



Uitgevoerd door: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Instituut Paramedische studies

Opleiding Ergotherapie

Aspirant-onderzoekers:

Corinna Bertels 490868

Caroline Bruins 493537

Marilie Bos 489677

Kirsten Oude Ophuis 499005

Senioronderzoeker: Renske Janssen

UMC St. Radboud

Opdrachtgevers: Dr. Floris van de Laar

Drs. Julian Kiers

Huisartsenpraktijk Thermion

Datum: 19 januari 2015

Voorwoord

Voor u ligt het verantwoordingsdocument van het onderzoeksrapport ‘Ontslagen uit het ziekenhuis, en dan? Een behoefteonderzoek op het handelingsgebied wonen en zorg in de thuissituatie’. In het verantwoordingsdocument zijn de gemaakte keuzes, afwegingen en aspecten die zijn opgevallen van het uitgevoerde onderzoek beschreven. Dit wordt onderbouwd met de visie van de onderzoekers en de literatuur. Wij hopen u hiermee inzicht te geven in het doorlopende onderzoeksproces.

‘’Namen noemen is namen vergeten.

Vooràl bedanken is ook minder bedanken.

Bijdragen waren soms duidelijk aanwijsbaar, soms onzichtbaar, maar niettemin zeer ondersteunend.

Daarom danken wij allen die op enige wijze het tot stand komen van dit onderzoeksrapport mogelijk hebben gemaakt’’1.

Bedankt!

Lent, januari 2015

Corinna Bertels

Caroline Bruins

Marilie Bos

Kirsten Oude Ophuis

**Inhoudsopgave**

[1. Oriënterend literatuuronderzoek 6](#_Toc409416037)

[1.1 Introductie 6](#_Toc409416038)

[1.2 Theoretisch kader 6](#_Toc409416039)

[1.3 Zoekstrategie 6](#_Toc409416040)

[1.3.1 Gebruikte databases 7](#_Toc409416041)

[1.3.2 Zoektermen 7](#_Toc409416042)

[1.3.3 Zoekresultaten 8](#_Toc409416043)

[2. Onderzoeksmethode 11](#_Toc409416044)

[2.1 Patiënten oriëntatie 11](#_Toc409416045)

[2.1.1 Inclusie- en exclusiecriteria patiënten oriëntatie 11](#_Toc409416046)

[2.1.2 Kenmerken patiënten oriëntatie 12](#_Toc409416047)

[2.2 Onderzoekstype 12](#_Toc409416048)

[2.3 Onderzoeksontwerp 12](#_Toc409416049)

[2.4 Onderzoeksdesign 13](#_Toc409416050)

[2.5 Selectie deelnemers behoefteonderzoek 13](#_Toc409416051)

[2.5.1 Inclusie- en exclusiecriteria behoefteonderzoek 14](#_Toc409416052)

[2.5.2 Geëxcludeerde patiënten door de huisartsen 15](#_Toc409416053)

[2.5.3 Keuze onderzoekspopulatie 15](#_Toc409416054)

[2.6 Werving deelnemers 16](#_Toc409416055)

[2.7 Dataverzameling 16](#_Toc409416056)

[2.7.1 Keuze schriftelijk onderzoek 16](#_Toc409416057)

[2.7.2 Opstellen schriftelijk onderzoek 17](#_Toc409416058)

[2.8 Gebruikte (ergotherapeutische) instrumenten 18](#_Toc409416059)

[2.9 Inhoud schriftelijk onderzoek 20](#_Toc409416060)

[2.9.1 Lay-out 21](#_Toc409416061)

[2.9.2 Inleidend stuk 21](#_Toc409416062)

[2.9.3 Meerkeuzevragen 21](#_Toc409416063)

[2.9.4 Keuzemogelijkheden onderaan schriftelijk onderzoek 21](#_Toc409416064)

[2.9.5 Eerste vier weken na thuiskomst 21](#_Toc409416065)

[2.9.6 Volgorde van variabelen in het schriftelijk onderzoek 22](#_Toc409416066)

[2.9.7 Inhoudelijke omschrijving variabelen 22](#_Toc409416067)

[2.9.8 Pilot 24](#_Toc409416068)

[2.9.9 Patiëntnummer 25](#_Toc409416069)

[3. Data – analyse 26](#_Toc409416070)

[3.1 Gebruikte analyse methoden 26](#_Toc409416071)

[3.2 Werkwijze analyse methoden 26](#_Toc409416072)

[4. Resultaten 28](#_Toc409416073)

[4.1 Resultaten patiënten oriëntatie 28](#_Toc409416074)

[4.2 Presentatie resultaten behoefteonderzoek 28](#_Toc409416075)

[4.2.1 Ziekte - episode 28](#_Toc409416076)

[4.2.2. Onderbouwing leeftijdsschaal 29](#_Toc409416077)

[5. Discussie 30](#_Toc409416078)

[5.1 Opbouw discussie 30](#_Toc409416079)

[6. Conclusie 30](#_Toc409416080)

[6.1 Presentatie conclusie 30](#_Toc409416081)

[6.2 Stappenplan voor het trekken en het toetsen van conclusies : 30](#_Toc409416082)

[7. Nazorg en aanbevelingen 31](#_Toc409416083)

[7.1 Nazorg 31](#_Toc409416084)

[7.2 Aanbeveling vervolgonderzoek 31](#_Toc409416085)

[8. Evaluatie 32](#_Toc409416086)

[8.1 Communicatie met de opdrachtgever (Dr. van de Laar) 32](#_Toc409416087)

[8.1.1 Feedback opdrachtgever 33](#_Toc409416088)

[8.2 Communicatie met de docentbegeleidster (Renske Janssen) 34](#_Toc409416089)

[8.3 SWOT-analyse 35](#_Toc409416090)

[8.4 Visie 35](#_Toc409416091)

[Literatuur 37](#_Toc409416092)

[Bijlagen 40](#_Toc409416093)

[Bijlage 1: Ruwe data behoefteonderzoek 40](#_Toc409416094)

[Bijlage 2: SWOT-analyse 49](#_Toc409416095)

[Bijlage 3: Feedback opdrachtgever 50](#_Toc409416096)

[Bijlage 4: Beslisboom onderzoeksontwerp 51](#_Toc409416097)

[Bijlage 5: Samenwerkingscontract 52](#_Toc409416098)

[Bijlage 6: Planning 54](#_Toc409416099)

# Oriënterend literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk is het oriënterend literatuuronderzoek weergegeven. Er is gestart met de onderbouwing van de introductie, gevolgd door het theoretisch kader. Tot slot is er ingegaan op de zoekstrategie.

## 1.1 Introductie

Om de introductie vorm te geven is er gebruik gemaakt van binnen- en buitenlandse bronnen, wetenschappelijke literatuur en vakliteratuur. Deze informatiebronnen zijn relevant en hebben betrekking op de thematiek; ontslag uit het ziekenhuis en de betreffende nazorgbehoeften

[[1]](#footnote-1). In de maatschappelijke context is er gebruik gemaakt van oriënterend literatuuronderzoek. Hierin is er onderscheid gemaakt tussen het `ontslagproces vanuit het ziekenhuis´ en de `nazorgbehoefte na ontslag uit het ziekenhuis´. De onderzoekers zijn van mening dat het hierdoor overzichtelijker is om te lezen.

De introductie is vormgegeven middels een trechtermodel. Er is van breed naar smal gewerkt oftewel van algemeen naar specifiek. Vanuit een breed kader is er toegewerkt naar een specifieke probleemstelling 2. Er is voor het trechtermodel gekozen, omdat het onderwerp eerst algemeen is toegelicht en daarna verder is toegespitst, daarnaast geeft het model structuur 3 . Tevens wordt door middel van het trechtermodel de lezer langzaam ingeleid. De lezer krijgt een idee van wat er op dit moment in de maatschappij en de praktijk speelt en wordt daardoor niet direct geconfronteerd met het onderwerp 3. Door deze voordelen is er niet gekozen voor een zandloper model, omdat de onderzoekers van mening zijn dat het zandlopermodel minder overzichtelijk is en minder structuur biedt.

## 1.2 Theoretisch kader

In het theoretisch kader is oriënterend literatuuronderzoek gebruikt om de begrippen `dagelijks handelen op het handelingsgebied wonen en zorg’ en `nazorgbehoeften’ te operationaliseren. Daarnaast wordt de theoretische achtergrond van de begrippen toegelicht. Er is voor deze twee begrippen gekozen, omdat ze in de onderzoeksvraag en deelvragen voorkomen. Tevens zijn deze begrippen niet vanzelfsprekend en behoeven daardoor toelichting, zodat onduidelijkheid van de begrippen wordt vermeden.

## 1.3 Zoekstrategie

Tijdens het oriënterend literatuuronderzoek is er gebruik gemaakt van gevarieerde en relevante informatiebronnen. Er zijn verschillende databases en zoektermen gebruikt om uiteindelijk passende zoekresultaten te verkrijgen en deze te verwerken in de introductie en het theoretisch kader.

Om geschikte bronnen te vinden voor het oriënterend literatuuronderzoek zijn deze geselecteerd op betrouwbaarheid. Betrouwbaarheid is de mate waarop je erop kunt vertrouwen dat de informatie klopt 4. Tevens is er gekeken naar de geloofwaardigheid en de objectiviteit van de informatie aan de hand van 4:

* *De autoriteit van de auteur.*

Is de auteur erkend in zijn vakgebied? Wat is er bekend over de auteur?

* *De organisatie waar het onderzoek voor is uitgevoerd.*

Wie is de websitebeheerder? Is het een bekende organisatie? Is er sprake van sponsoring van de organisatie?

* *De kwaliteitsbeoordeling.*

Is er sprake van kwaliteitsbeoordeling? Zijn artikelen ‘ge-peer-reviewed’?

* *De juistheid*.

Kloppen de feiten? Worden meningen onderbouwd met feiten? Komt de informatie uit een primaire bron of uit de tweede hand? Wordt het onderwerp van meerdere kanten belicht?

* *De kwaliteit van de informatiebron.*

Ziet de informatiebron er professioneel uit?

* *De controleerbaarheid.*

Is er sprake van een bronvermelding? Wat is de kwaliteit van die bronnen? Is na te gaan of informatie juist en volledig is?

Alles bij elkaar genomen zijn de onderzoekers van mening dat de gebruikte bronnen voldoen aan de bovenstaande punten. Indien een bron bijvoorbeeld geen kwaliteitsbeoordeling heeft is de kwaliteit gescoord op de andere punten, waardoor er is geconcludeerd of een bron betrouwbaar en relevant is voor het huidige onderzoek.

### 1.3.1 Gebruikte databases

Er is via de interne site van het studiecentrum van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen gezocht naar literatuur. Dit omdat de databases die ter beschikking staan toegankelijk zijn voor de onderzoekers. Daarnaast zijn deze digitale databases gericht op gezondheid, waarover het onderzoek gaat. Tevens is dit het vakgebied van de onderzoekers. Voor de onderstaande databases is gekozen, omdat deze informatie hierin voor een groot deel niet of zeer moeilijk op andere manieren (gratis) te verkrijgen is 5. Daarnaast bieden deze digitale bronnen full tekst toegang tot tijdschriften en (wetenschappelijke) artikelen.

*Gebruikte databases:*

- Google scholar

- Cochrane Summaries

- Pubmed

- HBO kennisbank

- HANQuest

### 1.3.2 Zoektermen

Zoektermen zijn gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Er is gekozen om drie talen te gebruiken, omdat de onderzoekers de talen Nederlands, Engels en Duits beheersen. Hierdoor is het mogelijk om breder te oriënteren naar de literatuur om uiteindelijk meer zoekresultaten te verkrijgen.

*Tabel 1: Zoektermen*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nederlands** | **Engels** | **Duits** |
| ***Zoekterm*** | Zorg  Nazorg  Zorgvraag  Ontslagen  Zorgaanbod | Care need  Care needs  Demand for care  To dismiss  Care supply | Pflegebedürfnis  Pflegebedürfnisse  Pflegebedarf  entlassen, Entlassung  Pflegeangebot |
| ***Synoniemen*** | Zorgbehoefte  Nazorgbehoefte  Ontslagproces | Aftercare  Dismissal process | Nachsorge  Entlassungsprozess |
| ***Breder*** | Wensen  Zorgverandering  Poliklinische zorg  Ervaringen  Mantelzorg | To wish  Care change  Outpatient care  Experiences  Informal care | Wünsche  Pflege durch Angehörige  Ambulante Pflege  Erfahrungen |
| ***Nauwer*** | Patiëntenervaring  Patiëntenbeleving Thuissituatie  Wonen en zorg  Dagelijkse activiteiten | Patients experience  Home situation  Housing and care  Daily activities | Patientenerfahrungen  Wohnsituation  Unterbringung und Pflege  Tägliche Aktivitäten |

### 1.3.3 Zoekresultaten

In het kader van oriënterend literatuuronderzoek zijn er vergelijkbare onderzoeken vergeleken op het gebied van ontslag uit het ziekenhuis, de kwaliteit van zorg en de nazorgbehoeften van de ontslagen patiënten[[2]](#footnote-2). Deze onderzoeken zijn bestudeerd, omdat de onderzoekers in kaart wilden brengen wat er al bekend is gericht op de onderzoeksvraag. Daarnaast is er gekeken wat er in de onderzoeken mist, zodat het huidige onderzoek een aanvulling is op de reeds bestaande onderzoeken. Hieronder een korte beschrijving van de vergelijkbare onderzoeken, het doel en de bijbehorende conclusie(s) hiervan:

*Tabel 2: Vergelijkbare onderzoeken*

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel vergelijkbaar onderzoek** | **Samenvatting onderzoek** |
| Mijn CVA/TIA – mijn behoeften 6 | De behoeften van CVA/TIA patiënten bij thuiskomst specifiek gericht op de MMW (Medisch Maatschappelijk Werk) werd bekeken. Geconcludeerd werd dat patiënten behoefte hebben aan adequate informatievoorziening van MMW en waar nodig psychosociale begeleiding. Online hulpverlening kan hier gedeeltelijk bij aansluiten door correcte informatievoorziening aan te bieden en een mogelijkheid te hebben tot laagdrempelige en snelle communicatie. Tevens kan de (medische) informatie op de afdeling ook beter, door partners erbij te betrekken en een betere voorbereiding te geven op hetgeen wat de patiënt thuis kan verwachten. De communicatie van de arts naar patiënt en tussen verschillende disciplines moet beter, om het gevoel van de patiënt tijdens de opname te verbeteren. |
| Mantelzorgers betrekken bij het zorgproces 7 | De behoeften van de mantelzorgers bij de participatie in het zorg- en revalidatieproces werd bekeken. Geconcludeerd werd dat de persoonlijke motieven en de vorm van participatie verschillen per persoon. Mantelzorgers willen bij uiteenlopende werkzaamheden participeren. Wel is daarbij behoefte aan goede instructies, de juiste benodigdheden en achtergrond informatie over de behandeling en het ziektebeeld om te participeren in het zorg- en revalidatieproces. Ten slotte verwachten mantelzorgers, goede begeleiding en goede communicatie tussen de verschillende disciplines. |
| Ontzag voor het ontslag: kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiënten ontslag8 | De verbetering van de zorg met betrekking tot het patiënten ontslag werd bekeken. Geconcludeerd werd dat tijdens het ontslagproces de informatievoorziening een grote rol speelt. Wanneer patiënten zich voldoende geïnformeerd voelen, bevordert dit het herstel. Daarnaast vinden patiënten persoonlijke aandacht belangrijk en hebben zowel patiënten als verpleegkundigen behoefte aan structuur binnen het ontslagproces. |
| Mogen wij u bellen na ontslag?9 | De behoeften van de patiënt ten aanzien van telefonische nazorg na een chirurgische behandeling voor een niet - kleincellig longcarcinoom werd onderzocht. Geconcludeerd werd dat na 4 á 10 dagen een telefoontje van de verpleegkundig specialist zeer op prijs word gesteld, maar fysiek contact ook prettig is. |
| Behoefte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis10 | De behoefte aan nazorg en de verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis werd onderzocht om hierover inzicht te verkrijgen. Geconcludeerd werd dat vooral vrouwen en lang opgenomen patiënten behoefte ervaren aan nazorg. Leeftijd speelt waarschijnlijk ook een rol, gezien ze vaak langer opgenomen zijn. Over het algemeen blijkt men tevreden over de ontvangen zorg van de professionele hulp. De mantelzorgers hebben het grootste aandeel voor het verlenen van zorg bij o.a. het huishouden, ADL en hulp bieden bij psychosociale problemen. Een goede opvang in de trant van huishoudelijke activiteiten, ADL – functies en psycho – sociale problemen is een minimale voorwaarde voor thuiszorg. In deze punten zijn de meeste behoefte aan hulp geconcludeerd. |
| De weg naar een beter ontslagproces 11 | Het ontslagproces van de patiënt (continuïteit) werd onderzocht om hiervan beter inzicht te verkrijgen. Geconcludeerd werd dat het ontslagproces beter gestructureerd en gecoördineerd moest worden. Voor de implementatie van de verbeteringen ontwikkelde de werkgroep een drietal instrumenten: een checklist ontslag, een evaluatieformulier ten behoeve van het ontslaggesprek en een formulier voor het telefonische nazorggesprek. |
| Zorggebruik door ouderen na opname in het ziekenhuis: ontwikkelingen in 1992-200012 | Welke sociaal - demografische en gezondheidskenmerken ouderen hebben met een recente ziekenhuisopname werd onderzocht en in hoeverre tussen 1992 en 2002 verandering is opgetreden. Tevens welke vormen van zorg ouderen gebruik maken na ziekenhuisontslag en hoe tevreden ze zijn over deze zorg werd onderzocht. Geconcludeerd werd dat de ontevredenheid over de zorg toenam, in het bijzonder na een opname in het ziekenhuis. Dit komt doordat de zorg door partners toenam en de zorg door professionele thuiszorg afnam. Wel blijven de kenmerken van de ouderen met een recente ziekenhuisopname gelijk: zij hadden vaker ernstige functionele beperkingen, meerdere chronische aandoeningen en een laag opleidingsniveau dan ouderen zonder recente ziekenhuisopname. |
| Hospital discharge: problems and interventions1 | In dit onderzoek werd de thuiskomst van patiënten na een ziekenhuisopname onderzocht en daarnaast is er gekeken naar oplossingen om de thuiskomst zo soepel mogelijk te laten verlopen. Er werd geconcludeerd dat de thuiskomst van oudere patiënten na ontslag uit het ziekenhuis niet altijd vlekkeloos verloopt. Dit komt doordat patiënten behoefte hebben aan informatie en voornamelijk problemen hebben in dagelijkse activiteiten zoals huishoudelijke activiteiten en/of persoonlijke verzorging. Naast de al geboden hulp hadden patiënten graag nog aanvullende hulp ontvangen. Geconcludeerd wordt dat mensen die recent in het ziekenhuis waren opgenomen een slechtere functionele, emotionele en gezondheidsstatus hadden dan de vergelijkingsgroep. Tevens tonen telefonische follow-up’s na ontslag geen meetbare verbetering, echter kunnen patiënten het wel als ondersteunend ervaren. |

Uit de bovenstaande onderzoeken komt naar voren dat de reden voor het uitvoeren van deze onderzoeken vaak de ontevredenheid is van de ontslagen patiënten tijdens het ontslagproces uit het ziekenhuis. De behoeften van de ontslagen patiënten liggen voornamelijk op het vlak van informatievoorziening. Slechts in enkele onderzoeken is er gekeken naar de thuissituatie en naar de betreffende behoefte aan hulp in de dagelijkse activiteiten. Hierin staan de nazorgbehoeften van ouderen centraal. Het huidige onderzoek zou breder kunnen kijken bij welke doelgroep en op welk gebied van de dagelijkse activiteiten nazorgbehoeften in de thuissituatie liggen.

# 2. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk is de onderzoeksmethode weergegeven. Er is gestart met de patiënten oriëntatie, gevolgd door het onderzoekstype, het onderzoeksontwerp, het onderzoeksdesign en de selectie van de deelnemers. Als laatste is er ingegaan op de werving van de deelnemers.

## 2.1 Patiënten oriëntatie

Door beperkingen binnen het digitaal patiëntendossier TransHis was het niet mogelijk om in een oogopslag te zien welke patiënten zijn ontslagen uit het ziekenhuis. Dit komt omdat de ontslagmeldingen in TransHis niet op een eenduidige en geordende manier binnen komen. De huisartsen binnen Thermion hebben een coördinerende rol. Hierdoor ervaren hun moeilijkheden in het aansturen van andere disciplines, omdat ze geen tot weinig overzicht hebben in de woon- en zorgsituaties van patiënten.

Er is gekozen om een patiënten oriëntatie uit te voeren, omdat de opdrachtgevers geen overzicht hebben van patiënten die ontslagen waren uit het ziekenhuis. De wens van de opdrachtgevers was om een overzicht te creëren van hun ontslagen patiënten. Er zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld om de patiënten te includeren voor de patiënten oriëntatie. Hierdoor kon er op een eenduidige manier naar patiënten worden gezocht in het digitaal patiëntendossier TransHis. Doordat de onderzoekers deze ontslagen patiënten overzichtelijk hebben weergegeven, kon er een onderzoekspopulatie worden vastgesteld.

De inclusie- en exclusiecriteria dienden ter afbakening en concretiseerden de uitkomsten. Hieronder wordt een verantwoording van de criteria’s weergegeven.

### 2.1.1 Inclusie- en exclusiecriteria patiënten oriëntatie

***Inclusiecriteria***

*1. De patiënt is verbonden aan huisartsenpraktijk Thermion.*

Het uitgevoerde onderzoek is in opdracht van huisartsenpraktijk Thermion, gevestigd in Lent. Vandaar dat de patiënten bij huisartsenpraktijk Thermion moeten zitten.

*2. De patiënt is minimaal één dag opgenomen geweest in het ziekenhuis.*

Er is gekozen voor minimaal één dag(deel), omdat patiënten alleen op deze manier ontslagen kunnen worden. Wanneer patiënten voor een kleine ingreep naar het ziekenhuis komen, zijn ze niet opgenomen. Patiënten kunnen snel naar huis en hebben vaak geen grote nazorgbehoeften (*Persoonlijke mededeling, wijkverpleegkundige ZZG zorggroep, 14 oktober 2014*).

*3. De patiënt is tussen 18 september en 6 november 2014 ontslagen uit het ziekenhuis.*

Tijdens de patiënten oriëntatie is er retrospectief gezocht binnen het digitaal patiëntendossier TransHis, omdat dit de enige mogelijkheid was. Uiteindelijk was het mogelijk om in totaal zeven weken terug te kijken in TransHis. Door de instellingen van de software was het niet mogelijk om verder retrospectief te zoeken.

***Exclusiecriteria***

*1. Alle ontslagbrieven en meldingen buiten het digitale patiëntendossier TransHis worden niet meegenomen.*

Bijna alle ontslagbrieven en meldingen komen bij de huisarts binnen in het digitale patiëntendossier TransHis. Af en toe is en patiënt opgenomen in een ander ziekenhuis. Dit heeft vaak te maken met een speciale aandoening die niet in een ziekenhuis in de buurt van Nijmegen behandeld kan worden. De overdracht na ontslag is vaak via een andere weg verstuurd dan via TransHis. In verband met het tijdsbestek van de onderzoekers, is er samen met de opdrachtgevers gekozen om alle ontslagenbrieven en meldingen buiten TransHis te excluderen.

### 2.1.2 Kenmerken patiënten oriëntatie

Voor de patiënten oriëntatie zijn de volgende kenmerken gebruikt:

* Reden van opname ziekenhuis
* Geslacht
* Leeftijd
* Burgerlijke staat
* Woonsituatie
* Diagnose na ontslag
* Betrokken medisch specialisme
* Ziekte – episode

De onderzoekers vonden geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonsituatie, betrokken medisch specialisme en ziekte episode belangrijk om in kaart te brengen, omdat deze kenmerken met de uiteindelijke resultaten van het behoefteonderzoek samen werden gevoegd. In overleg met de opdrachtgevers en de verpleegkundige onderzoekers zijn kenmerken, reden van opname ziekenhuis, diagnose na ontslag en ziekte episode toegevoegd, omdat de opdrachtgevers een volledig overzicht wilden hebben van de ontslagen patiënten en deze aspecten belangrijk vonden. De kenmerken van de patiënten oriëntatie zijn gedefinieerd in het onderzoeksrapport (paragraaf 3.1.2., Tabel 1).

## 2.2 Onderzoekstype

Het onderzoekstype is een beschrijvend onderzoek. Volgens Van der Donk & Van Lanen is het doel van dit onderzoekstype, het zorgen voor een heldere beschrijving: het in kaart brengen van een thema of praktijksituatie13. De uitkomsten van het onderzoek kunnen de aanleiding zijn voor het maken van keuzes en of het startpunt zijn voor vervolgonderzoek. In het onderzoek zijn de gegevens kwantitatief verzameld13.

Deze keuze is gebaseerd op het feit dat het voorliggend onderzoek het eerste onderzoek binnen de onderzoekslijn ‘Ontslagen uit het ziekenhuis, en dan?’ is van huisartsenpraktijk Thermion. Het is van belang om eerst beschrijvende gegevens gericht op het praktijkprobleem in kaart te brengen, zodat er in een vervolgonderzoek geïmplementeerd kan worden.

## 2.3 Onderzoeksontwerp

Nadat de onderzoekers de mogelijkheden van kwalitatief- en kwantitatief onderzoek zorgvuldig hebben afgewogen is er besloten een kwantitatief onderzoek uit te voeren. Om tot een keuze voor een passend onderzoeksontwerp te komen hebben de onderzoekers een beslisboom opgesteld (zie bijlage 5). Het kwantitatieve onderzoek is gericht op de zorgbehoeften van ontslagen patiënten betreffende het dagelijks handelen op het gebied van wonen en zorg. In het onderzoek werd niet gevraagd naar causale relaties14. Hiervoor is gekozen, omdat causale relaties verklarende onderzoeksvragen zijn. Wanneer een onderzoeksvraag zich richt op het in kaart willen brengen van een situatie of verschijnsel, zoals het ontstaan of beloop van een probleem, is dit observationeel. ‘’Er wordt beschreven wat er gebeurt zonder een interventie te doen”15. Daarnaast is er gekozen voor kwantitatief onderzoek, omdat er hierdoor een groot aantal mensen bereikt konden worden. Hierdoor werd er een breed beeld geschetst van de onderzoekspopulatie.

Er had gekozen kunnen worden voor een kwalitatieve manier van dataverzameling . Het “geeft inzicht in hoe mensen denken over een bepaald onderwerp”16. Echter is het bij dit onderzoek niet van belang welke mening patiënten hebben gericht op hun nazorg of problemen na ontslag in de thuissituatie. De opdrachtgevers willen weten op welke variabelen van het handelingsgebied wonen en zorg nazorgbehoefte lag, ongeacht waarom. Tevens ging de voorkeur van de onderzoekers uit naar het meten van gegevens en verschillen, zodat er een concreet resultaat uitkwam. Daarnaast is er niet voor kwalitatief onderzoek gekozen, omdat: “De resultaten hooguit indicatief en niet representatief zijn. De manier van vragen is daarbij niet sterk gestandaardiseerd, waardoor de antwoorden niet altijd eenduidig zijn”16.

Er is tussen de onderzoeksteams overlegd dat de verpleegkundige onderzoekers op een kwalitatieve manier data verzamelden. Doordat er op twee verschillende manieren data werd verzameld leverde dit meer informatie op. De verpleegkundige onderzoekers keken naar de impliciete- en expliciete zorgbehoefte van patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis. Daarnaast is er in kaart gebracht welke nazorg de patiënten hebben gekregen en van wie ze hulp hebben gehad. Dit is gedaan door middel van interviews.

## 2.4 Onderzoeksdesign

Er is gekozen voor het design surveyonderzoek. Deze methode wordt het meest gebruikt binnen het kwantitatief onderzoek. De methode is ook wel bekend als schriftelijk onderzoek, of enquête14. Er is voor surveyonderzoek gekozen, omdat het een gestructureerde dataverzamelingsmethode is, hierdoor kon er data verzameld worden bij een groot aantal deelnemers met verschillende kenmerken17. Tevens is het mogelijk om op een systematische wijze een groot aantal personen te ondervragen op een aantal van te voren bepaalde punten18.Waarbij er een maximaal aantal keuzemogelijkheden kan worden gegeven waar de deelnemer uit kan kiezen14.

Daarnaast wordt het toegepast bij beschrijvende onderzoeksvragen, hierdoor past het onderzoeksdesign bij het gekozen onderzoekstype. Surveyonderzoek is een goedkope manier van dataverzameling en er is input van meerder personen mogelijk19. Dit vonden de opdrachtgevers belangrijk. Eveneens hebben de onderzoekers voor het design gekozen, omdat ze het belangrijk vonden dat er eenduidige en concrete antwoorden werden gegeven om uiteindelijk de nazorgbehoeften duidelijk te kunnen beschrijven. Bovendien moest er rekening worden gehouden met een kort tijdsbestek, waarin het onderzoek werd uitgevoerd. Door middel van surveyonderzoek kon dit gerealiseerd worden, omdat het een effectieve methode is om data te verzamelen17.

## 2.5 Selectie deelnemers behoefteonderzoek

De deelnemers zijn geselecteerd uit de patiënten oriëntatie, omdat de opdrachtgevers een overzicht wilden hebben over de ontslagen patiënten die verbonden zijn aan huisartsenpraktijk Thermion.

Uit de patiënten oriëntatie kwam naar voren dat de doelgroep ouderen (65+) het meest ontslagen is uit het ziekenhuis. Volgens het Regionaal Kompas Volksgezondheid Zuid-Holland West (2013) worden onder `ouderen´ mensen van 65 jaar en ouder verstaan20. In de literatuur komt naar voren dat ouderen vaak complexe zorgbehoeften hebben21. Samengevat ervaren veel ouderen ook (gezondheids)problemen22. Twee derde van de 65-plussers maakt gebruik van medische hulp. 25% van de 65-plussers hebben volgens de literatuur extra behoefte aan zorg door speciale omstandigheden in hun leefomgeving. Dit kan een plotselinge verslechtering van de gezondheid zijn of het overlijden van een partner23. De ervaringen die de onderzoekers tijdens de opleiding ergotherapie op hebben gedaan komen overeen met de literatuur dat ouderen vaak kwetsbaarder zijn. Volgens hen hebben ouderen minder conditie, meer zorgbehoeften en vaak chronische aandoeningen.

Echter bleek dat er ook veel patiënten met de leeftijd van twintig tot en met zestig jaar ontslagen zijn. De opdrachtgevers waren van mening dat het teleurstellend zou zijn wanneer dit grote aantal patiënten achterwege werd gelaten. De in kaart gebrachte patiënten verschilden erg van elkaar op het gebied van diagnose en medisch specialisme. Het was dus niet mogelijk om op basis van deze kenmerken een doelgroep te kiezen. Daarnaast vonden de opdrachtgevers de doelgroep kinderen en jeugdigen van ondergeschikt belang omdat de zorgbehoeften vaak kleiner zijn en sneller opgelost worden.

Op grond van deze redeneringen, de werkervaring van de huisartsen en de wens van de onderzoekers naar representatie van het voorliggende onderzoek is besloten alle patiënten van huisartsenpraktijk Thermion te kiezen.

### 2.5.1 Inclusie- en exclusiecriteria behoefteonderzoek

Om het onderzoek concreter te maken en af te bakenen zijn er tevens inclusie- en exclusiecriteria, gericht op het behoefteonderzoek, opgesteld. Hieronder staat een verantwoording van de criteria‘s die voor de overzichtelijkheid weergegeven zijn in een tabel.

|  |
| --- |
| ***Inclusiecriteria***  *1. De deelnemer beheerst de Nederlandse taal*  Het schriftelijke onderzoek is geschreven in de Nederlandse taal. Deelnemers die de Nederlandse taal voldoende beheersen worden geïncludeerd voor het onderzoek. Wanneer dit niet het geval is, bestaat er een kans dat het schriftelijke onderzoek niet juist wordt ingevuld. Het onderzoek is dan niet meer betrouwbaar.  *2. De deelnemer is bij de start van het onderzoek minimaal één week geleden ontslagen uit het ziekenhuis*  De deelnemer is minimaal één week ontslagen zijn uit het ziekenhuis. De patiënt heeft voldoende ervaringen opgedaan in de thuissituatie om te kunnen aangeven waar zijn nazorgbehoefte ligt. Indien de deelnemer minder dan één week thuis is bestaat er een kans dat hij nog geen nazorgbehoefte heeft ervaren, hierdoor wordt het onderzoek minder valide.  *3. De deelnemer is volwassen (18 +)*  De deelnemer is officieel volwassen wanneer hij[[3]](#footnote-3) 18 jaar is. Als iemand achttien jaar of ouder is wordt hij meerderjarig, dus volwassen24. |

|  |
| --- |
| ***Exclusiecriteria***  *1. De deelnemer is niet in staat zelfstandig een vragenlijst in te vullen door cognitie- en of geheugenproblematiek.*  Het kan voorkomen dat een ontslagen deelnemer cognitie- en of geheugenproblematiek heeft. Wanneer dit het geval is, bestaat er een kans dat het schriftelijk onderzoek niet juist wordt ingevuld. Een deelnemer kan zich bijvoorbeeld niet meer herinneren wat de afgelopen twee weken na ontslag is gebeurd. Het onderzoek is dan niet meer betrouwbaar.  *2. De deelnemer woont in een verzorgingshuis of verpleeghuis.*  De deelnemer heeft zorgbehoeften wanneer hij in een verzorgingshuis of verpleeghuis woont. Naar mening van de onderzoekers worden de nazorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis vaak sneller ingevuld dan wanneer een deelnemer zelfstandig alleenwonend of samenwonend is.  *3. De deelnemer zit in de terminale fase.*  Een deelnemer zit in de laatste maanden of weken van zijn leven. Deze fase is intensief, niet alleen voor de deelnemer zelf, maar ook voor de mensen om de deelnemer heen. Het is belangrijk dat de deelnemer rust heeft en niet extra belast wordt met een schriftelijk onderzoek.  *4. De deelnemer is bevallen van een kind.*  Wanneer een deelnemer bevallen is van een kind, krijgt de patiënt standaard bij thuiskomst kraamhulp. Er zijn geen signalen vanuit de opdrachtgevers en de literatuur dat de nazorg na bevalling niet optimaal is.  *5. De deelnemer is verhuisd, waardoor hij een andere huisarts heeft gekregen.*  De deelnemer is geen patiënt meer binnen huisartsenpraktijk Thermion. Het onderzoek wordt alleen uitgevoerd bij deelnemers die tijdens de dataverzameling geregistreerd zijn binnen huisartsenpraktijk Thermion. |

### 2.5.2 Geëxcludeerde patiënten door de huisartsen

De onderzoekers hebben ervoor gekozen de huisartsen, van huisartsenpraktijk Thermion, te betrekken in het excluderen van de patiënten vanuit de patiënten oriëntatie. De informatie uit het digitaal patiëntendossier TransHis was volgens de onderzoekers niet voldoende om de patiënten te selecteren, omdat de informatie niet altijd volledig was. Daarnaast zijn de onderzoekers van mening dat de huisartsen hun patiënten het beste kennen. Hierdoor kunnen de huisartsen het beste beoordelen of de patiënten geschikt zijn voor het behoefteonderzoek. In overleg met de opdrachtgevers is besloten elke huisarts te benaderen met de vraag of ze hun eigen patiënten, die geselecteerd zijn voor het behoefteonderzoek, wilden beoordelen op basis van de opgestelde inclusie- en exclusiecriteria. Door de huisartsen in het excluderen te betrekken kon er met zekerheid worden gezegd dat de desbetreffende patiënten voldeden aan de criteria. In totaal zijn er vier patiënten door de huisartsen geëxcludeerd, omdat;

* Een patiënt volgens de huisarts geen nazorgbehoeften had.
* Een patiënt zwakbegaafd was.
* Een patiënt een psychische stoornis had, waardoor hij te veel belast zou worden.
* Een patiënt de Nederlandse taal niet beheerste.

### 2.5.3 Keuze onderzoekspopulatie

De keuze voor een onderzoekspopulatie of een steekproefonderzoek hing af van het aantal patiënten dat uit de patiënten oriëntatie zou komen. Vooraf werd er gestreefd naar een onderzoekspopulatie van zestig deelnemers. Het aantal is ontstaan door samen met de opdrachtgevers te bekijken hoeveel patiënten, welke verbonden zijn aan huisartsenpraktijk Thermion, gemiddeld ontslagen worden uit het ziekenhuis. Hieruit kwam naar voren dat er ongeveer tien patiënten per week uit het ziekenhuis werden ontslagen. Uiteindelijk wordt er zeven weken retrospectief gezocht. Dit zou betekenen dat er gemiddeld zeventig patiënten zijn ontslagen. Echter wilden de onderzoekers en de opdrachtgevers realistisch blijven, omdat Lent geen grote getallen aan inwoners heeft. Hierdoor is er gekozen om te streven naar een onderzoekspopulatie van zestig deelnemers.

Uiteindelijk waren er 72 patiënten binnen de gestelde periode ontslagen uit het ziekenhuis. Echter werden er nog 24 patiënten geëxcludeerd aan de hand van de opgestelde inclusie- en exclusiecriteria. Hierdoor bleven er tot slot 48 deelnemers over. Volgens Baarda (2014) is een steekproef geschikt wanneer de populatie waarover je iets wil zeggen groot is. Hierdoor is het te veel werk om alle eenheden van die populatie in het onderzoek te betrekken25. Als de steekproef voldoende groot is, kan er in een kwantitatief onderzoek nauwkeurige voorspellingen gedaan worden over wat er in de populatie leeft25.Echter bedroeg de populatie 48 deelnemers, hierdoor was er geen sprake van een grote populatie. De keuze voor een steekproef zou hierdoor niet representatief zijn geweest. Er is, door het uitsluiten van een steekproef, geen sprake van een aselecte- en selecte kwantitatieve steekproef25. De onderzoekers wilden de nazorgbehoeften van de gehele populatie in kaart brengen. De ontslagen patiënten bedragen geen grote getallen, daardoor is ervoor gekozen de gehele populatie in het onderzoek te betrekken afgezien van de inclusie- en exclusiecriteria.

## 2.6 Werving deelnemers

In eerste instantie was het idee om de mogelijke deelnemers te bellen met de vraag om deel te nemen aan het behoefteonderzoek. Op deze manier zou er een grotere zekerheid zijn voor de onderzoekers om zicht te houden op het aantal respondenten. In een gesprek met de opdrachtgevers zijn twijfels betreffende de manier van werving uitgesproken. Er werd aangegeven dat het overbodig was de mogelijke deelnemers te bellen, omdat dit veel tijd zou vergen van de onderzoekers. Er is vervolgens in overleg met de opdrachtgevers besloten deze manier van werving vanwege praktische- en tijdsfactoren achterwege te laten.

Er is gekozen voor een duidelijke en informatieve begeleidende brief bij het schriftelijk onderzoek. Op deze manier zijn de deelnemers ingelicht in het behoefteonderzoek en gevraagd deel te nemen. In eerste instantie was de begeleidende brief geschreven door de onderzoekers.

Volgens de ervaring van de huisartsen werd er meer respons van de deelnemers verwacht wanneer de begeleidende brief in naam van de huisartsen van huisartsenpraktijk Thermion is geschreven. Dit kwam doordat de patiënten rechtstreeks door hun eigen huisarts gevraagd werden om deel te nemen aan het onderzoek. Elke begeleidende brief werd door de desbetreffende huisarts van de patiënt ondertekend.

Voor een professionele uitstraling hebben de onderzoekers het briefpapier van de begeleidende brief ontworpen en deze met de logo van huisartsenpraktijk Thermion voorzien. Deze was namelijk niet beschikbaar. Daarnaast zijn er officiële enveloppen van Thermion gebruikt voor het versturen van het schriftelijk onderzoek en de begeleidende brief. Om het terugsturen van het schriftelijk onderzoek te vereenvoudigen hebben de onderzoekers ervoor gekozen een kleinere retourenvelop, voorzien met een postzegel en een retoursticker, in elke envelop toe te voegen.

## 2.7 Dataverzameling

In deze paragraaf is de dataverzameling weergegeven. Er is gestart met de onderbouwing van de keuze van het schriftelijk onderzoek, gevolgd door het opstellen van het schriftelijk onderzoek en de gebruikte ergotherapeutische instrumenten. Als laatste is er ingegaan op de inhoud van het schriftelijk onderzoek.

### 

### 2.7.1 Keuze schriftelijk onderzoek

Binnen het surveyonderzoek is er gekozen voor een enquête in de vorm van een schriftelijk onderzoek. Het schriftelijk onderzoek is afgewogen met de mogelijkheden; online onderzoek, face-to-face onderzoek en telefonisch onderzoek. Deze keuze is gebaseerd op drie perspectieven die de onderzoekers zorgvuldig hebben bekeken om tot een beslissing te komen. De perspectieven die zijn bekeken zijn; het deelnemers perspectief, het onderzoekers perspectief en het wetenschappelijke perspectief. Er is gekozen voor deze perspectieven, omdat er zo breed mogelijk de betreffende keuzes worden afgewogen volgens Evidence Based Practice26.

*Deelnemers perspectief:*

* Vanuit het deelnemers perspectief gezien is het niet voor elke doelgroep mogelijk om een online onderzoek in te vullen, omdat ze niet beschikken over internet of mail. Volgens de literatuur hebben bepaalde doelgroepen, zoals ouderen, allochtonen of laag opgeleide jongeren niet altijd deze mogelijkheden, waardoor een online onderzoek minder representatief zou zijn18.
* Door een gesprek met een wijkverpleegkundige van de ZZG zorggroep zijn de onderzoekers te weten gekomen dat een patiënt, die net ontslagen is uit het ziekenhuis, niet zit te wachten op een enquête (Persoonlijke mededeling wijkverpleegkundige ZZG, 19 september 2014). Vanuit het perspectief van de deelnemer vinden de onderzoekers het daarom van belang dat de deelnemer zelf een tijd kan kiezen om een onderzoek in te vullen. De onderzoekers willen de deelnemer niet ‘pushen’.

*Onderzoekersperspectief*

* Binnen een surveyonderzoek bestaat de mogelijkheid tot een telefonisch onderzoek en een face-to-face onderzoek. Om de enquêtes op een telefonische manier af te nemen zou tijdbesparender zijn vergeleken met een face-to-face onderzoek. Echter wordt een telefonisch onderzoek vaak gedaan door callcenters, welke daarvoor speciaal opgeleide mensen in dienst hebben14. De onderzoekers hebben geen ervaring met het telefonisch afnemen van enquêtes. Daarnaast zou het veel tijd en geld kosten om hier een training voor te doen. Een groot nadeel van een face-to-face-onderzoek is dat het volgens de literatuur in vergelijking met andere methodieken aanzienlijk duurder is. Een voordeel van face-to-face onderzoek is echter dat er dieper op complexe onderwerpen ingegaan kan worden18.

*Wetenschappelijk perspectief*

* Uit de afweging tussen de mogelijkheden van dataverzameling binnen een surveyonderzoek gericht op een enquête bleek het `schriftelijk onderzoek´ de meest passende vorm te zijn. Hiervoor is gekozen omdat een schriftelijk onderzoek een goedkope vorm is van dataverzameling18.
* Daarnaast kan de deelnemer zelf bepalen wanneer hij het schriftelijk onderzoek invult18.
* Door gebruik te maken van een schriftelijk onderzoek is het mogelijk een grote populatie in korte tijd te bereiken27. De onderzoekers wilden graag een zo groot mogelijk aantal patiënten bereiken in het onderzoek.

### 2.7.2 Opstellen schriftelijk onderzoek

De onderzoekers hebben ervoor gekozen een eigen enquête, in vorm van een schriftelijk onderzoek, op te stellen. Deze keuze is gebaseerd op het feit dat er geen bestaande enquêtes beschikbaar zijn die gericht zijn op het handelingsgebied wonen en zorg. Dit handelingsgebied staat centraal in het voorliggend onderzoek. Daarnaast waren de onderzoekers van mening dat een schriftelijk onderzoek, in het kader van kwantitatief onderzoek, de nazorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis het beste in kaart brengt.

Hieruit kunnen concrete en eenduidige antwoorden verkregen worden18. Bestaande enquêtes en instrumenten zijn ter inspiratie gebruikt voor het opstellen van een eigen schriftelijk onderzoek. Deze zullen in paragraaf 2.8nader verantwoord worden.

Er is rekening gehouden met verschillende aspecten om het schriftelijk onderzoek op te stellen28.

* *Objectiviteit;* de informatie van de resultaten weerspiegelt de informatie, de mening van de ondervraagden. De ondervraagden worden niet beïnvloed tijdens het invullen van de het schriftelijk onderzoek.
* *Eenvoudig*, het schriftelijk onderzoek is eenvoudig beschreven en kan door iedereen ingevuld worden.
* *Lengte,* het schriftelijk onderzoek duurt niet langer dan 5 á 10 minuten.
* *Volgorde*, gevoelige vragen komen als laatste voor in het schriftelijk onderzoek, zodat de ondervraagde reeds ‘gewend’ is aan het invullen.

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om het schriftelijk onderzoek naar de patiënten toe enquête te benoemen, in plaats van schriftelijk onderzoek of vragenlijst. Naar mening van de onderzoekers komt het begrip professioneler en begrijpelijker over.

#### 2.7.2.1 Keuze handelingsgebied

Het begrip ‘wonen en zorg’, dat wordt gebruikt in het schriftelijk onderzoek, is één van de handelingsgebieden van de ergotherapie die beschreven staan in het boek ‘Beroepsprofiel Ergotherapeut’29. Er is gekozen voor het handelingsgebied wonen en zorg, omdat uit het onderzoek van Schoot e.a. blijkt dat de gezondheid en het welzijn (op het gebied van wonen en zorg) van patiënten een primair belang is van kwaliteitszorg30. Tevens zijn de onderzoekers van mening dat het handelingsgebied wonen en zorg de primaire behoeften na ontslag uit het ziekenhuis in kaart brengt.

De overige handelingsgebieden zijn `werken en leren´ en `vrije tijd en spel´. Deze staan tevens beschreven in het beroepsprofiel van de ergotherapie, maar waren niet passend voor een patiënt die recent is ontslagen uit het ziekenhuis 29. De onderzoekers zijn van mening dat patiënten na ontslag uit het ziekenhuis tevens op deze handelingsgebieden nazorgbehoeften kunnen hebben. Echter zijn hobby´s, spel et cetera in de eerste periode na ontslag, volgens de onderzoekers, minder van belang als bijvoorbeeld zelfzorg. De onderzoekers zijn zich ervan bewust dat dit verschillend ervaren kan worden door de patiënten.

Volgens het boek `Beroepsprofiel Ergotherapeut´ 29 vallen onder het handelingsgebied wonen en zorg een aantal variabelen. Er is gekozen deze variabelen in het schriftelijk onderzoek op te nemen en te gebruiken om het onderzoek af te bakenen en tevens concreet te houden. De volgende variabelen zijn opgenomen in het schriftelijk onderzoek: zelfzorg, woning, huishouden uitvoeren, wonen in de wijk of gemeente, zorg voor anderen. Door in het schriftelijk onderzoek vragen op deze variabelen te stellen was het mogelijk gerichter antwoord te krijgen op de nazorgbehoefte van patiënten gericht op het handelingsgebied wonen en zorg. De definities van de variabelen zijn te vinden in het onderzoeksrapport (*zie paragraaf 3.6.1, Tabel 2* )*.* Onder de variabel `zelfzorg´ vallen nog sub-variabelen, namelijk `zelfmedicatie´, `zelfzorgproducten´, `alle dagelijkse levensverrichtingen (ADL)´ en `seksualiteit’. De seksualiteit is echter niet opgenomen in het schriftelijk onderzoek. De onderzoekers ondervinden dit als een privé vraag en zijn van mening dat het niet van belang is betreffende de primaire nazorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast wilden de onderzoekers de deelnemers niet afschrikken. In overleg met de opdrachtgevers is ervoor gekozen de sub-variabelen gericht op het medische vlak extra op te nemen in het schriftelijk onderzoek, omdat de opdrachtgevers dit tevens in kaart wilden brengen. Desalniettemin leken het de onderzoekers interessant om het medische vlak in kaart te brengen.

## 2.8 Gebruikte (ergotherapeutische) instrumenten

Voor het opstellen van een schriftelijk onderzoek zijn er instrumenten gezocht voor het in kaart brengen van zorgbehoeften. De gevonden instrumenten sluiten echter niet specifiek aan bij het onderwerp `nazorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis´. Daarom is ter inspiratie gebruikt gemaakt van onder andere ergotherapeutische instrumenten. De onderzoeksvraag is gericht op het handelingsgebied wonen en zorg en dit sluit aan bij het vakgebied ergotherapie. In ergotherapeutische instrumenten worden problemen van het (dagelijks) handelen, die door patiënten worden ervaren, geïnventariseerd. Na een ziekenhuisopname kunnen patiënten problemen ervaren, bijvoorbeeld op het gebied van zelfzorg, waar uiteindelijk behoeften aan hulp uit voort kunnen vloeien. Door de vooraf genoemden redenen zijn de onderzoekers van mening dat het gebruik van ergotherapeutische instrumenten goed aansluit bij het opstellen van een schriftelijk onderzoek. Tevens is er voor het gebruik van ergotherapeutische instrumenten gekozen, omdat de onderzoekers zelf ergotherapeut in opleiding zijn. De onderzoekers zien hierin een kans en een voordeel, omdat op deze manier hun (beroeps-) kennis in het onderzoek verweven kan worden.

De volgende (ergotherapeutische)instrumenten zijn afgewogen en dienden ter inspiratie voor het opstellen van een eigen schriftelijk onderzoek. In de tabel wordt een korte samenvatting gegeven van de afgewogen instrumenten;

*Tabel 3: Samenvatting gebruikte (ergotherapeutische) instrumenten*

|  |  |
| --- | --- |
| **Instrumenten op het gebied van nazorg** | **Samenvatting (ergotherapeutische) instrumenten** |
| *Easycare31* | De problemen en behoeften op het gebied van gezondheid, wonen en welzijn van de oudere en zijn mantelzorger wordt geïnventariseerd en biedt uitdrukkelijk ruimte voor inbreng van de oudere zelf. |
| *NVE-standaard (afleggen huisbezoek door ergotherapeuten32)* | *NVE-standaard* (`Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie´): *`Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten´*  De huidige woonsituatie van de patiënt, in relatie tot zijn huidige beperkingen en handicaps wordt bekeken. Met als doel de huidige woonsituatie te beoordelen op geschiktheid voor de patiënt. |
| *COPM33* | *COPM: `Canadian Occupational Performance Measure´*  De verandering in het handelen wordt geëvalueerd en de ervaren problemen op het gebied van handelen van de patiënt worden achterhaald. |
| *ACS34* | *ACS: `Activity Card Sort´*  Welke activiteiten oudere patiënten uitvoeren op de gebieden IADL (instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen), vrije tijd en sociale contacten wordt vastgesteld. Het instrument kan tevens gebruikt worden op volwassenen indien het past in de context. |
| *De Zelfredzaamheids-matrix35* | Door de zelfredzaamheidsmatrix wordt de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen eenvoudig en gestandaardiseerd gemeten. Hierdoor wordt snel een eenvoudig inzicht verkregen in het dagelijks functioneren van een patiënt. De matrix ondersteund hulpverleners bij het bepalen van de zorgbehoefte en het formuleren van een zorg- en begeleidingsaanbod. |
| *EDOMAH- programma36* | *EDOMAH: `Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis´.*  Het EDOMAH programma is een richtlijn voor ergotherapeutische diagnostiek en behandeling van ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Volgens de richtlijn geeft een ergotherapeut aan huis behandeling aan een oudere met dementie en zijn mantelzorger met behulp van ergotherapeutische interventies. |

Onderstaand worden enkele voor- en nadelen van de afgewogen instrumenten beschreven. Daarnaast wordt weergegeven wat de onderzoekers inhoudelijk van de instrumenten hebben gebruikt en waarom hiervoor is gekozen.

Bij de COPM en de ACS wordt de hulpvraag van de patiënt met betrekking tot het handelen in kaart gebracht en richt zich op de gebieden IADL (instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen), vrije tijd en sociale contacten.

Bij de NVE standaard wordt de woonsituatie in kaart gebracht en wordt beoordeeld of het geschikt is voor de patiënt.

De Easycare is voornamelijk bedoeld voor ouderen en gaat meer in op de problemen als op bijbehorende zorgbehoeften. Tevens worden mantelzorgers bevraagd, dit is niet meegenomen in het voorliggend onderzoek. Desondanks sloot de Easycare het meest aan bij het onderwerp nazorgbehoeften na ontslag uit het ziekenhuis.

De hierboven genoemde instrumenten zijn gebruikt ter inspiratie en ter onderbouwing voor de opgestelde vragen.

* *De Easycare31*; is ter inspiratie gebruikt bij de ‘persoonlijke gegevens’, waarvan de onderzoekers twee opties in het schriftelijk onderzoek hebben opgenomen. Dit zijn de burgerlijke staat en de woonsituatie. Daarnaast zijn de keuzemogelijkheden gericht op zelfzorg, verplaatsen en veiligheid, meegenomen in het schriftelijk onderzoek. De Easycare is een betrouwbaar en valide instrument37. De onderzoekers zijn van mening dat een vraag naar de persoonlijke gegevens laagdrempelig is. Hierdoor zullen deelnemers niet direct schrikken van de gestelde vragen, maar wennen ze langzaam aan het invullen van het schriftelijk onderzoek.
* *De COPM*33; is ter inspiratie gebruikt voor de drie gebieden; zelfzorg, productiviteit en ontspanning. Hieronder valt de persoonlijke verzorging, het organiseren- en uitvoeren van het huishouden en sociale contacten. De onderzoekers zijn van mening dat, op deze drie gebieden, de verandering in het handelen wordt geëvalueerd.
* *De NVE-standaard*32; is gebruikt voor de keuzemogelijkheden onder de variabel ‘Woning’. Volgens de standaard moeten er bepaalde aspecten in de woning worden bekeken om te beoordelen of er eventuele problemen kunnen ontstaan. Deze aspecten zijn gericht op de toegankelijkheid van de woning, onder andere de entree, het toilet, de slaapkamer, de keuken et cetera.
* *De ACS*34; is gebruikt voor de persoonlijke verzorging, het huishouden, sociale activiteiten en vrije tijd. Volgende de literatuur is de persoonlijke verzorging een activiteit die gedaan wordt om de eigen gezondheid en welzijn, in relatie tot de omgeving, in stand te houden38. De onderzoekers zijn van mening dat de vraag, gericht op persoonlijke verzorging, veelvoudig voorkomt bij nazorgbehoeften. Ze hebben uit ervaring gemerkt dat in de ergotherapie vragen vaak gericht zijn op de persoonlijke verzorging. Daarnaast wordt in de richtlijn CVA de ACS gebruikt bij vragen onder andere gericht op het huishouden, sociale activiteiten en vrije tijd38. Volgens de literatuur heeft het deelnemen aan sociale activiteiten een positieve invloed op het welzijn van de mens39. Door bovenstaande redenen is de ACS meegenomen in het schriftelijk onderzoek.

Een aanvullende onderbouwing is weergegeven in paragraaf 2.9.7, waarin de inhoud per vraagstelling van het schriftelijk onderzoek is verantwoord.

Naast de boven genoemde instrumenten zijn nog twee andere instrumenten afgewogen voor het opstellen van een eigen schriftelijk onderzoek: de `Zelfredzaamheidsmatrix´ en het `EDOMAH´ -programma35,36.

* De *Zelfredzaamheidsmatrix*35; is een geordend systeem waarin elf domeinen zijn opgenomen. Deze domeinen zijn gericht op het dagelijks leven waar een waarde van zelfredzaamheid aan toe wordt gekend. Binnen deze domeinen bestaan vijf niveaus van zelfredzaamheid: van minimale zelfredzaamheid tot volledige zelfredzaamheid.
* De afkorting van het *`EDOMAH´- programma* staat voor: `Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis´. Het is een richtlijn voor ergotherapeutische diagnostiek en behandeling van ouderen met dementie en hun mantelzorgers36.

Deze instrumenten zijn echter niet meegenomen in het opstellen van een schriftelijk onderzoek.

De Zelfredzaamheidmatrix wordt niet gekozen, omdat het zich niet richt op de gekozen handelingsgebied wonen en zorg. Het EDOMAH-programma brengt de zorgbehoeften van ouderen met dementie en hun mantelzorgers in kaart. Doordat in het behoefteonderzoek de inclusiecriteria `de deelnemer is volwassen (18+)‘ wordt gehanteerd, past dit niet bij de leeftijdscategorie van het EDOMAH-programma.

## 2.9 Inhoud schriftelijk onderzoek

In de onderstaande paragraaf is verantwoord waarom voor de inhoud en vragen van het schriftelijk onderzoek zijn gekozen en welke afwegingen hierin zijn gemaakt.

### 2.9.1 Lay-out

Het schriftelijk onderzoek heeft in totaal een lengte van drie pagina´s. Er is voor gekozen om het aantal pagina´s van het schriftelijk onderzoek beknopt te houden, zodat de deelnemer niet langer dan vijf á tien minuten bezig is met het invullen. Vanuit het deelnemers- en onderzoekers perspectief gezien, is het belangrijk dat een schriftelijk onderzoek niet te lang is, zodat er meer kans is op respons28.

Het schriftelijk onderzoek bevat vijf variabelen waar vragen op zijn gebaseerd. De variabelen met bijbehorende vragen zijn in het schriftelijk onderzoek door middel van tabellen weergegeven. Er is gekozen voor tabellen, zodat de variabelen overzichtelijk naar voren komen en de deelnemer kan zien welke deelvragen bij de variabelen horen. Door een nieuwe tabel weet de deelnemer, volgens de onderzoekers, dat het over een nieuwe variabel gaat en kan hij zich beter focussen.

### 2.9.2 Inleidend stuk

Er is voor een inleidend stuk gekozen zodat de deelnemer, nadat hij de begeleidende brief heeft gelezen, korte instructies krijgt over hoe het schriftelijk onderzoek is opgebouwd en de manier waarop het ingevuld moet worden. Door hierin het woordje `u´ te gebruiken voelt de deelnemer zich meteen aangesproken. Tevens klinkt dit respectvol. Daarnaast zijn de gebruikte begrippen, zoals `hulp´, `hulpmiddel´ of `voorziening´ nader toegelicht en met voorbeelden onderbouwd. Hiervoor is gekozen, zodat er geen twijfels bij de deelnemers zouden kunnen ontstaan en de gebruikte begrippen in het onderzoek begrijpelijk zijn. Er is geen vaktaal gebruikt binnen het onderzoek.

In het schriftelijk onderzoek is er, in het inleidend stuk, behoefte aan ‘hulp’ geschreven. Voorheen was het de bedoeling dat er stond; behoefte aan nazorg. Echter wekte het volgens de huisartsen verwarring op en is er besloten om het behoefte aan hulp te noemen. De behoefte aan hulp en de behoefte aan nazorg wordt door de onderzoekers op dezelfde wijze geïnterpreteerd.

### 2.9.3 Meerkeuzevragen

De opgenomen vragen zijn meerkeuzevragen waar de deelnemer meerdere antwoorden mocht aankruisen indien deze van toepassing waren. Bij een kwalitatief onderzoek kunnen de deelnemers hun mening aangeven. Naar opvatting van de onderzoekers zijn meningen echter te onduidelijk voor dit onderzoek. De onderzoekers wilden weten op welke variabelen de deelnemers nazorgbehoefte hadden, ongeacht waarom. De voorkeur ging tevens uit naar het meten van gegevens en verschillen waardoor een schriftelijk onderzoek met meerkeuzevragen het meest geschikt was. Doormiddel van meerkeuzevragen is de deelnemer in staat antwoord te geven in een aantal keuzemogelijkheden 40. Hierdoor is het mogelijk feiten te verzamelen.

### 2.9.4 Keuzemogelijkheden onderaan schriftelijk onderzoek

Onderaan elke vraag staat de keuzemogelijkheid `Overig, namelijk ....´ en `Ik had geen behoefte aan hulp met betrekking tot...´. In de laatste keuzemogelijkheid wordt de afkorting `m.b.t.´ gehanteerd op grond van de leesbaarheid. De keuzemogelijkheid `Overig, namelijk...´ kan door de deelnemer worden ingevuld als er geen van de boven opgenoemde keuzemogelijkheden van toepassing zijn. Indien de deelnemer wil aangeven dat hij geen behoefte had gericht op een variabel kon hij de keuzemogelijkheid `Ik had geen behoefte aan hulp m.b.t....´ invullen. Deze keuzemogelijkheden zijn bewust onderaan de andere keuzemogelijkheden gezet, om te voorkomen dat de deelnemers direct ervan uitgaan gingen dat ze geen nazorgbehoeften hadden. Indien ze de opties lazen kon er een eventuele herkenning plaatsvinden.

### 2.9.5 Eerste vier weken na thuiskomst

In het inleidende stuk wordt op het laatst de belangrijke opmerking gegeven dat het schriftelijk onderzoek gaat over de eerste vier weken na thuiskomst. Er is voor maximaal vier weken gekozen om de nazorgbehoeften, die na een ziekenhuisopname zouden kunnen ontstaan, te onderzoeken. Voor het onderzoek is het van belang de nazorgbehoeften die ontstaan na ontslag uit het ziekenhuis in kaart te brengen en niet de behoeften die al aanwezig waren. Indien er voor een langer tijdstip wordt gekozen is het volgens de onderzoekers voor de deelnemers moeilijker de nazorgbehoeften te herinneren. Daarnaast kan het zijn dat na een langere tijd de nazorgbehoeften al is ingevuld of opgelost.

### 2.9.6 Volgorde van variabelen in het schriftelijk onderzoek

De volgende volgorde van de variabelen in het schriftelijk onderzoek is gehanteerd:

1. Zelfzorg
2. Woning
3. Huishouden uitvoeren
4. Wonen in de wijk en gemeente
5. Zorg voor anderen

Volgens de literatuur is het raadzaam om met een algemene vraag te beginnen, zodat de deelnemer kan wennen aan het invullen van het schriftelijk onderzoek28. Dit is gedaan bij de `Persoonlijke gegevens’. Daarnaast hebben de onderzoekers ervoor gekozen om met een privé vraag, gericht op de zelfzorg, te beginnen. Deze variabel is herkenbaar voor de deelnemers. Tevens wordt er op deze manier meteen duidelijk waarover het schriftelijk onderzoek gaat. Na vragen gericht op de variabel zelfzorg, volgen vragen gericht op de variabelen woning zoals huishoudelijke taken en wonen in de wijk en gemeente. Als laatste vraag wordt de variabel zorg voor anderen gehanteerd. Deze hoeft de deelnemer alleen in te vullen wanneer hij voor iemand in zijn naaste omgeving zorgt. Deze vraag wordt als laatst gesteld, omdat deze niet voor iedereen van toepassing is. Voor de duidelijkheid is ervoor gekozen de volgende opmerking boven de vraag te plaatsen: `Deze onderstaande vraag heeft alleen betrekking op u als u meer dan acht uur per week voor iemand in uw naaste omgeving zorgt.´

### 2.9.7 Inhoudelijke omschrijving variabelen

In de volgende paragraaf wordt de inhoudelijke omschrijving van de vragen, die onder de variabelen vallen, verantwoord. Er is gestart met de `persoonlijke gegevens´, daarna is elke vraag van het schriftelijk onderzoek gericht op de bijbehorende variabelen onderbouwd.

**Persoonlijke gegevens**

Het schriftelijk onderzoek begint met een vraag naar twee persoonlijke gegevens, namelijk de `burgerlijke staat´ en de `woonsituatie´. Dit stuk komt voort uit het de Easycare31. Als keuzemogelijkheden worden bij de burgerlijke staat de volgende opties gegeven: gehuwd, gescheiden, weduwe/ weduwnaar, ongehuwd en samenlevingscontract. Bij de woonsituatie heeft de deelnemer de mogelijkheid tussen zelfstandig alleenwonend en zelfstandig samenwonend (met bijvoorbeeld een partner, kinderen enzovoorts) te kiezen. Er is gekozen deze twee persoonlijke gegevens op te nemen in het schriftelijk onderzoek, omdat deze informatie onvolledig was en of ontbrak in het digitaal patiëntendossier TransHis. Doordat de onderzoekers deze gegevens in de resultaten en de conclusie wilden verwerken is ervoor gekozen de deelnemers hiernaar te vragen. De verzamelde informatie dient daarnaast als check up voor de onderzoekers of de deelnemer zelf het schriftelijk onderzoek heeft ingevuld. Door het vragen naar de betreffende persoonlijke gegevens wordt de wet van bescherming van persoonsgegevens niet overtreden, omdat de patiëntgegevens voor buitenstaanders niet herleidbaar zijn.

**1.Zelfzorg**

*Vraag 1.1.: `Had u behoefte aan hulp m.b.t. dagelijkse activiteiten gericht op…´*

Voor de vraag gericht op behoefte aan hulp met betrekking tot dagelijkse activiteiten is gekozen, omdat het dagelijks handelen een kerndomein is van de ergotherapie29. ‘’Onder (dagelijks) handelen valt alles wat mensen doen of waaraan ze meedoen’’29. Volgens het `Beroepsprofiel Ergotherapeut´ heeft het kunnen uitvoeren van handelingen een unieke betekenis voor ieder mens29. Om te kunnen achterhalen op welke domeinen deelnemers behoeften hebben zijn de keuzemogelijkheden uit het `Easycare Instrument´ gebruikt. De keuzemogelijkheden uit de Easycare waren geschikt omdat ze inspeelden op het gebied zelfzorg.

*Vraag 1.2.: `Had u behoefte aan hulp m.b.t. medicatie gericht op…´*

Deze vraag is gericht op de behoefte aan hulp met betrekking tot medicatie. Hiervoor is gekozen om aan de wens van de opdrachtgevers tegemoet te komen. Zij gaven aan te willen weten wat de behoeften van patiënten zijn op het vlak van medicatie. Allereerst is er gekeken in de literatuur wat er onder de term ‘medicatie’ valt41. Daarna is er met de opdrachtgevers overlegd welke aspecten geschikt zijn om te verwerken in het schriftelijk onderzoek. Deze aspecten zijn onder andere; het innemen en combineren van medicatie en het raadplegen van de arts of apotheek.

**2.Woning**

*Vraag 2.1:* **`***Had u behoefte aan hulp m.b.t. de toegankelijkheid van uw woning gericht op …´*

Belangrijk bij thuiskomst na een ziekenhuisopname is de toegankelijkheid van de woning. In de NVE-standaard voor huisbezoeken worden veertien items benoemd, die de bereikbaarheid van de woonomgeving en de toegang tot de woning toetsen. Uit deze standaard blijkt dat de toegankelijkheid van de woning een bepalende factor is om de variabel `Woning´ te bekijken. De keuzemogelijkheden die gebruikt zijn in het schriftelijke onderzoek komen voort uit de standaard voor huisbezoeken door ergotherapeuten32.

**3. Huishouden uitvoeren**

Het huishouden uitvoeren betekent het uitvoeren van lichte- en zware huishoudelijke werkzaamheden en het organiseren van het huishouden. Onder lichte- en zware huishoudelijke werkzaamheden vallen onder andere het wassen van kleding, afstoffen en het bed opmaken. Met het organiseren van het huishouden wordt onder andere het boodschappen doen en administratief werk bedoeld42. Onder deze twee aspecten zijn vragen met betrekking tot huishoudelijke werkzaamheden verdeeld.

*Vraag 3.1 : `Had u behoefte aan hulp m.b.t. de lichte huishoudelijke werkzaamheden gericht op…´*

*Vraag 3.2: `Had u behoefte aan hulp m.b.t. de zware huishoudelijke werkzaamheden gericht op…´*

Volgens de richtlijn ‘Indicatieadvisering Hulp bij het Huishouden‘ worden `lichte- en zware huishoudelijke werkzaamheden´ weergegeven. Deze werkzaamheden zijn opgenomen als keuzemogelijkheden en zowel in lichte huishoudelijke werkzaamheden als zware huishoudelijke werkzaamheden verdeeld zoals het in de standaard staat vermeld43.

*Vraag 3.3.: `* *Had u behoefte aan hulp m.b.t. tot het organiseren van huishoudelijke werkzaamheden gericht op…´*

De keuzemogelijkheden die binnen de `organisatie van huishoudelijke werkzaamheden´ vallen zijn afgeleid van het COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Volgens het ergotherapeutisch meetinstrument vallen de drie aspecten, het organiseren van de boodschappen; administratief werk en transport onder de `organisatie van huishoudelijke werkzaamheden´33.

**4. Wonen in een wijk en gemeente**

*Vraag 4.1:* `*Had u behoefte aan hulp gericht op…´*

Het handelen van de mens heeft invloed op de fysieke, sociale en culturele omgeving. Ergotherapeuten maken bewust en doelgericht gebruik van de context om het handelen te bevorderen44. Om het handelen te kunnen bevorderen moet er, volgens de onderzoekers, worden gekeken op welk aspect er nazorgbehoeften liggen. Met deze redenen zijn de fysieke, sociale en culturele omgeving gekozen bij de variabel wonen in een wijk en gemeente met bijbehorende keuzemogelijkheden.

**5. Zorg voor anderen**

Er is besloten om alleen deelnemers die minimaal acht uur per week voor iemand zorgen de betreffende vraag in te laten vullen. Er is gevraagd of de deelnemer behoefte heeft aan hulp wanneer ze voor een ander zorgen, bijvoorbeeld mantelzorg of zorg voor kinderen. Volgens Mantelzorger van het jaar (2014) is een mantelzorger iemand die langdurig en onbetaald voor iemand zorgt die chronisch, gehandicapt of hulpbehoevende is. Deze zorg duurt meer dan acht uur per week of langer dan drie maanden45. Belangrijk hierbij is dat de deelnemer al voor zijn ziekenhuisopname de rol van mantelzorg op zich heeft genomen en dit na ontslag verder uit moet uitoefenen.

*Vraag 5.1.* :*` Had u behoefte aan ondersteuning m.b.t. de zorg/hulp voor een ander gericht op…´*

Om het gehele activiteiten patroon van de deelnemers in kaart te brengen wanneer zij zorg verlenen aan een ander is er voor gekozen om het activiteitenpatroon van de ACS te hanteren. Dit activiteitenpatroon bestaat uit de persoonlijke verzorging, het huishouden, sociale activiteiten en vrije tijd34. Deze vier activiteiten zijn gekozen als keuzemogelijkheden, zodat er duidelijk in kaart wordt gebracht op welk vlak de behoefte ligt.

**6. Evaluatie** : **`***Heeft u nog op- of aanmerkingen over de enquête?´*

Er is besloten om aan het eind van het schriftelijk onderzoek een evaluatievraag op te nemen.

Het was niet mogelijk binnen een korte tijd het schriftelijk onderzoek te toetsen op validiteit. Er is een alternatief gekozen, namelijk de deelnemers te vragen naar hun mening over het schriftelijk onderzoek door middel van een evaluatievraag. Deze kan vrijblijvend worden ingevuld door de deelnemer, nadat hij heeft deelgenomen aan het schriftelijk onderzoek. Het doel van de evaluatievraag was om te weten te komen of het schriftelijk onderzoek in zijn geheel duidelijk was. Er is voor gekozen de evaluatievraag op een open manier op te stellen: `Heeft u nog op- of aanmerkingen over de enquête?´. Het voordeel hiervan is, is dat de deelnemer vrij zijn mening kan uiten over het schriftelijk onderzoek. Er is niet gekozen voor een gesloten vraag, omdat de kans bestaat dat er bepaalde keuzemogelijkheden niet worden benoemd. De evaluatievraag draagt, volgens de onderzoekers, bij aan de kwaliteit van het schriftelijk onderzoek.

### 2.9.8 Pilot

De kwaliteit van het schriftelijk onderzoek is gewaarborgd door het schriftelijk onderzoek door middel van een pilot te toetsen. Volgens de literatuur levert een pilot een aantal zeer bruikbare aanwijzingen op om een schriftelijk onderzoek nog verder te verbeteren46. Om de kwaliteit en de begrijpelijkheid van het schriftelijk onderzoek te toetsen is in afstemming met de opdrachtgevers gezocht naar vrijwilligers uit de eigen leefomgeving. Er zijn in totaal vier vrijwilligers benaderd die het schriftelijk onderzoek voor een proefdraai hebben ingevuld. Deze vrijwilligers zijn echter geen ontslagen patiënten, maar hebben de rol van ontslagen patiënt aangenomen. De verbeterpunten, onder andere spelling en de regelafstand tussen de vragen, zijn bediscussieerd en vervolgens aangepast in het schriftelijk onderzoek en de begeleidende brief. Door feedback te krijgen van proefpersonen was het voor de onderzoekers mogelijk bepaalde aspecten te veranderen.

Daarnaast hebben alle huisartsen van huisartsenpraktijk Thermion feedback gegeven op het schriftelijk onderzoek en de begeleidende brief. De huisartsen hebben het schriftelijk onderzoek gelezen en hebben zich hierbij verplaatst in de rol van een deelnemer. Ze kennen hun patiënten volgens de onderzoekers goed, waardoor de praktijkervaringen van de huisartsen in het opstellen van het schriftelijk onderzoek wordt meegenomen. Na aanpassing van het schriftelijk onderzoek volgens de feedback zijn de artsen nogmaals gevraagd hierna te kijken. Door vaker feedback te vragen en zo overeenstemming te zoeken waren uiteindelijke alle betrokkenen tevreden met het schriftelijk onderzoek, waardoor de kwaliteit hiervan werd gewaarborgd.

### 2.9.9 Patiëntnummer

Het patiëntnummer staat op het schriftelijk onderzoek. Er is hiervoor gekozen, zodat na ontvangst de gegevens geslacht en medisch specialisme opgezocht kunnen worden in TransHis. Deze informatie is beschikbaar in TransHis, waardoor het overbodig is om hiernaar te vragen. Deze gegevens zijn uiteindelijk gekoppeld aan de resultaten. Tevens blijft de anonimiteit van de deelnemer gewaarborgd, aangezien de gegevens niet herleidbaar zijn voor buitenstaanders.

# 3. Data – analyse

In dit hoofdstuk is de data-analyse weergegeven. Er is gestart met de onderbouwing van de gebruikte analyse methoden. Als laatste is er ingegaan op de werkwijze van de analyse methoden.

In de data-analyse zijn de verschillende analyse methoden beschreven die gebruikt zijn bij de teruggekregen schriftelijke onderzoeken. Door het analyseren blijft het belangrijkste deel (datareductie) oftewel de nazorgbehoeften van de doelgroep40. De data-analyse draagt bij om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

## 3.1 Gebruikte analyse methoden

Er is voor gekozen om voor de volgende methoden van data-analyse te kiezen:

* Aantallen berekenen
* Aantallen omzetten naar procenten
* Categorieën samenvoegen
* Horizontaal vergelijken

Van der Donk en van Lanen beschrijven in het boek ‘Praktijkonderzoek in zorg en welzijn’ dat bij meerkeuzevragen de deelnemer wordt gevraagd antwoorden te geven in een aantal keuzemogelijkheden en meer dan één mogelijkheid kan kiezen. Daarbij is gezegd dat het geen zin heeft om bij dit soort vragen een gemiddelde uit te rekenen. Dit zegt immers helemaal niks. Bij het analyseren van de antwoorden kan er wel iets gezegd worden over de keuzemogelijkheden die het meest of juist het minst zijn gekozen bij een vraag40. Om de keuzes van de keuzemogelijkheden bij een vraag in kaart te brengen, is er gekozen om gebruik te maken van bovenstaande analysemethoden.

De analysemethode: ‘aantallen berekenen’ geeft inzicht in het aantal patiënten dat voor een keuzemogelijkheid heeft gekozen. De analysemethode: ‘aantallen omzetten naar procenten’ geeft inzicht in het percentage van deelnemers dat voor een keuzemogelijkheid heeft gekozen. Doordat er vragen zijn gecombineerd is er nieuwe interessante data gecreëerd die van waarde waren voor het onderzoek. Het horizontaal vergelijken van antwoorden is gebruikt om snel een beeld te krijgen van de manier waarop verschillende deelnemers de open vraag aan het einde van de schriftelijk onderzoek hebben beantwoord40.

Doordat de onderzoekers de genoemde analysemethoden hebben gekozen zijn de resultaten op een overzichtelijke manier naar voren gekomen. Hierdoor is er inzicht gecreëerd om te weten op welke variabelen de meeste nazorgbehoeften liggen40. De variabelen zijn toegelicht in het onderzoeksrapport *(zie paragraaf 3.6.1, Tabel 2).*

## 3.2 Werkwijze analyse methoden

Van der Donk en van Lanen (2011) beschrijven in het boek ‘Praktijkonderzoek in zorg en welzijn’ de werkwijzen voor de volgende analysemethoden:

**Analysemethode: aantallen berekenen**

1. De keuzemogelijkheden per vraag zijn onder elkaar gezet.
2. Per keuzemogelijkheid is het aantal personen geturfd dat voor deze keuzemogelijkheid heeft gekozen.
3. Het aantal turfstreepjes per keuzemogelijkheid is opgeteld.

**Analysemethode: aantallen omzetten naar procenten**

1. Het aantal teruggekregen en ingevulde schriftelijke onderzoeken staat voor het aantal personen. Dit aantal staat achter de letter N.
2. De aantallen per keuzemogelijkheid zijn ieder afzonderlijk gedeeld door het totale aantal personen die het onderdeel van het schriftelijk onderzoek hebben ingevuld en zijn vermenigvuldigd met 100%.
3. Het getal is afgerond indien nodig.

**Analysemethode: categorieën samenvoegen**

1. Er is bepaald welke keuzemogelijkheden samengevoegd zijn en er zijn passende categorienamen bedacht: woonsituatie, geslacht en leeftijdsschaal.
2. Het aantal turfstreepjes per keuzemogelijkheid is opgeteld.
3. De aantallen per keuzemogelijkheid zijn ieder afzonderlijk gedeeld door het totale aantal personen die het onderdeel van het schriftelijk onderzoek hebben ingevuld en is vermenigvuldigd met 100%.

**Analysemethode: horizontaal vergelijken**

1. Er is een analyseschema gemaakt met een aantal kolommen en rijen.
2. In de eerste kolom is de vraag geschreven waarvan de onderzoekers de antwoorden horizontaal wilden vergelijken. Tevens is er beschreven waarom deze vraag gesteld is.
3. In de volgende kolommen zijn de antwoorden van de deelnemers weergegeven.
4. In de laatste kolom zijn de belangrijkste bevindingen weergegeven.
5. De antwoorden van de vraag zijn doorgelezen en de delen die van belang waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn onderstreept.
6. Op basis van datgene wat gelezen en onderstreept is, zijn algemene bevindingen geformuleerd. Er is zowel ingegaan op overeenkomsten als verschillen.

# 4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven. Er is gestart met de onderbouwing van de resultaten van de patiënten oriëntatie. Als laatste is er ingegaan op de presentatie van de resultaten van het behoefteonderzoek.

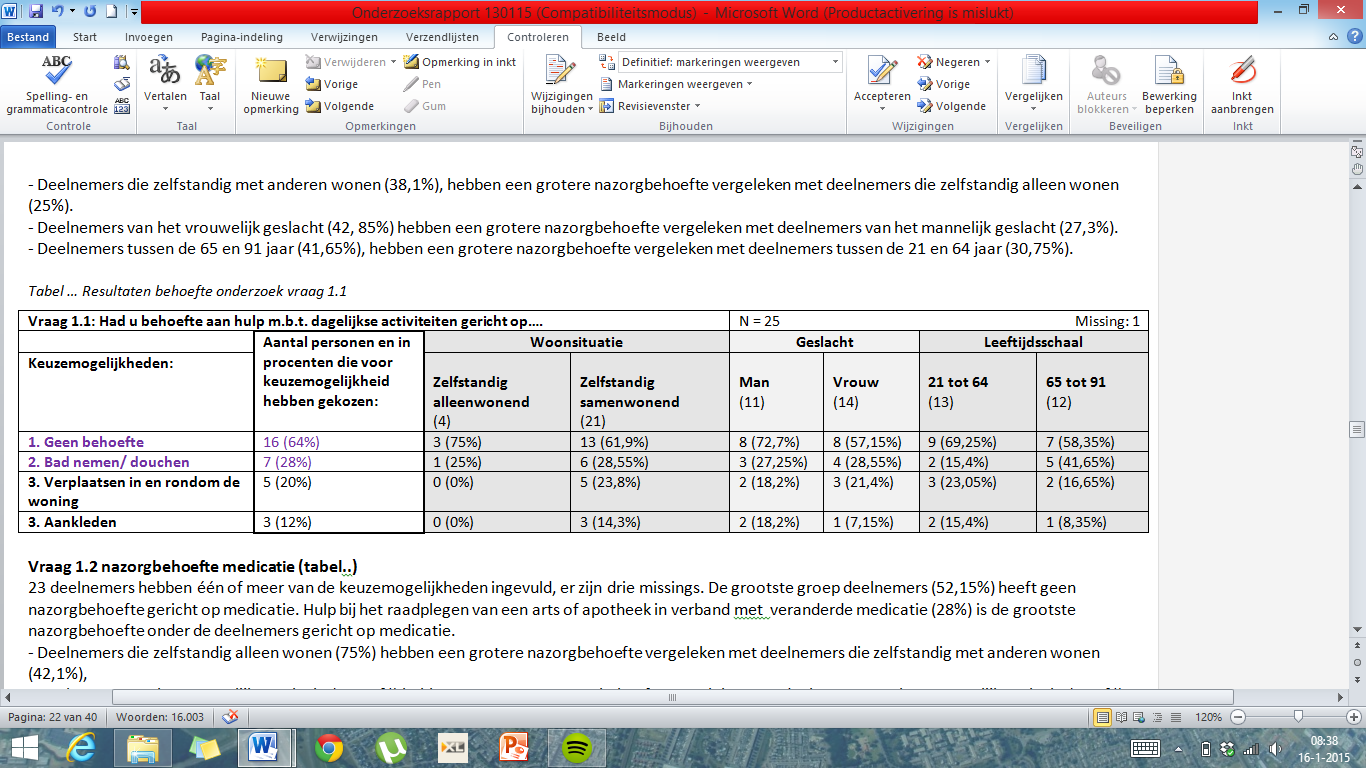
## 4.1 Resultaten patiënten oriëntatie

In het onderzoeksrapport wordt er geadviseerd, indien er interesse is in de uitgebreidere resultaten van de patiënten oriëntatie, deze nader op te vragen bij de opdrachtgevers. Zij hebben van de onderzoekers de resultaten gekregen. In verband met privacy zijn deze niet in de bijlagen geplaatst, omdat er gegevens in staan die herleidbaar zijn. Deze informatie heeft echter alleen meerwaarde voor de opdrachtgevers, omdat het resultaten zijn van hen eigen patiënten.

## 4.2 Presentatie resultaten behoefteonderzoek

De resultaten beginnen met de variabelen op het handelingsgebied wonen en zorg, omdat dit volgens de onderzoekers de belangrijkste resultaten zijn in het onderzoek. Gevolgd door de resultaten van de keuzemogelijkheden, evaluatie, leeftijdsschaal en woonsituatie. Er is afgesloten met de behoeften binnen het medisch specialisme.

Om overzicht te behouden is er gekozen om de meest gekozen keuzemogelijkheden op volgorde weer te geven in een tabel. Hierdoor is er in één oog opslag te zien op welke keuzemogelijkheden de meeste nazorgbehoefte ligt. Doordat de data uit kleine getallen bestaat, is ervoor gekozen om niet alleen te werken in procenten, maar ook de getallen te benoemen40.



*Figuur 1 : Beeldvorming weergave resultaten onderzoeksrapport*

Er is voor gekozen om zo veel mogelijk belangrijke resultaten weer te geven in het onderzoeksrapport. De tabellen zijn ondersteund met tekst, omdat in de tabellen niet zichtbaar is waar de meeste nazorgbehoefte ligt op het gebied van de woonsituatie, geslacht en leeftijdsschaal. De onderzoekers hebben ervoor gekozen alleen de belangrijkste resultaten weer te geven in een tabel in plaats van alle verkregen resultaten. Hierdoor blijft er een overzicht van de belangrijkste resultaten.

### 4.2.1 Ziekte - episode

De ziekte- episode is tijdens de patiënten oriëntatie in TransHis meegenomen. Hiervoor is gekozen, omdat de opdrachtgevers graag een overzicht wouden hebben over hoelang de desbetreffende patiënt was opgenomen in het ziekenhuis. Echter kon er niet bij elke patiënt met 100% zekerheid worden gezegd hoelang hij was opgenomen, omdat niet alle gegevens in TransHis stonden. Het zou interessante informatie zijn om te koppelen aan de resultaten van het behoefteonderzoek. Echter is deze informatie niet geheel betrouwbaar, waardoor de onderzoekers hebben gekozen dit aspect weg te laten in het latere behoefteonderzoek.

### 4.2.2. Onderbouwing leeftijdsschaal

Voor de weergave van de resultaten is gekozen de deelnemers te verdelen in twee leeftijdsschalen, namelijk 21-64 jaar en 65-91 jaar. Er is gekozen voor twee leeftijdsschalen, omdat er niet genoeg deelnemers waren in het onderzoek. Indien er meerdere leeftijdsschalen waren bestond er de mogelijkheid dat er bij bepaalde leeftijdsschalen geen of enkele deelnemers ingedeeld waren. Hierdoor zouden er geen betrouwbare uitspraken gemaakt kunnen worden. De eerste leeftijdsschaal begint bij 21 jaar. Tevens is dit de jongste deelnemer.

Om uiteindelijk een betere verdeling te hebben van de leeftijdsschalen is er ervoor gekozen de tweede leeftijdsschaal vanaf 65 jaar weer te geven. Volgens het Regionaal Kompas Volksgezondheid Zuid-Holland West (2013) worden onder `oudere’ mensen van 65 jaar en ouder verstaan20. Tevens komt er uit de literatuur naar voren dat na het 75e levensjaar het aantal mensen met complexe zorgbehoeften, die ondersteuning nodig hebben, stijgt21. De leeftijdsschaal eindigt bij 91 jaar, omdat de oudste deelnemer een leeftijd heeft van 91 jaar.

Het nadeel van de gekozen leeftijdsschalen is dat er niet een verband aan te tonen is over de nazorgbehoeften gericht op de leeftijd. Echter kunnen de twee leeftijdsschalen overzichtelijk weergegeven worden bij de resultaten. Hierdoor kan de lezer in een oogopslag de nazorgbehoeften per leeftijdsschaal aflezen.

# 5. Discussie

In dit hoofdstuk is de opbouw van de discussie verantwoord.

## 5.1 Opbouw discussie

Er is gekozen om de introductie, het theoretisch kader, de onderzoeksmethode en resultaten ter discussie te stellen op basis van relevante literatuur. Hierdoor is de lezer geïnformeerd over het ontstaan van de uiteindelijke conclusie. Om te voorkomen dat er geen belangrijke discussiepunten over het hoofd werden gezien, zijn er vanaf het begin dilemma’s, sterktes en zwaktes opgeschreven in een dynamisch bestand. Op deze manier konden de onderzoekers hier het gehele onderzoek aanvulling aan geven.

# 6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de presentatie van de conclusie verantwoord.

## 6.1 Presentatie conclusie

De conclusies die worden getrokken zijn gebaseerd op de verkregen resultaten. De onderzoekers toetsen de conclusies aan de hand van een stappenplan die beschreven staat in het boek ‘Praktijkonderzoek in zorg en welzijn’. Dit stappenplan zorgt ervoor dat de conclusies overeenkomen met de resultaten, ‘’hierdoor wordt de conclusie getoetst op waarde’’40.

De conclusies worden in kernachtige zinnen geformuleerd, zodat het voor de lezer in één oogopslag duidelijk is waar het over gaat. De onderzoekers zorgen ervoor dat de tekst eenduidig beschreven is en dat alle lezers hetzelfde opmaken uit de tekst. Het varieert per vraag hoeveel conclusies er getrokken kunnen worden. Deze conclusies geven inzicht over op welke variabelen de meeste nazorgbehoeften liggen40. Bij de verwijzing in de tabel in het onderzoeksrapport staan de getallen en procenten die voortkomen uit de keuzemogelijkheden van de vragen (*zie tabel 3 tot en met 11*). Dit geeft een toevoeging aan de tekst van de conclusie, zodat er in één oogopslag geconcludeerd kan worden hoeveel deelnemers en welke percentage zorgbehoeften heeft op een bepaalde variabel.

## 6.2 Stappenplan voor het trekken en het toetsen van conclusies :

1. De analyseresultaten zijn bekeken
2. Korte uitspraken zijn opgeschreven (met de onderzoeksvraag in het achterhoofd) die opvielen aan de analyseresultaten. Deze uitspraken zijn gericht op overeenkomsten, verschillen en opmerkelijke aspecten in de resultaten.
3. De uitspraken die het meest relevant waren voor de onderzoeksvraag en deelvragen van het onderzoek zijn geselecteerd. Per onderzoeksvraag is een verdeling van de uitspraken gemaakt. De uitspraken die aan elkaar gerelateerd zijn, zijn bij elkaar gezet.
4. De uitspraken uit stap 3 zijn duidelijk leesbaar gemaakt en zijn gerelateerd aan de context van het onderzoek, zodat mensen die geïnteresseerd zijn in de onderzoeksresultaten het begrijpen.
5. Conclusies zijn zo nodig geïllustreerd met fragmenten uit de verzamelde data40.
6. Een ander onderzoeksteam, dat tevens een onderzoek uitvoert bij gezondheidscentrum Thermion, heeft de conclusies en de analyseresultaten nagelezen om te bekijken of de getrokken conclusies juist zijn.

# Nazorg en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is weergegeven hoe de nazorg en aanbevelingen binnen het onderzoek zijn verantwoord.

## 7.1 Nazorg

Het verloop, de resultaten en de conclusies van het onderzoek zijn middels een presentatie aan de opdrachtgevers en andere geïnteresseerden binnen Thermion getoond. Een optie had kunnen zijn alle patiënten die deel hebben genomen aan het onderzoek mede uit te nodigen voor de presentatie. Er is hiervan afgeweken, omdat het volgens de onderzoekers voor kan komen dat de deelnemers nog in het herstelproces zitten. Ze willen de deelnemers niet extra belasten. De onderzoekers vinden het overbrengen van de resultaten uit het onderzoek relevant voor de opdrachtgever en overige huisartsen binnen Thermion. Uiteindelijk is het aan de zorgprofessionals om deze nazorgbehoeften in te vullen.

De data van de patiënten oriëntatie en de schriftelijke onderzoeken zijn opgeborgen in het archief van huisartsenpraktijk Thermion. Hieronder is weergegeven wat er aan de documenten is toegevoegd om deze te kunnen herleiden aan dit onderzoek.

* Titel van het onderzoek

Namen van de onderzoekers

Datum en het semester wanneer het onderzoek is uitgevoerd.

* Samenvatting van het onderzoek

## 7.2 Aanbeveling vervolgonderzoek

Het voorliggende onderzoek is het eerste onderzoek binnen de onderzoekslijn ‘Ontslagen uit het ziekenhuis, en dan?’. Er is gekozen om enkele aanbevelingen te geven voor een vervolgonderzoek. De onderzoekers zijn van mening dat, voor het tot stand komen van een implementatie, een vervolg onderzoek moet plaatsvinden gericht op de nazorgbehoeften.

Er is aanbevolen de methode, die ook wel bekend staat als de PDCA- cirkel van Deming*,* toe te passen in het vervolgonderzoek. Er is gekozen voor deze methode omdat er binnen de HAN veel met deze methode wordt gewerkt. De onderzoekers hebben met deze methode het meest ervaring. Doormiddel van dit proces worden de stappen Plan, Do, Check, Act optimaal doorlopen47. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het voorliggend onderzoek.

# Evaluatie

De onderzoekers vinden het van belang om respectvol, zorgvuldig en integer te communiceren met de opdrachtgever en de docent begeleidster. Hieronder wordt het professioneel communiceren toegelicht. Daarbij worden er dilemma’s en ethische aspecten in benoemd, waarover de onderzoekers een standpunt over hebben ingenomen. Tevens wordt er door de onderzoekers gereflecteerd op de individuele prestatie en wordt er een visie gepresenteerd op het project en de projectresultaten.

## 8.1 Communicatie met de opdrachtgever (Dr. van de Laar)

Tijdens het project hadden de onderzoekers twee opdrachtgevers, Dr. Floris van de Laar en Drs. Julian Kiers. Met Dr. van de Laar hadden de onderzoekers het meeste contact, hierdoor werd de communicatie met hem als belangrijkste gezien. Door deze omstandigheden is ervoor gekozen de communicatie met Dr. van de Laar verder uit te lichten.

De communicatie met Dr. van de Laar liep in het begin volgens de onderzoekers moeizaam. Dit kwam doordat de onderzoekers hem een bevlogen man vonden. Tijdens de start van het onderzoek waren de onderzoekers onzeker over welke richting het onderzoek opging en wat ze hierin konden doen. Dr. van de Laar was leidend in de eerste contactmomenten. Volgens de onderzoekers keek hij naar het huidige onderzoek als onderzoeker en niet als opdrachtgever. Hierdoor had hij duidelijk voor ogen hoe het onderzoek gerealiseerd zou worden. Het gevolg hiervan was dat de onderzoekers teruggetrokkener waren in het contact en bang waren om iets fout te doen. Ze hielden zich hierdoor meer op de achtergrond.

Na enkele weken kwam dit inzicht bij de onderzoekers over wat er gaande was. Ze waren van mening dat hier sprake was van een professioneel dilemma. ‘’Beroepssituaties die een professioneel dilemma bevatten zijn situaties die er echt toe doen en waarop studenten zich gericht moeten voorbereiden’’48. Ze vonden dat de communicatie niet vlekkeloos liep en hebben dit aangekaart bij de docent begeleidster. De docentbegeleidster adviseerde om dit bespreekbaar te maken tegenover de opdrachtgever, hierdoor kreeg hij inzicht over de mening van de onderzoekers. Tevens gaf ze aan dat de onderzoekers het niet als iets negatiefs moesten zien dat de opdrachtgever vanuit het oogpunt van onderzoeker keek. Hier zouden de onderzoekers ook hun voordeel uit kunnen halen door zijn expertise te gebruiken in het onderzoek.

De onderzoekers waren van plan het dilemma in eerste instantie aan te kaarten bij de opdrachtgever. Echter wouden ze het goed voorbereid bespreken48, daarbij is het communicatiemodel Roos van Leary gebruikt. Het model gaat ervan uit dat gedrag gedrag oproept. Met andere woorden: ‘’de Roos gaat uit van actie en reactie, oorzaak en gevolg en zenden en ontvangen’’49. Op deze wijze kunnen gedragspatronen geanalyseerd worden en kan het eigen gedrag bewust ingezet worden om het gedrag te beïnvloeden50. Hieruit kwam naar voren dat Dr. van de Laar tijdens de eerste contactmomenten, volgens de onderzoekers, een ‘boven-gedragspatroon’ had. Hij uitte zich actief, beïnvloedend, beheersend en motiverend. Door deze gedragspatronen toonden de onderzoekers in eerste instantie afhankelijk, onderdanig, conformerend en bescheidend gedrag. Volgens Leary roept ‘boven-gedrag’, ‘onder-gedrag’ op. Een complementaire werking50. Echter moet er aan deze gedragingen geen waardeoordeel aan gekoppeld worden. Het gedrag is per definitie niet goed of fout50.

Doordat de onderzoekers bewust waren van zijn en hun eigen gedragspatronen konden ze hierop inspelen. De onderzoekers hadden voorheen meewerkend en volgend gedrag, maar wouden zich leidend gedragen. Dit door middel van initiatieven te tonen, het voorzitterschap te nemen en hun eigen visie te tonen. Door dit gedrag begon de opdrachtgever zich meewerkend en volgend te gedragen. Dit betekent dat hij meer ‘hoe’ vragen ging stellen. Hoe kunnen we dat doen, hoe moeten we dat aanpakken, hoe gaan we daarmee aan de slag?

Deze manier van communiceren heeft direct gewerkt. De onderzoekers voelden zich zekerder, hadden duidelijker voor ogen hoe ze het onderzoek zouden willen realiseren, hadden een eigen standpunt, voelden zich gelijkwaardiger en hadden meer grip op de situatie. Uiteindelijk is ervoor gekozen het dilemma niet aan te kaarten bij de opdrachtgever, omdat het probleem zich opgelost had en het bespreken eventueel de samenwerking minder zou worden.

Het was belangrijk om in het gehele onderzoeksproces duidelijk te communiceren. De opdrachtgever had vaak ideeën, waardoor het onderzoek uiteindelijk breder zou worden. Echter wouden de onderzoekers afbakenen, hierdoor moesten de onderzoekers duidelijk communiceren over wat zij van plan waren en of de opdrachtgever hierin mee instemde. Er was indien nodig mail contact en hier reageerde beide partijen snel op. Er was sprake van ‘korte lijnen’. Dit hield in dat de onderzoekers binnen mochten lopen bij de opdrachtgever wanneer zij vragen hadden. Dit was vooraf tijdens het eerste contact moment afgesproken, waarbij beide partijen instemden. Doorgaans was het contact formeel. Vanuit ethische aspecten waren de onderzoekers van mening dat dit hoorde, omdat hij een onbekende was. Hierdoor gedroegen de onderzoekers zich respectvol en integer.

### 8.1.1 Feedback opdrachtgever

Na de presentatie van het uitgevoerde onderzoek is er samen met de opdrachtgever[[4]](#footnote-4) een feedbacklijst ingevuld. Hierin werd gereflecteerd op het samenwerkingsproces, de kwaliteit van het rapport, de toepasbaarheid en praktijkgerichtheid van het onderzoek. Voor de feedbacklijst wordt u verwezen naar bijlage 3.

*Samenwerking en professioneel handelen*

De opdrachtgever was tevreden over de communicatie tussen hem en de onderzoekers. Hierin liet hij blijken dat hij de onderzoekers vriendelijk vond en dat ze te allen tijde afspraken zijn nagekomen. De onderzoekers kunnen zich hierin vinden, omdat ze van mening zijn dat er respectvol met een opdrachtgever om moet worden gegaan.

Daarnaast liet de opdrachtgever blijken dat hij van mening was dat de onderzoekers zorgvuldig en integer gewerkt hebben. Hierin benoemde hij dat er zorgvuldig met de privacy gegevens van de patiënten is omgegaan. De onderzoekers vinden privacy een belangrijk aspect en vinden het fijn dat dit positief is opgemerkt.

Tevens was de opdrachtgever van mening dat de onderzoekers niet uitblinken in een ondernemende houding. Echter was hij van mening dat ze niet onder de maat presteerden. Hierin gaf hij aan dat de onderzoekers een neutrale houding hebben laten zien. De onderzoekers kunnen zich in deze feedback vinden. Op het begin wisten ze niet goed wat voor een houding ze moesten aannemen, omdat ze nog nooit een onderzoek hadden uitgevoerd. Naarmate de tijd verstreek kregen de onderzoekers meer zelfvertrouwen, hierdoor namen ze een ondernemendere houding aan. Voor een volgende keer willen de onderzoekers meer de leiding nemen, omdat ze nu weten hoe het proces in zijn gang gaat en wat belangrijke aspecten zijn tijdens het samenwerken en het professioneel handelen.

*Kwaliteit*

Tot dusver is de opdrachtgever tevreden over het resultaat. Hij heeft echter nog niet de definitieve versie gezien van het onderzoeksrapport. Deze wordt na de beoordeling van het praktijkgericht onderzoek aan hem overhandigd. Daarnaast is hij tevreden over de kwaliteit van de eindpresentatie. Echter had hij nog enkele aandachtspunten: de duur van de presentatie was té lang. ‘Het moet concreter worden uitgelegd en alleen de harde kern moet bespreekbaar worden gemaakt’. Hierin waren de onderzoekers het mee eens. In het vervolg zullen ze ervoor kiezen om de inleiding en de methode minder uit te lichten, omdat het minder relevant is. Daarnaast hebben de onderzoekers aan de verwachtingen van de opdrachtgever voldaan. Volgens hem was er geen groot verschil tussen de daadwerkelijke verwachte- en bestede begeleidingstijd. De onderzoekers kunnen zich hierin vinden. Ze hebben alleen noodzakelijke vragen aan de opdrachtgever gesteld.

*Toepasbaarheid en praktijkgerichtheid*

De opdrachtgever is van mening dat het eindproduct en de desbetreffende aanbevelingen acceptabel en realiseerbaar zijn binnen huisartsenpraktijk Thermion. ‘Het heeft voldoende handvaten voor een vervolg’. De onderzoekers zijn erg tevreden met deze feedback, omdat zij het belangrijk vinden dat het onderzoek praktijkgericht is.

Concluderend kan er gezegd worden dat de onderzoekers in staat zijn respectvol, zorgvuldig en integer te communiceren. De opdrachtgever was tevreden over de samenwerking alsmede de onderzoekers. Er heerste een juiste sfeer en dit heeft uiteindelijk een positief effect gehad op het uiteindelijke resultaat.

## 8.2 Communicatie met de docentbegeleidster (Renske Janssen)

Tijdens het onderzoekproces hebben de onderzoekers begeleiding gehad van een docentbegeleidster, Renske Janssen, ergotherapeut in het UMC St. Radboud. Haar functie was de onderzoekers te begeleiden en feedback te geven op vraagstukken en discussiepunten in het onderzoek. Door de begeleiding kregen de onderzoekers nieuwe ideeën en input voor het verdere verloop van het onderzoek.

Tijdens het onderzoek vonden de onderzoekers het van belang om op een goede manier met de docentbegeleidster te communiceren. In het begin zijn er verwachtingen van beide kanten besproken. Dit hielp om goed inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van zowel de docentbegeleidster als van de onderzoekers betreffende de communicatie. De onderzoekers hebben in afstemming met de docentbegeleidster op verschillende manieren gecommuniceerd.

* Voor het maken van een afspraak heeft er mailcontact plaats gevonden. Hierin werd de inhoud van de bijeenkomst benoemd en een voorstel gedaan voor een dag en een tijdstip. Om duidelijkheid te schetsen over de inhoud van de afspraak is ervoor gekozen per bijeenkomst een agenda op te stellen. Tijdens de bijeenkomsten zijn er, indien nodig, notulen gemaakt en na afloop gestuurd naar de docentbegeleidster.
* De docentbegeleidster beoordeelt de onderzoekers op hun individuele presentatie. Om haar meer inzicht en achtergrondinformatie te geven over de onderzoekers is ervoor gekozen een SWOT-analyse per onderzoeker in te vullen. De conclusie hiervan is gepresenteerd aan de begeleider. Tevens is er een persoonlijke reflectie geschreven door de onderzoekers. Deze zijn te vinden onder paragraaf 8.4.
* Er zijn met de docentbegeleidster dilemma’s besproken betreffende de communicatie met de opdrachtgever. Dit dilemma is hierboven, bij paragraaf 8.1 `Communicatie met de opdrachtgever´ toegelicht.

De communicatie verliep volgens de onderzoekers op een juiste manier. In de omgang met de docentbegeleidster werd er geen professioneel dilemma ervaren. De onderzoekers kregen goede feedback en werden aangezet tot nadenken. Na afloop van een bijeenkomst hadden de onderzoekers altijd een positief gevoel. Dit kwam doordat de onderzoekers nieuwe ideeën op hadden gedaan, wat de vooruitgang van het project bevorderde.

Tijdens de gehele periode van begeleiding heerste er een prettige sfeer tussen de docentbegeleidster en de onderzoekers. In eerste instantie waren de onderzoekers van plan een formele omgang te tonen met de docentbegeleidster. Er werd hiervoor gekozen, omdat vanuit ethische aspecten gezien de onderzoekers vonden dat de docentbegeleidster respectvol en integer benaderd moest worden. Echter bleek, tijdens het eerste contactmoment met de docentbegeleidster, dat een informele omgang passender was tijdens de bijeenkomsten. Dit kwam door de persoonlijkheden van zowel de docentbegeleidster alsmede de onderzoekers. Het standpunt van de onderzoekers is vervolgens hieromtrent veranderd. De onderzoekers zijn van mening dat een informeel omgang, ook ethisch gezien, heel goed kan zijn. De informele omgang bevorderde met elkaar de teamgeest, het samenwerkingsverband en de vertrouwensband tussen de docentbegeleidster en de onderzoekers, waardoor iedereen zich op zijn gemak kon voelen. De onderzoekers zijn van mening dat een formele omgang niet geschikt zou zijn. De omgang zou onpersoonlijk en te oppervlakkig zijn, waardoor er geen vertrouwensband gecreëerd kon worden. Dit zou uiteindelijk de samenwerking niet bevorderen.

Aan het eind van de periode van begeleiding hebben de onderzoekers feedback gericht op de communicatie aan de docentbegeleidster gevraagd. Er is een feedbacklijst opgesteld en deze is ingevuld door de docentbegeleidster. Met de feedback die is ontvangen zijn de onderzoekers tevreden. Volgens de docentbegeleidster verliep de communicatie goed en zij vond het tevens prettig met de onderzoekers samen te werken.

Concluderend kan er gezegd worden dat de onderzoekers in staat zijn respectvol, zorgvuldig en integer te communiceren. Volgens de docentbegeleidster komen de onderzoekers afspraken na en werken zorgvuldig. Door agenda´s en notulen te maken voor de bijeenkomsten werd duidelijkheid geschetst. Tijdens de bijeenkomsten houden de onderzoekers de tijd in relatie tot de agenda punten in de gaten. Daarnaast vond de docentbegeleidster het prettig dat de onderzoekers haar altijd goed op de hoogte hielden van de vorderingen. Een tip die de docentbegeleidster gaf was dat de onderzoekers, vooral in het begin van de contactmomenten, meer initiatieven mochten nemen. Daarnaast moeten de onderzoekers opletten dat ze niet terugvallen in hun studentenrol maar blijven in de rol van onderzoekers.

## 8.3 SWOT-analyse

De onderzoekers hebben tevens geëvalueerd op hun onderzoeksproject in de context van huisartsenpraktijk Thermion. Door een SWOT-analyse hiervan op te stellen zijn sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen gereflecteerd. Er is dus een sterkte-/zwakteanalyse gemaakt waarin positieve en negatieve aspecten rondom het onderzoek worden beschreven. Voor de opgestelde SWOT-analyse verwijzen de onderzoekers naar bijlage 2.

## 8.4 Visie

De onderstaande visie is gericht op het project en de projectresultaten. Hierin is het standpunt van de onderzoekers toegelicht gericht op de drie niveaus, namelijk micro-, meso- en macroniveau.

*Micro- niveau*

De onderzoekers zijn van mening dat het onderzoek een meerwaarde is voor de patiënten en de huisartsen van huisartsenpraktijk Thermion. De onderzoekers vinden patiënttevredenheid erg belangrijk, omdat zij van mening zijn dat patiënten recht hebben op kwalitatieve zorg. De nazorgbehoeften van ontslagen patiënten worden door middel van het onderzoek duidelijk in kaart gebracht. Het gevolg van deze resultaten is dat de huisartsenpraktijk een duidelijk overzicht hebben van welke nazorgbehoeften er spelen bij hun ontslagen patiënten, gericht op het handelingsgebied wonen en zorg. Door het overzicht kan de coördinerende rol van de huisartsen verbeterd worden, zodat ze geschikte professionals kunnen inzetten om aan de zorgbehoeften van ontslagen patiënten te voldoen. Dit verbetert uiteindelijk de patiënttevredenheid.

*Meso- niveau*

Het onderzoek heeft uiteindelijk invloed op het gezondheidscentrum Thermion. Wanneer er aan de nazorgbehoeften kan worden voldaan bestaat de mogelijkheid dat er een betere sfeer ontstaat tussen cliënt en professional. Dit sluit aan bij het standpunt van de onderzoekers, omdat ze patiënttevredenheid van belang vinden. Tevens hebben de patiënten die nazorgbehoeften ervaren reeds contact met de professionals. De drempel is hierdoor lager om in het vervolg contact te zoeken met het gezondheidscentrum. De onderzoekers vinden het belangrijk dat patiënten zelfstandig kunnen handelen. Hierin kan het gezondheidscentrum uiteindelijk aan bijdragen. Daarnaast zijn de onderzoekers van mening dat zorgprofessionals laagdrempelig en toegankelijk moeten zijn voor mensen in hun omgeving. Dit past bij de visie van gezondheidscentrum Thermion, namelijk; ‘Samen streven naar nóg betere zorg dichtbij huis!’**51**

*Macro- niveau*

De onderzoekers zijn van mening dat het onderzoek bijdraagt op maatschappelijk niveau. Zij vinden dat er onvoldoende naar de nazorgbehoeften van ontslagen patiënten wordt gekeken. Er zijn tal van onderzoeken die zich richten op de ontevredenheid van het ontslagproces8. Echter kijken ze naar het proces van ziekenhuis naar thuis en wat de desbetreffende zorgbehoeften zijn. Daarnaast wordt er niet voldoende ingegaan op de zorgbehoeften die ontstaan in de thuissituatie. Dit blijkt uit signalen van de ZZG Zorggroep en de huisartsen van huisartsenpraktijk Thermion (*Persoonlijke mededeling huisartsen en wijkverpleegkundigen ZZG, 14 oktober 2014*). Doordat dit onderzoek gepubliceerd wordt zouden er, in verschillende regio’s, onderzoeken gedaan kunnen worden om te inventariseren of er nazorgbehoeften spelen in de thuissituatie van ontslagen patiënten.

# Literatuur

1. Mistiaen P. Hospital discharge: problems and interventions.Utrecht: Nivel; 2007.
2. ScriptieAF. Scriptie schrijven. 2014. Beschikbaar via: <http://scriptieaf.nl/literatuurstudie/scriptie-schrijven/> Geraadpleegd 2014 december 29
3. Rebeccahoogers. Inleiding schrijven. 2014. <http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/91488-inleiding-schrijven.html> Geraadpleegd 2014 november 12
4. Hogeschool van Amsterdam. Maak je selectie, betrouwbaarheid. 2014. Beschikbaar via: <https://stip.hva.nl/selecteren/betrouwbaarheid.html> Geraadpleegd 2014 december 19
5. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Digitale bronnen. 2014. Beschikbaar via:. <http://specials.han.nl/themasites/studiecentra/zoeken-en-vinden/gezondheid/digitale-bronnen/> Geraadpleegd 2014 december 19
6. Timmermans W, Meel M van. Mijn CVA/TIA – mijn behoeften. Online hulpverlening. 2014. Beschikbaar via: <http://av.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:46501/DS2>. Geraadpleegd 2014 November 20.
7. Kuiers H, Bode H de. Mantelzorgers betrekken bij het zorgproces. [afstudeeropdracht] [HBO Kennisban]. 2014. Beschikbaar via: <http://gh.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:46453/DS1/> Geraadpleegd 2014 november 20
8. Bogerd M, Kruijf W, Roza P de. Ontzag voor het ontslag: kwaliteit van zorg met betrekking tot het patiëntenontslag. 2011. Beschikbaar via <http://che.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:10351/DS1/> Geraadpleegd 2014 november 20
9. Lamers G, Risakotta S. Mogen wij u bellen na ontslag? De behoefte van de patiënt ten aanzien van telefonisch nazorg na een chirurgische behandeling voor een niet-kleincellig lingcarcinoom. 2010. Beschikbaar via: <http://han.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:9902/DS1> Geraadpleegd 2014 november 20
10. Kerkstra A, Verheij R, Foets M, Velden J van der. Behoefte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. T. Soc. Gezondheidsz. 1990; 68: 346-354.
11. Engelshoven I van, Beker H, Reurslag R. De weg naar een beter ontslagproces. 2007. Beschikbaar via: <http://prodb.nursing.nl/PageFiles/9997/2007,%206-38.pdf> Geraadpleegd 2014 november 24
12. Deeg D, Broese Groenou M van.Zorggebruik door ouderen na opname in het ziekenhuis: ontwikkelingen in 1992-2002. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2007; 85, 174-182.
13. Donk C van der, Lanen B van. Praktijkonderzoek in zorg en welzijn. Bussum: Countinho; 2011. Bussum: Coutinho. p. 55-56
14. Verhoeven N. Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Amsterdam: Boom; 2014. P.122-127
15. Ostelo R, Vet H de, Beek H van. Architectuur van kwantitatief wetenschappelijk onderzoek. Onderwijs in wetenschap. Lesbrieven voor paramedici. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006. p. 37-42.
16. Rijksoverheid. Kwalitatief onderzoek. 2014. Beschikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor-professionals/communicatieonderzoek/kwalitatief-onderzoek> Geraadpleegd 2014 december 17
17. Korzilius H. De kern van survey-onderzoek. Assen: van Gorcum; 2000. p. 8-9
18. Rijksoverheid. Kwantitatief onderzoek. 2014. Beschikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor-professionals/communicatieonderzoek/kwantitatief-onderzoek> Geraadpleegd 2014 december 17
19. Right marktonderzoek. Voor- en nadelen kwantitatief onderzoek. n.d. Beschikbaar via: <http://www.rightmarktonderzoek.nl/kwantitatief-onderzoek/voor-en-nadelen-kwantitatief-onderzoek> Geraadpleegd 2014 december 19
20. Regionaal kompas volksgezondheid. Hoeveel ouderen zijn er in Nederland? 2013. Beschikbaar via: <http://www.regionaalkompas.nl/zuid-holland-west/thema-s/ouderen/hoeveel-ouderen-zijn-er-in-nederland/> Geraadpleegd 2014 december 20
21. Wynia K. Programma geïntegreerde ouderenzorg (PGO): Herontwerp van het zorgaanbod: naar vraaggerichte samenhangende proactieve en preventieve zorg en begeleiding voor ouderen (project). Projecten 2010. Beschikbaar via: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/programma-geintegreerde-ouderenzorg-pgo-herontwerp-van-het-zorgaanbod-naar-vraaggerichte-samenh/samenvatting/>. Geraadpleegd 2014 November 20.
22. Boekholdt M, Coolen J. Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen. 2010. Beschikbaar via:<http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/fileadmin/www.npoz.nl/documenten/programmateksten/Werkdocument_NPO__Bewegingen_in_de_zorg_voor_kwetsbare_ouderen.pdf> Geraadpleegd 2014 november 10
23. Zorgverzekering.info. Zorgbehoefte 65-plussers afhankelijk van leefsituatie. 2014. Beschikbaar via: [http://www.zorgverzekering.info/nieuws/zorgbehoefte-65-plussers-afhankelijk-leefsituatie.html Geraadpleegd 2014 december 2014](http://www.zorgverzekering.info/nieuws/zorgbehoefte-65-plussers-afhankelijk-leefsituatie.html%20Geraadpleegd%202014%20december%202014) Geraadpleegd 2014 december 20
24. Het recht verklaard. Minderjarig of meerderjarig? 2013. Beschikbaar via: <http://rechtverklaard.wordpress.com/2013/03/21/minderjarig-of-meerderjarig/> Geraadpleegd 2014 december 20
25. Baarda B. Dit is onderzoek! Goningen/Houten: Noordhoff; 2014. p. 64-70
26. Kuiper C. Evidence Based Practice voor Paramedici. Amsterdam: Boom Lemma; 2008. p. 239
27. Saxion. Enquête/vragenlijst/survey onderzoek. 2008. Beschikbaar via: <http://onderzoeksklapper.filab.nl/index.php?page=infopagina-enquete-vragenlijst-survey-onderzoek> Geraadpleegd 2014 december 17
28. Scriptieoverzicht. 2014. Beschikbaar via: <http://www.scriptieoverzicht.nl/enquete/> Geraadpleegd 2014 december 20
29. Hartingsveldt M, Logister-Proost I, Kinébanian, A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Handelen: handelingsgebieden. Den Haag: Ergotherapie Nederland/Boom Lemma uitgevers; 2010 p. 27-30
30. Schoot T, Danen S, Ham H van der, Jonkers A, Koetsenruijter R, Swieten B van. De verpleegkundige als ontwerper. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff; 2006. p. 93-98
31. Radboud Zorgacademie. *Easycare-instrument. Trap 2/ probleemanalyse.* Easycare Scholing & Training, Radboud Zorgacedemie; 2013
32. Nederlandse vereniging voor ergotherapie. Standaard voor afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers; 2001
33. Zalmstra A, Stomph M. Probleeminventarisatie en- analyse. Ergovaardig deel 1. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2012 p. 89-103
34. Derriks D, Groot B, Tigchelaar E. ACS-NL Activity Card Sort Nederland. Handleiding. Hogeschool van Amsterdam, Expertise Centrum Ergotherapie; 2008
35. Lauriuks S, Buster M, Wit M de, Weerd S van de, Tigchelaar G, Fassaert T. Zelfredzaamheids-matrix. 2012. Beschikbaar via: <http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/resources/site1449/General/Matrix/Zelfredzaamheid_Matrix-2013.pdf> Geraadpleegd 2015 januari 10
36. EDOMAH- Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis. Wat is het EDOMAH-programma. n.d. Beschikbaar via: <http://www.edomah.nl/site/index.php/edomah> Geraadpleegd 2014 december 5
37. Koenen C, Luijkx K, Westert A, Vijfvinkel A, Schols J. De kloof tussen generalist en specialist overbrugd. Het geriatrisch spreekuur in de huisartsenpraktijk. Tijdschrift voor ouderen geneeskunde 2010: 6: 219-222
38. Steultjes E, Cup E, Zajec J, Hees S van. Ergotherapie CVA. Nijmegen/Utrecht: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013
39. Everard K. The relationship between reasons for activity and older adult wellbeing. Journal of Applied Gerontology. 1991. 18 325-340
40. Donk C van der, Lanen B van. Praktijkonderzoek in zorg en welzijn. Bussum: Countinho; 2011. Bussum: Coutinho. p. 233-273
41. InfoNu. Medicijnen: zelfmedicatie – medicijnen zonder recept. 2014. Beschikbaar via: <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/60655-medicijnen-zelfmedicatie-medicijnen-zonder-recept.html> Geraadpleegd 2014 oktober 7
42. Eilandzorg schouwen –Duiveland. Thuiszorg alles over thuiszorg: huishoudelijke zorg. 2014. Beschikbaar via: <http://www.eilandzorg.com/zorg.php?mnu=25&PHPSESSID=b49301d81177966d13626c40d31f9810> Geraadpleegd 2014 oktober 7
43. CIZ. WMO richtlijn indicatieadvisering hulp bij het huishouden. 2011. Beschikbaar via: <http://www.mozaak.nl/portals/0/Downloads/Richtlijn%20indicatieadvisering%20Hulp%20bij%20het%20Huishouden%20jan2011.pdf> Geraadpleegd 2014 oktober 16
44. Granse M de, Hartingsveldt M van, Kinébanian A. Grondslagen van de ergotherapie. Amsterdam: Reed Business; 2012 p. 274-285
45. Mantelzorger van het jaar. Wat is mantelzorg? 2014. Beschikbaar via: <http://mantelzorgervanhetjaar.nl/mantelzorg/> Geraadpleegd 15 oktober 2014
46. Verhoeven N. Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Amsterdam: Boom; 2014. P.233-273
47. Foendoe Aubѐl G. Zorgbasics kwaliteitszorg. Den Haag: Boom Lemma; 2010. p. 122-123
48. Grotendorst A, Rondeel M, Wijngaarden P. Kritische beroepssituaties geven competenties context [online artikel]. n.d. Beschikbaar via: <http://www.kessels-smit.nl/files/Artikel_kritische_beroepssituaties2.pdf> Geraadpleegd 6 januari 2015
49. Oook. Roos van Leary. 2015. Beschikbaar via: <http://www.oook.nl/Communicatie/specifiek.html> Geraadpleegd 2015 januari 8
50. Mens en samenleving. Werken met de Roos van Leary*.* 2009. Beschikbaar via:[http://mens-en-samenleving.infonu.nl/communicatie/32143-werken-met-de-roos-van-leary.html Geraadpleegd 2015 januari 6](http://mens-en-samenleving.infonu.nl/communicatie/32143-werken-met-de-roos-van-leary.html%20Geraadpleegd%202015%20januari%206)
51. **Thermion Academisch Gezondheidscentrum. Welcom. n.d. Beschikbaar via:** <http://www.agcthermion.nl>  **Geraadpleegd 2015 januari 17**

# Bijlagen

## Bijlage 1: Ruwe data behoefteonderzoek

1. **Zelfzorg**

**1.1.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp m.b.t. dagelijkse activiteiten gericht op…. | | | | N = 25 Missing: 1 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen** (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (21 samenwonend) | **Man**  (11) | **Vrouw**  (14) | **Leeftijdschaal**  **21 tot 64**  (13) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (12) |
| Lichamelijke verzorging | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Aankleden | 3 (12,00%) | 0 (0%) | 3 (14,3%) | 2 (18,2%) | 1 (7,15%) | 2 (15,4%) | 1 (8,35%) |
| Uitkleden | 2 (8%) | 0 (0%) | 2 (9,5%) | 0 (0%) | 2 (14,3%) | 1 (7,7%) | 1 (8,35%) |
| Bad nemen/ douchen | 7 (28%) | 1 (25%) | 6 (28,55%) | 3 (27,25%) | 4 (28,55%) | 2 (15,4%) | 5 (41,65%) |
| Toiletbezoek | 1 (4%) | 0 (0%) | 1 (3,85%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 1 (7,7%) | 0 (0%) |
| Eten | 1 (4%) | 0 (0%) | 1 (3,85%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 1 (7,7%) | 0 (0%) |
| Drinken | 1 (4%) | 0 (0%) | 1 (3,85%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 1 (7,7%) | 0 (0%) |
| In bed komen | 2 (8%) | 0 (0%) | 2 (9,5%) | 0 (0%) | 2 (14,3%) | 2 (15,4%) | 0 (0%) |
| Uit bed komen | 2 (8%) | 0 (0%) | 2 (9,5%) | 0 (0%) | 2 (14,3%) | 2 (15,4%) | 0 (0%) |
| Verplaatsen in en rondom de woning | 5 (20%) | 0 (0%) | 5 (23,8%) | 2 (18,2%) | 3 (21,4%) | 3 (23,05%) | 2 (16,65%) |
| Overig, namelijk… | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 16 (64%) | 3 (75%) | 13 (61,9%) | 8 (72,7%) | 8 (57,15%) | 9 (69,25%) | 7 (58,35%) |

**1.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp m.b.t. medicatie gericht op… | | | | N = 23 Missings: 3 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen** (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (19 samenwonend) | Man  (12) | **Vrouw**  **(11)** | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (13) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (10) |
| Innemen van medicatie | 3 (13,05%) | 1 (25%) | 2 (10,5%) | 1 (8,35%) | 2 (18,2%) | 1 (7,7%) | 2 (20%) |
| Raadplegen arts of apotheek i.v.m. veranderde medicatie | 6 (26,1%) | 2 (50%) | 4 (21,05%) | 5 (41,65%) | 1 (9,1%) | 1 (7,7%) | 5 (50%) |
| Raadplegen arts of apotheek na klacht of bijwerking | 4 (17,4%) | 0 (0%) | 4 (21,05%) | 2 (16,65%) | 2 (18,2%) | 2 (15,4%) | 2 (20%) |
| Raadplegen arts of apotheek wanneer medicatie onvoldoende werkt | 5 (21,75%) | 2 (50%) | 3 (15,8%) | 3 (25%) | 2 (18,2%) | 3 (23,05%) | 2 (20%) |
| Combineren van verschillende medicatie | 1 (4,35%) | 0 (0%) | 1 (5,25%) | 1 (8,35%) | (0%) | 1 (7,7%) | (0%) |
| Overig, namelijk… | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | (0%) | (0%) | (0%) | (0%) |
| Geen behoefte | 12 (52,15%) | 1 (25%) | 11 (57,9%) | 4 (33,35%) | 8 (72,7%) | 8 (61,55%) | 4 (40%) |

1. **Woning**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp m.b.t. de toegankelijkheid van uw woning gericht op…. | | | | N = 24 Missings: 2 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen** (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (20 samenwonend) | **Man**  (10) | **Vrouw**  (14) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (12) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (12) |
| Entree woning | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0(0%) | 0 (0%) |
| Toilet | 1 (4,15%) | 0 (0%) | 1 (5%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 1 (8,35%) | 0 (0%) |
| Slaapkamer | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Badkamer | 2 (8,35%) | 0 (0%) | 2 (10%) | 1 (10%) | 1 (7,15%) | 1 (8,35%) | 1 (8,35%) |
| Keuken | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Woonkamer | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Trap | 2 (8,35%) | 0 (0%) | 2 (10%) | 1 (10%) | 1 (7,15%) | 1 (8,35%) | 1 (8,35%) |
| Hal/ gang | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Lift | 1 (4,15%) | 0 (0%) | 1 (5%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 1 (8,35%) | 0 (0%) |
| Berging/ kelder | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Garage/ schuur | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Tuin/ balkon | 2 (8,35%) | 1 (25%) | 1 (5%) | 1 (10%) | 1 (7,15%) | 0 (0%) | 2 (16,65%) |
| Overig, namelijk …. | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 21 (87,5%) | 3 (75%) | 18 (90%) | 9 (90%) | 12 (85,7%) | 11 (91,65%) | 10 (83,35%) |

**3. Huishouden uitvoeren**

**3.1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp m.b.t. de lichte huishoudelijke werkzaamheden gericht op… | | | | N = 23 Missings: 3 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen**  (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (19 samenwonend) | **Man**  (9) | **Vrouw**  (14) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (11) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (12) |
| Afwassen, vaatwasser in –en uitruimen | 7 (30,45%) | 0 (0%) | 7 (36.85%) | 2 (12,2%) | 5 (35,7%) | 5 (45,45%) | 2 (16,65%) |
| Simpele maaltijden bereiden | 4 (17,4%) | 0 (0%) | 4 (21,05%) | 1 (11,1%) | 3 (21,45%) | 3 (27,25%) | 1 (8,35%) |
| Kleine boodschappen doen | 8 (34,8%) | 1 (25%) | 7 (36,85%) | 2 (12,2%) | 6 (42,85%) | 6 (54,55%) | 2 (16,65%) |
| Wasgoed wassen, strijken en opruimen | 10 (43,45%) | 2 (50%) | 8 (42,1%) | 3 (33,35%) | 7 (50%) | 5 (45,45%) | 5 (41,65%) |
| Stoffen | 8 (34,8%) | 2 (50%) | 6 (31,6%) | 2 (12,2%) | 6 (42,85%) | 4 (36,35%) | 4 (33,35%) |
| Vuilniszakken buitenzetten | 9 (39,15%) | 2 (50%) | 7 (36,85%) | 3 (33,35%) | 6 (42,85%) | 4 (36,35%) | 5 (41,65%) |
| Huisdieren uitlaten/verzorgen | 2 (8,7%) | 0 (0%) | 2 (10,5%) | 0 (0%) | 2 (14,3%) | 1 (9,1%) | 1 (8,35%) |
| Planten verzorgen | 3 (13,05%) | 0 (0%) | 3 (15,8%) | 1 (11,1%) | 2 (14,3%) | 1 (9,1%) | 2 (16,65%) |
| Overig, namelijk …. | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 11 (47,8%) | 2 (50%) | 9 (47,35%) | 6 (66,65%) | 5 (35,7%) | 5 (45,45%) | 6 (50%) |

**3.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp m.b.t. de zware huishoudelijke werkzaamheden gericht op… | | | | N = 23 Missings: 3 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen**  (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (19 samenwonend) | **Man**  (9) | **Vrouw**  (14) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (11) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (12) |
| Tuinieren | 8 (34,8%) | 2 (50%) | 6 (31,6%) | 2 (39,1%) | 6 (42,85%) | 3 (27,5%) | 5 (41,65%) |
| Opruimen en schoonhouden van de badkamer | 11 (47,8%) | 2 (50%) | 9 (47,35%) | 4 (44,45%) | 7 (50%) | 5 (45,5%) | 6 (50%) |
| Keuken opruimen en schoonhouden | 10 (43,5%) | 2 (50%) | 8 (42,1%) | 4 (44,45%) | 6 (42,85%) | 4 (36,35%) | 6 (50%) |
| Opruimen en schoonhouden van de slaapkamer(s) | 10 (43,45%) | 2 (50%) | 8 (42,1%) | 4 (44,45%) | 6 (42,85%) | 5 (45,5%) | 5 (41,65%) |
| Ramen wassen | 8 (34,8%) | 2 (50%) | 6 (31,6%) | 3 (33,35%) | 5 (35,7%) | 2 (18,2%) | 6 (50%) |
| De vloer stofzuigen of schrobben | 11 (47,8%) | 2 (50%) | 9 (47,35%) | 4 (44,45%) | 7 (50%) | 5 (45,5%) | 6 (50%) |
| Bedden opmaken en verschonen | 10 (43,45%) | 1 (25%) | 9 (47,355%) | 3 (33,35%) | 7 (50%) | 5 (45,5%) | 5 (41,65%) |
| Auto wassen | 5 (21,75%) | 1 (25%) | 4 (21,05%) | 3 (33,35%) | 2 (14,3%) | 2 (18,2%) | 3 (25%) |
| Grote boodschappen doen | 12 (52,15%) | 3 (75%) | 9 (47,35%) | 4 (44,45%) | 8 (57,15%) | 6 (54,55%) | 6 (50%) |
| Grote maaltijd bereiden | 9 (39,15%) | 0 (0%) | 9 (47,35%) | 3 (33,35%) | 6 (42,85%) | 5 (45,5%) | 4 (33,35%) |
| De was doen | 8 (34,8%) | 1 (25%) | 7 (36,85%) | 2 (39,1%) | 6 (42,85%) | 6 (54,55%) | 2 (16,65%) |
| Overig, namelijk… | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 8 (34,8%) | 0 (0%) | 8 (42,1%) | 4 (44,45%) | 4 (28,55%) | 3 (27,5%) | 5 (41,65%) |

**3.3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp m.b.t. tot het organiseren van huishoudelijke werkzaamheden gericht op… | | | | N = 23 Missings: 3 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen**  (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (19 samenwonend) | **Man**  (10) | **Vrouw**  (13) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (12) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (11) |
| Regelen van boodschappen | 3 (13,05%) | 1 (25%) | 2 (10,5%) | 1 (10%) | 2 (15,4%) | 2 (16,65%) | 1 (9,1%) |
| Administratief werk | 3 (13,05%) | 2 (50%) | 1 (5,25%) | 1 (10%) | 2 (15,4%) | 0 (0%) | 3 (27,25%) |
| Plannen van een tripje | 1 (4,35%) | 1 (25%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (7,7%) | 0 (0%) | 1 (9,1%) |
| Overig, namelijk… | 1 (4,35%) | 0 (0%) | 1 (5,25%) | 0 (0%) | 1 (7,7%) | 1 (8,35%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 17 (73,9%) | 2 (50%) | 15 (78,95%) | 8 (80%) | 9 (69,25%) | 9 (75%) | 8 (72,7%) |

**4. Wonen in een wijk en gemeente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan hulp gericht op… | | | | N = 24 Missings: 2 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen**  (4 alleenstaand) | **Zelfstandig wonen met anderen**  (20 samenwonend) | **Man**  (10) | **Vrouw**  (14) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (12) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (12) |
| Op visite gaan | 8 (33,35%) | 2 (50%) | 6 (30%) | 2 (20%) | 6 (42,85%) | 3 (25%) | 5 (41,65%) |
| Meedoen aan activiteiten in de wijk of gemeente | 4 (16,65%) | 2 (50%) | 2 (10%) | 1 (10%) | 3 (21,45%) | 0 (0%) | 4 (33,35%) |
| Het naar een kerk of moskee gaan | 2 (8,35%) | 1 (25%) | 1 (5%) | 0 (0%) | 2 (14,3%) | 0 (0%) | 2 (16,65%) |
| Overig, namelijk… | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 15 (62,5%) | 2 (50%) | 13 (65%) | 7 (70%) | 8 (57,15%) | 9 (75%) | 6 (50%) |

**5. Zorgen voor anderen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: Had u behoefte aan ondersteuning m.b.t. de zorg/hulp voor een ander gericht op… | | | | N = 9 | | | |
| **Keuzemogelijkheden:** | **Aantal personen en in procenten die voor keuzemogelijkheid hebben gekozen:** | **Zelfstandig wonend, alleen** (3 alleenstaand) | **Zelfstandig met anderen**  (6 samenwonend) | **Man**  (3) | **Vrouw**  (6) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (4) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (5) |
| Activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging | 1 (11,1) | 1 (33,35%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 0 (0%) | 1 (8,35%) |
| Activiteiten op het gebied van huishouden | 1 (11,1%) | 1 (33,35%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 0 (0%) | 1 (8,35%) |
| Activiteiten op het gebied van vrije tijd | 1 (11,1%) | 1 (33,35%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (7,15%) | 0 (0%) | 1 (8,35%) |
| Activiteiten op het sociale gebied | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Geen behoefte | 8 (88,9%) | 2 (66,65%) | 6 (66,65%) | 3 (33,35%) | 5 (83,35%) | 4 (100%) | 4 (80%) |

**Behoeften binnen de medisch specialisme:**

**Medisch specialisme**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Medisch specialismen**: N=26 | | | | |
| **Variabelen:** | **Chirurg**  (13) | **Urologie**  (5) | **Cardiologie**  (4) | **Gynaecologie**  (1) | **Interne geneeskunde**  (3) |
| 1. **Zelfzorg** | | | | | |
| 1.1 Zelfzorg m.b.t. dagelijkse activiteiten | 7 (53,85%) | 1 (20%) | 1 (25%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 1.2 Zelfzorg m.b.t. medicatie | 3 (23,05%) | 4 (80%) | 3 (75%) | 0 (0%) | 1 (33,35%) |
| 1. **Woning** | | | | | |
| 2.1 Woning | 2 (15,4%) | 0 (0%) | 1 (25%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 1. **Huishouden uitvoeren** | | | | | |
| 3.1 Huishouden uitvoeren m.b.t. lichte huishoudelijke werkzaamheden | 10 (76,9%) | 0 (0%) | 2 (50%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 3.2 Huishouden uitvoeren m.b.t. zware huishoudelijke werkzaamheden | 10 (76,9%) | 2 (40%) | 3 (75%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 3.3 Huishouden uitvoeren m.b.t. het organiseren van huishoudelijke werkzaamheden | 4 (30,75%) | 0 (0%) | 2 (50%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 1. **Wonen in een wijk en gemeente** | | | | | |
| 4.1 Wonen in een wijk en gemeente | 6 (46,15%) | 1 (20%) | 2 (50%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 1. **Zorgen voor anderen** | | | | | |
| 5.1 Zorgen voor anderen | 1 (7,7%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

**Behoefte aan onderstaande variabelen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zelfstandig wonend, alleen** | | **Zelfstandig met anderen** | |
| **Variabelen:** | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (2) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (3) | **Leeftijdschaal 21 tot 64**  (12) | **Leeftijdschaal 65 tot 91**  (9) |
| 1. **Zelfzorg** | | | | |
| 1.1 Zelfzorg m.b.t. dagelijkse activiteiten | 0 (0%) | 1 (33,35%) | 4 (33,35%) | 4 (44,45%) |
| 1.2 Zelfzorg m.b.t. medicatie | 1 (50%) | 2 (66,65%) | 4 (33,5%) | 4 (44,45%) |
| 1. **Woning** | | | | |
| 2.1 Woning | 0 (0%) | 1 (33,35%) | 1 (8,35%) | 1 (11,1%) |
| 1. **Huishouden uitvoeren** | | | | |
| 3.1 Huishouden uitvoeren m.b.t. lichte huishoudelijke werkzaamheden | 0 (0%) | 2 (66,65%) | 6 (50%) | 4 (44,45%) |
| 3.2 Huishouden uitvoeren m.b.t. zware huishoudelijke werkzaamheden | 0 (0%) | 3 (100%) | 7 (58,33%) | 4 (44,45%) |
| 3.3 Huishouden uitvoeren m.b.t. het organiseren van huishoudelijke werkzaamheden | 0 (0%) | 2 (66,65%) | 3 (25%) | 1 (11,1%) |
| 1. **Wonen in een wijk en gemeente** | | | | |
| 4.1 Wonen in een wijk en gemeente | 0 (0%) | 2 (66,65%) | 3 (25%) | 4 (45,45%) |
| 1. **Zorgen voor anderen** | | | | |
| 5.1 Zorgen voor anderen | 0 (0%) | 1 (33,35%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

## Bijlage 2: SWOT-analyse

Sterkte- en zwakteanalyse van het onderzoeksproject in de context van huisartsenpraktijk Thermion

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Positief** | **Negatief** |
| **Intern** | **Sterkten**  - Nauw samengewerkt (korte lijnen) met verpleegkundige onderzoekers, huisartsen en ZZG Zorggroep, waardoor er vanuit verschillende perspectieven gekeken werd.  - Focusgroepen waarin gediscussieerd werd met onder andere een ergotherapeut en fysiotherapeut om naar het projectprobleem te kijken.  - Door de samenwerking met de verpleegkunde onderzoekers konden de werkzaamheden verdeeld worden.  - Actueel binnen de maatschappij.  - Multidisciplinair.  - De onderzoekers konden in de leerwerkplaats van Thermion aan het werk. | **Zwakten**  - Kleine populatie, wisten voor de tijd niet wat er uit de doelgroep oriëntatie zou komen.  - Zelf een enquête in vorm van een schriftelijk onderzoek ontworpen. Het ontwerpen van een schriftelijk onderzoek is al een onderzoek op zich. Het kan zijn dat deze niet geheel valide is.  - Door het afbakenen van het onderzoek was het niet mogelijk de vraag- en doelstellingen van de projectbeschrijving te beantwoorden.  - Door het eerste onderzoek van de onderzoekslijn ‘Ontslagen uit het ziekenhuis, en dan?’ te zijn was het alleen mogelijk om een beschrijvend onderzoek te verrichten, waardoor er geen implementatie kon plaatsvinden.  - De faciliteiten waren niet altijd beschikbaar (printer) of niet aanwezig (postzegels, briefpapier voor het schriftelijk onderzoek). |
| **Extern** | **Kansen**  - Ergotherapie op de kaart zetten. Het behoefteonderzoek is gericht op wonen en zorg binnen het beroepsprofiel.  - Inzicht en overzicht krijgen in de behoeften van ontslagen patiënten.  -Door het eerste onderzoek van de onderzoekslijn ‘Ontslagen uit het ziekenhuis, en dan?’ te zijn is er een start gemaakt om de nazorg te kunnen optimaliseren.  - Huisarts kan zijn coördinerende rol beter invullen.  - Door het onderzoek kan de kwaliteit van nazorg verhoogd worden. | **Bedreigingen**  - Niet alle nazorgbehoeften worden meegenomen, omdat de onderzoekers hierover geen kennis hebben.  - Het uitsturen van het schriftelijk onderzoek liep uit, omdat de huisartsen weinig tijd hadden om handtekeningen te zetten op de begeleidende brieven.  - Kort tijdsbestek voor onderzoeksproject (half jaar/ één semester)  - Doordat in TransHis de ontslagbrieven niet verder dan vier weken terug gekeken konden worden, was het niet mogelijk om meer ontslagen patiënten te includeren.  -De kans bestaat dat de gekozen variabelen die zijn opgenomen in het schriftelijk onderzoek niet alle behoeften inventariseren (bijv. door de verschillende gradaties van ziektebeelden.)  -Door bepaalde randvoorwaarden van de patiënten bestaat de mogelijkheid dat mensen geen behoefte ervoeren, omdat ze bijv. niet mochten lopen. |

## Bijlage 3: Feedback opdrachtgever

## Bijlage 4: Beslisboom onderzoeksontwerp

***Kwantitatief onderzoek:***

*Patiëntperspectief:*

* De respondent kan zijn verhaal niet vrij vertellen
* De antwoorden zijn grotendeels voorgeprogrammeerd

*Onderzoekersperspectief:*

* Bestemd om gegevens te krijgen over percentages en verhoudingen binnen de totale doelgroep
* Meten
* Er kan niet worden ingegaan op vragen buiten de vragenlijst, er kan niet worden doorgevraagd.
* Eenduidige antwoorden door gestandaardiseerde manier van vragen

*Wetenschappelijk perspectief:*

* Het resultaat zegt iets over de mate (percentages) waarin iets voorkomt in de doelgroep18
* Significante verschillen kunnen worden aangegeven18

*Welk onderzoeksontwerp is het geschiktst voor het voorliggend onderzoek `Ontslag uit ziekenhuis en dan? Een behoefteonderzoek op het handelingsgebied wonen en zorg in de thuissituatie´?*

***Kwalitatief onderzoek:***

*Patiëntenperspectief:*

* De respondent krijgt de gelegenheid zijn verhaal te vertellen

*Onderzoekersperspectief:*

* geeft inzicht in hoe mensen denken over een bepaald onderwerp
* zoeken naar ideeën, achtergronden, motieven, weerstanden en beweegredenen
* De manier van vragen is niet sterk gestandaardiseerd, waardoor de antwoorden niet altijd eenduidig zijn

*Wetenschappelijk perspectief:*

* De resultaten zijn hooguit indicatief, niet representatief16

**Conclusie**: Nadat de onderzoekers de mogelijkheden `kwalitatief onderzoek´ en `kwantitatief onderzoek´ zorgvuldig hebben bekeken is er besloten een kwantitatief onderzoek uit te voeren. Redenen hiervoor waren dat er hierdoor een groot aantal mensen bereikt kunnen worden waardoor er een breed beeld geschetst kan worden van een grote doelgroep/onderzoekspopulatie. Voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek is niet gekozen omdat de voorkeur van de onderzoekers tevens uitging na het `meten´ van gegevens en verschillen in resultaten door percentages weer te geven. Doordat er een beschrijvend onderzoek als onderzoekstype is gekozen past volgens de mening van de onderzoekers een kwantitatief onderzoek het beste bij het voorliggend onderzoek.

## Bijlage 5: Samenwerkingscontract

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Samenwerkingsafspraken**  Projectnaam: Ontslagen uit het ziekenhuis, en dan?  Projectgroep: 27  Docentbegeleider: Renske Janssen  Opdrachtgevers: Floris van de laar & Julian Kiers  Duur van het project: 2-9-2014 t/m 19-01-2015  **1A. Bereikbaarheid van de projectleden:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Naam | Studentnummer | Telefoonnummer | E-mailadres | Woonplaats | | Kirsten Oude Ophuis | 499005 | 06-23212552 | [Kirstenoudeophuis@hotmail.com](mailto:Kirstenoudeophuis@hotmail.com) | Denekamp | | Corinna Bertels | 490868 | 06-49191800 | [C.bertels@hotmail.de](mailto:C.bertels@hotmail.de) | Coesfeld | | Marilie Bos | 489677 | 06-13046047 | [Marilie\_bos@hotmail.com](mailto:Marilie_bos@hotmail.com) | Denekamp | | Caroline Bruins | 493537 | 06-42522036 | [Carolinebruins@outlook.com](mailto:Carolinebruins@outlook.com) | De Lutte |   **1B. Bereikbaarheid van de opdrachtgever:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Naam | Telefoonnummer | E-mailadres | | Floris van de Laar | 024-3614411 | [Floris.vandelaar@radboudumc.nl](mailto:Floris.vandelaar@radboudumc.nl) | | Julian Kiers | - | - |   **1C. Bereikbaarheid van de docentbegeleider:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Naam | Telefoonnummer | E-mailadres | | Renkse Janssen | - | [Renske.janssen@radboudumc.nl](mailto:Renske.janssen@radboudumc.nl) |   **2. Communicatieafspraken**  Alle documenten worden op een gezamenlijke dropbox geplaatst. Afspraken worden vastgelegd in notulen. Deze worden gelijktijdig op de dropbox gezet. Onderlinge communicatie vindt plaats via e-mail, persoonlijk contact en ‘whats-app’ groep. E-mails naar derden worden verstuurd via het gezamelijke e-mail account: [projectgroep27@hotmail.com](mailto:projectgroep27@hotmail.com). Ieder groepslid checkt dagelijks zijn/haar e-mail en dropbox.  **3. Data wanneer de projectleden niet beschikbaar zijn (kan worden aangevuld):**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Naam: | Data: | Reden: | | Kirsten Oude Ophuis | 18-9-2014  17-10-2014 | Cursus zithouding  Weekend weg | | Corinna Bertels | 12-9-2014 | Verjaardag | | Marilie Bos | 22-9-2014  06-11-2014 | Werk  Cursus zithouding | | Caroline Bruins | 31-10-2014  06-11-2014 | DTE cursus  Cursus zithouding |   **5. Projectarchief** **dropbox**  Hierop plaatsen wij  Notulen  Agenda’s  Deel- en eindproducten  Ingekomen stukken  Ieder groepslid is verantwoordelijk voor het up-to-date en compleet houden van het archief. |

**6. Vast format voor groepsdocumenten (layout)**

Lettertype: calibri 11

Regelafstand: regelafstand 1

Document: type document en datum benoemen wanneer het in dropbox wordt geplaatst.

(kan nog aangevuld worden)

**7. Afspraken over de bijeenkomst(en)**

- Elke vergadering wordt er onderling gerouleerd over wie er notuleert.

- De notulen worden door de notulist van de bijeenkomst uiterlijk drie dagen na de bijeenkomst op dropbox geplaatst.

- De agenda wordt altijd ruim een dag van te voren naar de desbetreffende persoon gestuurd.

- Iedere groepslid is aanwezig bij iedere vergadering en/of bijeenkomst die vermeld staat in het schema van de geplande bijeenkomsten. Wanneer je niet beschikbaar kunt zijn wordt dit tijdig aangegeven.

- Voor andere tussentijdse overleggen wordt nader bepaald en vastgelegd wie er aanwezig zijn en wie niet.

- Hoe besluiten worden genomen: bijvoorbeeld met meerderheid van stemmen nadat ieders mening is gehoord.

**8. Afspraken over de samenwerking**

- De activiteiten worden evenredig over de projectgroepleden verdeeld.

- Iedereen doet zijn best om zo veel mogelijk bij te dragen aan het groepsproduct.

- Iedereen doet zijn best om producten van zo hoog mogelijke kwaliteit te leveren.

- Afmelden voor een vergadering of bijeenkomst vooraf per e-mail of telefoon aan een groepslid doorgeven met opgave van reden.

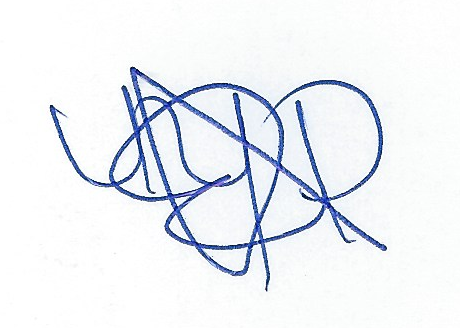
- Er wordt gehoord naar ieders groepslid. Men moet open communiceren zonder te veroordelen.

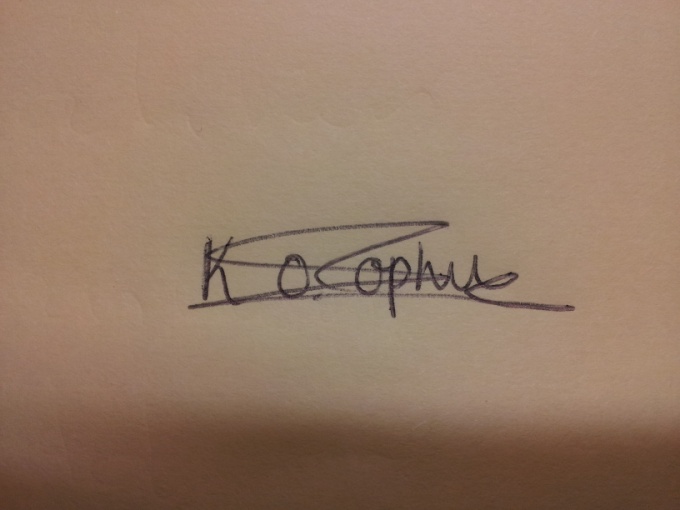
**9. Evaluatie van het groepsproces en de samenwerking**

De individuele bijdrage wordt tussentijds en na afloop van het project geëvalueerd op basis van peerfeedback.

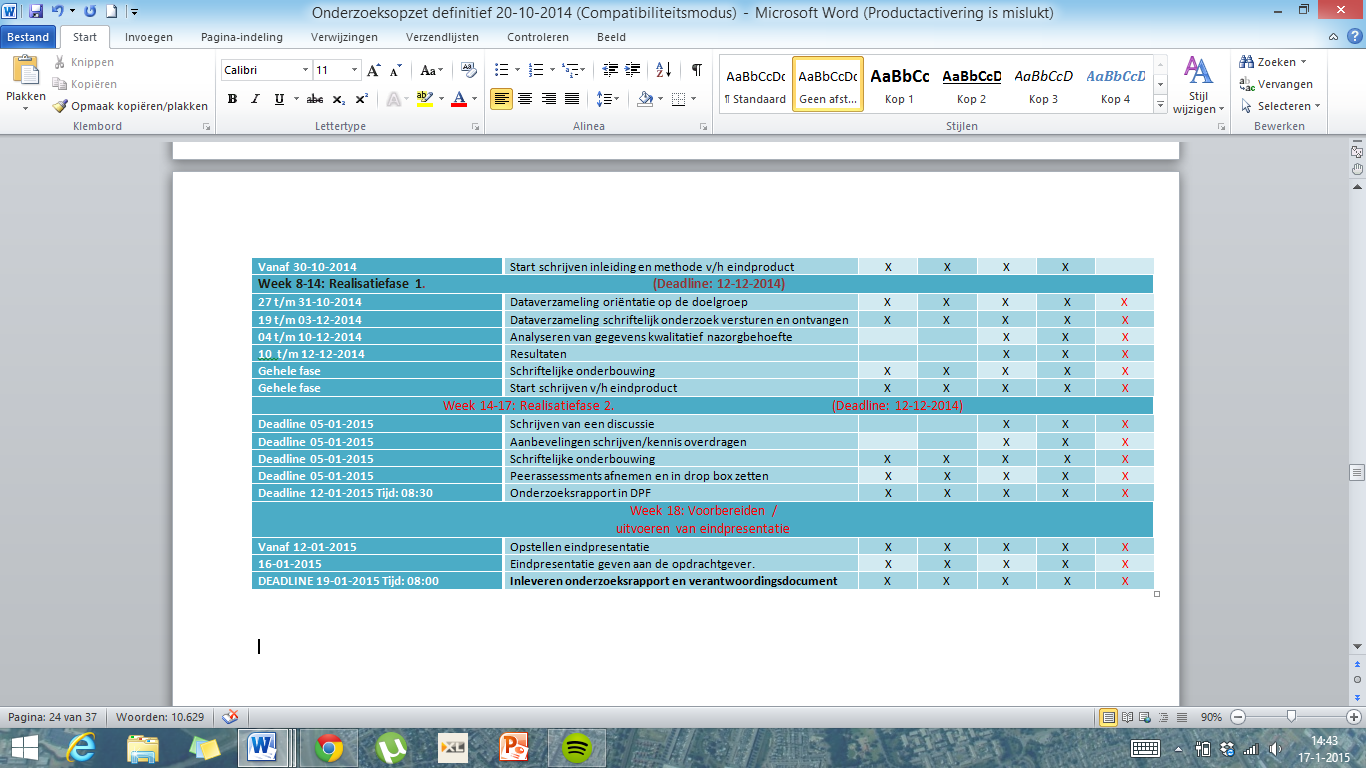
**Handtekening:**

Kirsten Oude Ophuis Corinna Bertels Marilie Bos Caroline Bruins





## Bijlage 6: Planning



1. *\*In het onderzoeksrapport is er onderzoek verricht naar de nazorgbehoeften van ontslagen patiënten uit het ziekenhuis. Dit is behoefteonderzoek genoemd om de leesbaarheid te verbeteren.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *\*In het onderzoek is er zowel over patiënten als deelnemers gesproken. In de patiënten oriëntatie zijn de personen benoemd als patiënten. Indien deze patiënten deelnemen aan het behoefte onderzoek zijn ze deelnemers genoemd.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *\*Indien er in het onderzoeksrapport over hij is gesproken, wordt zowel hij als zij bedoeld.* [↑](#footnote-ref-3)
4. Doordat dr. van de Laar de eerste contactpersoon was van de onderzoekers, heeft hij het feedback formulier ingevuld. Er wordt daarom over opdrachtgever gesproken in plaats van opdrachtgevers. [↑](#footnote-ref-4)