het semigestructureerd interview heeft plaats gevonden met een expert op het gebied van mantelzorgondersteuning, namelijk een maatschappelijk werkende die zich bezighoudt met individuele mantelzorgondersteuning. De expert is benaderd via 'Steunpunt Mantelzorg Peel en Maas'. De volgende topics zijn van te voren opgesteld: signaleren van overbelasting, mantelzorgondersteuning en doorverwijzen. Deze topics zijn opgesteld aan de hand van de resultaten uit het literatuuronderzoek. Daarnaast zijn ook nog subtopics opgesteld, deze zijn te vinden in bijlage 7. De topics zijn van te voren goedgekeurd door de praktijkbegeleiders en de docentbegeleider. Om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten, zijn de topics van te voren naar de maatschappelijk werkende gemaild, zodat zij zich hierop kan voorbereiden. Er is van te voren aan de mantelzorgerondersteuner toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Het gehele interview is uitgewerkt, geanalyseerd en bijgevoegd in bijlage 8.

De volledige uitwerking is naar de maatschappelijk werkende gestuurd voor een membercheck om de betrouwbaarheid te vergroten. De gegevens zijn geordend en alle bruikbare informatie is onderverdeeld in de bijbehorende topics. Naderhand is bekeken welke informatie relevant is voor het in kaart brengen van de wenselijke situatie (Baarda, 2014).

GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJSTEN

Er is gekozen voor vragenlijsten omdat middels deze methode een grote groep in een korte tijd kan worden bereikt (Baarda, 2014). Er zijn twee aparte vragenlijsten ontwikkeld, één voor de mantelzorgers van kwetsbare ouderen en één voor de medewerkers van de huisartsenpraktijk in Maasbree die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. In beide vragenlijsten wordt ook de feitelijke situatie aangekaart. Hiervoor is gekozen omdat dit minder belastend is voor de personen die de vragenlijst invullen. In de vragenlijst voor de medewerkers is vraag 12 t/m 15 gericht op de wenselijke situatie. In de vragenlijst voor de mantelzorgers is vraag 12 t/m 16 gericht op de wenselijke situatie. De vragenlijsten zijn beide anoniem, hierdoor is minder kans op sociaal wenselijke antwoorden (Baarda, 2014). De vragen zijn onderverdeeld aan de hand van de eerder benoemde topics. Er is gebruik gemaakt van meerkeuzevragen met bij sommige vragen de mogelijkheid tot schriftelijke aanvulling, en open vragen. Aan het einde van de vragenlijst is de mogelijkheid gegeven voor eventuele aanvullingen. De vragenlijst voor de medewerkers is gericht op welke rol zij vinden dat de praktijkondersteuner en huisarts zouden moeten hebben en welke werkwijze voor hun ideaal zouden zijn. De vragenlijst voor de mantelzorgers is gericht op wat de mantelzorgers verwachten van de praktijkondersteuner of huisarts en welke behoeften ze hebben. Beide vragenlijsten zijn van te voren goedgekeurd door de praktijkbegeleiders en de docentbegeleider. De medewerkers zijn van te voren via de mail op de hoogte gebracht dat er een vragenlijst ingevuld dient te worden. Ook is er tussentijds een reminder verstuurd via de mail om de respons te verhogen. Er zijn 7 vragenlijsten aan de medewerkers aangereikt, de volledige vragenlijst voor de medewerkers is te vinden in bijlage 2. De mantelzorgers zijn benaderd om de vragenlijst in te vullen tijdens consulten of huisbezoeken door de praktijkondersteuners. Tussentijds zijn de mantelzorgers benaderd als reminder wanneer er toevallig contact plaats vond tussen praktijkondersteuners en de mantelzorgers. De mantelzorgers hebben schriftelijk toestemming gegeven om mee te werken aan het onderzoek. Het toestemmingsformulier is te vinden in bijlage 5. Er zijn 14 vragenlijsten aan mantelzorgers aangereikt. De ingevulde vragenlijsten zijn ingeleverd bij de balie van de huisartsenpraktijk, de assistenten van de huisarts zijn hierover van te voren via de mail op de hoogte gebracht. De volledige vragenlijst voor de mantelzorgers is te vinden in bijlage 4. De uitkomsten van de vragenlijsten zijn geanalyseerd, waarna per vraag de uitkomst in percentages wordt uitgedrukt. De open aanvullingen zijn in een tabel weergegeven.

De analyse van de vragenlijst voor medewerkers is te vinden in bijlage 3 en de analyse van de vragenlijst voor de mantelzorgers is te vinden in bijlage 6.

2.2 RESULTATEN

Hieronder staan de resultaten beschreven die zijn voortgekomen na de uitvoering van het literatuuronderzoek, het semigestructureerd interview en de gestructureerde vragenlijsten.

RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK

De resultaten van het literatuuronderzoek worden per topic beschreven.

Signaleren van overbelasting: Om overbelasting van de mantelzorger te herkennen, dient de praktijkondersteuner of huisarts te letten op de volgende klachten bij de mantelzorger: hoofd- en buikpijn, verhoogde bloeddruk, hyperventilatie, pijn in gewrichten, toenemende vermoeidheid, verandering in het eetpatroon, schaamte- en schuldgevoelens, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, lusteloosheid, slaapproblemen, snel geëmotioneerd, piekeren, rusteloosheid, chaotisch, onverdraagzaam, agressief, verwaarloosd uiterlijk, meer drinken/roken en gebruik kalmerende of stimulerende middelen (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014). In veel huisartsenpraktijken worden praktijkondersteuners ingezet voor de doelgroep kwetsbare ouderen. Het is hun taak om overbelasting te signaleren (De Klerk, De Boer, Kooiker, Plaisier, & Schyns, 2014). Er zijn verschillende meetinstrumenten waarmee overbelasting van mantelzorgers gesignaleerd kan worden. De EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg), hiermee wordt de belasting van mantelzorgers van mensen met dementie in kaart gebracht. Naast de EDIZ is er ook nog de EDIZ-plus, dit meetinstrument is meer arbeidsgerelateerd. De CRA (Caregiver Reaction Assessment), dit meetinstrument is gericht op alle mantelzorgers en is niet specifiek gericht op één ziekte. De CSI (Caregiver Strain Index) is het meest gebruikte wetenschappelijk gevalideerd meetinstrument om overbelasting van de mantelzorgers te signaleren (Kennisplein Zorg voor Beter, 2018).

Mantelzorgondersteuning: Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers van thuiswonende ouderen behoefte hebben aan: informatie en training, professionele ondersteuning, effectieve communicatie en juridische en financiële ondersteuning (Leite, Jorge, Joao en Susana, 2013). De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft een stappenplan ontwikkeld, speciaal voor mantelzorgondersteuning in de huisartsenpraktijk (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014). Wanneer er een praktijkondersteuner wordt ingezet in een huisartsenpraktijk voor de doelgroep kwetsbare ouderen, is het hun taak om ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers (De Klerk, e.a., 2014). Het Centrum van Dienstverlening heeft een model ontwikkeld waarmee samen met de mantelzorger gekeken wordt naar de behoeften van ondersteuning, de Mantelzorg Schijf van vijf (den Boer, 2017).

Mantelzorgondersteuning kan ook gedaan worden aan de hand van groepsbijeenkomsten. Uit onderzoek naar de effecten van groepsbijeenkomsten op overbelaste mantelzorgers van patiënten met dementie, kan geconcludeerd worden dat de belasting van de mantelzorgers lager is na het volgen van de groepsbijeenkomsten (Kenter-Hupkes, e.a, 2018).

Doorverwijzen: Het is de taak van de praktijkondersteuner of huisarts om de mantelzorgers te wijzen op organisaties voor mantelzorgondersteuning (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2014). Er zijn verschillende instanties die ingeschakeld kunnen worden om ondersteuning te bieden aan mantelzorgers, zoals steunpunten mantelzorg, welzijnswerk, vrijwilligersorganisaties en professionele zorgaanbieders (De Klerk, De Boer, Plaisier, Schyns, & Kooiker, 2015).

RESULTATEN SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW

Het interview heeft plaatsgevonden met de eerder genoemde expert, een maatschappelijk werkende die sinds twee jaar bezig is met de individuele mantelzorgondersteuning. De resultaten van het interview worden beschreven aan de hand van de topics.

Signaleren van overbelasting: Het is de taak van de praktijkondersteuner of huisarts om de mantelzorgsituatie vroegtijdig in kaart te brengen. Dit gebeurt bij voorkeur door middel van een face-to-face gesprek met de mantelzorger en de kwetsbare oudere samen. Zo wordt meteen alles bespreekbaar gemaakt. Overbelasting kan worden herkend doordat de mantelzorger stress of vermoeidheidsklachten aangeeft of wanneer er sprake is van een klein sociaal netwerk. Opvallend is, dat de maatschappelijk werkende aangeeft, dat bij voorkeur geen gebruik dient te worden gemaakt van een meetinstrument om overbelasting te signaleren, omdat dan vaak niet alles ter sprake komt. Echter, wanneer de situatie er om vraagt kan er toch gebruik worden gemaakt van een meetinstrument. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument, gaat de voorkeur van maatschappelijk werkende uit naar de mantelzorgscan of de aandachtspuntenlijst van de Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM) methode.

Mantelzorgondersteuning: Uit ervaring van de maatschappelijk werkende blijkt dat mantelzorgers behoefte hebben aan praktische ondersteuning en sociale/emotionele ondersteuning. Vormen van mantelzorgondersteuning zijn: financiële ondersteuning, individuele hulpverlening, groepshulpverlening en lotgenotencontact. De taak van de praktijkondersteuner en de huisarts bij mantelzorgondersteuning is het signaleren van overbelasting en het doorverwijzen naar hulporganisaties, zoals het Steunpunt Mantelzorg. De maatschappelijk werkende raadt aan om gebruik te maken van het stappenplan van De Landelijke Huisartsen Vereniging omdat deze uitgebreid is en goed in de praktijk past.

Doorverwijzen: Het vroegtijdig doorverwijzen naar een steunpunt voor mantelzorg is in het belang van de mantelzorger, aldus de maatschappelijk werkende: “wij kunnen natuurlijk ook wat breder kijken en meteen het lijntje leggen met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

(WMO) op het moment dat er een voorziening moet worden aangevraagd”.

Mantelzorgondersteuning vraagt om een goede samenwerking tussen de betrokken disciplines, iedereen kan mee denken vanuit hun eigen expertise. Er kan ook gebruik worden gemaakt van informele hulp voor mantelzorgondersteuning zoals burgerinitiatieven, maar ook het sociale netwerk van de kwetsbare oudere.

RESULTATEN GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJSTEN

Hieronder worden per vragenlijst de resultaten met betrekking tot de wenselijke situatie kort samengevat. De resultaten zijn beschreven aan de hand van de topics.

Gestructureerde vragenlijst voor de medewerkers die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen

De respons op de vragenlijst is 86%, zes van de zeven medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld, hiertoe behoren 3 huisartsen (50%), twee praktijkondersteuners (33%) en één verpleegkundig specialist (17%). Om gebruik te maken van de gegevens uit de vragenlijst behoort de respons minimaal 60% te zijn (Fincham, 2008).

Signaleren van overbelasting: De helft van de medewerkers geeft aan voorkeur te hebben aan het signaleren van overbelasting met behulp van een meetinstrument. De andere helft is van mening dat signaleren van overbelasting beter middels een gesprek kan worden gedaan.

Mantelzorgondersteuning: De rol van de praktijkondersteuner en huisarts bij mantelzorgondersteuning is volgens de medewerkers het signaleren, monitoren, informeren/begeleiden, evalueren en eventueel doorverwijzen. De meerderheid (67%) geeft aan dat er meerdere vormen van mantelzorgondersteuning zijn, welke vorm de voorkeur heeft, verschilt per mantelzorger.

Doorverwijzen: De helft geeft aan dat er meer doorverwijsmogelijkheden zouden mogen zijn voor mantelzorgondersteuning. Als aanvulling schrijft een huisarts: “Er is voldoende, maar onvoldoende bekend bij ons. Er zijn meer mantelzorgers belast dan mantelzorgers die ondersteuning ervaren.”

Gestructureerde vragenlijst voor de mantelzorgers van kwetsbare ouderen

De respons op de vragenlijst is 71% en mag dus als representatief worden beschouwd (Fincham, 2008). De respondenten betreffen tien mantelzorgers van kwetsbare ouderen met de leeftijd tussen 51-89 jaar hebben de vragenlijst ingevuld. In de meeste gevallen betreft het de partner van de kwetsbare oudere (70%). In 20% van de gevallen is de mantelzorger een kind en in 10% van de gevallen een nicht van de kwetsbare oudere.

Signaleren van overbelasting: Er wordt door de mantelzorgers verwacht dat de praktijkondersteuner of huisarts overbelasting signaleert. Eén vijfde geeft aan het prettig te vinden als hier een meetinstrument voor zou worden gebruikt.

Mantelzorgondersteuning: De helft van de mantelzorgers vindt dat de praktijkondersteuner en huisarts verantwoordelijk zijn voor het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers. Er wordt verwacht dat de praktijkondersteuner of huisarts voor de mantelzorger klaarstaat en dat er mantelzorgondersteuning geboden wordt indien dit nodig is.

Doorverwijzen: Eén derde van de mantelzorgers zou het fijn vinden als de huisarts of praktijkondersteuner hen op de hoogte brengt van de doorverwijsmogelijkheden.

2.3 CONCLUSIE

Vanuit de resultaten van de wenselijke situatie kan geconcludeerd worden dat het de taak is van de praktijkondersteuner of huisarts om overbelasting te signaleren bij mantelzorgers van kwetsbare ouderen en om de mantelzorgers te ondersteunen. In de literatuur komt naar voren dat wanneer er een praktijkondersteuner voor de doelgroep kwetsbare ouderen aanwezig is in de huisartsenpraktijk, het signaleren van overbelasting en mantelzorgondersteuning bieden valt onder het takenpakket van deze praktijkondersteuner. Een face-to-face gesprek met de kwetsbare oudere en de mantelzorger om overbelasting te signaleren, heeft de voorkeur van de expert en de helft van de betrokken medewerkers. Het gebruik van een meetinstrument om overbelasting te signaleren wordt door de expert alleen geadviseerd wanneer de situatie hierom vraagt. Als er gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument heeft de expert de voorkeur aan de mantelzorgscan of de aandachtspuntenlijst van de POM methode.

Uit de resultaten blijkt dat de taak van de praktijkondersteuner of huisarts bij mantelzorgondersteuning met name het signaleren van overbelasting, monitoren/evalueren en het doorverwijzen naar mantelzorgorganisaties zoals Steunpunt Mantelzorg is. De betrokken medewerkers zijn van mening dat de praktijkondersteuner of huisarts verantwoordelijk is voor het geven van informatie en het bieden van begeleiding aan de mantelzorgers. De mantelzorgers geven aan dat ze verwachten dat de praktijkondersteuner en huisarts voor ze klaarstaan als dit nodig is. Uit de literatuur komt het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging naar voren, de expert raadt aan middels dit stappenplan te werken. Volgens de literatuur is het de taak van de praktijkondersteuner of huisarts om mantelzorgers op de hoogte te brengen over mantelzorgorganisaties. De meeste mantelzorgers geven echter aan hier geen behoefte aan te hebben.

In dit hoofdstuk is inzicht in de wenselijke situatie gegeven, in het volgende hoofdstuk zal worden toegelicht hoe de feitelijke situatie eruit ziet.

3. ANALYSE VAN DE FEITELIJKE SITUATIE

Het is noodzakelijk dat eerst de feitelijke situatie duidelijk is voordat er over kan worden gegaan tot activiteiten gericht op implementatie (Grol & Wensing, 2011). In dit hoofdstuk worden de methodiek die gebruikt is, de resultaten en de conclusie ten aanzien van de feitelijke situatie beschreven. Het verschil tussen wenselijk en feitelijk wordt weergegeven en er worden SMART-doelen voor verbetering geformuleerd.

3.1 METHODIEKBESCHRIJVING

De feitelijke situatie wordt in kaart gebracht door middel van een literatuuronderzoek en twee gestructureerde vragenlijsten. Waarom voor deze methodes is gekozen en hoe deze zijn uitgevoerd, staat hieronder beschreven.

LITERATUURONDERZOEK

Het doel van het literatuuronderzoek is om te achterhalen of overbelasting van de mantelzorgers van kwetsbare ouderen tijdig genoeg wordt gesignaleerd en op welke manier dit in de huisartsenpraktijken in Nederland momenteel gedaan wordt. Daarnaast wordt ook onderzocht of mantelzorgers vinden dat er voldoende ondersteuning geboden wordt door de praktijkondersteuner en/of de huisarts. Er is literatuur gezocht in de volgende databanken: Springerlink, Pubmed en Google. De literatuur is gezocht met de zoektermen: overbelasting, mantelzorger, ondersteuning, kwetsbare ouderen, informal caregiver, general practice en support. Als booleaanse operator is AND gebruikt. De gebruikte literatuur is niet ouder dan vijf jaar, er is gezocht op literatuur tussen 2013-2018. Er is gezocht naar literatuur die gericht is op mantelzorgers en het onderzoek is uitgevoerd in een medische setting, met als voorkeur de huisartsenpraktijk. De uitgebreide zoekstrategie is terug te vinden in bijlage 1.

GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJSTEN

Om de feitelijke situatie in kaart te brengen, is gekozen om gebruik te maken van dezelfde vragenlijsten die gebruikt zijn om de wenselijke situatie in kaart te brengen (zie hoofdstuk 1.3). Er is gekozen om gebruik te maken van dezelfde vragenlijst omdat dit minder belastend is voor de personen die de vragenlijst invullen. In de vragenlijst voor de medewerkers is vraag 4 t/m 10 gericht op de feitelijke situatie. In de vragenlijst voor de mantelzorgers is vraag 4 t/m 10 gericht op de feitelijke situatie. De vragen zijn onderverdeeld aan de hand van de eerder benoemde topics. Aan het einde van het onderdeel 'de huidige situatie' is de mogelijkheid gegeven voor eventuele aanvullingen. Er is gebruik gemaakt van meerkeuzevragen, met bij sommige vragen de mogelijkheid tot schriftelijke aanvulling, en open vragen. De vragenlijst voor de medewerkers is erop gericht om te achterhalen hoe overbelasting momenteel gesignaleerd wordt bij de huisartsenpraktijk en op welke manier er nu ondersteuning wordt geboden aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen.

Ook wordt achterhaald of de medewerkers vinden dat er voldoende aandacht besteed wordt aan het signaleren van overbelasting en het ondersteunen van mantelzorgers van kwetsbare ouderen. De volledige vragenlijst voor de medewerkers is te vinden in bijlage 2. De vragenlijst voor de mantelzorgers is erop gericht om te achterhalen of de mantelzorgers van mening zijn dat er voldoende aandacht besteed wordt aan het signaleren van overbelasting en aan het bieden van ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk. De volledige vragenlijst voor de mantelzorgers is te vinden in bijlage 4. De analyse van de vragenlijst voor medewerkers is te vinden in bijlage 3 en de analyse van de vragenlijst voor de mantelzorgers is te vinden in bijlage 6.

3.2 RESULTATEN

Hieronder staan de resultaten beschreven die zijn voortgekomen na de uitvoering van het literatuuronderzoek en de gestructureerde vragenlijsten.

RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK

De resultaten van het literatuuronderzoek worden per topic beschreven.

Signaleren van overbelasting: Mantelzorgers zijn vaak niet tijdig genoeg in beeld bij organisaties die steun kunnen bieden. Volgens de gemeenten is het de taak van de praktijkondersteuner of huisarts om de mantelzorgers in beeld te brengen (Mezzo, z.d.) Uit onderzoek van Kenter-Hupkes, e.a. (2018) blijkt dat één derde van de mantelzorgers vindt dat de zorgverleners onvoldoende zicht hebben op hoe het met de mantelzorger gaat. Wanneer de partner mantelzorg verleent aan de kwetsbare oudere, is deze sneller in beeld bij de praktijkondersteuner of huisarts dan wanneer iemand anders de mantelzorg verleent (den Boer, 2017). Sinds de inzet van de praktijkondersteuners om overbelasting te signaleren bij mantelzorgers van kwetsbare ouderen, komen uit meerdere gemeenten positieve reacties hierop (De Klerk, e.a., 2014).

Mantelzorgondersteuning: Uit recent onderzoek is gebleken dat mantelzorgers vinden dat de huisartsen te veeleisend kunnen zijn, sommige mantelzorgers voelen zich gedwongen om de zorg voor de hulpbehoevende op zich te nemen. Ook richten de huisartsen zich voornamelijk op de hulpbehoevend persoon en worden de problemen van de mantelzorgers in sommige gevallen genegeerd. Daarnaast geven mantelzorgers aan dat er gebrek aan communicatie is met de zorgverleners (Gagyor, Heßling, Heim, Frewer, Nauck & Himmel, 2018).

Doorverwijzen: Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers de organisaties die ondersteuning bieden vaak niet kennen (Kenter-Hupkes, e.a., 2018). Ruim vier op de vijf mantelzorgers maakt geen gebruik van ondersteuning van een mantelzorgorganisatie (De Klerk, e.a., 2015).

RESULTATEN GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJSTEN

Hieronder worden per vragenlijst de resultaten met betrekking tot de feitelijke situatie kort samengevat. De resultaten zijn beschreven aan de hand van de topics.

Gestructureerde vragenlijst voor de medewerkers die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen

Signaleren van overbelasting: Volgens één derde van de medewerkers wordt er onvoldoende aandacht besteed aan het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Ruim 67% maakt geen gebruik van een meetinstrument.

Mantelzorgondersteuning: In de huidige situatie worden de mantelzorgers ondersteund door middel van huisbezoeken door de praktijkondersteuner of huisarts, informatie geven, gesprekken voeren, in te spelen op het vlak dat de overbelasting veroorzaakt en doorverwijzen naar andere disciplines of hulporganisaties. Er wordt volgens de medewerkers geen gebruik gemaakt van een vast stappenplan.

Doorverwijzen: Een klein aantal van de medewerkers (33%) geeft aan wel eens mantelzorgers door te verwijzen voor mantelzorgondersteuning terwijl de meerderheid (83%) aangeeft dat naar hun mening de mantelzorger te laat wordt doorverwezen voor mantelzorgondersteuning.

Gestructureerde vragenlijst voor de mantelzorgers van kwetsbare ouderen

Signaleren van overbelasting: De meerderheid van de mantelzorgers (90%) geeft aan dat er momenteel voldoende aandacht wordt besteed aan het signaleren van overbelasting maar ondanks dat geeft 60% aan dat de praktijkondersteuner of huisarts overbelasting nog nooit heeft aangekaart. Niemand geeft aan dat er ooit gebruik is gemaakt van een meetinstrument om overbelasting te signaleren.

Mantelzorgondersteuning: Alle mantelzorgers geven aan dat ze het idee hebben dat ze bij de praktijkondersteuner en de huisarts terecht kunnen voor ondersteuning en 90% geeft aan dat de praktijkondersteuner en de huisarts momenteel voldoende ondersteuning bieden.

Doorverwijzen: Eén vijfde van de mantelzorgers geeft aan wel eens doorverwezen te zijn voor mantelzorgondersteuning en de meerderheid (70%) van de mantelzorgers geeft aan door de praktijkondersteuner of huisarts ingelicht te zijn over de ondersteuningsmogelijkheden.

3.3 WENSELIJKE SITUATIE VERSUS FEITELIJKE SITUATIE

In figuur 1 worden de verschillen met betrekking tot de wenselijke situatie versus de feitelijke situatie in kaart gebracht.

Figuur 1: tabel verschil wenselijke situatie versus feitelijke situatie

Topic	Wenselijk	Feitelijk
Signaleren van overbelasting	- De praktijkondersteuner is verantwoordelijk voor de kwetsbare ouderen, het is hun taak om overbelasting te signaleren en ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers. - Het signaleren van overbelasting wordt gedaan door middel van een gesprek met de kwetsbare ouderen en de mantelzorger.	- Volgens 1/3^e van de betrokken medewerkers wordt er onvoldoende aandacht besteed aan het signaleren van overbelasting. - Een klein deel (33,3%) van de betrokken medewerkers maakt gebruik van een meetinstrument.
Mantelzorg ondersteuning	- Het wordt aanbevolen om gebruik te maken van het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging voor mantelzorgondersteuning.	- Er wordt geen gebruik gemaakt van een vast stappenplan.
Doorverwijzen	- Het is van belang om de overbelaste mantelzorgers vroegtijdig door te verwijzen.	- 1/3^e van de betrokken medewerkers heeft wel eens mantelzorgers doorverwezen en 1/4^e van de mantelzorgers geeft aan wel eens door te zijn verwezen voor mantelzorgondersteuning. - De meerderheid van de betrokken medewerkers geeft aan dat naar hun mening de mantelzorger te laat wordt doorverwezen voor mantelzorgondersteuning.

Aan de hand van bovenstaande gegevens uit de tabel, kan worden geconcludeerd dat er een aantal punten is waar verbetering in kan worden gebracht; er wordt nog onvoldoende aandacht besteed aan het signaleren van overbelasting, er wordt geen gebruik gemaakt van een vast stappenplan voor mantelzorgondersteuning en mantelzorgers worden niet tijdig genoeg doorverwezen.

3.4 SMART-DOELEN

Na de vergelijking van de wenselijke versus feitelijke situatie zijn er specifieke, meetbare, acceptabele, realistische en tijdsgebonden (SMART) doelen geformuleerd om de wenselijke situatie te bereiken.

- Over vijf weken geeft minimaal 95% van alle betrokken medewerkers aan dat er voldoende aandacht wordt besteed aan het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen
- Over vijf weken wordt overbelasting gesignaleerd door de praktijkondersteuners aan de hand van een gesprek met de kwetsbare oudere en de mantelzorger.
- Over vijf weken wordt door de praktijkondersteuners en huisartsen gewerkt aan de hand van het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging.
- Over vijf weken wordt 95% van de overbelaste mantelzorgers meteen nadat de overbelasting gesignaleerd is, doorverwezen naar het steunpunt mantelzorg, als de mantelzorger zelf aangeeft hier behoefte aan te hebben.

3.5 CONCLUSIE

Aan de hand van de resultaten uit het literatuuronderzoek van de feitelijke situatie kan geconcludeerd worden dat de mantelzorgers in Nederland vaak niet tijdig genoeg in beeld zijn. Het blijkt echter wel positief uit te pakken sinds praktijkondersteuners ingezet worden om overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren.

In de praktijk wordt volgens een aantal medewerkers onvoldoende aandacht besteed aan het signaleren van overbelasting. Volgens de mantelzorgers wordt hier wel voldoende aandacht aan besteed. De medewerkers en mantelzorgers geven beide aan dat er geen gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument om overbelasting te signaleren. De mantelzorgers geven aan dat ze het idee hebben bij de praktijkondersteuner en huisarts terecht te kunnen voor mantelzorgondersteuning en dat hier voldoende aandacht aan besteed wordt. Er wordt door de medewerkers geen gebruik gemaakt van een vast stappenplan om mantelzorgers te ondersteunen. De mantelzorgers worden nauwelijks of te laat doorverwezen door de praktijkondersteuner of huisarts naar een organisatie voor mantelzorgondersteuning.

In dit hoofdstuk is inzichtelijk geworden welke verschillen er zijn tussen de wenselijke situatie en de feitelijke situatie en welke doelen nagestreefd moeten worden. In het volgende hoofdstuk zal een analyse plaatsvinden van mogelijke beïnvloedende factoren tijdens de implementatie en ook de doelgroep en setting worden geïnventariseerd (Grol & Wensing, 2011).

4. PROBLEEMANALYSE DOELGROEP EN SETTING

De volgende stap is het analyseren van de doelgroep en de setting waarin de verandering plaats gaat vinden. Ook worden de bevorderende en belemmerende factoren die het verloop van een implementatieproces beïnvloeden of de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken geanalyseerd (Grol & Wensing, 2011). In dit hoofdstuk wordt de methodiek die gebruikt is beschreven. Daarnaast worden de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren weergegeven.

4.1 METHODIEKBESCHRIJVING

De doelgroep, setting en beïnvloedende factoren zijn in kaart gebracht door middel van twee vragenlijsten en een semigestructureerd interview. Hieronder staat beschreven waarom voor deze methodes is gekozen en hoe deze zijn uitgevoerd.

METHODIEKBESCHRIJVING DOELGROEP, SETTING EN BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

In de vragenlijst voor de betrokken medewerkers, waarin de wenselijke en feitelijke situatie onderzocht wordt, wordt ook de doelgroep geanalyseerd (zie hoofdstuk 1.3). Hiervoor is gekozen omdat dit minder belastend is voor de personen die de vragenlijst invullen. In de vragenlijst is vraag 1 t/m 3 gericht op de analyse van de doelgroep. Er is gevraagd naar het geslacht, de functie binnen de huisartsenpraktijk en hoeveel jaar de medewerker werkzaam is binnen de huisartsenpraktijk. De volledige vragenlijst is te vinden in bijlage 2.

Ook heeft er een semigestructureerd interview plaats gevonden met de twee praktijkondersteuners die werkzaam zijn binnen de huisartsenpraktijk in Maasbree. Er is gevraagd welke medewerkers allemaal betrokken zijn bij de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers. Binnen een doelgroep zijn vaak verschillende subgroepen die invloed op elkaar uitoefenen (Grol en Wensing, 2011). Om de doelgroep in subgroepen onder te verdelen, is gevraagd hoe de betrokken medewerkers zich opstellen tegenover verandering. Tijdens het semigestructureerd interview is ook gevraagd of de praktijkondersteuners iets over de setting huisartsenpraktijk Maasbree kunnen vertellen. Deze gegevens zijn gebruikt om de setting te analyseren. De bevorderende en belemmerende factoren zijn ook aan bod gekomen tijdens het semigestructureerd interview. Er is onderscheid gemaakt in individuele, sociale, organisatorische, maatschappelijke en overige factoren (Grol en Wensing, 2011). Uit de vragenlijst voor de mantelzorgers en betrokken medewerkers zijn ook factoren verkregen die de implementatie zouden kunnen beïnvloeden.

4.2 RESULTATEN

Hieronder staan de resultaten beschreven met betrekking tot de doelgroep, de setting en de beïnvloedende factoren.

RESULTATEN SETTING

De setting waar de beoogde kwaliteitsverbetering plaats zal vinden, betreft de huisartsenpraktijk in Maasbree. Deze huisartsenpraktijk is een onderdeel van het gezondheidscentrum in Maasbree en valt onder de organisatie Cohesie. Cohesie is een coöperatie voor huisartsenzorg.

De huisartsenpraktijk in Maasbree is een dorpspraktijk met ongeveer 6000 patiënten waarvan 76 kwetsbare ouderen. Binnen de huisartsenpraktijk zijn meerdere disciplines werkzaam, waaronder doktersassistenten, praktijkondersteuners somatiek, praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (GGZ), een verpleegkundig specialist en huisartsen. Daarnaast zijn er ook regelmatig stagiaires werkzaam. Op dit moment is er een verpleegkundig specialist in opleiding, een coassistent, een stagiaire doktersassistente en een stagiaire praktijkondersteuner somatiek.

De beoogde kwaliteitsverbetering zal plaatsvinden op microniveau. De huisartsenpraktijk is vooruitstrevend en er wordt regelmatig meegedaan aan pilots die vanuit de coöperatie aangeboden worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

RESULTATEN DOELGROEP

De medewerkers van de huisartsenpraktijk in Maasbree die het meest betrokken zijn bij de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers, zijn met name de praktijkondersteuners somatiek en de huisartsen. De verpleegkundig specialist is ook betrokken, maar in mindere mate. Er zijn twee praktijkondersteuners somatiek, beiden met een HBO verpleegkundige achtergrond, drie huisartsen en één verpleegkundig specialist werkzaam bij de huisartsenpraktijk in Maasbree. Van deze medewerkers is 33% mannelijk en 67% vrouwelijk. Een aantal van deze medewerkers is nog niet zo lang werkzaam binnen de praktijk terwijl andere al langer dan 20 jaar werken bij de praktijk. De volledige analyse van de betrokken medewerkers is terug te vinden in de analyse van de vragenlijst (bijlage 3).

De beoogde kwaliteitsverbetering in het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen en mantelzorgondersteuning is vooral gericht op de twee praktijkondersteuners, omdat dit binnen hun takenpakket valt. Omdat er meerdere medewerkers bij de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers betrokken zijn, is ook onderzocht hoe deze medewerkers zich opstellen tegenover verandering. Aan de hand van de indeling van Rogers (2003) is de doelgroep onderverdeeld in subgroepen. De indeling van Rogers is onder te verdelen in de subgroepen: innovators, early adopters, early majority en laggards (Grol en Wensing, 2011).

Door middel van het semigestructureerd interview met de praktijkondersteuners is inzichtelijk geworden in welke subgroepen de betrokken medewerkers onder te verdelen zijn. Eén medewerker is een innovator, deze medewerker grijpt veel nieuwe mogelijkheden aan en neemt hierin het voortouw. De overige medewerkers zijn early adopters, ze staan ook open voor verandering. Ze nemen niet het voortouw maar werken wel mee aan verandering als ze hier het belang van inzien. Tijdens het semigestructureerd interview geven de praktijkondersteuners aan, dat alle betrokken medewerkers in principe open staan voor verandering, ieder op zijn of haar eigen manier. De samenvatting van het semigestructureerd interview is terug te vinden in bijlage 10.

RESULTATEN BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

In figuur 2 staan de bevorderende en belemmerende factoren weergegeven die een rol kunnen spelen bij de beoogde kwaliteitsverbetering. De factoren zijn verdeeld in de volgende domeinen: individuele, sociale, organisatorische, maatschappelijke en overige factoren.

Figuur 2: tabel bevorderende en belemmerende factoren

Domein	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individuele factoren	- Beide praktijkondersteuners hebben voldoende kennis over de doelgroep kwetsbare ouderen. - Beide praktijkondersteuners zijn gemotiveerd om hun werkwijze te veranderen. - Beide praktijkondersteuners geven aan de beoogde kwaliteitsverbetering voort te willen zetten en zijn bereid het daadwerkelijk te implementeren.	- Een aantal van de betrokken medewerkers werkt alleen mee aan verandering, als ze zelf de meerwaarde van de verandering inzien. Wanneer ze de meerwaarde van de beoogde kwaliteitsverbetering niet inzien, kan dit een belemmerende factor zijn.
Sociale factoren	- De samenwerking tussen de twee praktijkondersteuners verloopt goed. Er vindt regelmatig overleg plaats. - De samenwerking tussen de praktijkondersteuners en de huisartsen verloopt goed. Er wordt mondeling overlegd en door middel van autorisaties. - De samenwerking tussen de praktijkondersteuners en de overige disciplines verloopt goed. Er vindt regelmatig een teamvergadering of een multidisciplinair overleg plaats.	X
Organisatorische factoren	- De visie van de huisartsenpraktijk is gericht op het leveren van patiëntgerichte zorg, de beoogde kwaliteitsverbetering sluit aan op deze visie. - De organisatie Cohesie biedt regelmatig bijscholing aan, die betrekking hebben op de kwetsbare ouderen. - De huisartsenpraktijk is vooruitstrevend. Er wordt regelmatig meegedaan aan pilots vanuit de coöperatie om iets nieuws te implementeren. - De praktijkondersteuners hebben tijdens het spreekuur en de visite de mogelijkheid om extra tijd in te plannen indien dit nodig is.	- De helft van de doktersassistenten heeft geen behoefte aan verandering en is hierin terughoudend. - De beoogde kwaliteitsverbetering kan tijd kosten. Afhankelijk van hoeveel tijd het gaat kosten, kan dit bij de huisartsen wel een probleem opleveren, hun spreekuur laat niet veel ruimte over om extra tijd in de mantelzorgers van kwetsbare ouderen te steken.
Maatschappelijke factoren	- Met betrekking tot de privacy wetgeving zou er geen probleem moeten zijn. Er wordt zorgvuldig met de gegevens van de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers omgegaan.	- De overheid of gemeente verandert regelmatig de wet- en regelgeving met betrekking tot mantelzorgondersteuning. Hier heeft de huisartsenpraktijk geen invloed op.
Overige factoren	X	- De mantelzorger zelf moet ook openstaan voor de beoogde kwaliteitsverbetering, niet iedere mantelzorger heeft hier behoefte aan. - In de vragenlijst geeft de helft van de mantelzorgers aan dat ze vinden dat de praktijkondersteuner en huisarts niet verantwoordelijk zijn voor mantelzorgondersteuning.

4.3 CONCLUSIE

Op basis van voorgaande resultaten kan geconcludeerd worden dat de medewerkers waar de beoogde kwaliteitsverbetering invloed op heeft, open staan voor verandering. Eén medewerker neemt het voortouw in het toepassen van kwaliteitsverbeteringen en grijpt veel nieuwe mogelijkheden aan. Dit kan de implementatie ten goede komen. De overige medewerkers zijn ook bereid mee te werken aan verandering. Een aantal van deze medewerkers moet echter wel de meerwaarde van de verandering inzien, voordat ze meewerken. Er moet dan ook gekeken worden hoe deze medewerkers hierover geïnformeerd kunnen worden. De beoogde kwaliteitsverbetering is met name gericht op de praktijkondersteuners, zij geven beiden aan mee te willen werken omdat ze de meerwaarde van de beoogde kwaliteitsverbetering inzien.

In dit hoofdstuk zijn de doelgroep en setting toegelicht en is duidelijk geworden welke factoren een invloed kunnen hebben tijdens de implementatie. In het volgende hoofdstuk zal gekeken worden welke strategieën en interventies worden toegepast tijdens de implementatie, zodat dit zo succesvol mogelijk verloopt.

5. ONTWIKKELING EN SELECTIE VAN INTERVENTIES EN STRATEGIEËN

Aan de hand van de beïnvloedende factoren, de doelgroep en de setting worden vervolgens strategieën, methoden en maatregelen geselecteerd die het beste passen bij de doelgroep en setting (Grol & Wensing, 2011). In dit hoofdstuk worden de methodiek die gebruikt is, de strategieën en interventies, en de conclusie beschreven.

5.1 METHODIEKBESCHRIJVING

Aan de hand van de doelgroep en de beïnvloedende factoren zijn bijbehorende strategieën en interventies geselecteerd. Om deze strategieën en interventies te selecteren is onder andere gebruik gemaakt van de 'Cochrane Effective Practice & Organisation' (EPOC). Hiervoor is gekozen omdat de EPOC wordt gezien als betrouwbaar en bruikbaar bij het selecteren van strategieën en interventies. De strategieën en interventies van de EPOC zijn onder te verdelen in de volgende vier domeinen: professionalgerichte interventies, financiële interventies, organisatorische interventies en wettelijke maatregelen interventies (Grol & Wensing, 2011). Naast de EPOC is ook gebruik gemaakt van het implementatieplan van ZonMw (2018). In dit model worden implementatie doelen benoemd met de daarbij behorende strategieën, interventies en middelen om dit doel te kunnen behalen.

5.2 STRATEGIEËN EN INTERVENTIES

Op de volgende pagina worden in figuur 3 de strategieën en interventies weergegeven aan de hand van de domeinen van de EPOC. Alleen de professionalgerichte interventies en de organisatorische interventies zijn van toepassing tijdens de implementatie.

Figuur 3: tabel strategieën en interventies

Domein EPOC	Bevorderende factor	Belemmerende factor	Strategie	Interventie
Professionalgerichte interventies	De praktijkondersteuners zijn beiden gemotiveerd om hun werkwijze te veranderen.		Lokale opinieleiders	De praktijkondersteuners worden ingeschakeld als sleutelfiguren waar de medewerkers op terug kunnen vallen bij vragen of onduidelijkheden. Er is voor de praktijkondersteuners gekozen omdat zij volledig op de hoogte zijn van de nieuwe werkwijze.
		Een aantal van de medewerkers moet de meerwaarde van de beoogde kwaliteitsverbetering inzien voor medewerking.	Educatieve bijeenkomsten	Er wordt door de praktijkondersteuners voor alle medewerkers van de huisartsenpraktijk een presentatie gehouden over de beoogde kwaliteitsverbetering en wat de meerwaarde ervan is. Er wordt ook aangegeven welke taak iedere medewerker hierin heeft. Er is voor een presentatie gekozen omdat de medewerkers dan de mogelijkheid hebben om te reageren en vragen te stellen. Op deze manier kunnen de praktijkondersteuners de medewerkers overtuigen van de meerwaarde van de beoogde kwaliteitsverbetering.
		De mantelzorger zelf moet ook openstaan voor de beoogde kwaliteitsverbetering, niet iedere mantelzorger heeft hier behoefte aan.	Massamedia	De kwetsbare ouderen en mantelzorgers worden geïnformeerd over de beoogde kwaliteitsverbetering en de meerwaarde ervan door middel van de nieuwsbrief, de website van de huisartsenpraktijk en folders die uitgedeeld worden tijdens het consult of de visite. Er is voor de nieuwsbrief en de website gekozen om een grote groep in een keer te bereiken. Er wordt ook gebruik gemaakt van folders omdat de oudere mantelzorgers dan beter bereikt kunnen worden.
	Er heerst een goede samenwerking tussen de betrokken medewerkers.		Toetsing en terugkoppeling	Elk half jaar wordt tijdens een praktijkondersteunersoverleg terug gekoppeld hoe het werken volgens de nieuwe werkwijze verloopt. Op deze manier worden knelpunten bespreekbaar gemaakt.
		De helft van de doktersassistenten staat niet open voor verandering	'Tailored' strategie	Door middel van een teamvergadering worden barrières opgespoord. Op deze manier kunnen aan de hand van de barrières interventies worden ontwikkeld om de barrières weg te nemen, bijvoorbeeld het geven van een bijscholing over de kwaliteitsverbetering om het kennisniveau te verhogen.
Organisatorische interventies		Het spreekuur van de huisartsen heeft geen ruimte om extra tijd in te plannen voor de beoogde kwaliteitsverbetering.	Herziening van professionele rollen	Het signaleren van overbelasting en het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen, wordt uitgevoerd door de praktijkondersteuners. Hiervoor is gekozen omdat uit de literatuur blijkt dat het signaleren van overbelasting en mantelzorgondersteuning onder het takenpakket van de praktijkondersteuner valt.
	De beoogde kwaliteitsverbetering sluit aan op de visie van de huisartsenpraktijk: patiëntgerichte zorg.		Patiëntgerichte interventies	Er wordt één keer per jaar aan de mantelzorgers gevraagd of er patiëntgericht te werk wordt gegaan en of de mantelzorgers tips hebben om de beoogde kwaliteitsverbetering verder te verbeteren. Dit gebeurt door middel van een enquête die uitgedeeld wordt, omdat zo een grote groep bereikt kan worden.
		De overheid of gemeente verandert regelmatig de wet- en regelgeving met betrekking tot mantelzorgondersteuning waar de huisartsenpraktijk geen invloed op heeft.	Zorgverlenergerichte interventies	De wet- en regelgeving in de gemeente Peel en Maas wordt bijgehouden door de praktijkondersteuners en bij veranderingen wordt dit door middel van een mail aan alle medewerkers doorgegeven. Er is gekozen om de praktijkondersteuners de verantwoordelijkheid te geven omdat zij de sleutelfiguren van de beoogde kwaliteitsverbetering zijn. Via de mail wordt een grote groep in een keer bereikt.

5.3 CONCLUSIE

Bij het implementeren van de beoogde kwaliteitsverbetering worden middels bovengenoemde strategieën en interventies de bevorderende factoren gestimuleerd en belemmerende factoren weggenomen. De strategieën en interventies zijn gericht op de medewerkers en de mantelzorgers van de kwetsbare ouderen. Het is van belang dat de beoogde kwaliteitsverbetering die gaat plaatsvinden, aan de medewerkers en de mantelzorgers wordt overgebracht. Om weerstand bij de medewerkers te voorkomen, worden barrières opgespoord en tegen gegaan. Tevens wordt elk half jaar teruggekoppeld hoe het werken volgens de nieuwe werkwijze verloopt. Om de visie van de huisartsenpraktijk na te streven wordt elk jaar de patiënttevredenheid nagevraagd aan de mantelzorgers en wordt er gevraagd naar tips om de beoogde kwaliteitsverbetering verder te verbeteren.

Uit bovenstaand hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat er een combinatie van strategieën en interventies dienen te worden gebruikt om de beoogde kwaliteitsverbetering in de praktijk te kunnen implementeren. Hierna volgt de nabeschuiving, hierin wordt de conclusie van het onderzoek beschreven met de discussiepunten. Aan het eind worden een aanbevelingen gedaan die bedoeld zijn als advies richting de praktijkondersteuners om de beoogde kwaliteitsverbetering te implementeren.

NABESCHOUWING

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de volgende hoofdvraag: “Op welke wijze kan een praktijkondersteuner somatiek ervoor zorgen dat overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen gesignaleerd wordt in de huisartsenpraktijk en op welke wijze kan ondersteuning aan overbelaste mantelzorgers geboden worden?”

CONCLUSIE

Aan de hand van analyse van de wenselijke situatie kan geconcludeerd worden dat het de taak van de praktijkondersteuner of huisarts is, om overbelasting bij mantelzorgers van kwetsbare ouderen te signaleren en om mantelzorgondersteuning te bieden. Uit de literatuur blijkt dat deze taak onder het takenpakket van de praktijkondersteuner valt wanneer er een praktijkondersteuner voor de doelgroep kwetsbare ouderen aanwezig is in de huisartsenpraktijk. Volgens de expert en de helft van de betrokken medewerkers kan het signaleren van overbelasting het best worden gedaan door middel van een face-to-face gesprek met de kwetsbare oudere en de mantelzorger. Wanneer de praktijkondersteuner besluit om gebruik te maken van een meetinstrument, wordt door de expert de mantelzorgscan of de aandachtspuntenlijst van de Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM) methode aangeraden. Ook blijkt uit de analyse van de wenselijke situatie dat de taak van de praktijkondersteuner of huisarts bij mantelzorgondersteuning met name het signaleren van overbelasting is, en het monitoren/evalueren en het doorverwijzen van de mantelzorger. De mantelzorgers verwachten bij de praktijkondersteuner of huisarts terecht te kunnen voor ondersteuning. De betrokken medewerkers zijn van mening dat het de verantwoordelijkheid van de praktijkondersteuner of huisarts is om informatie te geven en begeleiding te bieden aan de mantelzorgers. Volgens de expert is het van belang dat de praktijkondersteuner of huisarts de overbelaste mantelzorgers vroegtijdig door verwijst naar organisaties voor mantelzorgondersteuning, zoals het Steunpunt Mantelzorg. Uit de literatuur en in het interview met de expert wordt geadviseerd om bij mantelzorgondersteuning gebruik te maken van het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

DISCUSSIE

De volgende punten uit het onderzoek kunnen ter discussie worden gesteld; het onderzoek is gericht op een beperkte doelgroep omdat het onderzoek plaatsgevonden heeft in een relatief kleine organisatie. Een ander discussiepunt is dat er wegens tijdgebrek slechts één interview heeft plaatsgevonden met een expert. Ook heeft maar een beperkt aantal mantelzorgers een vragenlijst ontvangen. Dit kan invloed hebben op de resultaten. Een ander discussiepunt is dat de analyse van het onderzoek niet alleen gericht is op de praktijkondersteuner, maar ook op de huisarts. Hiervoor is gekozen omdat uit de literatuur naar voren is gekomen dat niet in elke huisartsenpraktijk een praktijkondersteuner voor de

kwetsbare ouderen aanwezig is. Een ander discussiepunt is dat er geen wetenschappelijke literatuur is te vinden over meetinstrumenten om overbelasting te signaleren. Daarom is gebruik gemaakt van conceptuele literatuur en de mening van een expert. Een ander discussiepunt is dat sinds de ingang van de nieuwe privacywet, mantelzorgers niet meer zomaar benaderd mogen worden om mee te werken aan onderzoek, ze moeten voorafgaand goedkeuring geven. Er is een toestemmingsformulier ontwikkeld dat van tevoren door de mantelzorgers is ondertekend. Hier was van tevoren geen rekening mee gehouden, hierdoor zijn er minder mantelzorgers benaderd. Een ander discussiepunt is dat de vragenlijsten die aan de medewerkers zijn uitgedeeld, niet anoniem zijn omdat er naar de functie gevraagd wordt en er maar één verpleegkundig specialist werkzaam is binnen de huisartsenpraktijk. De verpleegkundig specialist is hiervan op de hoogte. Het laatste discussiepunt is dat in het voorstel van de bachelor thesis beschreven staat dat er een interview met de huisarts plaats zal vinden over de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren. In overleg met de docentbegeleider is ervoor gekozen om de praktijkondersteuners te interviewen omdat de praktijkondersteuners daadwerkelijk met de kwaliteitsverbetering aan de slag zullen gaan.

AANBEVELING

Aan de hand van het onderzoek dat plaats heeft gevonden, worden onderstaande aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn bedoeld als advies richting de praktijkondersteuners om de beoogde kwaliteitsverbetering te implementeren.

- Er wordt geadviseerd om het signaleren van overbelasting te doen door middel van een face-to-face gesprek tussen de praktijkondersteuner en de kwetsbare oudere en de mantelzorger.
- Wanneer het gebruiken van een meetinstrument noodzakelijk is, wordt de mantelzorgscan of de aandachtspuntenlijst van de POM methode geadviseerd.
- Om op eenduidige manier te werk te gaan, wordt geadviseerd om mantelzorgondersteuning te verlenen aan de hand van het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging.
- Er wordt geadviseerd dat de praktijkondersteuners binnen één maand een presentatie geven over de nieuwe werkwijze met betrekking tot het signaleren van overbelasting en het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging.
- Er wordt geadviseerd om elk halfjaar tijdens het praktijkondersteuners overleg een evaluatie plaats te laten vinden om barrières op te sporen.
- Er wordt geadviseerd om de consulttijd van de praktijkondersteuners te verlengen zodat er meer tijd is voor het signaleren van overbelasting en mantelzorgondersteuning.
- Er wordt geadviseerd om aanvullend onderzoek te doen naar het gebruik van meetinstrumenten om overbelasting te signaleren.

LITERATUURLIJST

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Bleijenbergh, N., De Jonge, A., Brand, M. P., O'Flynn, C., Schuurmans, M. J., & De Wit, N. J. (2016). Implementatie van een proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk: van onderzoek naar praktijk. *Tijdschrift voor Gerontologie Geriatrie*, 47, 235–248.
- De Groot, K., De Veer, A., Versteeg, S., & Francke, A. (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaren van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_HLZ_poh.pdf
- De Jong, B., & Ten Dam, H. (2013). Proactieve zorg bij kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. *Bijblijven*, 29(4), 33–38.
- De Klerk, M., De Boer, A., Kooiker, S., Plaisier, I., & Schyns, P. (2014). *Hulp geboden Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Geraadpleegd van [file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Hulp%20geboden%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Hulp%20geboden%20(1).pdf)
- De Klerk, M., De Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Geraadpleegd van https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/Informeel_hulp_Web_gecorrigeerd_def.pdf
- Den Boer, I. (2017). Wie zorgt er voor de mantelzorger? *Bijblijven*, 33(4-5), 224–230. <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s12414-017-0234-x#enumeration>
- Fincham, J. E. (2008). Response Rates and Responsiveness for Surveys, Standards, and the Journal. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(2), 1–3.
- Gagyor, I., Heßling, A., Heim, S., Frewer, A., Nauck, F., & Himmel, W. (2018). Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers. *Family Practice*, , 1–6.
- Groenou, M., Boer, A., Putters, K., Henkens, K., Nies, H., Dykstra, P. A., . . . Van Campen, C. (2017). Symposium De toekomst van de informele zorg. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 48(2), 77–88.
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (4e ed.). Amsterdam, Nederland: Reed Business Education.

- Kennisplein Zorg voor Beter. (2018, 14 september). Overbelasting mantelzorger signaleren. Geraadpleegd op 17 september 2018, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg/overbelasting-herkennen>
- Kenter-Hupkes, V., Budel, M., & Meijer, A. (2018). Mantelzorg ondersteunen vanuit de huisartsenpraktijk. *TPO De Praktijk*, 13(1), 20–22.
- Klerk, M., De Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Geraadpleegd van https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/Informele_hulp_Web_gecorrigeerd_def.pdf
- Leite, S. A., Jorge, T. H., Joao, T. M., & Susana, F. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review.. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 792–803.
- LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging. (2014). *Toolkit Mantelzorg voor de huisartsenpraktijk*. Geraadpleegd van <https://www.lhv.nl/service/toolkit-mantelzorg>
- Mezzo voor mantelzorgers. (2018). Geraadpleegd op 10 augustus 2018, van <https://www.mezzo.nl/pagina/voor-professionals>
- Mezzo. (z.d.). Mantelzorg en overbelasting Naar een gemeente die zwaarbelaste mantelzorgers ondersteunt en overbelasting helpt voorkomen. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/Advieskaart%20Mantelzorg%20en%20Overbelasting.pdf>
- Mezzo. (2015). Mantelzorg en overbelasting [advieskaart]. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/Advieskaart%20Mantelzorg%20en%20Overbelasting.pdf>
- Nationaal Ouderenfonds. (2018). Feiten en cijfers. Geraadpleegd op 10 augustus 2018, van <https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/>
- Nellen-Lenssen, I. (z.d.). Zorgprogramma Geïntegreerde Ouderenzorg 2018-2019 [zorgprogramma]. Geraadpleegd van <https://intranet.cohesie.org/zorgprogrammas/geintegreerde-ouderenzorg/>
- Van Haaren, E., & Van Halem, N. (2016). De mantelzorger, een belangrijke schakel in de thuiszorg. *Bijzijn XL*, 9(8), 8–11.
- Van Wieringen, M., Broese van Groenou, M., & Groenewegen, P. (2014). *Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's*. Geraadpleegd van http://https://www.fsw.vu.nl/nl/Images/Rapportage_Hoe_thuiszorgorganisaties_samenwerki

[ng organiseren - visies%2C praktijken en dilemma%27s %28klein%29 tcm249-419133.pdfhdl.handle.net/2105/30207](https://hdl.handle.net/2105/30207)

- Videler, A. C., Meekeren, E., & Alphen, S. P. J. (2013). Mantelzorg voor ouderen is geen vanzelfsprekendheid. *GZ - Psychologie*, 5(5), 10-15.
- ZonMw. (2018). Implementatieplan. Geraadpleegd op 5 november 2018, van <https://www.zonmw.nl/nl/>

BIJLAGE 1: DE ZOEKSTRATEGIE

Er is gebruik gemaakt van literatuur die niet verkregen is via databanken. Op advies van de expert op het gebied van mantelzorg, is gebruik gemaakt van de toolkit waarin het Stappenplan van Landelijke Huisartsenvereniging staat beschreven. Op advies van de docentbegeleider is gebruik gemaakt van de website www.mezzo.nl. Middels deze website zijn meerdere bronnen gevonden. Daarnaast is gebruik gemaakt een interne bron. Een aantal boeken zijn aangeschaft op aanraden van de opleiding.

Er is ook gebruik gemaakt van literatuur die wel verkregen is uit verschillende databanken. Hieronder wordt beschreven hoe deze bronnen gevonden zijn. In de zoekstrategie worden de zoekmachine, de zoektermen, de inclusie/exclusie criteria, de booleaanse operatoren, het aantal resultaten en de gekozen bron beschreven. Er is geen gebruik gemaakt van MESH termen.

Zoekmachine	Zoektermen	Inclusie/ exclusie criteria	Booleaanse operatoren	Resultaten	Gekozen bron
Springerlink	Kwetsbare ouderen, huisartsenpraktijk	2013- 2018	AND	138	Implementatie van een proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk: van onderzoek naar praktijk van Bleijenberg, De Jonge, Brand, O'Flynn, Schuurmans & De Wit (2016)

Verantwoording: het betreft een wetenschappelijk artikel uit het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. Om onderzoek te doen is een mix methods design gebruikt. De datagegevens zijn afkomstig van routine zorggegevens uit de huisartsenpraktijk, vragenlijsten en interviews met ouderen. Door dat er meer onderzoeksmethoden zijn gebruikt is de bron meer betrouwbaar. Er is onderzoek gedaan naar een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk.

Er is gebruik gemaakt van deze bron omdat de definitie van kwetsbaarheid bij ouderen hierin beschreven staat, de bron is gebruikt in het theoretisch kader.

Google	Kwetsbare ouderen in Nederland	-	-	645.000	Feiten en cijfers van Nationaal Ouderenfonds (2018)
--------	--------------------------------	---	---	---------	---

Verantwoording: er is gebruik gemaakt van deze conceptuele bron in de inleiding van het onderzoek omdat weergegeven staat hoeveel kwetsbare ouderen er in Nederland wonen. De bron wordt als betrouwbaar beschouwd omdat het Ouderenfonds een erkende organisatie is.

Springerlink	Mantelzorg, vergrijzing	2013-2018	AND	132	Symposium De toekomst van de informele zorg van Groenou, Boer, Putters, Henkens, Nies, Dykstra e.a. (2017)
--------------	-------------------------	-----------	-----	-----	--

Verantwoording: het betreft een artikel uit een medisch tijdschrift (Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie) over de vergrijzing en de toename van kwetsbare ouderen in Nederland. Er wordt informatie gegeven over mantelzorg en overbelasting van de mantelzorger. Er is gekozen voor dit artikel omdat er in beschreven staat wat de gevolgen van mantelzorgen kunnen zijn. Omdat het artikel uit een medisch tijdschrift komt, wordt het artikel als betrouwbaar beschouwd. Deze bron is gebruikt in het theoretisch kader.

Springerlink	Overbelasting, mantelzorg	2013-2018	AND	159	De mantelzorger, een belangrijke schakel in de thuiszorg van Van Haaren & Van Halem (2016)
--------------	---------------------------	-----------	-----	-----	--

Verantwoording: het betreft een artikel uit een medisch tijdschrift (BijZijnXL) over mantelzorgers. Er is voor dit artikel gekozen omdat er beschreven staat wat mantelzorg in houdt, wat overbelasting in houdt en wat de gevolgen van overbelasting van de mantelzorger zijn. Omdat het artikel uit een medisch tijdschrift komt, wordt het artikel als betrouwbaar beschouwd. De bron is gebruikt in de inleiding en in het theoretisch kader.

Springerlink	Overbelasting, mantelzorgers, kwetsbare ouderen	2013-2018	AND	35	Mantelzorg ondersteunen vanuit de huisartsenpraktijk van Kenter-Hupkes, van Budel & Meijer (2018)
--------------	---	-----------	-----	----	---

Verantwoording: het betreft een cohortstudie uit het medisch tijdschrift TPO De Praktijk. Er is onderzoek gedaan naar mantelzorgondersteuning door bij een geselecteerde 'testgroep' mantelzorgondersteuning te implementeren. Voorafgaand en naderhand zijn vragenlijsten

ingevuld door de mantelzorgers om zo het effect van mantelzorgondersteuning te onderzoeken. Omdat er onderzoek is verricht aan de hand van een cohortstudie, wordt de bron als betrouwbaar beschouwd. De gekozen bron is gebruikt in de inleiding en tijdens het literatuuronderzoek naar de wenselijke en de feitelijke situatie.

Cinahl	Caregiver, support, elderly people	2013-2018	AND	26	The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review van Leite, Jorge, Joao & Susana (2013)
--------	------------------------------------	-----------	-----	----	---

Verantwoording: het betreft een systematic review uit het medisch tijdschrift Scandinavian Journal of Caring Sciences waarin onderzoek is gedaan naar de behoeften van mantelzorgers van thuiswonende ouderen. Er is voor deze bron gekozen omdat de resultaten internationaal worden bevestigd. De bron wordt als betrouwbaar gezien omdat het een systematic review is, er wordt internationale literatuur met elkaar vergeleken. De bron is gebruikt in het literatuuronderzoek naar de wenselijke situatie.

Springerlink	Overbelasting, mantelzorger, ondersteuning	2013-2018	AND	97	Wie zorgt er voor de mantelzorger? Van Den Boer (2017)
--------------	--	-----------	-----	----	--

Verantwoording: het betreft een informatief artikel uit een medisch tijdschrift (Bijblijven). Het artikel gaat over een methode om mantelzorgers te kunnen ondersteunen vanuit de huisartsenpraktijk. Er is voor dit artikel gekozen omdat het gericht is op mantelzorgondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk. Het probleem waardoor mantelzorgondersteuning niet goed verloopt wordt beschreven en er zijn methodes om goede mantelzorgondersteuning te bieden beschreven. Omdat het artikel uit een medisch tijdschrift komt, wordt het artikel als betrouwbaar beschouwd. De bron is gebruikt in de inleiding en het literatuuronderzoek naar de wenselijke en de feitelijke situatie.

Springerlink	Kwetsbare ouderen, huisartsenpraktijk	2013-2018	AND	144	Proactieve zorg bij kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk van De Jong & Ten Dam (2013)
--------------	---------------------------------------	-----------	-----	-----	---

Verantwoording: het betreft een informatief artikel uit een medisch tijdschrift (Bijblijven). Er is voor de bron gekozen omdat er beschreven staat welk aandeel de huisartsenpraktijk heeft in de zorg voor kwetsbare ouderen. Omdat het artikel uit een medisch tijdschrift komt, wordt het artikel als betrouwbaar beschouwd. De bron is gebruikt in het theoretisch kader.

Springerlink	Overbelasting, mantelzorg	2013-2018	AND	159	Mantelzorg voor ouderen is geen vanzelfsprekendheid van Videler, Meekeren & Alphen (2013)
--------------	---------------------------	-----------	-----	-----	---

Verantwoording: het betreft een artikel uit een medisch tijdschrift (Psychologie) geschreven door een psychotherapeut. Het artikel gaat over de mantelzorgers van ouderen. Er is voor de bron gekozen omdat de risicofactoren van overbelasting bij mantelzorgers van ouderen worden beschreven. Omdat het artikel uit een medisch tijdschrift komt, wordt het artikel als betrouwbaar beschouwd. De bron is gebruikt in het theoretisch kader.

Google	Signaleren overbelasting mantelzorger	-	-	37.600	Overbelasting mantelzorger signaleren van Kennisplein Zorg voor Beter (2018)
--------	---------------------------------------	---	---	--------	--

Verantwoording: Er is gekozen voor deze conceptuele bron omdat de meetinstrumenten voor overbelasting worden beschreven. De bron wordt als betrouwbaar beschouwd omdat de website een initiatief is van betrouwbare organisaties, namelijk: V&VN, ZonMW, Vilans, Actiz en BTN. De bron is gebruikt in het literatuuronderzoek naar de wenselijke situatie.

Google Scholar	Responsiveness surveys	-	AND	299.000	Response Rates and Responsiveness for Surveys, Standards, and the Journal van Fincham (2008)
----------------	------------------------	---	-----	---------	--

Verantwoording: het betreft een wetenschappelijk artikel. In het artikel staat beschreven wat een goede response is wanneer er een vragenlijst wordt aangereikt. De bron is gebruikt bij de methodiekbeschrijving van de wenselijke en feitelijke situatie om te verantwoorden dat de respons op de vragenlijsten voldoende is.

Pubmed	Informal caregiver, general practice, support	Most recent	AND	124	Ethical challenges in primary care: a focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers van Gagyor, Heßling, Heim, Frewer, Nauck & Himmel (2018)
--------	---	-------------	-----	-----	---

Verantwoording: het betreft een interview survey, er is onderzoek gedaan door middel van gesprekken over problematiek waar men tegenaan loopt onder de betrokken doelgroep:

de huisartsen, verpleegkundigen en de mantelzorgers. Er is voor de bron gekozen omdat er wordt beschreven welke problemen er spelen met betrekking tot mantelzorgondersteuning door de huisarts. De bron wordt als valide beschouwd omdat alle betrokken doelgroepen geïnterviewd zijn. De bron is gebruikt in het literatuuronderzoek naar de feitelijke situatie.

Google	Rol praktijkondersteuners kwetsbare ouderen	-	-	56.200	Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014 van De Klerk, De Boer, Plaisier, Schyns & Kooiker (2015)
--------	---	---	---	--------	---

Verantwoording: het betreft een rapport over mantelzorg vanuit sociaal cultureel planbureau (SCP). In het rapport staat duidelijk beschreven wat de taak van de praktijkondersteuner is bij mantelzorgondersteuning. De bron wordt als betrouwbaar beschouwd omdat het vanuit het SCP komt. De bron is gebruikt in het literatuuronderzoek naar de wenselijke en de feitelijke situatie.

Google	Kwetsbare ouderen, mantelzorg	-	En	248.000	Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's van Van Wieringen, Broese, Groenou & Groenewegen (2014)
--------	-------------------------------	---	----	---------	---

Verantwoording: het betreft een rapport waarin de zorg voor kwetsbare ouderen beschreven staat. In het rapport wordt ook de relatie tussen kwetsbare ouderen en mantelzorgers beschreven. De bron is gebruikt in het theoretisch kader.

Google	Praktijkondersteuning bij thuiswonende kwetsbare ouderen	-	-	11.300	Hulp geboden Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp van De Klerk, De Boer, Kooiker, Plaisier & Schyns (2014)
--------	--	---	---	--------	--

Verantwoording: het betreft een rapport waarin alle mogelijkheden tot informele hulp beschreven worden, waaronder mantelzorg. In het rapport staat beschreven wat specifiek de taak van de praktijkondersteuners is bij kwetsbare ouderen en de mantelzorgers. De bron wordt als betrouwbaar gezien omdat de auteurs onderzoekers zijn die al meerdere onderzoeken hebben gedaan met betrekking tot mantelzorg en ouderenzorg. De bron is gebruikt in het literatuuronderzoek naar de wenselijke en de feitelijke situatie.

Google	Praktijkondersteuning bij thuiswonende kwetsbare ouderen	-	-	11.300	Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg van De Groot, De Veer, Versteeg & Francke (2018)
--------	--	---	---	--------	--

Verantwoording: het betreft een rapport gericht op de praktijkondersteuners over de zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de huisartsenpraktijk. De bron wordt als betrouwbaar beschouwd omdat het afkomstig is van Nivel. Nivel is een erkende Nederlandse organisatie waar onderzoek wordt gedaan in de gezondheidszorg. De bron is gebruikt in het theoretisch kader.

BIJLAGE 2: GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJST BETROKKEN MEDEWERKERS

Beste collega's,

Mijn naam is Juul Ottenheijm. Ik bevind mij momenteel in de afstudeerfase van de opleiding HBO verpleegkunde met als uitstroom praktijkondersteuner somatiek in de huisartsenpraktijk. In deze fase schrijf ik een bachelor thesis naar aanleiding van een onderzoek dat plaats vindt in de huisartsenpraktijk in Maasbree. Mijn onderzoek is gericht op het signaleren en ondersteunen van overbelaste mantelzorgers van kwetsbare ouderen.

Door middel van deze vragenlijst wil ik inzicht krijgen in de huidige en de wenselijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting en het ondersteunen van mantelzorgers van kwetsbare ouderen door de huisarts en de praktijkondersteuner.

De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen met ieder drie topics en 16 vragen. Het invullen van de vragenlijst zal maximaal 15 minuten tijd in beslag nemen. Dit is volledig anoniem, er hoeft dan ook geen naam op het formulier te worden vermeld. Het betreft meerkeuzenvragen, waar bij sommige vragen de mogelijkheid is tot persoonlijke schriftelijke aanvulling en open vragen. Ik verzoek u niet te overleggen met anderen en de vragenlijst naar waarheid in te vullen zodat de gegevens valide zijn.

Graag zou ik de vragenlijst voor 10-10-2018 terug willen ontvangen in mijn postvak.

Bij vragen of onduidelijkheden kunnen jullie mij bereiken op het mailadres:

1623621ottenheijm@zuyd.nl

Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groet,

Juul Ottenheijm

1. Algemene gegevens

1. Wat is uw geslacht?
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw

2. Hoeveel jaar bent u werkzaam bij de huisartsenpraktijk in Maasbree?
 - ☐ 0-5 jaar
 - ☐ 5-10 jaar
 - ☐ 10-15 jaar
 - ☐ 15-20 jaar
 - ☐ Langer dan 20 jaar

3. U bent werkzaam bij de huisartsenpraktijk als:
 - ☐ Huisarts
 - ☐ Praktijkondersteuner
 - ☐ Verpleegkundig specialist

2. De huidige situatie

Onderstaande vragen zijn gericht op de huidige situatie. Het doel is om in kaart te brengen hoe het er nu voorstaat.

Signaleren van overbelasting

4. Vindt u dat er momenteel voldoende aandacht besteed wordt aan het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee

5. Maakt u wel eens gebruik van meetinstrumenten om overbelasting te signaleren?
 - ☐ Ja, namelijk.....
 - ☐ Nee

Mantelzorgondersteuning

6. Biedt u wel eens ondersteuning aan de mantelzorgers van kwetsbare ouderen?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee → door naar vraag 8
7. Op welke manier biedt u ondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen?
-
-
-
8. Maakt u gebruik van een werkwijze/stappenplan om mantelzorgers te ondersteunen?
- ☐ Ja, namelijk.....
 - ☐ Nee

Doorverwijzen

9. Verwijst u wel eens mantelzorgers door voor mantelzorgondersteuning?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
10. Wordt naar u mening een overbelaste mantelzorger tijdig genoeg doorverwezen naar een mantelzorg organisatie voor ondersteuning?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
11. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de huidige situatie.

.....

.....

.....

3. De wenselijke situatie

Onderstaande vragen zijn gericht op hoe u het graag zou willen zien. Het hoeft niet zo te zijn dat het op dit moment ook zo gebeurt binnen de huisartsenpraktijk.

Signaleren van overbelasting

12. Gaat uw voorkeur uit naar het wel of niet gebruiken van een meetinstrument om overbelasting te signaleren?
- ☐ Ja, namelijk.....
 - ☐ Nee, want.....

Mantelzorgondersteuning

13. Welke rol zou de huisarts/praktijkondersteuner moeten hebben bij mantelzorgondersteuning volgens u?

.....
.....
.....

14. Zijn er volgens u meerdere werkwijzen/stappenplannen om mantelzorgondersteuning te bieden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja: welke heeft uw voorkeur?

Doorverwijzen

15. Vindt u dat er voldoende doorverwijs mogelijkheden zijn voor mantelzorgondersteuning?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

16. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de wenselijke situatie.

.....
.....
.....

BIJLAGE 3: ANALYSE DATAGEGEVENS VRAGENLIJST BETROKKEN MEDEWERKERS

Algemene gegevens

1. Wat is uw geslacht?

Man	33,3%
Vrouw	66,7%

2. Hoeveel jaar bent u werkzaam bij de huisartsenpraktijk in Maasbree?

0-5 jaar	33,3%
5-10 jaar	16,7%
10-15 jaar	0%
15-20 jaar	33,3%
Langer dan 20 jaar	16,7%

3. U bent werkzaam bij de huisartsenpraktijk als:

Huisarts	50%
Praktijkondersteuner	33,3%
Verpleegkundig specialist	16,7%

De huidige situatie

Signaleren van overbelasting

4. Vindt u dat er momenteel voldoende aandacht besteed wordt aan het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen?

Ja	66,7%
Nee	33,3%

5. Maakt u wel eens gebruik van meetinstrumenten om overbelasting te signaleren?

Ja	33,3% Namelijk: - CSI
Nee	66,7%

Mantelzorgondersteuning

6. Biedt u wel eens ondersteuning aan de mantelzorgers van kwetsbare ouderen?

Ja	100%
Nee	0%

7. Op welke manier biedt u ondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen?

- Samen met de praktijkondersteuner en mantelzorger kijken waar die overbelasting uit bestaat en vervolgens kijken hoe we daarin kunnen ondersteunen. - Door sociale visite te lopen. - Praktijkondersteuner somatiek inschakelen. - Praktijkondersteuner GGZ inschakelen - In kaart brengen van de overbelasting door middel van een vragenlijst. - Inspelen op het vlak dat zorgt voor de overbelasting. - Informatie overbrengen om dingen uit handen te nemen. - Steunende gesprekken voeren. - Doorverwijzen - Familie gesprekken	
--	--

8. Maakt u gebruik van een werkwijze/stappenplan om mantelzorgers te ondersteunen?

Ja	0%
Nee	83,3%
Ja/nee	16,7% Aanvulling: - In je hoofd en in het overleg met de PO maak je een aantal stappen, maar meestal wordt het niet als zodanig formeel beschreven of is er een van tevoren vastgesteld draaiboek met stroomdiagram wat we doorlopen.

Doorverwijzen

9. Verwijst u wel eens mantelzorgers door voor mantelzorgondersteuning?

Ja	33,3%
Nee	66,7%

10. Wordt naar u mening een overbelaste mantelzorger tijdig genoeg doorverwezen naar een mantelzorg organisatie voor ondersteuning?

Ja	16,7%
Nee	83,3%

11. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de huidige situatie.

- Praktijkondersteuner somatiek en thuiszorg zijn vaak de sleutelfunctie, zij signaleren en verwijzen voor aanvullende ondersteuning.
- Vaak vraag ik er pas te laat na, wanneer de mantelzorger al dreigt overbelast te zijn.
- Vaak zijn we vooral bezig met de kwetsbare ouderen, waardoor de mantelzorger soms te weinig aandacht krijgt.
- Signaleren gebeurt adhoc en op basis van inschatting. Bij de ouderenzorg wordt er wel structureel aandacht aan besteed.
- Ik denk dat wij ondersteuning bieden aan de mantelzorgers van onze bekende kwetsbare ouderen, maar dat we daarmee geen zicht hebben op de mantelzorgers die zorg bieden aan familie buiten onze praktijk.

De wenselijke situatie

Signaleren van overbelasting

12. Gaat uw voorkeur uit naar het wel of niet gebruiken van een meetinstrument om overbelasting te signaleren?

Ja	50% Namelijk: - EDIZ - Er worden minder snel dingen vergeten te vragen. - Iedereen heeft dezelfde interpretatie. - Meten is weten - Bewustwording - Inzicht geven
Nee	50% Want: - Ik ben niet zo van de meetinstrumenten. Het suggereert een absolute uitkomst terwijl overbelasting ook een

	gevoel is. Ik ben absoluut van mening dat er structureel aandacht voor nodig is, maar dat hoeft wat mij betreft niet in de vorm van een meetinstrument. Ik denk dat een mantelzorger meer gebaat is bij een oprechte vraag hoe het met hem of haar gaat dan het overhandigen van een vragenlijst waarin je gaat meten hoe erg het gesteld is met de overbelasting. - Gebeurt al tijdens de anamnese. - In een persoonlijk gesprek is ook een goede inschatting mogelijk. Overbelasting is een gevoel en moet ook zo benaderd worden. Meetinstrumenten creëren kunstmatige grenzen.
--	--

Mantelzorgondersteuning

13. Welke rol zou de huisarts/praktijkondersteuner moeten hebben bij mantelzorgondersteuning volgens u?

- Een cruciale rol. Zeker bij kwetsbare ouderen is er een centrale rol voor het duo HA/PO. Dat wil niet zeggen dat we ook zelf alles moeten doen, maar je kunt gericht ketenpartners inschakelen of informeren. Korte lijnen onderling. Daar draait het om. - Signaleren - Monitoren - Evalueren - Doorverwijzen - Informeren - Aandacht bieden / begeleiden - Probleem inschatten - Vooraf al bespreekbaar maken dat overbelasting kan ontstaan. - Begeleidende gesprekken voeren.
--

14. Zijn er volgens u meerdere werkwijzen/stappenplannen om mantelzorgerondersteuning te bieden?

Ja	66,7% Voorkeur: - Afgestemd op de individuele patiënt, op maat mantelzorgondersteuning bieden.
----	--

	- Voorlichting - Lotgenotencontact - Ventilerende gesprekken
Nee	33,3%

Doorverwijzen

15. Vindt u dat er voldoende doorverwijs mogelijkheden zijn voor mantelzorgondersteuning?

Ja	50%
Nee	50%

16. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de wenselijke situatie.

- Er zijn diverse mogelijkheden om de mantelzorger te laten ondersteunen. Maar het hangt ook af waardoor de overbelasting ontstaat. Bijvoorbeeld: bij zware zorg thuiszorg inschakelen, lotgenotencontact, dagopvang voor de kwetsbare ouderen en voor praktische vragen kan WMO of ergotherapie worden ingeschakeld.
- Het zou fijn zijn als er een leidraad zou zijn voor aandacht voor mantelzorgers, een lijst/manier om overbelasting te signaleren en een handvat voor oplossingen.
- Er is behoefte aan korte lijnen met mantelzorgondersteuners.
- Het zou fijn zijn als er een sociale kaart is die aangeeft wie waar te benaderen is.
- Er is voldoende, maar onvoldoende bekend. Er zijn meer mantelzorgers belast dan mantelzorgers die ondersteuning ervaren.
- Het zou fijn zijn als er een beter inzicht zou zijn op wie allemaal mantelzorger is.

BIJLAGE 4: GESTRUCTUREERDE VRAGENLIJST MANTELZORGERS

Beste mantelzorgers,

Mijn naam is Juul Ottenheijm. Ik bevind mij momenteel in de afstudeerfase van de opleiding HBO verpleegkunde met als uitstroom praktijkondersteuner somatiek in de huisartsenpraktijk. In deze fase schrijf ik een bachelor thesis naar aanleiding van een onderzoek dat plaats vindt in de huisartsenpraktijk in Maasbree. Mijn onderzoek is gericht op het signaleren en ondersteunen van overbelaste mantelzorgers van kwetsbare ouderen.

Door middel van deze vragenlijst wil ik inzicht krijgen in de huidige en de wenselijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting en het ondersteunen van mantelzorgers van kwetsbare ouderen door de huisarts en de praktijkondersteuner.

De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen met ieder drie topics en 17 vragen. Het invullen van de vragenlijst zal maximaal 15 minuten tijd in beslag nemen. Dit is volledig **anoniem**, er hoeft dan ook geen naam op het formulier te worden vermeld. Het betreft meerkeuzenvragen, waar bij sommige vragen de mogelijkheid is tot persoonlijke schriftelijke aanvulling en open vragen.

Graag zou ik de vragenlijst voor 17-10-2018 terug willen ontvangen, deze kan afgegeven worden bij de assistentes aan balie.

Bij vragen of onduidelijkheden kunnen jullie mij bereiken op het mailadres:

1623621ottenheijm@zuyd.nl

Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groet,

Juul Ottenheijm

1. Algemene gegevens

1. Wat is uw geslacht?
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw
2. Wat is uw leeftijd?
.....jaar
3. Wat is uw relatie met de persoon waaraan u mantelzorg verleend?
 - ☐ Partner
 - ☐ Kind
 - ☐ Broer/zus
 - ☐ Anders, namelijk.....

2. De huidige situatie

Onderstaande vragen zijn gericht op de huidige situatie. Het doel is om in kaart te brengen hoe het er nu voorstaat.

Signaleren van overbelasting

4. Vindt u dat er momenteel voldoende aandacht besteed wordt aan het signaleren van overbelasting van u als mantelzorger?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
5. Heeft de huisarts of praktijkondersteuner het onderwerp: 'overbelasting' wel eens bij u aangekaart?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
6. Heeft de huisarts of praktijkondersteuner bij u wel eens een meetinstrument (vragenlijst) gebruikt om overbelasting te signaleren?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee

Mantelzorgondersteuning

7. Heeft u het idee dat u, indien nodig, terecht kunt bij de huisarts of praktijkondersteuner voor ondersteuning?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee

8. Vindt u dat uw huisarts of praktijkondersteuner voldoende ondersteuning biedt aan u als mantelzorger?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee

Doorverwijzen

9. Heeft uw huisarts of praktijkondersteuner u ingelicht over de mogelijkheden die er zijn om buiten de huisartsenpraktijk ondersteuning te krijgen?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
10. Bent u wel eens doorverwezen door de huisarts of praktijkondersteuner naar andere organisaties om ondersteuning te krijgen?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee

11. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de huidige situatie.

.....

.....

.....

3. De wenselijke situatie

Onderstaande vragen zijn gericht op hoe u het graag zou willen zien. Dit kan ook op een andere wijze zijn dan hoe het nu gebeurt.

Signaleren van overbelasting

12. Wat zijn uw verwachtingen naar de huisarts/praktijkondersteuner toe met betrekking tot het signaleren van overbelasting van u als mantelzorger?

.....

.....

.....

13. Hoe zou u het vinden als de huisarts/praktijkondersteuner tijdens een consult of spreekuur gebruik zou maken van een meetinstrument (vragenlijst) om de belasting van u als mantelzorger in kaart te brengen?

- ☐ Ik zou dit prettig vinden
- ☐ Ik vind dit niet nodig
- ☐ Ik heb geen mening hierover

Mantelzorgondersteuning

14. Welke behoeften heeft u als mantelzorger met betrekking ondersteuning door de huisarts of praktijkondersteuner?

.....

.....

.....

15. Vindt u dat uw huisarts of praktijkondersteuner verantwoordelijk is voor het bieden van ondersteuning aan u als mantelzorger?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Doorverwijzen

16. Hoe zou u het vinden als uw huisarts of praktijkondersteuner u op de hoogte brengt van de mogelijkheden bij andere organisaties die er zijn om ondersteuning te krijgen?

- ☐ Ik zou dit prettig vinden
- ☐ Ik vind dit niet nodig
- ☐ Ik heb geen mening hierover

17. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de wenselijke situatie.

.....

.....

.....

Toestemmingsformulier deelname onderzoek

Middels dit formulier verklaar ik mee te willen werken aan onderzoek om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

De gegevens die ik anoniem heb ingevuld middels een vragenlijst, mogen gebruikt worden voor onderzoek met betrekking tot mantelzorg bij de huisartsenpraktijk in Maasbree.

Naam:

Datum:

Handtekening:

BIJLAGE 6: ANALYSE DATAGEGEVENS VRAGENLIJST MANTELZORGERS

Algemene gegevens

1. Wat is uw geslacht?

Man	10%
Vrouw	90%

2. Wat is uw leeftijd?

- 51 jaar
- 64 jaar (2x)
- 71 jaar
- 75 jaar
- 80 jaar (2x)
- 82 jaar
- 86 jaar
- 89 jaar

3. Wat is uw relatie met de persoon waaraan u mantelzorg verleend?

Partner	70%
Kind	20%
Broer/zus	0%
Anders	10% Namelijk: - Nicht

De huidige situatie

Signaleren van overbelasting

4. Vindt u dat er momenteel voldoende aandacht besteed wordt aan het signaleren van overbelasting van u als mantelzorger?

Ja	90%
Nee	10%

5. Heeft de huisarts of praktijkondersteuner het onderwerp: 'overbelasting' wel eens bij u aangekaart?

Ja	40%
Nee	60%

6. Heeft de huisarts of praktijkondersteuner bij u wel eens een meetinstrument (vragenlijst) gebruikt om overbelasting te signaleren?

Ja	0%
Nee	100%

Mantelzorgondersteuning

7. Heeft u het idee dat u, indien nodig, terecht kunt bij de huisarts of praktijkondersteuner voor ondersteuning?

Ja	100%
Nee	0%

8. Vindt u dat uw huisarts of praktijkondersteuner voldoende ondersteuning biedt aan u als mantelzorger?

Ja	90%
Nee	10%

Doorverwijzen

9. Heeft uw huisarts of praktijkondersteuner u ingelicht over de mogelijkheden die er zijn om buiten de huisartsenpraktijk ondersteuning te krijgen?

Ja	70%
Nee	30%

10. Bent u wel eens doorverwezen door de huisarts of praktijkondersteuner naar andere organisaties om ondersteuning te krijgen?

Ja	20%
Nee	80%

11. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de huidige situatie.

- De situatie is duidelijk, ik weet waar ik moet zijn. Er zijn goede afspraken gemaakt.
- De huisarts en praktijkondersteuner hebben regelmatig overleg met de thuiszorg, zo blijven ze betrokken.
- Krijg veel hulp van de thuiszorg.

De wenselijke situatie

Signaleren van overbelasting

12. Wat zijn uw verwachtingen naar de huisarts/praktijkondersteuner toe met betrekking tot het signaleren van overbelasting van u als mantelzorger?

- Als het nodig is, kan ik om hulp vragen.
- Zoals het nu is.
- Signaleren van overbelasting door middel van visites en navraag doen.
- Je moet op jezelf letten en van te voren afspraken met de huisarts en/of praktijkondersteuner maken, dit zorgt voor duidelijkheid.
- Eén á twee keer per jaar meetinstrument aanbieden om overbelasting te meten.
- Zo nodig hulp krijgen van de huisarts of praktijkondersteuner.
- Een folder met informatie afgeven.

13. Hoe zou u het vinden als de huisarts/praktijkondersteuner tijdens een consult of spreekuur gebruik zou maken van een meetinstrument (vragenlijst) om de belasting van u als mantelzorger in kaart te brengen?

Ik zou dit prettig vinden	20%
Ik vind dit niet nodig	70%
Ik heb geen mening hierover	10%

Mantelzorgondersteuning

14. Welke behoeften heeft u als mantelzorger met betrekking tot ondersteuning door de huisarts of praktijkondersteuner?

- Duidelijkheid door goede afspraken te maken.
- Het gevoel krijgen dat er iemand achter je staat.
- Overbelasting meten door meetinstrumenten aan te bieden, één á twee keer per jaar.
- Dat overbelasting gesignaleerd wordt.

- Dat overbelaste mantelzorgers ondersteund worden door middel van tips.
- Dat je bij de huisarts of praktijkondersteuner terecht kan als er vragen zijn.
- Dat de huisarts en praktijkondersteuner er voor je zijn als het nodig is.
- Ik heb geen behoeften vanuit de huisarts of praktijkondersteuner met betrekking tot ondersteuning.

15. Vindt u dat uw huisarts of praktijkondersteuner verantwoordelijk is voor het bieden van ondersteuning aan u als mantelzorger?

Ja	50%
Nee	50%

Doorverwijzen

16. Hoe zou u het vinden als uw huisarts of praktijkondersteuner u op de hoogte brengt van de mogelijkheden bij andere organisaties die er zijn om ondersteuning te krijgen?

Ik zou dit prettig vinden	30%
Ik vind dit niet nodig	40%
Ik heb geen mening hierover	30%

17. Hieronder heeft u de mogelijkheid om aanvullingen te noteren met betrekking tot de wenselijke situatie.

- Ik vind dat het momenteel goed gaat.
- Als mantelzorger vraag je nog niet zo snel hulp, daar zou misschien wat meer aandacht voor moeten zijn.
- Als het nodig is, meer hulp krijgen van de huisarts of praktijkondersteuner.
- Ik zou het fijn vinden om met de praktijkondersteuner te praten over de mogelijkheden die er zijn.

BIJLAGE 7: TOPICLIJST EN VRAGENLIJST SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW EXPERT

Doel semi-gestructureerd interview:

- Het in kaart brengen van de wenselijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers van kwetsbare ouderen en het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen door de praktijkondersteuner.
- Antwoord krijgen op de deelvraag: "Wat is de wenselijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en op welke wijze kan aan de mantelzorgers ondersteuning geboden worden?"

Topic	Subtopic	Vragen
Signaleren van overbelasting	Taak huisarts en praktijkondersteuner	- Op welke manier kan overbelasting van de mantelzorger volgens u het beste gesignaleerd worden vanuit de huisarts/POH? - Waar moet een huisarts/POH volgens u op letten bij mantelzorgers om overbelasting te herkennen?
	Meetinstrumenten	- Kent u hulpmiddelen om overbelasting van mantelzorgers te signaleren? - Zo ja, welke hulpmiddelen? - Gaat uw voorkeur uit naar het gebruik van een meetinstrument? - Zo ja, welke heeft uw voorkeur en waarom? - Zo nee, waarom niet?
Mantelzorgondersteuning	Behoeften/wensen	- Welke behoeften/wensen hebben mantelzorgers volgens u met betrekking tot mantelzorgondersteuning? - Welke behoeften/wensen hebben patiënten (kwetsbare ouderen) volgens u met betrekking tot mantelzorgondersteuning?
	Taak huisarts en praktijkondersteuner	- Welke rol zou de huisarts/POH moeten hebben bij mantelzorgondersteuning volgens u?
	Vormen van ondersteuning	- Zijn er volgens u meerdere vormen van mantelzorgondersteuning mogelijk? - Zo ja, welke vormen zijn er allemaal mogelijk?

		- Welke heeft uw voorkeur? (groepsbijeenkomsten bijvoorbeeld) - Kent u nog andere werkwijze/modellen om mantelzorgers te ondersteunen? (Bijvoorbeeld: De mantelzorg Schijf van Vijf of het stappenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging)
Doorverwijzen	Formele ondersteuningsmogelijkheden	- Wanneer de huisarts/POH niet voldoende ondersteuning kan bieden, waar kunnen ze de mantelzorger dan naar toe doorverwijzen volgens u? - Welke organisaties kent u voor mantelzorgondersteuning? - Wat vindt u het voordeel van doorverwijzen naar een organisatie voor mantelzorgondersteuning?
	Informele ondersteuningsmogelijkheden	- Wat vindt u het voordeel van informele hulp?

BIJLAGE 8: VOLLEDIGE UITWERKING EN ANALYSE SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW EXPERT

Geïnterviewde	Maatschappelijk werkende (L)
Interviewer	Juul Ottenheijm (J)
Datum	11-10-2018
Tijd	13:10-13.40

Topics & subtopics

1. Signaleren van overbelasting
 - Taak huisarts en praktijkondersteuner bij het signaleren van overbelasting
 - Meetinstrumenten
2. Mantelzorgondersteuning
 - Behoeften en wensen
 - Taak huisarts en praktijkondersteuner bij mantelzorgondersteuning
 - Vormen van ondersteuning
3. Doorverwijzen
 - Formele ondersteuningsmogelijkheden
 - Informele ondersteuningsmogelijkheden

J: *Vind je het goed als ik het gesprek opneem?* **L:** Ja, prima. **J:** *Eens even kijken, dan uh zullen we maar beginnen denk ik.* **L:** Helemaal goed. **J:** *Zou u me eerst iets over uzelf kunnen vertellen? Wat uw beroep precies inhoudt?* **L:** Ja, ik ben L. ik ben uh zeven jaar geleden als algemeen maatschappelijk werker uhm, uiteindelijk uh verschillende aandachtsgebieden uh opgepakt en tegenwoordig ben ik nou, nouja zeg toch al twee jaartjes bezig met de individuele mantelzorgondersteuning. Uhm dat wil zeggen dat ik als alsnog het algemeen maatschappelijk werk uit maar dan met name gericht op uh mantelzorgondersteuning. Waardoor ik me wat uh specifiek heb kunnen richten op alle uh wetjes en regeltjes waar je als mantelzorger mee te maken kunt krijgen. Uhm onderwerpen als uh grenzen die vervagen, grenzen weer duidelijker kunnen maken, grenzen aan kunnen voelen ook. Uh stukje ouderenmishandeling wat er eventueel bij kan komen kijken. Uh financiën rondom de mantelzorgsituatie, respijtzorg, uhm ja, ja dat zijn eigenlijk wel de meest voorkomende uhm thema's waar je rondom mantelzorgondersteuning mee te maken krijgt. **J:** *Oké.* **L:** Ja. **J:** *Fijn, dankjewel.* **L:** Uhm. **J:** *Uh dan gaan we even de vragen af, ik heb eigenlijk drie topics, die heb je denk ik ook al gelezen.* **L:** Ja. **J:** *Dus we beginnen even met het signaleren van overbelasting.* **L:** Uhu. **J:** *Op welke manier kan overbelasting het beste gesignaleerd worden vanuit de praktijkondersteuner of de huisarts?* **L:** Ja, ik heb daar

uhm als uh kernwoordje even bij opgeschreven dat het heel belangrijk is om preventief in te steken. Wat ik zelf heb gemerkt toen ik begon met het stukje mantelzorgondersteuning is dat je uhm echt oog moet hebben voor niet alleen de zorgvrager dus degene die bijvoorbeeld een beperking heeft of een ziekte heeft of die met een specifieke vraag naar de huisarts of praktijkondersteuner gaat. Maar dat je altijd ook moet kijken, wie is daar nog meer bij betrokken? Zit diegene in een gezin of in een ander systeem? Of in een uh hele hechte wijk of buurt bijvoorbeeld waar nog andere mensen betrokken zijn en die uh aan het zorgen zijn voor diegene. Uhm dus eigenlijk kijk ik van is er een mantelzorger voor deze zorgvrager actief? En uh dan ook eigenlijk zou het vanuit de huisarts of vanuit de praktijkondersteuner gewoon al heel goed zijn om die mantelzorger daar dan ook een keertje bij te betrekken. Bij zo'n gesprek. En ook eens heel even over te hebben van oké hoe gaat het dan met die mantelzorger? Welke taken heeft de mantelzorger bijvoorbeeld? En hoe gaat hij daar mee om? Staat dat in verhouding met alle andere aspecten in zijn of haar leven? Of uhm is of zijn die verhoudingen helemaal vervaagd of klopt het gewoon niet en op die manier kun je eigenlijk al heel vroeg gaan insteken van oké is er een mantelzorger aanwezig en hoe gaat het met die mantelzorger? **J: Ja. L:** Ik denk dat dat heel belangrijk is in de uitvraag. **J: En is het dan slim om dit samen met de kwetsbare ouderen, in dit geval dan, te doen? Of kun je beter de mantelzorger dan apart een keer doen? L:** Heeft zijn voor en zijn nadelen, ja. Wat ik wel altijd vind, met mantelzorg, ja goed mantelzorg is heel anders dan vrijwilligerswerk. Daar kies je vaak bewust voor, mantelzorg daar kies je vaak niet bewust voor. Dat ontstaat vanuit een relatie die al is opgebouwd met degene waar voor gezorgd wordt. Uhm, dus wat je dan heel vaak merkt is dat het uh door die verandering in die relatie uhm dat een mantelzorger heel vaak voelt dat die geen nee mag zeggen. Uhm, dat alles telkens maar gewoon wordt gedaan. Uh, juist omdat er een relatie onderligt. Bijvoorbeeld een echtpaar zij hebben op het moment dat ze trouwen afgesproken: wij zorgen in voor en tegenspoed uh voor elkaar. Tot de dood ons scheidt. Dus die voelen zich vaak ook heel erg verplicht van ik ben uh, ik ben de vrouw van deze man dus ik zal voor hem moeten zorgen en ik zie dat niet als mantelzorg, ik moet dat gewoon doen. En alles wat hij van mij vraagt, dat doe ik want ik ben zijn vrouw. En dat is vaak dan een heel lastig puntje en in die zin zou het al een voordeel hebben op het moment dat het wel al wordt besproken met de zorgvrager. Dus met man en vrouw. Want dan worden dingen meteen al bespreekbaar gemaakt terwijl er iemand bij is. Dat kan vaak toch wat fijner voelen dan om dat onderling te doen want dan is er ook veel meer ruimte voor uh voor ruzie of uh miscommunicatie. **J: Ja, oké. L:** En daarna zou ik beoordelen van oké, is het dan fijner op het moment dat er mantelzorgondersteuning gewenst is en het wordt dan bijvoorbeeld doorverwezen naar ons vanuit de individuele mantelzorgondersteuning om dan aan te geven van goh, misschien is het prettig om de gesprekken alleen met de mantelzorger te doen. Of om de gesprekken alsnog samen te doen. Ja. **J: Oké. L:** Ja. Maar

ik zou altijd beginnen samen. **J: Ja. En dan kun je altijd verder nog kijken..** L: Vaak voel je dan wel als er dingen niet uit kunnen worden gesproken, want soms is dat dingen heel gevoelig liggen. **J: Ja. L: En als dingen dan niet uitgesproken kunnen worden omdat de zorgvrager er bij is, dan heeft het natuurlijk wel weer uh zijn voordelen op het moment dat de mantelzorger ook de gelegenheid krijgt om een keer alleen te praten.** Maar dat kan natuurlijk ook bij de mantelzorgondersteuning die wij zo aanbieden. **J: Ja, oké. Eens even kijken, waar moet een huisarts of praktijkondersteuner op letten om uh overbelasting te herkennen, van de mantelzorger?** L: Wat wij vaak zien is dat een mantelzorger uhm veel stress ervaart, uh ook wel van vermoeidheid spreekt. Uhm, aangeeft dat er maar een heel klein sociaal netwerk om de mantelzorger en de zorgvrager heen zit. Uhm, dus dat er ook eigenlijk geen mogelijkheid is om dingen over te dragen of met iemand anders te bespreken. Ja. Dus ik denk dat het van ons uit sowieso wel altijd belangrijk is om te vragen van goh, wie zit er nog meer om jullie heen? Ben jij de enige die mantelzorg kan verlenen? Of is er nog iemand anders betrokken? Is er nog een andere broer of zus op het moment dat er voor ouders wordt gezorgd? **J: Ja. L: Of hoe het contact met de buurman van jou vader? Hé, dus om daar, om dat ook wat breder te maken. Vaak merk je dan dat mantelzorgers zich helemaal niet bewust zijn van het netwerk wat er om heen zit. J: Oké. L: Er zijn trouwens twee risicogroepen uh van overbelasting, misschien ben je daar zelf ook al op uit gekomen? Uhm, maar wij zien vaak dat uh, met name de oudere mantelzorgers, dus 75 plus die zelf ook al wat gezondheidsklachten misschien al ervaren.** Uh, dat het voor hen heel zwaar is om uh voor iemand anders te zorgen. **En de jonge mantelzorgers.** Hé, op het moment dat er sprake is van parentificatie dat een naar schoolgaand kind bijvoorbeeld nog voor moeder moet zorgen omdat moeder een beperking heeft of een alcoholverslaving of noem maar iets. Uhm, dat dat voor zo'n jonge mantelzorger dan ook heel heftig kan zijn. **J: Oké. Dus dan moet je eigenlijk al extra alert zijn?** L: Ja, dat zou wel goed zijn. Ja, die twee doelgroepen zijn denk ik als mantelzorger wel echt wat kwetsbaarder. **J: Oké. L: Ja. J: Ja. En er zijn natuurlijk ook hulpmiddelen, zoals meetinstrumenten om overbelasting te meten.** L: Ja. **J: Zou je dat aanraden, of?** L: uh, ja, mantelzorgondersteuning is echt maatwerk. In een meetinstrument komt niet alles ter sprake. En uhm, van ons uit is het sowieso dat wij altijd beginnen met een intakegesprek, dus echt een kennismakingsgesprek om te kijken hoe dat de situatie is. Uhm, dan de mantelzorger ook zelf uit laten spreken waar de hulpvragen inzitten. Uhm, of hé, waar hij of zij tegenaan loopt. Uhm, mantelzorgscan gebruiken we wel regelmatig, die heb ik zelf eigenlijk opgebouwd om wat meer in te kunnen zoomen op uhm hoe is de mantelzorgsituatie? Waar is de zorgvrager? Welke relatie is er met de zorgvrager? Waar is de mantelzorger? Hoe staat de mantelzorger er in, staat het voor de mantelzorger in verhouding met andere leefgebieden? Hé, dus ook wonen, werk, uh sociale contacten, noem maar op. Uhm, en uiteindelijk gebruiken we ook nog een aandachtspuntenlijst en dan kijken

we naar heeft de mantelzorger voldoende informatie over uh de ziekte of beperking waar er sprake van is. Hoe gaat het emotioneel met de mantelzorger? Hoe gaat het praktisch allemaal, bijvoorbeeld met het wonen, uh met het vervoer, uh praktisch bijvoorbeeld de container die op maandag ochtend altijd aan de weg moet staan. Die hele kleine dingen maar die wel heel belangrijk kunnen zijn. **Dus die checklist gebruiken we altijd om te kijken van hoe staan alle aandachtspunten met elkaar in verhouding.** **J: Oké.** L: Ja. **J: En hebben jullie die zelf ontwikkeld want die ben ik nog niet tegen gekomen?** L: **Die aandachtspuntenlijst is volgens mij de POM-methode en die is van de Trimbos uit.** **J: Oké.** L: Dus die kun je als het goed is wel gewoon op internet vinden. **J: Ja. Want die heb ik inderdaad, bij de literatuur heb ik wel de EDIZ en de CSI gevonden.** L: Ja, die ken ik beide, maar **die gebruik ik in de praktijk heel weinig eigenlijk.** **J: Oké.** L: Omdat ik vind dat die wel aan een paar dingetjes gewoon voorbij gaat. **En die aandachtspuntenlijst, die van de POM-methode zeg maar, die uhm, die laat dan heel veel ruimte om uh daarop door te gaan en ook andere dingetjes aan te halen dus niet meteen heel suggestief.** **J: Oké. Eens even kijken, dan gaan we het nu hebben over de mantelzorgondersteuning.** L: Uhu. **J: Welke behoeften en wensen hebben mantelzorgers eigenlijk?** L: Ja, als ik dan kijk naar de vragen die wij vooral binnen krijgen. Dan is het wel uhm, in twee uh kampen weg te scheren. **De ene wil heel praktisch informatie, die zegt van ik wil informatie over uh voorzieningen, al dan niet lokaal. Of ik wil advies over hoe ik iets aan moet vragen of hoe ik ergens mee om moet gaan. Dus dat is echt wat praktischer van aard. Ook wel financiële vragen, uhm, een paar jaar geleden had je vanuit het SVB nog de jaarlijkse vergoeding van ik geloof €200 rond de dag van de mantelzorg. Uh, en dat kon eigenlijk elke mantelzorger aanvragen die ook kon aantonen dat die mantelzorg verleende aan iemand die het nodig had. Uhm, dat is in 2014 of 2015 voor het laatst geweest. En toen heeft de SVB gezegd wij gaan dat geld beschikbaar stellen aan de gemeentes zelf. Dat de gemeente zelf verantwoordelijk is voor uh de invulling van het complimentje, voor de waardering van de mantelzorger. Uhm, dat zijn hele financiële vragen en je merkt vaak dat een mantelzorger nog echt op zoek is naar ja maar ik doe zo veel en waar kan ik dan toch nog een financiële vergoeding uithalen. Dan moet je helaas vertellen dat die vergoeding vanuit de SVB er niet meer is. En dat het afhankelijk is van hoe de gemeenten het zelf heeft uh verdeeld. Vaak is dat niet meer in de vorm van geld dus die vergoeding valt dan weg. **Vaak kan er vanuit de zorgverzekering of vanuit de belastingdienst wel nog iets worden gedaan met reiskosten.** Uhm, **en dan heb je nog uh PGB wat in enkele gevallen kan worden aangevraagd.** Dat zijn echt de praktische en financiële vragen. **Daarnaast heb je wat meer het sociale en emotionele stuk en dan is het echt het hart kunnen luchten.** Uhm, sommige mantelzorgers zeggen ook van ik weet dat dit een situatie is waar vrij weinig oplossingen bij mogelijk zijn. En uhm, dat heeft er dan vooral mee te maken dat mensen niet willen dat de zorg wordt weggenomen. Want ergens geeft het ook wel weer**

voldoening. Maar dat wil niet zeggen dat het af en toe zwaar kan zijn. Dus vaak is het ook heel fijn om gewoon het hart te kunnen luchten. Uhm, **het stukje meedenken**, uh **maar wat ook heel erg vaak wordt besproken is wel die relatie die veranderd**. Want stel je maar eens voor dat je 36 jaar bent getrouwd en van de een op de andere dag krijgt de partner hersenletsel. Ja, jou relatie veranderd ineens van alleen maar man/vrouw zijn naar in een keer ook nog de mantelzorger en zorgvrager van elkaar zijn. Uhm, **die verandering in de relatie daar zit vaak** uh **heel veel moeilijkheid**. Uhm, en daarbij ook weer **die grenzen. Geen nee kunnen zeggen, geen nee durven zeggen, bang voor spanningen**. Uhm **en dan toch weer met die mensen gaan kijken van oké hoe kun je dan toch zorgen dat je wel een keer je eigen grens gaat aangeven. En hoe kun je dat dan op een assertieve manier eigenlijk duidelijk maken. En voor de zorgvrager, hoe kun je die grenzen aanvoelen**. Vaak is het met, zeker als we het hebben over dementie, alzheimer of uh, nou alzheimer valt dan nog mee gelukkig. Laten we zeggen dementie en CVA bijvoorbeeld. Uhm, **is het heel erg moeilijk om grenzen nog aan te kunnen voelen, dan vraagt het van de mantelzorger wat meer om assertief en duidelijk te zijn dus daar kunnen we dan wel altijd even in mee kijken van hoe kunnen we dat dan wat gaan oefenen zeg maar**. Of hoe kunnen we dat opnieuw aangeleerd krijgen. **J: En met die vergoeding vanuit de gemeenten, hoe zit dat eigenlijk in Peel en Maas?** **L: Hier in Peel en Maas is ervoor gekozen om elk jaar met de dag van de mantelzorger een mantelzorgplantje te geven**. Dat plantje dat uhm dat mag iemand anders uh mag dat aanvragen voor de mantelzorger. Dus het is niet zo dat de mantelzorger voor zichzelf dat plantje aanvraagt. **Dus daar zit al meteen een stukje waardering en herkenning in natuurlijk**. Heel waardevol. Uhm, moet wel heel eerlijk zeggen, dat plantje daar willen we volgend jaar iets anders voor gaan doen. Een plantje dat betreft natuurlijk vaak alleen maar de oudere garden van de mantelzorgers, doet niks voor de jonge mantelzorgers, terwijl we daar ook wel echt wat meer aandacht voor willen hebben. **Dus we hebben nu uhm een onderzoekje uh ingezet om te kijken wat de mantelzorger eigenlijk het meeste kunnen waarderen als mantelzorgcompliment**. Uh **verder is er vier keer per jaar de mantelzorgmuzieksalon waar een leuke artiest komt en dan kan de mantelzorger dan of alleen naar toe of samen met de zorgvrager, om een leuke avond te hebben**. Uhm, even kijken. Dan hebben we het **breincafé**, hebben we opgericht in samenwerking met de SGL. Uhm wat dan **drie of vier keer per jaar informatieavond is voor mensen met een aangeboren hersenletsel** en dan is er ook koffie en vlaai en noem maar op. Ja dus het zijn enkele activiteiten en heel concreet het mantelzorgplantje op de dag van de mantelzorg zelf. **J: Oké, uh ja we hadden het net eigenlijk over de behoeften van de mantelzorger, maar komen er ook wel eens behoeften of wensen vanuit de patiënt, dat hun zeggen van, dat hun bijvoorbeeld hier naar toe komen?** **L: Uuh. Uhm, ja rondom mantelzorgondersteuning wat minder**, maar op het moment dat zorgvragers zelf aangeven van goh ik uhm ik heb een

beperking opgelopen en ik kon voorheen altijd alles en ik heb het heel erg moeilijk met het accepteren van alles wat ik nu niet meer kan. Uhm, dan wordt dat eigenlijk gewoon vanuit het maatschappelijk werk ook gewoon opgepakt. **J: Oké.** **L:** Ja, dus die vraag krijgen we zeker heel vaak binnen. Maar dan zien we dat eigenlijk als een algemeen maatschappelijk werk, ja staat dan wat meer los van mantelzorgondersteuning. **J: Dus het is niet dat bijvoorbeeld uhm een patiënt binnenkomt omdat hij ergens tegenaan loopt met de mantelzorger?** **L: Ja dat kan wel.** Ja en dat, als ik het even mag koppelen aan een voorbeeldje: ouderenmishandeling. Uhm, dan is het de zorgvrager bijvoorbeeld een oudere man, die zegt van uh nou mijn dochter die zorgt voor mij en we hebben nooit afspraken gemaakt maar zij haalt voor mij de boodschappen. En nou zie ik elke keer dat als zij boodschappen doet dat ze met uhm zeg een waarde van €20 thuis komt maar er wordt €80 van mijn bankrekening afgerekend. Dus ik verwacht dat zij van mijn geld ook haar eigen boodschappen doet. Hoe kan ik dat dan aanpakken? Want uhm ze zorgt voor mij, ze doet voor mij de boodschappen, uhm dus ik kan haar dat niet kwalijk nemen. Maar toch we hebben daar geen afspraken over gemaakt. Kijk dan is het financiële uitbuiting waar de zorgvrager zich wel op bewust van kan zijn. En met die vraag kan hij bijvoorbeeld bij ons komen en dan kunnen wij kijken van oké wat gebeurt er daar nou eigenlijk? Kunnen we het gesprek daarover aangaan met de dochter. **J: Ja.** **L:** Ja en dan is het nog niet eens zozeer uhm een bewuste vorm van ouderenmishandeling, hoop ik. Uhm maar dan zijn het wel dingen van oké daar moet het dan over gaan, want blijkbaar zijn de verwachtingen van uh de vader en de dochter, mantelzorger en zorgvrager dus niet duidelijk met elkaar. Ja. **J: Oké.** **L:** Dus het kan ook zeker op die manier binnenkomen. **J: Ja.** **Dus de patiënten zelf weten jullie ook wel te vinden.** **L:** Ja zeker. **J: Oké. Welke rol zou de huisarts of praktijkondersteuner moeten hebben in het ondersteunen van mantelzorgers?** **L:** Ja dat is eigenlijk wat ik in het begin al een beetje aangaf hé het preventief insteken en de vroeg signalering. **J: Ja, het signaleren. En echt met het betrekking tot ondersteunen? Ja, gesprekken voeren. Maar of is het toch slimmer om dan eerder door te verwijzen naar jullie bijvoorbeeld.** **L:** Ja, op zich is het, we hebben wel momenteel een goede samenwerking met de huisartsen en met de praktijkondersteuners. Uhm, op zich vinden wij het prettig als het wordt doorgezet. Want wij kunnen natuurlijk ook wat breder kijken en meteen het lijntje leggen met de WMO op het moment dat er een voorziening moet worden aangevraagd. Of dat er een indicatie moet worden aangevraagd of er moet iets geregeld worden. Uhm, we hebben ons eigen uhm ja sociale kaart eigenlijk rondom de hele mantelzorgondersteuning. Ook op het moment dat er bijvoorbeeld respijtzorg nodig is. En dan is het voor ons ook fijn als wij al vroeg worden meegenomen in de mantelzorgsituatie. Zodat de mantelzorgers niet te lang hoeven te blijven zitten met een gevoel van belasting of zelfs overbelasting. **J: Oké.** **L:** Ja. **Dus in het belang van de cliënt wil ik niet zeggen dat de praktijkondersteuner natuurlijk geen goed gesprek kan**

voeren, of de huisarts zelf. Maar voor het, of in het belang van de mantelzorg is het wel fijn als wij gewoon vroeg mogen raken en daarmee ja toch ja wat onrust al weg mogen nemen.

J: Ja. Eens even kijken, zijn er meerdere vormen van ondersteuning? Zoals bijvoorbeeld groepsbijeenkomsten of lotgenotencontact?

L: Ja, absoluut. Ja wij bieden in ieder geval uh individuele hulpverleningstrajecten aan. Uhm, wij hebben ook uh tot voor kort een spreekuur gehad. Dus toen konden mensen eigenlijk ook gewoon met korte vragen terecht zonder afspraak te hoeven maken. Dus dat zijn twee vormen van individuele uhm mogelijkheden. *J: Uhuh.* *L:* Uhm, verder gaan we een cursus aanbieden, die gaat in januari weer starten. Moet ik wel eerlijk zeggen dat dat uh zich voor nu nog richt op mantelzorgers met dementie. Uhm en later volgend jaar willen we ook starten met een cursus mantelzorgers in balans. Dat zie je hier eigenlijk in de omliggende gemeentes heel veel gebeuren. Dat is dan een twee daagse cursus die zich ook echt richt op van hoe kan de mantelzorgtaken in verhouding staat tot de rest van mijn leven eigenlijk. Hoe kan het mantelzorg stuk niet te groot worden? Ja, dus dat is een groepsmogelijkheid. Lotgenotencontact, uh hebben wij niet. Tenminste nog niet. Dat heeft er ook mee te maken omdat wij met de hele organisatie op dit moment met een ontwikkeling bezig zijn, een gemeenschapsontwikkeling. Waarmee we eigenlijk uhm steeds meer in aan het zetten zijn om de gemeenschap zelf zover te krijgen dat ze elkaar daar in op gaan zoeken. Dus op dit moment is er vanuit de mantelzorgondersteuning geen lotgenotencontact georganiseerd. Ja, zie je bij andere organisaties trouwens wel veel. *J: Ja, maar eigenlijk wil je dus dat dat vanzelf een beetje..* *L:* Ja, ja, ja. Het is uh, we hebben heel lang hebben we dat wel aangeboden. Lotgenotencontact, wandelgroepjes, bijvoorbeeld. Uhm, een vrouwengroep waarin mantelzorg ook echt vaak een thema kon zijn. En het kan heel goed zijn dat dat wel vanuit andere organisaties wordt gedaan, maar wij doen dat op dit moment niet. Toen wij het uh, organiseerde kwam er maar heel weinig op af. En toen hadden wij zoiets van wil het dan zeggen dat er geen behoeften aan is? Nou ik denk het niet want ik denk dat die behoeften er juist wel is. Maar ze komen er alleen niet voor naar Vorkmeer. Misschien dat het onbewust toch al onderling gebeurt. Hé, bijvoorbeeld bij de KBO of uhm drie buurvrouwen die bijvoorbeeld uhm elke dinsdagmiddag samen koffiedrinken en die in een soortgelijke situatie zitten. Dat is ook al lotgenotencontact. *J: Ja.* *L:* Alleen niet van ons uit georganiseerd. Op het moment dat we het van ons uit wel gaan organiseren, kan het iets verplichts worden. En dat is denk ik niet de bedoeling. *J: Misschien is de stap dan ook groter he.* *L:* Ja, wordt de drempel hoger ja. Maar goed ik denk dat er wel heel veel behoeften aan is en dat het stiekem of onbewust ook wel gebeurt. Ja. *J: Ja.* *L:* Ja. *J: Eens even kijken, ja het stukje doorverwijzen hebben we dan nog maar dat hebben we eigenlijk net ook al een beetje besproken.* *L:* Ja. *J: Bij de taak van de huisarts of praktijkondersteuning.* *L:* Ja. *J: Eens even kijk, ja welke organisaties zijn er eigenlijk allemaal voor mantelzorgondersteuning?* *L:* Hier in Peel en Maas ligt het steunpunt van uh

mantelzorg echt bij Vorkmeer. Uhm dus wat de individuele ondersteuning betreft zijn wij vanuit welzijnsorganisatie de enige. Uhm maar we werken wel heel veel samen met, vaak met huisartsen, met praktijkondersteuners, uhm met WMO consulenten, uh met de woningbouwverenigingen. Hier heb je uh Plattelandshoes, dat is een respijtzorgvoorziening. Uhm, daar werken we wel heel veel mee samen. En die zullen allemaal op eigen uhm, vanuit hun eigen expertise de mantelzorgers wel kunnen ondersteunen. Ja. *J: En informele zorg, doen jullie daar veel mee, informele hulp?* L: Ja, dat is vaak ook vanuit de burger initiatieven. De KBO, zorgmaatjes, uh Zonnebloem, maar ook gewoonde informele netwerken bekijken en erin betrekken. Dus echt op casusniveau is dat dan wat meer. *J: Ja. Om ook wat dingen misschien uit handen te nemen.* L: Ja, ja. Want dat doen wij wel in een van de eerste gesprekken al, kijken van hoe ziet het sociale netwerk eruit uhm, als dat mensen aangeven er is eigenlijk geen sociaal netwerk om mij heen. Dat kan, maar vaak zit het er dan ook meer in dat mensen zich wat meer bewust moeten gaan maken van dat sociale netwerk. De meeste mensen hebben wel een buurman of een buurvrouw, alleen zit dan de vraagverlegenheid nog heel diep hé. *J: Ja.* L: Dus dan is het heel goed om het daar over te hebben. Misschien vind die buurvrouw of buurman het juist wel heel erg fijn als ze de soep mogen brengen die zij overhebben. Of die als ze zelf de container aan de weg zetten, ze meteen die van degene ook meenemen. *Vaak zit het hem in hele kleine dingetjes maar het kan wel al helpen.* *J: Ja.* L: Ja. *J: Ja, wat waren eigenlijk zo mijn uh vragen, ik weet niet of dat je zelf nog aanvullingen had?* L: Nee. Dit is trouwens wel, uhm even kijken, *het Landelijke Huisartsen Vereniging, dat stappenplan.* Uh, *vind ik zelf een hele fijne tool en ik moet er zelf ook wel vaak naar kijken, ja.* Dus ik zag dat je die ook benoemde en die herkende ik wel. *J: Ja die heb ik in de literatuur, ben ik die tegengekomen.* L: Ja, die is *fijn en uitgebreid.* *J: Dus dat is wel een aanraden voor uh..* L: Ik vind die *in de praktijk heel goed passen* inderdaad. Ja, ja. *J: Oké.* L: En uhm, nee ja op dit, nee. Ik haal zelf ook veel informatie, ook over de ontwikkelingen landelijk onder andere, heel veel informatie van Mezzo. Dat ken je denk ik ook wel he. *J: Ja, die ken ik.* L: Ja. Nee ik heb verder eigenlijk geen vragen. *J: Oké. Nouja bedankt in ieder geval.* L: Graag gedaan!

BIJLAGE 9: TOPICLIJST EN VRAGENLIJST SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW PRAKTIJKONDERSTEUNERS

Doel semi-gestructureerd interview:

- Inzicht krijgen in setting, doelgroep & beïnvloedende factoren die een rol kunnen spelen bij de verandering van de huidige werkwijze met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en mantelzorgondersteuning?

Topic	Vragen
Setting	- Kunt u kort iets vertellen over hoe de organisatie: 'huisartsenpraktijk Maasbree' eruit ziet?
Doelgroep	- Hoe ziet de personeelspopulatie er uit? - Wie zijn er direct betrokken bij de kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers?
Segmentatie a.d.h.v. Rogers	- Kunt u uitleggen hoe de samenstelling van de betrokken medewerkers bij kwetsbare ouderen eruit ziet aan de hand van de segmentatie van Rogers? Indeling van Rogers (2003): • <i>Innovators</i>: een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën. • <i>Early adopters</i>: een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft en als referentiepunt voor de meeste innovators fungeert. • <i>Early majority</i>: een groep die bestaat uit leiders, maar die nauw contact heeft met en zich laat leiden door early adopters. • <i>Late majority</i>: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig voor informatiebronnen; zij vertrouwen meer op de publieke opinie of druk vanuit collega's. • <i>Laggards</i>: een traditionele groep, die veel weerstand tegen verandering heeft.
Individuele factoren	- Hebben de betrokken medewerkers voldoende kennis en zijn ze in staat om nieuwe dingen te leren? - Zijn de betrokken medewerkers gemotiveerd om de huidige werkwijze te veranderen? - Zijn de betrokken medewerkers in staat om routinegedrag aan te passen?

Sociale factoren	- Hoe verloopt de samenwerking binnen het team? - Hoe verloopt de samenwerking met de overige disciplines die betrokken zijn bij de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers?
Organisatorische factoren	- Hoe staat de organisatie tegenover verandering van de huidige werkwijze met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en mantelzorgondersteuning? - Wordt de visie van de organisatie nageleefd als er verandering plaatsvindt in de huidige werkwijze met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en mantelzorgondersteuning?
Maatschappelijke factoren	- Spelen financiële middelen een rol bij de verandering met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en mantelzorgondersteuning? - Heeft de wetgeving een beïnvloedende factor bij de verandering van de huidige werkwijze met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en mantelzorgondersteuning?
Overige factoren	- Heeft u nog overige bevorderende of belemmerende factoren die een rol kunnen spelen bij de verandering van de huidige werkwijze met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en mantelzorgondersteuning?

BIJLAGE 10: SAMENVATTING SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW PRAKTIJKONDERSTEUNERS

Geïnterviewde	Praktijkondersteuners somatiek
Interviewer	Juul Ottenheijm
Datum	01-11-2018
Tijd	13.00-13.20

Kunnen jullie mij wat vertellen over de organisatie?

De huisartsenpraktijk in Maasbree ligt in het gezondheidscentrum Maasbree en valt onder de organisatie, cohesie. Cohesie is een coöperatie voor huisartsenzorg. De huisartsenpraktijk in Maasbree is een dorpspraktijk met ongeveer 6000 patiënten waarvan 76 kwetsbare ouderen geïncorporeerd zijn in het zorgprogramma 'Ouderenzorg'.

Verschillende disciplines werkzaam:

- Doktersassistenten
- Praktijkondersteuners somatiek
- Praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Verpleegkundig specialist
- Verpleegkundig specialist in opleiding
- Huisartsen
- Coassistenten
- Stagiaire doktersassistent
- Stagiaire praktijkondersteuner

Binnen de praktijk zijn ook nog externe organisaties:

- Diëtiste
- Maatschappelijk werker
- Gezinscoaches

Hoe ziet de personeelspopulatie eruit?

Er werken momenteel zes doktersassistenten, er komt binnenkort een zevende bij. Er werken twee praktijkondersteuners somatiek, met één stagiaire en twee praktijkondersteuners GGZ. Er is één verpleegkundig specialist werkzaam met één verpleegkundig specialist in opleiding. Er werken drie huisartsen met één coassistent. De leeftijd in de praktijk ligt ongeveer tussen de 20-55 jaar. Er zijn fulltimers en parttimers werkzaam binnen de praktijk.

Welke collega's zijn betrokken bij de kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers?

De meeste medewerkers van de huisartsenpraktijk zijn bij de kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers betrokken. De doktersassistenten zijn de eerste die de patiënten en de mantelzorgers aan de telefoon krijgen, zij krijgen echter alleen een hulpvraag en verwijzen dan door. De praktijkondersteuner somatiek en de huisarts zijn het meeste betrokken bij de kwetsbare ouderen, de verpleegkundig specialist ook in wat mindere mate. De praktijkondersteuners somatiek zijn verantwoordelijk voor de kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk. De huisartsen leveren de kwetsbare ouderen aan bij de praktijkondersteuners, zij signaleren vaak dat de oudere kwetsbaar is en verwijst deze dan door naar de praktijkondersteuner somatiek. De huisartsen blijven ondanks dat de praktijkondersteuner somatiek de verantwoordelijkheid heeft, ook betrokken bij de kwetsbare ouderen.

Indeling aan de hand van het model van Rogers (2003).

Toelichting: op deze manier kunnen medewerkers onderverdeeld worden in subgroepen en wordt duidelijk hoe iedereen zich opstelt ten opzichte van verandering.

De meest betrokken medewerkers, de personen die ook daadwerkelijk met de verandering te maken krijgen, worden ingedeeld aan de hand van het model van Rogers (2003).

Alle betrokken medewerkers staan in principe wel open voor verandering, ieder op zijn of haar eigen manier. Binnen de huisartsenpraktijk wordt vaak meegedaan aan pilots vanuit Cohesie.

- Eén van de huisartsen is vooruitstrevend, grijpt veel nieuwe dingen aan, staat open om nieuwe dingen op te pakken en loopt hierin voorop.
- Eén andere huisarts staat er voor open maar is geen kartrekker. Als iemand een aanzet maakt is hij/zij een volger en staat hier open voor maar zal zelf niet met nieuwe ideeën komen. Er moet van te voren een plan gemaakt zijn en zal hier dan aan mee werken.
- Eén huisarts staat open voor verandering maar zal daar vooral volgend in zijn. Zal niet het voortouw nemen om de verandering op te pakken of zelf een verandering te implementeren. Als het een verandering is waar hij/zij achterstaat, zal hij/zij wel meewerken. Hij/zij is wel erg kritisch, als er volgens hem/haar geen meerwaarde in zit, dan is hij/zij terughoudend.
- Beide praktijkondersteuners somatiek staan open voor verandering. Ze willen beide wel van te voren duidelijk hebben wat de meerwaarde er van is. Maar als ze zelf ook de meerwaarde zien, zien ze het als een uitdaging.

De bevorderende en belemmerende factoren.

In de bevorderende en belemmerende factoren is onderscheid gemaakt in individuele-, sociale-, organisatorische-, maatschappelijke en overige factoren.

Individuele factoren

Beide praktijkondersteuners somatiek hebben voldoende kennis over de ouderenzorg. Er worden regelmatig bijscholingen aangeboden over de doelgroep. De praktijkondersteuners blijven zo up to date. Daarnaast zijn beide praktijkondersteuners gemotiveerd om hun werkwijze te veranderen. Vooral op het gebied van mantelzorgondersteuning bij mantelzorgers van kwetsbare ouderen omdat ze beide van mening zijn dat hierin nog veel te halen valt. Omdat beide praktijkondersteuners nog niet heel lang werkzaam zijn als praktijkondersteuner en zich nog aan het ontwikkelen zijn, is het makkelijker om oude werkwijze aan te passen.

Beide praktijkondersteuners geven aan de beoogde kwaliteitsverbetering voort te willen zetten en bereid zijn daadwerkelijk te implementeren.

Sociale factoren

De samenwerking tussen de praktijkondersteuners somatiek onderling verloopt goed, er vindt regelmatig overleg plaats. Ook de samenwerking tussen de praktijkondersteuners somatiek en huisartsen verloopt goed, er wordt regelmatig mondeling overlegd of via de autorisaties. Via de autorisaties wordt elk contact wat plaats gevonden heeft tussen de praktijkondersteuners en de kwetsbare ouderen nagekeken door de huisarts.

De samenwerking met overige disciplines verloopt ook goed. Er vindt één keer in de twee weken een teamvergadering plaats. Hierbij zijn meerdere disciplines aanwezig die bij de kwetsbare ouderen betrokken zijn, zoals de thuiszorg, apotheek, ergotherapie en fysiotherapie. Door dat de verschillende disciplines elkaar één keer in de twee weken ziet, is het ook makkelijker om elkaar tussendoor te contacteren via de mail of telefonisch. Als er iets is, vindt er vaak meteen overleg plaats.

Binnen de ouderenzorg vindt elke drie maanden een multidisciplinair overleg (MDO) plaats. Hierbij zijn de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, praktijkondersteuners en eventueel verzorgende aanwezig.

Organisatorische factoren

De huisartsenpraktijk is een vooruitstrevende organisatie waar regelmatig pilots voor kwaliteitsverbetering aangeboden worden vanuit Cohesie. Binnen de huisartsenpraktijk heeft een half jaar geleden een onderzoek plaats gevonden, hieruit is gebleken dat de helft van alle medewerkers vooruitstrevend is en open staat voor verandering.

Maar de andere helft heeft geen behoefte aan verandering en is hierin wat terughoudender. Wanneer er in het verleden een verandering plaats vond, werd hier uiteindelijk altijd wel door iedereen aan mee gewerkt. Al koste dit bij sommige medewerkers wel even tijd en klagen. Binnen de huisartsenpraktijk is patiëntgerichte zorg een belangrijke visie. Aandacht besteden aan signaleren van overbelasting van de mantelzorger en het bieden van mantelzorgondersteuning, past bij deze visie.

Wanneer de beoogde kwaliteitsverbetering geïmplementeerd wordt, zal dit wel wat tijd kosten. Bij de praktijkondersteuners somatiek is dit geen probleem, zij hebben hier meestal wel tijd voor. Afhankelijk van hoeveel tijd het gaat kosten, kan dit bij de huisartsen wel een probleem opleveren, hun spreekuur laat niet veel ruimte over om extra tijd in de mantelzorgers van kwetsbare ouderen te steken.

Maatschappelijke factoren

Met betrekking tot de privacy wetgeving zou er geen probleem moeten zijn, de gegevens van de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers wordt zorgvuldig mee omgegaan. Ook wanneer er doorverwijzingen naar ondersteuningsmogelijkheden plaats vind. Vanuit de overheid of gemeente veranderen regelmatig wet- en regelgevingen rondom mantelzorgondersteuning waar de huisartsenpraktijk geen invloed op heeft, met name rondom de financiering. Hier moet rekening mee gehouden worden omdat de werkwijze hier misschien op aangepast zou moeten worden en zodat de mantelzorgers goed ingelicht kunnen worden.

Overige factoren

Een overige factor zou kunnen zijn dat sommige mantelzorgers niet meewerken. De mantelzorgers zelf moeten er voor open staan en niet iedere mantelzorger heeft er behoefte aan.

BIJLAGE 11: REFLECTIEVERSLAG VOLGENS DE STARRT METHODE

De reflectie wordt beschreven aan de hand van de STARRT methode. De STARTT methode staat voor: Situatie, Taak, Actie, Resultaat, Reflectie en Transfer. Het doel van de reflectie is om bewuster te worden op mijn eigen handelen en leerpunten mee te nemen voor in de toekomst.

Situatie

Tijdens het laatste jaar van de opleiding HBO verpleegkunde staat het schrijven van een bachelor thesis centraal. Het doel van de bachelor thesis is het uitvoeren van een onderzoek in de praktijk waarmee de kwaliteit van de geleverde zorg verbeterd wordt. Tijdens de uitvoering van de bachelor thesis staan de rol van ontwerper en de rol van beroepsbeoefenaar van Pool (2017/2018) centraal. De rol van ontwerper richt zich op deskundigheid, innovatie en kwaliteitsverbetering. De HBO verpleegkundige werkt mee aan het vernieuwen en verbeteren van de geleverde zorg. De rol van beroepsbeoefenaar richt zich op het vernieuwen van het beroep en het bevorderen van de deskundigheid en van het beroepsbewustzijn. Momenteel loop ik mijn afstudeerstage als praktijkondersteuner somatiek bij de huisartsenpraktijk in Maasbree. Ik behandel tijdens mijn stage patiënten met diabetes mellitus type 2, astma en COPD, hart- en vaatziekten en de kwetsbare ouderen patiënten. Er werd van mij verwacht onderzoek te doen naar kwaliteitsverbetering en hierover een thesis te schrijven. In overleg met mijn werkbegeleiders en mijn docentbegeleider is gekozen voor het onderwerp; 'signaleren van overbelasting en bieden van ondersteuning bij mantelzorgers van kwetsbare ouderen'. Het doel van de thesis was om een verpleegkundig advies te geven aan de praktijkondersteuners somatiek gericht op het signaleren van overbelasting en het bieden van mantelzorgondersteuning aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Aan het eind van de vorige periode (differentiatie 3) werden de volgende leerdoelen opgesteld:

- Meer tijd in schoolwerk steken.
- Zelfverzekerder worden over mijn schoolprestaties.
- Minder stressen over mijn opdrachten.
- Tijdens gesprekken meer samenvatten.

Deze leerdoelen zijn meegenomen tijdens de uitvoering van de thesis.

Taak

Voor ik begonnen ben aan de uitvoering van de thesis heb ik in differentiatie 3 een voorstel voor de thesis geschreven. Na goedkeuring van het voorstel ben ik in differentiatie 4 begonnen met de uitvoering van de thesis. Er werd van mij verwacht dat de thesis uitgevoerd

zou worden aan de hand van de eerste vier stappen van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Ten eerste was het mijn taak om een voorstel voor verandering te schrijven. Vervolgens werd verwacht dat ik de wenselijke en feitelijke situatie in kaart zou brengen. Daarna moesten de wenselijke en feitelijke situatie met elkaar in vergelijking worden gebracht. Nadat de wenselijke en feitelijke situatie in kaart waren gebracht werd van mij verwacht dat ik de doelgroep, setting en factoren die een invloed kunnen spelen bij verandering in kaart zou brengen. Aan de hand van deze gegevens was het mijn taak om strategieën en interventies te selecteren om de implementatie succesvol te laten verlopen. Alle stappen die ik genomen heb zijn van tevoren goedgekeurd door mijn werkbegeleiders en zijn besproken tijdens de OWG met medestudenten en de docentbegeleider. Van tevoren had ik met mijn werkbegeleiders en docentbegeleiders datums afgesproken om conceptversies van de thesis in te leveren. Het was mijn taak om ervoor te zorgen dat ik op schema liep en de conceptversies bij tijds in kon leveren.

Actie

Tijdens het schrijven van het voorstel voor de thesis in differentiatie 3 heb ik gekeken met welke methodes ik het onderzoek het beste kon uitvoeren. Ik heb in overleg met mijn docentbegeleider en werkbegeleiders gekozen om gebruik te maken van literatuuronderzoek, gestructureerde vragenlijsten en semigestructureerde interviews. Tijdens de uitvoering van de thesis ben ik begonnen met het schrijven van de inleiding. Ik ben literatuur gaan zoeken om de aanleiding/probleemstelling te formuleren. Nadat de inleiding af was ben ik begonnen met mijn literatuuronderzoek. Ik heb literatuur gezocht over het onderwerp, deze literatuur is gebruikt in hoofdstuk 1. het theoretisch kader. Ook heb ik literatuur gezocht naar de wenselijke situatie. Tijdens dit literatuuronderzoek kwam ik ook veel literatuur tegen die betrekking had op de feitelijke situatie. Ik vond dat deze literatuur toegevoegde waarde had voor mijn onderzoek. Ik had om de feitelijke situatie in kaart te brengen in mijn voorstel alleen beschreven dat ik gestructureerde vragenlijsten zou gebruiken. Ik heb aan mijn docentbegeleider gevraagd of het akkoord was dat ik in het onderzoek naar de feitelijke situatie ook een literatuuronderzoek zou doen naar de feitelijke situatie binnen heel Nederland. Mijn docentbegeleider ging hiermee akkoord. Tijdens het literatuuronderzoek naar de wenselijke situatie zijn drie belangrijke punten naar voren gekomen, deze punten zijn tijdens het hele onderzoek teruggekomen als topics. Op mijn stageplek werken we met een 'sociale kaart'. Via de sociale kaart ben ik in contact gekomen met de expert die ik geïnterviewd heb om de wenselijke situatie in kaart te brengen. Voorafgaand aan het interview heb ik aan de hand van het literatuuronderzoek topics en subtopics opgesteld. De topics zijn goedgekeurd door de docentbegeleider en werkbegeleiders en opgestuurd naar de expert.

Eén week later vond het interview met de expert plaats. Het interview is naderhand volledig geanalyseerd en de belangrijkste resultaten zijn samengevat in de hoofdttekst. Aan de hand van de eerder genoemde topics uit de literatuur zijn ook twee vragenlijsten ontwikkeld, één voor de mantelzorgers van kwetsbare ouderen en één voor de betrokken medewerkers. In deze vragenlijst komt de wenselijke en de feitelijke situatie aan bod. Er is ook een topiclijst opgesteld voor het semigestructureerd interview met de huisarts over de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren. De vragenlijsten en topiclijst zijn goedgekeurd door de docentbegeleider en de werkbegeleiders. Na de goedkeuring zijn de vragenlijsten uitgereikt. Er werd geconstateerd dat de mantelzorgers eerst toestemming moeten geven voor ze mee kunnen werken aan onderzoek, in overleg met de docentbegeleider is daarom een toestemmingsformulier ontwikkeld voor de mantelzorgers. Door tussentijds een reminder te sturen was de respons bij beide vragenlijsten voldoende. Aan de hand van de gegevens uit het literatuuronderzoek, de vragenlijsten en het interview is de wenselijke situatie in kaart gebracht. Aan de hand van de gegevens uit het literatuuronderzoek en de vragenlijsten is de feitelijke situatie in kaart gebracht. Tussentijds zijn de conceptversies van hoofdstuk 1,2 en 3 ingeleverd bij de docentbegeleider en de werkbegeleiders voor feedback. Om de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren in kaart te brengen was in eerste instantie gekozen voor een semigestructureerd interview met de huisarts. In overleg met de docentbegeleider is naderhand toch besloten om het interview met de praktijkondersteuners te doen omdat zij daadwerkelijk met de beoogde kwaliteitsverbetering aan de slag zullen gaan. Nadat het interview met de praktijkondersteuners plaatsgevonden heeft, is er een samenvatting geschreven. De belangrijkste resultaten zijn beschreven in de hoofdttekst. De beïnvloedende factoren zijn weergegeven in een tabel. Aan de hand van de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren zijn strategieën en interventies geselecteerd. Om de strategieën en interventies te selecteren is gebruik gemaakt van de 'Cochrane Effective Practice & Organisation' (EPOC) en de website ZonMw (2018). Nadat de strategieën en interventies geselecteerd werden, is ten slotte nog de nabeschuiving geschreven. De nabeschuiving is tijdens de OWG besproken, aan de hand van de feedback van de docentbegeleider en medestudenten is hier en daar nog wat aangepast. De conceptversie van hoofdstuk 4 en 5 en de nabeschuiving is vervolgens naar de docentbegeleider en werkbegeleiders gestuurd voor feedback.

Resultaat

Het resultaat is dat er een verpleegkundig advies gegeven wordt aan de praktijkondersteuners somatiek van huisartsenpraktijk Maasbree gericht op verbetering van de geleverde zorg. Er is een thesis geschreven aan de hand van de eerste 4 stappen van het implementatieplan van Grol en Wensing (2011).

Aan het eind van het onderzoek is een conclusie beschreven waarin antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag. Ook worden er aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn bedoeld als advies richting de praktijkondersteuners om de beoogde kwaliteitsverbetering te implementeren.

Middels de uitvoering van de thesis heb ik aangetoond dat ik over de competenties beschik in de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar. Hieronder wordt beschreven hoe ik de competenties heb aangetoond:

Ontwerper

- Om verpleegkundige deskundigheid te waarborgen in een integrale aanpak van zorg, behandeling en voorlichting werkt de hbo-verpleegkundige mee aan ontwikkeling en vaststelling van nieuwe zorgprogramma's.
→ Ik heb deze competenties aangetoond door een nieuwe werkwijze te ontwikkelen voor de praktijkondersteuners om overbelasting te signaleren en mantelzorgondersteuning te bieden aan mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Bij het ontwikkelen van de nieuwe werkwijze is rekening gehouden met de behoeften van de mantelzorgers.
- Om risico's voor de gezondheid en complicaties van onderzoek, behandeling of verblijf te verminderen en/of te stabiliseren, past de verpleegkundige i.o. primaire, secundaire en tertiaire preventie toe.
→ Ik heb voorafgaand aan het onderzoek geconstateerd dat de huidige werkwijze onvoldoende kwaliteit van zorg leverde, dit heb ik met mijn werkbegeleiders besproken. De beoogde kwaliteitsverbetering is erop gericht op overbelasting van de mantelzorgers van kwetsbare ouderen. Tijdens de uitvoering van het onderzoek heb ik de leiding genomen en als sleutelfiguur gefungeerd. Ik heb wel rekening gehouden met de mening van andere betrokkenen.
- Om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te waarborgen participeert de verpleegkundige i.o. in het ontwerpen van kwaliteitszorg op afdelingsniveau (microniveau).
→ Ik heb deze competentie aangetoond door een kwaliteitsverbeterplan te ontwikkelen voor de huisartsenpraktijk om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Ik heb hierin het initiatief genomen en heb haalbare aanbevelingen aan de praktijk gedaan. Tijdens de thesis heb ik passende methodes uitgekozen om onderzoek te doen. Mijn communicatie is tijdens het proces respectvol, duidelijk en motiverend geweest met alle betrokken personen (medewerkers, mantelzorgers en de expert op het gebied van mantelzorg).

Beroepsbeoefenaar

- Om de kwaliteit van het verpleegkundig beroep op het vereiste peil te houden zodat het kan voldoen aan de maatschappelijke criteria, werkt de hbo- verpleegkundige actief mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep.
→ Tijdens de uitvoering van de thesis heb ik onderzoek gedaan naar de rol van praktijkondersteuners somatiek bij kwetsbare ouderen en mantelzorgers. Hierbij is rekening gehouden met de wet- en regelgeving binnen de gemeenten. Het is nu duidelijker welke rol de praktijkondersteuner somatiek hier precies in heeft. Door middel van de aanbevelingen die geadviseerd worden met betrekking tot de beoogde kwaliteitsverbetering wordt de deskundigheid van de praktijkondersteuners somatiek bevorderd bij de zorg voor de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers.

Reflectie

Ik ben tevreden over het resultaat dat ik geleverd heb en voel me er goed bij. Het onderwerp overbelasting van de mantelzorger sprak mij vanaf het begin al erg aan. Ik heb de kennis en inzichten die ik de afgelopen jaren hierover heb ontwikkeld toegepast. Ik heb tijdens het uitvoeren van de thesis met meerdere disciplines gewerkt, het gaf mij een fijn gevoel dat iedereen zo behulpzaam was. Ik heb gekeken vanuit het oogpunt van meerdere disciplines en heb geprobeerd de disciplines zoveel mogelijk bij het onderzoek te betrekken. Zo heb ik onderzoek verricht vanuit de huisartsenpraktijk (de betrokken medewerkers), vanuit de mantelzorgers en vanuit een externe organisatie voor mantelzorgondersteuning. Ik vind dat ik mij tijdens de uitvoering van de thesis leergierig heb opgesteld. Ik stond gedurende het hele proces open voor feedback. Tijdens de OWG lessen heb ik vragen gesteld en medestudenten mee laten oordelen over mijn stukken. Ik vond het fijn om de feedback van mijn medestudenten te ontvangen en heb deze meegenomen in het verdere proces. Ik vind dat ik mij van te voren onvoldoende heb verdiept in mijn onderzoeksmethoden, ik was namelijk niet op de hoogte van de nieuwe privacywet en wist niet dat de mantelzorgers niet zomaar benaderd mochten worden. Dit leverde mij even wat stress op omdat ik moest gaan bedenken hoe ik dit aan zou gaan pakken. Als ik van te voren op de hoogte was geweest over de privacywetgeving, had deze stress mij bespaard kunnen blijven. Ik kreeg van een huisarts een opmerking over de anonimiteit van de vragenlijst omdat er naar functie gevraagd werd. Ik besepte mij toen dat de vragenlijst niet anoniem was. Hier heb ik ook wel even van gebaald, ik had het idee dat ik gefaald had. Achteraf besef ik mij dat ieder onderzoek wel een aantal punten heeft die niet helemaal goed zijn verlopen. Ik zie het nu als een leerpunt voor de volgende keer.

Ik merk dat ik gedurende de afstudeerperiode communicatief doorgesgroeid ben. Dit zal vooral een stukje ervaring zijn geweest. Mijn leerdoel was om gesprekken samen te vatten.

Ik kreeg van mijn werkbegeleiders terug dat dit al een stuk beter ging. Ik merk zelf ook dat ik dit nu vaker doe. Ik voel me zelfverzekerder tijdens het voeren van gesprekken en merk aan mijn gesprekspartners ook dat ze de gesprekken als prettig ervaren. Met betrekking tot de leerdoelen die voorafgaand op zijn gesteld ben ik van mening dat ik deze aangetoond heb. Ik heb de afgelopen periode veel tijd aan schoolwerk besteed, maar ondanks dat heb ik ook mijn rust gepakt en leuke dingen gedaan. Ik merk dat ik hierdoor minder stress heb ervaren dan tijdens de vorige periode (differentiatie 3). Ik voelde mij tijdens de uitvoering van de bachelor thesis daarom een stuk beter/uitgeruster dan tijdens differentiatie 3. Ik heb geleerd om evenwicht te behouden tussen schoolwerk en ontspanning. Ik merk wel dat ik nog steeds soms onzeker ben over mijn schoolprestaties. Ik denk dat dit altijd een beetje zal blijven, het is vooral spanning. Tijdens de uitvoering van de thesis was dit wel een stuk minder dan de vorige periode. Dit komt denk ik omdat ik achter mijn onderwerp stond. Ik heb tussendoor wel eens stress gevoeld maar dit was dan ook snel weer verdwenen door even rustig alles door te nemen en te relativeren. Daarnaast heb ik tussentijds ook goede feedback van mijn docentbegeleider en werkbegeleiders gekregen. Dit zorgde er ook voor dat de onzekerheid afnam. Ik ben ervan overtuigd dat ik over mijzelf kan zeggen dat ik een beginnend HBO verpleegkundige en praktijkondersteuner somatiek ben. Door na mijn opleiding ervaring in het werkveld op te doen zal ik een volwaardig HBO verpleegkundige en praktijkondersteuner somatiek worden.

Transfer

Het uitvoeren van een onderzoek zal zich in de praktijk als HBO verpleegkundige in de toekomst nog vaker voordoen. Vooral als ik mijzelf wil blijven uitdagen en ontwikkelen als HBO verpleegkundige. Wanneer ik de volgende keer een onderzoek in de praktijk ga doen zal ik mij eerst meer verdiepen in de methodiek die ik gebruik, hierbij rekening houdende met de privacywetgeving. Ook zou ik tijdens het onderzoek meer rekening houden met anonimiteit, de vragenlijst voor de medewerkers is niet anoniem omdat er naar de functie gevraagd wordt en er is maar één verpleegkundig specialist werkzaam binnen de huisartsenpraktijk. Hier had ik van te voren niet over nagedacht. Daarnaast blijft het voor mij een leerpunt om wat meer zelfvertrouwen te krijgen over mijn prestaties. Ik blijf toch soms nog wat onzeker terwijl dat uiteindelijk meestal nergens voor nodig is. Dit leerdoel zal ik meenemen in de toekomst maar ik denk dat het ook een beetje in mijn persoonlijkheid zit.

BIJLAGE 12: GOEDGEKEURD VOORSTEL

Dit is het voorstel bachelor thesis om studenten op weg te helpen het verbetertraject en de thesis te structureren. In overleg met de docentbegeleider kan er, hoeguit bij uitzondering en onderbouwd, van de opzet worden afgeweken.

Student: Juul Ottenheijm

Studentnummer: 1623621

Docentbegeleider: S.

Tweede beoordelaar: A.

Onderdeel	Uitwerking student
Voorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	Het onderwerp 'overbelasting van de mantelzorger van een kwetsbare oudere' is voor alle medewerkers binnen de huisartsenpraktijk van belang. Alle medewerkers komen in aanraking met patiënten en eventueel hun mantelzorgers. De personen die een rol spelen tijdens de implementatie van de thesis zijn: - De zes doktersassistenten. Zij spreken de patiënten en hun mantelzorgers vaak als eerste aan de telefoon of aan de balie. - De drie huisartsen zijn de eindverantwoordelijke voor de patiënten. Alle zorg voor de kwetsbare ouderen en de mantelzorgers wordt teruggekoppeld naar de huisarts. - De twee praktijkondersteuners (POH) (beide ook verpleegkundige) spelen de grootste rol bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij zien de kwetsbare ouderen elke drie maanden terug. Het is de taak van de POH om de situatie te beoordelen en indien nodig de zorg voor de kwetsbare ouderen

Titel

Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel.

Maak ook een Engelse vertaling van de titel en ondertitel.

Inleiding

Beschrijft de aanleiding van het probleem en neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering.

Analyseert het probleem eerst overstijgend op basis van (inter)nationale literatuur; daarna volgt de analyse van het probleem

aan te passen. Doordat de POH de kwetsbare ouderen elke drie maanden ziet, zullen tekenen van overbelasting van de mantelzorger het eerst bij de POH terecht komen.

- De docentbegeleider van Hogeschool Zuyd, zij zal gedurende de periode waarin de thesis geschreven wordt begeleiding bieden. Ook zal zij uiteindelijk de thesis beoordelen.

- De tweede beoordelaar van Hogeschool Zuyd, zij zal samen met de docentbegeleider de thesis beoordelen.

De mantelzorger mag geen patiënt worden

Een verpleegkundig advies gericht op het signaleren van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk.

The caregiver may not become a patient

A nursing advice aimed at identifying overburdening caregivers of frail elderly in general practice.

Aanleiding:

Volgens Bleijenberg, Jonge, Brand, O'Flynn, Schuurmans en de Wit (2016) wordt kwetsbaarheid gedefinieerd als gelijktijdige afname in het somatische, psychische, sociale en het functionele domein. Ook

gericht op de werkplek. Neemt bij beide analyses relevante aspecten mee zoals mate waarin / manier waarop het kwaliteitsprobleem zich voordoet, gevolgen/oorzaken van het probleem voor direct betrokkenen etc.

Laat de doelstelling volgen uit de inleiding; de doelstelling geeft richting aan de vraagstelling.

Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk.

Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

wordt het geassocieerd met verminderde zelfredzaamheid, verminderde kwaliteit van leven en toenemende zorgconsumptie. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2013) blijkt dat de groep kwetsbare ouderen in Nederland de komende jaren sterk toe zal nemen, naar verwachting in 2025 750.000 tot 1 miljoen (Nationaal Ouderenfonds, 2018).

Mantelzorg is de zorg aan een hulpbehoevend persoon door iemand uit diens directe omgeving (Het Sociaal Cultureel Planbureau, 2015). In de meeste gevallen gaat het bij mantelzorg over hulp die wordt geboden aan de partner of de (schoon)ouders. Uit onderzoek blijkt dat mantelzorg als zwaar, stressvol en verplicht kan worden ervaren. Deze belasting kan het gevolg zijn van de activiteiten die de mantelzorger verricht, maar ze hangen ook samen met de privésituatie en met de belastbaarheid van de mantelzorger zelf (Groenou, de Boer, Putters, Henkens, Nies, Dykstra, van Solinge, van Kampen en Kooiker, 2017). Een mantelzorger raakt overbelast wanneer de draaglast groter is dan de draagkracht (van Haaren & van Halem, 2016). Klachten bij een overbelaste mantelzorger zijn: niet lekker in zijn of haar vel zitten en gezondheidsklachten zoals: vermoeidheid, hoofdpijn, concentratieproblemen, slaapstoornissen, paniekaanvallen en rusteloosheid. Overbelasting kan bij de mantelzorger uiteindelijk leiden tot overspanning en depressie. Door deze gezondheidsklachten,

kan de mantelzorger in sommige gevallen de zorg voor de hulpbehoevende niet meer uitvoeren (Mezzo, 2018). Omdat een kwetsbare oudere zichzelf niet meer kan redden en afhankelijk is van de mantelzorger, is het een probleem als de mantelzorger weg valt. De taken die normaal door de Mantelzorger uitgevoerd werden, worden dan onvoldoende of niet meer uitgevoerd. De taken van de Mantelzorger bestaan voornamelijk uit het vervoeren van de hulpbehoevende, begeleiding bieden bij bezoek aan de arts, ondersteuning bieden bij het huishouden, het regelen van zorg voor de hulpbehoevende of het bieden van persoonlijke zorg aan de hulpbehoevende (van Haaren & van Halem, 2016).

Bovenstaande problematiek wordt ook herkend in de huisartsenpraktijk in Maasbree. In de huisartsenpraktijk in Maasbree zijn twee praktijkondersteuners werkzaam met verpleegkundige achtergrond. Deze praktijkondersteuners komen dagelijks in aanraking met de kwetsbare ouderen in de plaats Maasbree. Het komt regelmatig voor dat de mantelzorgers van de kwetsbare ouderen overbelast zijn of het risico lopen om overbelast te raken. In veel gevallen is de partner de mantelzorger van de kwetsbare oudere. Er wordt elke drie maanden een huisbezoek of consult gepland met de kwetsbare oudere en eventueel de mantelzorger. Tijdens deze

huisbezoeken/consulten kan ter sprake komen dat de mantelzorger de zorg voor de kwetsbare oudere als zwaar/belastend ervaart. Er wordt geen gebruik gemaakt van meetinstrumenten om de belastbaarheid van de mantelzorger te meten. Er is geen vast plan/protocol voor het signaleren van overbelasting van de mantelzorger.

Doel

Het doel van de thesis is dat er een verpleegkundig advies gegeven wordt bij de huisartsenpraktijk in Maasbree, om de mantelzorgers van kwetsbare te ondersteunen en overbelasting te signaleren.

Het advies is vooral gericht op de praktijkondersteuners en huisartsen, omdat zij de huisbezoeken/consulten uitvoeren. Het is van belang dat de overige medewerkers van de huisartsenpraktijk er ook van op de hoogte zijn. Zij weten dan dat ze bij signalen die wijzen op overbelasting van de mantelzorger, de praktijkondersteuner of huisarts moeten inschakelen.

Hoofd- en deelvragen:

Op welke wijze kan een praktijkondersteuner somatiek ervoor zorgen dat overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen gesignaleerd wordt in de huisartsenpraktijk en op welke wijze

kan ondersteuning aan overbelaste mantelzorgers geboden worden?

1. Wat zijn de oorzaken van overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen?

2. Wat zijn de gevolgen van overbelasting van de mantelzorger voor de mantelzorger en voor de kwetsbare oudere?

3. Hoe kun je overbelasting van mantelzorgers van kwetsbare ouderen signaleren?

4. Wat is de wenselijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en op welke wijze kan aan de mantelzorgers ondersteuning geboden worden?

5. Wat is de feitelijke situatie met betrekking tot het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers en op welke wijze kan aan de mantelzorgers ondersteuning geboden worden?

6. Hoe ziet de doelgroep en setting eruit bij het implementeren van een nieuwe werkwijze om overbelasting van mantelzorgers te signaleren en ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers?

7. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij het implementeren van een nieuwe werkwijze om overbelasting van mantelzorgers te signaleren en ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers?

Wenselijke situatie

Beschrijft de oplossing voor een kwaliteitsprobleem. De wenselijke situatie wordt beschreven op basis van (inter)nationale literatuur. Nieuwe ontwikkelingen, richtlijnen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek worden hierbij gebruikt.

Daarnaast wordt minimaal een andere kwalitatieve of kwantitatieve methode toegepast voor het in kaart brengen van de wenselijke situatie (bv interviews).

De methodes worden adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.

De wenselijke situatie

De eerste stap van het implementatiemodel van Grol en Wensing is, het ontwikkelen en vaststellen van een voorstel voor de gewenste verandering. Nieuwe werkwijzen en richtlijnen, dienen zorgvuldig te worden ontwikkeld en van goede kwaliteit te zijn. Ze moeten aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepasbaar en makkelijk toegankelijk zijn (Grol & Wensing, 2011).

De wenselijke situatie wordt in kaart gebracht door middel van een literatuuronderzoek, een semi-gestructureerd interview en een gestructureerde vragenlijst.

Literatuuronderzoek

Er is gekozen voor een literatuurstudie, omdat het belang van een meetinstrument voor overbelasting van de mantelzorger van een kwetsbare oudere te signaleren en het ondersteunen van mantelzorgers, versterkt kan worden door onderzoek wat eerder is uitgevoerd in de praktijk. De literatuur is verkregen uit betrouwbare databanken zoals: Springerlink, Google Scholar en Pubmed. Het onderzoek is niet ouder dan 10 jaar en het onderzoek is uitgevoerd in een huisartsenpraktijk of binnen de wijkverpleging. Dit maakt dat de betrouwbaarheid, validiteit en

toepasbaarheid van de literatuur wordt vergroot.

- In de literatuurstudie wordt onderzocht welke meetinstrumenten gebruikt kunnen worden om overbelasting bij mantelzorgers te signaleren. Er worden meerdere meetinstrumenten vergeleken en er wordt geconcludeerd welk meetinstrument het beste toepasbaar is bij de huisartsenpraktijk in Maasbree.
- Er wordt onderzocht op welke manieren ondersteuning aan mantelzorgers geboden kan worden binnen de huisartsenpraktijk.
- Er wordt ook onderzocht of het ondersteuning bieden aan mantelzorgers de kwaliteit van leven voor de kwetsbare oudere verbeterd.

Semi-gestructureerd interview

Er is gekozen voor een semi gestructureerd interview, waarbij er van te voren topics zullen worden opgesteld. Deze topics worden opgesteld aan de hand van de literatuur uit het literatuuronderzoek. Er is gekozen voor een interview, omdat er hierbij kan worden doorgevraagd afhankelijk van de antwoorden. Ook kan er zo nodig gecorrigeerd worden wanneer de geïnterviewde de vraag verkeerd begrijpt (Baarda, 2014).

- Het interview zal worden gehouden met een specialist op het gebied van
-

mantelzorg. Het is nog niet bekend welke specialist dit zal zijn.

Er wordt gedacht aan de mantelzorg makelaar van Proteion of een medewerker van Steunpunt mantelzorg.

- Er wordt een analyse van de kwalitatieve gegevens uitgevoerd. Het gehele interview zal worden uitgewerkt en bijgevoegd in de bijlage. Hierna zullen ten eerste de gegevens geordend worden. Hierbij wordt alle bruikbare informatie verdeeld bijbehorend de topic die hiervoor is opgesteld. Hierna wordt bekeken welke informatie relevant is voor het in kaart brengen van de wenselijke situatie (Baarda, 2014).

Gestructureerde vragenlijst

De vragenlijst is anoniem, hierdoor is minder kans op sociaal wenselijke antwoorden. Een nadeel aan vragenlijsten is: non- respons. De respons is vaak niet hoger dan 60%. Wanneer er onvoldoende reactie op de vragenlijsten komt, is de vragenlijst onbetrouwbaar (Baarda, 2014).

- Er wordt een gestructureerde vragenlijst afgenomen bij de mantelzorgers van kwetsbare ouderen, de praktijkondersteuners en de huisartsen.

- In deze vragenlijst worden vragen gesteld die gericht zijn op de wenselijke situatie en de feitelijke situatie. Er is hiervoor gekozen om zo min mogelijk te belasten. Er wordt in

Analyse feitelijke zorg

Het eigen vakgebied wordt kritisch beschouwd; knelpunten in de zorg worden geëxpliciteerd.

Hiervoor kunnen kwalitatieve (bv observaties, interviews) of kwantitatieve methodes (bv vragenlijsten) worden ingezet.

Deze methodes worden adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.

de vragenlijst duidelijk onderscheid gemaakt tussen de wenselijke en feitelijke situatie door middel van aanbrengen van aparte kopjes in de vragenlijst.

- Om non-respons te voorkomen wordt twee weken na het versturen van de vragenlijst, een herinnering gestuurd.

- De resultaten van de vragenlijsten zullen uitgewerkt worden door middel van grafieken. Aan de hand van de resultaten zal een conclusie geschreven worden.

De feitelijke zorg

Voordat er over kan worden gegaan tot activiteiten gericht op implementatie, is het noodzakelijk dat de feitelijke situatie duidelijk is. Hoe wordt de zorg nu geleverd, is deze conform de voorgestelde werkwijze, wat zijn de afwijkingen en hoeverre wordt de wenselijke werkwijze al uitgevoerd? Dit wordt beschreven in de tweede stap van het implementatiemoel (Grol & Wensing, 2011).

De feitelijke zorg wordt in kaart gebracht door middel van gestructureerde vragenlijsten.

Gestructureerde vragenlijst

Om de feitelijke situatie in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van dezelfde vragenlijst die gebruikt is om de wenselijke situatie in kaart te brengen.

Probleemanalyse doelgroep en setting

Er wordt gewerkt vanuit een doelgroepen aanpak. Op basis van een probleemanalyse van de doelgroep en setting kan inzicht worden verkregen in de kenmerken van de doelgroep. Belemmerende en bevorderende factoren (tav implementatie van het voorstel voor verbetering) worden in kaart gebracht.

- De gestructureerde vragenlijst wordt afgenomen bij de mantelzorgers van kwetsbare ouderen, de praktijkondersteuners en de huisartsen.
 - In de vragenlijst voor de mantelzorgers worden vragen gesteld die betrekking hebben op de signalering van overbelasting. En er worden vragen gesteld over de manier van ondersteuning die nu geboden wordt aan de mantelzorgers.
 - In de vragenlijsten voor de huisartsen en praktijkondersteuners worden vragen gesteld over de mate waarin zij zich nu bezig houden met het signaleren van overbelasting van de mantelzorgers. En er worden vragen gesteld over de manier waarop zij nu ondersteuning bieden aan overbelaste mantelzorgers.
- Wanneer de wenselijke en feitelijke situatie in kaart zijn gebracht, zal onderzocht worden wat de verschillen zijn tussen de wenselijke en feitelijke situatie. Als dit gedaan is worden er SMART doelen opgesteld voor verbetering (Grol & Wensing, 2011)

Segmentatie van de doelgroep

De volgende stap is het analyseren van de doelgroep en de setting waarin de verandering plaats gaat vinden. Ook worden de bevorderende en belemmerende factoren voor de verandering in kaart gebracht (Grol & Wensing, 2011).

De probleemanalyse doelgroep en setting kan in kaart worden gebracht met kwalitatieve (bv interviews) of kwantitatieve (vragenlijsten) methodes welke adequaat worden beschreven.

Methode

Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in kaart gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.

De doelgroep en setting waar het advies op gericht is, wordt in kaart gebracht door middel van gestructureerde vragenlijsten die afgenomen worden bij de mantelzorgers. Er is gekozen om gebruik te maken van dezelfde vragenlijsten die gebruikt zijn om de wenselijke en feitelijke situatie in kaart te brengen. Hiervoor is gekozen om de mantelzorgers zo min mogelijk te belasten.

De doelgroep van de medewerkers die een rol spelen bij de implementatie, wordt in kaart gebracht middels een semi-gestructureerd interview. Het semi-gestructureerd interview wordt gehouden met een van de huisartsen van de huisartsenpraktijk in Maasbree. Er is gekozen om het interview bij een van de huisartsen af te nemen omdat alle medewerkers in de praktijk werkzaam zijn in dienst van en voor de huisarts.

De indeling van de subgroepen volgens het model van Rogers (2003):

- *Innovators*: een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën.
- *Early adopters*: een actieve groep die vaak veel status binnen de doelgroep heeft. Ook wel de leiders.
- *Early majority*: een groep die niet bestaat uit leiders maar wel nauw contact heeft en zich laat leiden door de early adopters.
- *Late majority*: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig is voor informatiebronnen, ze

vertrouwen meer op publieke opinie of druk van collega's.

- *Laggards*: een traditionele groep die veel weerstand tegen veranderingen heeft (Grol & Wensing, 2011)

Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende en belemmerende factoren kunnen een bepalende rol spelen in het al dan niet succesvol implementeren van de verbetering in de zorg. Inzicht in deze factoren is van groot belang om te weten hoe de implementatiestrategieën opgebouwd dienen te worden. De bevorderende en belemmerende factoren kunnen gerelateerd zijn aan:

- *Individuele factoren*: de kennis, vaardigheden, attituden, normen, waarden, zelfvertrouwen, geloof in eigen kunnen, vaste routines en persoonlijkheid.

- *Sociale factoren*: houding en gedrag van collega's, de cultuur, het sociale netwerk, de mening van leiders, de aanwezigheid van innovatoren.

- *Organisatorische factoren*: de wijze van organisatie van de zorg, de aanwezigheid van personeel, het gevoerde beleid, de taakverdeling tussen disciplines, logistieke processen, het leiderschap van de instelling

- *Maatschappelijke factoren*: regelgeving, honorering en contractering (Grol & Wensing, 2011).

Strategieën en interventies

Maakt een koppeling tussen de analyse van de doelgroep en setting en de keuze voor strategieën en interventies. Deze keuze wordt op basis van kwalitatieve of kwantitatieve methodes in kaart gebracht. De methode wordt adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf in de methode hoe je tot de strategieën en interventies komt (bijv. gesprekken met begeleiders een expert en/of leidinggevenden). Gebruik een model om de strategieën te beschrijven (bijv. EPOC uit Grol en Wensing, 2011). Onderbouw de keuzes en indelingen.

De bevorderende en belemmerende factoren worden in kaart gebracht middels het zelfde semi-gestructureerd interview dat met een van de huisartsen plaats zal vinden. Er is hiervoor gekozen om de huisarts minder te belasten. Er is gekozen om het interview bij een van de huisartsen af te nemen omdat alle medewerkers in de praktijk werkzaam zijn in dienst van en voor de huisarts. Daarnaast hebben de huisartsen het meeste zicht op organisatorische factoren omdat zij de administratieve zaken in de huisartsenpraktijk regelen.

Strategieën en interventies

Gekoppeld aan de gevonden factoren en andere informatie wordt een mix van maatregelen, methoden en strategieën ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep (Grol & Wensing, 2011).

De resultaten die verkregen zijn over de doelgroep en de bevorderende en belemmerende factoren worden terug gekoppeld met de werkbegeleiders. Samen wordt besloten welke interventie het best past bij de doelgroep. Het model dat gebruikt wordt om de interventies te beschrijven is de: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). De EPOC is onderverdeeld in vier domeinen:

Literatuurlijst en bronnen

Volg de APA regels.

- Interventies gericht op de individuele professionals.
- Financiële interventies.
- Organisatorische interventies.
- Regelgeving (Grol & Wensing, 2011).

Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! *Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Bleijenberg, N., De Jonge, A., Brand, M. P., O'Flynn, C., Schuurmans, M. J., & De Wit, N. J. (2016). Implementatie van een proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk: van onderzoek naar praktijk. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47, 235-248.

Groenou, M., Boer, A., Putters, K., Henkens, K., Nies, H., Dykstra, P. A., . . . Van Campen, C. (2017). Symposium De toekomst van de informele zorg. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 48(2), 77-88.

Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie. *Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (4e ed.). Amsterdam, Nederland: Reed Business Education.

Mezzo voor mantelzorgers. (2018).
Geraadpleegd op 25 juni 2018.

Nationaal Ouderenfonds. (2018). Feiten en
cijfers. Geraadpleegd op 4 juni 2018, van
[https://www.ouderenfonds.nl/onze-
organisatie/feiten-en-cijfers/](https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/)

[SGP, Het Sociaal Cultureel Planbureau
\(2015\). Geraadpleegd op 7 juli 2018.
https://www.scp.nl/](https://www.scp.nl/)

Van Haaren, E., & Van Halem, N. (2016). De
mantelzorger, een belangrijke schakel in de
thuiszorg. *Bijzijn XL*, 9(8), 8-11.

BIJLAGE 13: BEOORDELING BACHELOR THESIS WERKBEGELEIDER

Adviesbeoordeling Bachelorthesis D4 door werk- / praktijkbegeleider

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider: Loes Thijssen en Natascha Geurts

Zorginstelling: Huisartsenpraktijk Maasbree

Naam student: Juul Ottenheijm

Studentnummer:

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bachelorthesis geschreven met aanbevelingen die een daadwerkelijke bijdrage leveren aan de verbetering van de zorg	Voldaan Goed Toelichting: De aanbevelingen die je doet zijn zeker realistisch en haalbaar. Zoals je beschrijft in het proces zijn dit aanbevelingen/zaken die momenteel ontbreken. Dus als deze toegepast worden zullen ze van meerwaarde zijn en dus een verbetering van de zorg opleveren. Echter zoals je al schrijft dient het wel alleen toegepast te worden bij de mantelzorgers die er open voor staan. De aanbevelingen die je doet zijn makkelijk toepasbaar en kosten weinig extra tijd en/of geld. Dit is gezien de setting/situatie wel belangrijk. Eigenlijk is het een kwestie van alert blijven en de aanbevelingen toepassen.	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Voldoende Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:

	In je thesis beschrijf je duidelijk welke stappen je wanneer hebt ondernomen. Ook is het prettig om telkens te kunnen lezen wat er in het hoofdstuk staat beschreven, maar ook wat je tijdens het volgende hoofdstuk mag verwachten. Hierdoor krijg je tijdens het lezen een goed overzicht. Je bent heel voortvarend aan de slag gegaan met je thesis. Je was zo een eind op weg. Af en toe hebben we dus even moeten vragen hoe het er voor stond. Jij zat er helemaal in wat maakte dat we er af en toe concreet naar moesten vragen omdat het niet altijd vanuit jouzelf kwam. Echter dan kon je ons ook weer prima bijpraten waardoor we weer een goed zicht hadden op het proces/waar sta je. Dit maakte dat we uiteindelijk tijdens het schrijven van je thesis goed zicht kregen op de werkwijze/stappen die je hebt doorlopen.	
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan Voldaan Toelichting: Voor start van de thesis hebben we zitten sparren over een onderwerp. Uiteindelijk zijn we samen tot dit onderwerp gekomen waar we allen achter stonden. Jij vond het een leuk onderwerp en naar ons idee zou het zeker een meerwaarde hebben om dit op te pakken binnen de praktijk. Met andere woorden, hier is nog wat te halen. Tijdens	Niet Voldaan Toelichting:

	de thesis hebben we ook samen bekeken hoe je bepaalde dingen het beste op kon pakken, dus wat sluit het meeste aan bij de praktijk. Dit heb je goed afgestemd. Je hebt dmv enquêtes en interviews inzicht gekregen in de situatie binnen de praktijk en hoe iedereen erin stond. Evt een tip voor een volgende keer is om de desbetreffende personen (te denken aan bijv de artsen) op de hoogte te houden. Dan kunnen ze er evt ook in meedenken. Misschien de thesis die je hebt gemaakt de artsen ook doorsturen?	
4. De student heeft voor een overdracht gezorgd van de aanbevelingen voortkomend uit de bachelorthesis	Voldaan Voldaan Toelichting: Je hebt je aanbevelingen in je thesis zelf beschreven. Deze staan overzichtelijk genoteerd. Je hebt ze (nog) niet op een andere manier toegelicht binnen de praktijk. Misschien zoals bij voorgaande kopje benoemd goed om dit ook aan de artsen over te brengen en evt een korte samenvatting naar de assistentes?	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk	Voldaan Goed Toelichting: Voordat je de thesis bent gaan schrijven (en tijdens het schrijven van de thesis) had je goed inzicht in de praktijk. Je had je hier goed in verdiept. En dingen die niet duidelijk waren, daar heb je	Niet Voldaan Toelichting:

	navraag over gedaan. Dat maakt dat de informatie die je beschreven hebt dan ook klopt. schrijven goed verdiept in de praktijk. Hier heb je	
--	--	--

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis op de werkvloer²:

voldoende (doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam beoordelaar: Loes Thijssen en Natascha Geurts

Datum: 05-12-2018

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider:

Je hebt een goede en duidelijke thesis geschreven met haalbare aanbevelingen. Het zijn aanbevelingen die bruikbaar zijn in de praktijk en waar we dus mee aan de slag kunnen gaan. Door je thesis zullen we hier zeker alerter op zijn tijdens onze visites. Het zet je toch weer even bewust aan het denken, je leest de mening/opvatting van de mantelzorger. Diegene die aan de andere kant staat. Ook een stukje informatie wat je in je thesis gebruikt/hebt beschreven kunnen we dan ook concreet in gaan zetten (denkend aan doorverwijzen, modellen). Dus je aanbevelingen zullen zeker van pas gaan komen.

Je thesis op zich is makkelijk leesbaar en overzichtelijk. Je hebt alle stappen goed beschreven en als lezer weet je precies wat je van het hoofdstuk mag verwachten. Maar ook daarna beschrijf je precies wat de lezer verder nog kan verwachten. Dit is erg prettig.

Tip is om een volgende keer wat meer tussentijds aan te geven waar je precies mee bezig bent. Voor jou is het verloop en de stappen helder maar voor ons is het soms lastig in te schatten waar je precies mee bezig was. Dit kwam vaak ter sprake als we er naar vroegen of als er vanuit jou vragen waren. Maar zoals hierboven ook al beschreven kon je ons dan ook weer prima bijpraten waardoor we weer een goed overzicht over het proces hadden.

Complimenten voor je eindresultaat!

² Indien de werk-/ praktijkbegeleider komt tot een onvoldoende adviesbeoordeling, vraagt de student tijdig uitstel bij de examencommissie aan om vervolgens de benodigde aanpassingen aan te brengen. De thesis wordt daarna opnieuw bij de werk- praktijkbegeleider en school ingediend (eerste kans).

BIJLAGE 14: BEOORDELING BACHELOR THESIS PEER ASSESSOR

Eindcijfer (gemiddelde cijfer beoordelaar 1 en 2):

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
 - Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
 - Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
 - Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
 - Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
 - Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
 - Het verslag is op Ephorus ingeleverd
- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van 'spreektaal' en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van 'spreektaal'. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van 'spreektaal'. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. 'Spreektaal' voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk) <i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie) <i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader maximaal 10 punten)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit (meer dan 8).	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader. Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing (minimaal 6).	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen. Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting: Je beschrijft duidelijk de aanleiding en probleemstelling. Hiervoor gebruik je 8 bronnen.

METHODE

Criteria	Uitstekend – Zeer goed 10 – 8 punten	Ruim voldoende - Voldoende 7 – 6 punten	Bijna voldoende - Onvoldoende 5 – 4 punten	Zeer onvoldoende 3 – 0 punten
Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan (in totaal maximaal 10 punten) <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i> <i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstrumenten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck).	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstrumenten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck).	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet correct en/of nog onvoldoende onderbouwd. Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd.	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang. Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd.

	Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd. Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing, audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen). Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	Anonimiteit van de patiënt en /of de zorgverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd. Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd. Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde. Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over activiteiten die worden ondernomen.	Anonimeit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd. Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is niet transparant over de ondernomen activiteiten
--	--	--	---	---

Toegekende score: ☒ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Toelichting: Je beschrijft je methoden helder. Daarbij onderbouw je waarom je ervoor kiest en waarborg je de validiteit middels toelichtingen over anonimiteit en bijv. een membercheck.

RESULTATEN				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i> <i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews, randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden,	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering.	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur

	van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren. Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	indien van toepassing, zijdelings betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken. De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd. De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd.	Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek. Mist een lijn van redeneren. Hoofdzaken ontbreken.
--	---	--	---	--

			Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	De oplossing(en) voor het probleem missen fundamenteel; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting: Je presenteert een voorstel voor verandering. De veranderingen die plaats dienen te vinden onderbouw je aan de hand van literatuur. De literatuur die je hebt gebruikt is recent. Je geeft echter aan dat je geen wetenschappelijke literatuur hebt kunnen vinden over het gebruik van meetinstrumenten. Je hebt hier wel een prima alternatief voor.				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering <i>(in totaal max. 10 punten)</i> * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op minimaal 2 wetenschappelijke methodes.	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode.	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen.	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen.

<i>* kritisch het eigen vakgebied beoordelen</i> <i>* knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren</i> <i>* het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen</i> <i>* bestaande richtlijnen en procedures analyseren</i>	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden. Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd. Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summiere beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden nauwelijks benoemd. Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten. Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd. Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd. Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting: Je brengt in kaart wat de feitelijke situatie is. Je weet de gegevens op de juiste manier te analyseren en je stelt duidelijke SMART-doelen op.				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende

	10 – 8 punten	7 – 6 punten	5 – 4 punten	3 – 0 punten
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting (in totaal max. 10 punten) <i>* rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling</i> <i>* werken vanuit een doelgroepenpak</i> <i>* gebruiken van expertise over de doelgroep</i> <i>* rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep</i> <i>* een probleemanalyse van de doelgroep maken</i> <i>* belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken</i> <i>* weerstand tegen veranderingen bespreken</i>	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepenpak. Dit wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende factoren rekening moet worden gehouden.	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken vanuit een doelgroepenpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn. Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepenpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt. Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepenpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting: Je beschrijft je doelgroep. Goed dat je omschrijft dat de huisartsenpraktijk vooruitstrevend is en onderbouwd waarom. Misschien kan je wel nog wat dieper ingaan op de belangen van de medewerkers. Wat is hun voordeel van de verandering? Hebben hun belang bij goede zorg voor de mantelzorgers?

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en interventies (in totaal maximaal 10 punten) <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i> <i>* probleemoplossend denken</i> <i>* een plan van aanpak maken</i>	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende **O Bijna voldoende** - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting: je hebt een goede selectie gemaakt van de strategieën en interventies. Onderbouw de interventies!

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe informatie.	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten. Er is soms sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten. Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen. De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling. In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd. De conclusie bevat veel nieuwe informatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting: Je conclusie is sterk. Je geeft naar mijn inziens een helder antwoord op je hoofdvraag en de conclusie bevat geen nieuwe informatie. Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.				

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken. Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan welke acties zijn ondernomen om de invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt. Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties). Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek.	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek. Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek

		vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting: Je benoemt veel discussiepunten waardoor je het stuk kritisch beoordeeld. Erg sterk! Ik heb bij een discussiepunt een opmerking geplaatst. Kijk hier even naar.				
Toelichting discussie: De belangrijkste resultaten worden samengevat. De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader). In de discussie wordt ook breder gereflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied. De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd Er worden geen nieuwe resultaten benoemd				

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten) <i>In de reflectie wordt teruggeko- men op:</i> - brede multidisciplinaire theo- retische basis	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helikopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod.	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod.	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod.	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd.

- <i>toepassen van kennis en inzichten / probleemgericht werken</i> - <i>methodisch en reflectief denken en handelen</i> - <i>sociaal-communicatieve bekwaamheid</i> - <i>professionalisering</i> (zie criterialijst 'Eindgesprek D4 Hbo-Verpleegkunde')	Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat handelingsalternatieven te formuleren. Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's. Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het traject). Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische karakter van het model komt weinig naar voren. Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie. Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een cyclisch karakter. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's. Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
---	---	--	--	---

Toegekende score: O Uitstekend – **Zeer goed** O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting: Je leidt de reflectie goed in en reflecteert op een goede manier op je gehele proces volgens de STARRT methode. Kijk nog even naar het stukje transfer. Hierin staat naar mijn inzien nog informatie die verwerkt mag worden in het kopje reflectie.

BIJLAGE 15: BEOORDELING BACHELOR THESIS 1^E BEOORDELAAR

Eindcijfer (gemiddelde cijfer beoordelaar 1 en 2):

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
 - Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
 - Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
 - Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
 - Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
 - Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
 - Het verslag is op Ephorus ingeleverd
- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van 'spreektaal' en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van 'spreektaal'. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van 'spreektaal'. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. 'Spreektaal' voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk) <i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie) <i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader maximaal 10 punten)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit (meer dan 8).	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader. Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing (minimaal 6).	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen. Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting:

METHODE

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
<i>Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan (in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i> <i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstrumenten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck).	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstrumenten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck).	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet correct en/of nog onvoldoende onderbouwd. Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd.	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang. Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd.

	Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd. Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing, audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen). Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	Anonimiteit van de patiënt en /of de zorgverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd. Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd. Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde. Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over activiteiten die worden ondernomen.	Anonimeit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd. Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is niet transparant over de ondernomen activiteiten
--	--	--	---	---

Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Toelichting:

RESULTATEN				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i> <i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews, randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden,	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering.	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur

	van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren. Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	indien van toepassing, zijdelings betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken. De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd. De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd.	Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek. Mist een lijn van redeneren. Hoofdzaken ontbreken.
--	---	--	---	--

			Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	De oplossing(en) voor het probleem missen fundamenteel; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering <i>(in totaal max. 10 punten)</i> * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op minimaal 2 wetenschappelijke methodes.	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode.	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen.	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen.

<i>* kritisch het eigen vakgebied beoordelen</i> <i>* knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren</i> <i>* het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen</i> <i>* bestaande richtlijnen en procedures analyseren</i>	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden. Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd. Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summiere beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden nauwelijks benoemd. Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten. Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd. Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd. Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende

	<i>10 – 8 punten</i>	<i>7 – 6 punten</i>		<i>3 – 0 punten</i>
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting (in totaal max. 10 punten) <i>* rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling</i> <i>* werken vanuit een doelgroepen aanpak</i> <i>* gebruiken van expertise over de doelgroep</i> <i>* rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep</i> <i>* een probleemanalyse van de doelgroep maken</i> <i>* belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken</i> <i>* weerstand tegen veranderingen bespreken</i>	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepen aanpak. Dit wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende factoren rekening moet worden gehouden.	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken vanuit een doelgroepen aanpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn. Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepen aanpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt. Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepen aanpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en inter-venties <i>(in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i> <i>* probleemoplossend denken</i> <i>* een plan van aanpak maken</i>	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende
----------	------------------------	----------------------------	--	------------------

	10 – 8 punten	7 – 6 punten		3 – 0 punten
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe informatie.	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten. Er is soms sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten. Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen. De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling. In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd. De conclusie bevat veel nieuwe informatie.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				
Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.				

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken. Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan welke acties zijn ondernomen om de invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt. Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties). Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek. Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet

			aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				
Toelichting discussie: De belangrijkste resultaten worden samengevat. De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader). In de discussie wordt ook breder geflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied. De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd Er worden geen nieuwe resultaten benoemd				

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten) <i>In de reflectie wordt teruggeko- men op:</i>	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helicopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper /	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod.	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod.	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd.

- brede multidisciplinaire theoretische basis - toepassen van kennis en inzichten / probleemgericht werken - methodisch en reflectief denken en handelen - sociaal-communicatieve bekwaamheid - professionalisering (zie criterialijst 'Eindgesprek D4 Hbo-Verpleegkunde')	beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod. Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat handelingsalternatieven te formuleren. Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's. Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het traject). Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische karakter van het model komt weinig naar voren. Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie. Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een cyclisch karakter. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's. Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
---	---	--	--	---

Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende

Toelichting:

BIJLAGE 16: BEOORDELING BACHELOR THESIS 2^E BEOORDELAAR

Eindcijfer (gemiddelde cijfer beoordelaar 1 en 2):

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
- Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
- Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
- Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
- Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
- Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
- Het verslag is op Ephorus ingeleverd

- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van 'spreektaal' en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van 'spreektaal'. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van 'spreektaal'. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. 'Spreektaal' voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk) <i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie) <i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader maximaal 10 punten)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit (meer dan 8).	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader. Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing (minimaal 6).	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen. Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting:

METHODE

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
<i>Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan (in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i> <i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstrumenten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck).	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstrumenten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck).	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet correct en/of nog onvoldoende onderbouwd. Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd.	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang. Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd.

	Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd. Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing, audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen). Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	Anonimiteit van de patiënt en /of de zorgverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd. Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd. Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde. Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over activiteiten die worden ondernomen.	Anonimeit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd. Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is niet transparant over de ondernomen activiteiten
--	--	--	---	---

Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Toelichting:

RESULTATEN				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i> <i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews, randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden,	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering.	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur

	van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren. Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	indien van toepassing, zijdelings betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken. De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd. De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd.	Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek. Mist een lijn van redeneren. Hoofdzaken ontbreken.
--	---	--	---	--

			Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	De oplossing(en) voor het probleem missen fundamenteel; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering <i>(in totaal max. 10 punten)</i> * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op minimaal 2 wetenschappelijke methodes.	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode.	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen.	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen.

<i>* kritisch het eigen vakgebied beoordelen</i> <i>* knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren</i> <i>* het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen</i> <i>* bestaande richtlijnen en procedures analyseren</i>	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden. Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd. Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summiere beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden nauwelijks benoemd. Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten. Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd. Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd. Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende

	<i>10 – 8 punten</i>	<i>7 – 6 punten</i>		<i>3 – 0 punten</i>
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting (in totaal max. 10 punten) <i>* rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling</i> <i>* werken vanuit een doelgroepenaanpak</i> <i>* gebruiken van expertise over de doelgroep</i> <i>* rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep</i> <i>* een probleemanalyse van de doelgroep maken</i> <i>* belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken</i> <i>* weerstand tegen veranderingen bespreken</i>	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepenaanpak. Dit wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende factoren rekening moet worden gehouden.	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken vanuit een doelgroepenaanpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn. Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepenaanpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt. Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepenaanpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en inter-venties <i>(in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i> <i>* probleemoplossend denken</i> <i>* een plan van aanpak maken</i>	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende
----------	------------------------	----------------------------	--	------------------

	10 – 8 punten	7 – 6 punten		3 – 0 punten
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe informatie.	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten. Er is soms sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten. Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen. De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling. In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd. De conclusie bevat veel nieuwe informatie.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				
Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.				

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken. Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan welke acties zijn ondernomen om de invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt. Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties). Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek. Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet

			aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				
Toelichting discussie: De belangrijkste resultaten worden samengevat. De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader). In de discussie wordt ook breder geflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied. De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd Er worden geen nieuwe resultaten benoemd				

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten) <i>In de reflectie wordt teruggeko- men op:</i>	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helicopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper /	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod.	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod.	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd.

- <i>brede multidisciplinaire theoretische basis</i> - <i>toepassen van kennis en inzichten / probleemgericht werken</i> - <i>methodisch en reflectief denken en handelen</i> - <i>sociaal-communicatieve bekwaamheid</i> - <i>professionalisering</i> (zie criterialijst 'Eindgesprek D4 Hbo-Verpleegkunde')	beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod. Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat handelingsalternatieven te formuleren. Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's. Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het traject). Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische karakter van het model komt weinig naar voren. Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie. Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een cyclisch karakter. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's. Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
Toegekende score: ☐ Uitstekend – ☐ Zeer goed ☐ Ruim voldoende - ☐ Voldoende ☐ Bijna voldoende - ☐ Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Toelichting:				

