



**PRAKTIJKONDERZOEK  
GEDEELDE  
BESLUITVORMING  
IN DE DAGELIJKSE  
ZORG**

**Karin Boulet** 3112683  
**Lisette Donders** 3106551

Projectbegeleider: Mevr. S. Mulder  
Examinator: Mevr. I. van Luijn – Gijsbers

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid,  
Bacheloropleiding tot Verpleegkundige, duaal

Organisatie Thebe locatie De Vloet  
Opdrachtgever: Mevr. W. Schutte  
Datum: 18 januari 2019

## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport: “Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg”, geschreven door Karin Boulet en Lisette Donders. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van de afstudeerfase van de opleiding Verpleegkunde aan Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven. Het praktijkonderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met zorgorganisatie Thebe, woonzorgcentrum De Vloet.

De onderzoekers willen iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan deze afstudeeropdracht. Tijdens het schrijven van de onderzoekopzet zijn wij begeleid door Suzanne Mulder namens Fontys Hogeschool en Wilma Schutte, opdrachtgever en locatiemanager, namens Thebe De Vloet. Wij danken hen hartelijk voor de fijne begeleiding en gegeven feedback. Wij danken het thuisfront voor morele steun, geduld en begrip. Wij danken Cynthia van onze peergroep voor de feedback, tips en tops tijdens het schrijven van deze opdracht. Verder willen we examiner Ilse van Luijn - Gijsbers bedanken voor gegeven feedback en de beoordeling. Wij danken alle deelnemers van ons onderzoek voor het vertrouwen dat zij ons gaven en de openheid waarmee zij zich aan ons hebben laten zien. Dit heeft ons bijzonder geïnspireerd.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Karin Boulet en Lisette Donders

Eindhoven, 18 januari 2019

## Samenvatting

### Inleiding

De ouderenzorg is volop in beweging. De zorg rondom de oudere wordt persoonsgerichter; autonomie en eigen verantwoordelijkheid zijn belangrijke aspecten. In de intramurale sector is veel aandacht voor persoonsgerichte zorg. Deze zorgvisie vraagt om een andere manier van denken en handelen voor de zorgmedewerker. De bewoner wordt centraal gesteld en zorgmedewerker en bewoner komen gezamenlijk tot een besluit over de gewenste zorg.

In het proces van gedeelde besluitvorming staat de relatie tussen zorgmedewerker en bewoner centraal. Dit leidt tot kwalitatief betere beslissingen die overeenkomen met persoonlijke waarden en meer tevredenheid over genomen beslissingen (Kuiper, Munten & Verhoef, 2016).

Binnen verzorgingshuis De Vloet is niet helder hoe gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg (GBdz) plaatsvindt. Door dit praktijkonderzoek wordt hier inzicht in verkregen.

### Probleemstelling

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag:

*“Hoe vindt in verzorgingshuis De Vloet gedeelde besluitvorming door verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse zorg plaats en hoe kan dit proces geoptimaliseerd worden?”.*

### Methode

Er zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd; een literatuurstudie gevolgd door twee beschrijvende kwalitatieve onderzoeken. Dataverzameling vond plaats middels observaties en interviews.

De verkregen data van de observaties zijn via een inductieve en deductieve benadering geanalyseerd.

De interviews zijn geanalyseerd via thematische analyse op inductieve wijze.

### Resultaten

Zorgmedewerkers willen de zorg graag samen met de bewoner bepalen. Samen in gesprek gaan, opties bespreken en tot een besluit komen, worden als onderdelen van GBdz benoemd. GBdz levert zowel voor de zorgmedewerker als bewoner positief resultaat op. Er worden echter ook belemmeringen ervaren. Werkdruk, tijdgebrek en beperkingen van bewoners spelen hierin een belangrijke rol. Uit de resultaten van de observaties blijkt dat de manier van zorgverlening en aard van zorgactiviteit invloed heeft op GBdz. Bij persoonsgerichte zorg is een harmonieus samenspel te zien, waarbij de bewoner actief betrokken is bij de zorg. Bij bepaalde zorgactiviteiten vindt zichtbaar GBdz plaats.

### Conclusie

GBdz is een complex proces waarvoor vaardigheden noodzakelijk zijn. Zorgmedewerkers ervaren moeite met betrekken van bewoners met beperkingen bij GBdz. De beperkingen van de doelgroep bemoeilijken toepassing van GBdz. Het bepalen van de juiste zorg leidt tot dilemma's. Werk- en tijdsdruk speelt een rol.

### Discussie

Sterke punten uit dit onderzoek zijn het meebewegen met de context. De mate van vertrouwelijkheid, openheid en het veilige klimaat onder medewerkers en bewoners wat heeft bijgedragen aan rijke gegevens en resultaten.

### Aanbevelingen

Er is scholing nodig om zorgmedewerkers te versterken in het proces van GBdz passend bij de complexiteit van de doelgroep.

## Inhoudsopgave

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Voorwoord.....                    | 2  |
| Samenvatting.....                 | 3  |
| 1. Inleiding .....                | 6  |
| 1.1 Aanleiding .....              | 6  |
| 1.2 Contextbeschrijving .....     | 7  |
| 1.3 Probleembeschrijving .....    | 7  |
| 1.4 Probleemstelling .....        | 8  |
| 1.5 Onderzoeksdeelvragen .....    | 8  |
| 1.6 Doelstelling .....            | 8  |
| 1.7 Leeswijzer .....              | 8  |
| 2. Literatuurstudie .....         | 9  |
| 2.1 Zoekstrategie .....           | 9  |
| 2.2 Resultaten .....              | 10 |
| 2.3 Deelconclusie .....           | 12 |
| 3. Deelonderzoek.....             | 13 |
| 3.1 Onderzoeksbenadering.....     | 13 |
| 3.2 Onderzoekspopulatie.....      | 13 |
| 3.3 Dataverzamelingsmethode ..... | 13 |
| 3.4 Data-analyse methode.....     | 14 |
| 3.5. Kwaliteitsborging .....      | 14 |
| 3.6 Onderzoeksresultaten.....     | 15 |
| 3.6.1 Deelconclusie .....         | 18 |
| 4. Deelonderzoek.....             | 19 |
| 4.1 Onderzoeksbenadering.....     | 19 |
| 4.2 Onderzoekspopulatie.....      | 19 |
| 4.3 Dataverzamelingsmethode ..... | 19 |
| 4.4 Data-analyse methode.....     | 20 |
| 4.5 Kwaliteitsborging .....       | 20 |
| 4.6 Onderzoeksresultaten.....     | 21 |
| 4.6.1 Deelconclusie .....         | 25 |
| 5. Conclusie .....                | 26 |
| 6. Discussie .....                | 28 |
| 7. Aanbevelingen .....            | 29 |
| Literatuurlijst .....             | 30 |

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bijlage 1. Zorgmomenten GBdz.....                                                 | 35 |
| Bijlage 2. Samenstelling populatie zorgmedewerkers Verzorgingshuis De Vloet.....  | 36 |
| Bijlage 3. Cliënttevredenheid bewoners verzorgingshuis De Vloet .....             | 37 |
| Bijlage 4. Weergave zoekresultaten .....                                          | 38 |
| Bijlage 5. Geïnccludeerde artikelen literatuuronderzoek .....                     | 42 |
| Bijlage 6. Person-Centred Practice Framework en Raamwerk GBdz. ....               | 44 |
| Bijlage 7. Observatieformulier.....                                               | 45 |
| Bijlage 8. Samengesteld observatiekader .....                                     | 47 |
| Bijlage 9. Informatie mail naar afdelingen .....                                  | 49 |
| Bijlage 10. Informatiebrief Observatie .....                                      | 51 |
| Bijlage 11. Toestemmingsbrief medewerkers observaties .....                       | 52 |
| Bijlage 12. Informatiebrief bewoners observaties .....                            | 53 |
| Bijlage 13 Toestemmingsverklaring observatie.....                                 | 54 |
| Bijlage 14. Samenstelling en karakteristieken onderzoekspopulatie Interviews..... | 55 |
| Bijlage 15. Informatiebrief medewerkers interviews.....                           | 56 |
| Bijlage 16. Toestemming deelname interviews .....                                 | 58 |
| Bijlage 17. Topiclijst Interviews .....                                           | 59 |
| Bijlage 18. Reminder Interviews.....                                              | 61 |

## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

De ouderenzorg is in beweging. De oudere krijgt steeds meer een centrale plaats in het zorg- en behandelproces. Deze veranderde zorgvisie, ook wel persoonsgerichte zorg genoemd, heeft veel aandacht in de intramurale sector. In het persoonsgerichte model van McCormack & McCance wordt de zorgvrager als individu gezien, waarin informed consent en empowerment benadrukt worden (bijlage 6). Een gelijkwaardige relatie tussen zorgprofessional en zorgvrager is de basis.

In de intramurale woonsetting staat de bewoner centraal en worden besluiten betreffende zorg in samenspraak met de zorgmedewerker genomen. Het samen tot een besluit komen, hierna gedeelde besluitvorming (GB) genoemd, is een onderdeel van persoonsgerichte zorg. De bewoner beslist actief mee over zijn gezondheid en maakt geïnformeerde keuzes over de zorg die daarbij nodig is. Hierbij is essentieel dat voorkeuren en waarden van de bewoner besproken worden. Op basis van gelijkwaardigheid wordt de autonomie, onafhankelijkheid en zelfbeschikking van de oudere erkend. GB is als norm voor goede zorg vastgelegd in diverse zorgstandaarden en richtlijnen. GB leidt tot kwalitatief betere beslissingen die overeenkomen met persoonlijke waarden en meer tevredenheid over genomen beslissingen (Kuiper, Munten, & Verhoef 2016).

In de medische sector is veel informatie beschikbaar betreffende GB bij een behandeling. Daarentegen is relatief weinig bekend over voorkeur van zorgvrager ten aanzien van GB in de dagelijkse verpleegkundige zorg (Ehnfors, Ehrenberg & Florin, 2008). Uit onderzoek blijkt dat kwetsbare ouderen samen beslissingen willen nemen over diverse onderwerpen zoals het dagelijks functioneren, omgaan met ziekte en kwaliteit van leven (bijlage 1). Vaak wordt gedacht dat GB niet bij ouderen kan worden toegepast of wordt vergeten te vragen welke rol zij hierin willen vervullen. Echter uit onderzoek blijkt dat GB juist bij hen tot heel goede resultaten leidt. De zorgverlener moet rekening houden met de complexiteit van ouderen, waarbij ondersteuning bij het gesprek en het betrekken van naasten extra belangrijk is (de Boer, Delmee, Pel-littel & van de Pol, 2018).

In de dagelijkse zorg worden veel besluiten genomen. Om meer zicht te krijgen op Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg (GBdz) is definiëring van het begrip essentieel. Het overlegplatform; Community of Practice (CoP) van het lectoraat Persoonsgerichte Praktijkvoering Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid definieert GBdz als volgt:

*“GBdz is een complexe mix van processen waarbij de zorgvrager (en eventueel naasten) en verpleegkundige samen in beweging komen, waarbij de inbreng (behoefte, kennis en kunde) van beiden als evenwaardig wordt beschouwd en waarbij overwogen besluiten, waar beiden achter staan, genomen worden”* (Bertrams-van Lieshout, Cardiff, Mulder, Poldervaart & van Vliet, 2018).

Zorgverleners zijn vaak in de veronderstelling dat zij aan GBdz doen, echter uit observationeel onderzoek blijkt dit niet het geval te zijn. Door bewustzijn in combinatie met de juiste communicatievaardigheden is nog veel winst te behalen (Pel-Littel & van Veenendaal, 2015).

## 1.2 Contextbeschrijving

Dit praktijkonderzoek is uitgevoerd in woonzorgcentrum Thebe De Vloet in Oisterwijk. Zorgorganisatie Thebe heeft in West-Midden Brabant 23 woonzorglocaties.

De Vloet biedt gespecialiseerde verzorging, verpleging en begeleiding aan mensen met somatische problemen en/of dementie (Thebe, n.d.). Het praktijkonderzoek richt zich op zorgmedewerkers van het verzorgingshuis. In drie zelfstandige teams ondersteunen (leerling)verzorgenden-IG en (leerling)verpleegkundigen bewoners bij de dagelijkse zorg.

Elk team verleent zowel intra- als extramurale zorg op basis van een ZVW- of WLZ-indicatie.

De zorgmedewerkers zijn betrokken en leggen de focus bij de bewoner. Thebe staat voor waardevolle zorg die aansluit bij de behoefte van iedere unieke cliënt (Thebe, n.d.).

In 2016 is Thebe gestart met een vernieuwde zorgvisie: “De Bedoeling”. Werken volgens deze visie vraagt om persoonsgerichte zorgverlening. Thebe ondersteunt zorgmedewerkers bij dit veranderproces door het aanbieden van een ontwikkelprogramma waarin zij worden geschoold in kennis en vaardigheden. Zodat de zorg in samenspraak met bewoner en familie wordt verleend.

## 1.3 Probleembeschrijving

Zorgmedewerkers vinden het lastig om persoonsgerichte zorg te verlenen. Werk- en tijdsdruk wordt hierbij als belemmering benoemd (Zorgmedewerkers De Vloet, persoonlijke communicatie, januari 2018). In een onlangs gehouden enquête, over de verpleegkundige rol binnen De Vloet, geven verpleegkundigen aan zich bewust te zijn van hun taak om de bewoner bij het zorgproces te betrekken. Zij erkennen dat communicatie hierin een belangrijke factor is. Maar hebben moeite om op een gelijkwaardig niveau te communiceren; het kiezen van de juiste woorden en niet denken in oplossingen (K. Boulet, persoonlijke communicatie, november 2017). Vanuit cliënttevredenheidsonderzoek (2017) is inzichtelijk dat afstemming van zorg verbetering behoeft (bijlage 3). Niet alle bewoners ervaren eigen inbreng. Een mantelzorger geeft aan ontevreden te zijn over de wisselende tijdstippen van ochtendzorg. Wanneer ouderen in het verzorgingshuis komen wonen, wordt de regie vaak onbewust en vanuit goede intentie door zorgmedewerkers overgenomen. Dit kan leiden tot een gevoel van kwetsbaarheid (Meinema, 2017). Het ontbreken van cliëntparticipatie tijdens het nemen van beslissingen in de verpleegkundige zorg kan tot ontevredenheid leiden (Fridlund, Johansson & Oleni, 2002).

Het belang van GBdz wordt hiermee benadrukt.

De opdrachtgever beschrijft dat er vooral taakgericht gewerkt wordt. Het is onbekend hoe GBdz toegepast wordt. Wanneer zorgmedewerkers het belang van GBdz inzien, leidt toepassen tot persoonsgerichte zorg. De opdrachtgever heeft gevraagd om in het verzorgingshuis vanuit het perspectief van de zorgmedewerker een praktijkonderzoek te verrichten, waarin onderzocht wordt hoe GBdz verloopt (W. Schutte, persoonlijke communicatie, maart 2018).

#### 1.4 Probleemstelling

Naar aanleiding van de probleembeschrijving is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

*“Hoe vindt in verzorgingshuis De Vloet gedeelde besluitvorming door verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse zorg plaats en hoe kan dit proces geoptimaliseerd worden?”.*

#### 1.5 Onderzoeksdeelvragen

Om de hoofdvraag te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1. Wat wordt in de literatuur beschreven betreffende gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg door verpleegkundigen en verzorgenden in een intramurale zorgsetting? Wat zijn de randvoorwaarden, de bevorderende en belemmerende factoren? (Gezamenlijk).*
- 2. Hoe vindt gedeelde besluitvorming door verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse zorg plaats in verzorgingshuis De Vloet? (Karin Boulet).*
- 3. Wat is de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuis De Vloet met gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg; en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin? (Lisette Donders).*

#### 1.6 Doelstelling

Februari 2019 is bekend hoe GBdz door verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuis De Vloet plaatsvindt. Er is minimaal één concrete aanbeveling geschreven om dit proces te verbeteren.

#### 1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk twee vindt u informatie over de opzet van de literatuurstudie en antwoord op deelvraag één. In de twee achtereenvolgende hoofdstukken wordt beschreven hoe beide deelonderzoeken zijn uitgevoerd en via dataverzamelmethode observaties en interviews antwoord verkregen is op deelvraag twee en drie. In hoofdstuk vijf wordt de conclusie beschreven. In de discussie leest u de sterke en zwakke punten van dit praktijkonderzoek.

Tot slot worden aanbevelingen beschreven.

## 2. Literatuurstudie

In onderstaand hoofdstuk worden zoekstrategie, resultaten en conclusie beschreven met betrekking tot onderzoeksdeelvraag 1:

*“Wat wordt in de literatuur beschreven over GBdz door verpleegkundigen en verzorgenden in een intramurale zorgsetting? Wat zijn de randvoorwaarden, de bevorderende en belemmerende factoren?”*

### 2.1 Zoekstrategie

Voor het systematisch zoeken naar wetenschappelijk literatuur zijn de databanken CINAHL en PubMed geraadpleegd. Deze databanken zijn geschikt voor het vinden van medische en verpleegkundige literatuur. Relevante zoektermen zijn gekoppeld aan de Booleaanse operator AND en NOT, zodat zoekopdrachten gecombineerd en specifiek werden. Via de sneeuwbalmethode is eveneens bruikbare literatuur gevonden (Jansen & Jansen, 2016). Daarnaast zijn data ontvangen van diverse Fontys-experts. Er is op onderstaande termen gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur om antwoord te geven op de vraagstelling (tabel 1). Bij de zoekstrategie is gebruik gemaakt van limieten en exclusiecriteria, waardoor het zoekresultaat kleiner en specifiek werd (tabel 2) (bijlage 5).

Tabel 1.  
Termen zoekstrategie.

| Zoektermen                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Shared decision making<br>Decision Making (MeSH)                           |
| Daily care                                                                 |
| Long-Term care facilities<br>Nursing Homes (MeSH)<br>Long-Term Care (MeSH) |
| Residential care<br>Residential Facilities (MeSH)<br>Inpatients (MeSH)     |
| Person cent(e)red care                                                     |
| Home care<br>Home Nursing (MeSH)<br>Home Care Services (MeSH)              |
| Nursing care (MeSH)                                                        |
| Nurse-client relation(s) (MeSH)                                            |

Tabel 2.  
Limieten en exclusiecriteria.

| Limieten                   | Exclusiecriteria                            |
|----------------------------|---------------------------------------------|
| < 10 jaar                  | Psychiatric                                 |
| Full tekst                 | Niet verplaatsbaar naar<br>Westerse cultuur |
| Nederlands- of Engelstalig |                                             |
| Age > 45                   |                                             |

De gevonden artikelen zijn door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld. De resultaten zijn naast elkaar gelegd en artikelen die het meest inzicht geven in de onderzoeksvraag zijn vastgesteld. Er is gebruik gemaakt van het ‘Format overzicht gevonden artikelen’ om de methodologische kwaliteit te beoordelen (Fontys, 2017). Door bespreking is consensus bereikt. De onafhankelijke beoordeling verkleint de kans op informatiebias. De kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken is medebepalend voor de validiteit van de conclusies en aanbevelingen (Ubink & Vermeulen, 2009). Uiteindelijk zijn 14 artikelen geïncludeerd (bijlage 6).

## 2.2 Resultaten

### Gedeelde besluitvorming begint bij de bewoner kennen

GB is een complex proces, gekenmerkt door partnerschap tussen zorgmedewerker en bewoner. Het is participatief en actiegericht, waarbij informatie en onderhandelingen tot overeenstemming leiden. GB begint bij de bewoner. Het is essentieel dat de zorgmedewerker de bewoner kent en een vertrouwensband opbouwt. Dit kost tijd. Door de ontwikkelde nabijheid weet de zorgmedewerker wat nodig is om GB toe te passen. Het leren kennen van de bewoner is belangrijk om te beoordelen wat deze al weet. Een belangrijk aspect van GB is het delen van informatie. Het begrijpen van informatie is essentieel waardoor de bewoner geïnformeerd deelneemt aan GB. Het verkleinen van het kennisverschil tussen zorgmedewerker en bewoner is een onderdeel van GB. Door het delen van beslissingen kunnen bewoners hun eigen stem terugvinden. Zorgmedewerkers ondersteunen bewoners bij het herkennen van eigen gevoelens. Hierdoor laten zij bewoners actief beslissingen nemen die eigen zijn. De zorgmedewerker moedigt bewoners niet alleen aan om hun stem te laten horen, maar ook 'ernaar te handelen' (Truglio-Londrigan, 2013).

### Proces GBdz

De CoP heeft een raamwerk ontwikkeld, dat inzicht geeft hoe zorgmedewerkers GBdz vorm kunnen geven. Het raamwerk bestaat uit zes processen waarin belangrijk is dat de zorgmedewerker bewust(er) in relatie staat met de bewoner (bijlage 6). In het eerste proces staat het leren *kennen* van bewoner; levensgeschiedenis, waarden en voorkeuren centraal. Elkaar 'kennen' kan het proces van GBdz vergemakkelijken. Vervolgens is van belang dat zowel zorgmedewerker als zorgvrager *erkennen* dat er keuzemomenten zijn. Waardoor ongevraagd beslissen voor de ander wordt voorkomen. De situatie wordt individueel of in samenspraak geëxploreerd (*verkennen*); aanleiding, opties en mogelijke gevolgen. Vervolgens worden *besluiten* genomen waar beiden achter staan. De afgestemde acties worden uitgevoerd (*handelen*). Tenslotte worden proces en resultaat *geëvalueerd* (Bertrams-van Lieshout et al., 2018).

### Ondersteuning aanpassen aan beperkingen bewoners

Communicatieve, sensorische, cognitieve en functionele problemen verminderen het vermogen van een individu om onafhankelijke beslissingen te nemen. Door fysieke beperkingen kan de bewoner wel beslissen, maar ontbreekt soms het vermogen of de vrijheid om beslissingen uit te voeren. Ondersteuning om deel te nemen aan beslissingen, stelt de bewoner in staat om de individualiteit te uiten (Cook, 2010). De zorgmedewerker kan de bewoner ondersteunen bij het maken van beslissingen en moet rekening houden met lichamelijke en cognitieve beperkingen van de bewoner (Beuscher et al., 2013). Voor ouderen met dementie is het recht op informatie en vrije meningsuiting fragiel. Keuzevrijheid wordt snel over het hoofd gezien, waardoor beslissingen vaak door familieleden worden genomen. Uit onderzoek blijkt dat de perceptie van mantelzorgers niet altijd een betrouwbare indicator is van opvattingen van dementerenden (Murphy & Oliver, 2013). Besluitvorming in de context van dementie is complex, tijdrovend en vol emoties (Groen-van de Ven et al., 2017).

### Aanbieden van keuzemogelijkheden onderdeel van Persoonsgerichte zorg

Het aanbieden van keuzemogelijkheden draagt bij aan het uiten van de autonomie van de bewoner. Voor een optimaal gevoel van persoonlijk welzijn moeten drie universele psychologische behoeften vervuld zijn: competentie, verbondenheid en autonomie.

Door het aanbieden van actieve keuzemogelijkheden wordt de bewoner actief betrokken bij persoonsgerichte zorg. Bij een passieve keuzemogelijkheid of geen keuzemogelijkheid wordt autonomie ontnomen. Het niet naleven van het aanbieden van keuzemogelijkheden kan leiden tot gevoelens van passiviteit en hopeloosheid (Beuscher et al., 2011). Het recht op betrokkenheid bij besluitvorming is afhankelijk van het vermogen van de persoon en de competenties van de

zorgmedewerker om persoonsgerichte zorg te verlenen (Guttormsen & Norheim, 2012).

### Samenwerking en invloed van omgeving

Familieleden kunnen bij GBdz een belangrijke rol spelen. Door de bewoner te helpen bij het begrijpen en verwerken van informatie kan een weloverwogen besluit genomen worden. Het samenwerkingsverband tussen professionals, niet-professionals en familie kenmerkt zich door onderlinge verbondenheid en werken en communiceren in twee richtingen (Truglio-Londrigan, 2013). De sociale omgeving kan het bereiken van de basisbehoeften competentie, verbondenheid en autonomie echter ook dwarsbomen (Beuscher et al., 2011).

Problemen van autonomie en individuele keuzevrijheid staan centraal in de ouderenzorg. Ouderen zeggen rondt dat zorgverleners het nemen van autonome beslissingen verhinderen. Er worden beslissingen genomen zonder rekening te houden met hun wensen en keuzes. Zij ervaren dit als controleverlies en beschouwen pogingen om controle terug te krijgen als een strijd om autonomie behoud (Fjordside & Morville, 2016).

### Verpleegkundige rol

Verpleegkundigen hebben taken in het waarborgen van authentieke besluitvorming:

Bij *wederkerigheid* gaat het om erkennen dat waarden van de ander van gelijkwaardig belang zijn bij het nemen van beslissingen. Het delen van informatie heeft hierin een belangrijke functie.

*Transparantie* gaat over het duidelijk maken van motivaties voor actie en grenzen waarbinnen zorgbeslissingen worden genomen. *Sympathieke aanwezigheid* duidt op betrokkenheid die de uniciteit en waarde van zorgvragers erkent. *Onderhandelungen* faciliteren bewonersparticipatie door een zorgcultuur die opvattingen van zorgvragers waardeert als legitieme basis voor besluitvorming.

*Geïnformeerde flexibiliteit* betekent integratie van nieuwe informatie door het faciliteren van GB in tot stand gekomen zorgpraktijken. Onderzoeksresultaten duiden op tekortkomingen in het werken als gelijkwaardige partners, delen van informatie, werken met openheid, reageren met sympathieke aanwezigheid en in streven naar actieve deelname van zorgvragers bij het plannen van toekomstige hulpbehoeften. Geïnformeerde flexibiliteit in de relatie tussen verpleegkundige en oudere persoon ontbreekt. Dit betekent dat inbreng van zorgvragers niet wordt meegenomen in de zorgverlening (Mitchell & McCance, 2012).

### Spanning tussen individuele behoefte en collectiviteit

Het institutionele karakter van een verpleeghuis beperkt de besluitvorming van ouderen. Het is een uitdaging om de spanning tussen individuele behoeften en collectieve dimensies van zorg in evenwicht te brengen (Bondas, Turunen, Vaismoradi & Wang, 2016). Door structuren en regels ervaren bewoners dat de wil van anderen soms wordt afgedwongen op hen (Oosterveld-Vlug, et al., 2013). Verpleegkundigen voelen zich mogelijk niet capabel om bewoners keuzemogelijkheden aan te bieden in een restrictieve verpleeghuisomgeving gebaseerd op personeelsplanningen, zorgroutines, voorschriften en veiligheidskwesties (Beuscher, Durkin, Rahman, Schnelle & Simmons, 2014). Wanneer zorgmedewerkers onder tijdsdruk staan, wordt de zorgverlening bepaald door procedures in plaats van behoeften en wensen van ouderen. Tijdsdruk en concurrerende werkeisen kunnen, deels, reden zijn waarom zorgmedewerkers zelden verpleeghuisbewoners aanmoedigen om beslissingen te nemen over basisaspecten van hun dagelijks leven. Observationele studies in verpleeghuizen geven aan dat zorgmedewerkers het vaak nalaten om ouderen keuzemogelijkheden te geven (Burack, Reinhardt, & Weiner, 2012). Het tijdstip waarop de zorg plaatsvindt en toegewezen zorgtijd is afhankelijk van andere taken van de zorgmedewerker. Dit heeft consequenties voor de mogelijkheden van de bewoner om autonome beslissingen te nemen in relatie tot het dagelijks leven. Tijdsdruk voor zorgmedewerkers betekent dat ouderen geen individuele zorg krijgen en zich over het hoofd gezien en verwaarloosd voelen (Fjordside & Morville, 2016).

### 2.3 Deelconclusie

GBdz is een complex proces gekenmerkt door partnerschap en actiegerichtheid. Bij dit proces kunnen meerdere partijen betrokken zijn. GBdz bestaat uit verschillende processen. Het begint met leren kennen van de bewoner en het opbouwen van een vertrouwensband. Dit is een voorwaarde voor uitwisseling van informatie en herkennen wat de bewoner nodig heeft. Dit proces kost tijd. Het deelnemen aan beslissingen en keuzevrijheid leidt tot grotere tevredenheid. Om de bewoner te ondersteunen in het nemen van beslissingen kan de zorgmedewerker op verschillende wijze keuzemogelijkheden aanbieden; actief, passief en geen keuzemogelijkheid. Communicatie speelt hierin een essentiële rol. De zorgmedewerker moet rekening houden met eventuele beperkingen van de bewoner. De sociale omgeving kan GBdz bevorderen of dwarsbomen. Problemen van persoonlijke autonomie en individuele keuzevrijheid staan centraal in de zorg voor ouderen. Het recht op betrokkenheid bij GBdz is afhankelijk van het vermogen van de oudere en de competenties van de zorgmedewerker om persoonsgerichte zorg te verlenen. Wanneer de bewoner geen keuzemogelijkheden krijgt kan dit leiden tot gevoelens van passiviteit en hopeloosheid. Zorgmedewerkers ervaren echter problemen met het aanbieden van keuzemogelijkheden vanwege tijdsdruk, (wettelijke) procedures, en het institutioneel karakter van de woonsetting. Bij persoonsgerichte zorg horen zorgmedewerkers deskundig te zijn in het actief betrekken van bewoners bij het nemen van besluiten rondom dagelijkse zorg. Hierbij moeten zij rekening houden met waarden, ervaringen en opvattingen van bewoners, naasten en zichzelf.

### 3. Deelonderzoek

In dit hoofdstuk worden de methoden, resultaten en deelconclusie beschreven van de deelvraag:

*“Hoe vindt GBdz door verpleegkundigen en verzorgenden plaats in verzorgingshuis De Vloet?”  
(K. Boulet).*

#### 3.1 Onderzoeksbenadering

Het praktijkonderzoek is vanuit het perspectief van de zorgmedewerker uitgevoerd, omdat weinig bekend is hoe zorgmedewerkers GBdz toepassen. Een kwalitatief beschrijvend onderzoek is hierbij passend. Er is geobserveerd hoe de dialoog tussen zorgmedewerker en bewoner betreffende GBdz plaatsvindt (Baarda, 2014; Migchelbrink, 2018). Met de verzamelde data is een beeld geschetst van de dagelijkse zorgverlening, wat antwoord geeft op de onderzoeksvraag (Celestin & Celestin-Westreich, 2013).

#### 3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden-IG, leerling-verpleegkundigen en leerling verzorgenden-IG. In totaliteit 54 zorgmedewerkers. Het doel is om veel informatie over GBdz te verzamelen, daar waar deze zich het sterkst openbaart (Boeije, 2016). Hiervoor is een doelgerichte steekproef toegepast, waarbij rekening is gehouden met de opgestelde inclusie- en exclusiecriteria (tabel 3). Er is gestreefd naar inhoudelijke representativiteit.

Tabel 3.

*Inclusie- en exclusiecriteria.*

| Inclusiecriteria per afdeling             | Exclusiecriteria per afdeling |
|-------------------------------------------|-------------------------------|
| Eén (leerling) mbo-verpleegkundige        | Flexmedewerkers en ZZP-ers.   |
| Minimaal één gediplomeerde verzorgende-IG | Helpenden                     |
| Verlenen van zorgactiviteit bij bewoner   |                               |

De zorgmedewerkers zijn per mail geïnformeerd over het praktijkonderzoek (bijlage 9, 10). De mail en bijhorende documenten bevatten inhoudelijke informatie over de observaties. De bewonersselectie heeft plaatsgevonden met medewerking van de zorgmedewerkers. Bij de informatieverstrekking is rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de oudere bewoner (Pel-Littel & van Veenendaal, 2015).

Informed consent is bereikt door schriftelijke en mondelinge voorlichting te geven betreffende inhoud, privacy borging, anonimiteit en ethische aspecten. Waarbij gelegenheid is geboden om vragen te stellen. Tevens is expliciet benoemd dat deelname vrijwillig is en de observatie op elk moment beëindigd mag worden. Alle participanten hebben een toestemmingsformulier ondertekend, waarin zij aangeven voldoende te zijn ingelicht en bereid zijn tot deelname (Boeije, 2016) (bijlage 11, 13).

#### 3.3 Dataverzamelmethode

Observatie is een dataverzamelmethode om menselijk gedrag en handelen te onderzoeken (Migchelbrink, 2018). Het toepassen van GBdz is in beeld gebracht middels half-participerende, semigestructureerde observaties. Een observatielijst (Baarda, 2014) is samengesteld met data verkregen uit literatuurstudie en Fontys-experts. De literatuur beschrijft het belang van de juiste communicatievaardigheden om GBdz toe te passen. In welke mate de bewoner betrokken wordt, is afhankelijk van de keuzemogelijkheden die de zorgmedewerker aanbiedt: actief, passief en geen keuze (zorgen zonder gesprek). Onderzoeksresultaten laten een significante toename in frequentie van het aanbieden van actieve keuzemogelijkheid in de ochtendzorg zien. Daarnaast is een afname

van zorgen zonder gesprek geregistreerd (Beuscher et al., 2013). CoP beschrijft dat het GBdz-proces uit zes processen bestaat; kennen; erkennen; verkennen; besluiten; handelen en evalueren (Bertrams-van Lieshout et al., 2018). Het observatieraamwerk van Fontys-expert biedt houvast tijdens de observatie (S. Cardiff, persoonlijke communicatie, 29 maart). De keuzemogelijkheden en elementen van GBdz zijn verwerkt in het observatieraamwerk (bijlage 7-8). In dit deelonderzoek is sprake van twee groepen participanten. Zorgmedewerkers vormen de hoofdpopulatie. De bewoners zijn daags voor de observatie geïnformeerd (informed consent) (bijlage 12,13), zodat spanning betreffende observatie zo kort mogelijk gehouden is. Middels een doelgerichte selectie steekproef zijn 10 bewoners geselecteerd. Exclusiecriteria voor deelname zijn (pre)terminale bewoners en situaties waarbij de onderzoeker een belasting/bedreiging is. Voor aanvang van de observatie hebben aanwezige zorgmedewerkers een lijst van geïnccludeerde bewoners ontvangen. Eén zorgmoment is door beide onderzoekers geobserveerd, waarna resultaten besproken zijn. Observatie heeft plaatsgevonden in de slaapkamer, badkamer en huiskamer. De onderzoeker heeft zich opengesteld en noteerde, in het observatieraamwerk, met steekwoorden het gedrag van de zorgmedewerker (Migchelbrink, 2018)). Gesprekken zijn middels audioapparatuur opgenomen, waardoor de onderzoeker aandachtig heeft kunnen observeren. Meteen na de observatiesessie zijn zorgvuldig geformuleerde vragen gesteld, welke niet 'suggestief' of 'beschuldigend' van aard zijn. Deze verhelderingsvragen geven aanvullende informatie betreffende 'intenties/gedachten' achter het geobserveerde gedrag van de zorgmedewerker (S. Cardiff, persoonlijke communicatie, 29 maart 2018). De observaties zijn gedetailleerd beschreven middels gemaakte notities en uitgeschreven geluidsopnames van de dialogen. Subjectieve vertekening wordt hiermee gereduceerd (Boeije, 2016; Migchelbrink, 2018). Voor aanvang observatie is nogmaals aan beide participanten om toestemming gevraagd en aangegeven dat de observatie ten alle tijden beëindigd mag worden. Tijdens het onderzoek is rekening gehouden met de privacy van de bewoner. Er zijn 12 zorgmomenten geobserveerd met een gemiddelde duur van 30 minuten. Hiermee zijn voldoende informatiegegevens verzameld om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

### 3.4 Data-analyse methode

Wat zorgmedewerkers gezegd en gedaan hebben is schriftelijk vastgelegd en uitgeschreven. Passend voor kwalitatief onderzoek met een inductieve benadering. Informatie die besloten ligt in de data is in kaart gebracht. Bij het ordenen is gebruik gemaakt van het samengesteld observatieraamwerk, waardoor data ook deductief benaderd is. Gedetailleerde beschrijvingen geven inzicht in de onderzoekcontext, waarbij naar patronen of samenhang gezocht is. Er is gekeken hoe GBdz wordt toegepast. In het observatieraamwerk zijn de elementen van GBdz en het aanbieden van keuzemogelijkheden inzichtelijk gemaakt (Migchelbrink, 2018). Een open blik is gecombineerd met een analysekader (Lanen, 2010).

### 3.5. Kwaliteitsborging

De onderzoekspopulatie en diverse observatiemomenten geven een goede afspiegeling van de werkelijke situatie. Meerdere observaties geven betere gefundeerde uitspraken over het geheel (van de Sande, 1999). Doordat gesprekken zijn opgenomen, heeft de onderzoeker aandachtig kunnen observeren. Waarnemingen zijn tijdens en na de observatie vastgelegd en gedetailleerd verwerkt in het observatieraamwerk (plausibiliteit) (bijlage 8). Datgene wat feitelijk waargenomen is, wordt onderscheiden van de gedachten en gevoelens van de observator (Migchelbrink, 2018). Subjectieve vertekening en interpretatiefouten zijn gereduceerd door het stellen van verhelderingsvragen (membercheck). Er is een veilig klimaat gecreëerd door gedurende het praktijkonderzoek aan relatieopbouw te werken. Daarnaast is tijd genomen voor een gesprek met de bewoner, waarin ruimte was voor uitleg en vragen. Informed consent en het eerbiedigen van de privacy van de bewoner dragen mede bij aan een veilig gevoel. Door het expliciet benoemen dat op elk moment de

observatie beëindigd mag worden, is de regie aan de participanten gegeven. Voorgaande methoden verhogen de validiteit. Om intra-observatiebetrouwbaarheid te verhogen is één observatiemoment door twee onderzoekers uitgevoerd. Dit versterkt de betrouwbaarheid van data (van de Sande, 1999). Tevens is het observatieraamwerk besproken, welke tussentijds niet aangepast is. Dit versterkt de representativiteit en validiteit (Celestin-Wiestreich & Celestin, 2012). Twee observaties zijn door beide onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd. De resultaten zijn vergeleken en beargumenteerd om de inhoudelijke analyse diepgang te geven (peer review). Een rijke beschrijving van context en citaten helpt voor kwaliteitsborging (verplaatsbaarheid). De onderzoeker heeft een logboek bijgehouden, waardoor het proces navolgbaar en 'in principe' herhaalbaar is. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2016).

### 3.6 Onderzoekresultaten

#### *Karakteristieken zorgmedewerkers.*

Aan het onderzoek hebben 12 vrouwelijke zorgmedewerkers deelgenomen. Eén mbo-verpleegkundige, zeven verzorgenden-IG, twee leerling mbo-verpleegkundigen en twee leerling verzorgenden-IG. Van de leerling-verpleegkundigen is één verzorgende-IG en de ander heeft geen vooropleiding. De gemiddelde leeftijd is 42 jaar, werkervaringsjaren variëren tussen 1 - 34 jaar.

#### *Impressie van de dagelijkse zorg*

Bij binnenkomst vertelt iedere zorgmedewerker wat de aanleiding van het bezoek is. Allen hebben de bewoner vaker verzorgd: *"Dat zegt u altijd hé. Dan kan ik mijn bed verkopen. Is dat Rotterdams?"* (Zorgmedewerker 3). Door de meeste zorgmedewerkers wordt het zorgleefplan gelezen. Aan één bewoner wordt gevraagd wat voor zorg gewenst wordt. De zorgmedewerker geeft indirect antwoord op de gestelde vraag: *"Wat had u zelf gedacht? Lekker in de douche gaan, denk ik?"* (Zorgmedewerker 10). Enkele zorgmedewerkers houden zichtbaar rekening met voorkeuren van bewoners. Een medewerker ziet gezichtsbehang en vraagt of de bewoner zich wil scheren. De bewoner wordt geholpen, als blijkt dat ondersteuning wenselijk is. In de verhelderingsvraag wordt aangegeven dat de bewoner dit belangrijk vindt. Aan een bewoner wordt verteld dat geprobeerd wordt haar als eerste te verzorgen. Maar dat het niet altijd mogelijk is om aan deze wens te voldoen. De bewoner reageert niet op de uitleg. De zorgmedewerker snijdt een ander gespreksonderwerp aan en gaat verder met de zorghandelingen. Bij meer zorgmomenten is zichtbaar naar weinig waarden en gevoelens van de bewoner (door)gevraagd. Doorgaans wordt een verklarend antwoord en een bevestiging van de lichamelijke beperking gegeven.

*"Het is alleen jammer dat ik zelf niet meer kan".*

*"Ja, dan heb je geen energie meer voor de rest van de dag.*

*Ja, dat is erg zat" (Zorgmedewerker 3).*

#### *Taak-, vraag- en persoonsgerichte zorg*

De zorg wordt in een snel tempo en op een routinematige manier verleend. De zorgmedewerkers zijn voornamelijk gericht op verzorgende activiteiten. Verschillende zorgactiviteiten worden gecombineerd, zoals ondersteuning bij het wassen; aankleden; uit bed komen; medicatie en het klaarzetten van het ontbijt. Bij geen bevoegdheid voor medicatie-toediening, wordt hulp gevraagd aan een collega. Tijdens de zorgverlening initieert de zorgmedewerker het gesprek en houdt dit op gang. Het zijn kortdurende gesprekken, met het weer, familie of dagactiviteiten als meest voorkomende onderwerpen. Tijdens de observaties zijn verschillende werkwijzen waargenomen. Merendeel van de zorg wordt met humor en betrokkenheid verleend. Een enkele zorgmedewerker verleend persoonsgerichte zorg, waarbij doorgevraagd wordt en aandacht is voor wat de bewoner belangrijk vindt. Daarnaast is zichtbaar dat tijdens enkele zorgmomenten taakgericht gewerkt wordt. De bewoner volgt de zorgmedewerker precies en laat meestal de zorg gelaten over zich heen komen. Een

zorgmedewerker vertelde dat de bewoner altijd zo is. Waarop de bewoner antwoordde: *"Ik zet mij eroverheen, zo flauw ben ik nou ook weer niet"* (Bewoner 1).

#### Oog hebben voor non-verbale communicatie

Een enkele zorgmedewerker reageert op non-verbale communicatie van de bewoner of interpreteert het anders. Ter verduidelijking wordt een vraag gesteld. Terwijl geantwoord wordt is de zorgmedewerker bezig en maakt geen oogcontact met de bewoner. Er wordt met ja gereageerd en verder gegaan met de zorghandeling. Later blijkt dat de zorgmedewerker in de veronderstelling was dat de bewoner last van duizeligheid had, terwijl de bewoner achteraf aangaf pijn te hebben. In het algemeen vragen zorgmedewerkers niet waarom de bewoner zucht of kreunt en gaan door met een zorghandeling. Zorgmedewerker die persoonsgericht werkt zoekt regelmatig oogcontact en luistert/kijkt tijdens de zorghandeling aandachtig naar het verhaal.

*"Mag ik het meenemen? Goed?"*

*Bewoner knikt ja en sluit even de ogen (Zorgmedewerker 11).*

#### Complexe zorg een belemmerende factor om GBdz toe te passen

Er is zorg verleend aan bewoners met een zintuiglijke of cognitieve beperking. De consequenties van de beperking worden soms zichtbaar meegenomen in de zorgverlening.

Bij een bewoner met gehoorproblematiek wordt voor de zorgverlening het gehoorapparaat ingedaan of de vraag wordt met een harde stem herhaald. Bij een bewoner met complex niet-aangeboren hersenletsel wordt betrokkenheid gevoeld. Tijdens de zorghandeling stelt de zorgmedewerker een vraag, vraagt om bevestiging en gaat meteen verder. De bewoner reageert vijf seconde later met nee; er is gehandeld zonder overleg. De bewoner heeft in gedeeltes geantwoord: *"nee, nee niet, niet wassen en nee niet doen"* (Bewoner 12). De bewoner geeft aan een bepaalde zorghandeling niet te willen. Later wordt aangegeven dat het moeilijk is om deze bewoner erbij te betrekken.

#### Passieve keuzemogelijkheid een veelgehoorde vraagstelling

Zorgmedewerkers geven de bewoner op verschillende manieren een keuzemogelijkheid. Een enkele zorgmedewerker nodigt de bewoner uit om een keuze te maken. Er wordt een vraag gesteld met een actieve keuzemogelijkheid: *"Ik heb er twee, welke vindt u het fijnste?"* (Zorgmedewerker 3). De bewoner maakt een keuze of stelt een aantal vragen, waarna de situatie door beide verkend wordt. Dit wordt voornamelijk toegepast tijdens het aankleden, de warme maaltijd en een enkele keer bij het klaarmaken van het ontbijt. Een veel gehoorde vraagstelling is de passieve keuzemogelijkheid. De zorgmedewerker stelt een vraag, waarbij de bewoner geen actieve keuzemogelijkheid heeft: *"Gaat u omhoog, hé?"* (Zorgmedewerker 7). In de regel stelt de bewoner zich volgend op en antwoord met ja. Vervolgens gaat de zorgmedewerker verder met de zorghandeling. Bij de zorgactiviteit wassen/douchen is meerdere keren gezien dat de bewoner weinig of geen keuzemogelijkheden krijgt. Er wordt routinematig gehandeld, waarbij meegedeeld wordt wat gedaan gaat worden of er wordt gezorgd zonder gesprek. De bewoner stelt geen vragen en doet wat er gevraagd wordt. Zorgen zonder gesprek is een enkele keer tijdens het wassen gezien en meerdere keren bij medicatietoediening. De medicatie wordt zonder uitleg gegeven, de bewoner anticipeert door de mond te openen, te inhaleren of het hoofd naar achteren te kantelen.

*De bewoner is geholpen met douchen en zit op de douchestoel met alleen een pants aan. De zorgmedewerker is met mw. in gesprek over alledaagse dingen. Zorgmedewerker pakt oogdruppels en dient een oogdruppel toe, zonder vooraf iets te zeggen.*

*"Even een druppel". Het gesprek gaat verder (Zorgmedewerker 8).*

## Processen van GBdz

Keuzemomenten worden door meerdere zorgmedewerkers erkend. Zij geven de bewoner een passieve keuzemogelijkheid en starten met de zorg, voordat/tijdens de bewoner antwoordt. De zorgmedewerker communiceert op een hoog tempo, waarbij men vraag op vraag stelt: *“Kunt u zelf uw gezicht wassen? Zal dat nog lukken? Zal ik een beetje helpen. Alstublieft”*. Washandje wordt aangereikt. *“Ga maar proberen. Ik help u een beetje mee”*. Vanuit het perspectief van de zorgmedewerker wordt, in een kort tijdbestek, een keuzemoment erkent, de situatie verkent, een besluit genomen en gehandeld. De bewoner reageert gelaten: *“Dat zal ik wel kunnen hé. Moet maar”* (Zorgmedewerker 2). Een enkele zorgmedewerker betreft de bewoner bij het bepalen van de watertemperatuur. De bewoner bepaalt en geeft voorkeur aan. Een paar bewoners erkennen een keuzemoment en geven aan dat het water te koud is. De situatie wordt verkend, waarna de zorgmedewerker een besluit neemt: *“De volgende keer maar iets warmer doen”* (Zorgmedewerker 9). Bij taakgerichte zorgverlening wordt menig keuzemoment niet erkend. De aandacht is voornamelijk gericht op de zorgactiviteiten.

*“Je verzorgt haar eigenlijk altijd een beetje standaard, alles volgens een vaste volgorde. Dat vindt zij ook fijn. En dan denk je er eigenlijk niet bij na, want ze benoemt het niet”*  
(Zorgmedewerker 1).

## Zorgmedewerker initiator bij het nemen van beslissingen

In de meeste situaties worden besluiten en de daaruit voortkomende handelingen door de zorgmedewerker geïnitieerd. Besluiten worden genomen op basis van een passieve keuzemogelijkheid. De bewoner heeft weinig tijd om te reageren en antwoordt met ja/nee. Zonder te evalueren wordt de volgende handeling ingezet. Een enkele keer is gezien dat een zorgmedewerker tussentijds evalueert of een constatering doet: *“Zo ziet er weer glad uit, hé”* (Zorgmedewerker 7). Het merendeel van de medewerkers vraagt na de zorgverlening of er nog iets gedaan kan worden. Er vindt geen concrete evaluatie plaats. In de regel stelt de bewoner zich volgend op, waardoor het niet duidelijk is of de besluiten gezamenlijk genomen zijn. Tijdens het wassen worden de handelingen grotendeels niet op basis van GBdz bepaald. GBdz wordt voornamelijk tijdens het aankleden en de warme maaltijd toegepast. Tijdens de maaltijd geeft een zorgmedewerker de bewoner regelmatig een actieve keuzemogelijkheid. Achteraf geven zorgmedewerkers aan het normaal te vinden de bewoner actief te betrekken. Echter wordt benoemd werkdruk als een belemmerende factor te ervaren *“In de huiskamer is het anders, je hebt tijd voor de mensen. In de zorg niet”* (Zorgmedewerker 11).

*“Kunt u het zelf snijden?” Bewoner: “Ja, dat kan ik wel”.*  
*“Anders kunnen we nog helpen”.*  
*Bewoner: “En anders roep ik nog, hé”* (Zorgmedewerker 6).

Een enkele zorgmedewerker verleent persoonsgerichte zorg en betreft de bewoner actief bij de besluitvorming. De zorgverlening verloopt in harmonie, gesprekken gaan over de levensgeschiedenis en over zorginhoudelijke zaken. Tijdens de handelingen luistert de zorgmedewerker geïnteresseerd en vraagt door. De zorgmedewerker geeft informatie over wat zij ziet en gaat in overleg met de bewoner. Er is ruimte voor elk antwoord en tussentijds wordt geëvalueerd. Tijdens de zorgverlening vertelt de zorgmedewerker minimaal wat gedaan wordt, maakt regelmatig oogcontact en heeft aandacht voor de bewoner.

*“Nou weet ik niet meer hoe u het wilt hebben. Zit deze niet te strak?”*  
*Zal ik het ietsjes losser doen, want ik zie een afdruk in uw arm”* (Zorgmedewerker 9).

### 3.6.1 Deelconclusie

Bovenstaande resultaten geven antwoord op de deelvraag:

*“Hoe vindt gedeelde besluitvorming door verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse zorg plaats in verzorgingshuis De Vloet?”*

Uit de resultaten blijkt dat GBdz voornamelijk wordt toegepast tijdens de zorgactiviteiten aankleden en warme maaltijd. Een enkele keer wordt de bewoner actief betrokken tijdens het wassen en klaarmaken van het ontbijt. Zorgmedewerkers verzorgen regelmatig dezelfde bewoner en zijn bekend met de zorgafspraken betreffende ochtendzorg. Er wordt routinematig en snel zorg verleend. De zorgmedewerker initieert voornamelijk het gesprek, de besluiten en handelingen. Over het algemeen erkent de zorgmedewerker een keuzemogelijkheid en biedt de bewoner een passieve keuzemogelijkheid aan. Het gesprek verloopt in hoog tempo, waar vraag op vraag gesteld wordt. De zorgmedewerker focust zich op de zorgactiviteiten. De bewoner heeft weinig tijd om te antwoorden en/of begrijpt de vraag onvoldoende. De bewoner stelt geen vragen en doet wat verwacht wordt. Bewoners met een zintuiglijke of cognitieve beperking worden soms bij GBdz betrokken. De manier van zorgverlening, communiceren en het aanbieden van een passieve of geen keuzemogelijkheid belemmert de bewoner in het erkennen en verkennen van keuzemogelijkheden. Daarnaast vindt een enkele keer tussentijdse evaluatie plaats. Er wordt aangegeven werkdruk als een belemmerende factor te ervaren. Wat invloed heeft op het betrekken van de bewoner bij de zorg. Dit tezamen beïnvloedt de mogelijkheid van de bewoner om betrokken te worden bij GBdz. Tijdens de observaties is taakgerichte-, vraaggerichte-, persoonsgerichte- of een combinatie van zorgverlening waargenomen. Bij zowel taakgericht als de combinatie wordt de bewoner voornamelijk op een passieve manier betrokken. Een enkele zorgmedewerker erkent non-verbale communicatie en vraagt door naar gevoelens en waarden van de bewoner. Bij persoonsgerichte zorg is een harmonieus samenspel te zien. De bewoner is actief betrokken, waar bij bepaalde zorgactiviteiten zichtbaar GBdz plaatsvindt.

## 4. Deelonderzoek

In dit hoofdstuk worden de methoden, resultaten en deelconclusie beschreven van de deelvraag: *“Wat is de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuis De Vloet met GBdz; en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?” (L. Donders).*

### 4.1 Onderzoeksbenadering

Voor het beantwoorden van deelvraag drie is een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd. De onderzoeker wil van binnenuit zicht krijgen hoe zorgmedewerkers gebeurtenissen en situaties betreffende GBdz beleven en interpreteren (Migchelbrink, 2016). Gedachten, situaties en betekenissen die zij toekennen aan GBdz worden beschreven (Baarda, 2014). De onderzoeker brengt hierdoor de werkelijkheid in kaart en creëert een holistisch beeld dat inzicht geeft (Cox, Kuiper, Louw & Verhoef, 2012).

### 4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit gediplomeerde mbo-verpleegkundigen, verzorgenden-IG en leerling mbo-verpleegkundigen met als vooropleiding verzorgende-IG. In totaal 48 zorgmedewerkers. Selectie vond plaats via een doelgerichte steekproef. Het doel is informatie daar te halen waar deze aanwezig is (Verhoeven, 2018). Hiervoor zijn zorgmedewerkers geselecteerd die (ervarings)deskundig zijn en naar verwachting veel inhoudelijke informatie opleveren (Migchelbrink, 2016). De zorgmedewerkers zijn doelbewust benaderd op grond van opgestelde in- en exclusiecriteria (tabel 4).

Tabel 4.

*In- en exclusiecriteria.*

| Inclusiecriteria                               | Exclusiecriteria         |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| Mbo-verpleegkundige/verzorgende-IG             | Flexmedewerker en ZZP-er |
| Leerling-mbo-verpleegkundige én verzorgende-IG |                          |
| Bereidheid tot deelname                        |                          |

De zorgmedewerkers zijn via een informatieve email benaderd en gevraagd zich tot de onderzoeker te wenden bij bereidheid tot deelname. Daarna zijn herinneringsmails en een ludieke reminder verstuurd. Door schriftelijke en mondelinge voorlichting over de inhoud, borging van privacy, anonimiteit en ethische aspecten is informed consent bereikt. Er is gelegenheid geboden om vragen te stellen en benadrukt dat deelname vrijwillig is. Alle participanten hebben een formulier ondertekend waarin zij verklaren voldoende te zijn ingelicht en toestemming geven voor deelname (Boeije, 2016) (bijlage 9, 15, 16, 18).

### 4.3 Dataverzamelmethode

Dataverzameling heeft plaatsgevonden door het afnemen van individuele interviews. De kracht van interviewen is het face-to-face contact waardoor het mogelijk is vragen toe te lichten, door te vragen en non-verbale reacties waar te nemen (Migchelbrink, 2014). Zorgmedewerkers zijn, op grond van de onderzoeksvraagstelling, bevraagd en hen is ruimte gegeven te vertellen over ervaren feiten, beleving en betekenisverlening betreffende GBdz (Evers, 2015).

Er is gekozen voor semigestructureerde interviews met als leidraad een topiclijst (bijlage 17). De topiclijst is ontwikkeld en samengesteld op basis van elementen uit de vraagstelling, literatuuronderzoek en aanwijzingen van Fontys-experts. Relevante onderwerpen werden hierdoor op eenvormige wijze geïntroduceerd. De exacte volgorde en formulering van de vragen lag niet vast (Migchelbrink, 2014). De topiclijst is via een proefinterview uitgetoetst en verfijnd (Evers, 2015). De onderzoeker heeft associatiekaarten ontwikkeld met thema's passend bij GBdz.

Elk interview is gestart met de vraag om een bij GBdz passende associatiekaart te kiezen.

De zorgmedewerkers werden uitgenodigd hun motieven en ideeën te verduidelijken over de gekozen associatiekaart en topics (figuur 1). De betekenis van GBdz werd hierdoor achterhaald. Hierbij is doorgevraagd en gebruik gemaakt van samenvattingen. Waarmee geverifieerd is of de informatie goed begrepen is. Ter afsluiting is gevraagd om GBdz in één woord te duiden en geïnformeerd naar feedback; tips en tops. De interviews zijn geleid door de onderzoeker. De mede-onderzoeker ondersteunde bij inhoudelijke bewaking. Na afloop van elk interview bespraken de onderzoekers hun bevindingen (debriefing) (Raats, 2017). De interviews hebben gemiddeld een uur geduurd. Er is doorgegaan met dataverzameling tot verzadiging bereikt is.

#### 4.4 Data-analyse methode

Voor data-analyse is gebruik gemaakt van audio-opnamen met behulp van een memorecorder. Het zorgt voor een letterlijke weergave van het gesprek en maakt het mogelijk het gesprek terug te luisteren en nauwkeurig te transcriberen (Beck & Polit, 2006; Verhoeven, 2018).

De data zijn op inductieve wijze via thematische analyse (Braun & Clarke, 2006) geanalyseerd. Deze methode is geschikt voor kwalitatieve data-analyse. De gesprekken zijn gelezen, herlezen en opvallende ideeën zijn genoteerd. Interessante facetten zijn op systematische wijze gecodeerd en geclusterd door ze in thema's bij elkaar te brengen. Er is gekeken naar patronen en verbanden. De betekenis van elk thema is benoemd en het overkoepelend verhaal verteld. Citaten die het thema het best illustreren zijn geselecteerd en beschreven (Cardiff, 2012).

#### 4.5 Kwaliteitsborging

Door nauwkeurig en zorgvuldig werken is vertekening van resultaten voorkomen.

De gevolgde procedures zijn zodanig beschreven dat het proces voor buitenstaanders navolgbaar en herhaalbaar is. Dit verhoogt de mate van transparantie en versterkt de bewijsvoering. Het onderzoek is door de projectbegeleider, opdrachtgever en peergroep gevolgd en voorzien van feedback (audit-trail). Deze procedure draagt bij aan de betrouwbaarheid. Een rijke beschrijving van context en citaten versterkt de kwaliteitsborging. De context en deelnemers zijn gedetailleerd beschreven (thick description), zodat de lezer een vergelijking kan maken met andere settings (verplaatsbaarheid). De onderzochte groep vormt een goede afspiegeling van de groep die bestudeerd wordt (Cox et al., 2012). Aan het begin van elk gesprek is het vertrouwelijk karakter benadrukt. Er is gezorgd voor een rustige omgeving en gelet op gesprekstechnieken. Van elk interview zijn geluidsopnamen gemaakt voor data-registratie en data-analyse. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten (Verhoeven, 2018). Op basis van feedback en debriefing werden de interviewwijze en topiclist gedurende het onderzoek verbeterd (Raats, 2017). Hiermee is voorkomen dat relevante thema's gemist zijn. Voor plausibiliteit is transparantie van groot belang; beschrijving van context, onderzoeksproces, analyse en keuzes. Het opnemen van de interviews en letterlijk uitschrijven van teksten. Direct na elk interview is gestart met een nauwkeurige volledige transcriptie. Respondenten is gevraagd de transcripten te beoordelen, aan te vullen, te wijzigen en te accorderen (member checking). Alle transcripten zijn geaccordeerd, gegevens zijn vastgesteld. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid. De interviews zijn deels met de medeonderzoeker samen geanalyseerd. De resultaten zijn vergeleken en bediscussieerd om de inhoudelijke analyse diepgang te geven (peer review). Voorgaande methoden versterken de plausibiliteit (Cox et al., 2012). Door de interpretatie van resultaten kritisch met de medeonderzoeker te bespreken is onderzoekerstriangulatie toegepast en intersubjectiviteit gerealiseerd. Dit vergroot de validiteit (Boeije, 't Hart, Hox, 2009).

## 4.6 Onderzoeksresultaten

### Karakteristieken zorgmedewerkers

Aan het onderzoek hebben acht vrouwelijke zorgmedewerkers deelgenomen.

Twee mbo-verpleegkundigen, vier verzorgenden-IG en twee leerling mbo-verpleegkundigen die verzorgende-IG zijn. De gemiddelde leeftijd is 40 jaar. Werkervaringsjaren variëren van 12 tot 34 jaar (bijlage 14).

### Associatiekaarten

De beschrijving van GBdz door zorgmedewerkers op basis van gekozen associatiekaarten is verwerkt en verwoord in de resultaten (figuur 1). Kaart drie en vier is dubbel gekozen.

Figuur 1. Gekozen associatiekaarten.



### Bewoner kennen en vertrouwensband

Zorgmedewerkers geven aan dat de bewoner centraal staat bij GBdz. Het is belangrijk je in de bewoner te verplaatsen en deze te leren kennen. Aansluiten bij het levensverhaal en dit meenemen in je zorgverlening. Er voor de bewoner zijn en luisteren naar wensen en behoeften. Het is belangrijk bewoners in hun waarde te laten en hen te zien als mens. Deze benadering geeft vertrouwen en een sterkere band. De relatie of vertrouwensband die je samen opbouwt, maakt het makkelijker om afstemming te vinden en samen tot een besluit te komen.

De helft van de zorgmedewerkers geeft echter aan de bewoner soms onvoldoende te kennen. Het ontbreekt hen aan voorgeschiedenis en levensverhaal. Wanneer de klik met een bewoner ontbreekt, is er meer afstand. Hierdoor ken je elkaar minder goed en krijg je ook minder voor elkaar.

*“Vaak lukt GBdz wel omdat je de mensen kent. Zij kennen mij en ik ken de mensen.*

*Zij weten wie ze voor zich hebben en ik weet hoe ik ze moet benaderen” (Zorgmedewerker 2).*

### Gesprek is de basis

Zorgmedewerkers geven aan dat je niet aan GBdz kan doen zonder een goed gesprek, waarin je bespreekt wat een bewoner wenst en luistert naar behoeften. Dit staat of valt met de manier waarop je iets bespreekt (attitude). Open vragen stellen en er dieper op ingaan. Door in gesprek te gaan kom je erachter wat de precieze vraag is. Het helpt als zorgmedewerkers opties geven om uit te kiezen. Men wil bewoners graag tegemoetkomen, maar niet alles is mogelijk of haalbaar. Aangeven wat wel mogelijk is, helpt om tot een compromis te komen. Je gaat met de bewoner in beraad, stemt af en komt tot een gezamenlijk besluit. GBdz doe je de hele dag door, dit begint s ’morgens al met opstaan. Het begint met kleine dingen en het wordt steeds groter.

*“Je kunt niet aan GBdz doen als je geen goed gesprek hebt gehad waarin je hebt besproken wat iemand graag wil, of niet wil. Dat is de basis” (Zorgmedewerker 8).*

De helft van de zorgmedewerkers ervaart beperkingen en gebrek aan vertrouwen in gespreksvaardigheden. Zij vinden het soms lastig het gesprek aan te gaan. En benoemen beperkingen in omgaan met weerstand, assertiviteit, eigen emoties en grenzen aangeven. Eén zorgmedewerker ervaart dat de opleiding lang geleden is. De zorgvisie is veranderd en vraagt (communicatie)vaardigheden waarin zij bijscholing wil. Enkele zorgmedewerkers benoemen beperkingen in hun kennis van GBdz en passen GBdz vooral onbewust en vanuit intuïtie toe.

*“Soms vind ik gesprekken best eng. Ben ik onzeker. Hoe gaat dit gesprek lopen en hoe kan ik daar het best op inhaken. Hoe kan ik het best formuleren. Ik heb daar heel veel moeite mee. Want als je niet tot een compromis komt, dan moet je ergens een weg zoeken samen. Ik kom dan niet gestrest of gehaast binnen. Heel rustig. En van binnen denk ik; o als dit gesprek maar goed gaat. Is ie niet verdrietig. Wordt ie niet boos of scheldt ie me niet uit”*  
(Zorgmedewerker 1).

### Samendoen als kern

Samendoen wordt door vrijwel alle zorgmedewerkers als kernpunt van GBdz genoemd. Het geeft energie wanneer je iets met elkaar kunt afstemmen en er tevredenheid is. Samen met collega's, het team en andere disciplines. Zorgmedewerkers geven aan dat overleg met collega's helpt wanneer het lastig is een besluit te nemen. Zij vragen hen expliciet om feedback en coaching. GBdz is belangrijk om familie te laten participeren in de zorg. Anderzijds zorgt familieparticipatie voor GBdz wanneer het lastig is om dit alleen met de bewoner te doen.

Een onvoldoende betrokken familie of verwachtingen die zij hebben ten aanzien van de zorg worden door enkelen als belemmering voor GBdz benoemd. Een mondige familie of bewoner maakt GBdz soms lastig. De afgelopen jaren zijn verwachtingen en mondigheid toegenomen. De helft van de zorgmedewerkers benoemt daarnaast discrepanties tussen wensen van familie en bewoner. Men vraagt zich dan af wat het zwaarst weegt.

*“Als familie om de hoek komt kijken. En zeggen; ja maar ons moeder die moet dit of dit. Dan zeg ik; ja, maar jullie mam wilde dat niet. De familie vindt dan eigenlijk dat we meer naar hun moeten luisteren dan naar die bewoner. Ja, daar zit je weleens mee”* (Zorgmedewerker 7).

Het team zit niet altijd op één lijn betreffende zorgverlening, eigen regie en zorgafspraken. Het is lastig om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Eén zorgmedewerker signaleert dat teamleden zorgafspraken soms klakkeloos overnemen zonder te kijken naar de actuele behoefte van de bewoner. Eigen regie kost soms meer tijd waardoor zorg wordt overgenomen. Het is een kunst dit niet te doen.

*“Zorgcoördinator had andere standpunten dan andere mensen in het team. Dat is lastig, want je zit samen al niet op één lijn, hoe kun je dan met Mw. op één lijn komen”*  
(Zorgmedewerker 3).

### Werkdruk en tijdgebrek

Alle zorgmedewerkers benoemen werkdruk en tijdgebrek als een belemmerende factor. Personeelsgebrek speelt een belangrijke rol. Zorgmedewerkers moeten prioriteiten stellen. Bij drukte worden gesprekken waarin GBdz wordt toegepast verschoven naar een ander moment op de dag. Op drukke momenten vaart men meer op gewoontes. GBdz kost tijd en bij gebrek aan tijd botst dat. Een goede routeverdeling of een extra beschikbare dienst helpt. Er is dan minder tijdsdruk en meer ruimte om naar bewoners te luisteren en aan wensen tegemoet te komen. De omvang van de zorgindicatie heeft eveneens invloed op mogelijkheden om aan wensen tegemoet te komen. In de avond is meer ruimte voor GBdz dan in de ochtend.

*“Als het qua personele bezetting zo slecht is. Dan ga ik dat soort gesprekken niet aan op zo’n moment. Dat zijn dan wel dingen die ik parkeer”. (Zorgmedewerker 8).*

Zorgmedewerkers geven aan dat bewoners altijd moeten inleveren wanneer ze in zorg zijn. Men streeft ernaar bewoners zoveel mogelijk tegemoet te komen. Bewoners hebben grotendeels, maar niet volledig de eigen regie. Met het plannen en afstemmen van zorg probeert men tot een afspraak te komen die voor beide partijen werkbaar is. Zorgmedewerkers vinden het moeilijk wanneer ze vanwege organisatorische redenen of regels tegen wensen van een bewoner moeten ingaan. Of wanneer zij zich niet aan een afspraak kunnen houden.

GBdz kan echter ook tijdswinst opleveren doordat je minder weerstand veroorzaakt bij de bewoner. Wanneer je een bewoner iets oplegt, heb je dagelijks weerstand te overbruggen.

Als je tot een compromis komt, hoop je dat die weerstand afneemt.

Duidelijke afspraken geven rust voor de bewoner en het team.

*“Alleen we moeten natuurlijk wel steeds ook rekening ermee houden dat er nog zo’n vijftig mensen op de afdeling zit. Ja, tuurlijk iedereen heeft zijn eigen behoeftes” (Zorgmedewerker 5).*

### Beperkingen doelgroep en dilemma’s

Alle zorgmedewerkers benoemen beperkingen van bewoners als belemmering om GBdz toe te passen. Cognitieve beperkingen, dementie, niet aangeboren hersenletsel, psychische of psychiatrische aandoeningen en complexe gedragsproblemen maken het lastig om tot GBdz te komen. Fysieke beperkingen zoals gehoorproblemen en ernstig somatisch lijden.

Soms is er discrepantie tussen wat professioneel gezien goed is en wat familie of bewoner goed vinden. Bepalen welke zorg juist en haalbaar is vergt veel overleg en afstemming met bewoner, familie, teamleden en disciplines. Sommige cliënten kunnen zelf geen besluit meer nemen.

Voorgaande maakt dat er soms besluiten genomen worden zonder directe betrokkenheid van de bewoner. Besluiten worden voor de bewoner genomen of er wordt in een richting gestuurd die de zorgmedewerker of familie wenselijk acht.

*“Je hebt mensen die weinig, niet meer zo betrokken zijn. Of die begrijpen de vraag niet. Je krijgt het antwoord niet. Dan doe je eigenlijk wel het besluit overnemen” (Zorgmedewerker 1).*

Bij bewoners die zich niet kunnen uiten, observeren zorgmedewerkers non-verbaal gedrag en stemmen zorgactiviteiten hierop af. Dit is niet altijd eenvoudig. Zorgmedewerkers proberen bewoners, die zich gemakkelijk schikken naar de zorg, uit te nodigen hun wensen kenbaar te maken. De bewoner niet vergeten mee te nemen in een beslissing; hoe klein ook. Men is soms al tien stappen verder. Zorgmedewerkers hebben niet de intentie de bewoner iets op te leggen.

Het is voor zorgmedewerkers lastig te bepalen waar de grens ligt tussen eigen regie en ingrijpen. Eigen regie of gebrek aan inzicht versus professionele kennis. Bij bewoners met beperkt ziekte-inzicht moeten zorgmedewerkers herhaaldelijk in gesprek; uitleggen waarom zorg nodig is. De bewoner ziet het belang niet. Dit geeft hen hoofdbrekens. Waarmee doe je het goede? Het is lastig als een bewoner er, tegen alle adviezen in, voor kiest bepaalde zorg niet te willen. Of een keuze maakt die niet bevorderlijk is voor zijn gezondheid. Zorgmedewerkers geven aan een richting op te sturen wanneer zij het gevoel hebben dat dit nodig is of een bewoner onvoldoende inzicht heeft in hetgeen ie nodig heeft.

*“Maar je zult ook vaak mensen hebben waar het lastiger bij is. Mensen die zelf geen ziekte-inzicht hebben. Die eigenlijk niet zo goed weten waar je het over hebt. Om elke keer opnieuw het gesprek aan te gaan. Uitleggen waarom bepaalde dingen moeten gebeuren”*  
(Zorgmedewerker 6).

In het proces van GBdz hebben zorgmedewerkers soms moeite een weg te zoeken wanneer het niet lukt om tot een compromis te komen. Eén zorgmedewerker omschrijft GBdz als een puzzel. Het ligt eraan wat een bewoner wil, op welke manier en of het haalbaar is. Kan de bewoner ook naar de zorgmedewerker kijken. Het moet van beide kanten passen. Het is zaak de kunst te verstaan om tot een oplossing te komen.

*“Oplossing die én in het belang van de bewoner is. Maar ook door de bewoner gedragen wordt, dat die daar wel achter kan staan. En ik ook natuurlijk. Het moet wel werkbaar zijn. Dat je uiteindelijk kunt zeggen; dit is een deal die voor ons beiden past. Zo van; Yes, dat hebben wij samen toch maar voor elkaar gekregen”* (Zorgmedewerker 4).

#### Waarden, normen en inspirerende resultaten

Als zorgmedewerker bereik je meer wanneer je open, eerlijk, en duidelijk bent. Je mag kwetsbaarheid tonen, maar ook je grenzen aangeven. Je verantwoordelijk voelen voor afspraken en ook doen wat je beloofd. Het heeft meerwaarde om besluiten te nemen met warmte en gevoel. Daarnaast is belangrijk dat je zelf achter een besluit staat.

In de zorgrelatie zijn gelijkwaardigheid, vertrouwen, respect en oog voor het belang van autonomie, waarden die bevorderend werken.

*“Eerlijkheid en duidelijkheid, er niet omheen draaien. Mensen willen graag weten waaraan en waaraf. En vervolgens wel nakomen wat je afgesproken hebt”*  
(Zorgmedewerker 4).

Een paternalistische attitude en aannames kunnen belemmerend werken. Evenals botsende waarden en normen tussen zorgmedewerker en bewoner. Verschillen hierin of andere prioriteiten. Bij de bewoner kunnen belemmerende overtuigingen een rol spelen zoals niet tot last willen zijn, voor zorgmedewerker of kinderen, of vasthouden aan eigen overtuigingen.

Het team vindt rechtvaardigheid belangrijk, men wil geen onderscheid maken tussen bewoners.

Het geeft voldoening als zorgmedewerkers in wensen en behoeften van bewoners kunnen voorzien of een compromis bereiken. Zij zouden dit zelf ook willen, het maakt hen blij. Bewoners hebben respect, zijn attenter. Voor bewoners betekent GBdz dat naar hun wensen wordt geluisterd. Zij voelen zich gewaardeerd en gesteund. Het levert een sterkere band op.

De bewoner ervaart een gevoel van zelfregie, zeggenschap en waardigheid.

*“Het gevoel van; ik tel nog mee. Ik kan meepraten en meebeslissen. Wat ik zou willen. Dat is het allerbelangrijkst”* (Zorgmedewerker 7).

#### 4.6.1 Deelconclusie

Bovenstaande resultaten geven antwoord op de deelvraag:

*“Wat is de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuis De Vloet met GBdz; en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?”*

GBdz leeft en wordt de hele dag door toegepast. Zorgmedewerkers gaan het gesprek aan en kijken naar wensen en behoeften van bewoners. Zij vinden het belangrijk om bewoners tegemoet te komen en willen vanuit hun zorghart ook graag samen bepalen hoe de zorg eruitziet. Het geeft zorgmedewerkers voldoening en energie wanneer zij overeenstemming bereiken en er tevredenheid is. Bewoners voelen zich gehoord en gesteund. Deze resultaten inspireren zorgmedewerkers om GBdz toe te passen. Een belemmering is echter de werkdruk en het gebrek aan tijd. Op drukke momenten varen zorgmedewerkers meer op gewoontes en luisteren en vragen zij minder. GBdz wordt dan uitgesteld en verschoven naar een ander moment. Het is lastig om bewoners met cognitieve, psychische en gedragsmatige beperkingen te betrekken bij GBdz en samen afstemming te vinden. De mondigheid van bewoner en familie en discrepantie tussen wensen en wat haalbaar is speelt eveneens een rol. Zorgmedewerkers moeten met veel aspecten rekening houden. De bewoner is tenslotte niet de enige.

Normen en waarden en de mate waarin zorgmedewerkers gespreksvaardigheden beheersen kunnen bevorderend of belemmerend werken. Zorgmedewerkers ervaren dilemma's bij het bepalen van de juiste zorg. Kiezen zij voor eigen regie van de bewoner of datgene wat in professioneel opzicht wenselijk is. Voorgaande betekent dat er bij GBdz soms gestuurd wordt naar een richting die de zorgmedewerker het meest wenselijk acht. Besluiten worden soms overgenomen of zonder de bewoner genomen. Zorgmedewerkers raadplegen vaak familie als een bewoner niet meer zelfstandig kan beslissen. Zij ervaren ondersteuning door overleg met elkaar en andere disciplines. Voor GBdz is samendoen een kernpunt en een belangrijke bevorderende factor.

## 5. Conclusie

In dit hoofdstuk worden de drie deelconclusies samengevoegd tot één conclusie die antwoord geeft op de hoofdvraag:

*“Hoe vindt in verzorgingshuis De Vloet GBdz door verpleegkundigen en verzorgenden plaats en hoe kan dit proces geoptimaliseerd worden”.*

In de eerste plaats kan geconcludeerd worden dat zorgmedewerkers vanuit hun zorghart de intentie hebben om persoonsgerichte zorg te verlenen en GBdz de hele dag toe te passen.

Zij zijn zich ervan bewust dat GBdz ook in kleine dingen kan zitten; naar de bewoner luisteren en er zijn. Het partnerschap; dat in de literatuur als belangrijke randvoorwaarde genoemd wordt, verwoorden zij door het kernwoord; *samendoen*. Zowel zorgmedewerkers als bewoners voelen zich gewaardeerd wanneer zij samen afstemming bereiken en er tevredenheid is.

GBdz is echter een complex proces, dat beïnvloed wordt door diverse bevorderende en belemmerende factoren. In de interviews wordt aangegeven dat een goed gesprek en het kennen van de bewoner de basis vormt. De opgebouwde vertrouwensband vergemakkelijkt het proces van GBdz. Het wordt als gemis ervaren dat kennis over het levensverhaal van de bewoner soms ontbreekt. Met meer voorkennis kunnen zorgmedewerkers beter aansluiten en beoordelen wat nodig is voor GBdz. Ook wanneer sprake is van complex gedrag.

Er worden discrepanties tussen wensen van bewoner, familie en professionele kennis benoemd. Daarnaast discrepanties tussen gebrek aan ziekte-inzicht van de bewoner versus professionele kennis. Deze discrepanties leiden tot dilemma's. Het is voor zorgmedewerkers lastig te bepalen wat hierbij het zwaarst weegt.

De mondigheid van bewoners en familie is toegenomen, hetgeen implicaties heeft voor GBdz. Zorgmedewerkers voelen zich niet altijd toegerust om hiermee om te gaan. Zorgmedewerkers werken intensief samen met collega's, familie en disciplines om de juiste zorg te bepalen en tot een oplossing/compromis te komen. Truglio-Londrigan (2013) beschrijft de onderlinge verbondenheid van dit samenwerkingsverband.

De toenemende complexiteit van de bewonerspopulatie maakt toepassing GBdz ingewikkeld. Sommige bewoners kunnen geen besluit meer nemen. De bewoner wordt niet altijd actief betrokken bij GBdz, de zorgmedewerker en/of familie bepalen soms de richting van het besluit. Zorgmedewerkers ervaren belemmeringen om bewoners met een cognitieve beperkingen te betrekken bij GBdz. Dit wordt tijdens observatie bevestigd.

Bij het toepassen van GBdz speelt communicatie een belangrijke rol. Vanuit meerdere observaties blijkt dat zorgmedewerkers keuzemogelijkheden erkennen en vervolgens bewoners een passieve keuze aanbieden. Hierbij wordt vraag op vraag gesteld. Zorgmedewerkers geven aan sneller te denken en te handelen dan de bewoner en soms niet op hetzelfde niveau te zitten. De zorgmedewerker initieert voornamelijk het gesprek, de besluiten en handelingen.

Werk- en tijddruk wordt in de dagelijkse praktijk als een belemmerende factor ervaren. Op drukke momenten en bij personeelsgebrek worden gesprekken betreffende GBdz soms uitgesteld naar een ander moment of minder toegepast. De zorgmedewerker vaart dan meer op gewoontes, waarbij minder naar de actuele behoefte van de bewoner gevraagd wordt en ook minder wordt geluisterd. Een gevoel van tekortschieten wordt beschreven.

Het nalaten van het geven van keuzemogelijkheden wordt in de onderzoeksliteratuur bevestigd. Zorgmedewerkers ervaren problemen met het aanbieden van keuzemogelijkheden vanwege tijdsdruk, (wettelijke) procedures, en het institutioneel karakter van de woonsetting (Beuscher et al, 2011).

De manier van zorgverlening en de aard van een zorgactiviteit lijkt in relatie te staan met het actief betrekken van de bewoner. GBdz wordt voornamelijk toegepast bij het aankleden en de ware maaltijd. Bij persoonsgerichte zorg is een harmonieus samenspel te zien, waar middels het aanbieden van een actieve keuzemogelijkheid GBdz plaatsvindt. Er ontbreekt voldoende kennis over het proces van GBdz. Scholing kan zorgmedewerkers ondersteunen bij het herkennen van de processen van GBdz en helpen hierin een verbeterslag aan te brengen.

## 6. Discussie

Dit hoofdstuk beschrijft de sterke en zwakke eigenschappen van het onderzoek.

### Sterke eigenschappen

Om de geldigheid van uitkomsten en resultaten te versterken is gebruik gemaakt van methodetriangulatie. Er wordt naar GBdz gekeken vanuit verschillende perspectieven (observaties en interviews) om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen over de dagelijkse praktijk (Boeije, 2016). In beide deelonderzoeken is nauwkeurig, zorgvuldig en transparant gewerkt waardoor vertekening zoveel mogelijk voorkomen is. Er is uitgebreid aandacht besteed aan de voorbereiding van alle onderzoeksparticipanten. De relatie die tijdens het onderzoek met zorgmedewerkers is opgebouwd draagt zowel bij de interviews als bij de observaties bij aan een veilig klimaat (Migchelbrink, 2018). De observaties hebben in de natuurlijke context plaats gevonden, waardoor een beeld van de werkelijkheid geschetst is.

Het meebewegen met de context kan als positief punt worden benoemd. In aanvankelijke onderzoeksopzet was gekozen voor de dataverzamelmethode focusgroep. Na afmelding van enkele teams werd weerstand ervaren. Na overleg met projectbegeleiders is alsnog gekozen voor individuele interviews.

### Zwakke eigenschappen

De volledige transcripten van de interviews zijn voorgelegd aan zorgmedewerkers. Wanneer een samenvatting van elk interview gestuurd was hadden zij gericht feedback kunnen geven op geïnterpreteerde informatie waardoor vertekening beter voorkomen was. Dit is in later stadium besproken met de projectbegeleider en besloten om zorgmedewerkers niet alsnog een samenvatting voor te leggen. Er zijn diverse andere methoden toegepast om de validiteit en betrouwbaarheid (plausibiliteit) van resultaten te vergroten; samenvatten tijdens interviews, peerreview bij data-analyse en onderzoekerstriangulatie bij interpretatie van data (Boeije, 't Hart, Hox, 2009; Cox et al., 2012).

Observatie is een grote mate van subjectiviteit (de Bil, 2015). De onderzoeker is onervaren met observatie voor onderzoek, onervarenheid kan invloed hebben op de validiteit. Het observatiekader is helpend geweest tijdens de observaties. Na de observatie zijn verhelderingsvragen gesteld. Doordat niet structureel aan zorgmedewerkers is gevraagd of zij keuzemomenten erkennen, wordt de betrouwbaarheid beïnvloed. Vanuit ethisch oogpunt heeft de onderzoeker op afstand geobserveerd, hierdoor is mogelijk niet alles geregistreerd. Videoregistratie had non-verbale communicatie beter in beeld gebracht.

Tijdens interviews hebben respondenten aangegeven dat in de avond meer tijd is voor GBdz. Vanwege haalbaarheid van het onderzoek is niet in de avond geobserveerd. Mogelijk zijn hierdoor onvoldoende gegevens om algemene conclusies te trekken.

Tijdens het onderzoek bleek dat helpenden dagelijks zorg verlenen aan bewoners met laag complexe zorg. Er zijn twee zorgmomenten geobserveerd, waarbij zij zorg verlenen. Deze gegevens hebben veel informatie opgeleverd, maar zijn niet meegenomen in het onderzoek.

Dit gegeven wordt meegenomen in de nabespreking met de opdrachtgever.

## 7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven voortkomend uit voorgaande conclusie.

### Kennis GBdz

De focus van het ontwikkelingsprogramma “De Bedoeling” ligt bij de persoonlijke ontwikkeling van zorgmedewerkers, communicatie en samenwerking met het netwerk. Deze scholing geeft zorgmedewerkers onvoldoende handvaten om GBdz toe te passen. De onderzoekers adviseren Thebe om zorgmedewerkers te versterken in hun kennis en vaardigheden over het proces van GBdz passend bij de doelgroep. Het doel van de scholing is dat zorgmedewerkers begrijpen waarom GBdz belangrijk is en weten hoe dit toe te passen.

### Scholing GBdz en Motiverende gespreksvoering

De onderzoekers geven de voorkeur aan uitgebreide scholing, waarin GBdz en meerdere aspecten van persoonsgerichte zorg behandeld worden. Het is aanvullend aan het ontwikkelingsprogramma “De Bedoeling”. Theorie betreffende kennis over GBdz, de oudere mens, zorgethiek en motiverende gespreksvoering worden behandeld. Tijdens de les zorgethiek worden normen en waarden van zowel zorgmedewerker als ouderen besproken. De theorie wordt verbonden met de praktijk. In een veilige omgeving worden vaardigheden geoefend. Het scholingsprogramma wordt afgesloten met een creatieve workshop met als thema aandacht. Hier zullen zorgmedewerkers verschillende soorten aandacht gaan beleven, waaronder de presentietheorie van Baart (2004). Een ervaring die kan worden meegenomen naar de praktijk. Enkele zorgmedewerkers worden ambassadeurs betreffende GBdz. Elkaar feedback geven en coaching on-the-job zorgt voor borging.

Indien uitgebreide scholing niet haalbaar is adviseren de onderzoekers scholing op locatieniveau betreffende het proces van GBdz in combinatie met motiverende gespreksvoering. Het combineren van deze technieken wordt benoemd als belangrijke innovatie in persoonsgerichte zorg (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016).

### Werkdruk reduceren

Onderzoekers adviseren om de werkprocessen van zorgmedewerkers zo in te richten, dat werkdruk gereduceerd wordt.

### Aanvullend praktijkonderzoek

Aanvullend onderzoek over GBdz vanuit bewonersperspectief is wenselijk. Hierdoor wordt inzichtelijk welke behoeften bewoners met beperkingen hebben betreffende GBdz. De resultaten kunnen gebruikt worden ter verbetering van het proces van GBdz binnen De Vloet. Het is aannemelijk dat aansluiten bij de wensen van bewoners betreffende GBdz leidt tot een verbetering van de cliënttevredenheid.

## Literatuurlijst

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen / Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Bertrams-van Lieshout, M., Cardiff, S., Mulder, S., Poldervaart, M. & van Vliet, C. (2018). *Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg*. TVZ, 06, 40-43.
- Beuscher, L., Durkin, D.W., Jani, V., Rahman, A., Schnelle, J. F., & Simmons, S.F. (2011). Resident-Directed Long-Term Care: Staff Provision of Choice During Morning Care. *The Gerontologist*, Vol. 51, No. 6, 867–875. doi:10.1093/geront/gnr066
- Beuscher, L., Choi, L., Durkin, D.W., Rahman, A., Schnelle, J.F. & Simmons, S.F. (2013). A controlled trial of an intervention to increase resident choice in long-term care. *NIH Public Access Author Manuscript*. 14(5): 345–351. doi:10.1016/j.jamda.2012.11.013.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek : Denken en doen*. Den Haag, Nederland: Boom Uitgevers.
- Boeije, H. 't Hart, H., Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam, Nederland: Boom onderwijs.
- Boulet, K. (2017). *Rol van de verpleegkundige*. Thebe, De Vloet. {Enquête}.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3(2), p 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Burack, O.R., Reinhardt, J.P., & Weiner, A.S. (2012). Person-Centered Care and Elder Choice: A Look at Implementation and Sustainability. *Clinical Gerontologist*, 35, 390–403. doi: 10.1080/07317115.2012.702649
- Cardiff, S. (2012). *Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke, 2006*. Geraadpleegd op: [https://elo.fontys.nl/CMS/Studie/Materialen%20per%20opleiding/02%20FHV/HBO-V/Afstudeeronderzoek/PROT7\\_T8/workshops/Thematische%20analyse%20van%20kwalitatieve%20data%20120920.pdf?tssp\\_sco=1](https://elo.fontys.nl/CMS/Studie/Materialen%20per%20opleiding/02%20FHV/HBO-V/Afstudeeronderzoek/PROT7_T8/workshops/Thematische%20analyse%20van%20kwalitatieve%20data%20120920.pdf?tssp_sco=1)
- Cardiff, S., Glazenborg, D., & Kusters, M. (2017). *Leergemeenschap: Gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse zorg*. Workshop 29 juni 2017. [PowerPoint slides]. Geraadpleegd op Fontys, School of People and Health Studies.

- Celestin, L.P. & Celestin-Westreich, S. (2012). *Observeren en Rapporteren. 2<sup>e</sup> editie*. Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux bv.
- Cook, G. (2010). Ensuring older residents retain their unique identity care analyse. *Nursing & Residential Care*, Vol 12, No 6, 290-293.
- Cox, K., de Louw, D.C.P., Kuiper, C., & Verhoef, J. (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en toepassing*. Den Haag, Nederland: Uitgeverij Lemma.
- Cox, K., de Louw, D.C.P., Kuiper, C., & Verhoef, J. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en toepassing*. Den Haag, Nederland: Uitgeverij Boom Lemma.
- de Bil, P. (2015). *Observeren, registreren, rapporteren en interpreteren*. Amersfoort, Nederland: Uitgeverij Boom/Nelissen.
- de Boer, M., Delmee, L., Pel-Littel, R. & van de Pol, M. (2018). *Samen beslissen met kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/infographic-samen-beslissen-kwetsbare-ouderen.pdf>
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Florin, J. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2935–2944. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02328.x
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen!* Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Fjordside, S. & Morville, A. (2016). Factors influencing older peoples experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 11, 284–297. doi: 10.1111/opn.12116
- Fontys. (2017). *PROT5. Format overzicht gevonden artikelen*. Geraadpleegd op [https://elo.fontys.nl/Pages/ViewItem.aspx?orgItemId=29332153&tssp\\_sco=0](https://elo.fontys.nl/Pages/ViewItem.aspx?orgItemId=29332153&tssp_sco=0)

- Fridlund, B., Johansson, P., & Oleni, M. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16, 337-344. Opgehaald van <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.fontys.nl/doi/epdf/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x>
- de Graaff, F., Eefsting, J., Groen - van de Ven, L., Jukema, J., Smits, C., Span, M. & Vernooij-Dassen, M. (2017). Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: a qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. *BMJ Open* 2017;0:e018337. doi:10.1136/bmjopen-2017-018337
- Guttormsen Vinsnens, A. & Norheim, A. (2012) Factors that influence patient involvement in nursing homes: staff experiences. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* 3/2012. PUBL. No. 105, Vol. 32 No. 1, 42-46.
- Jansen, G.J., & Jansen, W.S. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort, Nederland: Thieme Meulenhof.
- Larsson, G., Starrin, B. & Wilde Larsson, B. (1999). Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, 7, 133-139. Geraadpleegd op <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.fontys.nl/doi/epdf/10.1046/j.1365-2834.1999.00121.x>
- Kuiper, C., Munten, G., Verhoef, J. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.
- Meinema, T. (2017) Dossier *Wat werkt bij eigen regie?* Geraadpleegd op [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Publicatie-wat-werkt-bij-eigen-regie%20\[MOV-13463706-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Publicatie-wat-werkt-bij-eigen-regie%20[MOV-13463706-1.0].pdf)
- Migchelbrink, F. (2018). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Mitchell, E. A., & McCance, T. (2012). Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: an analysis using the Authentic Consciousness. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 95-104. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x
- Murphy J. & Oliver. T. (2013). The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together. *Health and Social Care in the Community*, 21(2), 171-180. doi: 10.1111/hsc.12005

- Oosterveld-Vlug, M.G., Pasman, H. R.W., van Gennip, I.E., Muller, M.T., Willems, D.L., & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 97–106. doi: 10.1111/jan.12171
- Pel-Littel, R., & van Veenendaal, H. (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*, 31, 611–621. Geraadpleegd op DOI: 10.1007/s12414-015-0074-5
- Polit, D.F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing research. Methods, Appraisal, and Utilisation*. Philadelphia, United States of America: Lippincott Williams & Wilkins
- Raats, I. (2017). *Handleiding focusgroepen. Een praktische handleiding voor de organisatie, begeleiding en analyse van focusgroepen*. Geraadpleegd op <http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/Handleiding%20Focusgroepen%202017%20nov.pdf>
- Reulink, N., Lindeman, L. (2005). *Kwalitatief onderzoek. Participerende observatie, Documentanalyse, Interviewen. Dictaat kwalitatief onderzoek. College 23 november 2005*. Geraadpleegd op [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2\\_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)
- Simmons, S.F., Durkin, D.W., Rahman, A.N., Schnelle, J.F., & Beuscher, L. (2014). The value of resident choice during daily care: Do staff and families differ? *J Appl Gerontol.*; 33(6): 655–671. doi:10.1177/0733464812454010.
- Thebe. (n.d.). Samen veranderen we onze zorg: Zelfbewust voorop in de veranderingen [Visiedocument]. Geraadpleegd op <https://www.thebe.nl/media/1780/visie-thebesamen-veranderen-we-onze-zorg.pdf>
- Thebe. (n.d.). *Wonen bij Thebe*. Geraadpleegd op <https://www.thebe.nl/wonen-bij-thebe/>
- Timmers-Huigens, D. (2011). *Observeren en rapperteren in de zorg- en hulpverlening*. Deventer, Nederland: Van Tricht uitgeverij
- Truglio-Londrigan, M. (2013). Shared decision-making in home-care from the nurse's perspective: sitting at the kitchen table – a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2883–2895. doi: 10.1111/jocn.12075
- Vaismoradi, M., Wang, I.-L., Turunen, H. & Bondas, T. (2016). Older people's experiences of care in nursing homes: a meta-synthesis. *International Nursing Review*, 63, 111–121.
- van de Sande, J.P. (1999). *Gedragsobservatie. Een inleiding tot systematisch observeren*. Groningen, Nederland: Martinus Nijhoff.

- Van Lanen, M. (2010). Inductief én deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek: het geheel is meer dan de delen. *Kwalon*, 15(1), 36-42. Geraadpleegd op [https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel\\_pdf.php?id=KW-15-1-8](https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=KW-15-1-8)
- Vermeulen, H. Ubink, D.T. (2009). *Vakliteratuur onder de loep; een praktische handleiding om wetenschappelijke literatuur kritisch te beoordelen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag, Nederland: Boom uitgevers Amsterdam.

Tabel 5.

Voorbeelden van GBdz zorgmomenten.

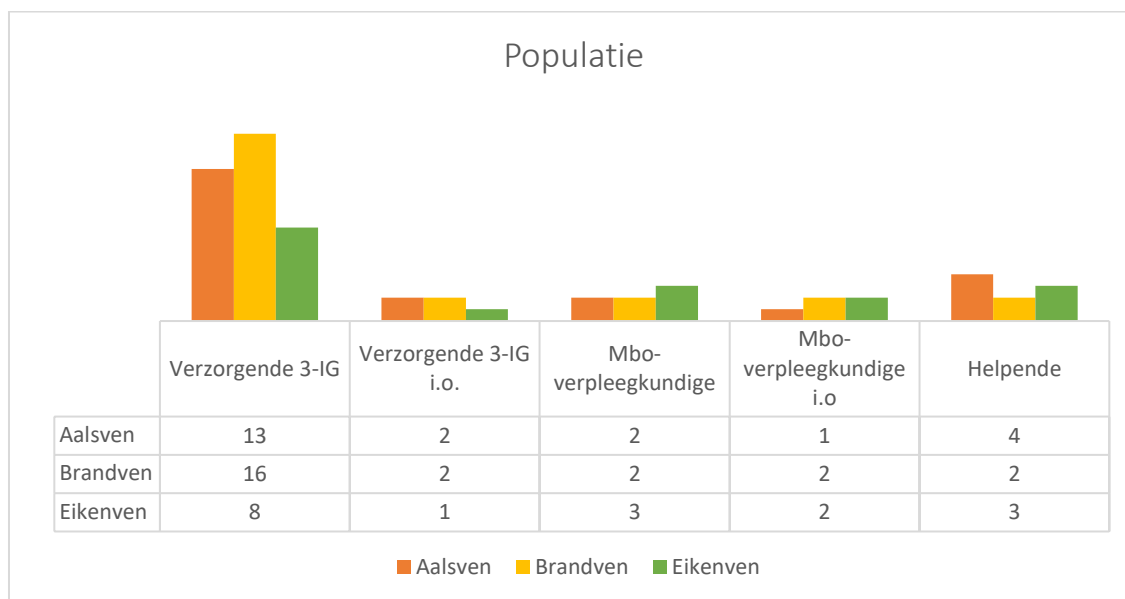
**Voorbeelden van zorgmomenten waarin besluiten genomen worden door: de zorgverlener, zorgvrager, in gezamenlijkheid:**

|                        |                                   |                                                                         |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Eten *                 | Anderen (disciplines) inschakelen | Ontslag                                                                 |
| Wassen *               | Planning/route (in de wijk)       | Overdracht *                                                            |
| Aankleden *            | Hulpmiddelen (gebruik/aanschaf)   | Inrichting omgeving<br>(gordijnen;<br>temperatuur; radio;<br>stoel enz) |
| Toiletgang *           | De zorgverlener (wie?)            |                                                                         |
| Medicatie-toediening * | Inlichten familie *               | <u>BehandelPlanOverleg</u><br>(interventies i.o.m.<br>cliënt & naasten) |
| Wondzorg *             | (Thuis)zorg uitbreiden *          |                                                                         |
| Mobiliseren *          | Dagbesteding *                    |                                                                         |
| Slapen *               | Converseren (ja/nee, over ...?)   |                                                                         |



Kusters, Glazenborg & Cardiff (2017). Workshop. Leergemeenschap: Gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse zorg. Persoonlijke communicatie, maart 2018.

## Bijlage 2. Samenstelling populatie zorgmedewerkers Verzorgingshuis De Vloet



*Figuur 1.* Samenstelling zorgmedewerkers verzorgingshuis. November 2018. Herdrukt van Thebe De Vloet. Persoonlijke communicatie, november 2018.

### Bijlage 3. Cliënttevredenheid bewoners verzorgingshuis De Vloet

Tabel 6.

Waardering van niet tevreden bewoners verzorgingshuis De Vloet over enkele aspecten van zorg.

Is er voldoende aandacht voor wat u nodig heeft op het gebied van zorg?

| Waardering          | Aalsven | Brandven | Eikenven | Aantal bewoners |   |   |
|---------------------|---------|----------|----------|-----------------|---|---|
| Slecht              | 0%      | 0%       | 6%       | 0               | 0 | 1 |
| Matig               | 6%      | 10%      | 17%      | 1               | 2 | 3 |
| Aantal respondenten | 17      | 21       | 18       | 56              |   |   |

Kunt u invloed uitoefenen op wat u samen afstemt op het gebied van zorg?

| Waardering          | Aalsven | Brandven | Eikenven | Aantal bewoners |   |   |
|---------------------|---------|----------|----------|-----------------|---|---|
| Slecht              | 0%      | 5%       | 0%       | 0               | 1 | 0 |
| Matig               | 12%     | 14%      | 17%      | 2               | 3 | 3 |
| Aantal respondenten | 17      | 21       | 18       | 56              |   |   |

Bent u tevreden over de manier waarop er met afspraken/richtlijnen die met u zijn gemaakt wordt omgegaan op het gebied van zorg?

| Waardering          | Aalsven | Brandven | Eikenven | Aantal bewoners |   |   |
|---------------------|---------|----------|----------|-----------------|---|---|
| Slecht              | 0%      | 5%       | 0%       | 0               | 1 | 0 |
| Matig               | 12%     | 14%      | 17%      | 2               | 3 | 3 |
| Aantal respondenten | 17      | 21       | 18       | 56              |   |   |

Thebe (mei 2017). Cliënttevredenheidsonderzoek mei 2017 Locatie De Vloet. Mei 2017.

Herdruckt van Thebe De Vloet. Persoonlijke communicatie, november 2018.

## Bijlage 4. Weergave zoekresultaten

Tabel 7.

Zoekresultaten PubMed.

| Zoektermen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hits             | Criteria                                                                                     | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zoekstrategie 1<br>Decision making (MeSH) OR<br>Shared decision making<br>(Title/Abstract) AND Nursing care<br>(Title/Abstract) OR<br>Nursing Care (Mesh)<br>OR Nursing (Mesh)<br>OR Nursing (Subheading)                                                                                                                   | 109              | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Beuscher, L., Durkin, D.W.,<br>Jani, V., Rahman, A., Schnelle, J.F.<br>& Simmons, S.F. (2011).<br>Resident-Directed Long-Term Care: Staff<br>Provision of Choice During Morning Care.<br><i>The Gerontologist</i> , Vol. 51, No. 6, 867–875.<br>doi:10.1093/geront/gnr066                                                                                              |
| Zoekstrategie 5<br>Home Nursing (Mesh) OR<br>Home Care Services (Mesh)<br>OR home care (Title/Abstract)<br>AND Decision making<br>(MeSH Terms) OR<br>Shared decision making<br>(Title/Abstract)                                                                                                                             | 56               | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Fjordside, S. & Morville, A. (2016).<br>Factors influencing older people's<br>experiences of participation in autonomous<br>decisions concerning their daily care in their<br>own homes: a review of the literature.<br><i>International Journal of Older People<br/>Nursing</i> , 11, 284–297. doi:<br>10.1111/opn.12116 .                                            |
| Zoekstrategie 2<br>Residential Facilities (Mesh)<br>OR Inpatients (Mesh) OR<br>Homes for the Aged (Mesh)<br>OR Housing for the Elderly (Mesh)<br>OR Residential (All Fields)<br>AND care (Title/Abstract)<br>OR (Inpatients (Title/Abstract)<br>AND Decision making (MeSH)<br>OR Shared decision making<br>(Title/Abstract) | 136              | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Simmons, S.F., Durkin, D.W., Rahman, A.N.,<br>Schnelle, J.F., & Beuscher, L. (2014).<br>The value of resident choice during daily<br>care: Do staff and families differ? <i>J Appl.<br/>Gerontol.</i> ; 33(6): 655–671.<br>doi:10.1177/0733464812454010.                                                                                                               |
| Gevonden in<br>Zoekstrategie 1 en 2                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1: 109<br>2: 136 | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Groen - van de Ven, L., Smits, C., de Graaff,<br>F., Span, M., Eefsting, J., Jukema, J., &<br>Vernooij-Dassen, M. (2017).<br>Involvement of people with dementia in<br>making decisions about their lives: a<br>qualitative study that appraises shared<br>decision-making concerning daycare. <i>BMJ<br/>Open</i> 2017;0:e018337. doi:10.1136/<br>bmjopen-2017-018337 |
| Zoekstrategie 7<br>Nurse-Patient Relations<br>(Mesh) AND<br>Decision making<br>(MeSH Terms)<br>OR Shared decision making<br>(Title/Abstract)                                                                                                                                                                                | 14               | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Mitchell, E. A., & McCance, T. (2012).<br>Nurse–patient encounters in the hospital<br>ward, from the perspectives of older<br>persons: an analysis using the Authentic<br>Consciousness. <i>International Journal of<br/>Older People Nursing</i> , 7, 95-104. doi:<br>10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x                                                                |

### Zoekresultaten Cinahl.

Praktijkonderzoek Gedeelde Besluitvorming in de Dagelijkse Zorg

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Gevonden in:<br/>Zoekstrategie 2, 4 en 6.</p> <p>Zoekstrategie 4<br/>Person centered care (keyword) OR<br/>Person centred care (keyword) OR<br/>Person centered care (Abstract) OR Person centred care (Abstract) AND<br/>MH Decision Making, Patient OR MH Decision Making OR Shared decision making (keyword)</p> | 88 | <p>Publicatiejaar: 2008-2018</p> <p>Free full text</p> <p>Age &gt;45 and over</p> | <p>Murphy J. &amp; Oliver. T. (2013).<br/>The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together. Health and Social Care in the Community, 21(2), 171–180<br/>doi: 10.1111/hsc.12005</p> |
| <p>Zoekstrategie 6<br/>Daily care (keyword) OR<br/>Daily care (Abstract) AND<br/>MH Decision Making, Patient OR MH Decision Making OR Shared decision making (keyword)</p>                                                                                                                                             | 76 |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |

Tabel 9.

Zoekresultaten via Sneeuwbal methode.

| Zoektermen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hits | Criteria                                                                                     | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zoekstrategie 6 PubMed<br>Decision making (MeSH)<br>OR Shared decision making<br>(Title/Abstract) AND<br>daily care (Title/Abstract)                                                                                                                                                                                               | 7    | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Vaismoradi, M., Wang, I.-L., Turunen, H. & Bondas, T. (2016).<br>Older people's experiences of care in nursing homes: a meta-synthesis. <i>International Nursing Review</i> , 63, 111–121.                                                                                                                          |
| Zoekstrategie 2 PubMed<br>Residential Facilities (Mesh)<br>OR Inpatients (Mesh) OR<br>Homes for the Aged (Mesh)<br>OR Housing for the Elderly (Mesh)<br>OR Residential (All Fields)<br>AND care (Title/Abstract)<br>OR (Inpatients (Title/Abstract)<br>AND Decision making (MeSH)<br>OR Shared decision making<br>(Title/Abstract) | 136  | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Oosterveld-Vlug, M.G., Pasman, H. R.W., van Gennip, I.E., Muller, M.T., Willems, D.L., & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 70(1), 97–106. doi: 10.1111/jan.12171 |
| Zoekstrategie 1 PubMed<br>Decision making (MeSH) OR<br>Shared decision making<br>(Title/Abstract) AND Nursing care<br>(Title/Abstract) OR<br>Nursing Care (Mesh)<br>OR Nursing (Mesh)<br>OR Nursing (Subheading)                                                                                                                   | 109  | Publicatiejaar:<br>2008-2018<br><br>Free full text<br><br>English<br><br>Age >45 and<br>over | Beuscher, L., Choi, L., Durkin, D.W., Rahman, A., Schnelle, J.F. & Simmons, S.F. (2013). A controlled trial of an intervention to increase resident choice in long-term care. <i>NIH Public Access Author Manuscript</i> . 14(5): 345–351. doi:10.1016/j.jamda.2012.11.013.                                         |

Tabel 10.

Zoekresultaten geraadpleegde deskundigen

| Naam expert | Resultaten                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cardiff, S. | Truglio-Londrigan, M. (2013). Shared decision-making in home-care from the nurse's perspective: sitting at the kitchen table – a qualitative descriptive study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 2883–2895. doi: 10.1111/jocn.12075 |
| Cardiff, S. | Bertrams-van Lieshout, M., Cardiff, S., Mulder, S., Poldervaart, M. & van Vliet, C. (2018). <i>Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg</i> . TVZ, 06, 40-43.                                                                          |

## Bijlage 5. Geïnccludeerde artikelen literatuuronderzoek

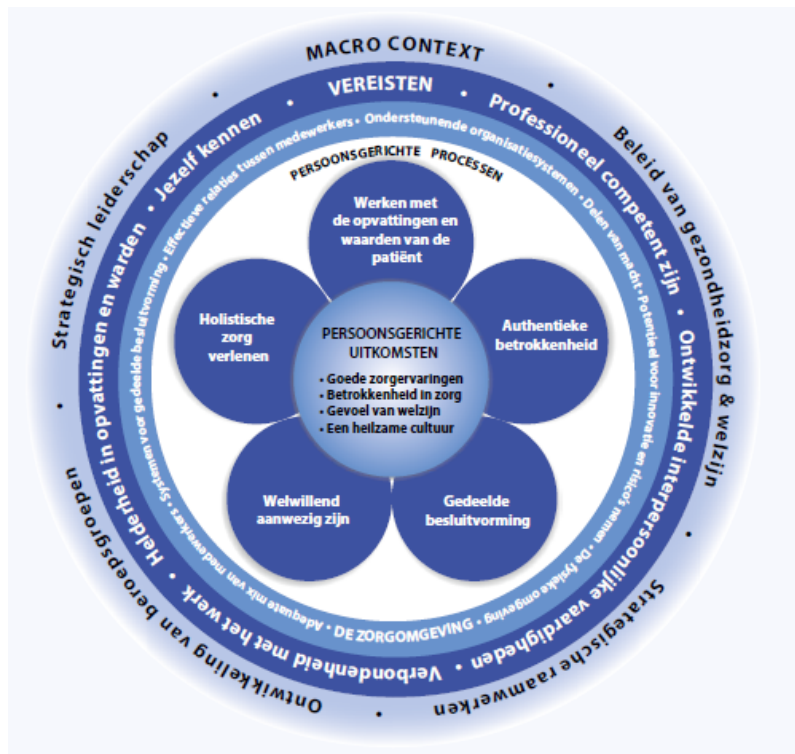
Tabel 11.

Geïnccludeerde artikelen literatuuronderzoek.

| Auteur                                                                                                      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                           | Jaartal | Soort artikel                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------|
| Bertrams-van Lieshout, M., Cardiff, S., Mulder, S., Poldervaart, M. & van Vliet, C.                         | Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. TVZ, 06, 40-43.                                                                                                                                                                                                  | 2018    | Beschrijvend                                           |
| Beuscher, L., Durkin, D.W., Jani, V., Rahman, A., Schnelle, J.F. & Simmons, S.F.                            | Resident-Directed Long-Term Care: Staff Provision of Choice During Morning Care.<br><i>The Gerontologist</i> , Vol. 51, No. 6, 867–875. doi:10.1093/geront/gnr066                                                                                               | 2011    | Observatie-onderzoek                                   |
| Beuscher, L., Choi, L., Durkin, D.W., Rahman, A., Schnelle, J.F. & Simmons, S.F.                            | A controlled trial of an intervention to increase resident choice in long-term care. <i>NIH Public Access Author Manuscript</i> . 14(5): 345–351. doi:10.1016/j.jamda.2012.11.013.                                                                              | 2013    | Controlled trial                                       |
| Burack, O.R., Reinhardt, J.P., & Weiner, A.S.                                                               | Person-Centered Care and Elder Choice: A Look at Implementation and Sustainability. <i>Clinical Gerontologist</i> , 35, 390–403. doi: 10.1080/07317115.2012.702649                                                                                              | 2012    | Longitudinal study                                     |
| Cook, G.                                                                                                    | Ensuring older residents retain their unique identity. Care Analysis. <i>Nursing &amp; Residential Care</i> , 12 (6), 290-293.                                                                                                                                  | 2010    | Beschrijvend artikel                                   |
| Fjordside, S. & Morville, A.                                                                                | Factors influencing older people's experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature. <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 11, 284–297. doi: 10.1111/opn.12116. | 2016    | Kwalitatief beschrijvend                               |
| Groen - van de Ven, L., Smits, C., de Graaff, F., Span, M., Eefsting, J., Jukema, J., & Vernooij-Dassen, M. | Involvement of people with dementia in making decisions about their lives: a qualitative study that appraises shared decision-making concerning daycare. <i>BMJ Open</i> 2017;0:e018337. doi:10.1136/bmjopen-2017-018337                                        | 2017    | Qualitative prospective Multi perspective design study |
| Guttormsen Vinsnes, A. & Norheim, A.                                                                        | <i>Factors that influence patient involvement in nursing homes: staff experiences</i> . Vård i Norden 3/2012. PUBL. No. 105, Vol. 32 No. 1, 42-46.                                                                                                              | 2012    | Kwalitatief beschrijvend                               |

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------|
| Mitchell, E. A., & McCance, T.                                                                                     | Nurse–patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: an analysis using the Authentic Consciousness. <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 7, 95–104. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x | 2012 | Secondary analysis<br><br>Kwalitatief beschrijvend |
| Murphy J. & Oliver. T.                                                                                             | The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together. <i>Health and Social Care in the Community</i> , 21(2), 171–180<br>doi: 10.1111/hsc.12005                                                | 2013 | Kwalitatief beschrijvend<br><br>Deels kwantitatief |
| Oosterveld-Vlug, M.G., Pasman, H. R.W., van Gennip, I.E., Muller, M.T., Willems, D.L., & Onwuteaka-Philipsen, B.D. | Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 70(1), 97–106.<br>doi: 10.1111/jan.12171                                                   | 2013 | Kwalitatief beschrijvend                           |
| Simmons, S.F., Durkin, D.W., Rahman, A.N., Schnelle, J.F. & Beuscher, L.                                           | The value of resident choice during daily care: Do staff and families differ? <i>J Appl Gerontol.</i> ; 33(6): 655–671.<br>doi:10.1177/0733464812454010.                                                                                      | 2014 | Kwalitatief beschrijvend<br>Deels kwantitatief     |
| Truglio-Londrigan, M.                                                                                              | Shared decision-making in home-care from the nurse’s perspective: sitting at the kitchen table – a qualitative descriptive study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 2883–2895. doi: 10.1111/jocn.12075                                 | 2012 | Kwalitatief beschrijvend                           |
| Vaismoradi, M., Wang, I.-L., Turunen, H. & Bondas, T.                                                              | Older people’s experiences of care in nursing homes: a meta-synthesis. <i>International Nursing Review</i> , 63, 111–121.                                                                                                                     | 2016 | Meta-synthesis                                     |

Bijlage 6. Person-Centred Practice Framework en Raamwerk GBdz.



Figuur 3. Nederlandstalige versie van het Person-Centred Practice Framework.

Reprinted from Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. Bertrams-van Lieshout, M. et al., 2018, 06, 41.



Figuur 4. Raamwerk GBdz.

Reprinted from Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. Bertrams-van Lieshout, M. et al., 2018, 06, 42.

## Bijlage 7. Observatieformulier

Datum:

Tijd:

|                                       |                                                                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Achtergrondinformatie over observatie | Fysieke setting:                                                                     |
|                                       | Participanten:                                                                       |
|                                       | Aard van de situatie/ contact:                                                       |
|                                       | Vooraf toestemming gevraagd voor het observeren en gebruiken observatiedata: ja/ nee |
| Pre-observatie reflecties:            |                                                                                      |
| Topics:                               |                                                                                      |

| Wat ik hoorde, rook en zag (meer objectieve observaties) | Wat ik voelde en dacht - interpretaties (meer subjectieve observaties) |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                                          |                                                                        |

Post-observatie reflecties:

(Wat vond ik van deze situatie; betreffende gedeelde besluitvorming? Welke elementen heb ik wel en niet kunnen identificeren? Waar wil ik me een volgende keer meer op gaan richten? In hoeverre heeft mijn aanwezigheid de echtheid van de situatie beïnvloed en waaruit merkte ik dat op? Wat ging goed en minder goed bij het observeren?)

Vragen voor betrokkenen (bereid deze voor en zorg ervoor dat er geen waardeoordeel in de vraagstelling verweven zit):

(Bijv. voor zorgverlener: Ik zag..... Zou je me kunnen vertellen waarom je dat deed? Bijv. voor zorgvrager: Wat vond u van de manier waarop X met u omging op het moment dat...?)

Kort verslag gesprek/interview nadien:

## Bijlage 8. Samengesteld observatiekader

Datum:

Tijd:

|                                                                                                                       |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Achtergrondinformatie over observatie                                                                                 | Setting:                                                                                |
|                                                                                                                       | Participanten:                                                                          |
|                                                                                                                       | Aard van situatie:                                                                      |
|                                                                                                                       | Vooraf toestemming gevraagd voor het observeren en gebruik observatiedata <b>JA/NEE</b> |
| Kennen                                                                                                                |                                                                                         |
| Erkennen                                                                                                              |                                                                                         |
| Verkennen                                                                                                             |                                                                                         |
| Besluiten                                                                                                             |                                                                                         |
| Handelen                                                                                                              |                                                                                         |
| Evalueren                                                                                                             |                                                                                         |
|                                                                                                                       |                                                                                         |
| <b>Actieve keuze:</b><br><br>“Wilt u nu opstaan of na het ontbijt?”                                                   |                                                                                         |
| <b>Passieve keuze;</b><br>Routinematige zorg: voordat de bewoner antwoord geeft.<br>“Het is tijd om op te staan, ok?” |                                                                                         |

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| Geen keuze                                                   |  |
| Zorgen zonder gesprek                                        |  |
| Informereren over de geboden zorg; zonder keuzemogelijkheden |  |
|                                                              |  |
|                                                              |  |

| Wat ik hoorde, rook en zag (meer objectieve observaties)                                                                                                                                                                                                                                                                          | Wat ik voelde en dacht - interpretaties (meer subjectieve observaties) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Vragen voor betrokkenen (bereid deze voor en zorg ervoor dat er geen waardeoordeel in de vraagstelling verweven zit):</b><br/> <i>(Bijv. voor zorgverlener: Ik zag..... Zou je me kunnen vertellen waarom je dat deed? Bijv. voor zorgvrager: Wat vond u van de manier waarop X met u omging op het moment dat...?)</i></p> |                                                                        |

## Bijlage 9. Informatie mail naar afdelingen

D.D. 2 mei 2018

Beste collega's,

Deze mail stuur ik ook namens mijn studiemaatje Lisette Donders. Lisette werkt als wijkverpleegkundige bij het St. Annaklooster in Eindhoven.

Het eind van onze opleiding tot HBO-verpleegkundige is in zicht. Februari 2019 hopen wij onze handtekening op het diploma te mogen zetten. Maar zover is het nog niet! Wij zijn nu aan het afstuderen en willen een praktijkonderzoek in het verzorgingshuis van De Vloet doen. Dit kunnen wij niet alleen en hebben hierbij jullie hulp hard nodig!

Het onderzoek gaat over gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg. Met andere woorden; tijdens de dagelijkse zorg samen tot een besluit komen. "Nou, hoor ik jullie denken: dit doen wij toch al, is daar onderzoek voor nodig?" Het is goed om te weten dat uit onderzoek blijkt dat tevredenheid over de zorg toeneemt als gedeelde besluitvorming goed verloopt. Voor zowel de bewoners als voor de zorgmedewerker. De moeite waard om te kijken hoe het nu gaat en wat je nodig hebt om het beter te laten verlopen.

Hiervoor ga ik (Karin) bij verschillende zorgmomenten observeren. Daarnaast willen wij graag met jullie in gesprek. Tijdens een groepsgesprek kunnen ervaringen met elkaar gedeeld worden en kan de verdieping gezocht worden in het onderwerp. Wij zullen deze gesprekken samen begeleiden.

In de bijlage wordt uitleg gegeven met betrekking tot het onderwerp en de groepsgesprekken.

Wij hebben er zin in en hopen op een fijne samenwerking!

Groetjes, Lisette en Karin

## Bijlage mail

In 2016 heeft Thebe de vernieuwde visie De Bedoeling bekend gemaakt. Werken volgens De Bedoeling is een andere manier van zorgen voor de bewoner. Vroeger waren wij gewend om te zorgen **voor de bewoner**. Meestal gebeurde het, zoals wij dachten wat goed was. De bewoner werd niet echt betrokken bij de zorg en schikte zich naar het handelen van de zorgmedewerker.

De tijd dat de zorgmedewerker bepaalde wat goed is, lijkt definitief verleden tijd. Tussen de twee uitersten – de zorgmedewerker bepaald enerzijds en de bewoner bepaald anderzijds – bevindt zich (het principe van) **gedeelde besluitvorming**. Bij gedeelde besluitvorming wordt tijdens een gesprek de kennis van de zorgmedewerker én de kennis die de bewoner over zichzelf heeft op een gelijkwaardige manier besproken. Om op deze manier te komen tot een gezamenlijk besluit.

Het kan gaan om grote en ingrijpende zaken, maar het is ook aan de orde bij alledaagse zorgbeslissingen. Een goed besluit kan niet zonder de inbreng van de bewoner genomen worden. Daarvoor moeten bewoners worden uitgenodigd om te vertellen wat belangrijk is in hun leven en welke wensen en zorgen zij hebben. Wij, als zorgmedewerkers kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Wij zijn benieuwd naar wat jullie ervaring is met dit onderwerp. Wat vinden jullie ervan, hoe gaat dit in de dagelijkse praktijk. Wat is makkelijk en wat is lastig of waar loop je soms tegenaan tijdens de zorg.

Daarom willen wij jullie uitnodigen om met elkaar in gesprek te gaan over **Gedeelde besluitvorming tijdens de dagelijkse zorg**. In overleg met Wilma willen wij het volgende voorstellen;

De gesprekken worden gehouden tijdens het teamoverleg in de maand juni en juli. Dit betekent dat het teamoverleg anders ingedeeld wordt.

\*Gediplomeerde verzorgende IG en verpleegkundigen nemen deel aan het groepsgesprek.

\*Het groepsgesprek duurt 1,5 uur.

\*Voorafgaand of na het groepsgesprek heb je nog één uur om afdelings-gerelateerde zaken te bespreken. Tijdens dit uur is zoals altijd iedereen van het team aanwezig.

\*De tijd, voor zowel het groepsgesprek als het teamoverleg kan gedeclareerd worden.

\*De groepsgesprekken worden gehouden op: 19 juni (Eikenven), 28 juni (Aalsven), 3 juli (Brandven).

We horen heel graag van jullie en kijken er naar uit om met elkaar in gesprek te gaan!

(Wij stellen het zeer op prijs om snel jullie reactie te horen en hoeveel gediplomeerde verzorgenden en verpleegkundigen aanwezig kunnen zijn)

Met vriendelijke groet, Lisette en Karin

Informatiebrief observaties onderzoek Gedeelde besluitvorming

6 september 2018

---

## Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg

---

Beste deelnemers van het onderzoek gedeelde besluitvorming,

Wij waarderen het enorm dat jullie ondanks de vakantiedrukke bereid zijn geweest om jullie ervaringen met ons te delen. Het zijn mooie en inspirerende gesprekken geweest.

Wij starten 13 september met het 2<sup>e</sup> gedeelte van ons onderzoek; observaties tijdens dagelijkse zorg.

- Per afdeling drie á vier zorgmomenten.
- Er worden geluidsopnames gemaakt.
- De observaties zullen evenals de interviews volledig anoniem verwerkt worden.
- Direct na het zorgmoment zal de observator enkele vragen stellen; dit kost maximaal tien minuten.

Mocht één van jullie na deze uitleg besluiten niet deel te willen nemen dan horen we dat graag, zodat hiermee rekening gehouden kan worden.

Wanneer er nog vragen zijn, neem dan contact met ons op.

Daarnaast horen we graag wie van jullie bereid is om in september deel te nemen aan de laatst benodigde interviews. Laat even weten wanneer je hiervoor open staat, dan nemen we contact met je op om het interview te plannen.

Deelnemers worden op de observatie dag gevraagd bijgesloten toestemmingsformulier (informed consent) in te vullen (zie bijlage).

Wij hopen dat we jullie voor nu voldoende op de hoogte gebracht hebben.  
Alvast bedankt voor jullie medewerking.

Met vriendelijke groet,

Karin van Bijnen- Boulet en Lisette Donders.



[Lisette.donders@student.fontys.nl](mailto:Lisette.donders@student.fontys.nl)  
06-13477059



[Karin.van.Bijnen@thebe.nl](mailto:Karin.van.Bijnen@thebe.nl)  
06-36165297

---

### *Toestemmingsverklaring deelname observatie*

---

Onderzoek "Gedeelde besluitvorming tijdens de dagelijkse zorg."  
Deelonderzoek uitgevoerd door Karin Boulet.

---

In te vullen door de medewerker:

Ik heb de informatiemail, bijlage met uitleg over het onderzoek en de brief voor medewerkers gelezen. Ik heb gelegenheid gehad aanvullende vragen stellen. De vragen die ik had zijn in voldoende mate beantwoord. Er was voldoende tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat deelnemen aan het onderzoek vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Hiervoor hoef ik geen reden op te geven.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken ten behoeve van dit onderzoek. Ik ben mij ervan bewust dat mijn gegevens anoniem blijven en er geluidsopnamen worden gemaakt van de observatie.

Ik geef toestemming om de onderzoeksgegevens maximaal één jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek en deelnemen aan de observaties: Ja / Nee.

Naam medewerker: .....

Leeftijd: .....

Geslacht: M / V\*

Functie: Verpleegkundige / Verzorgende IG

Gediplomeerd: Ja / Nee

Aantal jaren werkervaring: .....

\* s.v.p. aangeven hetgeen van toepassing is.

Datum:

Handtekening:

---

In te vullen door de onderzoeker:

Ik heb de medewerker mondeling en schriftelijk voldoende geïnformeerd over het onderzoek. Eventuele vragen zijn zoveel mogelijk beantwoordt. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer om ga met de beschikbaar gestelde gegevens.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

---

## Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg

---

Beste meneer of mevrouw,

In het kader van onze opleiding tot HBO verpleegkundige zijn wij voor De Vloet bezig met een praktijkonderzoek. Wij onderzoeken hoe tijdens de dagelijkse zorg de besluiten tussen u en de zorgmedewerker worden genomen.

We willen u graag om uw medewerking vragen. In deze brief leggen we kort uit, wat dit voor u betekent. We hebben hiervoor observaties nodig van zorgmomenten.

De zorgverlener ondersteunt u bij de zorg u zoals u gewend bent. De onderzoeker, is hierbij aanwezig en kijkt hoe dit verloopt. Er wordt hierbij uiteraard rekening gehouden met uw privacy. Van het gesprek worden geluidsopnames gemaakt. De gegevens worden anoniem verwerkt.

Het is geen verplichting om deel te nemen aan het onderzoek. Het is wel wenselijk dat er voldoende deelnemers zijn om een goed beeld te kunnen schetsen. De gegevens die uit het onderzoek naar voren komen worden gebruikt om de zorgverlening aan de bewoners te verbeteren.

Aan de deelnemers wordt na de observatie gevraagd bijgesloten toestemmingsformulier (informed consent) in te vullen.

Mocht u vragen hebben, mag u altijd contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

Karin van Bijnen- Boulet en Lisette Donders.



[Lisette.donders@student.fontys.nl](mailto:Lisette.donders@student.fontys.nl)  
06-13477059



[Karin.van.Bijnen@thebe.nl](mailto:Karin.van.Bijnen@thebe.nl)  
06-36165297

---

### *Toestemmingsverklaring deelname observatie*

---

Onderzoek "Gedeelde besluitvorming tijdens de dagelijkse zorg."  
Deelonderzoek uitgevoerd door Karin Boulet.

---

In te vullen door de bewoner:

Ik heb de informatiebrief gelezen en mondelinge uitleg gekregen over het onderzoek. Ik heb gelegenheid gehad aanvullende vragen stellen. De vragen die ik had zijn in voldoende mate beantwoord. Er was voldoende tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat deelnemen aan het onderzoek vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Hiervoor hoef ik geen reden op te geven.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken ten behoeve van dit onderzoek. Ik ben mij ervan bewust dat mijn gegevens anoniem blijven en er geluidsopnamen worden gemaakt van de observatie.

Ik geef toestemming om de onderzoeksgegevens maximaal één jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek en deelnemen aan de observaties: Ja / Nee.

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Geslacht: M / V\*

Ik woon sinds .....in De Vloet.

\* s.v.p. aangeven hetgeen van toepassing is.

Datum:

Handtekening:

---

In te vullen door de onderzoeker:

Ik heb de bewoner mondeling en schriftelijk voldoende geïnformeerd over het onderzoek. Eventuele vragen zijn zoveel mogelijk beantwoordt. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer om ga met de beschikbaar gestelde gegevens.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

## Bijlage 14. Samenstelling en karakteristieken onderzoekspopulatie Interviews

Tabel 12.

*Samenstelling en kenmerken onderzoekspopulatie.*

| Functie               | Aalsven | Brandven | Eikenven | Gemiddelde |                    |
|-----------------------|---------|----------|----------|------------|--------------------|
|                       |         |          |          | Leeftijd   | Jaren werkervaring |
| Mbo-Verpleegkundige   | 1       |          | 1        | 36         | 19.5               |
| Verzorgende-IG        | 1       | 2        | 1        | 41         | 18.75              |
| Vz-IG en mbo-VPK-i.o. | 1       |          | 1        | 42         | 23                 |
| Totaal                | 3       | 2        | 3        | 40         | 20                 |
| Min – Max             |         |          |          | 30 - 54    | 12 - 34            |

Informatiebrief deelname aan onderzoek Gedeelde besluitvorming

23 juni 2018

---

Gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorg

---

Beste deelnemer van het onderzoek gedeelde besluitvorming,

Zoals jullie weten zijn wij, Karin en Lisette, in 2016 gestart met de opleiding Verpleegkunde MGZ aan de Fontys Hogeschool in Eindhoven. Karin (55 jaar) is werkzaam bij Thebe De Vloet als HBO-verpleegkundige in opleiding en Lisette (51 jaar) is werkzaam als wijkverpleegkundige in opleiding bij het Annaklooster in Eindhoven.



[Lisette.donders@student.fontys.nl](mailto:Lisette.donders@student.fontys.nl)  
06-13477059



[Karin.van.Bijnen@thebe.nl](mailto:Karin.van.Bijnen@thebe.nl)  
06-36165297

Ter afsluiting van de opleiding voeren wij een praktijkonderzoek uit dat gaat over “Gedeelde Besluitvorming in de dagelijkse zorg”. Een goed besluit kan niet zonder de inbreng van de bewoner genomen worden. Bij gedeelde besluitvorming komt de kennis van de bewoner over zichzelf én de kennis van de zorgmedewerker op een gelijkwaardige manier samen. Om op deze manier te komen tot een gezamenlijk besluit. Zorgmedewerkers hebben hierin een belangrijke rol. Wij zijn benieuwd naar je ervaring met dit onderwerp. Wat betekent het voor je, hoe gaat dit in de dagelijkse praktijk? Wat is makkelijk en wat is lastig of waar loop je soms tegenaan tijdens de zorg?

De onderzoeksvraag die centraal staat in ons onderzoek is als volgt geformuleerd:  
*“Hoe vindt in verzorgingshuis De Vloet gedeelde besluitvorming door verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse zorg plaats en hoe kan dit proces geoptimaliseerd worden”.*

Zowel Karin als Lisette hebben binnen de centrale onderzoeksvraag een deelvraag. Om de deelvraag van Lisette te beantwoorden worden individuele interviews afgenomen met de zorgmedewerkers. Lisette gaat hierbij met jullie in gesprek over gedeelde besluitvorming. De verwachting is dat de interviews maximaal een uur aan tijd vragen.

De gesprekken zullen worden opgenomen zodat deze later nauwkeurig uitgeschreven en geanalyseerd kunnen worden. Wanneer de resultaten bekend zijn zal aan de deelnemers worden gevraagd of zij zich hierin herkennen en of bijstelling nodig is. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Dat wil zeggen dat er geen namen of citaten benoemd worden die terug te herleiden zijn naar de individuele medewerker.

Het eindresultaat van het onderzoek zal naar verwachting eind januari 2019 bekend zijn en tijdens een presentatie worden toegelicht.

Het is geen verplichting om deel te nemen aan het onderzoek. Het is wel wenselijk dat er voldoende deelnemers zijn om een goed beeld te kunnen schetsen van de ervaring van medewerkers binnen De Vloet. De gegevens die uit het onderzoek naar voren komen kunnen worden gebruikt om de zorgverlening aan de bewoners te verbeteren.

Deelnemers aan de interviews wordt gevraagd bijgesloten toestemmingsformulier (informed consent) in te vullen en mee te nemen naar de afspraak.

Tijdens de onderzoeksfase zullen we verschillende malen aanwezig zijn in huis (De Vloet) en op de afdelingen. Mochten jullie vragen hebben, spreek ons dan ook gerust aan. Daarnaast kunnen jullie altijd contact met ons opnemen via mail of telefoon hiervoor. Wij hopen dat we jullie voor nu voldoende op de hoogte gebracht hebben.

Wij zijn enthousiast en zijn geïnteresseerd in jullie ervaringen.

Met vriendelijke groet,

Karin van Bijnen - Boulet en Lisette Donders.

---

*Toestemmingsverklaring deelname interview*

---

Onderzoek “Gedeelde besluitvorming tijdens de dagelijkse zorg.”  
Deelonderzoek uitgevoerd door Lisette Donders.

---

In te vullen door de medewerker:

Ik heb de informatiemail, bijlage met uitleg over het onderzoek en de brief voor medewerkers gelezen. Ik heb gelegenheid gehad aanvullende vragen stellen. De vragen die ik had zijn in voldoende mate beantwoord. Er was voldoende tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat deelnemen aan het onderzoek vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Hiervoor hoef ik geen reden op te geven.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken ten behoeve van dit onderzoek. Ik ben mij ervan bewust dat mijn gegevens anoniem blijven en er geluidsopnamen worden gemaakt van het interview.

Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens maximaal één jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek en deelnemen aan de interviews: Ja / Nee.

Naam medewerker: .....

Leeftijd: .....

Geslacht: M / V\*

Functie: Verpleegkundige / Verzorgende IG

Gediplomeerd: Ja / Nee

Aantal jaren werkervaring: .....

\* s.v.p. aangeven hetgeen van toepassing is.

Datum:

Handtekening:

---

In te vullen door de onderzoeker:

Ik heb de medewerker mondeling en schriftelijk voldoende geïnformeerd over het onderzoek. Eventuele vragen zijn zoveel mogelijk beantwoordt. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer om ga met de beschikbaar gestelde gegevens.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

---

Topiclijst Interviews medewerkers

---

Uitleg over praktijkonderzoek.

Hoofdvraag

*Hoe vindt in verzorgingshuis De Vloet gedeelde besluitvorming door verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse zorg plaats en hoe kan dit proces geoptimaliseerd worden.*

Deelvraag

*Wat is de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuis De Vloet met gedeelde besluitvorming in de dagelijkse zorgverlening; en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?*

Ik wil graag met je in gesprek gaan over gedeelde besluitvorming. Ik heb hier verschillende foto's, zou je er één willen kiezen die het meest aanspreekt als je aan gedeelde besluitvorming denkt.

Ik zie dat je .... gekozen hebt, ben benieuwd waarom je voor deze foto kiest, kun je er iets over vertellen?

Wat kun je me vertellen over wat je weet van gedeelde besluitvorming?

Wat betekent gedeelde besluitvorming voor je?

Welke ervaring heb je er mee?

Kun je het laatste moment terughalen waarbij er sprake was van gedeelde besluitvorming t.a.v. de dagelijkse zorg en dit beschrijven?

Mooi voorbeeld. Hoe doe je dat nou? Hoe pak je het aan?

Wat heeft je bij het gesprek geholpen, wat leverde het op?

Wat brengt het jou?

Wat brengt het cliënt?

Wat vind je er positief aan?

Wat gaat goed bij jezelf?

Wat verloopt minder goed, wat is lastig?

Wat maakt het lastig?

- bij jezelf?

- bij de cliënt? Wat maakt het dan zo moeilijk?

Wat heb je nodig om het makkelijker te kunnen toepassen?

Wat heeft de client nodig? Hoe kun je de client uitnodigen zijn wens kenbaar te maken?

Of aanmoedigen bij het maken van keuzes?

Zijn er ook minder goede kanten aan gedeelde besluitvorming (negatieve aspecten)?

Hoe kijken jullie als team tegen gedeelde besluitvorming aan?

Waar heb je vragen bij?

Als je gedeelde besluitvorming in één woord samen mag vatten, welk woord wil je dan gebruiken?

Heb je nog iets toe te voegen? Ben ik nog iets vergeten?

Hoe heb je het gesprek ervaren?

Dank je wel voor het gesprek, heb je nog tips en tops voor volgend gesprek?

Extra topics

Relatie

Autonomie

Tijdsdruk

Tips:

Afstemmen op niveau.

Niet invullen, wel als ik het goed begrijp dan...

Doorvragen.

Uit laten praten, samenvatten.



Wij zijn op zoek naar jou!

Ben jij die ervaren collega die graag haar ervaring wil delen en mee wil denken over het onderwerp Gedeelde Besluitvorming tijdens de dagelijkse zorg?  
Schrijf je dan je naam bij één van onderstaande data.

Beschikbare data:

Donderdag 28 Juni

Donderdag 5 Juli

Donderdag 12 Juli

Donderdag 2 Augustus

Donderdag 9 Augustus

Tot dan!

Lisette en Karin

[lisette.donders@student.fontys.nl](mailto:lisette.donders@student.fontys.nl)

[Karin.van.Bijnen@thebe.nl](mailto:Karin.van.Bijnen@thebe.nl)