

*Oefening baart kunst!*

Een onderzoek naar geschikte trainingsvormen voor wijkverpleegkundigen voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth.

Onderzoeksrapport

Aantal woorden tot bijlagen: 6000

*Oefening baart kunst!*

Een onderzoek naar geschikte trainingsvormen voor wijkverpleegkundigen voor gezamenlijke besluitvorming omtrent inzet van eHealth.

Onderzoeksrapport

Christelijke Hogeschool Windesheim  
Opleiding verpleegkunde

Reensina Eind en Thessa de Vries  
S1083769 en S1090753

Klas:	VPMIPOZ01
Aard van het document:	Onderzoeksopzet
Vak:	Minor Praktijkgericht Onderzoek in de Zorg (POZ)
Studierichting:	Verpleegkunde Voltijd
Onderwijsinstelling:	Christelijke Hogeschool Windesheim
Opdrachtgever:	Lectoraat ICT- innovaties in de Zorg
Onderzoek begeleider:	Loes Bulle
LWG docent:	Hilco Prins
SLB-er:	Monique Mensen
Datum van voltooiing:	19 januari 2018

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemanalyse	7
1.3 Probleemstelling	8
1.4 Doelstelling	8
1.5 Hoofdvraag	8
1.6 Deelvragen	8
1.7 Begripsbepaling	9
1.8 Leeswijzer	9
<b>Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet</b>	<b>10</b>
2.1 Aard en design	10
2.3 Dataverzameling	11
2.3.1 Interview	11
2.3.2 Deskresearch	11
2.3.3 Focusgroepen	12
2.4 Kwaliteitswaarborging	13
2.4.1 Betrouwbaarheid	13
2.4.2 Validiteit	13
2.4.3 Bruikbaarheid	14
2.4.4 Juridische en ethische aspecten	14
2.5 Data-selectie en data-analyse	14
2.5.1 Interviews en focusgroepen	14
2.5.2 Deskresearch	14
<b>Hoofdstuk 3: Resultaten</b>	<b>15</b>
3.1 <i>Welke competenties moet een wijkverpleegkundige bezitten om gezamenlijke besluitvorming toe te passen?</i>	15
3.1.1 Interview expert gezamenlijke besluitvorming	15
3.2 <i>Wat zijn geschikte trainingsvormen voor het aanleren van gezamenlijke besluitvorming?</i>	15
3.2.1 Deskresearch	15
3.2.2 Interview expert gezamenlijke besluitvorming	17
3.3 <i>Wat vinden wijkverpleegkundigen van de trainingsvormen die resulteerden uit de deskresearch?</i>	17
3.3.1 Praktische aspecten	19
3.4 <i>Wat vinden wijkverpleegkundigen een geschikte trainingsvorm voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming?</i>	20
<b>Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie</b>	<b>22</b>
Discussie	22
Conclusie	23
<b>Hoofdstuk 5: Aanbevelingen</b>	<b>24</b>
5.1 Aanbeveling 1	24
5.2 Aanbeveling 2	24
5.3 Aanbeveling 3	24
<b>Bronvermelding</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage 1: Uitnodiging focusgroepen</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 2: Draaiboek Focusgroep</b>	<b>30</b>
<b>Bijlage 3: Benodigde competenties gezamenlijke besluitvorming</b>	<b>35</b>
<b>Bijlage 4: Voorbeelden verschillende trainingsvormen</b>	<b>36</b>

<b>Bijlage 5: Trainingsopzet</b>	<b>38</b>
<b>Bijlage 6: Praktische aspecten.</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage 7: Tijdslijn</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage 8: Beoordelingslijst</b>	

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

## Samenvatting

### Inleiding

De projectgroep eHealth in de wijk heeft als doel het ontwikkelen van een keuzehulp, een trainingsmodule en inbedding ervan in het verpleegkunde-onderwijs en nascholingstrajecten. In dit onderzoek ligt de focus op het leveren van een bijdrage aan de trainingsmodule dat gericht is op het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth. Uit eerder onderzoek en de intervisiebijeenkomst ontstond de veronderstelling dat wijkverpleegkundigen nog onvoldoende bekend zijn met vaardigheden om gezamenlijke besluitvorming toe te passen ten aanzien van eHealth. Hieruit volgde de hoofdvraag: "Welke vorm zou een training voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth volgens wijkverpleegkundigen moeten hebben?"

### Methode

De hoofdvraag is beantwoord met kwalitatief onderzoek middels deskresearch, een interview en focusgroepen. Bij de deskresearch lag de nadruk op het verkrijgen van informatie over verschillende trainingsvormen en de benodigde competenties voor gezamenlijke besluitvorming. Door het interview werd er informatie verkregen over gezamenlijke besluitvorming, de benodigde competenties, de rol van wijkverpleegkundigen hierin en de aandachtspunten bij het aanleren van gezamenlijke. Bij de focusgroepen lag de nadruk op wat wijkverpleegkundigen een geschikte trainingsvorm vinden.

### Resultaten

Het interview met de expert en leverde 6 competenties en andere benodigde vaardigheden op voor het toepassen van gezamenlijke besluitvorming. Uit deskresearch bleek dat simulatie, eLearning, serious gaming, online workshops, rollenspellen en blended learning geschikte trainingsvormen zijn. Deze zijn in focusgroepen voorgelegd aan wijkverpleegkundigen. Ook benoemden wijkverpleegkundigen intervisie, moreel beraad en zorgplantoetsing als mogelijke trainingsvormen.

### Discussie

De onderzoekers hebben nooit eerder focusgroepen als kwalitatieve dataverzamelmethode gebruikt. Ondanks de zorgvuldige voorbereiding kan het zijn dat de onderzoekers de interviewtechnieken niet optimaal beheersten. Het draaiboek is na de eerste focusgroep aangepast voor betere resultaten en ter voorkoming van systematische fouten. Er heeft selectiebias plaatsgevonden bij één focusgroep doordat al deze wijkverpleegkundigen betrokken waren bij een speciale eHealth-groep. Dit is ondervangen doordat er nog twee andere focusgroepen zijn gehouden. Het begrip gezamenlijke besluitvorming kreeg tijdens het operationaliseren in elke focusgroep een andere betekenis. Dit kan invloed hebben op de motivatie om een training te volgen. Moreel beraad, intervisie en zorgplantoetsing werden in de focusgroepen geopperd als mogelijke trainingsvormen. Opvallend was dat wijkverpleegkundigen aangaven een hekel te hebben aan rollenspellen en dit tegelijkertijd een geschikte trainingsvorm vonden.

### Conclusie

Blended learning is volgens wijkverpleegkundigen het meest geschikt om gezamenlijke besluitvorming bij het inzetten van Health eigen te maken. eLearning is geschikt om de theorie aan te bieden. Hieruit verkregen kennis kan worden toegepast middels serious gaming en rollenspellen. Het is ook van belang om dit in het werkveld te oefenen. Verder zijn er randvoorwaarden over de duur, groeps grootte en vergoeding van een training.

### Aanbevelingen

Er is een trainingsopzet in de vorm van een diagram ontworpen. Dit is een schematische weergave van alle onderdelen en voorwaarden van de training. Daarnaast is er ook een schema ontworpen met daarin belangrijke praktische aspecten en een tijdlijn met de volgorde van de training chronologisch weergegeven. Tijdens volgend onderzoek naar de inhoud van deze training moet het perspectief van wijkverpleegkundigen worden meegenomen. Ook moet er een expert (op het gebied van onderwijs en trainingen) geraadpleegd worden. Ten slotte is nader onderzoek nodig naar de effectiviteit van zorgplantoetsing als mogelijke trainingsvorm.

## Voorwoord:

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksrapport van twee HBO verpleegkunde studenten. Dit onderzoeksrapport is geschreven in opdracht van Christelijke Hogeschool Windesheim voor de minor Praktijkgericht onderzoek in de Zorg (POZ). Het doel van de minor POZ is dat studenten kennis, vaardigheden en inzichten verkrijgen die een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van praktijkproblemen. Tijdens deze minor werken de studenten aan hun ontwikkeling op de competentiegebieden van reflectieve EBP-professional, professionele kwaliteitsbevorderaar en samenwerkingspartner

Deze onderzoeksopdracht is onderdeel van het project eHealth in de wijk van het lectoraat ICT-innovaties in de zorg. Eén van de drie doelstelling van deze projectgroep is het ontwikkelen van een training voor wijkverpleegkundigen. Tijdens de minor lag de focus op het leggen van een basis voor een onderdeel van de training.

Allereerst willen wij de wijkverpleegkundigen bedanken die hebben deelgenomen aan de focusgroepen, zonder hen was het onderzoek in deze vorm niet mogelijk geweest. Verder willen we Loes Bulle bedanken voor de fijne begeleiding tijdens ons onderzoek. We zijn vooral dankbaar voor het meedenken om de puntjes op de i te zetten. We willen ook de andere leden van de projectgroep bedanken. Jullie hebben er allemaal voor gezorgd dat we ons onderdeel van het team voelden. Ook Hilco Prins willen we bedanken voor de feedback en begeleiding vanuit de opleiding. Ten slotte bedanken we de expert op het gebied van gezamenlijke besluitvorming, de lector Onderwijsinnovatie en de promovendus op het gebied van serious gaming.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen.

Met vriendelijke groeten,

Reensina Eind en Thessa de Vries

Januari 2018, Zwolle

## Hoofdstuk 1: Inleiding

Dit onderzoeksrapport beschrijft het onderzoek naar trainingsvormen die wijkverpleegkundigen kunnen ondersteunen om gezamenlijke besluitvorming bij het inzetten van eHealth eigen te maken.

In dit hoofdstuk worden de aanleiding en de relevantie op verpleegkundig en maatschappelijk gebied uiteengezet. Ook worden de probleem-, doel- en vraagstelling beschreven en belangrijke begrippen gedefinieerd.

### 1.1 AANLEIDING

Het Lectoraat ICT-innovaties is de opdrachtgever voor dit onderzoek. Onderzoekers van het lectoraat zijn gestart met het project eHealth in de wijk naar aanleiding van een door Windesheim gegeven nascholingstraining 'Verpleegkundig indiceren' voor wijkverpleegkundigen in 2015. Tijdens die training gaven wijkverpleegkundigen aan niet te kunnen voldoen aan de criteria die zijn opgesteld na de wetwijzing in 2015 (Janssen & Hettinga, 2015). Deze criteria gaan over het gebruik van alternatieve oplossingen zoals eHealth en het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Het uiteindelijke doel van dit project is het ontwikkelen van een keuzehulp, een trainingsmodule en inbedding ervan in het verpleegkunde-onderwijs en nascholingstrajecten (Janssen & Hettinga, 2015). Tijdens een intervisiebijeenkomst van dit project werd onlangs het belang van gezamenlijke besluitvorming door wijkverpleegkundigen en patiënt benadrukt. In dit onderhavige onderzoek ligt de focus op het leveren van een bijdrage aan de trainingsmodule dat gericht is op het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth. Uit eerder onderzoek en de intervisie resulteerde de veronderstelling dat wijkverpleegkundigen in de verandering naar meer cliëntparticipatie nog onvoldoende bekend zijn met vaardigheden om gezamenlijke besluitvorming toe te passen ten aanzien van eHealth (persoonlijke communicatie, 27 september 2017).

### 1.2 PROBLEEMANALYSE

Met ingang van 2015 hebben er wetwijzigingen plaatsgevonden die gevolgen hebben gehad voor de organisatie van de langdurige zorg in Nederland. Het onderdeel 'verpleging en verzorging zonder verblijf' is onderdeel geworden van het basispakket in de Zorgverzekeringswet (Janssen & Hettinga 2015). De zorg wordt hierdoor beter verbonden met andere curatieve zorg met als resultaat dat mensen langer zelfstandig blijven wonen. Deze verandering vergt een manier van zorgverlening waarbij zelfmanagement en eigen regie van de cliënt meer centraal staan. Door deze wetwijziging zijn wijkverpleegkundigen verantwoordelijk geworden voor het gehele zorgproces binnen de wijkverpleging, van anamnese via indiceren tot het organiseren van zorg (Janssen & Hettinga 2015).

De overheid ziet eHealth, gezien de snelle technologische ontwikkelingen, als een onmisbaar middel om zelfmanagement te bevorderen (Alpay, Verhoef, & Van Wely, 2015). De overheid heeft betreffende dit drie doelstellingen beschreven. Allereerst heeft in 2019 80% van de chronisch zieken toegang tot medische gegevens. Ten tweede kan 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelfmetingen doen en deze delen met zorgverleners. En ten slotte kunnen mensen die thuiszorg ontvangen 24/7 via een beeldscherm contact opnemen met de zorgverlener. Om dit te verwezenlijken gaat de overheid o.a. kennis over eHealth delen en eHealth bekender maken (Rijksoverheid, z.d. -b).

Naast de eerdergenoemde doelstellingen is ambulantisering van de zorg een reden voor inzet van eHealth. De opnameduur in het ziekenhuis wordt namelijk steeds korter en oudere mensen willen in hun eigen omgeving blijven (Courtney, Demiris, & Alexander, 2005). Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat er met minder middelen vergelijkbare, het liefst zelfs betere, kwaliteit geleverd moet

worden (Timmer, 2015). Zo waren er in maart 2016 8800 wijkverpleegkundigen werkzaam in de wijk, op dat moment was er een tekort van 350 wijkverpleegkundigen (Venvn, 2016a).

Wijkverpleegkundigen benoemden in eerder onderzoek van het project eHealth in de wijk wat zij belangrijk vinden met betrekking tot eHealth (Bulle-Smid, Van der Cingel, Holterman, Keuning & Prins, 2017). Zo mag eHealth niet nadelig zijn voor het persoonlijke contact tussen hen en de cliënt. Ook vinden ze het belangrijk dat eHealth gebruiksvriendelijk is en dat de privacy van de cliënt gewaarborgd wordt. Voor wijkverpleegkundigen is de cliënt altijd het uitgangspunt in de benodigde zorg. De balans tussen de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundigen en het zelfmanagement van de cliënt blijkt zeer complex. Wijkverpleegkundigen geven daarom aan dat een vertrouwensband opbouwen vanaf het begin van het zorgproces erg belangrijk is (Bulle-Smid et al., 2017).

Een vertrouwensband opbouwen is ook volgens de gespreksleidraad gezamenlijke besluitvorming in complexe situaties de eerste stap van gezamenlijke besluitvorming (Groen- van de Ven et al., 2017d). Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk onderdeel van het centraal stellen van de cliënt bij beslissingen over het gehele zorgproces door de wijkverpleegkundige. Met gezamenlijke besluitvorming, oftewel shared decision making, wordt bedoeld dat de verpleegkundige en de cliënt samen beslissingen nemen over gezondheids- en behandelingsdoelen en de te nemen acties om deze doelen te behalen (Pel-Littel & Veenendaal, 2015). Wanneer dit op de juiste manier wordt toegepast is het resultaat dat keuzes beter aansluiten op de behoeften van de cliënt en deze meer tevreden is (Pel-Littel & Veenendaal, 2015). Om gezamenlijke besluitvorming te bereiken is een goede relatie tussen cliënt en verpleegkundige nodig, zodat informatie wordt gedeeld en de cliënt wordt ondersteunt om eigen voorkeuren en opvattingen kenbaar te maken (Elwyn et al., 2012). Uit recent onderzoek van de projectgroep blijkt dat wijkverpleegkundigen onderdelen van gezamenlijke besluitvorming toepassen in het zorgproces. Het gaat hier bijvoorbeeld over het samenvatten van een gesprek en vragen om bevestiging van de gemaakte keuzes. Hiernaast zijn er andere onderdelen die deel uitmaken van gezamenlijke besluitvorming die nog niet door alle wijkverpleegkundigen wordt toegepast (persoonlijke communicatie, 14 november 2017).

### 1.3 PROBLEEMSTELLING

Uit eerder onderzoek van het project eHealth in de wijk is gebleken dat wijkverpleegkundigen kennis en vaardigheden missen om gezamenlijke besluitvorming toe te passen over het inzetten van eHealth. Ook cliënten weten nog weinig af van eHealth. Dit maakt gezamenlijke besluitvorming een uitdaging voor wijkverpleegkundigen. Echter, wanneer er niet aangesloten wordt bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt is de kans op succesvolle inzet van eHealth nihil.

### 1.4 DOELSTELLING

Het uiteindelijke doel is een bijdrage leveren aan de training die er op gericht is wijkverpleegkundigen te ondersteunen bij het inzetten van eHealth. Binnen dit onderzoek wordt gestreefd naar het ontwerpen van een trainingsopzet die een bijdrage levert aan de trainingsmodule. Het doel van dit deel van deze training voor wijkverpleegkundigen is het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth. Hiervoor is kennis nodig over benodigde competenties om gezamenlijke besluitvorming in te zetten, wat hier geschikte trainingsvormen voor zijn en wat wijkverpleegkundigen daarvan vinden.

### 1.5 HOOFDVRAAG

Welke vorm zou een training voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth volgens wijkverpleegkundigen moeten hebben?

### 1.6 DEELVRAGEN



1. Welke competenties moet een wijkverpleegkundige bezitten om gezamenlijke besluitvorming toe te passen?
2. Welke trainingsvormen kunnen een bijdrage leveren aan het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming?
3. Wat vinden wijkverpleegkundigen van de trainingsvormen die resulteerden uit de deskresearch?
4. Wat vinden wijkverpleegkundigen een geschikte trainingsvorm voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming?

#### 1.7 BEGRIPSBEPALING

Begrip	Definitie	Bron
<b>Competentie</b>	Het vermogen om een taak met de juiste kennis en vaardigheden te verrichten.	(Ensie, 2010)
<b>Trainingsvorm</b>	Een manier waarop een training is vormgegeven met het doel om kennis en/of vaardigheden over te brengen.	Eigen definitie
<b>eHealth</b>	Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internet- technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.	(Krijgsman & Wolterink, 2012)
<b>Zelfmanagement</b>	Het vermogen van mensen om een aandoening zo goed mogelijk een plek te geven in hun leven. Bijvoorbeeld door het om kunnen gaan met symptomen, behandelingen en veranderende levensstijl.	(Venvn, 2015)
<b>Zorgproces</b>	De methode die verpleegkundigen toepassen bij het uitoefenen van de verpleegkunde. Het is een manier van denken en handelen.	(Hesselink, 2011)
<b>Eigen regie</b>	De cliënt heeft zelf invloed op de kwaliteit van leven. De cliënt geeft zelf sturing aan de contacten met familie en vrienden.	(Rijksoverheid, 2011)
<b>Indiceren</b>	De mogelijke en nodige interventies worden bepaald per doel dat samen met de cliënt vastgesteld is. Hierbij wordt afgesproken wat nodig is om deze doelen te bereiken.	(Van Dorst & Rosendal, 2015)
<b>Ambulantisering</b>	Is het verplaatsen van zorg binnen een instelling naar zorg bij de cliënt thuis.	(Courtney, Demiris & Alexander, 2005)

#### 1.8 LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 staat de onderzoeksopzet van dit onderzoek beschreven met de daarbij horende onderbouwing. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het onderzoek per deelvraag. In hoofdstuk 4 zijn

de discussie en conclusie beschreven. Hoofdstuk 5 bevat de aanbevelingen gebaseerd op de eerder beschreven resultaten.

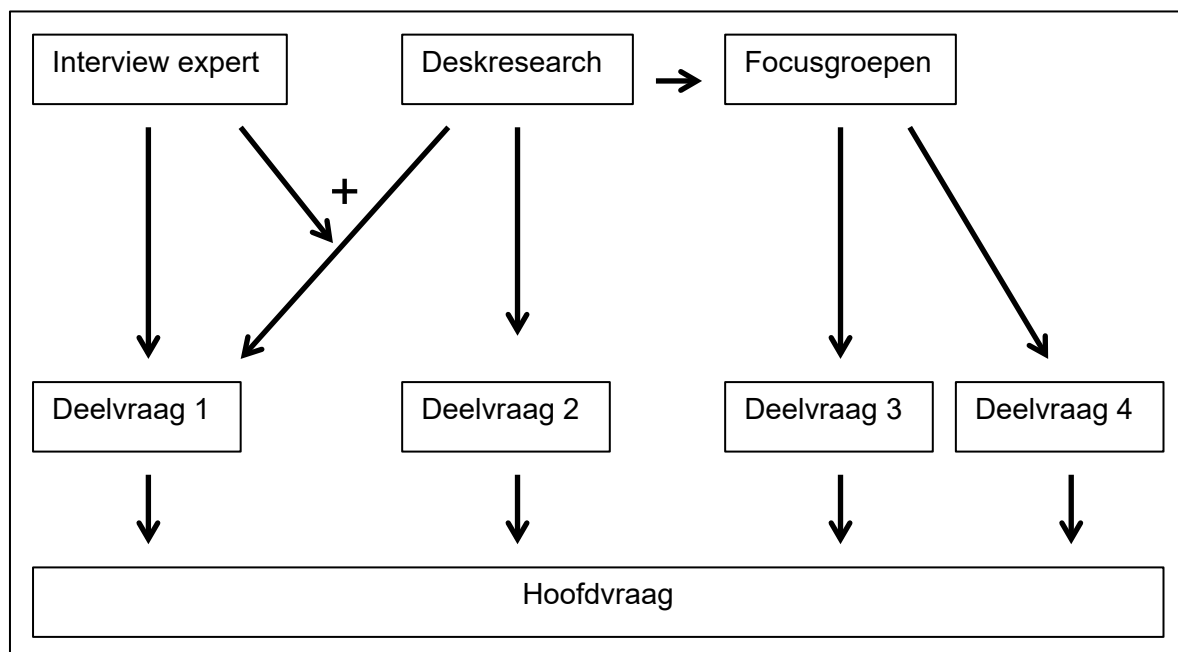
## Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van dit onderzoek beschreven.

### 2.1 AARD EN DESIGN

Dit is een kwalitatief onderzoek waarin een ontwerpde hoofdvraag centraal stond. Er is gezocht naar trainingsvormen die een bijdrage kunnen leveren aan voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming.

In dit onderzoek heeft dataverzameling plaatsgevonden middels een interview met een expert, deskresearch en focusgroepen. De verkregen informatie uit het interview met de expert op het gebied van gezamenlijke besluitvorming is gebruikt om deelvraag 1 te beantwoorden. Daarnaast werd deze informatie voor de deskresearch gebruikt, wat heeft bijgedragen aan de beantwoording van deelvraag 1. De deskresearch bestond uit literatuuronderzoek, een gesprek met een promovendus op het gebied van serious gaming en met een Lector op het gebied van onderwijsinnovatie en ICT. Deskresearch is ook uitgevoerd voor het beantwoorden van deelvraag 2 en het leverde een bijdrage aan de inhoud van de focusgroepen. Het was van belang om de meningen, ervaringen en wensen van de wijkverpleegkundigen te inventariseren dit gebeurde middels focusgroepen met wijkverpleegkundigen (Verhoeven, 2014). De focusgroepen waren ter beantwoording van deelvraag 3 en 4. Voor een schematische weergave van het design zie Figuur 1.



Figuur 1: Onderzoeksopzet

## 2.3 DATAVERZAMELING

### 2.3.1 Interview

Allereerst is een expert op het gebied van gezamenlijke besluitvorming geïnterviewd. Zij is op dit onderwerp gepromoveerd. Hiervoor heeft zij gezamenlijke besluitvorming in complexe situaties in kaart gebracht en een training en gesprekskaart ontwikkeld. Er is in overleg met de opdrachtgever als voorbereiding op dit interview een topiclijst gemaakt. Door dit interview is informatie verkregen over gezamenlijke besluitvorming, de rol van wijkverpleegkundigen hierin, benodigde competenties en aandachtspunten bij het aanleren van gezamenlijke besluitvorming. Deze expert is werkzaam bij het Lectoraat Innoveren met ouderen op Hogeschool Windesheim en geeft les bij de opleiding Verpleegkunde. Deze expert is door de opdrachtgever aanbevolen.

### 2.3.2 Deskresearch

Na het interview werd er deskresearch gedaan. Hierbij is in databanken naar literatuur gezocht (zie Tabel 1). In Tabel 2 en 3 staan de zoektermen vermeld die zijn gebruikt voor het zoeken in deze databanken. Deze zoektermen werden met elkaar gecombineerd om het aantal zoekresultaten te beperken. De in- en exclusie criteria zijn beschreven in Tabel 4.

Tabel 1: Overzicht databanken

Databanken	
Pubmed	Springerlink
Bio Medical Central	Google scholar
Academic search Elite	Windesearch
Cinahl	Medline
Narcis	Science direct
Wiley Online Library	Digitale bibliotheek Boom
NAZ	Sage premiere
Brittanica ImageQuest	Gezondheidsteksten
NAZ, Nederlandse Artikelendatabank voor de zorg	Picarta
Sage premiere	Science direct
Taylor and Francis online	Wiley Online Library

Tabel 2: Zoektermen die worden gebruikt in Nederlands

Zoektermen (Nederlands)	
Gezamenlijke besluitvorming	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gezamenlijke besluitvorming verpleegkundige</li><li>- Gezamenlijke besluitvorming thuiszorg</li><li>- Shared decision making verpleegkundige</li></ul>
Trainingsvormen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Innovatieve trainingen</li><li>- Workshop</li><li>- Cursus</li><li>- Voorwaarden</li><li>- Online</li><li>- Leermethode</li></ul>

Competenties	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competenties wijkverpleegkundigen</li> <li>- Gesprekstechnieken</li> <li>- gezamenlijke besluitvorming</li> </ul>
Verpleegkunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Wijk)verpleegkundige(n)</li> <li>- Zorg</li> </ul>
eHealth	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Digitale toepassingen</li> <li>- Domotica</li> <li>- Telezorg</li> </ul>

Tabel 3: Zoektermen die worden gebruikt in Engels

Zoektermen (Engels)	
Shared decision making	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shared decision making nurse</li> <li>- Shared decision making home care</li> </ul>
Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Training methods</li> <li>- Problem based learning</li> <li>- Skills</li> <li>- Virtual reality</li> <li>- Visual novel</li> <li>- Serious soap</li> </ul>
Adult learning	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuing education</li> <li>- Professionalization</li> </ul>
Nursing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurse</li> </ul>
Simulation	
Home care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Home health nursing</li> <li>- Home health care</li> <li>- Home care services</li> </ul>
Competency	
eHealth	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telecare</li> <li>- Telenursing</li> </ul>

Tabel 4: In- en exclusiecriteria die worden gebruikt

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Nederlands en Engels geschreven	Blog/forum
Niet ouder dan 15 jaar	Niet full text
Vakliteratuur/tijdschrift met bronvermeldingen	
Verpleegkundige relevantie	

### 2.3.3 Focusgroepen

Het doel van de focusgroep was wijkverpleegkundigen samen in gesprek laten gaan over de bevindingen uit de deskresearch. Tijdens dit gesprek konden wijkverpleegkundigen nieuwe inzichten inbrengen en deelden ze hun mening (Verhoeven, 2014).

De focusgroepen werden door 2 onderzoekers uitgevoerd waarbij afwisselend de leiding werd genomen. In de focusgroepen is gebruik gemaakt van verschillende elicitatiemethoden om middels interactie de juiste informatie te verkrijgen voor het beantwoorden van deelvraag 3 en 4 (Evers, 2015). Het begrip gezamenlijke besluitvorming werd met een mindmap door wijkverpleegkundigen geoperationaliseerd. Vervolgens konden wijkverpleegkundigen met post-its individueel hun

persoonlijke top 3 trainingsvormen voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming aangeven. Voor de volledige inhoud van de focusgroepen zie het draaiboek in Bijlage 2. De onderzoekspopulatie van deze focusgroepen omvat alle wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn en indiceren. De steekproef bestond uit 18 wijkverpleegkundigen geworven via V&VN, BeterThuisWonen Thuiszorg en Icare (Verhoeven, 2014). Twee focusgroepen bestonden uit 7 en de andere uit 4 wijkverpleegkundigen. Dit waren heterogene groepen die bestonden uit werkzame HBO opgeleide wijkverpleegkundigen waarin de leeftijd en werkervaring varieerden (van der Zee, 2010). De wijkverpleegkundigen zijn geworven door zelfselectie en via projectpartners. Er zijn 9 zorgorganisaties, 3 facebookpagina's en 3 kennissen benaderd met de vraag of wijkverpleegkundigen wilden meedoen aan dit onderzoek. In de uitnodiging stonden een aantal voorwaarden voor deelnemers (zie Bijlage 1). Verder zijn er via de coördinator wijkverpleging van V&VN ook wijkverpleegkundigen geworven via. De respons werd verhoogd door in de uitnodiging te vermelden dat de focusgroepen op hun locatie en aansluitend aan een bestaande bijeenkomst zouden worden gehouden. Daarnaast werd vermeld dat wijkverpleegkundigen indien gewenst up-to-date worden gehouden over ontwikkelingen van het project en dat ze een bijdrage leveren aan het ondersteunen van hun beroepsgroep.

## 2.4 KWALITEITSWAARBORGING

### 2.4.1 Betrouwbaarheid

Het interview en de focusgroepen werden met toestemming van de respondenten opgenomen met een video- en audiorecorder (Verhoeven, 2014). Alle focusgroepen en het interview werden door 2 onderzoekers uitgevoerd. Om de herhaalbaarheid van de focusgroepen te vergroten is er een draaiboek gemaakt. Het interview is door 2 onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd, getranscribeerd en gecodeerd. De focusgroeptranscripten zijn verdeeld en daarna individueel gecodeerd en vervolgens gecheckt door de mede-onderzoeker. De uitgetypte transcripten van de focusgroepen en het interview worden bewaard voor eventuele her-analyse (Verhoeven, 2014).

Via deskresearch gevonden data werd beoordeeld aan de hand van het boek 'Lezen en Beoordelen van onderzoekspublicaties' (Jansen & Jansen, 2016). De gevonden artikelen werden verdeeld en individueel beoordeeld op bruikbaarheid. De bruikbare artikelen werden omgewisseld met als doel bruikbare tekst te selecteren. Vervolgens werden de geselecteerde teksten weer omgewisseld en verwerkt. Het omwisselen van de artikelen verhoogde de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid (Verhoeven, 2014)

Tijdens het onderzoek werd een logboek bijgehouden waardoor bepaalde keuzes kunnen worden herzien. Verder is er tijdens het gehele proces nauw contact geweest met de opdrachtgever. Ten slotte zijn de onderzoekers secuur geweest met de bronvermelding door altijd het boek 'de APA-richtlijnen uitgelegd' te raadplegen (Doolaar et al, 2017).

### 2.4.2 Validiteit

In dit onderzoek werd sampling bias beperkt door wijkverpleegkundigen vanuit verschillende zorgorganisaties in Nederland te werven. De resultaten zijn hierdoor representatief en generaliseerbaar. Ook is hiermee de externe validiteit gewaarborgd (Verhoeven, 2014).

De interne validiteit werd verhoogd door het draaiboek van de focusgroepen te laten controleren door de opdrachtgever. Het draaiboek werd met deze feedback voorafgaand aan de focusgroepen verbeterd met het doel dat er geen instrumentatie plaatsvindt (Verhoeven, 2014). Gedurende het gehele proces is om feedback gevraagd aan de opdrachtgever (Verhoeven, 2014). Ter voorbereiding van de focusgroepen zijn de opdrachtgevers door de studenten geobserveerd bij 1 van hun focusgroepen. Hierbij werd gelet op de interactie, interventies en gestelde vragen zodat in de focusgroepen in dit onderzoek ook de juiste informatie naar boven kon worden. Ook hebben de onderzoekers ter voorbereiding het boek Kwalitatief interviewen bestudeerd (Evers, 2015).

De begripsvaliditeit werd tijdens focusgroepen vergroot door gezamenlijke besluitvorming samen met de wijkverpleegkundigen te operationaliseren (Verhoeven, 2014).

### 2.4.3 Bruikbaarheid

De onderzoeksresultaten leveren een bijdrage aan de ontwikkeling van een gedeelte van de training voor wijkverpleegkundigen. Daarnaast is de bruikbaarheid vergroot door elke week contact te hebben met de opdrachtgever (Verhoeven, 2014). De opdrachtgever bood ondersteuning aan dit onderzoek. Ook werd door het bijwonen van alle teamoverleggen de bruikbaarheid vergroot.

### 2.4.4 Juridische en ethische aspecten

Alle respondenten kregen informatie over het project eHealth in de wijk en over het doel van dit onderzoek alvorens deelname. Bij aanvang van de focusgroepen en het interview werd het doel opnieuw uitgelegd en gevraagd om toestemming voor audio en video opname. Ook werd vermeld dat alle gegevens anoniem worden verwerkt, dat de respondenten tussentijds en achteraf altijd nog bij de onderzoekers terecht kunnen voor vragen en dat het materiaal kan worden vernietigd indien de respondent dit wenst. Na informed consent te hebben bereikt werd het interview of de focusgroep gestart (Verhoeven, 2014).

## 2.5 DATA-SELECTIE EN DATA-ANALYSE

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet op welke manier alle verzamelde data vanuit de deskresearch, het interview en de focusgroepen is geanalyseerd.

### 2.5.1 Interviews en focusgroepen

Tijdens het analyseren werd een logboek bijgehouden met daarin aantekeningen en argumenten voor de gemaakte keuzes (Verhoeven, 2014). Deze informatie kon later voor de rapportage worden gebruikt. Alle audio opnames zijn eerst volledig uitgetypt. Hierbij werden de gegevens anoniem verwerkt. Vervolgens werd de gehele tekst gelezen en verdeeld in fragmenten. Daarna werden de gebruikte termen geëvalueerd. De gegevens uit het interview zijn open gecodeerd omdat nog ontdekt moest worden welke gegevens van belang zouden zijn (Boeije, 2014).

De gegevens uit de focusgroepen zijn axiaal gecodeerd. Er is namelijk vanuit codes naar de gegevens gekeken (Boeije, 2014).

### 2.5.2 Deskresearch

Aan het begin van de deskresearch werden er 22 databanken onder de onderzoekers verdeeld (zie Tabel 1). De onderzoekers hebben in hun databanken gezocht naar geschikte literatuur doormiddel van de vooraf opgestelde zoektermen en in- en exclusie criteria (zie Tabel 2, 3 en 4). De literatuur werd als eerst geselecteerd naar aanleiding van de titel, daarna werden de abstracts gelezen. Aan de hand daarvan is bepaald of het artikel relevant is voor dit onderzoek. De benodigde gegevens voor bronvermelding werden samen met het relevante artikel opgeslagen. Deze geselecteerde artikelen zijn vervolgens gelezen en beoordeeld. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het boek 'Lezen en Beoordelen van onderzoekspublicaties'. Tijdens de beoordeling is gekeken naar wat voor publicatie het is, de opbouw, de gebruikte bronnen en de methodologie van het artikel (Jansen & Jansen, 2016). De artikelen zijn hierna volledig gelezen. Relevante informatie hieruit is gebruikt ter beantwoording van de deelvragen. Van het opgenomen gesprek met de expert op het gebied van onderwijsinnovatie is een samenvatting gemaakt. Belangrijke informatie uit die samenvatting is aanvullend ter beantwoording van deelvraag 2.

## Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten die voortvloeien uit de deskresearch, interviews en focusgroepen per deelvraag beschreven.

### 3.1 WELKE COMPETENTIES MOET EEN WIJKVERPLEEGKUNDIGE BEZITTEN OM GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING TOE TE PASSEN?

#### 3.1.1 Interview expert gezamenlijke besluitvorming

Het interview met de expert leverde 6 benodigde competenties op. Allereerst stemt de verpleegkundige haar positie af op de cliënt en zijn systeem. Deze competentie wordt alleen benoemd door de expert. De tweede competentie is het ondersteunen van de eigen regie van de cliënt en diens mantelzorger. De zorgprofessional doet dit door o.a. het perspectief van de cliënt zelf te horen en door spanningen tussen betrokkenen bespreekbaar te maken. Het ondersteunen bij beslissingen over de toekomst en het evalueren van al genomen beslissingen is de derde competentie. De vierde is het bevorderen van onderlinge informatie-uitwisseling tussen belanghebbenden. Dit is bijvoorbeeld het verifiëren van informed consent en benoemen dat opties kunnen worden uitgetoetst voor er een definitieve beslissing genomen wordt. Verder is het toewerken naar overeenstemming over de beslissing ook een competentie. Hierbij begeleidt de zorgprofessional de ontwikkeling van een visie over beslissingen voor de cliënt vanuit verschillende invalshoeken. De laatste competentie is het verantwoorden van het beslisproces. Hieronder behoren het maken van afspraken over belangrijke onderwerpen en het zorgvuldig documenteren van het beslisproces (persoonlijke communicatie, 6 november 2017; Huijsman, Jansen & Bolle, 2017). Voor andere benodigde vaardigheden zoals 'in de week leggen' uit het interview en uit de deskresearch zie Bijlage 3.

*“Die leggen dan iets in de week noemen ze dat dan. Hè ik leg iets in de week en dan kijk ik hoe dat opgepakt wordt, en wordt het niet opgepakt dan laat ik het weer even liggen maar ik kom er later wel op terug.”*

### 3.2 WAT ZIJN GESCHIKTE TRAININGSVORMEN VOOR HET AANLEREN VAN GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING?

Deze paragraaf geeft een weergave van trainingsvormen die resulteerden uit de deskresearch. In Bijlage 4 staat een overzicht bestaande uit voorbeelden van deze trainingsvormen.

#### 3.2.1 Deskresearch

##### Simulatie

Bij simulatie wordt er een situatie gecreëerd die zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid zit om de ontwikkeling van vaardigheden te vergemakkelijken (Felton & Wright, 2017). Uit verschillende studies blijkt dat simulaties zorgen voor ontwikkeling van vertrouwen en klinische vaardigheden (Felton & Wright, 2017). Verder kan simulatie zelfeffectiviteit, probleemoplossend denken, klinisch redeneren, samenwerken en besluitvormingsvaardigheden ontwikkelen en de toepassing van theorie in de praktijk ondersteunen (Lejonqvist, Eriksson & Meretoja, 2016). Het behalen van deze resultaten door middel van simulatie is erg afhankelijk van het realisme van de simulatie. Uit onderzoek van Felton en Wright blijkt ook dat simulatie een goede manier is om besluitvormingsvaardigheden aan te leren. De verpleegkunde studenten in dit onderzoek gaven aan dat de onvoorspelbaarheid de simulatie realistisch maakten. Ze hadden progressieve leerervaringen op het gebied van zelfvertrouwen en klinische en communicatieve vaardigheden. De feedback die de studenten ontvingen op hun communicatie en interventies werd als leerzaam ervaren (Felton & Wright, 2017)

##### eLearning

eLearning is een collectief voor het ontwerpen van leersituaties door middel van informatie- en communicatietechnologie (Dankbaar, 2009, p. 212). Merill (in Kessels & Poell, 2011) omschrijft hiervoor vijf principes. Allereerst moet eLearning proactiviteit stimuleren, waarbij essentiële voorkennis wordt teruggehaald. Ook wordt het leren gestimuleerd door demonstraties van specifieke vaardigheden en praktische gerichte instructies. Verder moeten deelnemers nieuwe kennis opdoen en feedback kunnen krijgen. Ten slotte bevordert het integreren van de nieuwe kennis in het dagelijks leven het leren. Een groot voordeel van eLearning is dat het altijd en overal beschikbaar is. eLearning vergt echter zelfstandigheid van zorgprofessionals. Andere nadelen zijn dat vragen niet direct kunnen worden beantwoord, dat sommige vaardigheden niet kunnen worden aangeleerd en dat het ontbreken van een docent zorgt voor minder inzet (Kessels & Poell, 2011). Vanuit het menselijk oogpunt is belangrijk om eerst een face-to-face bijeenkomst te houden voordat er wordt overgegaan op eLearning (Kessels & Poell, 2011).

### **Serious gaming**

Serious gaming is een videospel waarbij ontspanning niet het primaire doel is (Te Velde, Brennenreadts, Kaashoek & Segers, 2007). Zorgprofessionals kunnen met serious gaming in een veilige omgeving nieuwe vaardigheden oefenen. Het stimuleert de verbeelding waardoor het mogelijk wordt om anders te reageren in een bepaalde situatie. Een nadeel van serious games is de ontwikkeling ervan door een speciaal team (Wagenaar & Hulsebosch, 2013). Serious games verwijzen ook naar een beweging van onderzoekers, ontwerpers en onderwijskundigen die zich bezighouden met het ontwikkelen van games en simulaties specifiek om plezier, motivatie en educatieve waarde te garanderen in games die zijn ontwikkeld voor formeel onderwijs (Koivisto, Niemi, Multisilta & Eriksson, 2015). Dit zou het onderwijs kunnen verbeteren doordat het meeslepende en realistische simulaties uit de werkelijkheid presenteren (Koivisto et al., 2015). Sommige serious games zijn verhalend, andere zijn tekst-alleen case stories en weer andere bestaan zelfs uit geanimeerde of gefilmde personages (Koivisto et al., 2015).

### **Online Workshops**

Er is geen eenduidige definitie voor online workshop. Een workshop wordt gedefinieerd als een middel om kennis en vaardigheden uit te dragen door iemand die daar ervaring mee heeft. Ook is het vaak een mix van verschillende activiteiten tijdens de sessies. Diezelfde bron benoemt ook dat fysieke bijeenkomsten ondersteund kunnen worden door een teleklas, oftewel online (Higmore Soms, 2007). Het is een leermethode die goed werkt mits het goed is ontworpen en gefaciliteerd. Reflecteren en bondig samenvatten wordt met deze methode gestimuleerd. De werkvormen die in face-to-face workshop worden ingezet kunnen in de meeste gevallen worden aangepast naar een digitale vorm (Wagenaar & Hulsebosch, 2013).

### **Rollenspel**

"Rollenspel is een werkvorm die een nagebootste werkelijkheid in beeld brengt" (Pauwels, 2013). Het gaat bijvoorbeeld om het trainen van vaardigheden, attitudes, lichaamstaal en het uiten van emoties, oftewel gedrag. De Galan beschrijft drie pijlers waardoor een rollenspel plezierig en leerzaam is. Allereerst moet er een helder doel zijn voor de oefenaar en observant. Ten tweede moet er effectief feedback worden gegeven. Goede feedback geeft duidelijkheid en leidt tot leergierigheid. Ten slotte is het van belang dat de leider de oefenaar het gevoel geeft te allen tijde aan zijn kant te staan (De Galan, 2015). Uit de literatuur blijkt dat veel mensen rollenspellen niet zien zitten, door bijvoorbeeld angst of gêne of door twijfels aan het realiteitsgehalte (Pauwels, 2013; De Galan, 2015).

### **Blended learning**

Blended learning betekent dat sommige onderdelen van de training klassikaal worden gegeven en dat andere onderdelen online beschikbaar zijn. Het is een combinatie van online en face-to-face onderdelen wat samen behoort tot één training (Kiviniemi, 2014). Een nadeel is dat de online onderdelen de actieve betrokkenheid van de student kunnen verlagen (Kiviniemi, 2014). Voordelen



zijn daarentegen effectievere instructie, betere toegang tot kennis en betere kosteneffectiviteit (Kessels & Poell, 2011). Een onderzoek naar het verschil tussen klassikaal leren of doormiddel van blended learning toonde aan dat door blended learning de leerprestaties hoger waren (Kiviniemi, 2014).

### **Lector onderwijsinnovatie en ICT**

Volgens een lector op het gebied van onderwijsinnovatie en ICT is het belangrijk om voor het ontwikkelen van een goede trainingsvorm eerst naar andere aspecten te kijken. Een training van 1 dag is niet effectief, dat zorgt voor bewustwording maar niet voor veranderingen. Meerdere bijeenkomsten zijn effectiever. De eerste bijeenkomst zou moeten bestaan uit een theoretisch en een praktijk deel. De volgende 2 trainingen bestaan uit het reflecteren op ervaringen uit de praktijk. Een training moet volgens de lector integreren met de praktijk en aansluiten bij een praktijkprobleem en bij het aanwezige competentieniveau. Ook benoemd de lector onderdelen die een goede training in een vaste volgorde moet hebben. Dit zijn: theorie, praktijk, demonstratie, praktische oefening, feedback en coaching. Het oefenen doormiddel van rollenspellen zorgt voor een duurzaam effect aldus de lector (persoonlijke communicatie, 20 november 2017).

### **3.2.2 Interview expert gezamenlijke besluitvorming**

Volgens een expert op het gebied van gezamenlijke besluitvorming die daarvoor een training heeft ontwikkeld zijn een aantal dingen van belang. Zij geeft aan dat in een training moet worden geleerd onderscheid te maken tussen situaties waarin de gangbare en complexe gezamenlijke besluitvorming aan de orde is. Ook moet er worden aangesloten bij de behoeften van wijkverpleegkundigen. Volgens de expert omvat een geschikte training theorie en praktijk. De praktische toepassingen kan bijvoorbeeld met rollenspellen. Feedback vragen aan cliënten kan volgens de expert ook nuttig zijn. In de training zag de expert dat sommigen alle stappen van de besluitvorming volgden maar ook velen die er erg mee worstelden. Deze expert heeft naast de hierboven genoemde driedaagse training, ook een eendaagse training ontwikkeld. Bij de drie uur durende eendaagse training maken de deelnemers kennis met wat gezamenlijke besluitvorming is en hoe ze het kunnen toepassen. Dit betekent volgens de expert echter niet dat ze het hierna ook kunnen.

## **3.3 WAT VINDEN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN VAN DE TRAININGSVORMEN DIE RESULTEERDEN UIT DE DESKRESEARCH?**

In deze paragraaf wordt beschreven wat wijkverpleegkundigen vinden van de trainingsvormen die resulteerden uit deskresearch. Ook is de mening van wijkverpleegkundigen over praktische zaken rondom een training uiteengezet.

### **Simulatie**

Wijkverpleegkundigen vinden het fijn om een handeling te oefenen met een interactieve pop doordat er complicaties kunnen optreden zonder gevolgen. Een niet-interactieve pop vinden ze daarentegen onrealistisch en gespeeld. Deze trainingsvorm is volgens hen alleen geschikt voor het aanleren van praktische vaardigheden.

### **eLearning**

Sommige wijkverpleegkundigen vinden eLearning een prettige manier om alle ins en outs van een onderwerp op te frissen. Zelfstandigheid over het tempo en de omgeving wordt ook als voordeel ervaren. Ze vinden het fijn om de theorie individueel tot zich te nemen.

*“Het is wel laagdrempelig inderdaad want als je net over een onderwerp meer wilt weten dan kan eLearning wel heel handig zijn.”*

Anderen vinden het juist niet geschikt. Het is volgens hen niet op maat gemaakt en er is geen ruimte voor discussie over antwoordmogelijkheden. Ook op programmeringsniveau worden nadelen ondervonden van eLearnings.

*“Dat vond ik nog een nadeel... Ik dacht oh jee ik neem nog en keer de theorie door maar dan snel. Maar dan moest je in de eLearning weer al die opdrachten doen die daar instonden toen dacht ik ja ik ga niet weer 3 uur bezig. Dat vind ik wel jammer want ik wou hem best nog wel een keer doornemen die theorie...”*

Een andere wijkverpleegkundige benoemde dat men van een eLearning nooit bevoegd en bekwaam kan worden. Er moet altijd nog een praktische uitvoering van de geleerde competentie zijn. Verder benoemden ze dat een eLearning aantrekkelijker is wanneer de vormgeving speels en kleurrijk is.

### **Rollenspel**

Rollenspel wordt door wijkverpleegkundigen als een goede trainingsvorm gezien voor communicatieve vaardigheden. Een wijkverpleegkundige plaatste daar een kanttekening bij:

*“Dus euhm op het sociaal vaardig zijn zeg maar vind ik rollenspellen wel een hele goede methode. Maar je moet je wel veilig bij voelen. Dus die kant snap ik ook. Het is dubbel.”*

Meerdere wijkverpleegkundigen gaven aan zich anders dan normaal te gedragen bij een rollenspel. Ze ergeren zich of hebben er een hekel aan. Sommigen hebben zelfs het gevoel dat er niets van geleerd wordt. Een andere factor wordt door een wijkverpleegkundige verwoord:

*“Als iedere keer als dan je merkte ik wel niet iedereen wil dat. Niet iedereen wil zo bekeken worden. Dat is natuurlijk wel raar je komt ook bij een cliënt die zich helemaal bloot geeft aan jou. Ja daarbij denk ik altijd daarbij bereik je niet iedereen die je wil bereiken. Waarvan je denkt die zou er wel iets van leren dan. ”*

Wijkverpleegkundigen geven aan verkrampt te raken wanneer mensen tijdens een rollenspel naar ze kijken. Ook wordt door sommigen de voorkeur gegeven aan een getrainde simulant die affiniteit heeft met het onderwerp in plaats van een collega.

*“Als je iemand beter kent dan kun je elkaar ook een beetje te makkelijk maken of een beetje in de stereotypes blijven hangen zeg maar. Terwijl een gesprek in de wijk of iets dergelijks dat loopt altijd anders is nooit voorspelbaar. ”*

### **Serious Gaming**

Serious gaming wordt gezien als een leuke interactieve trainingsvorm die aansluit bij deze tijd. Het is volgens hen leerzaam doordat je verschillende situaties en keuzen kunt oefenen en je een beter beeld krijgt bij de theorie. Enkelen benoemen dat deze trainingsvorm door een generatiekloof lastig is en geen zin heeft. Eén wijkverpleegkundige benoemde iets interessants:

*“Ik denk wel dat het interessant moet zijn. Dat je steeds iets toevoegt. Dat wat we al eerder al hadden dat het moeilijker of ingewikkelder maakt.”*

Ook wordt aangegeven dat niet alle vaardigheden hiermee kunnen worden aangeleerd, andere trainingsvormen zoals een skillslab moeten blijven bestaan.

### **Online workshop**

Besparing van reistijd en geld wordt door wijkverpleegkundigen bij een online workshop gezien als een groot voordeel en als voorwaarde. Ze bezien deze trainingsvorm als een soort online

hoorcollege. Eventuele filmpjes die valkuilen laten zien worden als leerzaam ervaren. Ook wordt aangegeven dat zo'n online hoorcollege kan worden gebruikt als naslagwerk. Verder wordt het geen vragen kunnen stellen ervaren als een gemis. Echter moet volgens hen de opnamekwaliteit voldoende zijn en moet de docent enthousiasme uitstralen en er feeling voor hebben.

### **Blended learning**

Wijkverpleegkundigen geven aan het prettig te vinden eerst de theorie te krijgen alvorens de praktijk. Hierdoor kunnen ze voorbereid naar een praktijkbijeenkomst komen.

*“Maar wel het stukje beslagen ten ijs komen. Je even voorbereiden euhm en weten waar je het over hebt voordat je euhm dingen gaat roepen zeg maar.”*

Tijdens zo'n praktijkbijeenkomst vinden wijkverpleegkundigen het fijn om de nieuwste spullen vast te hebben, vooral wanneer het iets is wat niet vaak voorkomt. Daarentegen geven ze aan dat bij deze trainingsvorm niet kan worden gecontroleerd of iemand daadwerkelijk het online gedeelte zelf heeft gemaakt. Ook zijn er thuis meerdere factoren die afleidend kunnen zijn. Verder wordt opgemerkt dat deze trainingsvorm niet voor alle niveaus in de zorg geschikt is. Deelnemers van zo'n trainingsvorm moeten volgens wijkverpleegkundigen voldoende computervaardigheden hebben en om kunnen gaan met vrijblijvendheid.

#### **3.3.1 Praktische aspecten**

Wijkverpleegkundigen geven de voorkeur aan een groepsgrootte van maximaal 10 – 12 die uiteen kan gaan in kleinere groepen van 4-6 mensen. Een training moet volgens hen maximaal 2 – 3 uur duren. Deze training hebben de meesten het liefst in de ochtend omdat ze dan nog fris zijn. Sommigen hebben liever in de middag omdat de ochtenden en avonden voor hen druk zijn. Ook willen ze het liefst meerdere terugkomdagen zodat er tussentijds in de praktijk geoefend kan worden.

Wijkverpleegkundigen vinden dat een training die verplicht is en/of ten goede komt van je functie vergoed moet worden door de organisatie. Hierdoor laat de organisatie het belang van de training zien. Deze vergoeding kan bijvoorbeeld door de training in werktijd uit te voeren of een gedeelte van de eigen tijd van de werknemer financieel te vergoeden. Echter vinden wijkverpleegkundigen dat het de eigen verantwoordelijkheid is om je deskundigheid op pijl te houden.

De hoeveelheid tijd en werk wat wijkverpleegkundigen thuis aan een training willen besteden verschilt. Eén verpleegkundige vind het erbij horen. Een andere geeft aan één uur per maand thuis te willen besteden aan een training. Weer een ander doet liever niks thuis maar alles op het werk.

*“... ik zou het eigenlijk gewoon in mijn werk tijd willen doen of gewoon overdag. Omdat je zeker als je bijna full time werkt en je moet dat 's avonds ook nog erbij gaan doen. Dan ben je altijd maar met je werk bezig. En dan denk je van ohhhw ik moet eigenlijk ook nog dit doen 's avonds en daar heb ik gewoon geen zin meer in.”*

Wijkverpleegkundigen vinden het belangrijk dat een training nuttig is hierdoor kunnen ze andere overtuigen van het belang ervan.

*“... en dan kan je ook mensen overtuigen die daar ook voor jou iets in moeten investeren dat je ze makkelijker meekrijgt. Van oh ja dat is echt nuttig, geen weg gegooid geldt bijvoorbeeld.”*

Ook moet een training op het juiste niveau aangeboden worden benadrukt een wijkverpleegkundige. Ze geeft aan dat ze weerstand gaat bieden wanneer een training ondermaats is.

*“... je moet mij ook niet gaan behandelen als een klein kind en stap voor stap aan de hand mee nemen net of ik dom ben en het zelf niet kan.”*

Wijkverpleegkundigen vinden het belangrijk feedback te kunnen krijgen. Door wie deze feedback gegeven moet worden verschilt. Sommige willen graag feedback van de cliënt, anderen van collega's en weer andere van de docent of een combinatie hiervan.

*“... zeker collega's, patiënt hè van alles. Daar groei je alleen maar door.”*

Voor sommige wijkverpleegkundigen is het behalen van accreditatiepunten voor in het V&VN kwaliteitsregister een extra stimulans om een scholing te gaan volgen. Het doen van een training met gelijkgestemden die allemaal hetzelfde willen leren en gemotiveerd zijn stimuleert ook deelname.

*“... krijg je puntjes voor. Ik denk nou ja het klinkt misschien gek maar dan wordt je der ook in beloond... Maar dat is wel leuk want dan zit daar tenminste die beloning aan.”*

### 3.4 WAT VINDEN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN EEN GESCHIKTE TRAININGSVORM VOOR HET EIGEN MAKEN VAN GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING?

Deze paragraaf geeft weer wat wijkverpleegkundigen een geschikte trainingsvorm vinden voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming.

Veel wijkverpleegkundigen geven de voorkeur aan het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming door blended learning. Over de inrichting van blended learning zijn de meningen verdeeld. Een genoemde combinatie is eerst theorie op de computer, daarna een deel waarin geoefend wordt doormiddel van rollenspelen en als afsluiting intervisie. Een ander voorbeeld is de theorie en een toets via eLearning en vervolgens klassikale terugkoppeling. Of eerst eLearning voor de theorie en rollenspel voor de vaardigheden.

eLearning word door de meeste wijkverpleegkundigen gezien als ondersteuning maar niet als volwaardige training. Met eLearning kan volgens hen alleen theoretisch geleerd worden hoe gezamenlijke besluitvorming moet, maar niet geoefend. Eén wijkverpleegkundige vind eLearning helemaal niet bruikbaar voor dit onderwerp.

*“... als het gaat over gezamenlijke besluitvorming dan is het kennis en een mind set maar ook bepaalde vaardigheden dus vaardigheden moet je oefenen op de een of andere manier. Dus je bent er niet alleen met een eLearning.”*

Een aantal wijkverpleegkundigen zien serious gaming als een goed onderdeel van een training voor gezamenlijke besluitvorming. Ze vinden dat gezamenlijke besluitvorming naast online ook in de praktijk geoefend moet worden. Een geopperde combinatie was eerst een serious game, daarna een rollenspel en als laatste een simulatie. Een voordeel van serious gaming is volgens wijkverpleegkundigen dat het de droge stof wat leuker en interactiever maakt.

*“.. ik denk dat je daar best iets mee kunt met gezamenlijke besluitvorming doordat je daar verschillende dingen kunt aanklikken van. Als ik zo reageer wat gebeurd er dan. Dus ik denk dat je daar best iets mee kunt, van kan leren. Maar of het nou de volledige basis is dat denk ik niet.”*

Rollenspellen worden ook gezien als passende methode voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming gaat namelijk over communicatie, dat is goed te oefenen in een rollenspel vinden ze. De meeste wijkverpleegkundigen willen het liefst rollenspellen

doen met professionele acteurs. Zo gaven ze aan dat rollenspellen met collega's onderling minder realistisch is omdat ze dan meegaander zijn.

*“Ik zal heel heel eerlijk zeggen die professionele acteurs die daarvoor zijn dat was wel echt heel mooi hoor. Maar goed daar zit wel een prijskaartje aan.”*

Sommige wijkverpleegkundigen gaven aan dat andere trainingsvormen ook geschikt kunnen zijn.

*“Ja, want dat is zorgplantoetsing en dan ga je kijken van zit dit er in zit dit er in. Dus dan doen we elkaar natuurlijk auditten zeg maar.” “Ja, ze doen ook weleens mappen bekijken.” “En dat vind jij een interessante en leerzame manier van?” “Voor mij wel.” “Vind ik ook.”*

*“Ja, daarin is ook wel ja jullie kennen wel het moreel beraad. Maar intervisie heeft daar natuurlijk ook een stukje onder zich. Want soms denk je dit is mijn probleem maar eigenlijk komt dat door iets hoe je je beroepshouding of hoe je als mens in je werk staat dus daarom denk ik dat dat juist bij dit zo belangrijk is.”*

## Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

### DISCUSSIE

In deze paragraaf wordt teruggeblikt op de sterke en zwakke punten in het onderzoek. Ook worden resultaten hier geïnterpreteerd.

De onderzoekers hebben nooit eerder focusgroepen gebruikt als kwalitatieve dataverzamelmethode. Ondanks het vooraf observeren van een focusgroep, het bestuderen van het studieboek van Evers (2015) en nauwkeurigheid tijdens de focusgroepen kan het zijn dat de onderzoekers de interviewtechnieken niet optimaal beheersten. De focusgroeptranscripten zijn verdeeld en daarna individueel gecodeerd en vervolgens gecheckt door de mede-onderzoeker. De mede-onderzoeker ging uit van de al bestaande codes waardoor er hierover geen overeenstemming is bereikt. Verder werden de begrippen simulatie en rollenspel tijdens de focusgroepen door elkaar gebruikt. Dit bemoeilijkte het coderen en analyseren.

De eerste focusgroep is niet volgens het draaiboek uitgevoerd in verband met andere afspraken van wijkverpleegkundigen. Voor betere resultaten en ter voorkoming van systematische fouten hebben de onderzoekers hierna besloten om deel B van het draaiboek aan te passen (Boeije, 2014). Dit heeft de herhaalbaarheid verhoogd (Boeije, 2014). De 2e en 3e focusgroep zijn op eenzelfde manier uitgevoerd.

Er heeft selectiebias plaatsgevonden in 1 focusgroep omdat alle wijkverpleegkundigen binnen die organisatie betrokken waren bij een speciale eHealth-groep (Verhoeven 2014). Daarentegen hebben er nog twee focusgroepen plaatsgevonden waarbij dit niet het geval was.

Tijdens het interview verwees de expert naar haar proefschrift. Deze is voor de volledigheid van de resultaten geraadpleegd, dit versterkt het onderzoek.

Een onderdeel van de focusgroep was het operationaliseren van het begrip gezamenlijke besluitvorming. Wijkverpleegkundigen gaven hier in elke focusgroep een andere betekenis aan. In hun definities lag de nadruk naast de cliënt ook op het besluitvormingsproces binnen hun team. Dit in tegenstelling tot de definitie van gezamenlijke besluitvorming beschreven in de inleiding van deze rapportage (Pel-Littel & Veenendaal, 2015). Om deze reden opperden ze intervisie en moreel beraad als mogelijke trainingsvormen. Deze trainingsvormen kunnen worden ingezet om in een terugkoppelingsbijeenkomst te reflecteren op een casus uit de praktijk. Het verschil in definitie kan invloed hebben op de motivatie om een training te volgen.

Zorgplantoetsing is ook een mogelijke trainingsvorm. Het onderzoeken van zorgplannen kan een bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van de toepassing van gezamenlijke besluitvorming. Het voeren van gesprekken met cliënten, naasten en professionals kan inzicht geven in hun wensen en ervaringen betreffende het zorgplan (Zorginstituut Nederland. z.d.).

Wijkverpleegkundigen geven aan dat rollenspellen ervoor zorgen dat ze verkrampen, zich anders dan normaal gedragen tijdens een rollenspel of er zelfs een hekel aan hebben. Dit is in overeenstemming met de literatuur waarin wordt vermeld dat veel mensen rollenspellen niet zien zitten (Pauwels, 2013; De Galan, 2015). Opvallend genoeg vinden wijkverpleegkundigen rollenspellen met een professionele acteur een geschikte trainingsvorm voor gezamenlijke besluitvorming.

## CONCLUSIE

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: Welke vorm zou een training voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth volgens wijkverpleegkundigen moeten hebben?

Uit dit onderzoek is gebleken dat blended learning volgens wijkverpleegkundigen het meest geschikt is om gezamenlijke besluitvorming eigen te maken bij het inzetten van eHealth. Hierin wordt een combinatie van theorie en praktijk middels verschillende trainingvormen wordt aangeboden.

De training moet beginnen met theorie middels eLearning. Hierdoor kan de theorie zelfstandig, op eigen tempo en in de eigen omgeving worden voorbereid. Een filmpje met valkuilen tijdens gezamenlijke besluitvorming moet een plaats krijgen in de eLearning.

Na de eLearning moet de kennis worden toegepast in een praktisch gedeelte van de training. Dit kan worden gedaan met een serious game. Middels rollenspellen met een professional worden vaardigheden en attitude geoefend. Tijdens rollenspellen wordt feedback gegeven door docenten en collega's.

Om bevoegd en bekwaam te worden moet het geleerde hierna in het werkveld worden toegepast. Hiervoor krijgen de wijkverpleegkundigen de opdracht om cliënten feedback te vragen. Vervolgens wordt in een terugkoppelingsbijeenkomst casussen vanuit de praktijk besproken.

Een training bestaat uit meerdere dagen, mag maximaal 2-3 uur duren en moet het liefst in de ochtend gepland worden. Hierbij is een groepsgrootte van 10-12 het meest geschikt. Een vergoeding in de vorm van geld of uren is gewenst. Ook zorgt een geaccrediteerde training voor een extra stimulans. Er is geen eenduidige conclusie te trekken over de hoeveelheid tijd die wijkverpleegkundigen aan de voorbereiding willen besteden.

## Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen voor een concept trainingsopzet voor het project eHealth in de wijk.

### 5.1 AANBEVELING 1

In Bijlage 4 is een trainingsopzet te vinden in de vorm van een diagram. In deze diagram is weergegeven dat de trainingsvorm blended learning bestaat uit een theoretisch en praktisch deel en voorwaarden. Het theoretische deel bestaat uit eLearning en het praktische deel bestaat uit rollenspellen, serious gaming, oefenen in de praktijk en een terugkoppelingsbijeenkomst. In Bijlage 5 is een diagram weergegeven met daarin belangrijke praktische aspecten. In Bijlage 6 staat een tijdlijn waarin de volgorde van de training chronologisch is weergegeven.

### 5.2 AANBEVELING 2

Er is vervolgonderzoek nodig naar de inhoud van de training nu de vorm bekend is. Bij dit onderzoek moeten wijkverpleegkundigen betrokken worden om zo een training op maat te ontwikkelen. Ook moet hierbij een expert op het gebied van onderwijs en training geraadpleegd worden voor professioneel advies.

### 5.3 AANBEVELING 3

Ten slotte is nader onderzoek nodig naar de effectiviteit van zorgplantoetsing als leer methode voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming over het inzetten van eHealth.



## Bronvermelding

Actiz, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Venvn (z.d.) *HBO-V in de ouderenzorg – Daar zit meer achter*. Geraadpleegd op 6 december 2017, van <http://www.daarzitmeerachter.nl/experience>

Actiz. (2016 11 juli). *Campagne 'HBO-V in de ouderenzorg – Daar zit meer achter' voortgezet*. Geraadpleegd op 3 december 2017, van <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2016/07/campagne-hbo-v-in-de-ouderenzorg-daar-zit-meer-achter-voortgezet>

Alpay, L., Verhoef, J., & Van Wely, L. (2015). *E-Health voor zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning: in de verpleegkundige praktijk*. Geraadpleegd op 18 september 2017, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12468-015-0023-4.pdf>

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Baarda: Noordhoff Uitgevers

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma

Bulle-Smid, L., van der Cingel, M., Holterman, S., Keuning, W. & Prins, H. (2017). *Verpleegkundige besluitvorming over eHealth in de wijk. Onderzoeksrapport Fase 1 (D1 en D4)*. Lectoraat ICT-innovaties in de zorg. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Child healthcare solutions. (z.d.). *Het medische kindzorgsysteem*. Geraadpleegd op 28 november 2017, van <http://medischkindzorgsysteem.nl/nl/inschrijven>

Courtney, KL., Demiris, G. & Alexander, GL. (2005). *Information technology: changing nursing processes at the point-of-care*. Geraadpleegd op 18 september 2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260995>

Dankbaar, M.E.W. (2009). *De effectiviteit van e-learning en de implementatie in het medisch onderwijs*. Geraadpleegd op: 27 december 2017, van <https://link.springer-com.windesheim.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2FBF03081798.pdf>

De Galan, K. (2015). *Zo werken rollenspellen echt!: Trainen met de methode van Karin de Galan*. Zaltbommel: Schouten & Nelissen.

Doolaar, A., Mollema, J., Kuijten, A., Schouwenaar, E., Tijmstra, R., Tummers, M., Wicherson, R., Wijnroks, A., & Willems, P. (2017). *De APA-richtlijnen uitgelegd: Een praktische handleiding voor bronvermelding in het hoger onderwijs*. Geraadpleegd op 13 november 2017, van <https://www.auteursrechten.nl/apa-richtlijnen>

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012, 23 mei). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. Geraadpleegd op 29 september, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.windesheim.idm.oclc.org/pubmed/?term=Shared+Decision+Making%3A+A+Model+for+Clinical+Practice>

Ensie. (2010, 24 oktober). *Competentie*. Geraadpleegd op 14 januari 2018, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/competentie>

Evers, J. C. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Felton, A., & Wright, N. (2017). *Simulation in mental health nurse education: The development, implementation and evaluation of an educational innovation*. 26, 46-52. Geraadpleegd op 11 november 2017, van <http://www.sciencedirect.com.windesheim.idm.oclc.org/science/article/pii/S1471595317303803?via%3Dihub>

Groen – van de Ven, L. (2017a). *Trainingshandleiding Gezamenlijke Besluitvorming in complexe situaties: Training voor professionals in zorg en welzijn*. Zwolle, Windesheim

Groen- van de Ven, L. (2017b). *Shared decision-making in dementia care networks: beyond verbal deliberation* (Proefschrift). Radboud Universiteit, Nijmegen.

Groen-Van de Ven, L., Jukema, J. S., De Lange, J., Coppoolse, K., Span M. & Smits C. (2017d). Beslissen als samenspel: gezamenlijke besluitvorming over dementie. Geraadpleegd op 15 oktober 2017, van <https://link-springer-com.windesheim.idm.oclc.org/article/10.1007/s12428-017-0012->

Hesselink, J. (2011) Zo maak je een verpleegplan. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Higmore Sims, N. (2007). *Workshops: De complete handleiding voor geweldige workshops*. Amsterdam: Pearson Education Benelux

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e-health/overheid-stimuleert-e-health>

Huijsman, R., Jansen, G., & Bolle, F. (2017). *Expertisegebied dementieverpleegkundige*. Geraadpleegd op 23 november 2017, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema%27s/Beroepsprofiel/Expertisegebied%20dementieverpleegkundige.pdf>

Jansen, G. J. & Jansen, W. S. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties: een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen*. (8e druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Jansen, W.S., & Jansen, G.J. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties: Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen* (8<sup>e</sup> druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhof

Janssen, R., & Hettinga, M. (2015). EHealth in de wijk: Ondersteuning voor de wijkverpleegkundige bij het indiceren van eHealth. Geraadpleegd op 8 september 2017.

Kessels, J., & Poell, R. (2011). *Handboek human resource development* (2e druk). doi:10.1007/978-90-313-8565-2.

Kiviniemi, M. T. (2014). *Effects of a blended learning approach on student outcomes in a graduate-level public health course*. Geraadpleegd op 2 december 2017, van <https://link-springer-com.windesheim.idm.oclc.org/content/pdf/10.1186%2F1472-6920-14-47.pdf>

Koivisto, J., Niemi, H., Multisilta, J., & Eriksson, E. (2015). *Nursing students' experiential learning processes using an online 3D simulation game*. Geraadpleegd op 21 november 2017, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s10639-015-9453-x>

Krijgsman, J., & Wolterink, G. K. (2012). *Ordering in de wereld van eHealth*. Geraadpleegd op: 6 december 2017, van <https://www.nictiz.nl/publicaties/whitepapers/ordering-in-de-wereld-van-ehealth1>

Lejonqvist, G.B., Eriksson, K. & Meretoja, R. (2016). *Evidence of clinical competence by simulation, a hermeneutical observational study*. Geraadpleegd op 11 november 2017, van [https://ac-els-cdn-com.windesheim.idm.oclc.org/S0260691715005171/1-s2.0-S0260691715005171-main.pdf?\\_tid=247348d8-c71e-11e7-bae1-00000aab0f26&acdnat=1510431973\\_28de45328ed5a172049a2bd63e3f445](https://ac-els-cdn-com.windesheim.idm.oclc.org/S0260691715005171/1-s2.0-S0260691715005171-main.pdf?_tid=247348d8-c71e-11e7-bae1-00000aab0f26&acdnat=1510431973_28de45328ed5a172049a2bd63e3f445)

Liaw Ying, S., Wong Fun, L., Lim Ping Ya, L., Ang Leng Bee, S., Mujumdar, S., Ho Yin Tze, J., Mordiff Zubaidah, S. & Ang Kim Neo, E. (2016). Effectiveness of a Web-Based Simulation in improving nurses' workplace practice with deteriorating ward patients: A pre- and postintervention Study. Geraadpleegd op 21 November 2017, van <http://www.jmir.org/2016/2/e37/#ref23>

Onderzoeksteam project Beeldcommunicatie in de GGZ. (z.d.). *Beeldbellen in de GGZ: Inspiratie en reflectie voor studenten en zorgverleners in de GGZ*. Geraadpleegd op 28 november, van <http://beeldbellenindeggz.nl>

Pauwels, C., (2013). *Belevend leren: improvisatie, drama en rollenspel in opleiding, training en coaching*. Gent: Acade4mia Press

Pel-Littel, R., & Van Veenendaal, H. (2015) Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*, 611-621 DOI: 10.1007/s12414-015-0074-5

Reis, P.J., Faser, K. & Davis, M. (2015). *A Framework for Web Based Interprofessional Education for Midwifery and Medical Students*. Geraadpleegd op 11 november 2017, van <http://onlinelibrary.wiley.com.windesheim.idm.oclc.org/doi/10.1111/jmwh.12331/epdf>

Rijksoverheid. (2011, 14 januari). Kabinet wil concrete rechten opnemen in Beginselenwet zorg. Geraadpleegd op 11 oktober 2017.

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2011/01/14/kabinet-wil-concrete-rechten-opnemen-in-beginselenwet-zorg>

Rijksoverheid. (z.d.-a). *Beleidsagenda VWS 2018: Innovatie*. Geraadpleegd op 4 december 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/beleidsagenda-vws/beleidsagenda-vws-2018-innovatie>

Rijksoverheid. (z.d.-b). *Stimuleren gebruik e-health*. Geraadpleegd op 4 december 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e-health/overheid-stimuleert-e-health>

Te Velde, R., Brennenreadts, R., Kaashoek, B., & Segers, J. (2007). *Serious Games: sectoroverstijgende technologie- en marktverkenning*. Geraadpleegd op 1 Januari 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2007/10/09/serious-games-sectoroverstijgende-technologie-en-marktverkenning/serious-games.pdf> serious games sectoroverstijgende

Timmer, S. (2015). *EHealth in de langdurige zorg*. Houten. Bohn Stafleu van Loghum

Van der Zee, F. (2010). *Methodologie voor onderzoek in de verpleegkunde*. Groningen: BMOOO

Van Dorst, J. & Rosendal, H. (2015). *Vakbekwaam indiceren: Een handreiking voor wijkverpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Veenendaal, H., Voogdt-Pruis h., & Raats, I. (2014). Tijdschrift voor praktijkondersteuning, 3, 90-95. geraadpleegd op 23 november 2017, van <https://link.springer-com.windesheim.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12503-015-0046-3.pdf>

Venvn, (2015, 10 september) Zet je cliënt in zijn kracht. Geraadpleegd op: 11 oktober 2017, van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/613408/Zet-je-client-in-zijn-kracht>

Venvn, (2016a). *V&VN waarschuwt voor groeiend tekort hoogopgeleide verpleegkundigen*. Geraadpleegd op: 2 januari 2018, van <https://www.venvn.nl/artikelen/id/1222777/vvn-waarschuwt-voor-groeiend-tekort-hoogopgeleide-verpleegkundigen>

Venvn. (2016b, 13 juli). *Campagne 'Daar zit meer achter' gaat door*. Geraadpleegd op 3 december 2017, van <https://www.venvn.nl/berichten/id/1611805/campagne-daar-zit-meer-achter-gaat-door>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken*. (5e druk). Amsterdam: Boom.

Vilans (2013) Factsheet gezamenlijke besluitvorming: in de langdurige zorg. Geraadpleegd op 7 november 2017,

[http://www.vilans.nl/docs/KCZ/Factsheet\\_Gezamenlijke\\_Besluitvorming\\_Vilans.pdf](http://www.vilans.nl/docs/KCZ/Factsheet_Gezamenlijke_Besluitvorming_Vilans.pdf)

Wagenaar, S., & Hulsebosch, J. (2013) *En nu online... Sociale media voor professionals, organisaties en trainers* (2e herziene druk). doi: 10.1007/978-90-313-9746-4

Yoo, I.Y. & Lee, Y.M (2015) *The effects of mobile applications in cardiopulmonary assessment education*. Geraadpleegd op 12 november 2017, van [https://ac-els-cdn-com.windesheim.idm.oclc.org/S0260691714003979/1-s2.0-S0260691714003979-main.pdf?\\_tid=b2815c06-c79a-11e7-ae6a-00000aacb35e&acdnat=1510485469\\_f4998477c89a7b8c72729c197f8f0c40](https://ac-els-cdn-com.windesheim.idm.oclc.org/S0260691714003979/1-s2.0-S0260691714003979-main.pdf?_tid=b2815c06-c79a-11e7-ae6a-00000aacb35e&acdnat=1510485469_f4998477c89a7b8c72729c197f8f0c40)

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Zorgplantoetsing Langdurige Zorg: Versterking cliëntpositie*. Geraadpleegd op 14 Januari 2018, van <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/zorgplantoetsing-langdurige-zorg/Paginas/Home.aspx>

Zorgverzekeraars Nederland, (2014, juni). *Inkoopgids wijkverpleging 2015*. Geraadpleegd op 14 september 2017, van <http://www.invoorzorg.nl>

## Bijlage 1: Uitnodiging focusgroepen

In deze bijlage staat de standaard uitnodiging voor de focusgroepen die is verstuurd voor het werven van de wijkverpleegkundigen. Deze is afhankelijk van geplande focusgroep specifiek gemaakt.

### Hallo wijkverpleegkundige,

Zou je met jouw kennis en ervaring graag een bijdrage willen leveren aan het werkveld van wijkverpleegkundigen? Lees dan snel verder!

### Focusgroepen

In een focusgroep ga jij samen met andere wijkverpleegkundigen in gesprek over wat volgens jou geschikte trainingsvormen zijn voor het ondersteunen van verpleegkundige competenties.

### Wie zijn wij?

Reensina en Thessa, 4e jaars HBO-V studenten die bezig zijn met een onderzoeksstage bij het Lectoraat ICT-innovaties in de zorg te Windesheim voor het project eHealth in de wijk. In het project eHealth in de wijk wordt onderzoek gedaan naar hoe wijkverpleegkundigen in staat kunnen worden gesteld om autonoom en doelmatig eHealth-gebaseerde zorg in te zetten.

### Wie ben jij?

Een wijkverpleegkundige die op dit moment werkzaam is in de thuiszorg en indiceert.

### Waar en wanneer?

Aan de hand van de aanmeldingen worden de locaties van de focusgroepen bepaald. Om de reistijd te beperken proberen we om focusgroepen te vormen met wijkverpleegkundigen uit dezelfde regio. In de tabel hieronder zijn de dagen groen gemarkeerd waarop de focusgroepen zouden plaats vinden. Een focusgroep duurt maximaal 1,5 uur.

November 2017							
Nr.	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
44			1	2	3	4	5
45	6	7	8	9	10	11	12
46	13	14	15	16	17	18	19
47	20	21	22	23	24	25	26
48	27	28	29	30			

### Wat levert het op?

Jouw mening levert belangrijke informatie op dat gebruikt kan worden om wijkverpleegkundigen te ondersteunen. Ook wordt je up-to-date gehouden over nieuwe ontwikkelingen in het project eHealth in de wijk.

### Spreekt dit onderzoek jou aan? En zou je graag met ons mee willen denken?

**Meld je dan nu aan!** (Aanmelden kan t/m vrijdag 17 november)

Vermeld bij de aanmelding:

De organisatie waarbij je werkzaam bent en de regio

Je woonplaats indien deze afwijkt van de regio waar je werkt

Jouw beschikbare datums en dagdeel

Telefoonnummer

✉ [onderzoekfocusgroep@outlook.com](mailto:onderzoekfocusgroep@outlook.com) (let op: reactie op je mail kan in de ongewenste mailbox komen)

☎ 06-25184366 / 06-25482437

Als je meer wilt weten over het project eHealth in de wijk klik dan op de link:

<https://www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoeksthemas/gezondheid-en-welzijn/ict-innovaties-in-de-zorg/onderzoeksprojecten/ehealth-in-de-wijk/>

## Bijlage 2: Draaiboek Focusgroep

In deze bijlage staat de eerste versie van het draaiboek voor de focusgroepen die is gebruikt voor de eerste focusgroep. Daarna volgt de tweede versie deze is gebruikt voor de laatste twee focusgroepen.

### Eerste versie van het draaiboek:

#### Welkom! (10 min) (deel A)

Bedankt voor jullie komst!

Wij zijn Thessa en Reensina 4e jaars HBO-V studenten op het Windesheim in Zwolle.

Deze focusgroep is onderdeel van een onderzoeksopdracht die wij doen voor het project eHealth in de wijk bij het Lectoraat ICT-innovaties in de zorg. Tool, training en inbedding verpleegkunde onderwijs.

Tijdens deze focusgroepsbijeenkomst gaan jullie met elkaar in gesprek over welke trainingsvormen het meest geschikt zijn om wijkverpleegkundigen te ondersteunen. We vinden het fijn dat jullie een bijdrage willen leveren aan dit onderzoek. Het is voor ons belangrijk om de doelgroep mee te nemen in het onderzoek zodat er niet voor maar MET jullie wordt nagedacht.

Nog even wat praktische zaken. Dit de eerste dat we een focus groep doen. Allereerst willen een video en audio opname maken van deze bijeenkomst. Door het op video op te nemen is het voor ons makkelijker om alle informatie te analyseren. *Kwaliteit van opname bij groepsinteracties is beter dan bij audio.* Om de opname kwaliteit hoog te houden zou het fijn als jullie niet door elkaar heen praten en de telefoon op trillen/stil doen. Alle opnames worden anoniem verwerkt. Geven jullie hier toestemming voor? CAMERA AAN DOEN! Alle antwoorden zijn bruikbaar, wij zijn namelijk erg geïnteresseerd in jullie mening en ervaring. En jullie hoeven het niet met elkaar eens te zijn, maar voel je vrij om elkaar open vragen te stellen. Spreek vrijuit, maar geen mening of oordeel over elkaar, geef eigen beleving geen mening/ervaring van anderen.

Voor jullie liggen naambordjes en pennen, hiermee kunnen degenen die het nog niet hebben gedaan een eigen naambordje maken.

Voor ons is het fijn om ook jullie te leren kennen. We gaan met de klok mee, zou misschien jou naam en jaren werkervaring als wijkverpleegkundige kunnen benoemen.

Hebben jullie nu al vragen voor ons? Voel je vrij om ook tussendoor vragen te stellen.

#### Pitch (deel B)

- Pitch over wat de literatuur zegt over 6 trainingsvormen: **Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?**
  - Simulatie  
Wat: Bij simulatie wordt er een situatie gecreëerd die zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid zit om de ontwikkeling van vaardigheden te vergemakkelijken.  
Leren: Vaardigheden als probleemoplossend denken, klinisch redeneren, besluitvorming en samenwerken worden ontwikkeld in deze trainingsvorm.  
Voorbeeld: Victoria full pregnancy birth simulator (<http://www.gaumard.com/s2200-victoria-childbirth-simulator>)
  - ELearning  
Wat: waarschijnlijk bekend voor en nadelen relevanter om te benoemen  
Voor- nadelen: Een groot voordeel van eLearning is dat het altijd en overal te gebruiken is. Het vergt namelijk zelfstandigheid van de zorgprofessional.  
Voorbeeld: Learning by Ivy
  - Rollenspel

Wat: "Rollenspel is een werkvorm die een nagebootste werkelijkheid in beeld brengt. Bij het hanteren van deze werkvorm gaan mensen in bepaalde rollen, die relevant zijn voor het thema waarrond men werkt"

Leren: Het gaat bijvoorbeeld om trainen van vaardigheden en attitudes.

- Serious Gaming

Wat: Spellen worden traditioneel gespeeld ter ontspanning en vermaak. Serious games voegen een extra dimensie aan het spel toe, namelijk een pedagogische factor. Het doel is om kennis of vaardigheden over te dragen.

Leren: Zorgprofessionals kunnen met Serious gaming oefenen met ander gedrag en vaardigheden in een veilige omgeving.

Voorbeeld: HBO-V in de ouderenzorg – Daar zit meer achter

- Online Workshop

Wat: Online workshops zijn workshops die via een online middel verlopen.

Leren: De werkvormen die in face-to-face workshop worden ingezet kunnen in de meeste gevallen worden aangepast naar een digitale vorm.

- Blended Learning

Wat: Blended learning betekent dat sommige onderdelen van de training klassikaal worden gegeven en dat andere onderdelen online beschikbaar zijn. Het is een combinatie van online en face-to-face onderdelen wat samen één training omvat  
Voor- nadelen: en onderzoek naar het verschil tussen klassikaal leren of doormiddel van blended learning toonde aan dat door blended learning de leerprestaties hoger waren.

Voorbeeld: GB> Rollenspellen, kennisclips, theorie, casussen

- **Zijn jullie hier bekend met deze trainingsvormen? Wat vinden jullie van de trainingsvormen?**

### **Gezamenlijke besluitvorming (deel C)**

- Begripsvaliditeit: Wat is volgens jou gezamenlijke besluitvorming? Waar denk je aan? (wij maken een web) (10 min)

- Kaartje Leontine laten zien

- Definitie Leontine

*Gezamenlijke besluitvorming is een methode om samen met cliënten te komen tot beslissingen die passen bij iemand leven. Dit doe je door cliënten te betrekken in de besluitvorming. In complexe situaties hebben naast hierin ook een belangrijke rol. Soms hebben zij een eigen belangen bij het te nemen besluit en moeten de voorkeuren afgestemd zijn op die van de cliënt en diens naasten. Gezamenlijke besluitvorming bestaat uit een aantal stappen. Bij iedere stap zijn aandachtspunten (oranje kant).*

- Wat vind je hiervan? Herken je dit? Wat je valt je op? Doe jij het ook zo of doe je het anders? Hoe doe jij het dan?

- Wat vinden wijkverpleegkundigen een geschikte trainingsvorm voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming? Op post-its een top 3. Jullie mogen hierbij ook trainingsvormen combineren of zelf met andere trainingsvormen komen. Hierna mag je het zelf opplakken 😊. (15 min)

### **Praktische zaken (deel D)**

- Bespreken praktische zaken van een training: (10 min)

- Welke groeps grootte lijkt jullie geschikt in de training?

- Wat vinden jullie een goede tijdsduur (uren/dag/dagdelen) van de training?

- Wat voor moment? Ochtend, middag of avond

- Training in eigen tijd of tijd van de baas?

- Zouden jullie de mogelijkheid willen hebben om thuis het een en ander te kunnen/moeten doen voor de training?

### **Reflecteren (deel E)**

- Wil je op de hoogte worden gehouden van het project? Schrijf dan je naam en e-mailadres op de lijst.
- Feedback voor ons: Een A7 formaat kaartje (of papiertje) + doos > Wijkverpleegkundigen schrijven feedback op (Hiervoor verdien je een pluimpje + Hierin kan jij je nog verder ontwikkelen). (5min)
- Bedankje: Een A7 formaat kaartje > Tekst = Bedankt + (iets pakkends wat te maken heeft met het project)

Totaal: 80 minuten gepland + 10 minuten uitloop= 90 minuten

### **Tweede versie van het draaiboek:**

Draaiboek:

#### **Welkom! (10 min) (deel A)**

Bedankt voor jullie komst!

Wij zijn Thessa en Reensina 4e jaars HBO-V studenten op het Windesheim in Zwolle.

Deze focusgroep is onderdeel van een onderzoeksopdracht die wij doen voor het project eHealth in de wijk bij het Lectoraat ICT-innovaties in de zorg. Tool, training en inbedding verpleegkunde onderwijs.

Tijdens deze focusgroepsbijeenkomst gaan jullie met elkaar in gesprek over welke trainingsvormen het meest geschikt zijn om wijkverpleegkundigen te ondersteunen. We vinden het fijn dat jullie een bijdrage willen leveren aan dit onderzoek. Het is voor ons belangrijk om de doelgroep mee te nemen in het onderzoek zodat er niet voor maar MET jullie wordt nagedacht.

Nog even wat praktische zaken. Dit is de eerste dat we een focus groep doen. Allereerst willen een video en audio opname maken van deze bijeenkomst. Door het op video op te nemen is het voor ons makkelijker om alle informatie te analyseren. *Kwaliteit van opname bij groepsinteracties is beter dan bij audio.* Om de opname kwaliteit hoog te houden zou het fijn als jullie niet door elkaar heen praten en de telefoon op trillen/stil doen. Alle opnames worden anoniem verwerkt. Geven jullie hier toestemming voor? CAMERA AAN DOEN! Alle antwoorden zijn bruikbaar, wij zijn namelijk erg geïnteresseerd in jullie mening en ervaring. En jullie hoeven het niet met elkaar eens te zijn, maar voel je vrij om elkaar open vragen te stellen. Spreek vrijuit, maar geen mening of oordeel over elkaar, geef eigen beleving geen mening/ervaring van anderen.

Voor jullie liggen naambordjes en pennen, hiermee kunnen degenen die het nog niet hebben gedaan een eigen naambordje maken.

Voor ons is het fijn om ook jullie te leren kennen. We gaan met de klok mee, zou misschien jou naam en jaren werkervaring als wijkverpleegkundige kunnen benoemen.

Hebben jullie nu al vragen voor ons? Voel je vrij om ook tussendoor vragen te stellen.

#### **Pitch (deel B)**

- Pitch over wat de literatuur zegt over 6 trainingsvormen: **Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?**
  - Simulatie
    - Vraag: Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?
    - Eventueel toelichten/aanvullen met gevonden literatuur:
    - Wat: Bij simulatie wordt er een situatie gecreëerd die zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid zit om de ontwikkeling van vaardigheden te vergemakkelijken.



Leren: Vaardigheden als probleemoplossend denken, klinisch redeneren, besluitvorming en samenwerken worden ontwikkeld in deze trainingsvorm.

Voorbeeld: Victoria full pregnancy birth simulator (<http://www.gaumard.com/s2200-victoria-childbirth-simulator>)

- ELearning
  - Vraag: Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?Eventueel toelichten/aanvullen met gevonden literatuur:
  - Wat: waarschijnlijk bekend voor en nadelen relevanter om te benoemen
  - Voor- nadelen: Een groot voordeel van eLearning is dat het altijd en overal te gebruiken is. Het vergt namelijk zelfstandigheid van de zorgprofessional.
  - Voorbeeld: Learning by Ivy
- Rollenspel
  - Vraag: Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?Eventueel toelichten/aanvullen met gevonden literatuur:

Wat: "Rollenspel is een werkvorm die een nagebootste werkelijkheid in beeld brengt. Bij het hanteren van deze werkvorm gaan mensen in bepaalde rollen, die relevant zijn voor het thema waarrond men werkt"

Leren: Het gaat bijvoorbeeld om trainen van vaardigheden en attitudes.

- Serious Gaming
  - Vraag: Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?Eventueel toelichten/aanvullen met gevonden literatuur:
  - Wat: Spellen worden traditioneel gespeeld ter ontspanning en vermaak. Serious games voegen een extra dimensie aan het spel toe, namelijk een pedagogische factor. Het doel is om kennis of vaardigheden over te dragen.
  - Leren: Zorgprofessionals kunnen met Serious gaming oefenen met ander gedrag en vaardigheden in een veilige omgeving.
  - Voorbeeld: HBO-V in de ouderenzorg – Daar zit meer achter
- Online Workshop
  - Vraag: Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?Eventueel toelichten/aanvullen met gevonden literatuur:
  - Wat: Online workshops zijn workshops die via een online middel verlopen.
  - Leren: De werkvormen die in face-to-face workshop worden ingezet kunnen in de meeste gevallen worden aangepast naar een digitale vorm.
- Blended Learning
  - Vraag: Zijn jullie hier bekend mee? Wat vinden jullie van de trainingsvorm?Eventueel toelichten/aanvullen met gevonden literatuur:
  - Wat: Blended learning betekend dat sommige onderdelen van de training klassikaal worden gegeven en dat andere onderdelen online beschikbaar zijn. Het is een combinatie van online en face-to-face onderdelen wat samen één training omvat
  - Voor- nadelen: en onderzoek naar het verschil tussen klassikaal leren of doormiddel van blended learning toonde aan dat door blended learning de leerprestaties hoger waren.
  - Voorbeeld: GB> Rollenspellen, kennisclips, theorie, casussen

### **Gezamenlijke besluitvorming (deel C)**

- Begripsvaliditeit: Wat is volgens jou gezamenlijke besluitvorming? Waar denk je aan? (wij maken een web) (10 min)
- Kaartje Leontine laten zien
- Definitie Leontine

*Gezamenlijke besluitvorming is een methode om samen met cliënten te komen tot beslissingen die passen bij iemand leven. Dit doe je door cliënten te betrekken in de besluitvorming. In complexe situaties hebben naasten hierin ook een belangrijke rol. Soms hebben zij een eigen belangen bij het te nemen besluit en moeten de voorkeuren afgestemd zijn op die van de cliënt en diens naasten. Gezamenlijke besluitvorming bestaat uit een aantal stappen. Bij iedere stap zijn aandachtspunten (oranje kant).*

- Wat vind je hiervan? Herken je dit? Wat je valt je op? Doe jij het ook zo of doe je het anders? Hoe doe jij het dan?
- Wat vinden wijkverpleegkundigen een geschikte trainingsvorm voor het eigen maken van gezamenlijke besluitvorming? Op post-its een top 3. Jullie mogen hierbij ook trainingsvormen combineren of zelf met andere trainingsvormen komen. Hierna mag je het zelf opplakken 😊. (15 min)

#### **Praktische zaken (Deel D)**

- Bespreken praktische zaken van een training: (10 min)
  - Welke groepsgrootte lijkt jullie geschikt in de training?
  - Wat vinden jullie een goede tijdsduur (uren/dag/dagdelen) van de training?
  - Wat voor moment? Ochtend, middag of avond
  - Training in eigen tijd of tijd van de baas?
  - Zouden jullie de mogelijkheid willen hebben om thuis het een en ander te kunnen/moeten doen voor de training?

#### **Reflecteren (deel E)**

- Wil je op de hoogte worden gehouden van het project? Schrijf dan je naam en e-mailadres op de lijst.
- Feedback voor ons: Een A7 formaat kaartje (of papiertje) + doos > Wijkverpleegkundigen schrijven feedback op (Hiervoor verdien je een pluimpje + Hierin kan jij je nog verder ontwikkelen). (5min)
- Bedankje: Een A7 formaat kaartje > Tekst = Bedankt + (iets pakkends wat te maken heeft met het project)

Totaal: 80 minuten gepland + 10 minuten uitloop= 90 minuten

## Bijlage 3: Benodigde competenties gezamenlijke besluitvorming

In deze bijlage staan andere benodigde competenties voor gezamenlijke besluitvorming verkregen uit het interview en uit de deskresearch.

### Resultaten uit het interview met de expert

Uit een interview met een expert bleek dat voor gezamenlijke besluitvorming een aantal basis communicatieve vaardigheden nodig zijn. Ook het goed kunnen afstemmen, anticiperen, plannen en goede timing zijn van belang. Zo moet een hulpverlener soms iets in de week leggen.

*“Die leggen dan iets in de week noemen ze dat dan. Hè ik leg iets in de week en dan kijk ik hoe dat opgepakt wordt, en wordt het niet opgepakt dan laat ik het weer even liggen maar ik kom er later wel op terug.”*

Het is ook waardevol om andere naasten, dan de mantelzorger, van de cliënt te betrekken. Kinderen kunnen bijvoorbeeld een heel andere kijk op de zaak hebben, aldus de expert. Verder geeft de expert aan dat er een link ligt tussen gezamenlijke besluitvorming en motiverende gespreksvoering. Sommige technieken van motiverende gespreksvoering, zoals eliciteren, kunnen de stappen van gezamenlijke besluitvorming makkelijker laten verlopen. Volgens de expert kunnen deze twee vormen ook naast elkaar worden gezien. Voor het proces van gedragsverandering kan motiverende gespreksvoering worden ingezet en voor het kiezen tussen opties kan gezamenlijke besluitvorming worden toegepast. Daarnaast is het tijdens dit besluitvormingsproces de taak van de hulpverlener om het perspectief van de minst gehoorde mee te nemen of te versterken. Dit kan middels een één op één gesprek of door te kijken hoe iemand erbij zit en reageert.

De expert gaf aan dat haar onderzoek bijdraagt aan het grotere onderzoeksprogramma 'Gezamenlijke besluitvorming in zorgnetwerken van ouderen met dementie'. Binnen dat onderzoeksprogramma werd ook een competentieprofiel voor professionals ontwikkeld (Groen – van de Ven, 2017b). Dit resulteerde in 6 competenties die nodig zijn om gezamenlijke besluitvorming te kunnen ondersteunen bij mensen met dementie volgens de expert. Deze zijn gebruikt voor de vernieuwing van het expertisegebied dementieverpleegkundige van V&VN (Huijsman, Jansen & Bolle, 2017). Hierin staan 5 competenties beschreven. De eerste competentie is het bewust zijn van de invloed van een zorgprofessional op het beslisproces.

### Deskresearch

Verschillende artikelen benoemen competenties die een zorgprofessional nodig heeft om gezamenlijke besluitvorming in te zetten. Pel-littel en van Veenendaal (2015) beschrijven dat de zorgprofessional ervan overtuigd moet zijn dat gezamenlijke besluitvorming in het belang van de cliënt is. De keuze wordt niet gemaakt door de zorgprofessional maar door de cliënt. Verder moet de zorgprofessional kunnen meedenken, coachen en een open houding hebben. Ook wordt het gebruik van en adviseren over ondersteunende hulpmiddelen bij gezamenlijke besluitvorming als een belangrijke vaardigheid gezien (Vilans, 2013; Van Veenendaal, Voogt-Pruis & Raats, 2014). De zorgprofessional moet kunnen reflecteren om te achterhalen of ze de cliënt daadwerkelijk betrokken heeft in het besluit (Vilans, 2013). Van Veenendaal, Voogdt-Pruis en Raats (2014) benoemen dat tijdens het proces de zorgprofessional extra inspanning moet leveren om de voor- en nadelen en risico's te bespreken. De laatste competentie die Pel-littel en van Veenendaal (2015) benoemen is dat de zorgprofessional de tijd moet nemen de verschillende gespreksfasen te doorlopen, eventueel in meerdere consulten bij complexe beslissingen.

## Bijlage 4: Voorbeelden verschillende trainingsvormen

In deze bijlage zijn enkele voorbeelden genoemd als verduidelijking bij de eerdere genoemde trainingsvormen uit de deskresearch van hoofdstuk 3.2. Voor de bijbehorende vermelding van de bronnen zie Bronvermelding.

### **Simulatie Voorbeeld:**

Er is quasi-experimenteel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een high-fidelity simulator SimMan 3G. Deze werd vergeleken met de app iStethoscope Expert. Deze simulator groep mocht hier 3 uur per week mee oefenen. De groep met de app had onbeperkt toegang tot de app en moesten het wekelijks gebruiken. Uiteindelijk bleek dat de app een efficiënte tool is voor het behoud van kennis en het werd als gebruiksvriendelijker ervaren. Er wordt gesuggereerd dat een combinatie van mobiele applicaties en high-fidelity simulators het meest effectief is (Yoo & Lee, 2015)

### **eLearning voorbeeld 1:**

Learning by Ivy is een eLearningsprogramma ontwikkeld voor professionals die zorg verlenen aan zieke kinderen in en buiten het ziekenhuis. De elearning bestaat uit 4 levels “het medisch kindzorgsysteem”, “verwijsboom zorg buiten het ziekenhuis”, “hulpbehoefte scan medisch kindzorg” en “zorgplan medische kindzorg en beslisboom afsluiten zorgplan medisch kindzorg”. Deze levels zijn allemaal ingedeeld in inleiding, theorie, oefenen en toets (Child healthcare solutions, z.d.). De elearning kan maar op een manier gespeeld worden iedereen moet bijvoorbeeld beginnen bij level 1 met de inleiding. Er is een robot die praat, zo geeft hij in het begin een uitleg over de elearning en bij het onderdeel theorie geeft hij samenvattingen. Verder wordt er gebruik gemaakt van teksten, filmpjes, afbeeldingen en een game. In de game wordt een huisbezoek gesimuleerd. De professional moet aan de hand van een casus een huis van de binnenkant bekijken en beoordelen of deze voldoet om thuis kinderverpleegkundige zorg te verlenen (persoonlijke communicatie, 28 november 2017).

### **eLearning voorbeeld 2:**

De verpleegkundigen werden individueel in een ruimte met een computer gebracht. Ze moesten allemaal een opdracht bestaande uit drie delen maken. Het eerste deel bestond uit het bekijken van geanimeerde video's over vroegsignalering van veranderingen in vitale functies. Het tweede deel was multimedia studiemateriaal over het beoordelen, beheren en rapporteren van patiënten die verslechteren. Dit was gebaseerd op de ABCDE methodiek. Het laatste deel was een virtuele simulatie met vijf verschillende situaties over patiënten die verslechteren. De verpleegkundigen moesten proberen alle scenario's te voleindigen. In elke situatie werden 4 stappen gevolgd. Deze stappen waren op chronologische volgorde passende interventies kiezen, reflecteren op de situatie, terugkijken op de evaluatiechecklist en de verkregen feedback over de gekozen interventies en een korte meerkeuzevragenlijst om de kennis over het desbetreffende onderwerp te toetsen. In totaal duurde een e-RAPIDS 2,5 – 3 uur (Liaw Ying et al., 2016).

### **Serious gaming voorbeeld 1:**

Samenspraak, GGZ bellen in de zorg?

Beeldbeller verhalen is een visual novel of te wel serious game voor zorgverleners in de GGZ. Er zijn zes casussen ontwikkeld gebaseerd op de dagelijkse praktijk. Deze casussen gaan over vragen of dilemma's die zich afspelen bij het inzetten van beeldbellen in de GGZ. Het doel hiervan is het aanmoedigen van reflectie en intervisie. Voordat het spel begint kan er worden gekozen voor een casus. Wanneer er is gekozen verschijnt er als eerst een situatieschets vervolgens start het verhaal. Tijdens het verhaal moet de speler van het spel steeds kiezen tussen bepaalde reacties. Aan het eind

van het verhaal worden er een aantal vragen gesteld over het dilemma of de vraag (Onderzoeksteam project Beeldcommunicatie in de GGZ, z.d.).

### **Serious gaming voorbeeld 2:**

HBO-V in de ouderenzorg – Daar zit meer achter

Deze campagne is een samenwerkingsverband tussen ActiZ, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en V&VN. Met deze campagne werken ze aan een beter en reëler beeld van het werken in de ouderenzorg (Actiz, 2016). In de ontwikkelde experience game staan 3 interactieve verhalen uit de ouderenzorg, serious soaps. Wanneer de game start heeft de speler 3 minuten om erachter te komen wat er precies aan de hand is. Het is de bedoeling dat er goed wordt geluisterd naar de personen en wordt rondgekeken in het huis. Er kan worden gekeken in het dossier van de cliënt en als de speler vast loopt kan er om een hint worden gevraagd. Nadat de tijd is verstreken worden er een aantal vragen gesteld over wat de speler denkt dat er aan de hand is en hoe er gehandeld moet worden (Actiz, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Venvn, z.d.) Uit onderzoek blijkt dat 78% van de docenten dit materiaal wil gaan gebruiken in de lessen (Actiz, 2016). Verder blijkt dat 38% van de studenten aangeeft door deze campagne een positiever en vollediger beeld van de ouderenzorg te hebben gekregen (Venvn, 2016b).

### **Serious gaming voorbeeld 3:**

Virtual Community Clinic Learning Environment (VCCLE)

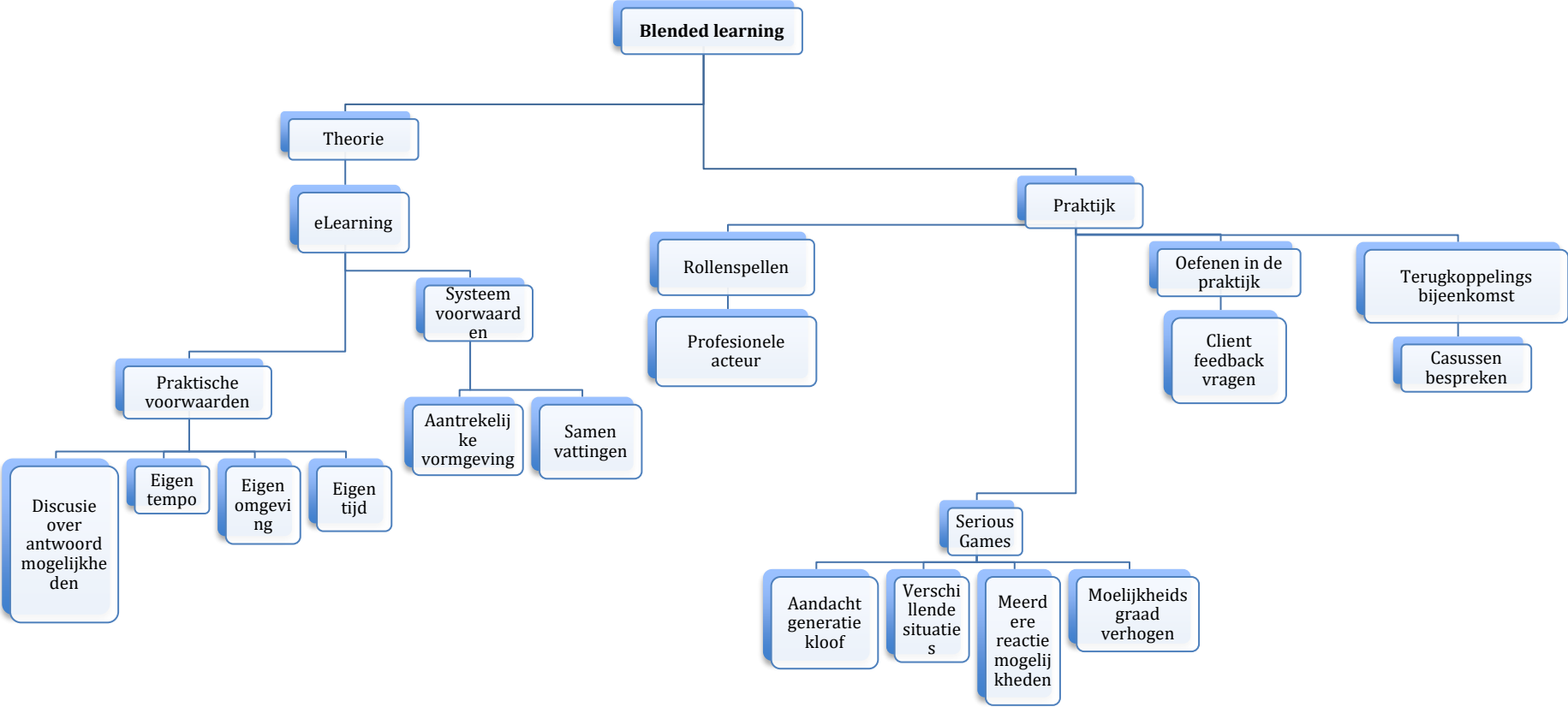
VCCLE is een online 3D kliniekomgeving waar studenten in gesprek kunnen gaan met virtuele patiënten en virtuele instructeurs. Door VCCLE worden klinische en interprofessionele samenwerkingscompetenties aangeleerd. Ook stimuleert probleemgestuurd leren het opdoen van kennis en het klinisch redeneren. VCCLE werkt als volgt. De studenten kunnen de patiënten vragen stellen en via een diagnostisch proces tot een diagnose en zorgplan komen. Per onderdeel krijgen de studenten feedback over de goede en foute antwoorden. In het VCCLE zit een programma waarmee tekst geconverteerd kan worden naar audio waardoor antwoorden en feedback hoorbaar zijn voor de student. Na dit diagnostische onderdeel krijgen de studenten een cijfer. Vervolgens wordt er een evaluatie over deze virtuele ontmoeting beschreven middels SOAP (Reis, Faser, & Davis, 2015).

### **Blended learning voorbeeld:**

Leontine Groen-van de Ven heeft een drie daagse training ontwikkeld voor zorgprofessionals gericht op gezamenlijke besluitvorming. Met als doel dat de zorgprofessional aan het eind van de training de methodiek van gezamenlijke besluitvorming kunnen toepassen in de praktijk zoals deze is in haar onderzoek is ontwikkeld. De cursus bestaat uit 3 dagdelen training waarin doormiddel van casussen, rollenspellen en opdrachten wordt geoefend met gezamenlijke besluitvorming. Ook wordt er elke bijeenkomst kort gekeken naar de theorie van gezamenlijke besluitvorming. De huiswerkopdrachten bestaan uit het bestuderen van literatuur en kennisclips daarnaast moeten de zorgprofessionals gezamenlijke besluitvorming oefenen in de praktijk met behulp van het gespreksleidraad gezamenlijke besluitvorming (Groen – van de Ven, 2017a).

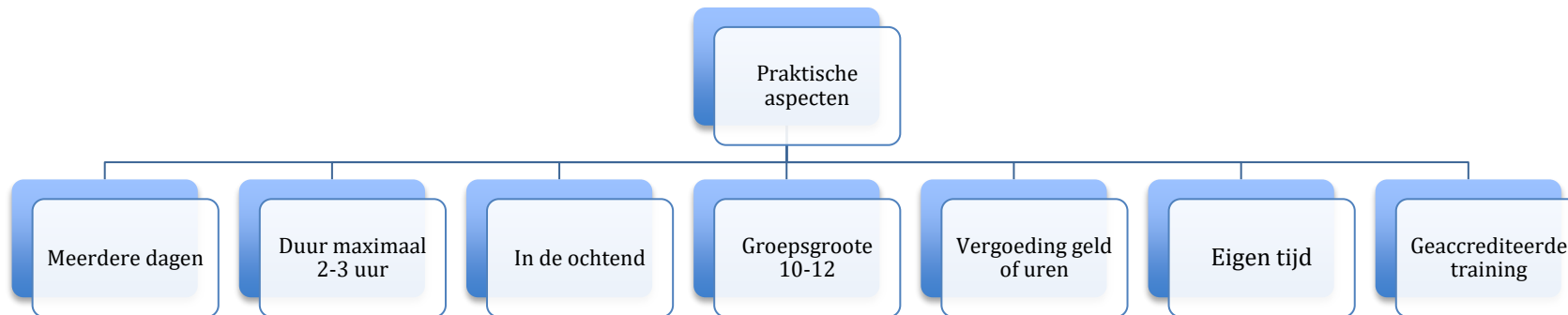
# Bijlage 5: Trainingsopzet

In deze bijlage is de trainingsopzet in een diagram weergegeven.



## Bijlage 6: Praktische aspecten.

In deze bijlage is een diagram weergegeven met daarin belangrijke aspecten voor een training.



# Bijlage 7: Tijdslijn

In deze bijlage is een tijdslijn weergegeven met daarin de chronologisch volgorde van de training.

