



ONDERZOEKSARTIKEL

Positieve Gezondheid bij kwetsbare ouderen
in de langdurige zorg.

Positive health among frail elderly adults within
long-term care settings.

Ashley Kolster

Studentnummer: 506090

Hogeschool Inholland Amsterdam

Master Advanced Nursing Practice

Cohort 2023-2025

Jaargroep: AMMANP24DU2B1

Toetsnaam: Praktijkgericht onderzoek

Toetscode: 2023AN222A

Aantal woorden: 3610 woorden

Inleverdatum: 06-06-2025

Onderzoek in het kader van de opleiding MANP,
Hogeschool Inholland.

Samenvatting

Achtergrond

Door vergrijzing en afnemende zelfredzaamheid bij ouderen is behoud van eigen regie een groeiende uitdaging in de langdurige zorg. Positieve Gezondheid (PG) is gericht op veerkracht, zingeving en eigen regie. PG heeft twee tools ontwikkeld: het spinnenweb en het andere gesprek. Binnen zorgorganisatie Samen zijn de tools geïntegreerd in de praktijk. De aanleiding voor dit onderzoek was het signaal dat intake gesprekken met cliënten weinig ruimte boden voor persoonsgerichte verwachtingen en onvoldoende aandacht voor eigen regie.

Vraagstelling

Dit kwalitatieve praktijkonderzoek onderzocht de ervaringen met gebruik van de PG-tools en de impact op het dagelijks leven van kwetsbare ouderen.

Methode

Er werden dertien semigestructureerde interviews afgenomen met cliënten tussen de 65 en 93 jaar en geselecteerd middels een doelgerichte steekproef. De interviews werden uitgevoerd met een interviewhandleiding en geanalyseerd via open en axiale codering met behulp van MAXQDA. Uit de analyse kwamen vier hoofdthema's naar voren: emotionele impact, gebruiksvriendelijkheid, inhoud van de tools en betrokkenheid zorgpersoneel.

Resultaten

De resultaten lieten zien dat PG-tools bijdragen aan het versterken van eigen regie, zingeving, sociale contacten en het hervinden van betekenisvolle activiteiten. Tegelijkertijd werd de vragenlijst soms als confronterend ervaren door vragen over lichamelijke achteruitgang en de kinderachtige vormgeving. Praten over lichamelijke achteruitgang heeft emotionele impact. De betrokkenheid van zorgpersoneel bleek een bepalende factor voor de effectiviteit van de tools.

Conclusie

PG-tools hebben een positieve impact op het dagelijks leven van kwetsbare ouderen en maken het mogelijk om lichamelijke achteruitgang bespreekbaar te maken. De uitkomsten bieden aanbevelingen voor gepersonaliseerde zorg, versterking van eigen regie en dragen bij aan beperkt wetenschappelijk bewijs. Een sterk punt in het onderzoek was de hoge interne betrouwbaarheid door zorgvuldige data-analyse. De beperkingen waren onder andere de kleine steekproefomvang en mogelijke selectiebias. Desondanks zijn de bevindingen generaliseerbaar voor vergelijkbare groepen kwetsbare ouderen in verpleeghuizen die werken met de PG-tools.

Inhoud

Samenvatting	1
Inleiding.....	3
Methode.....	4
Resultaten.....	8
Discussie.....	13
Literatuurlijst.....	16
Bijlage 1 Interviewhandleiding cliënten	18

Inleiding

Met het ouder worden neemt de kwetsbaarheid toe, terwijl de eigen regie juist afneemt. Eigen regie wordt gedefinieerd als *“het vermogen om jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht”*(1). Kwetsbare ouderen, veelal 65 plussers met meerdere gezondheidsproblemen, hebben moeite om regie te behouden en lopen een verhoogd risico op ziekenhuisopname of overlijden(2). Zo ervaart 72,7% van de 85-plussers een matige regie over eigen leven(3). Door de vergrijzing stijgt het aantal 65-plussers in Nederland van 3,6 miljoen in 2023 naar 4,8 miljoen in 2040(4,5). Daarnaast staat de zorg onder druk door tekort aan zorgpersoneel om deze stijgende doelgroep op te vangen. Het behoud van eigen regie bij kwetsbare ouderen vormt hierdoor een groeiende maatschappelijke uitdaging.

Veel kwetsbare ouderen streven ernaar om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen maar worden uiteindelijk opgenomen in een langdurige zorginstelling. Binnen organisatie Samen signaleert de Verpleegkundig Specialist in opleiding (VIOS) een toenemend aantal cliënten dat niet langer veilig thuis kan verblijven. Deze doelgroep verliest eigen regie, een vertrouwde omgeving en toekomstperspectief. Uit een probleemanalyse en gesprekken met Specialist Ouderengeneeskunde(SO) van twee organisaties blijkt dat tijdens de intake onvoldoende aandacht is voor persoonsgerichte verwachtingen. Vragen zoals *“Wat vindt u belangrijk?”* en *“Wat kunt u nog zelf doen?”* worden vaak niet gesteld. In de huidige werkwijze ligt de focus vooral op beperkingen, wat leidt tot een gemiste kans om eigen regie te bevorderen.

Het gedachtegoed Positieve Gezondheid(PG) is gericht op het hervinden van eigen regie, veerkracht en betekenis geven aan een zinvol leven. Binnen dit gedachtegoed staan er zes dimensies centraal die inzicht geven in wat cliënten belangrijk vinden in het leven. Twee bijbehorende tools: het spinnenweb(figuur 1) en het andere gesprek (figuur 2) helpen om doelen te formuleren op basis van wat een client nog wél kan. Binnen organisatie Samen is PG inmiddels geïntegreerd in het zorgproces op de afdeling De Veste. Tijdens het kennismakingsgesprek met een zorgmedewerker wordt de PG-aanpak uitgelegd en volgt de anamnese op basis van de zes dimensies. Na twee weken vullen client en zorgmedewerker gezamenlijk het spinnenweb in(figuur 1), wat dient als basis voor het andere gesprek(figuur 2) en het maken van persoonlijke doelen.



Figuur 1: het spinnenweb

- Stel uzelf bij het bekijken van uw spinnenweb de volgende vragen:
1. Hoe ziet uw ingevulde spinnenweb, uw gezondheidsoppervlak eruit?
 2. Wat gaat goed en waar bent u tevreden over? Is er ook iets wat minder goed gaat?
 3. Bent u bij de begrippen iets tegengekomen wat u speciaal triggerde of raakte?
 4. Wat zijn uw dromen en drijfveren? Bent u op weg in een richting die daarbij aansluit?
 5. Zou u iets willen veranderen, of iets meer aandacht willen geven en zo ja, wat is dat?
 6. Kunt u bedenken wat een eerste stapje in die richting zou kunnen zijn?
 7. Is dat haalbaar?
 8. Is er iets wat u daarbij toch tegenhoudt? Zo ja, wat is dat? En kunt u daar wat aan doen?
 9. Wat besluit u te gaan doen? Wat is de eerste concrete stap die u kunt zetten?
 10. Wat of wie hebt u daarvoor nodig?

Figuur 2: het andere gesprek

Hoewel de PG-gedachtegoed in de praktijk positief ontvangen wordt, is de wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van de tools beperkt. Er bestaan momenteel weinig kwantitatieve gegevens over de impact op het dagelijks leven van cliënten. Het Institute For Positive Health (IPH) ontwikkelde een evaluatiewijzer om de impact te meten, maar een gouden standaard ontbreekt vooralsnog(6). Ook zijn er diverse meetinstrumenten in ontwikkeling om de effecten te meten, echter een doorbraak blijft vooralsnog uit(7). Desondanks adviseren verschillende bronnen dat de PG-tools een positieve bijdrage leveren aan zingeving en eigen regie, ook bij ouderen met dementie of laatste levensfase(8–11). Dit suggereert dat de PG-tools inzetbaar zijn binnen de ouderenzorg.

Dit praktijkonderzoek beoogde inzicht te geven in hoe kwetsbare ouderen de PG-tools ervaren en welke impact dit had op het dagelijks leven. De resultaten droegen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het afstemmen van de implementatie op clientbehoeften. Daarnaast verschaft het onderzoek inzicht aan zorgprofessionals in wat cliënten als waardevol beschouwen, wat leidt tot gepersonaliseerde zorg, individuele doelen en versterken van eigen regie binnen de langdurige zorg. Ten slotte leverde dit praktijkonderzoek een bijdrage aan het beperkte wetenschappelijk bewijs naar de effecten van de PG-tools.

Naar aanleiding van de probleemanalyse en beperkte literatuur is onderstaande onderzoeksvraag geformuleerd.

"Hoe ervaren kwetsbare ouderen het gebruik van de Positieve Gezondheidstools en de impact op het dagelijks leven?"

Methode

Dit kwalitatief onderzoek was gericht op de ervaringen van cliënten met het gebruik van de PG-tools. Dat werd gedaan middels semi gestructureerde interviews waarbij getracht werd antwoord te vinden op de onderzoeksvraag. Deze methode paste bij het doel om subjectieve belevingen en toepasbaarheid van de PG-tools centraal te kunnen stellen.

Onderzoekspopulatie:

De onderzoekspopulatie bestond uit cliënten met een lichamelijke aandoening van de langdurige zorgafdeling De Veste. De leeftijd van de onderzoekspopulatie varieerde tussen de 65- 95 jaar. Ter waarborging van de kwaliteit zijn in- exclusiecriteria opgesteld (tabel 1). Cliënten met cognitieve beperkingen, afasie, een palliatief traject of onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal werden geëxcludeerd. Er werd gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, gericht op variatie in leeftijd, geslacht en positieve dan wel negatieve ervaringen met de PG-tools. Respondenten werden geselecteerd met behulp van een steekproefkader en in overleg met de kwaliteitsverpleegkundige van de afdeling. Door de grootte van de onderzoekspopulatie (n=40) en het beoogde aantal interviews (n=15) bleef de impact van non-respons daardoor beperkt.

Tabel 1 In-en exclusiecriteria onderzoeksgroep.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Cliënten die woonachtig zijn binnen de langdurige zorg.	Taalbarrière door verminderd verstandelijk vermogen ten gevolge van bijvoorbeeld een CVA of dementie.
Cliënten die PG-tools hebben toegepast.	Cliënten in een palliatief traject.
Cliënten tussen de leeftijd van 65-95 jaar.	Onvoldoende beheersing Nederlandse taal.
Cliënten die geestelijk en fysiek in staat zijn om een interview te houden van maximaal 60 minuten.	

Dataverzameling:

De semigestructureerde interviews werden afgenomen tussen januari en maart 2025, aan de hand van een interviewhandleiding (bijlage1), met een topiclijst gebaseerd op de vijf dimensies van PG(tabel 2). Enkele topics waren afkomstig uit vergelijkbaar onderzoek(12). De handleiding was vooraf gecontroleerd door een onafhankelijke professional. Deze aanpak bood een consistente vraagstelling en ruimte voor verdieping in vragen. Voorafgaand aan de interviews werden variabelen zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau vastgelegd(tabel3), aangezien deze variabelen mogelijk invloed konden hebben op de ervaren toepasbaarheid van de tools. De variabelen werden weergegeven in mediaan en percentages. In totaal werden er dertien interviews afgenomen. Alle deelnemers ontvingen vooraf een informatiebrief en gaven schriftelijk toestemming voor deelname middels informed consent. De interviews werden opgenomen met de dictafonapplicatie op de privételefoon van de onderzoeker en getranscribeerd in MAXQDA(13). Dit programma faciliteerde zowel de transcriptie als de gestructureerde analyse van de data. Belangrijke bijgeluiden en non-verbale signalen werden direct benoemd tijdens het interview. Datasaturatie werd bereikt bij het twaalfde interview. Er is één extra interview afgenomen ter controle van de datasaturatie. De data blijft tien jaar bewaard.

Tabel 2 Topiclijst semi gestructureerd interview

Kernbegrip	Topic	Subtopic	Onderbouwing
Gebruik van Positieve Gezondheid-tools.	Gebruikerservaring met betrekking tot de PG-tools.	<ul style="list-style-type: none"> - Indruk van de tools - Doel van het spinnenweb - Kwaliteit van de vragen - Begrijpelijkheid - Gevoelens en gedachtes bij de tool - Opmaak en ontwerp tool - Motivatie gebruik van de tool - Verwachtingen 	Topics en subtopics stammen deels af van een ander en eerder onderzoek naar een gebruikerservaring(12).

		<ul style="list-style-type: none"> - Behoeften en wensen - Verbeteringen. 	
Ervaren impact op dagelijks leven.	Verandering in.	<ul style="list-style-type: none"> - Dagelijks functioneren - Lichaamsfuncties - Mentaal welbevinden - Zingeving - Kwaliteit van leven - Meedoen. 	Door te vragen naar de ervaren impact op dagelijks leven door middel van de dimensies van Positieve Gezondheid, kunnen de ervaringen inzichtelijk gemaakt worden (6,10).

Tabel 3 Demografische kenmerken onderzoeksgroep.

Variabele	Waarde/eenheid	Meetniveau	Meetinstrument
Geslacht	Man/vrouw	Nominaal	Elektronisch Patiëntendossier
Leeftijd	Getal	Ratio	Elektronisch Patiëntendossier
Opleidingsniveau	Schaal	Ratio	Client

Data analyse:

Data-analyse verliep volgens cyclisch-iteratief proces met een softwareprogramma MAXQDA(13). De coderingsfase gebeurde in twee fasen namelijk: open en axiaal, conform de methode van Baarda (14). Dit bood structuur bij het ordenen van transcripten, codes en thema's en resulteerde in ruim 400 codes met uiteindelijk een conceptueel model met 3 hoofdthema's. Audio- opnames werden na de data-analyse verwijderd.

Objectivering strategieën:

Ter bevordering van de kwaliteit en reproduceerbaarheid van het onderzoek waren er objectivering strategieën ingezet.

Zo is er bij de dataverzameling ter bevordering van de betrouwbaarheid de onderzoekssituatie zorgvuldig ingericht. De interviews vonden plaats op de eigen kamer van de client, zodat de setting vertrouwd was en zo min mogelijk verstoord kon worden. De alledaagse omstandigheden op de afdeling konden doorgaan, wat bijdroeg aan de levensechtheid van het onderzoek. Gezien de gevoeligheid van de onderwerpen werden de interviews face-to- face en in de ochtenduren afgenomen, wanneer de mentale en fysieke gezondheid van de respondenten doorgaans het best was. Elk interview werd afgenomen middels een semi gestructureerde interviewhandleiding voorzien van vaste topics om consistentie in vraagstelling te waarborgen(bijlage 1).

Gedurende elk interview werd het spinnenweb(figuur1) getoond om cliënten te laten herinneren aan de vragenlijst en het andere gesprek. De interviews werden opgenomen met de dictafoonfunctie op de privételefoon van de onderzoeker en vervolgens getranscribeerd in MAXQDA(13).

Ter bevordering van de validiteit tijdens de dataverzameling was er allereerst gebruik gemaakt van een logboek waarin gemaakte keuzes werden vastgelegd en onderbouwd. Ten tweede zijn er voorafgaand aan de interviews vooroordelen uitgeschreven met als doel een zo objectief en transparante houding aan te nemen. Ten derde werd er tijd doorgebracht in de onderzoekssituatie om zo vertrouwen op te bouwen met de respondenten. Door voorafgaand aan het interview tweemaal informeel contact te leggen en kennis te maken met de respondenten. Ten vierde werd er gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef om variatie in leeftijd, geslacht en positieve dan wel negatieve ervaring met de PG-tool te waarborgen. Ten vijfde was de interviewhandleiding (bijlage1) opgesteld op basis van literatuur en ander vergelijkbaar onderzoek(12). De topics waren gebaseerd op de zes dimensies van PG(10,15). De interviewhandleiding werd vooraf beoordeeld door een onafhankelijke professional en getoetst door middel van twee proefinterviews om de geschiktheid van vragen te borgen(bijlage1). Ten zesde werd er voorafgaand aan elk interview relevante variabelen (tabel 3) in kaart gebracht, aangezien deze van invloed konden zijn op de interpretatie van de resultaten. Ten slotte werd een onafhankelijke Verpleegkundig Specialist en Kwaliteitsverpleegkundige betrokken bij de onderzoeksopzet om inhoudelijke kwaliteit en praktijkgerichtheid te borgen.

Tijdens de data-analyse waren er verschillende strategieën toegepast om de betrouwbaarheid te bevorderen. Zo werd de data-analyse uitgevoerd middels een cyclisch-iteratief proces in het programma MAXQDA(13). De codering verliep conform de methode van Baarda(14).

Om de validiteit van de data-analyse te waarborgen werd er allereerst gebruik gemaakt van een logboek waarin belangrijke beslissingen en keuzes tijdens het analyseren van de data zijn gedocumenteerd. Dit met als doel transparantie en herleidbaarheid te garanderen. Ten tweede vond er member checking plaats: deelnemers kregen de gelegenheid om de samenvatting van het interview te controleren. De feedback werd verwerkt in het definitieve transcript door de onderzoeker. Ten derde werd peer debriefing toegepast bij het eerste en tweede interview, waarbij de interviews per e-mail werden beoordeeld door een onafhankelijke medestudent. De ontvangen feedback werd meegenomen in het verdere coderingsproces. Ten vierde werd er gebruikgemaakt van triangulatie: de onderzoeker en onafhankelijke professional analyseerde afzonderlijk de transcripten waarna codes werden vergeleken om de interpretatie te verrijken en vooringenomenheid tegen te gaan. Tot slot werden de onderzoeksresultaten vergeleken met bestaande literatuur en nader besproken in het volgende hoofdstuk ter versterking van de inhoudelijke validiteit.

Resultaten

Bij dit onderzoek namen in totaal dertien respondenten deel (11 vrouwen, 2 mannen) (N=13). Datasaturatie werd bereikt na twaalf interviews en er werd één extra interview afgenomen ter controle. De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen 64 tot 93 jaar (tabel 4). Meer dan de helft van de deelnemers had een laag opleidingsniveau.

Tijdens de dataverzameling overleden drie geselecteerde mannelijke respondenten wat mede de ongelijke geslachtsverdeling verklaarde. Vier respondenten zagen af van deelname. Door de totale onderzoekspopulatie (N=40) bleef non-respons beperkt. De kwaliteitsverpleegkundige had voorafgaand aan de interviews beperkt zicht op cliënten met zowel positieve als negatieve ervaringen met de PG-tools. Desondanks is een evenwichtige steekproef wel bereikt: zes respondenten (46%) rapporteerden positieve ervaringen (46%) en zeven respondenten negatieve (54%).

Tabel 4: kenmerken deelnemers interviews.

Kenmerken deelnemers	Respondenten (N=13)
Geslacht	Vrouw 11 (85%)
	Man (15%) 2
Leeftijd in jaren	Mediaan 83 (64-93)
Opleidingsniveau	Laag 10 (76%)
	Middel 2 (15%)
	Hoog 1 (9%)

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn uit de interviews vier thema's gekomen: emotionele impact, gebruiksvriendelijkheid van de tools, inhoud van de tools en betrokkenheid van het zorgpersoneel.

Emotionele impact

Ouder worden gaat gepaard met lichamelijke en geestelijke achteruitgang. De respondenten erkennen dit toekomstperspectief en vonden dit moeilijk te accepteren. Daarnaast is het bespreken van lichamelijke achteruitgang een emotioneel beladen onderwerp. De vragen uit het spinnenweb riepen herinneringen op aan fysieke en mentale achteruitgang. Ondanks deze emoties werd het behoud van zelfredzaamheid als essentieel ervaren. Het overnemen van taken door zorgpersoneel werd als kleinerend of betutteld ervaren. Respondenten gaven aan als mens gezien te willen worden in plaats van als patiënt. Het zo lang mogelijk zelf blijven doen wordt gezien als een belangrijke factor door de respondenten.

“Het gaat om het stukje zelf doen. Wij ouderen willen dingen zelf doen. En niet dat alles uit onze handen wordt getrokken. Dat is kleinerend. Ik rouw om wat ik kon. Geen impact, mijn leven is voltooid. Ik ben altijd gezond geweest, in gedachten wil ik van alles, maar het komt er niet meer uit. Ik was nooit moe, deed alles, werkte hard. Ik vind het confronterend want het laat mijn tekortkomingen zien. Ik zit hier nog niet zo lang. Heb afscheid moeten nemen van thuis” (R7).

“ Sommigen hier van de verzorging he, die grijpen alles uit je handen. Goed bedoeld hoor, maar ja ik kan echt nog wel dingen zelf. Ze noemen dat hier vertroetelen” (R11).

“Ik zou willen dat ze patiënt niet zien als patiënt, maar ook iemand die erachter zit. Ja, ik ben vrij hoogopgeleid, maar ja, dat zou misschien de meesten oudere mensen misschien niet zijn. Ik ben medisch analist, ik heb ik altijd in het ziekenhuis gewerkt. Je moet kijken naar de mens en daarachter. Bijvoorbeeld dat mensen nog een beroep hebben gehad, nog interessante dingen hebben gedaan”(R6).

“Ik zal het altijd moeilijk blijven vinden om te accepteren dat het alleen maar slechter wordt. Dat je aftakelt”(R8).

Gebruiksvriendelijkheid

De gebruiksvriendelijkheid van de PG-tools werd positief ervaren. Respondenten ontdekten dat er nog best dingen zijn die ze zelf kunnen doen. Echter bleek er verdeeldheid over het nut van de PG-tools. Sommigen waardeerden de focus op wat de client nog zelf kan, terwijl anderen het beschouwden als een onnodige theorie. Respondenten hebben behoeften om in gesprek te gaan en de wensen te bespreken. Bij respondenten met een voltooid leven bestond geen behoefte aan nieuwe doelen.

“Ik vind het goed dat er gekeken wordt naar wat wij nog zelf kunnen(R11).

“Dat ik erachter ben gekomen dat ik nog best wel wat dingen kan doen, zoals handwerken. Ik wil daar meer energie aan besteden”(R3).

“Nou ik vind nog altijd dat er niet een hele theorie over gemaakt moet worden. Want nu is dit het en volgend jaar is het weer wat anders. Ga gewoon met de mensen in gesprek en vraag wat ze zouden willen of wensen”(R13).

“Weer iets nieuws dat bedacht is en wordt uitgetest op mensen. Ja zo sta ik erin”(R4).

“Ja ik vind het gewoon overdreven, zo hele vragenlijst en dan vervolgens een heel spinnenweb. Ik vind het niet nodig. Ik heb geen behoefte aan doelen, of mijn leven leuker te maken. Ik ervaar plezier door met mensen koffie te drinken en mensen te zien. Meer heb ik niet”(R5).

De vormgeving werd overzichtelijk ervaren. De opmaak van de vragenlijst werd daarentegen wisselend ontvangen. Sommigen respondenten vonden de kleuren in het spinnenweb kinderachtig, terwijl anderen zich er niet aan stoorden. Er werden geen voorbeelden gegeven hoe de vormgeving wel passend was geweest.

“Ik vind het kinderachtig. De kleuren vond ik kinderlijk. Nou, ik zit in een verpleeghuis en beheer mijn bankzaken niet meer. Kinderachtige vragen, alsof ik in een kleuterklas zit. Ik vind dat rare vragen”(R7).

“Oogt kinderlijk daardoor. Ik word er niet blij van, die kleur. Doe maar gewoon zeggen wij altijd, doe je al gek genoeg”(R11).

De respondenten gaven aan dat het gebruik van de PG-tools een positieve bijdrage leverde aan meer eigen regie, meer sociale contacten en meer ondernemend zijn in activiteiten. Ook werden gevoelens van erbij horen en ertoe doen beleefd door de respondenten. Door meer te genieten van kleine dingen werd er meer zingeving ervaren. Bij de activiteiten ontmoeten respondenten meer mensen en worden sociale contacten gelegd. Er werden verschillende succesverhalen gedeeld tijdens de interviews van kleine dingen zoals naar de bingo gaan, als beter slapen en eigen uitjes organiseren. Er zijn ook respondenten die geen effect merken door het gebruik van de tools. Met name in de

dimensie lichaamsfuncties ervaren respondenten dan geen effect. Als oorzaak werd invaliditeit, incontinentie en afhankelijkheid als factor genoemd.

“Ja zeker, ik heb meer eigen regie over de toiletgang en ben niet meer afhankelijk. Er is toen direct gehandeld, ze zetten nu een po stoel neer naast het bed, zo kan ik zelf uit bed op de po stoel. De po op bed deed mij zo zeer”(R2).

“Nou, door het beter slapen heb ik weer zin in het leven. Ik wist niet dat er ook met zoiets simpels het op te lossen is. Daar ben ik gewoon heel blij mee. Ik heb wel gemerkt dat het mijn stemming positief beïnvloed. Nu ik beter slaap, kan ik de dag beter aan. Doe ik overdag geen dutjes meer en ervaar ik meer plezier”(R12).

“Nou, dat ik er weer bij hoor en nog wat nuttigs doe op een dag. Ik heb al dit gemaakt. Dit is een brei werkje, die geef ik aan mijn kleindochter, die werd heel blij. Ja, en ik geniet daardoor meer van de dag en van het maken van dingen”(R3).

“Ik merk geen veranderingen. Ik heb heus nog wel dingen die ik wil doen, zoals naar buiten naar de winkel bijvoorbeeld. We zitten hier 2 hoog. Ik kan niet zomaar even naar buiten stappen. Ik ben afhankelijk van mensen die mij naar de winkel brengen. Ik vind mijn leven niet zinvol. Ik zit hier maar en kan niks meer zelf beslissen. Nu niet meer. Dat is geweest”(R7).

“Niet want ik ben alleen maar slechter geworden, incontinent en kan niet meer goed lopen”(R8).

Inhoud van de tools

De inhoud van het andere gesprek werd door de respondenten als positief en zinvol ervaren. Het gesprek gaf een gevoel van erkenning. Wel benadrukten respondenten het belang van een geschikte gespreksleider en timing. De meesten cliënten zijn nieuw en er is veel veranderd met afscheid van thuis.

“Dat het een heel goed gesprek was en dat ik een beetje op dezelfde lijn zit. Opschrijven, kletsen, grenzen maken, misschien regels bedenken. Ja, dat was in het begin schreven we wat op en dan moest ik me inhouden. Fijn, Ik weet daardoor dat ik nog besta, ja, en ertoe doe” (R8).

“Hier kwam ik weet niet wat die mevrouw is, dominee of zo. Nou, ik had helemaal niet het gevoel dat ik met die mevrouw zo'n gesprek wilde voeren, maar ik bedoel daar kan die mevrouw niks aan doen. Het is wel belangrijk om met iemand een klik te hebben om het gesprek met iemand opgang te kunnen brengen. Ik denk dat ze op zich heel goed is, maar ik denk ook dat je mensen zult tegenkomen die daar niks van willen weten. Ik denk dat ook best voor heel veel mensen een stap is. Want zelfs vergeet niet, als iemand hier komt, dan is er over het algemeen wel heel veel veranderd. Ja, de meesten komen hier niet heel blij nee”(R4).

De vragen van het spinnenweb werden als confronterend ervaren en dwong tot nadenken over functioneren en levenskwaliteit. De vragen over voldoende geld, bewegen, gezond voelen en voor zichzelf kunnen zorgen werden als confronterend ervaren. Het geven van cijfers aan dimensies bleek lastig. De hoeveelheid vragen en de begrijpelijkheid vormden knelpunten bij de respondenten.

“ De vragen die er gesteld worden zijn wel confronterend, dwingen je om na te denken, je komt eigenlijk zelf tot antwoorden. Dat vind ik zo mooi”(R12).

“Nou, niet alles. Er was een vraag voelt u zich gezond. Nee, natuurlijk voel ik mij niet gezond. Anders zat ik hier niet. Vond dat ja, kinderachtig. Beetje dommig. Nou over zingeving en kwaliteit van leven,

ohja en die financiën. De meeste hier zijn de financiën overgenomen door familie. Toch niet relevant, en wat gaat dat spinnenweb aan” (R11).

“Nee, niet helemaal. Ik vind het kinderachtig voor oudere mensen. Ik vind de vragen niet passend bij ouderen, zoals heeft u voldoende geld? En kan u bewegen? Kan u goed voor uzelf zorgen. En de cijfers die je moet geven, vind ik moeilijk. Snap niet waarvoor dat dient. Een cijfer over mijn leven en kwaliteit ervan vind ik maar vreemd” (R3).

“Nou, die hele vraagstelling van uh ja. Het zijn eigenlijk te veel vragen. Het mag wel korter voor nu. Dat mensen het simpel houden. Je krijgt allemaal vragen toegeworpen. De een nog confronterende dan de ander. Ik vind de vragen niet passen”(R5).

“Ik word gedwongen om na te denken over eigen dingen die ik zeg. Ik kan soms wel hard zijn, nou ja zoals ik zei zwart-wit. En tijdens die gesprekken, worden er confronterende vragen gesteld. Uitgedaagd is het goede woord. Ik wordt uitgedaagd. Ik vind het moeilijk, om een cijfer te geven aan mijn leven, of mijn lichaam”(R10).

De respondenten hadden een positieve ervaring met het gezamenlijk invullen van de vragenlijst met het zorgpersoneel. Zo kan de zorg toelichting geven bij de vragen, omdat de vragen zonder toelichting moeilijk te interpreteren zijn. Ook is het belangrijk dat het zorgpersoneel goed nadenkt of deze vraag van toepassing is bij deze client. Het is een wens van de respondenten om het gezamenlijk in te vullen en dat het meer een gesprek wordt in plaats van dat zorgpersoneel de vragen op leest.

“Dat er iemand bij zat om het uit te leggen. Als jij mij dit zo zou geven, zou ik niet weten wat ik ermee moet. Prettig om samen in te vullen”(R9).

“Nou als je dit al gaat doen, om het samen te doen. Dan kan diegene wat uitleg geven wat er bedoeld wordt met sommigen vragen, want ja die vragen. De vraag of iets met mensen die je kunnen helpen ofzo. Wordt daar dan de zorg mee bedoelt, want ja die helpt mij wel. En iets met werken, of ik nog kan werken. Ik zit in een verzorgingshuis, wat had je dan gedacht. Kan u bewegen? Ja tuurlijk kan ik bewegen. Ik beweeg juist teveel. Ook was er een vraag eh, kan je het leven aan. Ja wat moet je daarmee? ”(R10).

“Dat ze de nadenken voordat ze de vragen stellen of het wel van toepassing is bij deze client. En verder dat het meer een gesprek wordt. Ze houden het blaadje voor en lezen het voor, dat is geen gesprek(R3)”.

Betrokkenheid zorgpersoneel

De betrokkenheid van het zorgpersoneel werd als ontoereikend ervaren door de respondenten. De respondenten merkten op dat de gedachtegoed onvoldoende word toegepast. Werkdruk en tijdgebrek werden als oorzaken genoemd. Taken worden overgenomen door de zorg of uit handen gepakt van de respondenten, terwijl de respondenten zelfredzaamheid als belangrijk ervaren. De wens werd uitgesproken om als volwaardig individu behandeld te worden, waarbij men zelf beslissingen mag nemen. Respondenten wensen meer bewustwording bij het zorgpersoneel en voelen zich betutteld en gekleineerd. Sommigen meldden dat zorgpersoneel niet op de hoogte was van eerder gestelde doelen.

“Nou ik wil de zorgmedewerkers adviseren, om ons niet altijd te vertroetelen maar ons als waardig te behandelen. Ik snap wel dat het minder tijd kost als ze het zelf doen maar laat ons nou nog dingen zelf doen. Dat geeft je ja meer waardigheid in dit leven”(R11).

“Nou dat de zorg ook weet waar ik mee bezig ben en er naar vraagt, en ja eraan herinnert. Dat dit bij positieve gezondheid hoort en echt samen de doelen behalen. Nu is het alleen een iemand die met mij mee denkt”(R12).

“Ja, die bewustwording. Wat het voor iemand betekent ook om het zelf te mogen en te kunnen doen. En als dat dan meer tijd kost ja? Ja, want ik bedoel als je met het personeel doet en iemand doet die al wel een beetje ja wat wil iemand wel makkelijk mee praten. Want het is natuurlijk ook zo dat. Niet op ieder moment wil je zo’n gesprek. Het is natuurlijk zo als ze iets op hun manier altijd doen en ze doen het nu op een andere manier, kan het dus best wel eens meer tijd kosten. Wat dus een ding is uh, ze laten beseffen hoeveel voldoening het geeft als je het zelf kan”(R4).

Discussie

In dit praktijkonderzoek zijn dertien respondenten geïnterviewd over de ervaringen met het gebruik van PG-tools en wat voor impact dat heeft in het dagelijks leven. De resultaten tonen dat de PG-tools bijdragen aan het versterken van eigen regie, sociale contacten, zingeving en deelname aan betekenisvolle activiteiten. De vragenlijst werd echter als confronterend en deels ongeschikt ervaren. De betrokkenheid van zorgpersoneel bleek een bepalende factor voor de effectiviteit van de tools. De bevindingen worden hieronder per thema besproken in relatie tot de literatuur met aanbevelingen voor de praktijk. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de conclusie.

Emotionele impact

Respondenten gaven aan dat gesprekken over lichamelijke achteruitgang emotioneel belastend zijn. Deze ervaring sluit aan bij de literatuur waarin verlies van zelfstandigheid wordt beschreven als een ingrijpende gebeurtenis(8). Tegelijkertijd blijkt dat ouderdom, fysieke achteruitgang en co-morbiditeit grote impact hebben op het dagelijks leven. Ouderen kampen vaak met rouw, verlieservaringen en somberheid(16). Een achtergrond studie naar de kwaliteit van zorg voor ouderen, geeft aan dat achteruitgang in het dagelijks leven een veelvoorkomend probleem is bij ouderen(17). Andere literatuur suggereert dat de invloed van psychische klachten als gevolg van lichamelijke ziekte een toenemend probleem zal gaan worden met de naderende vergrijzing(18). De impact van de beperkingen in dagelijks functioneren op kwaliteit van leven is vier keer zo groot dan de ziektesymptomen (17). Er wordt aanbevolen om kwalitatief vervolgonderzoek te doen naar de wensen en behoeften van ouderen in de begeleiding bij lichamelijke achteruitgang.

Uit dit praktijkonderzoek blijkt dat PG-tools kunnen helpen bij het creëren van een nieuw perspectief op gezondheid, mits dit zorgvuldig wordt begeleid. Deze studie geeft aan dat zorgmedewerkers een actieve en probleemoplossende rol kunnen aannemen, die ouderen kunnen ondersteunen in het hervinden van veerkracht, structuur en ritme in het dagelijks leven(19). Aanbevolen wordt om een vervolg scholing te organiseren voor het zorgpersoneel, in hoe ouderen te begeleiden bij het vinden van een nieuw perspectief op gezondheid door middel van de PG-gedachtegoed.

Gebruiksvriendelijk en inhoud van de tools.

De respondenten vonden de gebruiksvriendelijkheid van de PG-tools duidelijk en waardevol. Er wordt meer eigen regie en zingeving ervaren. Dit sluit aan bij eerder onderzoek waaruit bleek dat PG voldoende inzetbaar is in de integrale ouderenzorg(9,11). Hoewel de eenvoudige vragenlijst geadviseerd wordt bij kwetsbare ouderen, bleek uit dit onderzoek dat deze onvoldoende aansluit bij de levensfase van de doelgroep(8). Vooral vragen over lichaamsfuncties werden als confronterend, kinderachtig en emotioneel belastend ervaren. De wens van de respondenten is om de vragenlijst gezamenlijk in te vullen met het zorgpersoneel. Zo kunnen onduidelijkheden worden weggenomen. Aanbevolen wordt om een aparte vragenlijst te ontwikkelen voor kwetsbare ouderen in woonzorginstellingen en deze vragenlijst gezamenlijk in te vullen met het zorgpersoneel. Ook vonden respondenten het lastig om cijfers toe te kennen aan de domeinen. In lijn met de handreiking wordt daarom aanbevolen om de cijfers in de vragenlijst te vervangen door smileys(8).

Daarentegen ervaren de respondenten het andere gesprek als positief en zinvol. Er is behoefte om dit gesprek vaker te voeren. Dit komt overeen met de handreiking, die verteld dat het andere gesprek centraal staat(8). Aanbevolen wordt om het andere gesprek maandelijks te voeren met visuele ondersteuning van het spinnenweb. Indien een eigen vragenlijst uitblijft, is het wenselijk om uitsluitend het andere gesprek te voeren, met visuele ondersteuning van het spinnenweb.

Betrokkenheid zorgpersoneel

De mate van betrokkenheid van zorgpersoneel bleek van grote invloed op de ervaren effectiviteit van de PG-tools. Respondenten voelden zich betutteld en de ruimte om zelf te beslissen ontbreekt. Dit staat haaks op het uitgangspunt van PG waarin eigen regie centraal staat. Het zorgpersoneel bleek vaak niet op de hoogte van de persoonlijke doelen die tijdens het andere gesprek waren opgesteld. Bij navraag beaamt het zorgpersoneel scholing te hebben gehad, maar missen begeleiding in de implementatie van PG in de praktijk. De stap om het daadwerkelijk te gaan doen wordt als groot ervaren door het zorgpersoneel. Aanbevolen wordt om doelen zichtbaar op te nemen in het zorgplan en maandelijks te evalueren. Dit bevordert zowel de borging van PG als de ervaren autonomie van cliënten.

De handreiking beschrijft dat PG- gedachtegoed zorgmedewerkers kan ondersteunen bij persoonsgerichte zorg en het voorkomen van routine handelingen(8). Uit de resultaten van dit onderzoek blijken respondenten zich betutteld te voelen wanneer zorgpersoneel handelingen overneemt zonder overleg. Zorgpersoneel geeft aan te houden van zorgen en dit onbewust te doen, terwijl respondenten het zelf willen doen. Bewustwording en coaching aan zorgpersoneel wordt aanbevolen. Door bijvoorbeeld tijdens een intake te vragen naar wat cliënten belangrijk vinden en wat cliënten nog zelf kunnen. Dit levert een bijdrage aan betekenisvolle zorg en betere implementatie van de gedachtegoed.

Sterke en zwakke punten:

Dit onderzoek toonde een hoge interne betrouwbaarheid. De interviews leverden consistente resultaten op en de interviews werden gestructureerd afgenomen met een topiclijst op basis van de dimensies van het spinnenweb(10,12,15). Er was geen directe relatie tussen de onderzoeker en de afdeling, wat het risico op vooroordelen minimaliseerde. De respondenten voelden zich op hun gemak, mede door de vertrouwde setting en visuele ondersteuning van het spinnenweb. Dit kwam de diepgang van de gesprekken ten goede. Vervolgens werd de analyse zorgvuldig uitgevoerd met het programma MaxQDA en onafhankelijk beoordeeld door een onderzoeker, wat de inhoudelijke kwaliteit versterkte(13). Tenslotte bleek de onderzoeksopzet geschikt voor het verkrijgen van subjectieve ervaringen.

Echter is de externe validiteit beperkt. De steekproefomvang was relatief klein en niet volledig representatief wat betreft geslacht en opleidingsniveau. Binnen de afdeling bestaat de verdeling uit zesentwintig vrouwen(65%) en veertien mannen(35%). Dit betekent dat de vrouwen in de onderzoeksgroep oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van de werkelijke afdelingsverdeling. Dit kan tot vertekende resultaten hebben geleid op de interpretatie van de vragen. De kans op selectiebias is aanwezig door beperkte selectie op positieve en negatieve ervaringen met de tool. Door emotionele reacties bij sommige interviews, werd het doorvragen bemoeilijkt. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de diepgang van de interviews.

Ondanks de beperkingen zijn de bevindingen generaliseerbaar voor vergelijkbare groepen kwetsbare ouderen in verpleeghuizen die werken met PG-tools. De beperkingen onderstrepen het belang van vervolgonderzoek met een bredere, grotere en evenwichtige steekproef.

Betekenis voor de praktijk en aanbevelingen:

Dit praktijkonderzoek geeft waardevolle inzichten in hoe ouderen de PG-tools ervaren. De uitkomsten ondersteunen dat PG-tools waardevol kunnen zijn wanneer deze op passende wijze worden ingezet. Betrokken zorgpersoneel en een passende vragenlijst zijn daarbij cruciaal.

Aanbevolen wordt om op korte termijn scholing en coaching voor zorgprofessionals te organiseren gericht op de praktische toepassing van de PG-tools. Dit bevordert de zelfredzaamheid van cliënten en ondersteunt de verdere implementatie binnen de langdurige zorg. Aanbevolen wordt om de resultaten van dit onderzoek door de onderzoeker te delen met IPH en te adviseren tot het maken van een aparte vragenlijst(10).

Met het oog op de toenemende vergrijzing toont literatuur en de resultaten van dit onderzoek aan dat lichamelijke achteruitgang bij het ouder worden gepaard gaat met verlieservaringen(16–19). Op de langere termijn dient er meer aandacht en bewustwording te komen voor het mentale aspect bij lichamelijke achteruitgang bij ouderen. Zet daarom in op meer bewustwording bij zorgpersoneel en bied ruimte in het gesprek met de client. Evalueer elke 3 maanden de toepassing van de PG-tools en stel deze bij op basis van feedback van ouderen en zorgverleners. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat PG-tools hierin kunnen ondersteunen. Door aandacht te geven aan zowel lichamelijk als psychische gezondheid en daarmee verlieservaringen eerder kunnen signaleren en begeleiden.

Conclusie:

PG-tools dragen bij aan eigen regie, zingeving en betrokkenheid bij betekenisvolle activiteiten. De resultaten laten zien dat PG-tools een positieve impact hebben op het dagelijks leven van kwetsbare ouderen. Vooral wanneer ouderen worden begeleid door betrokken en bewust zorgpersoneel. Factoren zoals tijd, aandacht en kennis blijken essentieel te zijn voor het ervaren effect van de tools. Een aparte vragenlijst voor kwetsbare ouderen en meer aandacht en begeleiding bij lichamelijke achteruitgang behoort tot de aanbevelingen. Daarbij kunnen de PG-tools een grote rol spelen.

Dit praktijkonderzoek levert een bijdrage aan de verdere wetenschappelijke onderbouwing van PG en verbetering van persoonsgerichte zorg in de langdurige ouderenzorg.

Literatuurlijst

1. Vilans. Zelfredzaamheid, zelfmanagement en eigen regie. Zorg voor beter. Bijgewerkt op juli 24,2024. Geraadpleegd op 8 april,2024. <https://www.zorgvoorbeter.nl/themas/zelfredzaamheid/zelfredzaamheid-en-zelfmanagement>
2. Vektis. Factsheet kwetsbare ouderen. Vektis. 2020. Geraadpleegd op 8 april,2024. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen#:~:text=17%25%20van%20alle%20thuiswonende%2065,plussers%20wonen%20in%20een%20instelling.>
3. Zomer C, Wilk van der E.A. Participatie, Eigen Regie, Leeftijd en geslacht. VZinfo. Geraadpleegd op 8 april,2024. <https://www.vzinfo.nl/participatie/eigen-regie/leeftijd-en-geslacht>
4. Deuning C. Bevolking regionaal leeftijdsopbouw. VZinfo. Bijgewerkt op 18 februari,2025. Geraadpleegd op 8 april,2024.<https://www.vzinfo.nl/bevolking/regionaal/leeftijdsopbouw>
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Cijfers en feiten ouderen in Nederland. Loketgezondleven. Geraadpleegd op 19 april,2024. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-woorden/feiten-en-cijfers-ouderen>
6. Institute For Positive Health. Impact van werken met Positieve Gezondheid meten met de Evaluatiewijzer. IPH. 2020. Geraadpleegd op 3 oktober,2024. <https://www.iph.nl/kennisbank/impact-van-werken-met-positieve-gezondheid-meten-met-de-evaluatiewijzer/>
7. Institute For Positive Health. Diverse meetinstrumenten in de maak. IPH.2020.Geraadpleegd op 4 april,2024. <https://www.iph.nl/kennisbank/diverse-meetinstrumenten-in-de-maak>
8. Institute For Positive Health. Handreiking Positieve Gezondheid en ouderen. IPH. 2021.Geraadpleegd op 16 oktober,2024. <https://www.iph.nl/kennisbank/koploperafel-positieve-gezondheid-en-ouderen/>
9. Van Vliet M, Ott B, van den Brekel-Dijkstra K. Positieve Gezondheid in de ouderenzorg deel 2. *Socares*.2023; 2:16-21. Geraadpleegd op 20 februari,2025. https://issuu.com/prelumuuitgevers/docs/socares202302_03_positieve_gezondheid_in_de_oude/re/s/38346796
10. Institute For Positive Health. Positieve Gezondheid voor iedereen. IPH. Geraadpleegd op 6 april, 2024. <https://www.iph.nl/>
11. Van Vliet M, Ott B, van den Brekel-Dijkstra K. Positieve Gezondheid in de ouderenzorg deel 1. *Socares*.2023;2:9–15.Geraadpleegd op 20 februari,2025. https://issuu.com/prelumuuitgevers/docs/socares202302_02_positieve_gezondheid_in_de_oude/re/s/38346379
12. Damink V. De gebruikerservaring van de Ehealth app Geluk en Zo onder chronische pijnpatiënten. University of Twente Student Thesis.2018.Geraadpleegd op 11 december,2024. <https://essay.utwente.nl/76350/>
13. MAXQDA. The #1 qualitative data analysis software with the best AI integration.Maxqda.2025. Geraadpleegd op 27 oktober,2024.<https://www.maxqda.com/>

14. Baarda B, Bakker E, Fischer T, Julsing M, Kostelijk E, van der Velden T. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. 5e druk. Noordhoff; 2021.
15. Institute For Positive Health. Van snelle vragenlijst tot uitgebreide online gesprekstoel. IPH. Geraadpleegd op 16 oktober,2024.<https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/gesprekstools/>
16. Dijkstra M. Mentaal vermogen ouderen. *Trimbos Instituut*.2009.4: AF0890. Geraadpleegd op 21 april,2025. <https://www.trimbos.nl/docs/4d1e7362-7953-4049-ba5f-d27dbf014365.pdf>
17. Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ. *Kwaliteit van Zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis*.Adviesrapport; Hogeschool Utrecht;2012.Geraadpleegd op 4 april,2025. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2008/02/22/ouderdom-komt-met-gebreken-geneeskunde-en-zorg-bij-ouderen-met-multimorbiditeit>
18. Lorem GF, Schirmer H, Wang CEA, et al. Ageing and mental health: changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. *BMJ Open*.2017;7(1):e013629.doi:10.1136/bjmopen-2016-013629
19. Birkeland A, Natvig GK. Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(4):257–64.doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01754.x

Bijlage 1 Interviewhandleiding cliënten

Introductie	
Intro	<p>Vorbereiding: koffie en thee, locatie op de kamer client, niet storen bordje aan.</p> <p>Voorstellen Ik ben erg blij dat u wilt deelnemen aan dit interview wat bijdraagt aan het onderzoek naar de ervaringen over het gebruik van de PG-tools en de impact op uw dagelijks leven. U heeft een informatiebrief ontvangen, heeft u hier nog vragen over? Vooraf aan het onderzoek wil ik u vragen om de informeer consent brief te ondertekenen, daarmee bevestigt u uw deelname en dat deze gegevens niet voor andere doeleinden worden gebruikt.</p>
Doel van het onderzoek	<p>Door middel van dit interview, neemt u deel aan kwalitatief onderzoek. Met dit onderzoek kijken wij naar de ervaringen die u heeft met de PG-tools en wat u daarvan merkt in uw dagelijks leven.</p> <p>Uw ervaring, gevoelens, wensen en behoeften zijn belangrijk voor dit onderzoek. Uw antwoorden leveren een bijdragen aan het bijstellen van de PG-tools en de implementatie daarvan. Ik zal voornamelijk naar u luisteren en daar soms op doorvragen. Interview zal max 60 min duren. Als u iets niet begrijpt of ergens niet mee eens bent aarzel dan niet om dit kenbaar te maken.</p>
Onderwerpen	<p>Het gebruik van de Positieve gezondheid- tools. Ervaren impact op uw dagelijks leven.</p>
Anonimiteit en vertrouwelijkheid	<p>Het interview is anoniem. Wij noteren alleen uw leeftijd en uw geslacht omdat die gegevens een rol kunnen spelen in de uitkomsten. Deze gegevens zijn niet te herleiden naar uw persoonlijke gegevens. De antwoorden die u geeft zullen alleen voor dit onderzoek gebruikt worden.</p>
Vroegtijdig stoppen	<p>Als u tijdens het interview besluit dat u niet meer verder wilt meewerken. Dan mag u dat ten alle tijden aangeven. Ik zal dan per direct stoppen met het interview.</p>
Opname	<p>Ik wil het interview graag opnemen. De opname helpt mij om gemakkelijk de antwoorden te kunnen transcriberen. Hier zal ook alleen uw opname voor gebruikt worden. Vanuit de wet wil ik u daar eerst toestemming voor vragen om dit gesprek op te nemen. Ik zal u zo aan het begin van het interview vragen of u hier akkoord mee bent.</p>
Taken benoemen	<p>Ik zal het interview bij u afnemen.</p>

Interviewhandleiding Cliënten	
Variabelen, Topics, Centrale vragen en subvragen	
<p>1. Algemeen</p> <p>Topics:</p> <p>Geslacht</p> <p>Leeftijd</p> <p>Opleidingsniveau</p>	<p>Wat heeft bijgedragen aan uw besluit om hier te komen wonen?</p> <p>Subvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is uw geslacht en leeftijd - Wat is uw opleidingsniveau?
<p>Gebruik van Positieve Gezondheid-tools.</p>	<p>Introductie PG/implementatie.</p> <p>Opening:</p> <p>Voorheen werd er erg gekeken naar wat een client niet kon, om daar de zorg op af te stemmen. PG richt zich op wat iemand nog wel kan. Hoe denkt u over die gedachtegoed?</p> <p>Topic: gebruikerservaring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kunt u iets vertellen over uw eerste indruk met de Positieve Gezondheidstools? 2. Kunt u in uw eigen woorden aangeven wat het doel van het Spinnenweb en het andere gesprek is? 3. Wat vindt u van de vraagstelling in de PG-tools? Is dit helder voor u? Zijn de PG-tools begrijpelijk voor u? 4. Wat voor gevoelens roepen de tools bij u op? 5. Welke gedachtes heeft u bij het zien en gebruiken van de tools? 6. Wat vindt u van het gebruik van de PG-tools? 7. Wat heeft u geholpen bij het gebruik van de PG-tools? En wat niet? 8. Hoe vindt u de opmaak van het spinnenweb? Wat zou u graag willen terugzien? 9. Ervaart u motivatie om met de opgestelde doelen aan de slag te gaan? Zo ja, welke momenten voelt u die motivatie? 10. Voldoen de tools aan uw verwachting? 11. Welke wensen en behoeften heeft u t.a.v. de PG-tools? 12. Wat zou u aanbevelen aan de zorgmedewerkers die deze tools willen inzetten bij cliënten?
<p>2. Impact op dagelijks leven</p>	<p>Open vraag: Welke merkbare veranderingen ervaart u sinds het toepassen van de PG-tools in het dagelijks leven?</p> <p>Topic: verandering in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat voor inzichten in uw leven heeft deze gedachtegoed u gegeven? 2. Op welke manier zijn er veranderingen opgetreden in uw lichaamsfuncties (voorbeeld conditie, slaap, beweging). 3. Op welke manier zijn er door het spinnenweb en het andere gesprek veranderingen opgetreden in uw mentaal welbevinden? (voorbeeld stemming, beslissingen nemen). 4. Op welke manier zijn er door het spinnenweb en het andere gesprek veranderingen opgetreden in de dimensie zingeving? (voorbeeld dankbaarheid, acceptatie, zinvol leven). 5. Op welke manier zijn er door het spinnenweb en het andere gesprek veranderingen opgetreden in kwaliteit van uw leven? (voorbeeld genieten, gelukkig, goed voelen, veilig voelen). 6. Op welke manier zijn er door het spinnenweb en het andere gesprek veranderingen opgetreden in het de dimensie meedoen (voorbeeld contacten, serieus genomen worden, erbij horen).

	7. Op welke manier zijn er door het spinnenweb en het andere gesprek veranderingen opgetreden in uw dagelijks functioneren ?
--	---

Interviewhandleiding Cliënten	
Afsluiting	
Afsluiting interview	Samenvatting van het gesprek. Wilt u nog iets toevoegen aan dit gesprek wat niet besproken is? Heeft u nog vragen? Zijn er dingen die niet aan bod zijn gekomen maar wel belangrijk zijn om te vertellen? Wat vond u van het interview?
Memberchecking	Het interview zal worden getranscribeerd en worden uitgewerkt. De opname zal na het onderzoek worden verwijderd. Als u wilt kunt u hier een uitdraai van ontvangen om het nog te controleren of na te lezen. Heeft u hier behoefte aan?
Bedanken	Ik wil u bedanken voor uw tijd en ruimtebeschikking. Ik wil u bedanken voor uw deelname aan het interview. Ik hoop dat u er een fijn gevoel aan over hebt gehouden, dat u uw verhaal hebt kunnen doen en dat er naar uw verhaal geluisterd is.
Telefoonnummer	Hierbij is mijn telefoonnummer. Mochten er nog vragen zijn of iets in u opkomen, mag u mij altijd daarover informeren.