10-1-2021

Het overbrengen van de burgercompetenties

Kwalitatief onderzoek

Naam student:	Larissa Ruseler
Studentnummer:	3541931
Studentcode:	Ruse1700
Studentenmail:	larissa.ruseler@student.nhlstenden.com
Onderwijsinstelling:	NHL Stenden Hogeschool
Opleiding:	HBO-verpleegkunde
Groepscode:	VV4M
Code toetseenheid:	larissa.ruseler.advies-2021-kans1
Afstudeerbegeleider:	Nadine Wilczak & Johan Oosterwold
Praktijkbegeleider:	Klaus Boonstra & Pepi Wadman
Instelling:	GGD Fryslân
Locatie:	Leeuwarden
Datum:	10-01-2021
Aantal woorden:	10.802 woorden

Voorwoord

In het kader van mijn opleiding Hbo-verpleegkunde aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden schrijf ik dit onderzoeksrapport. Dit onderzoeksrapport is een deel van mijn afstudeeronderzoek bij GGD Fryslân. GGD Fryslân is de gezondheidsdienst van de Friese gemeenten. De GGD werkt aan het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van gezondheidsproblemen bij de Friese burger. Tijdens mijn laatste jaar aan de Hbo-verpleegkunde heb ik twintig weken onderzoek gedaan naar het overbrengen van de burgercompetenties.

Dit afstudeeronderzoek is geschreven in opdracht van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, waarbij onderzoek werd gedaan naar het implementatieproject 'Ik bin der klear foar' waarbinnen de implementatie van de burgercompetenties centraal staan. Er wordt in dit rapport onderzoek gedaan naar het overbrengen van de burgercompetenties door middel van verschillende communicatiemogelijkheden. Bij dit onderzoek is eerst een literatuurstudie uitgevoerd wat wordt opgevolgd door een praktijkonderzoek. Uiteindelijk zijn de resultaten uit de literatuur vergeleken met de resultaten van de praktijk waarbij aanbevelingen zijn opgesteld voor de opdrachtgever.

Bij dezen wil ik graag mijn praktijkbegeleiders Klaus Boonstra en Pepi Wadman bedanken voor de goede en duidelijke begeleiding tijdens mijn onderzoek. Ook hebben zij mij altijd bijgestaan waar nodig was. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleider Nadine Wilczak en Johan Oosterwold bedanken voor alle ondersteuning en de informatieve lessen. Als laatst wil ik alle betrokken participanten bedanken dat ze wilden meewerken aan mijn afstudeeronderzoek.

Larissa Ruseler

't Veld, 10 januari 2021

Inhoudsopgave

VOORWOORD **1**

SAMENVATTING ..... FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

INLEIDING **4**

PROBLEEMANALYSE 4
PROBLEEMSTELLING 4
DOELSTELLING 5
HOOFDVRAAG 5
VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE 5
LEESWIJZER 5

HOOFDSTUK 1. THEORETISCH KADER **6**

1.1 INLEIDING LITERATUURONDERZOEK 6
1.2 ZOEKSTRATEGIE 6
1.3 BEGRIPSDEFINIËRING 6
1.4 RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK 7
1.4.1 Wat wordt er verstaan onder de burgercompetenties? *7*
1.4.2 Wat is het verwachtingspatroon van de burgers over de zorg, anno nu en de toekomst? *9*
1.4.3 Welke motivatie technieken bestaat er om ouderen te motiveren? *11*
1.4.4 Hoe kan je best communiceren met ouderen? *13*
1.5 CONCLUSIE LITERATUURONDERZOEK 14
1.6 IMPLICATIES VOOR HET PRAKTIJKONDERZOEK 15

HOOFDSTUK 2. ONDERZOEKSMETHODE **16**

2.1 TYPE ONDERZOEK 16
2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE 16
2.3 DATAVERZAMELINGSMETHODE 16
2.4 DATAVERZAMELINGSTECHNIEK 17
2.4.1 Betrouwbaarheid en validiteit meetinstrument en onderzoek *17*
2.5 ANALYSE 18
2.6 KWALITEITSCRITERIA PRAKTIJKONDERZOEK 18
2.6.1 Betrouwbaarheid *18*
2.6.2. Validiteit *18*
2.6.3 Objectiviteit *19*
2.6.4 Bruikbaarheid *19*

HOOFDSTUK 3. RESULTATEN **20**

3.1 PARTICIPANTEN 20
3.2 MEETRESULTATEN 20
3.2.1 Topic 1 – Verwachtingspatroon *20*
3.2.2 Topic 2 – Communiceren met ouderen *21*
3.2.3 Topic 3 – Motiveren van burgers *24*
3.2.4 Topic 4 – Burgercompetenties *24*
3.4 MINDMAP RESULTAAT 26

HOOFDSTUK 4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE **27**

4.1 DISCUSSIE 27
4.1.1 Inhoudelijke discussie *27*
4.1.2 Reflectie op methodologische keuzes *28*
4.1.3 Reflectie op eigen handelen *29*
4.2 CONCLUSIE 29
4.2.1 Conclusie praktijkonderzoek *29*
4.2.2 Slotconclusie *30*
4.2.3 Betekenis van de resultaten voor de praktijk *30*

HOOFDSTUK 5. AANBEVELINGEN **31**

Aanbeveling 1 - Animatiefilmpje *31*
Aanbeveling 2 – Grootschalig samen werken met andere kanalen *31*
Aanbeveling 3 – Communicatieplan en implementatieplan *31*
Aanbeveling 4 – Vervolgonderzoek *31*

LITERATUURLIJST **32**

BIJLAGE 1 - ZOEKSTRATEGIE **35**

Tabel 1 – Zoektermen *35*
Tabel 2 – Inclusie- en exclusiecriteria *35*
Tabel 3 – Zoekstrategie *0*

BIJLAGE 2 – EVIDENCE TABEL **0**

BIJLAGE 3 - OPERATIONALISERINGSSCHEMA **0**

BIJLAGE 4 – PLANNING **0**

BIJLAGE 5 - UITNODIGINGSBRIEF **2**

BIJLAGE 6 – INFORMED CONSENT **3**

BIJLAGE 7 – MEETINSTRUMENT **4**

INLEIDING 4
KERN 4
AFSLUITING 6

BIJLAGE 8 – CODELIJST SCREENSHOT **0**

Uitleg screenshot Atlas ti *0*

BIJLAGE 9 – ONDERZOEK OVEREENKOMST **0**

BIJLAGE 10 – SAFEASSIGN **1**

Inleiding

Probleemanalyse

In 2030 ziet het zorg- en welzijnslandschap in Friesland er naar verwachting aanmerkelijk anders uit dan anno 2018. In de eerste fase van het project Seker en Sun is vanuit een breed perspectief onderzoek gedaan naar hoe de werkelijkheid in 2030 kan zijn voor burgers, zorg- en welzijnsprofessionals en organisaties die gelieerd zijn aan het werkveld. En wat dit betekent voor de burgers en professionals die zich in die wereld begeven (Bleeker et al., 2018)

Zorgverzekeraar de Friesland publiceerde in haar project Friesland Voorop onderstaande demografische ontwikkeling die ook de urgentie van de problematiek helder maakt. In 2007 was de verhouding van ouder dan 65 jaar en de beroepsbevolking (20-65 jaar) één op acht. In 2037 is die verhouding nog maar één op vier en in 2052 één op twee. Hieruit kan worden opgemaakt dat als gevolg van de vergrijzing er uiteindelijk minder mensen beschikbaar zijn voor de zorgsector.

Door het project Seker en Sûn zijn de burgercompetenties ontwikkeld. De burgercompetenties helpen burgers dat zij naar vermogen en volgens eigen waarden zorg en welzijn voor zichzelf, maar ook voor naasten kunnen organiseren en bepalen. In 2020 werden deze burgercompetenties projectmatig uitgewerkt en geïmplementeerd in twee groepen binnen de gemeente Dantumadeel onder de projecttitel 'Ik bin der klear foar'. In dit project werd gekeken hoe de burgercompetenties op werden gepakt in de gemeente Dantumadeel en of de burgers daar klaar waren voor de toekomst. Hierin werd getoetst of de gekozen implementatiemethodiek effectief is voor het verspreiden en toepassen van de burgercompetenties (Wadman, 2019). Afgelopen jaar is door studenten van de NHL-Stenden Hogeschool een eerste evaluatie uitgevoerd of de implementatie van burgercompetenties effectief is geweest voor de burgers uit Dantumadeel. Uit deze evaluatie kwam onder andere dat de burgercompetenties in hun huidige beschrijvingswijze ontoegankelijk en te uitgebreid zijn overgebracht.

Dit onderzoek vindt plaats bij GGD Fryslân. GGD Fryslân is de gezondheidsdienst van de Friese gemeenten. De GGD werkt aan het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van gezondheidsproblemen bij de Friese burger (GGD Fryslan , sd). GGD Fryslân neemt deel in de academische werkplaats publieke gezondheid Noord-Nederland (AWPG-NN), waar onderzoek en kennisdeling plaatsvindt (Academische werkplaats, sd). De AWPG-NN onderzoekt de effectiviteit van het project "Ik bin der klear foar", dat door Zorgbelang Fryslân in de gemeente Dantumadeel wordt uitgevoerd.

Probleemstelling

Het is van belang dat de burger de burgercompetenties gaat omarmen en uiteindelijk ook gaat toepassen binnen de maatschappij, zodat de zorg haalbaar en betaalbaar blijft. Om dit te realiseren moeten de burgers eerst kennismaken met de burgercompetenties. Dit hebben ze gedaan in twee groepssessies en drie individuele gesprekken. Toch zijn de burgercompetenties toen niet goed overgekomen blijkt uit de tussenevaluatie (Buijtendijk, 2020). Het is dus nog niet inzichtelijk hoe die informatie met betrekking tot de burgercompetenties beter kan worden overgedragen aan burgers om hun bewust te maken van de burgercompetenties.

Doelstelling

Na dit praktijkonderzoek is inzichtelijk gemaakt wat een effectieve manier is om informatie over te brengen op de burgers van 65+ uit Friesland, waardoor ze beter bewust worden van de burgercompetenties. Er wordt daarbij een aanbeveling geschreven voor GGD Fryslân, zodat zij verder kunnen met dit project.

Hoofdvraag

Hoe kan het beste informatie overgedragen worden aan de burger van 65+ woonachtig in Friesland om hun bewust te maken van de burgercompetenties?

Verpleegkundige relevantie

Tegenwoordig worden de burgers steeds ouder waardoor vergrijzing optreedt. Dit heeft veel invloed op de verpleegkundige van deze tijd. Niet alleen de werkdruk van de verpleegkundige neemt toe, maar bij ongewijzigd beleid ook de behoefte aan verpleegkundige zorg in het algemeen. De taak van de verpleegkundige wordt dan ook om de burger te stimuleren om zijn of haar eigen regie te behouden, nog meer dan verpleegkundigen op dit moment doen. Als de burgers de eigen regie in handen nemen wordt hierdoor een taak van de verpleegkundige ontlast en hebben ze meer tijd voor complexere situaties. Dit geldt ook voor situaties waarbij zorgafhankelijkheid niet te vermijden is zoals bij NAH, ernstige dementie, dwarslaesie, etc.

Het is dus van belang dat de burger weet wat er van hen verwacht wordt over tien jaar door middel van de burgercompetenties. Daarnaast is het niet alleen dat de burger de competenties onthoudt, maar ook dat ze het leuk gaan vinden en hier actief mee bezig gaan. Als de burgers dit niet gaan omarmen en toepassen dan is voor verpleegkundige de zorg niet meer haalbaar, omdat er dan te veel zorgvraag is. Daarom is het van belang om te onderzoeken hoe het beste informatie kan worden overgebracht, in dit geval de burgercompetenties, zodat de burger hier beter bewust van wordt en de verpleegkundige over 10 jaar nog goed en efficiënt hun werk kunnen doen.

Leeswijzer

In de inleiding is beschreven wat nou precies het probleem is en wat de aanleiding is geweest tot het formuleren van de hoofdvraag. In dit hoofdstuk is ook toegelicht wat de probleemstelling, doelstelling, vraagstellingen en verpleegkundige relevantie is. In het opeenvolgende hoofdstuk is het theoretisch kader beschreven waarin een literatuurstudie is uitgevoerd en daarbij behorende zoekstrategieën en resultaten van de literatuurstudie zijn beschreven. In hoofdstuk twee, de onderzoeksmethode, staat beschreven wat voor type onderzoek het bevat, de onderzoekspopulatie, dataverzamelingstechnieken en de kwaliteitscriteria zijn. In het derde hoofdstuk zijn de resultaten voortgekomen uit het praktijkonderzoek naar voren gebracht. In het vierde hoofdstuk, de discussie en conclusie, wordt ingegaan op het verband tussen de resultaten uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek. Ook wordt hierin een eindconclusie beschreven waarna opeenvolgend de aanbevelingen voor de praktijk worden beschreven. Tot slot zijn er bijlagen te zien die in de lopende tekst van toepassing kunnen zijn als ondersteuning.

Hoofdstuk 1. Theoretisch kader

1.1Inleiding literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader uitgewerkt van het onderzoek. Voorafgaand aan een praktijkonderzoek moet er eerst literatuuronderzoek worden gedaan. In dit literatuuronderzoek wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en relevante bronnen waardoor de volgende literatuurvragen kunnen worden beantwoord;

1. Wat wordt er verstaan onder de burgercompetenties?
2. Hoe kan je best communiceren met ouderen 65+?
3. Welke motivatietechnieken bestaan er om de burger te motiveren?
4. Wat is het verwachtingspatroon van de burgers over de zorg, anno nu en de toekomst?

1.2 Zoekstrategie

Voor het vinden van wetenschappelijke literatuur is er gezocht in verschillende databanken. De verschillende databanken waarin is gezocht zijn Pubmed, CINAHL, ScienceDirect en Google Scholar. Er is gekozen voor deze databanken, omdat CINAHL gericht is op verpleegkundige zorg en Pubmed en ScienceDirect meer medische studies bevatten die ook van toepassing kunnen zijn op de literatuurvragen. Als eerste zijn er zoektermen in het Nederlands, maar ook in het Engels opgesteld om zo concreet te zoeken in de databanken: zie Tabel 1. De zoektermen die zijn gehanteerd zijn: *verpleegkunde, nursing, informatietechnieken, informing techniques, burgers, citizens, ouderen, elderly, communicatie-strategieën, communication strategies, informeren en inform*. Voor het vertalen van de zoektermen is gebruik gemaakt van de website IATE (IATE European Union terminology, 2020). Om sommige zoektermen te combineren of juist uit te sluiten is er gebruik gemaakt van de Booleaanse operatoren. Na het invoeren van de zoektermen en de Booleaanse operatoren is er gekeken naar de in- en exclusiecriteria om de zoekcriteria af te bakenen: zie Tabel 2. Inclusiecriteria van deze literatuurstudie zijn dat de gevonden artikelen niet ouder waren dan 15 jaar, de artikelen aansloten op de vraagstelling en full-text beschikbaar zijn. Eén artikel is ouder dan 15 jaar uit 2003, maar erg bruikbaar geweest voor het beantwoorden van de literatuurvraag, vandaar dat dit artikel toch is geïncludeerd, ondanks de publicatiedatum. Artikelen zijn geëxcludeerd als ze noch Engels, noch Nederlands waren of als er kosten in rekening werden gebracht voor het lezen van het artikel. Verder is er aan de hand van de sneeuwbalmethode, methode waarbij in de literatuurreferenties bruikbare artikelen te vinden zijn, secundaire literatuur gevonden. Uit de zoekresultaten op verschillende databanken is een selectie gemaakt van artikelen die relevant zijn voor de literatuur. In totaal zijn negen wetenschappelijke artikelen geïncludeerd en negen informatieve artikelen vanuit Google Scholar geïncludeerd. Zie Tabel 3 voor de zoekstrategie en de Evidence tabel uitgewerkt met bijbehorende details van de artikelen.

1.3 Begripsdefiniëring

De volgende begrippen zijn gedefinieerd en essentieel om dit rapport beter te begrijpen.

Begrip	Definitie
Burgercompetenties	De burgercompetenties helpen burgers dat zij naar vermogen en volgens eigen waarden zorg en welzijn voor zichzelf, maar ook voor naasten kunnen organiseren en bepalen. Deze competenties zijn ontwikkeld om de burger voor te bereiden op de toekomst (Boonstra et al., 2018).
Seker en Sûn	Seker en Sûn is hèt samenwerkingsproject waar kennis over zorg en welzijn binnen de provincie Fryslân samenkomt. Belanghebbenden zoals burgers, patiëntenverenigingen, zorg- en welzijnsaanbieders, onderwijsinstellingen, overheden, verzekeraars, MKB werken hier samen aan invulling van de beste zorg voor de sterk stijgende en veranderende zorgvraag in 2030 (Bleeker et al., 2018)
Verwachtingspatroon	Gedachten over mogelijke toekomstige gebeurtenissen op grond van eerdere ervaringen of gangbare opvattingen (Ensie , sd)

1.4 Resultaten literatuuronderzoek

1.4.1 Wat wordt er verstaan onder de burgercompetenties?

Op 1 januari 2018 hadden 9,9 miljoen mensen in Nederland één of meer chronische aandoeningen. Dit komt overeen met 58% van de Nederlandse bevolking (Nielen, Poos, & Gommer, 2019). Omdat we gemiddeld steeds ouder worden zal ook het aantal mensen met chronische aandoeningen toenemen, terwijl het aantal beschikbare zorgprofessionals niet meestijgen (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol, & Schellevis, 2011). Om kwalitatief goede zorg toegankelijk en betaalbaar te

houden, zijn daarom veranderingen in de zorg noodzakelijk (Hendriks, Plass, Heijmans, & Rademakers, 2013).

Seker en Sûn is een onderzoeksprogramma die zich bezighoudt met de toekomst van de zorg in Fryslân. Tijdens een project van Seker en Sûn zijn de CanMENS rollen ontwikkeld die zijn afgeleid van de CanMEDS-structuur en het spinnenweb van Positieve gezondheid. De CanMEDS-structuur is een internationaal erkend model waarin de competenties van de verpleegkundigen staan beschreven (Lambregts, Grotendorst, & Van Merwijk, 2016). Het spinnenweb van de Positieve gezondheid is daarentegen gericht op de burger (Institute for Positive Health, 2019). Door die twee samen te voegen zijn er competenties voor burgers ontwikkeld.

In totaal zijn er acht verschillende CanMENS-rollen waarbij burgercompetenties gekoppeld zijn. Deze CanMENS-rollen zijn; Betekenis en zingeving, Sociale vaardigheid en samenwerken, Persoonlijk functioneren en handelen, Communiceren, Kennis en informatie, Maatschappelijk handelen, Organiseren en als laatst Technologie en digitale vaardigheden (Boonstra, Buurma, Mast, & Wadman, 2018).

Betekenis en zingeving
Zingeving gaat over gebeurtenissen, relaties, doelen en onderliggende waarden die voor de burger belangrijk zijn en het leven zin geven (Sociale Vraagstukken , 2017). Machteld Huber van Positieve gezondheid is ervan overtuigd dat zingeving de grootste kracht is van gezondheid bevorderen (Institute for Positive Health, 2019).

Sociale vaardigheden en samenwerken
Bij deze competentie wordt er van burgers verwacht om zelf en samen met anderen hun leven vorm en richting te geven waar het hun zorg en welzijn betreft (Boonstra, Buurma, Mast, & Wadman, 2018). Door middel van sociale vaardigheden kan een burger sneller om hulp vragen waar nodig en daardoor een sociaal netwerk opbouwt. Ook kan een burger beter zijn eigen wensen kenbaar maken tijdens Shared Decision Making, waarbij er een gezamenlijk besluit wordt gevormd door professional en patiënt (Via perspectief, sd).

Persoonlijk functioneren en handelen
Bij de competentie persoonlijk functioneren en handelen staat centraal om jezelf als burger te kennen in je kracht en zwakheid en daarbij hoort dan ook omgaan met teleurstellingen, verdriet maar ook met positieve veranderingen in het leven. Het is ook essentieel dat burgers bewust worden van en verantwoordelijkheid nemen voor eigen gezondheid. De eerste stap daarbij is de burgercompetenties omarmen en toepassen binnen de maatschappij. Dit is wel het doel van het project, maar staat niet letterlijk in de burgercompetenties beschreven.

Communiceren
Het is van essentieel belang dat je als oudere burger communiceert met naasten, maar ook met vrienden of buren. Door communicatie kunnen burgers informatie en gevoelens delen en hierdoor mogelijk de kwaliteit van leven verbeteren. Overigens hebben burgers nog steeds de eigen regie om te vertellen wat ze willen. Wel is het in deze maatschappij van belang dat je kunt lezen, schrijven en rekenen.

Kennis en informatie
De competentie kennis en informatie houdt in dat een burger in staat is om nieuwe kennis en informatie te kunnen verzamelen, toelaten, zich eigen maken en het belangrijkste toepassen in hun dagelijks leven. Voor ouderen is dit een moeilijk aspect aangezien tegenwoordig veel kennis en informatie door middel van het internet wordt gedeeld en lang niet alle ouderen zijn hiermee bekend.

Maatschappelijk handelen
Bij deze competentie wordt verwacht dat de burger kennis heeft van wet- en regelgeving omtrent de zorg, welzijn en maatschappelijk handelen.

Organiseren
Bij organiseren zegt het woord eigenlijk al genoeg. Het plannen, regelen, coördineren van het dagelijks leven. In de toekomst zal de burger zelf gaan organiseren wat voor zorg je nodig hebt waardoor de zelfredzaamheid bevorderd wordt. Voor een burger is het ook belangrijk dat je betekenisvolle activiteiten kunt organiseren, plannen en regelen.

Technologie en digitale vaardigheden
Dit is naar vermoeden het moeilijkste aspect van het ouder worden. Denk aan internetbankieren of een gesprekje met de huisarts door middel van videobellen. De ouderen van de toekomst moeten goed om kunnen gaan met E-health en E-learing. E-health zijn de digitale toepassingen in de zorg zoals het gebruik van communicatietechnologieën ter ondersteuning van de gezondheidszorg (KNMG , 2020).

1.4.2 Wat is het verwachtingspatroon van de burgers over de zorg, anno nu en de toekomst?

Het zorgstelsel in Nederland is onderverdeeld in vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), De Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet publieke gezondheid en de Jeugdwet (Het Nederlandse zorgstelsel, 2016; RIVM, 2018). Dit onderzoek heeft betrekking tot ouderen van 65 jaar en ouder. Zij zullen dan ook het meest te maken krijgen met de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Als een burger bijvoorbeeld een rolstoel wil aanvragen bij de gemeente valt dit onder de Wmo, maar als een burger 24 uurs zorg in de nabijheid nodig heeft kan een instelling of thuis een beroep doen op de Wlz. De burger betaalt niet direct voor de zorg die wordt verkregen, maar dit gaat indirect door het basispakket. De burger is namelijk verplicht om een (basis)verzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar.

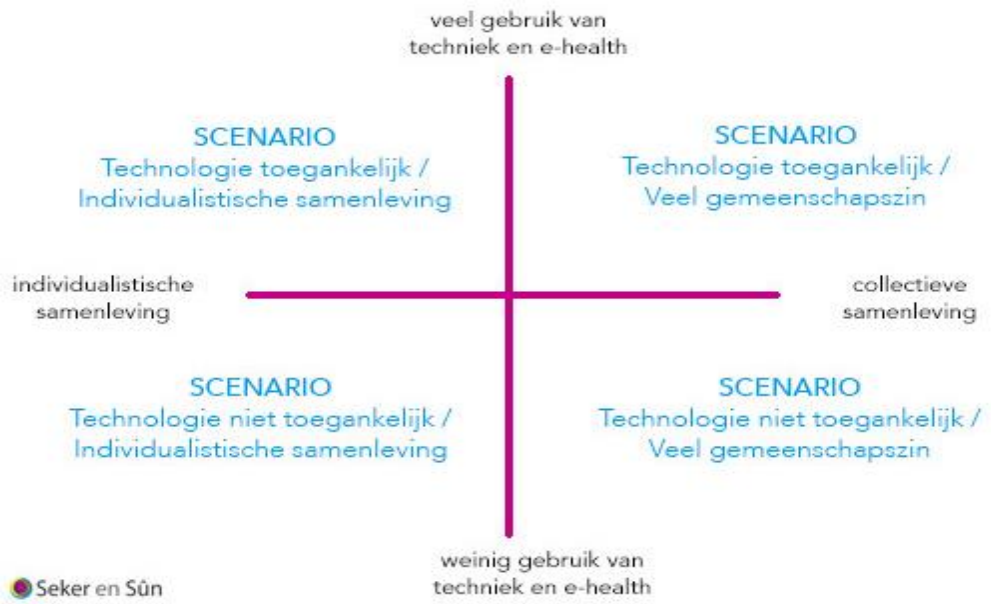
De Wet langdurige zorg is beschikbaar voor een beperkte groep burgers. De groep burgers die hieronder vallen zijn kwetsbare ouderen met bijvoorbeeld vergevorderde dementie, burgers met psychiatrische aandoeningen of burgers met een ernstig verstandelijk of lichamelijk beperking. De indicatie voor de Wet langdurige zorg wordt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verkregen aan burger die hiervoor in aanraking komen. Op dit moment kan een burger die onder de Wlz valt deze functies verwachten: verblijf in een instelling voor langdurige opname, persoonlijke hulp bij de algemene dagelijkse verrichtingen, verpleging zoals wondzorg en vervoer naar de dagbesteding.

Bij de Wet maatschappelijke ondersteuning gaan de gemeenten samen met de burger in gesprek over de ondersteuning die nodig is. De gemeente beslist uiteindelijk welke ondersteuning geschikt is voor de zorgvraag van de burger. De mogelijkheden die onder de Wmo vallen zijn; dagbesteding, hulp bij het huishouden, vrijwilligers, maatschappelijke opvang voor mensen die dakloos zijn, ondersteuning van mantelzorgers en een financiële tegemoetkoming voor burgers die leiden onder een chronische ziekte.

Hoe gaat de zorg eruitzien?
Hoe de zorg er over 10 jaar uit gaan zien weten we niet, wel is er bekend dat de zorg drastisch gaat veranderen. De verzorgingsstaat verandert langzaam maar zeker in een participatiesamenleving. Dit zei de Koning in de troonrede van 2013 (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014). Bij het invoeren van de Wmo in 2007 werden de burgers al geïntroduceerd met het concept participatiesamenleving, omdat de burgers zelf naar de gemeente toe moesten stappen als ze ergens tegenaan liepen.

Wat verwacht de Friese burger op dit moment van de zorg?
De burgers zijn, zo blijkt uit het rapport van de Europese Commissie tevreden over de zorg in Nederland. Daarnaast laat dit rapport ook zien dat de Nederlandse burger bezorgd zijn over de toekomst van de zorg. Burgers vrezen dat de kosten van de zorg in de toekomst zullen stijgen, dat er bezuinigd zal worden en dat daarmee de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg onder druk zullen komen te staan (Public opinion in the European Union, 2012).

Uit het rapport 'Burgerraadpleging van Seker en Sûn (Seker en Sûn, 2017) zijn vier potentiële scenario's ontwikkeld over hoe de zorg in 2030 eruit kan gaan zien. In figuur 1 is dit weergegeven.

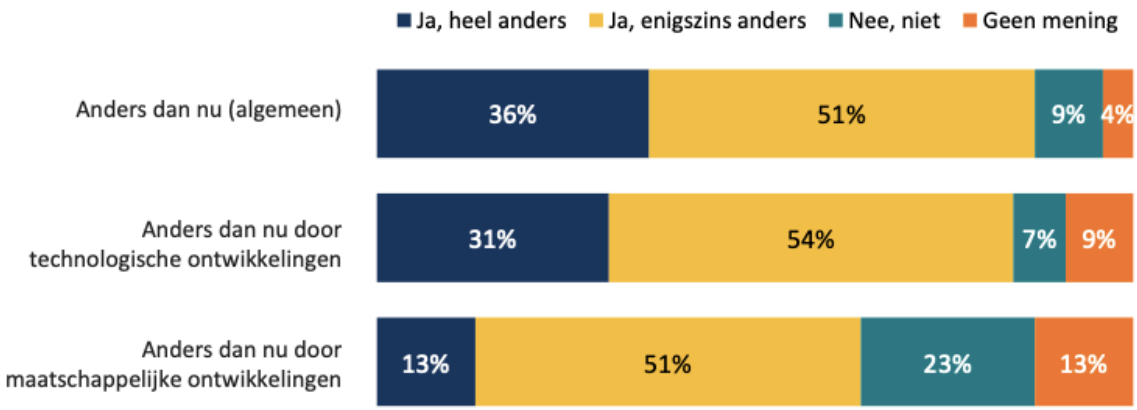


Figuur 1. Vier potentiële scenario's. Overgenomen uit *Burgerraadpleging*, door Seker en Sûn, 2017.

Daarbij moet rekening gehouden worden dat er nog onzekerheid is hoe de acceptatie en verspreiding van technologie wordt toegepast. Daarnaast of de samenleving naar gemeenschapszin neigt of meer naar de individualistische samenleving. Gezien de onvoorspelbaarheid, maar toch de hoge impact, is het juist voor deze ontwikkelingen relevant om anticiperende maatregelen te nemen.

De 600 deelnemers die de enquête over verwachtingen hebben ingevuld zijn burgers uit Friesland. Als zij kijken naar de zorg op zich dan denkt het merendeel dat de zorg gaat veranderen op gebied van betaalbaarheid, beschikbaarheid, organisatie, eigen verantwoordelijkheid en technologie. Wat betreft de technologische veranderingen denken zij dat er meer robotisering komt, digitaal contact en verbetering van behandeling door apparatuur. Wel zijn zij van mening dat dit kan bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg en staan positief tegenover de technologische ontwikkelingen. Ondanks de technologische ontwikkelingen zijn de burgers uit Friesland bezorgd over de betaalbaarheid en beschikbaarheid van de zorg in 2030 en of burgers wel voor elkaar willen zorgen in de toekomst. Uit de vragenlijst bleek ook dat de burgers uit Friesland zowel aan gemeenschapszin hechten als aan behoudt van autonomie.

Een vraag vanuit de enquête was *'Verwacht u dat de gezondheidszorg in Friesland er in 2030 anders uit gaat zien?'* In figuur 2 staat een grafiek met de uitkomsten.



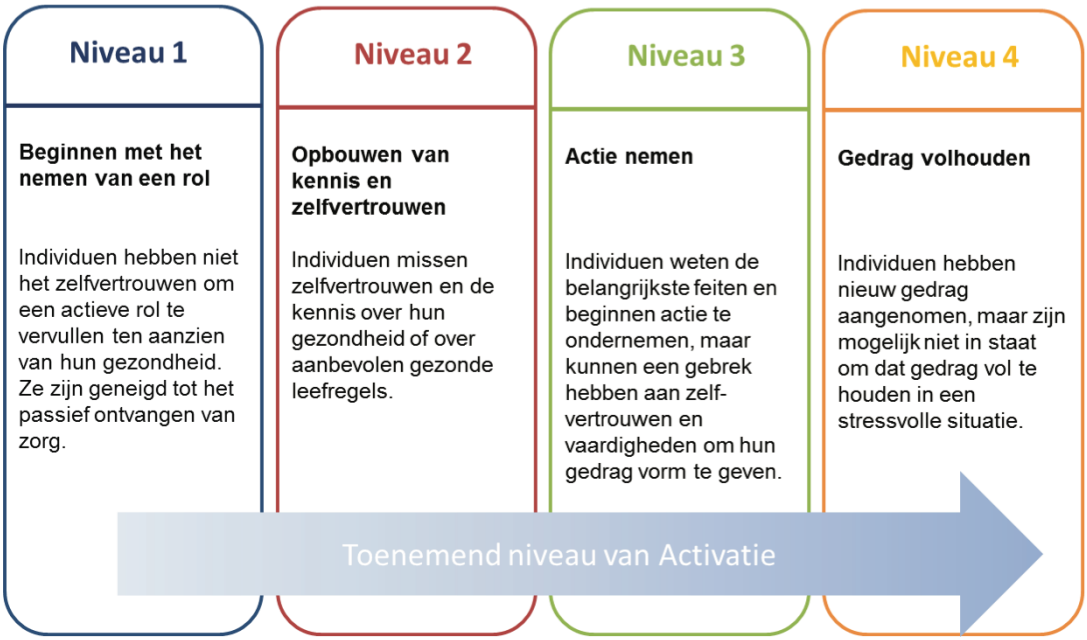
Figuur 2. Verwachtingen gezondheidszorg Friesland. Overgenomen uit *Burgerraadpleging*, door Seker en Sûn, 2017.

Dit zijn globale bevindingen over wat de burger uit Friesland verwacht van de zorg in 2030. Voor verdere informatie waarop meer op details wordt ingegaan wordt verwezen naar het rapport 'Burgerraadpleging – Seker en Sûn'

1.4.3 Welke motivatie technieken bestaat er om ouderen te motiveren?

De Patiënt Activation Measure (PAM) is een instrument waarbij de motivatie van een patiënt in kaart kan worden gebracht en is ontwikkeld in de Verenigde Staten. Daartegen is het vertaald en gevalideerd voor toepassing onder de Nederlandse bevolking (Nijman, Hendriks, Brabers , De Jong, & Rademakers, 2014). Er wordt verondersteld dat het bevorderen van het zelfmanagement van een patiënt één van de manieren is om goede zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

De PAM meet bij individuele patiënten de kennis, vaardigheden en het vertrouwen in het kunnen omgaan met de eigen gezondheid of ziekte in samenstelling met de demografische gegevens van de patiënt. De PAM is een korte vragenlijst van 13 vragen en daarom ook makkelijk toe te passen binnen de praktijk. De PAM kan helpen bij het identificeren van die groep mensen die het meest baadt hebben bij ondersteuning bij zelfmanagement. Het gebeurt namelijk nog steeds dat zorgverleners afgaan op hun klinische blik en daarbij inschatten dat ouderen met een lage opleiding minder in staat zijn hun eigen zorg te managen (Nijman, Hendriks, Brabers , De Jong, & Rademakers, 2014). Op basis van de PAM kunnen de patiënten ingedeeld worden in 4 verschillende niveaus. PAM-niveau 1 zijn passieve patiënten die nauwelijks eigen regie ervaren tot en met actieve patiënten die graag hun eigen zorg willen managen PAM 4.



Figuur 3 – Patient Activation Measure. Overgenomen uit *Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers,* door Nijman, Hendriks, Brabers, De Jong & Rademakers, 2014

Door het afnemen van de PAM kan de zorg van de patiënt beter aangesloten worden op het activatieniveau van de patiënt. Dit wordt ook wel zorg op maat genoemd waarbij interventies kunnen worden ontwikkeld en ingezet worden om het activatieniveau van de patiënten te verhogen.

Tot nu toe lijkt het van belang om extra aandacht te besteden aan patiënten die behoren tot de PAM 1 niveau, aangezien deze groep patiënten ongunstig afsteekt tegenover de andere groepen. Deze groep patiënten heeft onvoldoende zelfvertrouwen om een actieve rol te spelen in hun eigen gezondheid en zorg en is sneller geneigd tot het passief ontvangen van zorg. Zelfmanagementondersteuning binnen de groep met de laagste PAM-score zou zich vooral moeten richten op het laten inzien van mensen dat zij ook een belangrijke rol kunnen spelen in het regisseren van hun eigen zorg en motiveren om dit ook te doen. Pas daarna kan worden overgegaan tot het aanleren van nieuwe vaardigheden en het veranderen van gedrag. Overigens zijn zorgprofessionals

nog niet voldoende opgeleid voor de coachende en ondersteunende rol die de ondersteuning bij zelfmanagement vraagt (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol, & Schellevis, 2011).

Motiverende gespreksvoering is een benadering om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en iets te doen aan hun problemen, hun ambivalenties op te lossen en de weg naar verandering in te slaan. Kortom, om mensen te ondersteunen bij hun pogingen gedrag en gewoonten te veranderen (Miller & Rollnick, 2014)

1.4.4 Hoe kan je best communiceren met ouderen?

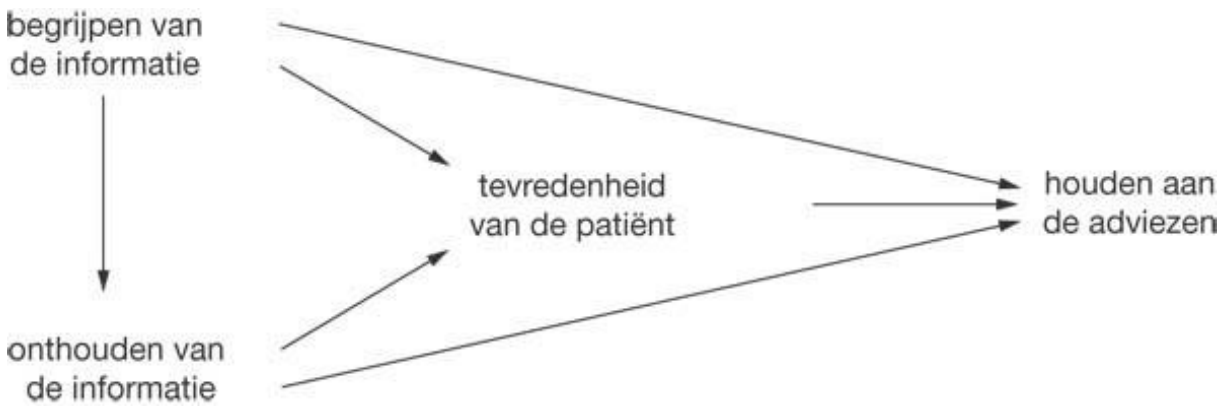
In de participatiesamenleving waar we langzamerhand naar toe gaan wordt er van de burger verwacht dat zij actief bezig zijn met het coördineren van hun eigen gezondheid waardoor ze ook meer verantwoordelijkheid krijgen voor hen eigen gezondheid dan voorheen. Het begrip patiënten participatie is de deelname van patiënten die invloed uitoefenen op de zorg. Dit kan bijvoorbeeld zijn tijdens een consult waarin de patiënt actief deelneemt aan het gesprek (Patiëntenfederatie Nederland, sd).

In het boek 'Communiceren in de zorg' staat een citaat van een patiënt: 'Ik vond dat bij de informatievoorziening geen onderscheid werd gemaakt tussen verschillende patiënten. Sommige patiënten hebben geen behoefte aan informatie wat niet voor hen geldt, waar soms wel veel nadruk op wordt gelegd. Het gesprek liep volgens de visie van de verpleegkundige, zij had een bepaalde missie en dat moest op ons worden overgebracht' (Van Dulmen, Van Weert, & Jansen, 2011).

Communicatie met ouderen 65+ vraagt om specifieke vaardigheden. Veel ouderen hebben meer moeite met veel informatie tegelijk te verwerken, hebben moeite met medisch taalgebruik en kunnen daarnaast ook problemen hebben met het visus of gehoor. Wat betreft de informatieverwerking bij ouderen zijn bij ouderen mentale hulpmiddelen nodig terwijl zij minder mentale hulpmiddelen tot beschikking hebben ten opzichte van jongeren. Dit is ook de voornaamste reden dat ouderen langzamer informatie verwerken dan jongeren. Daarnaast vermindert de werking van het werkgeheugen als mensen ouderen worden. Het werkgeheugen is de hoeveelheid informatie die een persoon tegelijkertijd kan verwerken en opslaan. Als laatste vermindert de inhibitie, dat wil zeggen dat ouderen meer moeite hebben om te onderscheiden wat wel en wat geen relevante informatie is om te onthouden (De Canon van Gerontologie, sd). Het resultaat van het afnemen van de mentale hulpmiddelen is dat veel ouderen tekorten in het geheugen hebben voor taken die cognitieve inspanningen vereisen, zoals recall van informatie (Van Dulmen, Van Weert, & Jansen, 2011). Recall is een ander woord voor het onthouden van informatie. Het onthouden van informatie is een voorwaarde voor het wegnemen van ongerustheid, het verwerven van een gevoel van controle en voor therapietrouw (Kessels, 2003). In een gesprek met ouderen is het van belang dat de ouderen zoveel mogelijk informatie begrijpen, onthouden en ook kunnen toepassen. Het is van belang dat verpleegkundige rekening houdt met de cognitieve vermogens en met name de informatieverwerking bij ouderen.

In de jaren tachtig werd door Ley het geheugenmodel van Ley ontwikkeld. Dit is een model dat weergeeft welke factoren van invloed zijn op mate waarin patiënten zich houden aan adviezen van zorgverleners. Ley benoemt dat in het algemeen blijkt dat ouderen informatie die hun als eerst

verteld zijn het beste kunnen onthouden, primacy-effect. Daarnaast werkt herhaling van belangrijke informatie bevorderend op het begrip van de oudere waarbij naarmate de informatie meer verduidelijkt wordt de adviezen des te beter worden onthouden. Ook is het handig wanneer er veel informatie verteld moet worden om dit te verdelen in kleinere onderwerpen (Duyx, Eijkman, & Visser, 2006) .



Figuur 4 - Geheugenmodel van Ley. Overgenomen uit *Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid,* door Duyx, Eijkman & Visser, 2006

Begrijpen van informatie → onthouden van informatie → tevredenheid van de patiënt zich → houden aan adviezen

1.5 Conclusie literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek is naar voren gekomen wat de burgercompetenties precies inhouden. Er is duidelijk beschreven welke burgercompetenties er zijn, maar ook wat er onder verstaan wordt. Daarentegen zijn er in de literatuur weinig voorbeelden te vinden wat de burgercompetentie 'organiseren' op zich inhoudt. Organiseren kan in meerdere situaties voorkomen of is het juist de bedoeling dat iedere burger hier zijn eigen interpretatie aan geeft.
Uit het project Seker en Sûn is gebleken dat de zorg alleen haalbaar kan blijven als de samenleving echt naar een participatiesamenleving toegaat. Dit houdt in dat er veel meer gekeken wordt wat er met technologie en gemeenschapszin bereikt kan worden.
In de burgerraadpleging onder Friese burgers is ook gebleken dat vrijwel alle burgers er bewust van zijn dat de toekomst veel veranderingen met zich mee brengt. Dit is onder andere op het gebied van technologie, maar op het gebied van maatschappelijke veranderingen zijn de burgers nog niet genoeg bewust.
Veel ouderen hebben niet dezelfde informatiebehoefte als een ander. Wat naar voren kwam tijdens de evaluatie is dat sommige burgers gemotiveerd waren om zich echt in te zetten en andere burgers juist wilden dat alles voor hen geregeld werd. Uit de literatuur is gebleken dat de informatievoorziening aangepast moet worden op de persoon die tegenover je zit. Dit houdt in dat de ene burger meer informatie wil hebben, omdat hij/zij meer geïnteresseerd erin is en de ander alleen de basis verteld moet worden, omdat diegene anders afhaakt.

De Patient Activation Measure (PAM) is een instrument waarbij naar voren komt in welke mate een burger gemotiveerd is. Dit kan ook toegepast worden op de burgercompetenties. Wat betreft het communiceren met ouderen is het belangrijkste wat uit de literatuur komt dat de informatieverwerking bij ouderen afgenomen is. Het geheugenmodel van Ley is een model dat weergeeft welke factoren van invloed zijn op mate waarin patiënten zich houden aan adviezen van zorgverleners.

1.6 Implicaties voor het praktijkonderzoek

Door de resultaten die gekomen zijn uit het literatuuronderzoek zijn vier hoofdonderwerpen naar voren gekomen die allemaal op hun eigen manier gelinkt zijn aan de burgercompetenties. Deze vier hoofdonderwerpen of topics zijn dan ook essentieel om in de praktijk te toetsen om te kijken of dezelfde uitkomsten zich voordoen. De vier hoofdtopics zijn: de burgercompetenties in het algemeen, verwachtingspatroon van de zorg, communiceren met ouderen en het motiveren van ouderen. Vanuit deze hoofdtopics en de gevonden literatuur zijn ook weer subtopics geformuleerd. Deze hoofd- en subtopics zijn als leidraad voor het semigestructureerd interview, ook wel het meetinstrument genoemd. In Bijlage 3 is het operationaliseringsschema opgenomen als schematische weergave van de topics.

Hoofdstuk 2. Onderzoeksmethode

2.1 Type onderzoek

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek ondersteund door semigestructureerde interviews. Bij kwalitatief onderzoek wordt er inzicht verkregen in verschillende interpretaties en opvattingen die mensen hebben. Daarnaast is bij kwalitatief onderzoek het verzamelen van de gegevens open en flexibel (Verhoeven, 2018). Er wordt dus onderzoek gedaan naar achterliggende meningen, motivaties en wensen voor een nieuwe oplossing met betrekking tot het overbrengen van de burgercompetenties. Dit onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews waarbij hoofdvragen zijn opgesteld met daarbij behorende topics en doorvraagmogelijkheden. Waarbij is onderzocht wat effectieve communicatie manieren zijn om de burgercompetenties over te brengen.

2.2 Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek richt zich op de informatieoverdracht van de burgercompetenties op burgers 65+ uit Friesland. Vanwege het feit dat het vorige contact met de burger 65+ uit Dantumadeel is afgesloten, omdat het onderzoek binnen Dantumadeel was afgelopen konden deze burgers niet opnieuw benaderd worden als populatie. Daarnaast speelde tegelijkertijd het Covid-19 virus op, waardoor Nederland in een gedeeltelijke lockdown kwam. Om deze redenen is er gekozen voor de maximum-input-methode. Hierbij bestaat de onderzoekspopulatie uit participanten die de rijkste en compleetste informatie over het onderwerp hebben en kunnen vertellen (Van 't Veer, Wouters, Veeger, & Lugt, 2020). Er is toen selectief gekozen voor professionals die ervaringen hebben binnen de gezondheidszorg en participanten die veel weten van communiceren met burgers. Wel is de verhouding mannen en vrouwen representatief 1:1. Alle participanten die zijn uitgenodigd zijn akkoord gegaan met de deelname.

2.3 Dataverzamelingsmethode

In overleg met de opdrachtgever zijn de participanten benaderd door middel van een uitnodigingsbrief via de mail: zie Bijlage 5. De opdrachtgever beschikte over de emailadressen van de geselecteerde participanten, waardoor ze persoonlijk benaderd konden worden. In deze uitnodigingsbrief stond vermeld wat het doel was van het interview, wanneer de interviews afgenomen werden en een klein stukje over de onderzoeker. Wanneer de participant instemde met de deelname aan het interview werd samen met de participant een geschikte datum, tijd en locatie afgesproken om het interview af te nemen. De participanten werd verzocht om een Informed consent in te vullen. Hiermee gaven zij toestemming voor deelname aan het onderzoek en konden ze, als ze dit zouden willen, elk moment afzien van het onderzoek. Daarnaast hebben de participanten toestemming gegeven voor het anoniem verwerken van de gegevens in het onderzoek en hebben zij toestemming gegeven voor het opnemen van audio tijdens het interview. Deze audio-gegevens mogen 10 jaar bewaard in het bezit van de opdrachtgever. De onderzoeker bewaart de gegevens niet. De interviews werden in twee weken tijd afgenomen, zie voor concrete planning: Zie Bijlage 4.

2.4 Dataverzamelingstechniek

Aan de hand van de resultaten uit het literatuuronderzoek is het meetinstrument opgesteld. Het meetinstrument bestaat uit vier hoofdtopics waar weer subtopics onder hangen, dit is schematisch weergegeven in het operationaliseringsschema in Bijlage 3. Dit meetinstrument geldt alleen als geheugensteuntje en is dus niet geheel leidend voor het interview. Bij de vier hoofdtopics 'burgercompetenties in het algemeen, 'verwachtingspatroon van de zorg', 'communiceren met ouderen' en 'motiveren van ouderen' is per topic een hoofdvraag opgesteld. Als er niet genoeg informatie vanuit de hoofdvraag wordt verworven kan er nog gebruik worden gemaakt van doorvraagvragen. De doorvraagvragen zijn ook alvast geformuleerd en zijn te vinden in het meetinstrument. In Bijlage 7 is het meetinstrument weergegeven.

Voorafgaand aan elk interview zijn de participanten geïnformeerd met nodige informatie die voor het interview essentieel is om te weten, hier worden onder andere de burgercompetenties uitgelegd. Aan het begin van elk interview wordt er een korte voorstelronde gehouden, het onderzoek wordt toegelicht en zo nodig ook nog een keer de burgercompetenties. Ook wordt de inhoud van het interview besproken en vervolgens wordt toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Als alle interviewvragen zijn gesteld en alle topics aan bod zijn gekomen wordt er een korte samenvatting van de antwoorden van de participanten gegeven. Dit is een directe membercheck om te controleren of alle informatie die de participanten hebben benoemd juist is en of de onderzoeker deze ook goed geïnterpreteerd heeft. Op het eind wordt door de onderzoeker nog gevraagd of de participant eventueel inzage wil hebben in het rapport.

2.4.1 Betrouwbaarheid en validiteit meetinstrument en onderzoek

Bij betrouwbaarheid gaat het om hoe consistent een methode iets meet (Benders, 2016). Als er dus wordt gekozen om dit onderzoek met andere onderzoekers, andere participanten en andere omgevingsfactoren uit te voeren zouden de resultaten nog vergelijkbaar zijn. Vanwege het feit dat dit praktijkonderzoek bij participanten wordt uitgevoerd met een zorg- of communicatieachtergrond kan er vrijwel zeker worden vastgesteld dat er niet dezelfde resultaten uit zullen voortkomen. Voorafgaand aan het eerste interview is er een proefinterview met een onafhankelijk persoon gehouden. Bij elk interview zijn dezelfde hoofdtopics naar voren komen, waarmee de betrouwbaarheid wordt verhoogd. Wel wordt er rekening gehouden met het feit dat de participanten hen eigen ervaringen meenemen als antwoord op de hoofdtopics. Aan het eind van elk interview wordt een directe membercheck uitgevoerd. Hierbij wordt een korte samenvatting gegeven van het interview door de interviewer waarbij de participant akkoord gaat met de informatie. Dit wordt gedaan om te controleren of alle informatie die de participanten hebben benoemd juist is en of de onderzoeker deze ook goed geïnterpreteerd heeft. Hierdoor is de betrouwbaarheid van het interview vergroot.

Bij validiteit wordt gekeken of er echt gemeten is wat er gemeten moest worden (Benders, 2016). Hetgeen wat onderzocht moest worden met dit onderzoek was 'effectieve manieren om burgercompetenties over te brengen'. Dit komt meerdere malen vanaf verschillende belichtingen terug in het meetinstrument, er wordt dus gemeten wat er gemeten moest worden. De vier hoofdtopics die uit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen vormen de leidraad van het meetinstrument, waarbij de subtopics dienen als geheugensteuntje. Vanuit de onderzoeksvariabelen

is het operationaliseringsschema opgesteld. Dit operationaliseringsschema is opgesteld om de hoofd- en deelvragen meetbaar en onderzoekbaar te maken. Ook zorgt het voor een helder stappenplan voor een semigestructureerd interview. Het uiteindelijke operationaliseringsschema en meetinstrument zijn voorgelegd aan twee docenten en de opdrachtgever en op basis van de feedback aangepast waar nodig.

2.5 Analyse

Bij de verwerking van de resultaten van de participanten is gebruik gemaakt van de thematic analysis zoals is beschreven door van 't Veer (Van 't Veer, Wouters, Veeger, & Van der Lugt, 2020) waarbij vanuit kwalitatieve data betekenisvolle thema's werden gevormd. Bij **stap 1** worden alle resultaten verzameld door middel van video-opnames waarna deze volledig getranscribeerd worden. Vervolgens bij **stap 2** wordt open gecodeerd met behulp van het computerprogramma Atlas ti. Bij elk relevant tekstfragment wordt een label of code gehangen die later terug te vinden is in de codelijst, **stap 3.** Idealiter wordt dit door twee onderzoekers gedaan, zodat er geen relevante informatie gemist kan worden, maar in dit onderzoek is hier geen ruimte voor geweest. Bij **stap 4** wordt eerst gecodeerd aan de hand van de hoofdtopics waarna per hoofdtopic gekeken wordt onder welk subtopic het valt (selectief coderen). In Bijlage 8 is een screenshot toegevoegd van codelijsten met uitleg. Bij **stap 5** worden de resultaten vergeleken met de hoofdvraag. De resultaten worden per hoofdtopic beschreven, ondersteund door citaten en eindigt met een mindmap in de lopende tekst waar alle resultaten in samenkomen.

2.6 Kwaliteitscriteria praktijkonderzoek

2.6.1 Betrouwbaarheid

Verhoeven omschrijft dat de mate van betrouwbaarheid in een onderzoek te maken heeft met mate waarin het onderzoek vrij is van (toevallige) fouten (Verhoeven, 2018). Om (toevallige) fouten te voorkomen is gebruik gemaakt het vier-ogen-principe. Dit is toegepast bij het operationaliseringsschema, het meetinstrument en de resultaten van de literatuurstudie. Tijdens het interview zijn er video-opnames gemaakt, zodat er geen belangrijke data verloren gaan en zodat het terug kan worden gekeken voor non-verbale reacties. Aan het eind van elk interview is een directe membercheck gedaan, om te controleren of de participant het juiste volgens hem/haar gezegd had. In de uitnodiging was benoemd dat de interviews 30 à 40 minuten zou duren. Dit streven is niet bij elk interview behaald, er zijn interviews die bijna één uur hebben geduurd, zodat de participanten goed hun verhaal konden vertellen waardoor minder data verloren gingen.

2.6.2. Validiteit

Bij validiteit gaat het erom of er daadwerkelijk gemeten wordt wat er gemeten wilt worden. Dit houdt in dat de antwoorden die de participanten geven ook vergelijkbaar en aansluitbaar zijn op de hoofdvraag. Vandaar dat het operationaliseringsschema en meetinstrument zijn opgesteld om de participanten toch in de goede richting van de hoofdvraag te sturen zonder de hoofdvraag te stellen.

Vanwege de kleine onderzoekspopulatie (N=6) zijn de resultaten uit dit onderzoek niet generaliseerbaar voor vergelijkbaar onderzoek. Daarnaast is dit onderzoek alleen uitgevoerd met participanten afkomstig uit het Noorden van Nederland en is het niet zonder meer generaliseerbaar voor andere delen van Nederland.

2.6.3 Objectiviteit

Om de objectiviteit te waarborgen heeft de interviewer zich tijdens het afnemen van de interviews neutraal opgesteld, zonder meningen te geven. Deze meningen zouden het antwoord van de participanten kunnen beïnvloeden, waardoor het interview te veel gestuurd wordt.

2.6.4 Bruikbaarheid

Om de bruikbaarheid te verhogen is er constant nauw contact geweest met de opdrachtgever. Hierdoor is er samen afgestemd wat haalbaar en bruikbaar was in het onderzoek en worden er geen onnodige resultaten verworven. Er is net benoemd dat de participanten alleen uit Noord-Nederland zijn geselecteerd. Dit is niet generaliseerbaar, maar wel bruikbaar voor de opdrachtgever.

Hoofdstuk 3. Resultaten

3.1 Participanten

Het afnemen van de interviews heeft plaatsgevonden van 2 december tot en met 11 december 2020. Het streven was om zes participanten te laten deelnemen aan de interviews. Uiteindelijk hebben alle zes participanten gekozen om mee te doen aan de interviews en was de respons dus 100%. Er is tijdens de selectie rekening gehouden met een aantal achtergrondvariabelen, zo waren er evenveel mannen als vrouwen geselecteerd voor de interviews en is er gekeken naar het werkveld waarin ze nu gevestigd zijn. Verdere achtergrondvariabelen van de participanten waren niet relevant voor het interview. In de resultaten worden de participanten P1, P2, etc. genoemd om zo de anonimiteit te waarborgen.

3.2 Meetresultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de afgenomen interviews beschreven aan de hand van de topics uit het meetinstrument.

De volledige getranscribeerde interviews worden niet als bijlage aan dit rapport toegevoegd, omdat dit te veel tekstbestand bevat. De getranscribeerde interviews kunnen worden opgevraagd bij de opdrachtgever.

3.2.1 Topic 1 – Verwachtingspatroon

Technologie

Aan de participanten werd in het interview gevraagd wat hun verwachten van de zorg in de toekomst. Wat betreft de technologie in de toekomst waren de participanten het er vrijwel over eens dat technologie een grote rol gaat spelen bij het overnemen van de zorg die nu geleverd wordt door de zorgmedewerkers. Dit gaat voornamelijk zijn door zelfmetingen te doen. “Dat het zo meteen niet heel gek meer is om metingen te doen die eigenlijk alleen maar in het ziekenhuis gedaan kunnen worden of door een huisarts, dus ik denk dat dat bij mensen komt te liggen” (P6). Daarnaast gaf een participant ook aan dat door middel van technologie straks vanuit huis bepaalde aandoeningen gemonitord kunnen worden.

> In die zin verandert het en je zult steeds meer zien, ik denk dat dat ook een belangrijke verandering is, door allerlei horloges en monitoringsapparatuur dat je thuis je waarde kunt controleren bijvoorbeeld bij een hartkwaal of iets. Dat je dan iets bij je draagt waardoor de waardes altijd worden bijgehouden waardoor de cardioloog dat doorkrijgt en je alleen oproept als er iets aan de hand is (P4).

In de breedste zin zou dit inhouden dat iemand met een hartkwaal niet meer onnodig naar het ziekenhuis hoeft te komen, hierdoor zijn eigen risico kan behouden waardoor er ook meer zorgpersoneel efficiënter ingezet kunnen worden. Daarnaast zijn er ook situaties waarbij de patiënt

voor een jaarlijks controlemoment in het ziekenhuis komt en op de ECG geen afwijkingen te zien zijn, maar een week erna het toch misgaat. Het zijn namelijk momentopnames en als de meetwaardes continu bijgehouden worden kan er vroegtijdig worden ingegrepen als er afwijkingen te zien zijn.

Zorgstelsel
Wat betreft het zorgstelsel zijn alle participanten het er wel over eens, het zorgstelsel zit op dit moment goed in elkaar en moet niet veranderen. Overigens zou het de participanten niet verbazen als er alsnog kleine aanpassen worden gedaan. "Ik denk dat er wel dingetjes zullen veranderen maar dat de hoofdlijnen nog wel hetzelfde zullen zijn" (P4).

> We hebben nu dan persoonsgebonden budget en volgens mij moet je daar ook veel meer naar gaan kijken en de regie veel meer bij de burgers neer gaat leggen, hoe je de zorg om je heen gaat inregelen en ik denk dat we als overheid ook heel goed moeten gaan kijken naar dat netwerk wat om iemand heen staat, zodat je ook die kunt faciliteren om de zorg te kunnen garanderen (P1).

Woonomgevingen
De participanten interpreteren de vraag over het verwachtingspatroon van de zorg naast de technologie en zorgstelsel allemaal anders. Een participant hoopt dat de zorg een beetje teruggaat naar hoe het voorheen eruit zag. Dat er meer woonomgevingen zijn met faciliteiten zoals een supermarkt, een kapper, een bibliotheek, etc. op loopafstand. Hierdoor behoudt de burger zo lang mogelijk zijn eigen vrijheid en door middel van gemeenschapszin zou dit gerealiseerd kunnen worden.

> Waarom hebben wij wel voor een campus voor studenten en geen campus voor ouderen met voorzieningen. Wij moeten veel beter voorkomen dat we de ander nodig hebben en diegene die nog een beetje tijd hebben zijn die ouderen zelf. Zorg dan dat diegene die nog wat kunnen iets voor de ander kan doen en maak ons niet allemaal zo kleine plukjes overal (P2).

3.2.2 Topic 2 – Communiceren met ouderen

Groepsbijeenkomsten
Aan de participanten is gevraagd of zij vinden dat groepsbijeenkomsten een effectieve manier zijn van informatie overbrengen op een groep ouderen 65+. De bevindingen van de participanten waren hierover verdeeld. Een deel van de participanten geeft aan "Ik denk dat het praktisch onmogelijk is om dit in groepjes te doen". De participanten zijn van mening dat de groepsbijeenkomsten niet effectief zijn, omdat er dan te veel nadruk wordt gelegd op het aanleren van de competenties terwijl de oudere daar niet op zit te wachten. Een ander deel van de participanten zijn van mening dat groepsbijeenkomst wel effectief zijn, mits er wordt gekeken naar het opleidingsniveau.

> Misschien is dat wel een uitgangspunt al waar je mee kunt beginnen. Dat je naar het opleidingsniveau kijkt. Ik weet zeker dat er een groep is vooral wat lager niveau die beginnen

> hier niet eens aan. Dus voor hen moet je proberen om het in wat simpelere zinnen samen te vatten. En dan kan je verderop in het gesprek wat dieper op die zinnen doorgaan. Ze moeten eerst dat basisstuk begrijpen (P3).

Met het opleidingsniveau is bij de voorgaande groepsbijeenkomsten geen rekening mee gehouden. De participanten zijn bang dat ouderen die het gesprek niet begrijpen niet durven aan te geven dat zij het niet kunnen volgen, zodat ze niet dommer lijken dan hun buurman. Daarnaast haken ouderen met een hoger opleidingsniveau sneller af als het te simpel wordt verteld, omdat het te langdradig wordt waar zij geen behoefte aan hebben.

Professionals

Aan de participanten is gevraagd welke strategieën zij gebruiken als ze communiceren met ouderen. De meeste participanten gaven aan dat zij geen strategie gebruiken, dit deden ze op gevoel en voornamelijk op de persoon die ze tegenover zich hadden zitten. Participant 1 zegt hierover; “Dat je probeert aan te sluiten bij iemand z’n interesses en probeert met iemand een klik te krijgen, zodat je ook een echt gesprek kunt krijgen”. Participant 2 zegt hierover:

> Het gesprek dat ik daarover aanga is dat ik om vooral te begrijpen, blanco luisteren en juiste vragen stellen hebben we dat genoemd. Dat is dat je dus je eigen mening probeert zo veel mogelijk weg te zetten en te horen wat een ander je vertelt. Dat is niet altijd makkelijk want je hebt toch de neiging om je eigen mening in te brengen.

Een andere participant geeft juist aan dat zij persoonlijke ervaringen deelt om het verhaal te versterken. “Het sprak mensen aan, ja en nu bij de MS-vereniging heb ik er een tool kit bij, waarbij ik bepaalde onzichtbare klachten van MS kan laten ervaren” (P3). De participant geeft aan dat de burgers de informatie beter begrijpen als ze zelf kunnen ervaren wat de participant vertelt.

Beeldvorming

De participanten hebben voordat het interview begon informatie gekregen over hoe het project Seker en Sûn is verlopen en dat de burgercompetenties door middel van groepssessies geïmplementeerd zijn in Dantumadeel. Een belangrijke vraag in het interview was dan ook, wat zijn effectieve manieren om informatie over te brengen. Alle participanten kwamen tot dezelfde conclusie, alleen folders met tekst, dat werkt niet. Uit de literatuurstudie is namelijk gebleken dat ouderen moeite hebben met de informatieverwerking, vandaar dat de participanten ook van mening zijn dat beeldvorming meer aanspreekt voor die doelgroep. “Ik denk dat je die competenties prima kunt uitleggen met leuke animaties dan hebben mensen er een beeld bij en dan kun je daarbij voorbeelden geven en dan gaat het denk ik wel meer leven” (P4).

De participanten hebben dus aangegeven dat de combinatie van beeldvorming en tekst meer aanspreekt dan alleen tekst. Door middel van beeldvorming krijgt de oudere burger een beeld van wat er nou gezegd wordt met de boodschap. Participant 4 geeft hiervan een voorbeeld in een andere context:

> Als je bijvoorbeeld aan een patiënt vertelt die een gastroscopie moet ondergaan en dat daarbij een slangetje in je slokdarm gaat heeft de ene patiënt het idee dat die 5 diameter

> doorsnede is en de ander dat er een hele regenpijp in gaat. Bij een animatie zie je precies hoe groot zo'n slang is, hoe dat werkt, dus je hebt hele mooie communicatie waardoor mensen het veel beter begrijpen.

Als de participanten daarna wordt gevraagd wat er dan in zo een animatiefilmpje benoemd moet worden en wat de boodschap is die er overgebracht moet worden, antwoordt participant 4:

> Je moet je verplaatsen in die patiënt en dat is ook het principe bij whats in it for me, dus wat levert het mij op. Dus als je het communiceert en als je bepaalde dingen wilt in die zorg en dat je denkt dat dat goed is voor burgers. Dan moet er ook in die boodschap iets zitten waar de burger denkt daar heb ik iets aan.

Daarnaast hebben de participanten aangeven dat "de informatie consequent en duidelijk moet zijn" (P2). Dit kan worden gerealiseerd door "als je de mensen eenmaal betrokken hebt en als ze meer willen weten van het project dan kun je steeds een stap dieper gaan, dus communicatie moet je in feiten ook opbouwen" (P4). Er zijn dus veel aspecten waar op gelet moet worden als communicatie wordt overgebracht op burgers. De participanten zijn het daarbij wel eens dat: "Informatie moet nooit op een manier alleen worden overgebracht. De een spreekt zo'n voorbeeld of wat ik zeg zo'n filmpje veel meer aan dan tekst" (P3). De kern van het antwoord is dus dat informatie nooit op één manier verspreid moet worden.

Verscheidene kanalen

Hetgeen wat het vaakst wordt benoemd door de participanten is dat informatie nooit op een manier alleen moet worden overgebracht. Sommige burgers zijn namelijk meer gebaat bij tekst, maar waarschijnlijk is het voor laaggeletterde burgers effectiever om beeldvorming in te zetten, aldus de participanten. Kanalen die onder andere door de participant 6 benoemd worden zijn; "De huisartsen zijn betrokken, de scholen zijn betrokken, de wijkverenigingen zijn betrokken. Met die combinatie mensen meekrijgen is essentieel". Andere participanten benoemen ook dat ouderen geregeld de lokale kranten lezen om zo op de hoogte te blijven van wat er speelt in de buurt. "Wat je ook wel vaak kunt doen is een herhaalde oproep doen in lokale nieuwsbladen" (P4). Ook geven de participanten nog andere verscheidene voorbeelden van kanalen zoals bibliotheken, gemeenten, omroep Fryslân en zelfs politieke partijen. Participant 5 zegt hierover:

> Dat zou ik breed willen uitzetten bij alle gemeenten, maar ook bij alle politieke partijen, want dit kan een aanzet zijn voor een veel bredere discussie in onze provincie en misschien ook daarbuiten. Zo krijg je niet alleen van coöperaties inbreng, maar ook van gemeente en politieke partijen etc.

De participanten hebben aangegeven dat het enige punt is dat er goed gekeken moet worden waar de oudere 65+ zich op dit moment bevindt in de samenleving. "Bij bijvoorbeeld een bibliotheek, je kunt precies uitzoeken waar die mensen komen en dan zou je op die plekken het laten bruisen van kennismaking met die competenties" (P6).

De participanten zijn van mening dat je de burgercompetenties op zoveel verschillende kanalen moet inzetten dat de burger er niet meer onderuit kan. Bij elke biljartclub, huisarts of bushokje zouden de

burgers geïntroduceerd moeten worden met het begrip burgercompetentie en dan het liefst door middel van een animatie. Participant 6 eindigt met de zin: “Als zo’n cirkeltje begint te lopen dan denk ik wel echt dat je stappen gaat maken”.

3.2.3 Topic 3 – Motiveren van burgers

Urgentie
Aan de participanten werd gevraagd waarom de burgers niet genoeg gemotiveerd waren om daadwerkelijk de burgercompetenties te willen begrijpen en ook willen toepassen. Alle participanten kwamen tot de conclusie dat de urgentie er nog niet was.

> Ik denk zelf als je terug kan ik denk ik van blijft erbij mensen voelen nog niet de urgentie om hierover na te denken maar dat komt later wel. Mensen willen zich wel op praktische dingen richten waar kan ik een scootmobiel aanvragen, hoe kom ik aan een traplift (P1).

Dit is volgens de participanten de voornaamste reden waarom de burgercompetenties niet goed genoeg zijn aangeslagen in Dantumadeel. Daarnaast hebben de participanten ook benoemd dat “pas als ze iemand in hun omgeving kennen die dat heeft worden ze pas nieuwsgierig ernaar” (P3). Dit uit zich dan doordat mensen dan pas de realisatie krijgen dat het ook hun kan overkomen, dat zij op een gegeven moment hulp nodig hebben en dat ze dan niet weten bij wie ze moeten zijn. Als iemand in hun omgeving te maken krijgt met een bepaald ziektebeeld, voelen zij pas de urgentie om zich daarin te verdiepen.

> Nou ja, mensen moeten wel iets van even pijn voelen maar er moet wel iets onderliggen waar mensen iets voor gaan doen. En daar komt die intrinsieke motivatie vandaan. Als jij het gevoel hebt dat iets nodig is of dat je iets kan toevoegen en dat komt vanuit jezelf, dan dat meer kans van slagen dan dat iemand dingen gaat opleggen (P1).

3.2.4 Topic 4 – Burgercompetenties

Gemiste of overbodige aspecten van de burgercompetenties
Aan de participanten is gevraagd wat zij in het algemeen vonden van het concept burgercompetenties. Alle participanten waren het er unaniem over eens “Ik weet dat het onderzoek heel gedegen is, ik kan me niet voorstellen dat ze iets gemist hebben” (P6). Het project Seker en Sûn waaruit de burgercompetenties zijn ontwikkeld loopt al een aantal jaar, daarnaast zijn de burgercompetenties niet alleen bekeken door professionals, maar ook door burgers en studenten. Op de bevindingen van de professionals, burgers en studenten zijn toen meegenomen en aangepast waar nodig.

Als er wordt gevraagd of de participanten nog aspecten missen van de burgercompetenties zeggen de participanten het volgende, “Ik mis absoluut niks, ik denk het is overcompleet en ik denk dat je op zoek moet naar de echte knop” (P2).

Daarnaast hebben de participanten aangegeven dat ze het woord burgercompetentie een moeilijk begrip vinden om voor een burger te begrijpen. “Maar als ik heel eerlijk ben, het woord burgercompetentie moet je al gaan omschrijven. Ik denk dat veel mensen als ze burgercompetentie lezen en dan denken wat bedoelen ze daarmee” (P3). Wij als professionals weten wat de betekenis is van een competentie, van een burger kan niet verwacht worden dat hij dit begrijpt.

De burgercompetentie op zich

Participanten hebben hun twijfels als ze de burgercompetenties zo lezen en vragen zich af wat er precies onder een specifieke burgercompetentie valt. Participant 3 zegt hierover: “Nee maar kijk als je het hebt over organiseren, wat houdt het organiseren dan in en je laat zien wat er op een gegeven moment allemaal georganiseerd moet worden”. Ondanks dat er steekwoorden aan de burgercompetenties hangen begrijpen de participanten niet goed genoeg wat er nou exact van de burger verwacht wordt te kunnen. De participanten geven daarbij ook aan dat een burger van 65+ hier andere invullingen aan de burgercompetenties kunnen geven.

> Ja dan heb je zo’n groepssessie en dan hoor je: ‘’Ja let op hoor, je moet digitaal vaardig zijn’. Dan denkt zo’n ouder: Digitaal vaardig!? Ik heb de Ipad, ik werk elke dag met de Ipad en kan daarop spelletjes spelen, ik ben digitaal vaardig. Dat is helemaal niet wat we vragen.

De conclusie waar alle participanten het over eens waren en was dat de burgercompetenties te abstract omschreven waren. “Nee gaat niet werken. Tot die constatering kwamen we wel het is veel te abstract. Dit bekt niet” (P1).

3.4 Mindmap resultaat

Hoofdstuk 4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

4.1.1 Inhoudelijke discussie

Burgercompetenties

Over de burgercompetenties is in de wetenschappelijke literatuur weinig te vinden. Dit komt omdat het project Seker en Sûn nog maar twee jaar lang loopt en er nog geen verder onderzoek naar gedaan is door onafhankelijke partijen. Ook is het concept burgercompetenties nog niet bekend in de Verenigde Staten of überhaupt buiten Nederland, hierdoor is de informatie over burgercompetenties alleen gehaald uit bronnen die afkomstig zijn van de opdrachtgever. De participanten zijn van mening dat de burgercompetenties genoeg informatie bevatten en sommige participanten geven aan dat het juist te veel competenties bevat. Daarnaast geven de participanten ook aan dat het woord burgercompetentie in één concrete zin uitgelegd moet worden, zodat het duidelijk is voor de ouderen 65+ wat het woord burgercompetentie inhoudt. In de literatuur staat goed beschreven wat wordt verstaan onder de burgercompetenties, wel geven de participanten aan dat burgers hierbij een andere interpretatie kunnen hebben. Ook geldt dus voor de burgercompetenties dat ze concreet worden beschreven, wat er verwacht wordt bij deze competentie en wat zo'n burgercompetentie nou inhoudt (Boonstra, Buurma, Mast & Wadman, 2018).

Verwachtingspatroon van de zorg

In de literatuur is beschreven dat Nederland aan het vergrijzen is. De vergrijzing in Nederland neemt drastisch toe en komt in 2041 op een aantal 65+ van 4,7 miljoen Nederlanders (Zorg voor beter, 2019). De verwachtingen worden in de literatuur niet erg positief beschreven. De zorgvragen worden complexer en er zijn minder zorgmedewerkers dan voorheen die de zorg kunnen leveren. Een deel van deze zorg wordt opgevangen door technologische ontwikkelingen. Zo verwachten participanten dat bepaalde metingen zoals bloeddruk constant gemonitord worden door middel van een kastje en dit doorgestuurd wordt naar een cardioloog. Als er afwijkende waarden worden gemeten door de monitor wordt dit gesignaleerd door de cardioloog. Zo wordt er zorg op maat geboden en hoeft een burger dus niet voor controlemomenten langs te komen, omdat dat dat een opnamemoment is. Door middel van zulke technologische ontwikkelingen wordt er een stukje zorg ontnomen van de verpleegkundige of andere specialisten. Hierdoor kunnen zij efficiënter ingezet worden en zo blijft de zorg hopelijk uitvoerbaar.

Motiveren van burgers

In de literatuur staan over het motiveren van burgers verschillende motivatie-strategieën beschreven. Er is gekozen voor de Patiënt Activation Measure (PAM), omdat dit instrument het meest toepasbaar is bij dit onderzoek. De Patiënt Activation Measure (PAM) is een instrument waarbij de motivatie van een patiënt in kaart kan worden gebracht en is ontwikkeld in de Verenigde Staten. Daarnaast is het vertaald en gevalideerd voor toepassing onder de Nederlandse bevolking (Nijman, Hendriks, Brabers , De Jong, & Rademakers, 2014). Op de vraag of de participanten ook gebruik maakten van motivatie-strategieën had geen van de participanten een concreet antwoord. Wel gaven de participanten aan dat het efficiënt is om het opleidingsniveau of de mate van

motivering mee te nemen in groepsbijeenkomsten. Dit wordt dan gedaan zodat er op eenduidig niveau gecommuniceerd kan worden naar de burger. Zo wordt voorkomen dat de ene burger het niet begrijpt, omdat de tekst te moeilijk is en dat de andere burger het te simpel vindt en daardoor vroegtijdig afhaakt.

Communiceren met ouderen 65+
In de literatuur is er gezocht naar hoe te communiceren met ouderen. Er wordt voornamelijk beschreven dat de informatieverwerking bij ouderen moeilijker verloopt dan bij jongeren (Van Dulmen, Van Weert, & Jansen, 2011). Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dit overeen te komen met de indruk van de participanten. De participanten hebben aangegeven dat er rekening wordt gehouden met de hoeveelheid informatie die ze willen overbrengen naar ouderen. Dit geldt dus ook voor de burgercompetenties, houd het duidelijk, overzichtelijk en maak de informatievoorziening niet te lang.
Daarnaast is er te weinig literatuur beschreven over de verschillende manieren waarop informatie kan worden overgebracht. Daarentegen konden de participanten veel verschillende manieren van communiceren, onder andere door beeldvorming of tekst, benoemen. Ook hebben de participanten aangegeven dat de informatievoorziening nooit op een manier moet gebeuren. Bij de informatievoorziening is het gewenst als meerdere kanalen ingezet kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan bibliotheken, biljartclubs, lokale kranten, gemeenten, omroep Fryslân en zelfs politieke partijen. De boodschap van de participanten is als de burgercompetenties door verschillende kanalen worden overgebracht de burger er op een gegeven moment niet meer onderuit kan. Hier is helaas te weinig literatuurstudie voor gedaan om dit met zekerheid te kunnen zeggen. Voor verder onderzoek is het dus essentieel om meer informatie te vinden over verschillende kanalen om ouderen te bereiken.

4.1.2 Reflectie op methodologische keuzes

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek dat ondersteund is door semigestructureerde interviews. De keuze voor semigestructureerde interviews is effectief geweest voor de resultaten. De participanten konden vanwege hun professionele ervaring veel bruikbare informatie vertellen. Hierdoor hebben de doorvraagvragen geen belangrijke rol gespeeld in het interview.

Het meetinstrument dat als leidraad voor het interview diende, is voordat het eerste interview plaatsvond uitgevoerd als proefinterview. Voor dit proefinterview is een onafhankelijk persoon (inwonende) zonder professionele achtergrond gebruikt. Op de vragen en antwoorden die uit dit proefinterview kwamen is het meetinstrument nog aangevuld waar nodig. Daarnaast is het meetinstrument beoordeeld door drie docenten die hier onafhankelijk feedback op hebben gegeven.

Het aantal deelnemende participanten (N=6) was echter beperkt waardoor de gegevens niet generaliseerbaar zijn. Er is gekozen voor een beperkt aantal participanten vanwege de haalbaarheid (beschikbare onderzoeksperiode) en omstandigheden (Covid-19) waar we op dit moment mee te maken hebben. Tijdens het overwegen van de doelgroep kwam de conclusie dat de doelgroep 65 tot en met 80 jaar niet te benaderen was. Het gebrek aan digitale vaardigheden bij deze doelgroep speelde een te grote rol. Voor het selecteren van de participanten is er gebruik gemaakt van de maximum-input-methode. Er worden dan alleen participanten geïncludeerd die de rijkste en

compleetste informatie kunnen geven over het onderwerp (Van 't Veer, Wouters, Veeger, & Van der Lugt, 2020). Daarnaast heeft het interview niet fysiek kunnen plaatsvinden. Met één participant is het interview fysiek afgenomen, maar de rest van de participanten vonden het vanwege de drukke periode en eigen veiligheid verstandiger om het interview met behulp van Microsoft Teams te laten verlopen. Ondanks dat dit over de laptop ging is er goed gekeken naar de gezichtsuitdrukkingen en non-verbale reacties. Dit kan nog wel eens gemist worden als het interview niet fysiek plaatsvindt.

Aan het eind van elk interview is er gebruik gemaakt van een directe membercheck. Hierbij is een korte samenvatting gegeven van het interview door de interviewer waarbij de participant akkoord ging met de informatie. Dit werd gedaan ter controle of het de juiste informatie was die de participant wilde overbrengen en of er nog eventuele aanpassingen moesten zijn. Hierdoor is de betrouwbaarheid van het interview vergroot.

4.1.3 Reflectie op eigen handelen

In het begin van het onderzoek dacht de onderzoeker dat het onderzoek voor twee studenten was aangezien twee studenten zich hierop hadden ingeschreven. Na drie weken bleek dit niet zo te zijn en moesten er twee verschillende onderzoeksvragen worden geformuleerd. In het begin kwam dit als een tegenslag bij de onderzoeker, omdat er nog geen ervaring was met het schrijven van een kwalitatief onderzoek of het afnemen van semigestructureerde interviews. Daarentegen kreeg de onderzoeker als feedback bij het eerste interview dat het hartstikke goed ging, de onderzoeker rustig en duidelijk de vragen stelde en ook goed even terugpakte en samenvatte. Vanwege het beperkte aantal participanten, hun eigen professionele achtergrond en het brede concept burgercompetenties is er weinig data-saturatie opgetreden op een beperkt aantal onderwerpen. Dit heeft het bij het schrijven van de resultaten lastig gemaakt om een eenduidig antwoord te formuleren.

De onderzoeker heeft gedurende het proces voldoende contact gehad met de opdrachtgever en is bij alle lessen aanwezig geweest. Hierdoor heeft de onderzoeker geen belangrijke informatie gemist die in dit proces essentieel is. De onderzoeker had wel meer contact mogen opnemen met de praktijkdocent, waarbij door de onderzoeker een gesprek ingepland moest worden als hier behoefte aan was. Aangezien de onderzoeker voldoende informatie kreeg vanuit de leergemeenschap en vanuit de opdrachtgever is dit niet gedaan. Om een gevoel van gebrek van interesse uit te sluiten wordt dit hierbij vermeldt.

4.2 Conclusie

De hoofdvraag die aan het begin van het onderzoek geformuleerd is luidt: *Hoe kan het beste informatie overgedragen worden aan de burger van 65+ woonachtig in Friesland om hun bewust te maken van de burgercompetenties?*

4.2.1 Conclusie praktijkonderzoek

Er kan worden geconcludeerd dat er drie factoren zijn waar rekening mee gehouden moet worden bij het overdragen van informatie:

Op grond van de resultaten van de participanten kan worden geconcludeerd dat de groepsbijeenkomsten niet haalbaar en niet praktisch zijn, omdat daarvoor geen tijd en te weinig personeel is. Mocht dit toch een keuze zijn van de opdrachtgever om wel een groepsbijeenkomst te organiseren dan moet er worden gekeken naar opleidingsniveau of IQ. Hierdoor voorkom je dat laaggeletterde burgers het niet begrijpen of dat hoogopgeleiden te snel afhaken doordat het te simpel is.

Daarbij is er ook geconcludeerd dat de burgercompetenties niet op één manier moeten worden overgebracht. De ene burger spreekt tekst meer aan en de ander beeldvorming. Wel blijkt uit de resultaten dat meer burgers baat hebben bij beeldvorming om informatie beter te begrijpen die wordt overgebracht. Dit kan zijn in de vorm van animatiefilmpjes of een andere manier van beeldvorming. In dit animatiefilmpje moet goed gezien laten worden wat het de burger oplevert 'What's in it for me'. Daarnaast moet de burger ook de context snappen waar we in de toekomst naar toe gaan, dus wat is nou het probleem waar we over tien jaar mee te maken krijgen.

Als laatste blijkt uit de resultaten dat er geconcludeerd kan worden dat informatie nooit via één kanaal moet worden overgebracht. Als er echt stappen gemaakt willen worden dan moeten de gemeenten, scholen, ouderenverenigingen, huisartspraktijken, lokale kranten, omroep Fryslân en als het kan ook politieke partijen meedoen in dit project en hun handen ineenslaan. Wanneer de burgers op verschillende plekken zoals hierboven benoemd geïntroduceerd worden met de burgercompetenties kunnen ze op een gegeven moment er niet meer onderuit.

4.2.2 Slotconclusie

Op de vraag hoe het beste informatie overgedragen kan worden om de burgers bewust te maken van de burgercompetenties is het antwoord: concluderend kan gezegd worden dat groepsbijeenkomsten effectief kunnen zijn mits er gekeken worden naar opleidingsniveau, dat de burgercompetenties op meerdere manieren overgebracht moeten worden door middel van tekst of beeldvorming en dat dit gedaan moet worden door een groot netwerk, waarbij de gemeenten, scholen, ouderenverenigingen, huisartspraktijken, lokale kranten, omroep Fryslân en, als het kan, ook politieke partijen betrokken moeten zijn.

4.2.3 Betekenis van de resultaten voor de praktijk

Met dit praktijkonderzoek is aangetoond de groepsbijeenkomsten niet effectief zijn als het gaat om de implementatie van de burgercompetenties. Daarnaast is aangetoond dat de burgercompetenties beter overgebracht kunnen worden door tekst en beeldvorming. Als laatste hebben de participanten benoemd dat het vanuit meerdere kanalen moet komen en dat het niet lukt als de GGD Fryslân het alleen verder oppakt. In het opeenvolgende hoofdstuk staan de aanbevelingen voor de praktijk beschreven die mogelijk kunnen helpen om de burgercompetenties verder te verspreiden.

Hoofdstuk 5. Aanbevelingen

Aanbeveling 1 - Animatiefilmpje

De participanten hebben aangegeven dat een effectieve manier van communiceren een animatiefilmpjes kan zijn. Aanbevolen wordt dan ook om een kort animatiefilmpje van ongeveer twee minuten te maken waarin goed uitgelegd wordt wat de toekomst is waar we naar toe gaan. Zo worden burgers bewust waarom de burgercompetenties echt nodig zijn in de toekomst en welke zorg er nog verwacht kan worden. Ook is het van belang dat in het animatiefilmpje te zien is wat het de burger oplevert, dus What's in it for me. Als laatst zouden er met voorbeelden kunnen worden weergeven wat er nou precies onder de burgercompetentie 'organisatie' verstaan wordt, anders geven de burgers hier hun eigen interpretatie aan.

Aanbeveling 2 – Grootschalig samen werken met andere kanalen

De participanten hebben aangegeven dat een breed netwerk nodig is om de burgercompetenties te verspreiden. Vandaar dat de aanbeveling is, betrek meerdere organisaties bij het onderzoek en de burgercompetenties. Dit kunnen zijn de gemeenten, scholen, ouderenverenigingen, huisartspraktijken, lokale kranten, omroep Fryslân en als het kan ook politieke partijen. Als de burgercompetenties door verschillende kanalen verspreid worden kunnen de burgers er op een gegeven moment er niet meer onderuit. Een voorbeeld hiervan is het donorregister die ook hun informatie op de televisie, kranten, brieven etc. verspreiden zodat iedereen er in ieder geval over na gaat denken. Om dit te willen realiseren is een groot communicatieplan en implementatieplan nodig en of dit haalbaar is valt nog over te praten. Wel zouden de organisaties een keer uitgenodigd kunnen worden om over de burgercompetenties te praten zodat er dan al nieuwe ideeën kunnen ontstaan.

Aanbeveling 3 – Communicatieplan en implementatieplan

De aanbeveling om een groot communicatieplan en implementatieplan op te zetten is op dit moment niet haalbaar vanwege financiële tekortkomingen. Er wordt dan ook aangeraden om opnieuw subsidie aan te vragen voor dit project waarbij het draait om een communicatieplan en implementatieplan op grootschalig niveau. Door middel van subsidie zou het communicatieplan en implementatieplan wel gerealiseerd kunnen worden.

Aanbeveling 4 – Vervolgonderzoek

Vanwege de Covid-19 periode is het onderzoek uitgevoerd met een beperkt aantal participanten (N=6) waardoor het onderzoek haalbaar bleef met de omstandigheden waar we nu in verkeren. Hierdoor is het alleen niet generaliseerbaar voor vervolgstudies. De aanbeveling is dan ook om nog een keer te gaan onderzoeken of dit daadwerkelijk de beste manier is om informatie over te dragen. Ook zouden opinies van de burger dan mee kunnen worden genomen in het onderzoek, zodat zij uit eigen ervaringen kunnen benoemen wat voor hen de beste communicatie manier is. Dit zou als vervolgonderzoek kunnen dienen voor studenten van NHL Stenden Hogeschool. Daarnaast zou het misschien ook effectief zijn als hier een student van hbo-verpleegkunde samen met een student van communicatie & multimedia design aan werkt.

Literatuurlijst

Bleeker, J., Boonstra, K., Buurma, S., Mast, F., & Wadman, P. (2018). *Ûnderweis nei 2030.* Friesland: Seker en Sûn.

Boonstra, K., Buurma, S., Mast, F., & Wadman, P. (2018). *Competenties voor burgers en professionals in zorg en welzijn.* Geraadpleegd op 14 september 2020, van https://publiekegezondheid.nl/docs/nieuws/seker-en-sn-wat-vraagt-de-zorg-in-2030-van-burgers-en-professionals.pdf

Duyx, M., Eijkman, M., & Visser, A. (2006). *Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De canon van Gerontologie. (z.d.). *Cognitieve controle en werkgeheugen*. Geraadpleegd op 11 november 2020, van https://www.canongerontologie.nl/geheugen/cognitieve_controle_en_werkgeheugen

Ensie. (z.d.). *Wat is de betekenis van verwachtingspatroon?* Geraadpleegd op 4 december 2020, van https://www.ensie.nl/betekenis/verwachtingspatroon

Generation journey. (2019). *Vergrijzing feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 29 september 2020, van https://www.generationjourney.nl/vergrijzing-feiten-cijfers/

GGD Fryslân (z.d.). *Over ons.* Geraadpleegd op 14 september 2020, van https://www.ggdfryslan.nl/over-ggd/

Hendriks, M., Plass, A., Heijmans, M., & Rademakers, J. (2013). *Minder zelfmanagement vaardigheden, dus meer zorggebruik?* Geraadpleegd op 25 oktober 2020, van https://www.nivel.nl/nl/publicatie/minder-zelfmanagementvaardigheden-dus-meer-zorggebruik-de-relatie-tussen-patient

IATE European Union terminology. (2020, november 24). *About IATE*. Geraadpleegd op 8 november 2020, van https://iate.europa.eu/home

Institute for Positive Health. (2019, oktober 21). *Machteld Huber en de dimensie zingeving.* Geraadpleegd op 16 november 2020, van https://iph.nl/machteld-huber-en-de-dimensie-zingeving/

Kaljouw, M., & Van Vliet, K. (2015). *Nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren.* Geraadpleegd op 11 november 2020, van https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren

Kessels, R. (2003, mei). *Patient memory for medical information* [Pubmed]. Geraadpleegd op 13 november 2020, van https://www.auteursrechten.nl/files/auteursrechten/2019-03/De%20APA-richtlijnen%20uitgelegd_november%202018.pdf

KNMG. (2020, augustus 4). *eHealth*. Geraadpleegd op 23 november 2020, van https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/ehealth.htm

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of Nursing 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Geraadpleegd op 14 november 2020, van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel

Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., De Jong, J., & Rademakers, J. (2014, januari 8). *Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers* [Pubmed]. Geraadpleegd op 28 oktober 2020, van https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24397280/

Patiëntenfederatie Nederland. (z.d.). *Patiëntenparticipatie*. Geraadpleegd op 20 oktober 2020, van https://www.patientenfederatie.nl/dit-doen-wij/patientenparticipatie

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu. (2018). *Belangrijkste ontwikkelingen.* Geraadpleegd op 29 oktober 2020, van https://www.vtv2018.nl/belangrijkste-ontwikkelingen

Seker en Sûn. (2018). *De toekomst van de zorg in Friesland*. Geraadpleegd op 29 september 2020, van https://www.sekersun.frl

Seker en Sûn. (2017). *Het jaar 2030: Hoe ziet de zorg in Friesland eruit?* Geraadpleegd op 11 oktober 2020, van https://www.sekersun.frl/bibliotheek/resultaten

Sociale vraagstukken. (2017, november 20). *Het goede leven van de burger wordt van de keukentafel geveegd.* Geraadpleegd op 3 november 2020, van https://www.socialevraagstukken.nl/het-goede-leven-van-de-burger-wordt-van-de-keukentafel-geveegd/

Tweede kamer der Staten-Generaal. (2014, juli 2). *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving.* Geraadpleegd op 11 oktober 2020, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorgingsstaat

Ursum, J., Rijken, H., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). *Zorg voor chronisch zieken: Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie.* Geraadpleegd 16 november 2020, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf

Van Dulmen, S., Van Weert, J., & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Van ’t Veer, J., Wouters, E., Veeger, M., & Van der Lugt, R. (2020). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (6e druk). Amsterdam: Boom

Via perspectief. (z.d.). *Wat is shared decision making?* Geraadpleegd op 23 oktober 2020, van https://www.motiverende-gespreksvoering-nederland.nl/shared-decision-making/wat-is-shared-decision-making/

Volksgezondheidenzorg.info. (z.d.). *Chronische aandoeningen en multimorbiditeit.* Geraadpleegd op 18 november 2020, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-

multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts

Wadman, P. (2019). *Ik bin der klear foar.* Geraadpleegd op 15 september 2020, van https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gehandicapten-en-chronisch-zieken/programmas/project-detail/voor-elkaar/ik-bin-der-klear-foar/

Zorg voor beter. (2016, november 2). *Zelfmanagement en eigen regie*. Geraadpleegd op 1 november 2020, van https://www.zorgvoorbeter.nl/zelfredzaamheid/zelfmanagement

Zorg voor beter. (2019, juli 13). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Geraadpleegd op 24 oktober 2020, van https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing

Bijlage 1 - Zoekstrategie

Tabel 1 – Zoektermen

Zoektermen NL	*Synoniem*	**Zoektermen EN**
Verpleegkunde	Zorgverlener Zorgprofessional	Nursing
Informatietechnieken		Informing techniques
Burgers	Inwonende	Citizens Civilian
Ouderen	Bejaarden	Elderly Senior citizens
Communicatie-strategieën	Communicatietechnieken	Communication strategies Communication techniques
Informeren	Voorlichten	Inform Educate
Informatie overbrengen		Convey information
Toekomstige zorg		Future Healthcare

Tabel 2 – Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	**Exclusiecriteria**
Relevante studies die aansluiten op de vraagsteling.	Kosten voor het lezen van de studie
Publicatiedatum vanaf 2005	Andere talen dan Nederlands of Engels
Full-text beschikbaar	

Tabel 3 – Zoekstrategie

Database	**Zoektermen**	**Aantal hits**	**Hits na toepassen in- en exclusiecriteria**	**Auteur(s)**	**Titel**	**Jaar van publicatie**
PubMed	Future healthcare AND opinion	11	6	European Commission	*Public opinion in the European Union*	2014
PubMed	Inform AND elderly AND healthcare	78	23	Kessels, R., P., C.	*Patient memory for medical information*	2006
Sience Direct	Inform AND elderly AND healthcare	37	36	Agahari, W., Keijzer-Broers W., Nikou, S., & De Reuver, M.	*Digital healthcare technology adoption by elderly people: A capability approach model*	2019
CINAHL	Inform AND Dutch healthcare	30	28	Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., De Jong, J., & Rademakers, J.	*Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care*	2014
Google Scholar	Toekomst zorg	84.200	17.000	Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F.	*Zorg voor chronisch zieken*	2011

Google Scholar	Verwachtingen zorg	44.900	16.100	Hendriks, M., Plass, A. M., Heijmans, M., & Rademakers, J.	*Minder zelfmanagement vaardigheden, dus meer zorggebruik?*	2013
Google Scholar	Toekomst zorg	84.200	17.000	Hoeymans, N., & Kooiker, S.	*Burgers en gezondheid*	2014
Google Scholar	Communiceren met ouderen	17.600	12.500	Dulmen, S., V., Weert, J., & Jansen, J.	*Communiceren in de zorg*	2011
Google Scholar	Communiceren met ouderen	17.600	12.500	Duyx, M., P., M., A., Eijkman, M., A., J., & Visser, A., P., H.	*Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid*	2006

Bijlage 2 – Evidence tabel

Auteur(s)	Titel	Jaartal	Design	Omschrijving artikel
Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F.	*Zorg voor chronisch zieken*	2011	Rapport	Deze studie toont de dilemma's aan die zich voordoen bij het aangaan van de uitdaging om de kwaliteit van deze zorg te verbeteren zonder de kosten daarvan te laten stijgen. De hier gepresenteerde kennissynthese bevat een overzicht van de actuele informatie over de zorg voor mensen met chronische ziekten en gaat in op drie thema's: de organisatie van de zorg, zelfmanagement, en zelfredzaamheid en participatie.
Hendriks, M., Plass, A. M., Heijmans, M., & Rademakers, J.	*Minder zelfmanagement vaardigheden, dus meer zorggebruik?*	2013	Rapport	Patient Activation Measure (PAM) Sinds 2012 is in Nederland een instrument beschikbaar waarmee je verschillende groepen patiënten kan onderscheiden naar hun 'zelfmanagementvaardigheden': de Patient Activation Measure (PAM). Deze vragenlijst meet hoe patiënten hun kennis en vaardigheden inschatten om met hun ziekte te kunnen omgaan en hun vertrouwen daarin. Met deze uitkomsten kun je groepen patiënten vervolgens zorg en preventie op maat bieden.

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C.	*Bachelor of Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*	2016	Onderzoeks-rapport	Bachelor of Nursing 2020 is het nieuwe opleidingsprofiel voor de hbo-verpleegkundige, dat berekend is op de komende transities in de zorg. Uitgangspunt is de recente visie op gezondheid, waarin niet de aandoening centraal staat, maar de bekwaamheid van mensen om daarmee om te gaan in hun dagelijkse leven. Het profiel beschrijft de competenties van de verpleegkundige geconcretiseerd in herkenbare kritische beroepssituaties.
Boonstra, K., Buurma, S., Mast, F., & Wadman, P.	*Competenties voor burgers en professionals.*	2018	Onderzoeks-rapport	Competenties voor burgers en professionals vormen één van de belangrijkste schakels in de transitie naar een nieuw systeem van beroepsuitoefening in zorg en welzijn. Competenties in de curricula van het onderwijs zijn (mits goed aangeleerd) bepalend voor de mate waarin professionals aan de zorg- en hulpvraag van burgers tegemoet kunnen komen.
Institute for Positive Health.	*Machteld Huber en de dimensie zingeving.*	2019	Informatief artikel	De komende tijd laat Machteld Huber haar licht schijnen over de 6 dimensies van Positieve Gezondheid. Het dagelijkse leven is daarbij haar inspiratiebron. Dit keer: zingeving. ‘Dat is de meest gezond makende kracht.’

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.	*Het Nederlandse zorgstelsel.*	2016	Rapport	Het gedachtegoed achter het huidige Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op bekende internationale principes: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering, en goede kwaliteit van zorg. Daarnaast is de specifieke Nederlandse situatie een uitkomst van historische ontwikkelingen en maatschappelijke omstandigheden.
European Commission. (2014).	*Public opinion in the European Union.*	2014	Rapport	Dit is een rapport waarbij verschillende landen hun mening laten horen over belangrijke zaken in de wereld, zo ook over de zorgverwachtingen in de toekomst.
Hoeymans, N., & Kooiker, S.	*Burgers en gezondheid*	2014	Onderzoeks-rapport	Bij de ontwikkelingen gaat het allereerst om de zorg voor de eigen gezondheid: als gezonde burger om gezond te blijven, en als patiënt om zelf de regie te houden over de eigen zorg (zelfmanagement). Mensen kunnen zo kiezen voor vormen van preventie en zorg die goed aansluiten bij hun eigen voorkeuren. Bovendien geeft zelfmanagement patiënten meer controle op de behandeling van de aandoening, en daarmee op de aandoening én op hun leven. Alleen wil niet iedereen zelf die regie voeren. Ook zijn er kwetsbare groepen in de samenleving, zoals ouderen en mensen uit lagere sociaaleconomische milieus, voor wie

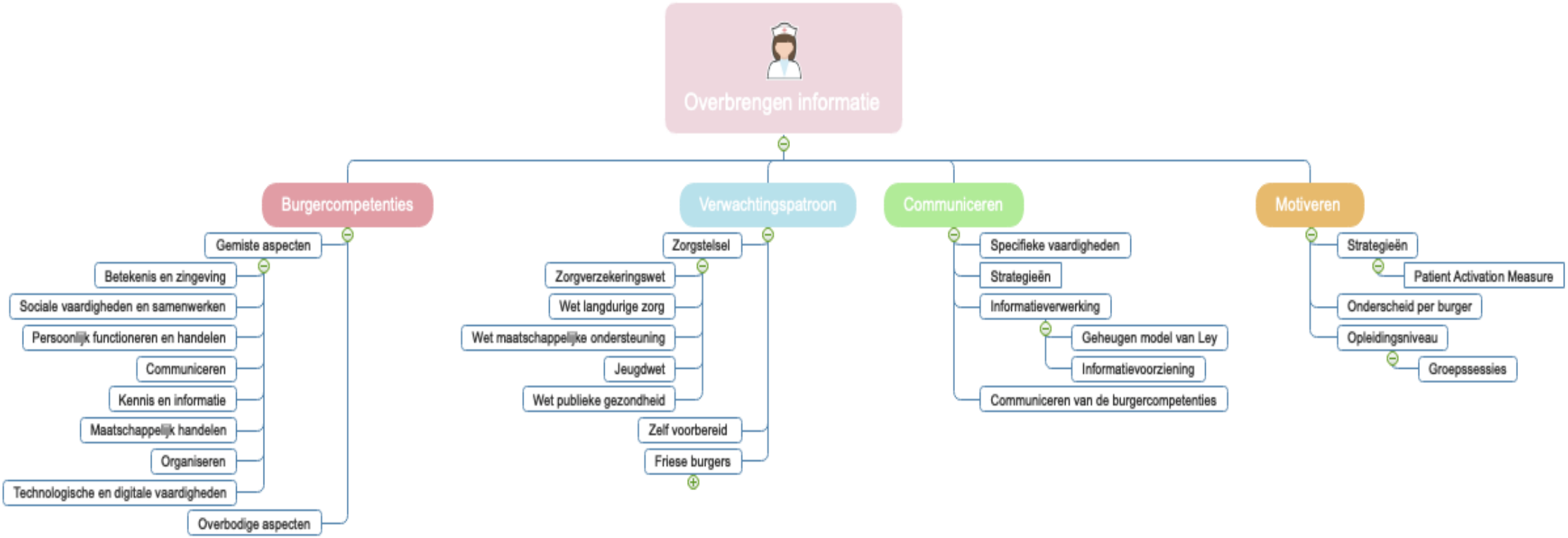
				zelf regie voeren niet lukt, omdat ze daar de vaardigheden niet voor hebben. Deze groepen zullen ondersteuning op maat moeten krijgen.
Agahari, W., Keijzer-Broers W., Nikou, S., & De Reuver, M.	*Digital healthcare technology adoption by elderly people: A capability approach model*	2019	Research article	In deze studie is onderzoek gedaan naar online zorgportalen stellen ouderen in staat zelfstandig te wonen. Er wordt een theoretisch model ontwikkeld dat het competentiemodel toepast. Het online zorgportaal zal naar verwachting de mogelijkheden om zelfstandig te leven vergroten. Zelfstandig leven verwijst naar de vrijheid die ouderen hebben om hun leven te leiden.
Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., De Jong, J., & Rademakers, J.	*Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers*	2014	Review	In vraag gestuurde gezondheidsstelsels wordt van consumenten verwacht dat ze een geïnformeerde, actieve rol spelen bij beslissingen over de gezondheidszorg door gebruik te maken van gezondheidsinformatie. Het vermogen om deze informatie te zoeken en te gebruiken is afhankelijk van specifieke kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen. In deze studie valideerden de auteurs een vertaald instrument om patiëntactivatie (Nederlandse PAM) te meten in een algemene steekproef van Nederlandse zorgconsumenten.

Nielen, M., Poos, M., & Gommer, A.	*Chronische aandoeningen en multimorbiditeit.*	2019	Informatief artikel	Op 1 januari 2018 hadden 9,9 miljoen mensen in Nederland één of meer chronische aandoeningen. Dit komt overeen met 58% van de Nederlandse bevolking. Een 'chronische aandoening' is hier gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. De schatting is gebaseerd op een selectie van 109 door de huisarts geregistreerde chronische aandoeningen.
KNMG	*eHealth*	2020	Richtlijn	De KNMG richt zich vooral op de juridische, ethische en preventieve aspecten van eHealth en let daarbij op de consequenties van eHealth voor het functioneren en opleiden van artsen. Ook Europese regelgeving en internationale ontwikkelingen op dit terrein volgt de KNMG actief.
Tweede Kamer der Staten-Generaal	*Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving*	2014	Rapport	De verzorgingsstaat verandert langzaam maar zeker in een participatiesamenleving. Dit zei de Koning in de troonrede van 2013. Het begrip participatiesamenleving lijkt Van Ojik (GroenLinks) "slecht doordacht en weinig operationeel". Volgens PvdA'er Samsom gaat het om een beweging naar een samenleving waarin mensen meer dan nu naar elkaar omkijken en waarin de overheid dichter bij de burgers staat.

Seker en Sûn	*Het jaar 2030. Hoe ziet de zorg in Friesland eruit?*	2017	Onderzoeks-rapport	De inwoners van Friesland zien ook dat de zorg verandert. En dat maakt hen bezorgd. Ze herkennen de scenario's die Seker en Sûn geschetst heeft. Dat blijkt uit het onderzoek waarvan u de resultaten in deze rapportage kunt lezen en dat wij met veel genoegen voor u hebben uitgevoerd. In de burgerraadpleging is gevraagd aan Friese burgers wat zij verwachten van de toekomst.
Miller, W., R & Rollnick, S.	*Motiverende gespreksvoering*	2014	Boek	Miller & Rollnick zijn de geestelijke vaders van de MVG. Het duo werkt vanaf midden jaren tachtig samen.Daar waar Rollnick zich duidelijk focust op het ontwikkelen en toepassen van het gedachtegoed, legt Miller zich tevens toe op educatie en training van professionals in Motiverende Gespreksvoering.
Dulmen, S., V., Weert, J., & Jansen, J.	*Communiceren in de zorg*	2011	Boek	Een nieuw leerboek over communicatie biedt verpleegkundigen en andere zorgverleners houvast. "Communicatie is een invloedrijk instrument, dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het welzijn van veel patiënten", stelt Sandra van Dulmen, programmaleider bij het NIVEL en een van de auteurs van het boek Communiceren in de zorg, een boek over het gesprek tussen verpleegkundige en patiënt.

Kessels, R., P., C.	*Patient memory for medical information.*	2003	Review	Als er belangrijke beslissingen moeten worden genomen, moet de patiënt gedetailleerde informatie krijgen over de ziekte, behandelingsopties en prognose. Beoefenaars spelen in op deze eisen, maar de hoeveelheid informatie die patiënten correct terughalen is opvallend klein. In deze review onderzoek ik empirisch bewijs met betrekking tot de belemmeringen voor het geheugen voor medische informatie en bieden enkele suggesties om deze te overwinnen.
Duyx, M., P., M., A., Eijkman, M., A., J., & Visser, A., P., H.	*Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid*	2006	Rapport	Communicatie vormt zo'n wezenlijk onderdeel van ons dagelijks leven dat wij ons niet meer realiseren dat wij er voortdurend, bewust of onbewust, mee bezig zijn. Er is heel veel over dit verzamelbegrip geschreven en nagedacht. Dat blijkt bijvoorbeeld wanneer in 2006 op een bekende zoekmachine via internet de Engelse begrippen communication en theory samen worden ingetikt en er na 32 seconden 60.300.000 hits verschijnen. Het gaat dus kennelijk om een zeer complex en veelomvattend gebeuren.

Bijlage 3 - Operationaliseringsschema



Bijlage 4 – Planning

Activiteit	Week 39	Week 40	Week 41	Week 42	Week 43	Week 44	Week 45	Week 46	Week 47
Opstellen zoekstrategie	**X**								
Zoeken literatuur		**X**							
Bestuderen literatuur en selectie maken			**X**						
Resultaten uitwerken				**X**	**X**				
Operationalisatieschema							**X**		
Conclusie gevonden literatuur							**X**		
Onderzoeksmethode								**X**	
Meetinstrument maken									**X**
Participanten interview uitnodigen									**X**

Activiteit	Week 48	Week 49	Week 50	Week 51	Week 52	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Uitvoering interviews		**X**	**X**	**X**					
Gegevens interview analyseren			**X**	**X**	**X**				
Gegevens verwerken					**X**	**X**	**X**		
								X	

Beoordeling opdrachtgever en school									
Portfolio inleveren									**X**

Bijlage 5 - Uitnodigingsbrief

Geachte Meneer/Mevrouw,

Mijn naam is Larissa Ruseler en ik zit op dit moment in het afstudeerjaar van de opleiding HBO-verpleegkunde aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden. Ik doe mijn afstudeeronderzoek in opdracht van GGD Fryslân en binnen het project 'Ik bin der klear foar'. Het onderzoeksprogramma Seker en Sûn wat onder leiding van de GGD is heeft naar aanleiding van de toenemende vergrijzing de burgercompetenties ontwikkeld. De burgercompetenties helpen burgers dat zij naar vermogen en volgens eigen waarden zorg en welzijn voor zichzelf, maar ook voor naasten kunnen organiseren en bepalen. In 2020 werden deze burgercompetenties projectmatig uitgewerkt en geïmplementeerd in twee groepen binnen de gemeente Dantumadeel onder de projecttitel 'Ik bin der klear foar' Toch zijn de burgercompetenties toen niet goed overgekomen wat blijkt uit de tussenevaluatie. Het is dus nog niet inzichtelijk hoe die informatie met betrekking tot de burgercompetenties beter kan overgedragen aan burgers om hun bewust te maken van de burgercompetenties

Het doel van mijn onderzoek is om een antwoord te vinden op de vraag; *Hoe kan het beste informatie overgedragen worden aan de burger van 65+ woonachtig in de gemeente Dantumadeel om hun bewust te maken van de burgercompetenties?*

Om een antwoord te krijgen op deze vraag wil ik graag interviews afnemen bij verschillende zorgprofessionals die zowel zelf ervaringsdeskundige zijn of weten hoe communicatie het best kan worden overgebracht op burgers. Het doel van dit interview is het verzamelen van informatie voor mijn onderzoek. In dit interview wil ik graag dieper op ingaan op de burgercompetenties, het verwachtingspatroon over de zorg, motivatie strategieën en communicatie met ouderen/burgers. De interviews zullen worden ingepland in kalenderweek 49 en 50.

Het gaat om een semigestructureerd interview, waarbij een aantal topics als leidraad gelden, maar genoeg ruimte is voor geïnterviewde om zijn/haar eigen inbreng toe te voegen. Vanwege de Corona maatregelen is het gewenst om het interview via Teams te houden, maar dit kan altijd nog naderhand veranderen. Het interview zal ongeveer 30 á 40 minuten duren en zal, indien u hiervoor toestemming geeft, worden opgenomen. De gegevens die worden verzameld tijdens het interview zullen (indien gewenst) anoniem worden vermeld. De verzamelde gegevens zullen worden verwerkt in mijn afstudeeronderzoek dat later wordt gepubliceerd. Door middel van deze brief wil ik u graag vragen of u bereid bent een bijdrage te leveren aan mijn onderzoek door mee te doen aan het interview.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Graag hoor ik in een antwoord op deze mail of u deel wil nemen aan het onderzoek en wil ik u alvast bedanken voor uw deelname aan het onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Larissa Ruseler

Bijlage 6 – Informed Consent

Verklaring van toestemming (Informed consent)

Titel onderzoek: Burgercompetenties bij de burger brengen
Naam onderzoeker: Larissa Ruseler

Door middel van dit formulier vraag ik u om toestemming te geven om mee te doen aan het onderzoek 'Burgercompetenties bij de burger brengen'. Hiermee geeft u toestemming om de door u gegeven informatie te gebruiken voor het onderzoek.

De deelnemer verklaart:

1. Toestemming te geven voor het maken van geluidsopname van het interview.
2. Toestemming te geven dat de verzamelde gegevens verwerkt worden in het onderzoek.
3. Dat hij/zij goed op de hoogte is gebracht over dit onderzoek door middel van een uitnodigingsbrief.
4. Dat hij/zij op elk moment kan stoppen met het beantwoorden van vragen waarbij de deelname geheel vrijblijvend.

Naam deelnemer: **Datum**: ../12/2020
Handtekening:

De onderzoeker verklaart:

1. Dat de gegevens uitsluitend worden gebruikt voor het onderzoek.
2. Dat de deelnemer geen nadelige zal ondervinden van een eventuele voortijdige beëindiging van zijn of haar deelname.
3. Dat de verzamelde gegevens en informatie anoniem wordt verwerkt en niet voor andere doeleinden zullen worden gebruikt behalve dit onderzoek.

Naam onderzoeker: **Datum**: ../12/2020
Handtekening:

Bijlage 7 – Meetinstrument

Inleiding

- Mijzelf voorstellen
- Participanten bedanken voor hun bijdrage aan het interview
- Korte toelichting op het onderzoek
- Toelichting op het doel van het gesprek, de inhoud en geschatte tijdsduur
- Benoemen dat de gegevens (indien gewenst) anoniem worden verwerkt
- Toestemming vragen voor de audio-opname
- Bespreken en ondertekenen Informed-consent

Kern

Start opname: Datum en interviewnummer of geïnterviewde inspreken

Hoofdtopic 1 – Burgercompetenties

Beginvraag

Wat hebben de burgercompetenties nodig om ze goed over te brengen bij de burger van 65+?

Doorvraagmogelijkheden

Zou u wat aan de burgercompetenties willen veranderen als dat kon?
Zo ja, wat zou u dan veranderen?
Hoe en wie zouden volgens u de burgercompetenties overgebracht moeten worden? Welke manier kunnen daarvoor gebruikt worden? Lokale kranten of social media?
Is het de rol van de gemeente of zorgverzekeraar om de burgercompetenties te brengen?
Vind u dat er nog aspecten missen van de burgercompetenties? Zo ja wat voor aspecten?
Vind u dat een burgercompetentie meer nadruk moet hebben dan de ander? Zo ja welke?
Er zijn nu burgercompetenties voor 65+ ontwikkeld, zouden er ook burgercompetenties voor jongeren ontwikkeld moeten worden? Zo ja, waar zouden deze in kunnen/moeten verschillen?

Subtopics

- Betekenis en zingeving
- Sociale vaardigheden en samenwerken
- Persoonlijk functioneren en handelen
- Communiceren
- Kennis en informatie

- Maatschappelijk handelen
- Organiseren
- Technologische en digitale vaardigheden

Hoofdtopic 2 – Verwachtingspatroon zorg

Beginvraag

Wat is volgens u het verwachtingspatroon van de zorg anno nu en over 10 jaar?

Doorvraagmogelijkheden

Wat zijn volgens u de grootste veranderingen die gaan plaatsvinden binnen de zorg?
Hoe gaat u zich voorbereiden op de zorg?
Wat verwacht u van de maatschappij in de toekomst?
Hoe denkt u dat burgers uit Friesland over het verwachtingspatroon denkt?

Subtopics

- Zorgstelsel
- Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet en wet publieke gezondheid

Hoofdtopic 3 – Communiceren met ouderen/burgers

Beginvraag

Wat zijn effectieve manieren om met ouderen 65+ te communiceren?

Doorvraagmogelijkheden

Zijn er specifieke vaardigheden nodig om met ouderen te communiceren? Zo ja, welke?
Welke manieren/strategieën past u toe bij communicatie?
Hoe denkt u dat ouderen informatie verwerken?
Met betrekking op de burgercompetenties, hoe kunnen die het best gecommuniceerd worden naar de burger toe?

Subtopics

- Geheugenmode van Ley
- Recall

- Informatievoorziening

Hoofdtopic 4 – Motivatie-strategieën

Beginvraag

Welke motivatie-strategieën kunnen volgens u het beste worden ingezet om ouderen te motiveren tot het toepassen?

Doorvraagmogelijkheden

Welke strategieën zet u in als zorgprofessional of op het gebied van communicatie?
Gelden voor elke burger verschillende motivatie-strategieën? Zo nee, hoe maak je daar verschil in?
Welke motivatie-strategieën kent u in het algemeen?

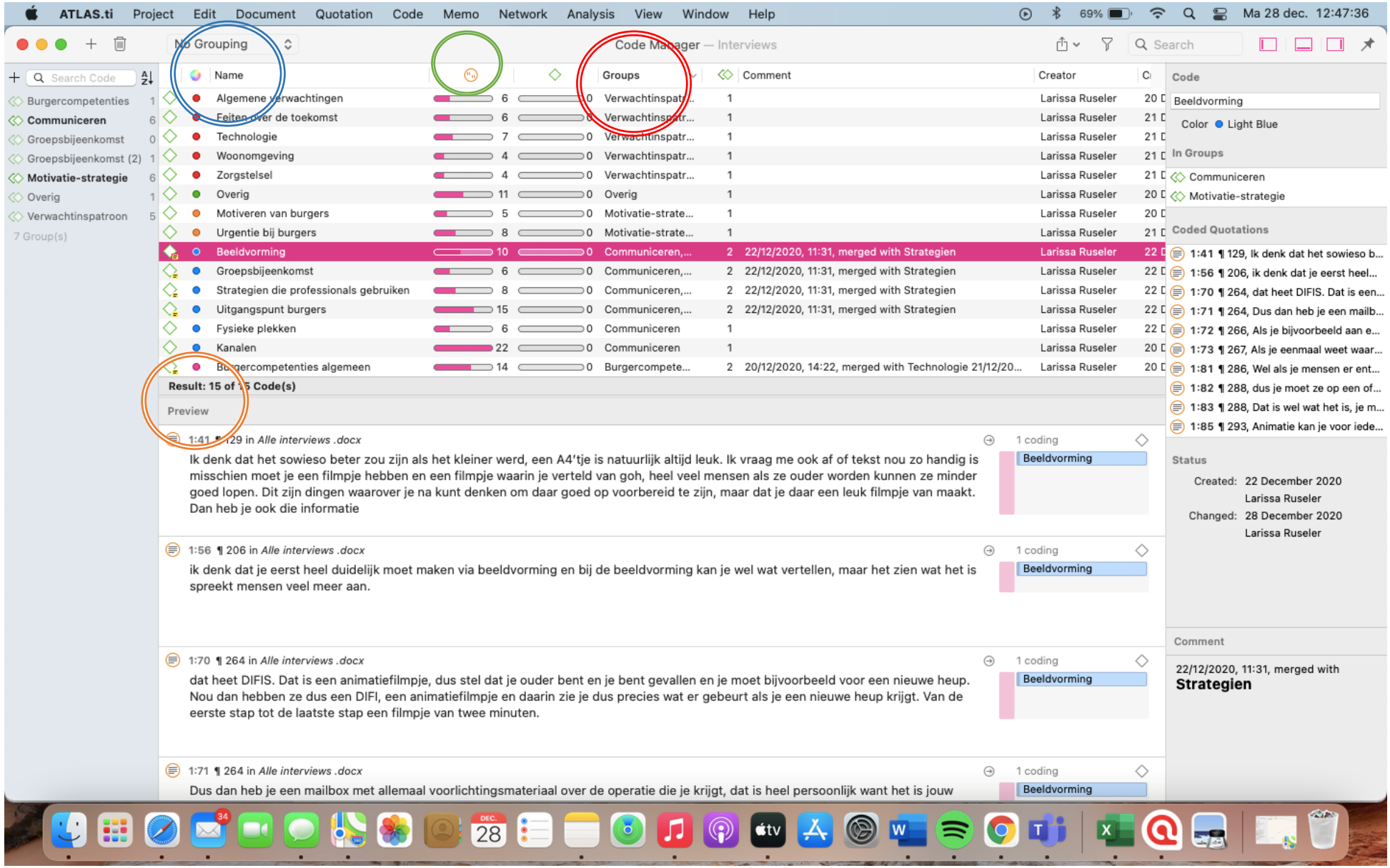
Subtopics

- PAM (patient activation measure)
- Motiverende gespreksvoering

Afsluiting

- Korte samenvatting van het interview
- Heeft u nog vragen of aanvullingen die nog niet benoemd zijn?
- Direct membercheck
- Benoemen dat de gegevens worden geanalyseerd en verwerkt in het rapportageonderzoek, waar de geïnterviewde later inzage in kan krijgen.
- Bedanken voor de deelname

Bijlage 8 – Codelijst screenshot



Uitleg screenshot Atlas ti

Vanwege het feit dat Atlas ti niet anders kan worden weergeven in een Word document is er gekozen voor een screenshot. Allereerst zijn de citaten van de participanten onderverdeeld in de huidige hoofdtopics die staan onder **Groups**. Hier is in de afbeelding een rood cirkeltje omheen gezet. Onder het kopje **Name** staan alle subtopics wat weergeven is door een blauw cirkeltje. Onder het groene cirkeltje staat hoe veel citaten er zijn die bij het desbetreffende subtopic horen. Zo staat er bij beeldvorming dat er 10 citaten gekoppeld zijn aan de subtopic beeldvorming. Onder het kopje **Preview** (oranje cirkeltje) staan de desbetreffende citaten en in dit geval van de subtopic beeldvorming.

Bijlage 9 – Onderzoek overeenkomst

NHL STENDEN hogeschool	**OPLEIDING TOT VERPLEEGKUNDIGE BA** CROHO 34560 **Onderzoeksovereenkomst 2020-2021 Versie V0.1**
Datum	01-september-2020
Student Voor en -achternaam Emailadres:	[redacted] Larissa Ruseler larissa.ruseler@student.nhlstenden.com
ID code	3541931
Groepscode	VV4M
Contactpersoon NHL Voor en –achternaam: Emailadres:	 Herman Gaarman herman.gaarman@nhlstenden.com

Onderzoeksinstelling	
Instelling	GGD Fryslân, Leeuwarden
Contactpersoon Voor en -achternaam: Emailadres:	Klaus Boonstra k.boonstra@ggdfryslan.nl
Praktijkbegeleider Voor en -achternaam: Emailadres:	Klaus Boonstra k.boonstra@ggdfryslan.nl

Titel onderzoek :	Ik bin der klear foar, het ontwerp.
Onderzoeksperiode:	01-september-2020 tot 01-februari-2020
Betreft:	**Advies**

Voor akkoord (in 3-voud; student, praktijk en NHL):

Datum: 2/9/20

Naam: Klaus Boonstra

Naam: H.Gaarman

Naam: Larissa Ruseler

onderzoeksbegeleider praktijk

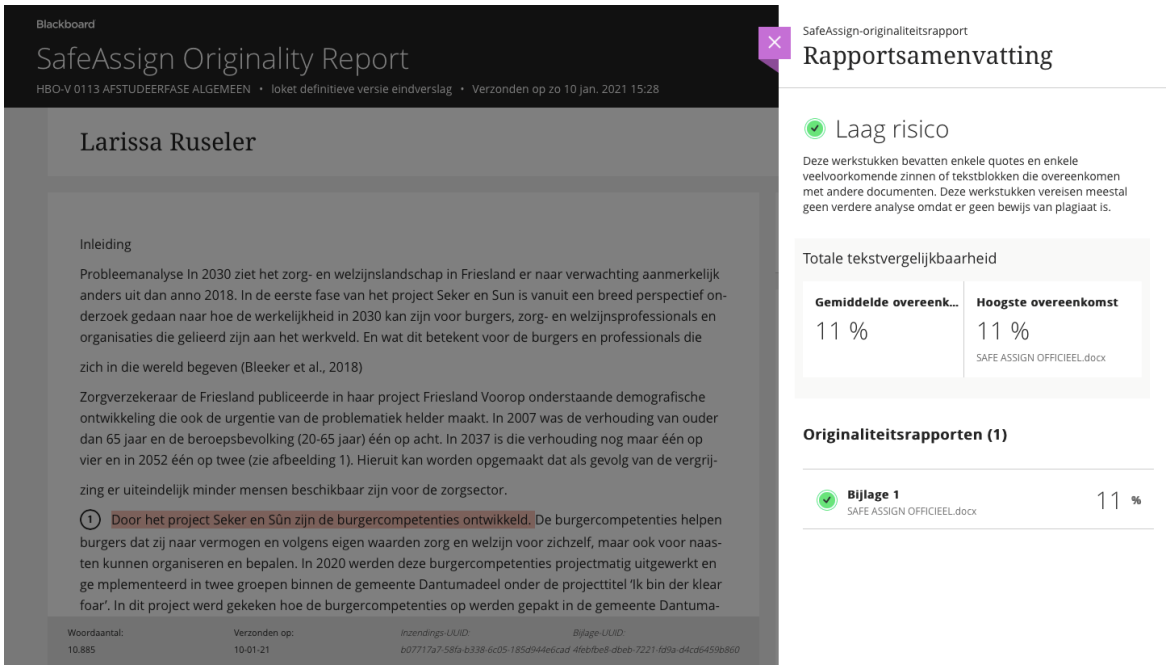
NHL-Stenden Hogeschool

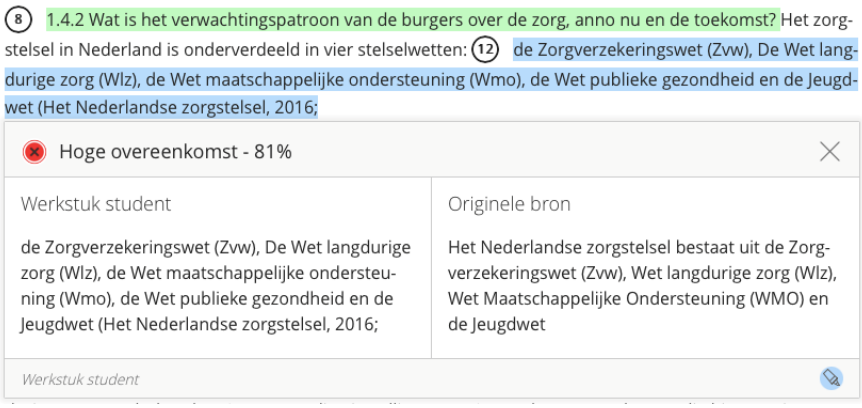
Student (+onderaan!)

Bijlage 10 – SafeAssign

Het rapport is door de SafeAssign van Blackboard gecontroleerd op plagiaat. Als uitkomst kwam een percentage van 11% naar voren. Als laatste zin van de rapportsamenvatting staat dan ook: ‘deze werkstukken vereisen meestal geen verdere analyse omdat er geen bewijs van plagiaat is’.

De citaten die zijn gemarkeerd door de plagiaatscanner zijn voornamelijk algemene zinnen die overeenkomen, zoals in dit hoofdstuk wordt beschreven… Daarnaast zijn er markeringen van bronnen die afkomstig zijn van websites/databanken, maar waarbij de juiste bronvermelding wordt gebruikt.



Algemene citaten

Markering met juiste bronvermelding