2019/2020

Gemma van der Woude (553252) Fleur Augustinus (586602) Lisa van Mierlo (554729)

Ergotherapie | Hogeschool van Arnhem en Nijmegen



(deargoodmorning, z.d.)

DOELEN STELLEN

Hoe doe je dat?

# Colofon

Opdrachtgever/contactpersoon: Onderzoeker en docent ergotherapie Dr. Ton Satink
Werkzaam bij Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

 ton.satink@han.nl

Naam instelling: Onderzoekslijn zelfregie in dagelijkse activiteiten

Junior onderzoekers: Gemma van der Woude
Lisa van Mierlo
Fleur Augustinus

doelen1stelijnstellen@outlook.com

Senior onderzoeker: Onderzoeker en docent ergotherapeut Lobke Havens MSc.
Werkzaam bij Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

lobke.havens@han.nl

Hogeschool: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Opleiding: Ergotherapie

Onderwijseenheid: Praktijkgericht Onderzoek (PO) 2019/2020, semester 1

Datum: 20 januari 2020

# Samenvatting

Zelfmanagement neemt een steeds belangrijkere plek in binnen de gezondheidszorg en zeker binnen de eerstelijns zorg. Onderzoeker en ergotherapie docent Dr. Ton Satink aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ziet dit praktijkonderzoek als een kans om zelfmanagement bij ergotherapeuten onder de aandacht te brengen. Met dit onderzoek wordt informatie verkregen over hoe ergotherapeuten doelen opstellen. Dit is nu nog niet bekend. Ook werpt het een licht op hoe zelfmanagementondersteuning bij het opstellen van doelen kan bijdragen tot het vergroten van zelfmanagement van de cliënt. Inzichten hierin kunnen de deskundigheid van professionals bevorderen en de kwaliteit van de zorg aan de cliënt verhogen. Daarnaast heeft het onderzoek meerwaarde voor de onderzoekslijn van Dr. Ton Satink: ‘Zelfregie in dagelijkse activiteiten’. Deze onderzoekslijn is gericht op het onderzoeken en ontwikkelen van professionele begeleiding van zelfregie in dagelijkse activiteiten van burgers en patiënten. Ook draagt dit onderzoek bij aan het internationale project ‘Goal setting’ van het Joint International Project. Ergotherapie studenten uit België en Zwitserland doen onderzoek naar hoe doelen opgesteld worden door ergotherapeuten met de cliënt in de eerste lijn. De resultaten van de verschillende landen worden met elkaar uitgewisseld en vergeleken.

De vraagstelling die in dit praktijkonderzoek centraal staat, luidt als volgt:

*‘Hoe stellen ergotherapeuten in de eerste lijn doelen op met de cliënt in het kader van zelfmanagementondersteuning?’*

Dit onderzoek betreft een combinatie tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Er zijn 120 vragenlijsten ingevuld door eerstelijns ergotherapeuten, daarnaast zijn er zes interviews afgenomen bij ergotherapeuten die werkzaam zijn in een eerstelijnspraktijk.

Uit het kwantitatief en kwalitatief onderzoek is gebleken dat veel ergotherapeuten de meeste aandacht besteden aan doelherkenning. De COPM wordt het meeste toegepast om doelen te herkennen en te bepalen. Echter is de COPM geen passend meetinstrument voor doelbepaling. De ergotherapeuten voelen zich bekwaam in het opstellen van doelen, maar ervaren uitdagingen bij het opstellen van doelen met de doelgroepen: ouderen, cliënten met een migratieachtergrond, niet-aangeboren hersenletsel, cognitieve problematiek en emotionele/psychische klachten. De ergotherapeuten lijken een algemeen geaccepteerd beeld te hebben dat de cliënt de regie heeft. Als de ergotherapeuten ervaren dat de regie niet tot nauwelijks mogelijk is, wordt de regie van de ergotherapeut en de rol van het systeem groter. Groeimogelijkheden voor de ergotherapeuten zijn het vergroten en toepassen van kennis over zelfmanagementondersteuning tijdens het proces van doelbepaling.

De zorg verandert waardoor er meer verantwoordelijk bij de cliënt wordt gelegd (Rijksoverheid, 2013). Er wordt verwacht dat de cliënt de regie neemt over zijn leven en zijn eigen beslissingen neemt (Meinema, 2017). Het gevolg hiervan kan zijn dat cliënten hun leven niet of in mindere mate kunnen managen en zich terugtrekken uit de samenleving. De visie van ergotherapie is het mogelijk maken van het dagelijks handelen van de cliënt. Het dagelijks handelen leidt tot participatie (Le Granse, Van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2017, p. 61). Het participeren in de maatschappij is lastig als de cliënt niet het vermogen heeft om zijn leven te managen. De ergotherapeuten kunnen de cliënt hierin ondersteunen en begeleiden gedurende het opstellen en het bereiken van doelen. Hierdoor vergroten cliënten hun zelfmanagementvaardigheden. Zelfmanagementondersteuning door ergotherapeuten bij het opstellen van doelen met de cliënt kan dus bijdragen aan het vergroten van het zelfmanagement van de cliënt. De cliënt kan dan zelf zijn leven managen. Dit kan de gezondheid van de cliënt bevorderen en als gevolg hiervan neemt zijn kwaliteit van leven toe. Echter hebben ergotherapeuten te weinig kennis over zelfmanagementondersteuning om dit te kunnen toepassen. Cliënten zijn door het toepassen van zelfmanagementondersteuning minder afhankelijk van zorg en doen daardoor minder vaak een beroep op behandelaren. Op de lange termijn zal dit zorgkosten besparen.

Op basis van de resultaten zijn onder andere de volgende aanbevelingen gegeven aan de praktijk:

* De ergotherapeuten in de eerste lijn dienen de oudere cliënten te informeren over de betekenis van zelfmanagement en dat men niet alles alleen hoeft te doen, maar dat de cliënt de mogelijkheid krijgt om beslissingen te maken in zijn ondersteuning.
* Het volgen van een scholing om kennis en ervaring op te doen over doelen stellen in het kader van zelfmanagementondersteuning, indien de ergotherapeut zich hier minder bekwaam in voelt.

# Inhoud

[Colofon 1](#_Toc30266904)

[Samenvatting 2](#_Toc30266905)

[Inhoud 4](#_Toc30266906)

[Inleiding 5](#_Toc30266907)

[Methode 8](#_Toc30266908)

[Resultaten 10](#_Toc30266912)

[Doelen stellen 10](#_Toc30266914)

[Zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning 14](#_Toc30266918)

[Doelen stellen en zelfmanagementondersteuning 16](#_Toc30266921)

[Discussie 17](#_Toc30266924)

[Inhoudelijke discussie 17](#_Toc30266925)

[Methodologische discussie 19](#_Toc30266926)

[Maatschappelijke relevantie 20](#_Toc30266930)

[Aanbevelingen 21](#_Toc30266931)

[Conclusie 24](#_Toc30266937)

[Bronnenlijst 25](#_Toc30266938)

# Inleiding

In Nederland zijn verschillende veranderingen in de samenleving en in de zorg gaande. Mensen worden steeds ouder, dit komt onder andere door de medische vooruitgang en de toenemende welvaart. Er is een stijgende groei van ouderen, (meerdere) chronische aandoeningen en mensen met een ongezonde levensstijl. Hierdoor neemt de vraag naar zorg toe en komt er steeds meer druk te staan op de gezondheidszorg (Van der Burgt & Verhulst, 2018, p. 2; Van Staa & Mies, 2019).

In 2013 werd de participatiesamenleving geïntroduceerd. Dit betekent dat de overheid langzamerhand naar de achtergrond treedt, waarbij ze ruimte geeft aan de burgers om zelf dingen te doen en naar elkaar om te kijken (Verschelling et al, 2014). Dit is onder andere te zien aan de invoering van de basis-Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in 2014 en de drie ingevoerde decentralisaties in 2015: de Participatiewet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdzorg (Le Granse et al., 2017, p. 84).

Tegelijkertijd is er, door de ontwikkeling van kennis, het besef gekomen dat mensen zelf een actieve rol kunnen spelen in hun gezondheid (Van der Burgt & Verhulst, 2018, p. 2). Huber (2011) heeft een nieuwe definitie van gezondheid opgesteld: ”...gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2011). Door deze ontwikkelingen is het denken over ziekte en gezondheid verschoven van ‘Ziekte en Zorg’ naar ‘Gezondheid en Gedrag’ (Le Granse et al., 2017, p. 84-85).

Door bovenstaande veranderingen is er een verschuiving gaande naar minder zorg in de tweede lijn en meer zorg in de eerste lijn. De zorg vindt steeds meer in de buurt of thuis plaats. Daarnaast moeten burgers door de visie van de participatiesamenleving en de nieuwe definitie van gezondheid steeds meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid nemen. Hierdoor is er steeds meer aandacht voor zelfmanagement (Le Granse et al., 2017, p. 85).

Zelfmanagement wordt als volgt gedefinieerd: “Zelfmanagement betekent dat mensen met een chronische aandoening zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen behouden en mede richting willen geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden” (CBO, 2014). Het lukt niet iedereen om (direct) een goede zelfmanager te zijn. Door ziekte of andere beperkingen beschikken sommige burgers niet of onvoldoende over de vaardigheden en competenties die nodig zijn om hun leven te managen. Voor sommigen is het daardoor niet mogelijk om zonder ondersteuning betekenisvolle activiteiten uit te voeren en/of te participeren in de samenleving. Daarnaast kunnen burgers zich hulpeloos voelen en een lage eigenwaarde ontwikkelen door afhankelijk te zijn van zorg (Meinema, 2017). De visie van ergotherapie is het mogelijk maken van het dagelijks handelen van de cliënt (Le Granse et al., 2017, p. 61). Ergotherapeuten kunnen deze burgers ondersteunen bij het ontwikkelen van de vaardigheden die zij nodig hebben om managers van hun ziekte of aandoening te worden (Le Granse et al., 2017, p. 86; Van Staa & Mies, 2019).

Het opstellen van doelen is essentieel voor het vergroten van het zelfmanagement van de cliënt (Von Lenzen, 2019). Tijdens stap vier van het Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2017) stellen de ergotherapeut en de cliënt (en het systeem) gezamenlijk doelen op en beslissen ze samen over het plan van aanpak voor het bereiken van deze doelen (Van Hees, Satink, & Cup, 2015). De Goal Setting and Action planning (G-AP) Framework (Scobbie, McLean, Dixon, Duncan, & Wyke, 2013) is een procesmodel voor doelbepaling die het doel heeft om de cliënt meer betrokken te laten zijn in het hele proces van doelbepaling. Het gaat er bij zelfmanagement om dat een cliënt zelf beslist wat hij wil, wat hij zelf wil doen en waar hij hulp bij wil krijgen. Door de cliënt zelf doelen op te laten stellen of hierin te ondersteunen, maakt de cliënt keuzes in wat hij wil, wat belangrijk voor hem is en waar hij hulp bij wil krijgen. Hierdoor ontwikkelen cliënten zich in het nemen van regie, worden ze onafhankelijker en bereiken ze doelen die voor hen betekenisvol zijn. Zo worden zij betere managers van hun leven en neemt de kwaliteit van leven toe (Van Hees, Satink, & Cup, 2015). Voor ergotherapeuten zijn cliëntgerichtheid, enablement, een gelijkwaardige relatie, empowerment en gezamenlijke besluitvorming belangrijke componenten voor het ondersteunen van cliënten tijdens het opstellen van doelen (Van Hees et al., 2015). Hierdoor kunnen zij de cliënten ondersteunen in het bereiken van hun betekenisvolle doelen, het ontwikkelen van hun vaardigheden en het vergroten van hun zelfmanagement (Le Granse et al., 2017, p. 86; Van Staa & Mies, 2019).

Uit onderzoek in Australië naar het stellen van doelen met de cliënt door paramedici en sociaal werkers is gebleken dat de opgestelde doelen sterk beïnvloed zijn door de opvattingen van de professionals (Cameron et al., 2018). Bij een onderzoek naar het gebruik van goal setting binnen de neurorevalidatie kwam naar voren dat de doelen niet persoonsgericht werden opgesteld. De zorgprofessionals wilden onenigheid met de cliënt voorkomen over de zelf opgestelde doelen die door de zorgprofessional niet als relevant voor de revalidatie werd bevonden. Het gevolg hiervan was dat de cliënten geen zelfregie hadden in het opstellen van eigen doelen (Faber, Harmsen, van der Burg, & van der Weijden, 2013). Ook bleek uit een ander onderzoek dat bij het geven van directe adviezen zorgprofessionals weerstand ervaren bij de cliënt, waardoor er geen intrinsieke motivatie werd ontwikkeld (van Soest, Daniels, & von Lenzen, 2015). Recent is er een artikel gepubliceerd in Ergotherapie Magazine door Von Helden-Lenzen (2019). Von Helden-Lenzen (2019) heeft onderzoek gedaan naar ‘Self-management goal setting and action planning in primary care’. Uit dit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals zich onvoldoende vaardig voelen en het moeilijk vinden om verantwoordelijkheid met de cliënten te delen.

Uit deze onderzoeken blijkt dat zorgprofessionals moeite hebben om cliëntgerichtheid, een gelijkwaardige relatie en gezamenlijke besluitvorming met betrekking tot het stellen van doelen te implementeren in de praktijk. Hier ligt een kans voor professionals om cliënten te ondersteunen in hun proces van zelfmanagement, waardoor ze betekenisvol kunnen handelen en participeren in de samenleving. Het is niet bekend of ergotherapeuten in Nederland hetzelfde ervaren. Omdat er steeds meer zorg verschuift van de tweede lijn naar de eerste lijn krijgen veel mensen met een chronische aandoening zorg in de eerste lijn. Dit zorgt ervoor dat er steeds meer aandacht komt voor het managen van een leven met een chronische aandoening binnen de eerste lijn. De hulpverleners in de eerste lijn staan hierdoor voor de uitdaging om effectief de cliënt te ondersteunen in het vergroten van zelfmanagement (Embrey, 2006). Daarom is het van belang om inzicht te krijgen in hoe eerstelijns ergotherapeuten op dit moment doelen opstellen. En hoe ze cliënten ondersteunen bij het opstellen van doelen zodat ze betere zelfmanagers worden.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe ergotherapeuten in de eerste lijn samen met cliënten doelen opstellen in het kader van zelfmanagementondersteuning.

Onderzoeker en ergotherapie docent Dr. Ton Satink aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ziet dit praktijkonderzoek als een kans om zelfmanagement bij ergotherapeuten onder de aandacht te brengen. Zelfmanagement neemt een steeds belangrijkere plek in binnen de gezondheidszorg en zeker binnen de eerstelijns zorg. Met dit onderzoek wordt informatie verkregen over hoe ergotherapeuten doelen opstellen. Dit is nu nog niet bekend. Ook werpt het een licht op hoe zelfmanagementondersteuning bij het opstellen van doelen kan bijdragen tot het vergroten van zelfmanagement van de cliënt. Deze inzichten kunnen de deskundigheid van professionals bevorderen en de kwaliteit van zorg aan de cliënt verhogen. Daarnaast heeft het onderzoek meerwaarde voor de onderzoekslijn van Dr. Ton Satink: ‘Zelfregie in dagelijkse activiteiten’. Dit onderzoek is gericht op het onderzoeken en ontwikkelen van professionele begeleiding van zelfregie in dagelijkse activiteiten van burgers en patiënten (NWO, 2019). Ook draagt dit onderzoek bij aan het internationale project ‘Goal setting’ van het Joint International Project. Ergotherapie studenten uit België en Zwitserland doen onderzoek naar hoe doelen opgesteld worden door ergotherapeuten met de cliënt in de eerste lijn. De resultaten van de verschillende landen worden met elkaar uitgewisseld en vergeleken (T. Satink, Persoonlijke communicatie, 6 september 2019).

De vraagstelling die in dit praktijkonderzoek centraal staat, luidt als volgt:

*‘Hoe stellen ergotherapeuten in de eerste lijn doelen op met de cliënt in het kader van zelfmanagementondersteuning?’*

Om deze centrale vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Welke kennis en vaardigheden worden bij het opstellen van doelen door ergotherapeuten in de eerste lijn toegepast?
2. Hoe ervaren ergotherapeuten in de eerste lijn het opstellen van doelen in het kader van zelfmanagementondersteuning?

|  |  |
| --- | --- |
| **Begrip** | **Definitie** |
| Ergotherapeuten | ”Ergotherapeuten stellen mensen in staat om opnieuw hun dagelijkse activiteiten uit te voeren als dat niet meer lukt door lichamelijke of psychische problemen. Dit kunnen simpele handelingen zijn als eten en aankleden, maar ook meer complexe handelingen die te maken hebben met revalidatie na een ongeluk” (Ergotherapie Nederland, z.d.). |
| Cliënten | In dit onderzoek gaat het om volwassen zorgvragers vanaf 18 jaar. |
| Ergotherapeuten in de eerste lijn | Ergotherapeuten in de eerste lijn bieden de eerste zorg die de mensen met een hulpvraag ontvangen. Deze zorg is direct toegankelijk. De ergotherapeuten in de eerstelijnszorg kunnen mensen doorverwijzen naar tweedelijnszorg indien dit nodig is. |
| Zelfmanagement | “Zelfmanagement betekent dat mensen met een chronische aandoening zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil behouden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden.” (CBO, 2014) |
| Doelen stellen | De overeenstemming tussen de zorgprofessional en de cliënt ontremd zorg gerelateerde doelen met een belangrijk zelfmanagement. De uitleg hoe Goal Setting tot stand komt, ontbreekt in de richtlijnen (Lenzen, Daniëls, van Bokhoven, van der Weijden, & Beurskens, 2015). |
| Zelfmanagementondersteuning | “De acties die zorgprofessionals uitvoeren, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de cliënt, met als doel cliënten te helpen en aan te moedigen goede managers van hun aandoening of ziekte te worden.” (Lenzen, Daniëls, van Bokhoven, van der Weijden, & Beurskens, 2015) |

*Tabel 1:* definities begrippen.

# Methode

## Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Om de eerste deelvraag te kunnen beantwoorden, was het van belang om te achterhalen welke kennis en vaardigheden bij het opstellen van doelen door de ergotherapeuten in de eerste lijn worden toegepast. Een kwantitatieve onderzoeksmethode sloot hierbij aan (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 135). Om de tweede deelvraag te kunnen beantwoorden, zijn de meningen en ervaringen van de ergotherapeuten achterhaald. Er is hierbij gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 136).

Onderzoeksdoelgroep

De onderzoekspopulatie voor het onderzoek bestond uit eerstelijns ergotherapeuten die werkzaam zijn met de doelgroep volwassenen en ouderen. De werving vond plaats door middel van social media, de onderlinge netwerken van de junior onderzoekers en door het plaatsen van een flyer op Facebook en LinkedIn. Vervolgens zijn de ergotherapeuten in de eerste lijn, die vermeld staan op de website van ‘Ergotherapie Nederland’, via de e-mail benaderd. Ook zijn de ergotherapie studenten van Hogeschool Arnhem en Nijmegen, die stage lopen in de eerste lijn, benaderd. De ergotherapeuten konden de vragenlijst online invullen. De vragenlijst is ingevuld door 120 eerstelijns ergotherapeuten. Het volgende exclusiecriterium voor deelname aan de vragenlijst werd toegepast: eerstelijns ergotherapeuten die werken met de doelgroep kinderen. Eerstelijns ergotherapeuten in Nederland werden geïncludeerd.

Er zijn zes interviews afgenomen met ergotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnspraktijk verspreid over heel Nederland. Het inclusiecriterium van de respondenten van de interviews was deelname aan de vragenlijst. De respondenten werden aan het einde van de vragenlijst benaderd voor een interview. Er werd gevraagd of de respondenten interesse hadden in een interview. Bij interesse konden de respondenten hun e-mail en telefoonnummer achterlaten. De interviews zijn opgenomen, zodat in een later stadium van het onderzoek de interviews getranscribeerd en gecodeerd konden worden.

## Gegevensverzameling

Kwantitatief onderzoek

Om de deelvraag ‘Welke kennis en vaardigheden worden bij het opstellen van doelen door ergotherapeuten in de eerste lijn toegepast?’ in kaart te kunnen brengen, is er gekozen voor een vragenlijst. De online vragenlijst is uitgezet via ‘ThesisTools’ om zoveel mogelijk ergotherapeuten in de eerste lijn te kunnen bereiken (Baarda, 2015, pp. 26-31). De deelnemers konden de vragenlijst op elk moment activeren en invullen. Er is rekening gehouden met een korte afnameduur door een kleine hoeveelheid vragen op te nemen in de vragenlijst (Baarda, 2015, pp. 31-35). Bij het opstellen van de vragen van de vragenlijsten, zijn er mindmaps gemaakt met de belangrijkste onderwerpen uit het oriënterend literatuuronderzoek. Deze onderwerpen zijn met elkaar vergeleken en besproken met de opdrachtgever. Daaruit zijn de belangrijkste vragen ontstaan. Er is gebruik gemaakt van verschillende soorten vragen voor de vraagstelling zoals: meerkeuzevragen, schaalvragen en open vragen. De data van de resultaten van de vragenlijst, zijn gebruikt om de vragen van de interviewguide op te stellen. Hierdoor konden er gerichte en diepgaande vragen geformuleerd worden voor de interviewguide.

Kwalitatief onderzoek

Door middel van ‘semi-gestructureerd interview’ is achterhaald wat de ervaringen en meningen zijn van de ergotherapeuten bij het opstellen van doelen met cliënten ten aanzien van zelfmanagementondersteuning. De interviewguide bestond uit verschillende topics die tot stand zijn gekomen uit het oriënterend literatuuronderzoek en de gegeven antwoorden uit de vragenlijst. Net zoals bij de vragenlijst is er eerst een mindmap gemaakt met de belangrijkste onderwerpen. Deze onderwerpen zijn met elkaar vergeleken en op basis daarvan zijn de belangrijkste topics geselecteerd (Baarda, 2013, pp. 165-166). Er is gekozen voor een semigestructureerd interview. Hierbij waren de topics voorafgaand aan het onderzoek vastgesteld en kon er worden doorgevraagd (Baarda, 2013, pp. 149-152). De interviewguide bestond uit open vragen. Er is doelgericht informatie verzameld door het gebruik van doorvragen (Van der Donk & Van Lanen, 2015, pp. 197- 203)

## Ethische gedragscode

Privacy deelnemers

Bij aanvang van deelname aan de vragenlijsten en de interviews werd het doel van de interventie duidelijk benoemd. Er werd ruimte gegeven aan de geïnterviewden om vragen te stellen. De respondenten konden op elk gewenst moment stoppen met het invullen van de vragenlijst. Daarnaast werd er toegelicht dat er vertrouwelijk met de verkregen informatie wordt omgegaan. Ook werd er toegelicht waar de data voor dient en op welke manier deze wordt verwerkt. De deelnemers van de vragenlijsten gaven toestemming voor het gebruik van de gegevens voor het onderzoek, door de informed consent te lezen en op ‘akkoord’ te klikken. Alle gegevens zijn anoniem verwerkt, in verband met het waarborgen van de privacy van de deelnemers. De privacy is gewaarborgd door gebruik te maken van codes voor de respondenten. Hierdoor konden gegevens niet terug worden geleid naar de deelnemers (Baarda, 2015, p. 115).

Informed consent

Alle deelnemers hebben een toestemmingsformulier (informed consent) voor de deelname aan het interview ondertekend. Hiermee stemden de deelnemers in met het gebruik van hun gegeven informatie voor het onderzoek en gaven de deelnemers toestemming voor een geluidsopname. De geluidsopnames zijn na het analyseren van de data gewist in verband met de privacy.

## Data-analyse

Kwantitatief onderzoek

De resultaten van de online vragenlijsten zijn aan de hand van de programma’s SPSS en Excel geanalyseerd (Schriemer, 2017, pp. 49-51). Eerst zijn er waarden gegeven aan de categorieën van de variabelen. Deze zijn in SPSS ingevoerd in de ’variable view’. Vervolgens werd het meetniveau van de variabelen bepaald. Alle verkregen data uit ‘ThesisTools’ zijn ingevoerd in SPSS. De data is univariate geanalyseerd. De resultaten zijn door middel van aantallen en percentages beschreven in een tabel (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 229) of weergegeven in een grafiek.

Kwalitatief onderzoek

De resultaten van de open vragen uit de vragenlijst, zijn op een kwalitatieve manier verwerkt. Ze zijn in codes omgezet en opgedeeld in categorieën en thema’s (Baarda, 2013, p. 230).

De interviews zijn getranscribeerd en grondig bekeken (Baarda, 2013, p. 215). Gedurende het herlezen van de interviews is er open gecodeerd. Dit is gedaan door codes op te stellen bij tekstfragmenten die bruikbaar kunnen zijn ten aanzien van de deelvraag van het onderzoek. Aansluitend zijn de codes ingedeeld in voorlopige thema’s. Daaropvolgend zijn de thema's herbeoordeeld en zijn de codes en thema's definitief gemaakt. Daarnaast zijn de verschillende thema’s onderverdeeld in verschillende categorieën (Baarda, 2013, p. 230).

Op basis van de resultaten uit de vragenlijsten en de interviews is er een resultatensectie geschreven. De kwantitatieve en kwalitatieve data zijn per thema samengevoegd. Hierdoor versterkten de data elkaar en vulden ze elkaar aan. Daarna is er geselecteerd welke data daadwerkelijk antwoord gaf op de onderzoeksvraag.

# Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de vragenlijsten en interviews weergegeven. De resultaten geven inzicht in welke kennis en vaardigheden de ergotherapeuten aangeven toe te passen bij het opstellen van doelen in het kader van zelfmanagement en hun ervaringen daarbij. In totaal hebben 120 eerstelijns ergotherapeuten de vragenlijsten ingevuld. Dit wordt weergegeven in tabel 2. Er zijn zes ergotherapeuten die werkzaam zijn in een eerstelijnspraktijk geïnterviewd. De resultaten worden weergegeven aan de hand van drie thema’s: ‘doelen stellen’, ‘zelfmanagement & zelfmanagementondersteuning’ en ‘doelen opstellen & zelfmanagementondersteuning’.

## Demografische gegevens

 

*Tabel 2.* Demografische gegevens ergotherapeuten uit de vragenlijst.

## Doelen stellen

### Proces van doelbepaling

Het proces van doelbepaling bestaat uit de volgende fasen: ‘doelherkenning’, ‘doelbepaling’, ‘opstellen van het actieplan’ en ‘feedback en waardering op de uitgevoerde acties’. Uit de vragenlijst is gebleken dat vrijwel alle ergotherapeuten ‘altijd’ of ‘vaak’ de eerste fase ‘doelherkenning’ doorlopen. Minder ergotherapeuten doorlopen de daaropvolgende fasen. Zie Figuur 1.

*Figuur 1.* Doorlopen fasen van het proces van doelbepaling.

### Werkwijze

Methoden en meetinstrumenten

Uit de vragenlijst is gebleken dat de werkwijzen bij ‘doelherkenning’ en ‘doelbepaling’ veel overeenkomsten hebben. De ergotherapeuten gebruikten niet veel verschillende werkwijzen: 51,7% gebruikte één werkwijze en 36,7% twee werkwijzen. Figuur 2 laat zien dat de meeste ergotherapeuten de COPM gebruikten om doelen op te stellen. Er werd niet altijd met cijfers gewerkt, omdat dit als tijdrovend en/of onpersoonlijk werd ervaren. Ook ging het ten koste van de interactie met de cliënt of is het vaak onduidelijk voor de doelgroep (ouderen). Soms is er bewust wel gekozen voor het geven van cijfers: het geeft inzicht, biedt structuur en maakt het behandelproces meetbaar. Andere genoemde werkwijzen zijn: observatie, gesprekstechnieken, intakeformulier, OPHI II, PEO, ICF, health counseling, Post-its en shared decision making.

*Figuur* *2*. Werkwijzen bij doelbepaling.

De ergotherapeuten gaven aan dat de werkwijze bij het opstellen van doelen afhangt van de doelgroep en de behoefte van de cliënt. Op basis van ervaring werd een keuze gemaakt voor een methode. Door tijdgebrek hielden de ergotherapeuten zich niet altijd aan de (standaard)methodes of modellen. Er werden op verschillende manieren doelen opgesteld, zoals: gespreksvoering, een standaarddoel, een voorstel vanuit de ergotherapeut of doelen uit een verwijsbrief. Doelen werden niet altijd opgesteld als dit te belastend was voor de cliënt of als het een enkelvoudige vraag betrof. Het intakegesprek zorgde hierbij voor voldoende duidelijkheid en dit bespaarde tijd.

SMART

Doelen zijn vaak niet volledig SMART geformuleerd. Uit de vragenlijst bleek dat 54,2% van de ergotherapeuten de SMART-principes toepast, 27,5% paste dit niet toe en 18,3% paste iets anders toe. De ergotherapeuten die medewerking aan het onderzoek hadden geleverd, vonden het lastig om een tijdsfactor aan doelen te geven. Dit kwam omdat de ergotherapeuten geen valse verwachtingen bij de cliënt wilden scheppen, geen druk bij de cliënt wilden neerleggen en het herstel van klachten moeilijk in te schatten is. Indien de SMART-principes niet werden toegepast, gingen de ergotherapeuten wel in gesprek met de cliënt om de tijdsfactor te bespreken.

Vaardigheden

De ergotherapeuten gaven aan dat ze de volgende vaardigheden toepassen bij het opstellen van doelen: samenvatten, prioriteren, doorvragen, hulpvraag (problemen/ wensen/ verwachtingen) uitvragen en bespreken. De geïnterviewden ervaarden dat de therapeutische relatie cruciaal is, waarbij ze open en transparant in gesprek gaan met de cliënt. Ze vonden het belangrijk dat het doel in de woorden van de cliënt is geformuleerd. Hierdoor wordt verwarring voorkomen. De haalbaarheid is een veel voorkomende factor bij het opstellen van doelen in verband met beperkte uren in de eerste lijn. Ergotherapeuten ervaarden dat er (meer) intrinsieke motivatie ontstaat als een cliënt zelf nadenkt over zijn doel. Indien de cliënt niet zelf tot doelen kwam, werd de cliënt ondersteund door gespreksvoering of geeft de ergotherapeut een voorstel. Daarnaast gaven ze aan dat er een minder specifieke uitleg wordt gegeven bij cliënten met cognitieve problemen en verminderd ziekte-inzicht.

Mate van bekwaamheid

Uit de vragenlijst is gebleken dat 38,3% van de ergotherapeuten zichzelf bekwaam vindt in het opstellen van doelen en dat 45% zichzelf redelijk bekwaam vindt. De geïnterviewden gaven aan bekwaam te zijn omdat ze realistisch kijken naar doelen, de hulpvraag kunnen uitvragen en richting kunnen geven aan het behandelproces.

*“Ik ben prima in staat om op moment dat hij of zij het verhaal doet om een op basis daarvan te gaan bepalen van wat kan ik ermee, wat verwacht ik ongeveer dat het resultaat zal zijn, verwacht ik dat iets haalbaar is (..) maar het is voldoende om richting te geven aan behandeling en om uiteindelijk te kunnen bepalen van is de behandeling effectief geweest ja of nee. Dus in dat opzicht voel ik me wel bekwaam in het doelen stellen.” (R1)*

Enkele geïnterviewden gaven aan dat hun manier van doelen stellen niet veranderd is in de loop der jaren en hun huidige werkwijze functioneert. Daarentegen ervaarden de andere ergotherapeuten wel een ontwikkeling. Deze ergotherapeuten konden de haalbaarheid realistischer inschatten, stelden vaker doelen op en kregen meer kennis en vertrouwen. Veel geïnterviewden vreesden voor een grotere invloed van de zorgverzekeraars in de toekomst, waardoor ze meer zullen moeten verantwoorden. Dit kan ten koste gaan van de cliëntgerichtheid, omdat het meer administratietijd zal innemen.

*“Ik denk dat ik de laatste jaren zelf ook erg fanatiek als de slag ben gegaan met doelen stellen omdat je je steeds meer moet verantwoorden ten opzichte van de zorgverzekeraars. (..) Maar op lange termijn merk je ook wel dat het helpend kan zijn voor je behandeling en dat je dan makkelijker kan evalueren. (..) Dus ik werk nu 10 of 11 jaar en ik merk dat ik eerder nooit of nauwelijks doelen opstelde en dat dat wel steeds meer een onderdeel wordt van je behandeling.”(R6)*

Verbeterpunten en uitdagingen

De geïnterviewden gaven verbeterpunten aan voor het opstellen van doelen, namelijk dat doelen meer SMART moeten worden geformuleerd, de verantwoordelijkheid vaker bij de cliënt terug moet worden gelegd, er meer samenwerking met andere disciplines moet zijn en dat er meer uitwisseling van kennis en informatie tussen ergotherapeuten moet ontstaan.

*“(..) in samenwerken met andere disciplines, of eh, ik zou soms de cliënt wel wat meer zelf de regie kunnen geven. Daarin zou ik mezelf nog wel wat meer willen ontwikkelen.” (R3)*

De ergotherapeuten gaven aan dat zij uitdagingen ervaarden bij bepaalde doelgroepen bij het opstellen van doelen. Deze doelgroepen zijn: ouderen, cliënten met een migratieachtergrond, niet-aangeboren hersenletsel, cognitieve problematiek en emotionele/psychische klachten. Andere uitdagingen die werden aangegeven zijn besluiteloosheid/ontwijkend gedrag, geen ziekte-inzicht of ongemotiveerde cliënten.

*“Die mensen ja, ze droppen eigenlijk hun probleem bij je en ze verwachten dat je het oplost. (..) Ja, om daar nou echt een doel aan te geven waar ze ook nou ja zelfsturing aan geven dat zit er gewoon vaak niet in. Ze willen gewoon hulp, hulpmiddelen willen ze eigenlijk al niet eens. (..) Je zit erbij en je snapt er niks van, wat ze naar elkaar vertalen en soms zeggen wij drie zinnen en zei twee woorden en dan denk je, is dit dan de goede informatie. Is dit mijn vraag die ze nu gesteld hebben. Dat is heel lastig.” (R3)*

### Werken in partnerschap

Rol cliënt

De ergotherapeuten gaven aan in gesprek te gaan met de cliënt, waarbij de cliënt centraal staat. De cliënt draagt de hulpvraag aan en beslist het doel. Hierbij is de cliënt de regiehouder en bepaalt de richting van de behandeling. Hoeveel regie iemand kan nemen hangt af van het cognitief en inzichtelijk vermogen en of iemand over voldoende informatie beschikt. Indien de cliënt geen regie kan of wil nemen, draagt de ergotherapeut vaak advies of voorstellen aan. Dit is vaak benoemd bij de doelgroep ouderen. Figuur 3 laat zien dat de meerderheid van de ergotherapeuten uit de vragenlijst de regie bij het opstellen van doelen bij de cliënt legde. Uit de interviews is gebleken dat de regie meer in het midden ligt.

*“Dat is ook het moeilijke want de cliënt is wel bepalend, maar de cliënt kan het vaak niet en dat is juist het verstand en gevoel kwestie. De cliënt moet het kunnen vanuit mijn kant maar vaak kunnen ze het niet, dus je moet eigenlijk een beetje een sturende of ondersteunende rol vervullen.” (R4)*

*Figuur 3.* Wie de regie heeft bij het opstellen van doelen.

Rol systeem

De ergotherapeuten ervaarden dat het systeem een grotere rol kan innemen als de cliënt geen of in mindere mate de regie kan nemen. Het systeem kan de ergotherapeuten inzicht geven in doelen, maar uiteindelijk beslist de cliënt het doel. De ergotherapeuten ervaarden dat de balans tussen de mantelzorger en cliënt lastig kan zijn bij het opstellen van doelen.

*“...zeker bij sommige mantelzorgers die nemen heel erg het gesprek over. Ik blijf het gesprek dan wel iedere keer weer terugbrengen naar de cliënt. Ik wil antwoord van de cliënt hebben. Op het moment dat de mantelzorger in blijft breken geef ik het ook aan en van ik wil dadelijk uw kant van het verhaal horen. Ik nu gewoon even het verhaal van hem of haar horen. Dus dat probeer ik wel alleen dan is het wel lastig om daar op dat moment dan tot een compromis te kunnen komen. Dat dat is soms gewoon moeilijk.” (R1)*

Andere disciplines

De ergotherapeuten hebben weinig tot geen samenwerking ervaren bij het opstellen van doelen. Gegeven redenen hiervoor zijn: een gebrek aan tijd, fysiek ver van elkaar vandaan staan en niet op de hoogte van elkaars doelen zijn. Verschillende ergotherapeuten gaven aan dat er een kans is voor een effectievere behandeling. Aan het begin van de behandeling kan er in een multidisciplinair overleg samen doelen worden opgesteld en de behandeling worden afgestemd.

## Zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning

### Kennis

Er is een grote diversiteit in de gegeven definities over zelfmanagement door de ergotherapeuten in de vragenlijst. Uit de interviews en de vragenlijst is gebleken dat de meeste ergotherapeuten onder zelfmanagement verstaan dat de cliënt de regie heeft.

*“Ik versta eigenlijk wel een beetje onder dat op de manier van regie dat je zelf de regie houdt, zelf verantwoordelijk bent, ja dat zelf er bovenop zit en het aanstuurt en controleert.” (R2)*

*“Dat je zelf de regie hebt en dat je mag en kan bepalen. Ik heb de dikke ‘Van Dale’ niet nagekeken.” (R5)*

*“Zelfmanagement is voor mij dat de cliënt ook een stukje regie heeft, zelf, aangeeft welke doelen hij heeft en ook op welke manier hij de doelen wil behalen met wat ondersteuning vanuit mij, wat de mogelijkheden ook zijn.” (R3)*

Een aantal geïnterviewden gaf aan soms niet bewust bezig te zijn met zelfmanagement. Er is aangegeven dat er kennis ontbreekt over de term zelfmanagement en het toepassen hiervan. De ergotherapeuten zagen kansen in een multidisciplinaire samenwerking omtrent zelfmanagement. Dit kan door meer kennis te verkrijgen door bijvoorbeeld het volgen van mono- en multidisciplinaire nascholingen over regie.

De geïnterviewden verstonden het volgende onder zelfmanagementondersteuning:

*“Naja eigenlijk de cliënt dusdanig van informatie of bijvoorbeeld van kennis of vaardigheden voorzien dat iemand dat ook kan. Ik denk dat dat de ondersteuning mag zijn of kan zijn.” (R5)*

*“Nou, ik denk dat het heel belangrijk is, dan zo denk ik dat het voor de cliënt heel belangrijk is om dat zoveel mogelijk te kunnen blijven doen, omdat het naar mijn idee ook heel veel invloed heeft op het zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde. Het gevoel om in controle te staan van zijn eigen leven.” (R1)*

*“Zelfmanagementondersteuning is, ja, ik vond het een hele lastige term, want ik dacht, ja, eigenlijk is die voor mij nieuw. Eigenlijk dat je nou ja de cliënt probeert te nou ja, te sturen in het maken van zijn eigen keuzes. Dus dat je hem daartoe motiveert zeg maar.” (R3).*

De meeste geïnterviewden konden één of twee uitgangspunten benoemen, zoals shared decision making en gelijkwaardigheid. Er is aangegeven dat het toepassen van de uitgangspunten afhankelijk is van: het sociaal milieu, leeftijd, achtergrond, intellectueel en cognitief niveau van de cliënt.

### Vaardigheden

Uit de vragenlijst is gebleken dat de meerderheid van de ergotherapeuten het belang ziet van zelfmanagementondersteuning. De geïnterviewden hebben ervaren dat dit invloed heeft op het zelfbeeld, de eigenwaarde en het optimaal blijven handelen van de cliënt. Daarentegen pasten minder ergotherapeuten het zelf toe. De meerderheid was neutraal of zat tussen ‘neutraal’ (3) en ‘toepassen’ (5) in. Zie Figuur 4.

*Figuur 4.*Zelfmanagementondersteuning.

In de vragenlijst hebben veel ergotherapeuten aangegeven dat ze ondersteunen bij zelfmanagement, maar de meerderheid kon niet benoemen wat dit inhoudt. Enkele andere vaardigheden die genoemd werden, hebben betrekking op: samenwerken, communicatie, kennis en adviseren. Het inschatten van de behoeftes en mogelijkheden van de cliënt is belangrijk om te kunnen adviseren of doorverwijzen. De rol van de ergotherapeut is afhankelijk van de hulpvraag en de mate van bekwaamheid in zelfmanagement van de cliënt.

Uit Figuur 4, blijkt dat op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 onbekwaam is en 5 bekwaam is, de ergotherapeuten zich gemiddeld 3,54 bekwaam voelden in zelfmanagementondersteuning. Verschillende ergotherapeuten gaven aan bekwaam te zijn door: de tools, scholing, ervaring, kennis over ontwikkelingen en vaardigheden. Daarnaast is aangegeven dat het de kern van ergotherapie is, dat het effect heeft op de behandeling en dat de cliënt centraal staat en de regie heeft.

*“Het uiteindelijke doel van de ergotherapeut is een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de cliënt. En dat is zelfmanagement. Het betekent de cliënt zo veel mogelijk zelf te laten bedenken wat belangrijk voor hem/haar is, welke problemen er zijn en zelf oplossingen te laten bedenken.”*

De ergotherapeuten gaven verbeterpunten aan om zich meer bekwaam te voelen in zelfmanagementondersteuning, zoals meer kennis en het toepassen van zelfmanagementondersteuning door middel van zelfstudie en cursussen.

*‘’(..) maar de tools om cliënten meer eigen regie te geven zijn me niet met de paplepel ingegeven.”*

De ergotherapeuten uit de vragenlijst gaven aan dat er uitdagingen worden ervaren bij zelfmanagementondersteuning, zoals het stimuleren van de cliënt om zelf te denken, te ondernemen en de verantwoordelijkheid bij de cliënt te leggen.

*“Sinds korte tijd werk ik er meer mee. Maar het is nog niet vanzelfsprekend voor mij. Soms gaat het weer van mijn netvlies en schiet ik makkelijk weer in de rol van ZORGverlener. Ook verwachten mensen vaak dat er zorg verleend wordt i.p.v. coaching op zelfregie, ik bedoel denk ik te zeggen dat de hulpvraag vaak geen ‘zelfmanagement’; is... dan moet ik eerst werken aan verwachtingsmanagement.”*

## Doelen stellen en zelfmanagementondersteuning

### Kennis

De geïnterviewden gaven aan dat er wel een verband is tussen zelfmanagement en doelen stellen, maar konden dit niet toelichten. Sommige ergotherapeuten gaven aan bewust een aantal principes van zelfmanagement toe te passen bij het opstellen van doelen. Ze benoemden niet hoe het opstellen van doelen kan bijdragen aan (het vergroten van) het zelfmanagement van de cliënt.

Uit de vragenlijst is gebleken dat 60,8% van de ergotherapeuten bewust gericht is op zelfmanagementondersteuning bij het opstellen van doelen. Zie Figuur 5.



*Figuur 5.*Gericht zijn op zelfmanagementondersteuning bij het opstellen van doelen.

### Mate van bekwaamheid

De geïnterviewden gaven aan dat ze zich niet volledig bekwaam voelen in zelfmanagementondersteuning bij het opstellen van doelen, omdat ze over te weinig kennis beschikken, te weinig vaardigheden hebben en/of er onbekendheid is over de term ‘zelfmanagementondersteuning’. De geïnterviewden gaven aan dat door meer ervaring, gesprekstechnieken, het volgen van scholing/cursussen en door meer open te staan voor ontwikkeling en/of signalen van de cliënt, ze zich hierin meer bekwaam kunnen voelen.

# Discussie

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten bediscussieerd en gerelateerd aan de literatuur. Daarnaast wordt de methode geëvalueerd en wordt de relevantie voor de maatschappij besproken.

## Inhoudelijke discussie

De meeste aandacht wordt besteed aan doelherkenning

Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de ergotherapeuten fase 1 ‘doelherkenning’ van de G-AP altijd doorloopt. De andere fasen van het model worden niet altijd doorlopen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de ergotherapeuten de meeste aandacht besteden aan ‘doelherkenning’. Van Hees, Satink en Cup (2015) beargumenteren daarentegen het belang van het doorlopen van het hele proces met de cliënt. Zij geven aan dat door de verschillende fasen te doorlopen, de cliënten meer betrokken en meer gemotiveerd zijn om hun doelen te bereiken. Daarnaast ontwikkelen de cliënten vaardigheden waardoor ze betekenisvolle doelen bereiken en groeien in het managen van hun leven. Het volledig doorlopen van het proces van doelbepaling zal dus de kwaliteit van de behandeling verhogen, het zelfmanagement van de cliënt vergroten en daarmee zal ook de kwaliteit van het leven van de cliënt toenemen.

Ontbreekt het de ergotherapeuten aan het belang van evalueren?

Uit de resultaten blijkt dat de ergotherapeuten tijdens het opstellen van doelen niet altijd een tijdsbepaling geven aan de doelen. Daarnaast doorloopt men niet altijd de fase ‘feedback en evaluatie van acties’ van de G-AP. Locke en Latham (2002) geven aan dat de tijdsbepaling kan zorgen voor een positieve ervaring op de uiteindelijke eigen effectiviteit. Daarnaast zorgt tijdsbepaling ervoor dat doelen meetbaar zijn en geëvalueerd kunnen worden. Zoals in de fase ‘feedback en evaluatie van acties’ van de G-AP. Het evalueren van doelen zorgt voor zelfinzicht en zelfvertrouwen bij de cliënt. Dit kan het zelfmanagement van de cliënt vergroten (Van Hees et al., 2015). Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat het koppelen van een tijdsbepaling aan doelen belangrijk is bij de doelbepaling.

Is de COPM ontwikkeld voor het opstellen van doelen?

Uit de literatuur kwam een grote diversiteit in mogelijkheden van methodes bij het opstellen van doelen naar voren (Steultjens, Cup, Van Hees, & Zajec, 2013). De verwachtingen van het onderzoek waren hierdoor dat er een variëteit in de werkwijze van de ergotherapeuten zou zijn bij het opstellen van doelen. De ergotherapeuten gaven in de vragenlijst aan dat ze voornamelijk één of twee werkwijzen gebruiken. De COPM werd in de vragenlijsten het meest genoemd. Op basis hiervan kan verondersteld worden dat de ergotherapeuten een soortgelijke werkwijze toepassen bij het opstellen van doelen. Volgens Zalmstra en Stomph (2012) is de COPM bedoeld om de problemen in het dagelijks handelen van de cliënt te achterhalen en het meetbaar maken van de veranderingen gedurende de behandeling. De COPM is gericht op doelherkenning en niet op doelbepaling. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de ergotherapeuten een meetinstrument toepassen bij doelbepaling dat niet passend is.

Algemeen geaccepteerd beeld: regie ligt bij de cliënt

De meerderheid van de ergotherapeuten gaf aan dat de regie bij het opstellen van doelen dichtbij de cliënt ligt. Daarnaast gaven ergotherapeuten aan dat dit door verschillende redenen niet altijd mogelijk is. Naar aanleiding van de literatuur was de verwachting dat de regie dichterbij de ergotherapeuten zou liggen. Hieruit bleek namelijk dat de opgestelde doelen vaak beïnvloed zijn door zorgprofessionals (Cameron et al., 2018) en dat cliënten niet altijd zelfregie hebben bij het opstellen van doelen (Faber et al., 2013). Tijdens de interviews legden de ergotherapeuten uit dat het ideaalbeeld is dat de cliënt de regie heeft, maar dat cliënten vaak ondersteund moeten worden bij het nemen van de regie. Deze ergotherapeuten plaatsten daarom de regie tussen de cliënt en de ergotherapeut. Dit is gezamenlijke besluitvorming. De projectgroep vermoedt dat de ergotherapeuten het beeld hebben dat de cliënt de regie zou moeten hebben bij het opstellen van doelen, maar dat dit niet helemaal overeenkomt met de dagelijkse praktijk.

Kwetsbare doelgroepen zijn uitdagingen bij het opstellen van doelen

De ergotherapeuten gaven aan dat ze weinig tot geen doelen opstellen bij bepaalde doelgroepen. Deze doelgroepen bestaan uit cliënten met een migratieachtergrond, niet-aangeboren hersenletsel, cognitieve problematiek en emotionele-/psychische klachten. Deze doelgroepen komen overeen met kwetsbare cliënten die onvoldoende vermogen hebben om hun leven te managen (Le Granse et al., 2017, p. 86). Aangezien deze doelgroepen onvoldoende vermogen hebben, is het van belang dat zij ondersteund worden in het vergroten van zelfmanagementvaardigheden (Van Staa & Mies, 2019). Op basis hiervan kan verondersteld worden dat het belangrijk is om met deze doelgroepen doelen op te stellen in het kader van zelfmanagementondersteuning. Mogelijk hebben de ergotherapeuten handvatten nodig om deze doelgroepen te kunnen ondersteunen en samen tot doelen te komen.

Ouderen werden expliciet genoemd als een uitdagende doelgroep bij het geven van regie en het opstellen van doelen. Uit een onderzoek van Bagchus en Dedding (2015) blijkt dat onwetendheid over de term zelfmanagement onzekerheid over het eigen handelen oproept bij ouderen. Ze denken dat het iets nieuws is wat ze moeten leren. Daarnaast denken ouderen dat zelfmanagement betekent dat ze alles zelfstandig moeten doen en beschouwen dit als een zware plicht. Dit zou kunnen verklaren waarom een deel van de ergotherapeuten aangeeft dat ze ervaren dat zelfmanagement en eigen regie niet of nauwelijks mogelijk is bij de doelgroep ouderen.

De betekenis van zelfmanagement(ondersteuning)

De betekenis van zelfmanagement varieerde bij de ergotherapeuten van ‘de cliënt stemt in met de doelen’ tot ‘managen van een leven met beperkingen’. De vraag is echter of de ergotherapeuten daadwerkelijk zelfmanagementondersteuning toepassen, omdat de gegeven definities niet volledig overeenkomen met de literatuur (CBO, 2014; Lenzen et al., 2015). Enkele ergotherapeuten uit de vragenlijst benoemden het ‘4-bollen model’ (Von Helden, 2019) en/of de drie domeinen van zelfmanagement (Lorig & Holman, 2003) in hun beschrijving van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning. Het is onduidelijk of de andere ergotherapeuten wel of niet over deze kennis beschikken. Uit de vragenlijsten blijkt dat de ergotherapeuten vooral aangeven te ondersteunen in zelfmanagement. Er werd vaak niet toegelicht hoe de ergotherapeuten ondersteunen. De geïnterviewden waren niet volledig in het beschrijven van de uitgangspunten van zelfmanagementondersteuning. Op basis van de resultaten kan verondersteld worden dat het een deel van de ergotherapeuten ontbreekt aan theoretische kennis over zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning.

Groeimogelijkheden zelfmanagementondersteuning

Uit de resultaten blijkt dat ergotherapeuten zelfmanagementondersteuning redelijk toepassen en zich redelijk bekwaam hierin voelen. De ergotherapeuten ervaarden verschillende knelpunten, namelijk de verantwoordelijkheid bij de cliënt te leggen en ze te stimuleren om zelf na te denken en te ondernemen. Dit komt overeen met het onderzoek van Von Lenzen (2019) bij zorgprofessionals. Hierin geven de professionals aan dat ze het lastig vinden om met de cliënt samen over doelen te beslissen, omdat ze dan de verantwoordelijkheid met de cliënt moeten delen.

Wat betekent doelbepaling voor het vergroten van zelfmanagement?

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de ergotherapeuten aangeeft dat ze bewust bezig zijn met zelfmanagementondersteuning bij het opstellen van doelen. Daarentegen konden de geïnterviewde ergotherapeuten niet duidelijk aangeven wat de relatie is tussen doelen stellen en zelfmanagementondersteuning. De projectgroep is van mening dat de ergotherapeuten een aantal principes van zelfmanagement toepassen tijdens het opstellen van doelen. Er zijn twijfels of de ergotherapeuten zich bewust zijn van wat ondersteuning in de doelbepaling kan betekenen voor het bevorderen van het zelfmanagement van de cliënt.

## Methodologische discussie

### Interne validiteit

Uitsluiten van beïnvloeding

Om de juiste interpretaties en bevindingen te krijgen over de kennis van de eerstelijns ergotherapeuten, is er bewust gekozen om niet de definities van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning te geven gedurende het interview en de vragenlijst. De interne validiteit is hiermee verhoogd, omdat mogelijke beïnvloeding is uitgesloten.

Geluidsrecorder

De interviews zijn opgenomen met een geluidsrecorder en vervolgens getranscribeerd. Eigen interpretatie is hiermee voorkomen en de gegeven informatie is objectief geanalyseerd. Dit draagt bij aan de interne validiteit van het onderzoek (Verhoeven, 2018, pp. 320-321).

Systematische fouten

Mogelijk zijn de volgende systematische fouten opgetreden tijdens het onderzoek die de validiteit van het onderzoek beïnvloed hebben:

In de vragenlijst is de vraag gesteld: ‘Wie zijn er betrokken bij het opstellen van doelen?’. Hierbij is vaak het antwoord ‘de ergotherapeut’ aangevinkt. Deze vraag is gesteld om te achterhalen of de ergotherapeut zelf de doelen voor zijn cliënt opstelt. Vermoedelijk hebben de ergotherapeuten de vraag anders geïnterpreteerd en zichzelf aangekruist, omdat ze altijd aanwezig zijn bij het opstellen van doelen.

In de vragenlijst is er aan de ergotherapeuten gevraagd wie de regie heeft bij het opstellen van doelen. Een aantal vragen daarna is er gevraagd wat de ergotherapeuten verstaan onder zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning. De ergotherapeuten antwoordden vaak met ‘eigen regie’. Hieruit kan verondersteld worden dat door de volgorde van de vragen de ergotherapeuten zijn beïnvloed in hun antwoord. Als het onderzoek opnieuw zou worden uitgevoerd, zou de vraag over ‘wie de regie heeft’ later worden gesteld. De ergotherapeuten kunnen dan niet beïnvloed worden in hun antwoord op de vraag over wat ze onder zelfmanagement verstaan. De validiteit van het onderzoek wordt hierdoor vergroot.

Het was opvallend dat veel ergotherapeuten aangeven dat ze de cliënt ondersteunen. Hierbij lichtten ze niet specifiek toe hoe ze de cliënt ondersteunen. De ergotherapeuten zijn mogelijk beïnvloed door het woord ‘ondersteuning’ in de vraagstelling. De gestelde vraag bestond uit twee vragen. Veel ergotherapeuten gaven maar één antwoord op de vraag. Als het onderzoek opnieuw zou worden uitgevoerd, zouden deze vragen in twee aparte vragen moeten worden gesteld, zodat er twee antwoorden worden gegeven (Verhoeven, 2018, p. 196).

Interpretatie van de onderzoeksgegevens

In de vragenlijst werd aan de ergotherapeuten gevraagd hoe bekwaam zij zich voelen in het opstellen van doelen, in zelfmanagementondersteuning en in hoeverre zij zelfmanagementondersteuning toepassen. De ergotherapeuten konden antwoord geven op basis van een 5 puntenschaal. Het was moeilijk om de antwoorden van de schaalvragen te interpreteren, omdat een cijfer niet duidelijk maakt hoe bekwaam iemand is. Als er woorden aan de schalen waren gegeven, was dit duidelijker geweest.

### Externe validiteit

De vragenlijst had een respons van 120 ergotherapeuten. De hoge respons ergotherapeuten geeft een betrouwbare weergave over de populatie ergotherapeuten die werkzaam zijn in de eerste lijn. Hierdoor konden er nauwkeuriger uitspraken worden gedaan over de gehele populatie (Verhoeven, 2018, p. 285). Op basis hiervan kan verondersteld worden dat het kwantitatief onderzoek extern valide is.

De respondenten zijn op volgorde van de ingevulde vragenlijst benaderd. De geïnterviewde ergotherapeuten waren alleen ergotherapeuten werkzaam in een eerstelijnspraktijk. Om inzicht te krijgen in de populatie was het de insteek om eerstelijns ergotherapeuten zowel werkzaam in een verpleeghuis als in een eerstelijnspraktijk te interviewen. Het kwalitatieve onderzoek geeft daardoor niet een representatief beeld van de populatie. Hierdoor zijn de bevindingen niet te generaliseren naar de populatie. Daarnaast zijn er zes ergotherapeuten geïnterviewd. Dit geeft geen representatief beeld van de populatie. Volgens Verhoeven (2018, pp. 320-321) is het waarborgen van de externe validiteit bij kwalitatief onderzoek niet het belangrijkste, omdat in de meeste kwalitatieve onderzoeken met kleine groepen wordt gewerkt.

### Betrouwbaarheid

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie. Er zijn namelijk twee verschillende onderzoeksmethoden toegepast: vragenlijst en interviews. De interviews zijn gepland op volgorde van binnenkomst en vonden door heel Nederland plaats. Hierdoor zijn ergotherapeuten die hebben aangeven zich bekwaam te voelen zowel als ergotherapeuten die aangegeven onbekwaam te voelen ondervraagd. Dit heeft de betrouwbaarheid en de kwaliteit van het onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2018, pp. 318-319). Er is gedeeltelijke verzadiging opgetreden bij de interviews. Bij een aantal vragen kwamen de gegeven antwoorden met elkaar overeen maar bij het laatste interview werd nog nieuwe informatie gegeven, waardoor er nog geen volledige verzadiging plaatsvond. Om een volledige verzadiging te laten plaatsvinden moeten er meer interviews worden afgenomen (Boeije, ’t Hart & Hox, 2009). Tijdens dit onderzoek was dit niet meer mogelijk.

## Maatschappelijke relevantie

De zorg verandert waardoor er meer verantwoordelijk bij de cliënt wordt gelegd (Rijksoverheid, 2013). Er wordt verwacht dat de cliënt de regie neemt over zijn leven en zijn eigen beslissingen neemt (Meinema, 2017). Het gevolg hiervan kan zijn dat cliënten hun leven niet of in mindere mate kunnen managen en zich terugtrekken uit de samenleving. De visie van ergotherapie is het mogelijk maken van het dagelijks handelen van de cliënt. Het dagelijks handelen leidt tot participatie (Le Granse et al., 2017, p. 61). Het participeren in de maatschappij is lastig als de cliënt niet het vermogen heeft om zijn leven te managen. De ergotherapeuten kunnen de cliënt hierin ondersteunen en begeleiden gedurende het opstellen en het bereiken van doelen. Hierdoor vergroten cliënten hun zelfmanagementvaardigheden. Zelfmanagementondersteuning door ergotherapeuten bij het opstellen van doelen met de cliënt kan dus bijdragen aan het vergroten van het zelfmanagement van de cliënt. De cliënt kan dan zelf zijn leven managen. Dit kan de gezondheid van de cliënt bevorderen en als gevolg hiervan neemt zijn kwaliteit van leven toe. Echter hebben ergotherapeuten te weinig kennis over zelfmanagementondersteuning om dit te kunnen toepassen. Cliënten zijn door het toepassen van zelfmanagementondersteuning minder afhankelijk van zorg en doen daardoor minder vaak een beroep op behandelaren. Op de lange termijn zal dit zorgkosten besparen.

# Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en de discussie kunnen er aanbevelingen worden gegeven aan de opdrachtgever, de opleiding ergotherapie, Ergotherapie Nederland en de eerstelijnspraktijken.

## Aanbevelingen aan opdrachtgever Ton Satink

Bevindingen zijn actueel voor de onderzoekslijn ‘zelfregie in dagelijkse activiteiten’

Doelen stellen in het kader van zelfmanagementondersteuning draagt bij aan het vergroten van zelfregie in dagelijkse activiteiten. Het wordt aanbevolen om de resultaten en discussie van dit onderzoek mee te nemen in de onderzoekslijn ‘zelfregie in dagelijkse activiteiten’. Het geeft de opdrachtgever inzicht in hoe ergotherapeuten doelen opstellen en het ontbreken van kennis bij de ergotherapeuten over zelfmanagementondersteuning, dit kan worden meegenomen in de onderzoekslijn van de opdrachtgever. Daarnaast geven de resultaten inzicht aan Ton Satink in een scholing voor ergotherapeuten over zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning en hoe doelen stellen kan bijdragen aan het vergroten van het zelfmanagement van de cliënt. Door de hoge respons op de vragenlijst zijn de onderwerpen ‘doelen stellen’ en ‘zelfmanagementondersteuning’ onder de aandacht gebracht bij een grote groep eerstelijns ergotherapeuten.

Vervolgonderzoek

Uit de resultaten en discussie zijn meerdere onderwerpen naar voren gekomen die om een verdiepend vervolgonderzoek vragen. Onder het kopje ‘aanbevelingen voor vervolgonderzoek’ worden de verschillende onderwerpen beschreven die kunnen worden meegenomen in eventuele vervolgonderzoeken.

Onderzoeksresultaten vergelijken met de resultaten van andere landen (JIP)

De resultaten van dit onderzoek zullen gepresenteerd worden in Londen gedurende de JIP-meeting. Bij deze meeting zijn studenten aanwezig uit andere landen die een samenwerking hebben met JIP. De opdrachtgever en de junior onderzoekers kunnen de overeenkomsten en verschillen vergelijken met de bevindingen van de studenten uit het buitenland.

## Aanbevelingen aan de opleiding ergotherapie (van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen)

Is ‘doelen stellen’ in het curriculum van de opleiding ergotherapie op de HAN onderbelicht?

Er wordt aangeraden om gedurende de opleiding Ergotherapie meer aandacht te besteden aan het doorlopen van de fasen ‘doelbepaling’, ‘opstellen van actie-en copingplannen’ en ‘het evalueren van de uitgevoerde acties’. De aanbeveling is om in het propedeusejaar hiermee te starten. De studenten kunnen kennis, vaardigheden en ervaring ontwikkelen met het doorlopen van het proces van doelbepaling. Vervolgens kan er in hoofdfase 1 dieper in worden gegaan op wat het stellen en evalueren van doelen oplevert voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Gedurende de stages kan dit worden verankerd door middel van coaching en reflectie tijdens de ‘Leren Op De Werkplaats’ lessen.

Wordt er vanuit de opleiding de juiste werkwijze aangeboden voor het opstellen van doelen?

Het is de rol van de opleiding om studenten op te leiden tot ergotherapeuten. De opleiding moet daarom de juiste werkwijze aanbieden voor het opstellen van doelen. Vanuit de opleiding wordt er vanaf het propedeusejaar sterk aanbevolen om de COPM te gebruiken bij het opstellen van doelen. Daarentegen is de COPM niet ontwikkeld voor het opstellen van doelen, maar voor het herkennen van de handelingsproblemen van de cliënt. Er wordt aanbevolen de studenten het ‘4-bollen model’ van Von Lenzen (2019) aan te reiken voor het opstellen van doelen.

Van wazige term naar concrete handvatten zelfmanagementondersteuning

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen kan gedurende de opleiding Ergotherapie meer aandacht geven aan zelfmanagementondersteuning. Dit kan door tijdens de opleiding zelfmanagement te integreren in de verschillende onderwijseenheden, handvatten voor het ondersteunen van zelfmanagement aan te reiken en deze te oefenen. Hierdoor worden de kennis en vaardigheden van zelfmanagementondersteuning van de ergotherapeuten in opleiding vergroot.

## Aanbeveling aan Ergotherapie Nederland

De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gedeeld met Ergotherapie Nederland met het advies om workshops en/of cursussen aan te bieden aan ergotherapeuten in de eerste lijn omtrent doelen stellen en zelfmanagementondersteuning. Belangrijke onderwerpen die aan bod moeten komen zijn:

* Hoe het samen opstellen en het bereiken van doelen het zelfmanagement van de cliënt vergroot;
* Kennis en vaardigheden met betrekking tot zelfmanagementondersteuning;
* Doelen stellen in het kader van zelfmanagement met specifieke doelgroepen, namelijk cliënten met een migratieachtergrond, lagere cognitie- en/of inzichtelijk vermogen, psychische problematiek en ouderen;
* Interdisciplinaire samenwerking bij doelen stellen en zelfmanagementondersteuning.

## Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen voor de praktijk worden gegeven:

* Het is van belang om oudere cliënten te informeren over de betekenis van zelfmanagement en dat men niet alles alleen hoeft te doen, maar dat de cliënt de mogelijkheid krijgt om beslissingen te maken in zijn ondersteuning. Uit het onderzoek komt naar voren dat de ergotherapeuten het lastig vinden om de doelgroep ouderen te ondersteunen in zelfmanagement. Uit de literatuur blijkt dat ouderen zelfmanagement een moeilijk begrip vinden, omdat ze bang zijn dat ze het alleen moeten doen (Bagchus & Dedding, 2015).
* Het volgen van een scholing om kennis en ervaring op te doen over doelen stellen in het kader van zelfmanagementondersteuning, indien de ergotherapeut zich hier minder bekwaam in voelt. Eén van de onderwerpen die onder de aandacht kan worden gebracht, is het doorlopen van de G-AP.

## Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Uit het onderzoek zijn verschillende onderwerpen naar voren gekomen die extra aandacht verdienen door een verdiepend vervolgonderzoek:

* *Onderzoek naar wat de wensen en behoeften zijn van cliënten op het gebied van doelen stellen in het kader van zelfmanagementondersteuning.* Hierdoor wordt inzicht verkregen in welke ondersteuning cliënten nodig hebben om betekenisvolle doelen te bereiken, betere zelfmanagers te worden en uiteindelijk een hogere kwaliteit van leven te krijgen.
* *Onderzoek naar een instrument om doelen op te stellen.* Uit de resultaten blijkt dat vooral de COPM wordt gebruikt voor doelbepaling, maar dit is geen meetinstrument dat ontwikkeld is voor het opstellen van doelen. Daarnaast blijkt dat er behoefte is aan een handreiking met voorbeeldvragen omtrent doelen stellen in het kader van zelfmanagementondersteuning. Echter bleek tijdens de interviews dat veel ergotherapeuten hun werkwijze niet hebben aangepast in de afgelopen jaren. De vraag is of een handreiking relevant zou kunnen zijn voor het werkveld. Hier kan mogelijk een vervolgonderzoek naar worden gedaan.
* *Er wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar de kansen van het toepassen van zelfmanagementondersteuning vanuit het hele interprofessionele behandelteam.* Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de eerstelijns ergotherapeuten weinig multidisciplinaire samenwerking ervaren bij het opstellen van doelen. Daarnaast wordt ervaren dat andere disciplines weinig tot niet bewust bezig zijn met zelfmanagementondersteuning. Als er een verschuiving van visie plaatsvindt binnen het hele behandelteam, heeft het behandelteam hetzelfde vertrekpunt waaruit doelen worden opgesteld. Dit leidt tot het beter managen van het leven door de cliënt.
* *Een onderzoek naar het ontwikkelen van een eerstelijns zelfmanagement ondersteuningsprogramma voor specifieke doelgroepen, zoals cliënten met een migratieachtergrond, ouderen en cliënten met cognitieve beperkingen.* Uit de resultaten blijkt dat de ergotherapeuten uitdagingen ervaren bij het opstellen van doelen met deze doelgroepen. Een ondersteuningsprogramma kan de ergotherapeuten helpen bij deze uitdagingen.

# Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: ‘Hoe stellen ergotherapeuten in de eerste lijn doelen op met de cliënt in het kader van zelfmanagementondersteuning?’

Uit het kwantitatief en kwalitatief onderzoek is gebleken dat veel ergotherapeuten de meeste aandacht besteden aan doelherkenning. De COPM wordt het meeste toegepast om doelen te herkennen en te bepalen. Echter is de COPM geen passend meetinstrument voor doelbepaling. De ergotherapeuten voelen zich bekwaam in het opstellen van doelen, maar ervaren uitdagingen bij het opstellen van doelen met de doelgroepen: ouderen, cliënten met een migratieachtergrond, niet-aangeboren hersenletsel, cognitieve problematiek en emotionele/psychische klachten. De ergotherapeuten lijken een algemeen geaccepteerd beeld te hebben dat de cliënt de regie heeft. Als de ergotherapeuten ervaren dat de regie niet tot nauwelijks mogelijk is, wordt de regie van de ergotherapeut en de rol van het systeem groter. Groeimogelijkheden voor de ergotherapeuten zijn het vergroten en toepassen van kennis over zelfmanagementondersteuning tijdens het proces van doelbepaling.

# Bronnenlijst

* Baarda, B. (2015). *Basisboek enqueteren.* Geraadpleegd op 1 oktober, van<https://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzEyMjg0NjZfX0FO0?sid=1b511a2f-8e2d-4280-8697-faafc4256c6f@pdc-v-sessmgr02&vid=0&format=EB&rid=1>
* Baarda, B. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 1 oktober, van<https://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzExNzEzMTRfX0FO0?sid=74fcd22a-101e-4cf3-a1a7-20dbdc866cee@pdc-v-sessmgr03&vid=0&format=EB&rid=1>
* Bagchus, C., Dedding, C. (2015). *Zelfmanagement: de kloof tussen beleidstaal en de ervaringen van ouderen met kanker.* Geraadpleegd op 8 januari 2020, van <https://www.researchgate.net/publication/309770502_Zelfmanagement_de_kloof_tussen_beleidstaal_en_de_ervaringen_van_ouderen_met_kanker>
* Cameron, L., Somerville, L., Naismith, C., Watterson, D., Maric, V., Lannin, N. (2018). A qualitative investigation into the patient-centered goal-setting practices of allied health clinicians working in rehabilitation. *Clin Rehabil, 32 (6),* 827-840. doi: 10.1177/0269215517752488
* CBO. (2014). *Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met een of meerdere chronische ziekten.* Geraadpleegd op 3 oktober 2019, van [https://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KZC/Zorgmodule\_Zelfmanagement\_1.0.pd](https://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KZC/Zorgmodule_Zelfmanagement_1.0.pdf)
* Cup, E., Van Hees, S., & Satink, T. (2015). Werken aan doelen in het kader van zelfmanagement. *Ergotherapie Magazine, 3,* 21-30. Geraadpleegd op 5 september 2019, van<https://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2015/07/EM_editie_3_2015_Zelfmanagement-serie-Deel-4-Werken-aan-doelen.pdf>
* Embrey, N. (2006). A concept analysis of self-management in long-term conditions*. Br J Neurosci Nurs. 2*, 507–513. doi: 10.12968/bjnn.2006.2.10.22535.
* Ergotherapie Nederland. (z.d.). *Informatie voor cliënten.* Geraadpleegd op 17 september 2019, van [https://ergotherapie.nl/informatie-voor-clienten](https://ergotherapie.nl/informatie-voor-clienten/)
* Faber, M., Harmsen, M., Van der Burg, S., & Van der Weijden, T. (2013). *Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement.* Geraadpleegd op 24 september 2019, van file:///C:/Users/Maazv/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Achtergrondstudie\_Gezamenlijkebesluitvorming\_en\_Zelfmanagement%20(3).pdf
* Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *BMJ: British Medical Journal, 343,* DOI: 10.1136/bmj.d4163
* Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M., Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de ergotherapie* (vijfde druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
* Lenzen, S.A., Daniëls, R., van Bokhoven, M.A., Van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2015). Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician, *European Journal of General Practice, 21(2),* 1-7. doi: 10.3109/13814788.2014.973844
* Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). *Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey.* Geraadpleegd op 16 oktober 2019 van,<https://pdfs.semanticscholar.org/d8ce/8388b61cddd6acd793aacdb77865c61de6f6.pdf>
* Meinema, T. (2017). *Dossier wat werkt bij eigen regie*. Geraadpleegd op 12 november 2019 van<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Publicatie-wat-werkt-bij-eigen-regie%20%5BMOV-13463706-1.0%5D.pdf>
* NWO. (2019). *Zelfregie in dagelijkse activiteiten.* Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van<https://www.nwo.nl/onderzoek-en-resultaten/onderzoeksprojecten/i/95/33295.html>
* Rijksoverheid. (2013.). *Troonrede 2013.* Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>
* Scobbie, L., McLean, D., Dixon, D., Duncan, E., & Wyke, S. (2013). Implementing a framework for goal setting in community based stroke rehabilitation: a process of evaluation. *BMC Health Serv Res, 13,* 190. Geraadpleegd op 16 oktober 2019 van,<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-13-190>
* Steultjens, E., Cup, E., Van Hees, S., & Zajec, J. (2013). *Ergotherapielijn CVA.* Utrecht/ Nijmegen: Hogeschool van Arnhem/ Nijmegen, Ergotherapie Nederland.
* Van der Burgt, M., & Verhulst, F. (2018). *Doen en blijven doen: zelfmanagement en persoonsgerichte multidisciplinaire zorg* (Vijfde herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
* Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Geraadpleegd op 1 oktober, van<https://web.a.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzE1NjI1NDZfX0FO0?sid=9ee5c55c-24d8-4b16-90bb-35ca327314a9@sdc-v-sessmgr02&vid=0&format=EB&rid=1>
* Van Staa, A., & Mies, L. (2019). *Kennisbundel Zelfmanagementondersteuning*. Geraadpleegd op 2 oktober 2019, van<http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement.html>
* Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (Zesde druk). Den Haag: Boom Lemma.
* Verschelling, M., Sok, K., Lucassen, A., Gunst, R., Beltman, H., & Van der Veen, N. *(2014).  De veranderende houding tussen overheid en burgers.* Geraadpleegd op 6 oktober 2019, van <https://www.movisie.nl/artikel/veranderende-verhouding-tussen-overheid-burgers>
* Von Helden, S. (2019). Samen beslissen: Over doelen en actieplannen. *Ergotherapie Magazine, 4,* 40-47. Geraadpleegd op 9 september 2019, van<https://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2014/04/43352.Magazine-EM-0419_EW_samen-beslissen-over-doelen-en-actieplannen.pdf>
* Zalmstra, A., & Stomph, M. (2012). Ergovaardig deel 1: Probleeminventarisatie en -analyse. Den Haag: Lemma