



EFRO-project 655

Ondernemingsgerichte kennisontwikkeling  
en valorisatie in West-Vlaanderen

Centrum Empowerment in Ouderenzorg

# RAPPORT

## EMPOWERENDE HULPVERLENING IN DE THUISZORG: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK

Kurt Debaere

Elien Pype

Ingeborg Simpelaere



## CEMO

De vergrijzing van de bevolking is een feit: we leven steeds langer en worden vroeg of laat geconfronteerd met zorgnoden. Het KATHO (VIVES<sup>1</sup>) expertisecentrum CEMO (voluit: Centrum Empowerment in Ouderenzorg) zoomt in op de positie van de oudere in zijn zorgcontext en staat stil bij de plaats van mantelzorgers en professionele hulpverleners hierin.

CEMO werd in 2012 door KATHO opgericht in het kader van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO)-project 655 als expertisecentrum binnen het domein zorgcompetenties en – faciliteiten. Alle West-Vlaamse kennisinstellingen (Kulak, KHBO, Howest en KATHO) werkten samen aan de eerste CEMO-projecten. Het EFRO-project werkt mee aan de implementatie van een kennis-gedreven-ontwikkeling van onze provincie.

Onder de noemer “empowerende zorg” wil CEMO empowerende hulpverlening in de (professionele) zorg promoten en bevorderen. Met de dienst thuisverpleegkunde van Wit-Gele Kruis werkte CEMO samen omtrent zelfzorg en het risico op ondervoeding bij thuiswonende ouderen. Samen met de gezinszorg van Solidariteit voor het Gezin werd vanuit de filosofie van empowerment een vernieuwde intakeprocedure uitgewerkt. Daarnaast maakte CEMO samen met ZorgAndersTv een reportage over hoe verschillende zorgorganisaties empowerende hulpverlening in de praktijk brengen.

Het label “empowerende technologie” omvat de projecten waarmee CEMO de plaats van technologie in de zorg onderzoekt en zelf nieuwe digitale toepassingen ontwikkelt. CEMO onderzoekt en ontwikkelt toepassingen die de positie van de oudere in zijn zorgcontext kan versterken. Zo hield CEMO een pilootstudie waarbij de meerwaarde van een iPad binnen de zorg voor thuiswonende ouderen (met beginnende dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA) werd onderzocht. Daarnaast ontwikkelde CEMO zelf een tabletapplicatie voor deze doelgroep. De centrale doelstelling van de applicatie bestaat erin de participatie van de oudere aan zijn zorgproces te verhogen. De applicatie focust op volgende zaken: structuur aanbrengen in de dag van de oudere, verschillende informatiestromen begrijpelijk in beeld brengen voor de oudere, de leefwereld van de oudere verbreden en maximale interactiemogelijkheden aanreiken mits een minimale inspanning. Tot slot werkte CEMO aan een digitale leeromgeving om tablettechnologie te leren gebruiken.

---

<sup>1</sup> Vanaf 1 september 2013 vormen KATHO en KHBO 1 hogeschool, de Katholieke Hogeschool VIVES.

Naar de toekomst toe wil CEMO<sup>2</sup> verder inzetten op het opstellen van ondersteunende instrumenten voor empowerende zorg en het uittesten en ontwikkelen van vernieuwende empowerende technologische toepassingen.

---

<sup>2</sup> Voor bijkomende vragen, voor het uitwisselingen van ideeën of voor concrete samenwerking met CEMO kan u terecht op [info@cemo.be](mailto:info@cemo.be). Meer info vindt u op de website [cemo.be](http://cemo.be).

## Inleiding

Voorliggend rapport beschrijft het kwalitatief onderzoek dat CEMO ondernam op zoek naar een focus van empowerende hulpverlening bij twee thuiszorgorganisaties; Solidariteit voor het Gezin en het Wit-Gele Kruis. De zorgverlening aan een specifieke doelgroep van thuiswonende ouderen wordt onder de loep genomen. CEMO focust op zorgbehoevende ouderen bij wie het vermogen om boodschappen te uiten of te begrijpen aangetast is (zoals bij personen met dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA). CEMO bestudeert de hulpverlening aan deze doelgroep van ouderen vanuit de 6 principes van empowerment (zie paragraaf “empowerment”). Als vervolg op dit onderzoek wordt met elke organisatie een project opgestart om de empowerende hulpverlening te concretiseren.

In dit rapport belichten we eerst de principes van empowerment waarnaar we doorheen het onderzoek verwijzen. Het zwaartepunt van dit rapport ligt echter op de beschrijving van het kwalitatief onderzoek zelf. We gaan in op de doelstellingen van het onderzoek, de participanten en het design van het onderzoek. Tot slot leggen we de resultaten voor.

## 1. Voorwaarden van empowerment<sup>3</sup>

Onder de noemer empowerende zorg wil CEMO handvatten aanreiken voor empowerende hulpverlening. Uit de literatuur blijkt dat een empowerende hulpverlening heel wat gunstige effecten heeft voor de zorgbehoevende: eigen sterktes en vaardigheden identificeren (Herbert, Gagnon, O’Loughlin & Rennick, 2001), controle krijgen over het eigen leven en over de mogelijkheid om beslissingen te nemen (Peled, Zisikovits, Enosh & Winstok, 2000), vaardigheden ontwikkelen (Gutierrez, DeLois & Glenmay, 1995; in Carter, 2002), etc.

Globaal beschouwd wordt volgende algemene definitie van empowerment het meest gehanteerd (Rapport, 1984; in Zimmerman, 2000, p. 43): “empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving. En dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie”.

---

<sup>3</sup> Het CEMO rapport “Empowerment, visie en theoretische onderbouw CEMO” bespreekt het empowermentconcept meer in detail.

Zoals duidelijk wordt aangegeven in bovenstaande definitie, is empowerment op zich geen doel maar een proces. Bij het bestuderen van hoe “empowerend” de hulpverlening is, is het dus belangrijk aandacht te hebben voor bepaalde condities of voorwaarden die het proces van empowerment bevorderen.

Deze condities of voorwaarden benoemen Steenssens en Van Regenmortel (2007) in het rapport ‘Empowerment Barometer, Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten’ als de zes werkingsprincipes van empowerment: participatief werken, positief werken, inclusief werken, krachtgericht werken, integraal werken en relatiegericht werken.



*Figuur: De zes werkingsprincipes van empowerment (Steenssens & Van Regenmortel, 2007)*

Participatief werken, is het kloppend hart van het empowermentproces, want er is geen empowerment mogelijk zonder participatie. Op individueel niveau betekent participatie: het samenwerken van de cliënt (en mantelzorg) met de hulpverlener. Er wordt vertrokken vanuit het idee dat beide partijen deskundigheid hebben en dat het delen van deze deskundigheid de kwaliteit van het empowerment proces positief beïnvloedt.

Grote voorwaarde daarbij is dat cliënten hun bekommernissen, vragen en bedenkingen effectief durven en kunnen uiten. Bij de hulpverleners veronderstelt dit een open klimaat met aandacht voor gelijkwaardigheid. Deze grondhouding wordt samengevat in het positief werken.

Bij het inclusief werken gaat het om de vraag wie wel en wie niet participeert in het empowerment proces. De meest actieve rol wordt toebedeeld aan de cliënt. Daarnaast wordt mede door de cliënt bepaald wie er nog een belangrijke rol speelt in zijn proces. Mogelijks is dit de mantelzorg,

hulpverlener, ... Belangrijk is dat deze betrokken personen blijven handelen vanuit het cliëntgerichte model en zich niet profileren als de deskundigen die het beter weten.

Het krachtgericht werken legt de nadruk op het positieve aspect van de inspraak, de keuzevrijheid. Er is extra aandacht voor de capaciteiten van de cliënt en er wordt uitgegaan van het gegeven dat elke vraag en bedenking gerechtvaardigd is. Dit impliceert niet dat elke vraag positief beantwoord kan worden.

Het integraal werken heeft oog voor de totale context van de persoon. Het is belangrijk om elke actie, vraag te kaderen binnen het geheel van alle levensdimensies van de persoon.

Het relatiegericht werken zet aan tot het aangaan van samenwerkingsverbanden waarbij het belangrijk is te streven naar een win-win situatie. Indien mogelijk wordt er aandacht besteed aan het groepsgericht werken.

Er kan besloten worden dat deze werkingsprincipes kunnen gezien worden als voorwaarden of condities om van empowerment te spreken. De onderlinge verwevenheid tussen de principes toont volgens Steenssens & Van Regenmortel (2007) aan dat de aandacht bij een empowermentmethodiek niet mag uitgaan naar één of enkele werkingsprincipes, maar dat net de kracht van een methodiek zal liggen in het onderling samenspel van de werkingsprincipes.

## 2. Doelstelling

Het aanbieden van een empowerende hulpverlening in de professionele thuiszorg is breed; omdat er namelijk een grote diversiteit aan zorgbehoevenden is binnen de professionele thuiszorg. Om een selectie te maken, werd geopteerd om niet te vertrekken vanuit een random sample waarbij het toeval bepaalt welke doelgroep gekozen werd (Creswell, 2003). Er werd daarentegen geopteerd om één specifieke doelgroep te kiezen die een moeilijker profiel heeft om op een empowerende manier te werken. Dit in de veronderstelling dat de gevonden resultaten transfereerbaar zullen zijn naar andere doelgroepen.

Vanuit de literatuur kan geconcludeerd worden dat er binnen een empowerende hulpverlening een belangrijke rol weggelegd is voor participatie van de zorgbehoevende zelf (Steenkens & Van Regenmortel, 2007). Er wordt zelfs aangegeven dat er geen empowerment mogelijk is zonder participatie (Jacobs, Braakman & Houweling, 2005; in Steenkens & Van Regenmortel, 2007). Om te kunnen participeren, is het belangrijk dat er kan gecommuniceerd worden. Binnen de groep van thuiswonende zorgbehoevende ouderen wordt dan ook de specifieke doelgroep geselecteerd die als gevolg van een mentale functiestoornis beperkt zijn in hun communicatieve activiteit. Concreet betekent dit dat deze zorgbehoevenden beperkt zijn in het zelfstandig uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten omdat ze moeilijk of geen boodschappen kunnen uiten en/of begrijpen. In termen van ziektebeelden wordt deze groep vertaald naar de thuiswonende hulpbehoevende ouderen met dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA.

In dit kwalitatief onderzoek worden hulpverleners en andere belanghebbende van twee thuiszorgdiensten bevraagd om een focus voor empowerende hulpverlening vast te leggen met deze doelgroep voor ogen. Het onderzoek heeft dan ook als voornaamste doelstelling:

- “het formuleren van een voorstel van focus voor empowerende hulpverlening voor elk van de thuiszorgdiensten met de doelgroep van thuiswonende hulpbehoevende ouderen met dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA voor ogen”.

### 3. Participanten

Het kwalitatief onderzoek vindt plaats bij thuiszorgorganisaties. Thuiszorgorganisaties zijn gericht op structurele dienstverlening aan de oudere zelf in de eigen thuisomgeving aan de hand van verschillende thuiszorgdiensten. Deze diensten staan in voor de vervulling van de basisbehoeften van deze hulpbehoevende ouderen zoals bijvoorbeeld zelfzorg, maaltijden voorzien, medische hulp verstrekken, etc. zodat zonder deze dienstverlening een opname in een residentiële voorziening zich opdringt. Zonder deze diensten is het voor de betrokken oudere vaak niet meer mogelijk om op een veilige, kwaliteitsvolle manier in de eigen thuisomgeving te handelen.

Er worden specifieke participanten binnen één specifieke thuiszorgdienst van een deelnemende thuiszorgorganisatie geselecteerd. Eerst wordt aangegeven welke thuiszorgorganisaties en -diensten geselecteerd worden. Daarna wordt ingegaan op de selectie van de participanten binnen de thuiszorgdiensten.

#### 3.1. Selectie thuiszorgdiensten

Om op een objectieve manier thuiszorgdiensten te selecteren, werden drie parameters in rekening gebracht: (1) type thuiszorgdienst, (2) regio en (3) zuil. Er werd een selectie gemaakt van thuiszorgdiensten (zie Bijlage 1) en regio's (zie Bijlage 2). Daarna werden random thuiszorgdiensten gekoppeld aan een bepaalde regio en een zuil. In de onderstaande tabel wordt het overzicht weergegeven van de geselecteerde thuiszorgdiensten.

Tabel: Geselecteerde thuiszorgdiensten

	Noord West-VI.	Oostende-Veurne	Midden West-VI.	Zuid West-VI.
Dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg	Solidariteit voor het Gezin			
Dienst voor oppashulp		Thuiszorg Bond Moyson		
Dienst voor thuisverpleging			Wit-Gele Kruis	Kring voor zelfstandige verpleegkundigen



In Bijlage 3 kunnen de gegevens van de contactpersonen van de thuiszorgorganisaties en -diensten die gecontacteerd werden volgens het protocol in Bijlage 4.

De Kring voor zelfstandige verpleegkundigen & Thuiszorg Bond Moyson hebben beslist om niet deel te nemen. De twee thuiszorgorganisaties Solidariteit voor het Gezin en Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen zegden toe om deel te nemen.

### 3.2. Selectie individuele hulpverleners

Er werd elke thuiszorgdienst gevraagd om tussen de 18 en 24 individuele hulpverleners of basiswerkers te selecteren. De dienst voor thuisverpleging staat in voor het uitvoeren van zorgtaken en verpleegtechnische prestaties, zoals insputingen toedienen, wondzorg uitvoeren, etc. Bij de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg komen de basiswerkers bij zorgbehoevenden langs om hen te helpen bij huishoudelijke activiteiten (bvb. poetsen, strijken, etc.).

De selectie van de basiswerkers van de geselecteerde thuiszorgdiensten gebeurt - omwille van praktische redenen - bij elke organisatie en dienst op een iets andere manier.

Het Wit-Gele Kruis voorziet geen random selectie. Verpleegkundigen kunnen deelnemen uit interesse en referentieverpleegkundigen worden geselecteerd/aangeduid door de verantwoordelijken om deel te nemen. De samenstelling van de deelnemersgroepen zullen telkens een mix zijn van beide geselecteerden (verpleegkundigen en referentieverpleegkundigen). De dienst Gezinszorg en aanvullende thuiszorg van Solidariteit voor het Gezin tenslotte hanteert een random selectie, maar vult aan met twee aangeduide personen waarvan de organisatie het belangrijk vindt dat ze deelnemen.

De organisaties stellen na het selectieproces een lijst op van deelnemers. De deelnemers ondertekenen een informed consent (Bijlage 5).

### 3.3. Selectie andere belanghebbenden bij thuiszorgdiensten

Naast de basiswerkers, worden er per thuiszorgorganisatie ook andere belanghebbende geselecteerd. Concreet gaat het over leidinggevend, stafleden, sectorverantwoordelijken, vertegenwoordigers van ondersteunende diensten (zoals bvb. VTO), ... intern aan de organisatie en externe deskundigen zoals vertegenwoordigers van mantelzorgers, cliëntenvertegenwoordigers, thematische experts (bvb. dementie, afasie, ...), ...

Aan de deelnemende thuiszorgorganisaties wordt gevraagd om tussen de zes en acht interne personen te selecteren. Volgende voorwaarden worden aan de thuiszorgorganisatie doorgegeven voor de selectie:

- De intern geselecteerde personen moeten een goede professionele samenwerking hebben met de specifieke thuiszorgdienst en de werking ervan kennen.
- De selectie moet bestaan uit minstens één sectorverantwoordelijke en één leidinggevende of stafid. De thuiszorgdienst mag de selectie verder aanvullen met personen vanuit de hoger vermelde interne categorieën.
- De groep wordt aangevuld met externe deskundigen die door de projectgroep worden voorgesteld en gecontacteerd. Elke thuiszorgorganisatie heeft inspraak in de keuze van de externen die de eigen groep zullen verrijken. Het is essentieel dat externe deskundigen toch vertrouwd zijn met de basiswerking van de specifieke thuiszorgdienst.

Tabel: *Andere belanghebbenden bij de thuiszorgdienst*

	profiel
Solidariteit voor het Gezin	leidinggevende sectorverantwoordelijke vertegenw.mantelzorgers cliëntverwoordigers
Thuisverpleging Wit-Gele Kruis	leidinggevende sectorverantwoordelijke vertegenw.mantelzorgers cliëntverwoordigers

## 4. Design en instrumenten

Het onderzoek telde drie onderscheiden delen: een veldwerk, een gevalstudie/focusgroepen en een brainstorm. De drie verschillende stappen worden telkens voor de twee deelnemende thuiszorgdiensten gezet. De resultaten van de verschillende stappen worden per thuiszorgdienst onafhankelijk verwerkt (zie verder).

### 4.1. Stap 1: Veldwerk

De onderzoekers leren de concrete werking van de dienst (binnen de organisatie) kennen door basiswerkers te vervoegen tijdens hun dagelijkse bezigheden. Aan de thuiszorgorganisaties wordt gevraagd met welke medewerkers de onderzoekers een dagje kunnen 'meelopen'.

### 4.2. Stap 2: Gevalsstudie/Focusgroepen

Om handvatten te kunnen aanreiken voor een empowerende hulpverlening, is het eerst en vooral noodzakelijk om een goed zicht te hebben op de huidige dienstverlening van de thuiszorgdienst. Omdat het belangrijk is een rijke, gedetailleerde en diepgaande beschrijvingen te verkrijgen van de dienstverlening (Kenny & Groterlueschen, 1984, in Ghesquière & Staessens, 1999), wordt er geopteerd om een gevalstudie uit te voeren per thuiszorgdienst (Ghesquière & Staessens, 1999). Via een gevalstudie kan de dienstverlening van de thuiszorgdienst in de eigen context worden bestudeerd zodat de verwevenheid van relevante factoren behouden kan blijven (Wester, Smaling & Mulder, 2000).

Via de gevalstudie wordt een antwoord geformuleerd op volgende drie onderzoeksvragen, met een sterke focus op de eerste onderzoeksvraag:

1. In welke mate houden hulpverleners in de thuiszorg rekening met de verschillende principes van een empowerende hulpverlening bij de hulpverlening aan ouderen met een communicatieve beperking?
2. Wat zijn de oorzaken die ertoe leiden dat bepaalde principes van een empowerende hulpverlening niet worden gerealiseerd?
3. Welke wijzigingen zijn mogelijk in de huidige werking om tot een meer empowerende hulpverlening te komen?

Bij de dienstverlening aan huis zijn de basiswerkers betrokken. Om de realiteit dus ten volle weer te geven, worden er per gevalstudie meerdere basiswerkers bevraagd. Concreet worden drie

focusgroepen voor basiswerkers georganiseerd met telkens zes tot acht respondenten. De veelheid aan antwoorden van de verschillende respondenten in de drie opeenvolgende focusgroepen zou moeten leiden tot betrouwbare resultaten. Indien verschillende basiswerkers namelijk hetzelfde aangeven over de dienstverlening (Wester, Smaling & Mulder, 2000), dan is de kans op betrouwbare resultaten groter.

De bovenstaande onderzoeksvragen worden niet letterlijk gesteld aan de respondenten. De mate van empowerment in de hulpverlening wordt geoperationaliseerd aan de hand van de zes werkingsprincipes van empowerment: krachtgericht, positief, participatief, inclusief, integraal en relatiegericht werken (Steenkens & Van Regenmortel, 2007) (Zie paragraaf “empowerment”).

De respondenten worden uitgedaagd om de werkingsprincipes toe te lichten met het oog op de hulpverlening bij een moeilijke doelgroep van zorgvragers die communicatief beperkt zijn, namelijk thuiswonende ouderen die hun boodschap (erg) moeilijk of niet kunnen overbrengen en/of boodschappen niet kunnen begrijpen.

Er wordt ervoor gekozen om dit te doen aan de hand van focusgroepen met semigestructureerde vragen. Er wordt geopteerd voor een focusgroep zodat verschillende respondenten samen bevestigd kunnen worden. Volgens Swanborn (1981) lenen deze interviews zich voornamelijk voor een explorerende benadering waarbij het belangrijk is een overzicht te krijgen van en inzicht in de ideeën, motieven, etc. van de populatie. Voordelen van deze methodiek zijn volgens Janssens (2002) de beperkte kosten en een hogere respons in vergelijking met een individuele benadering. Met betrekking tot de kwaliteit van de antwoorden maakt Janssens (2002) wel de kanttekening dat de interviewer erop moet letten dat bepaalde respondenten niet worden overstemd door anderen. De kans op vertekende informatie kan dan het gevolg zijn van het feit dat bepaalde leden verbaal minder begaafd zijn, dat ze hun mening in groep niet zo sterk naar buiten durven brengen, een lage status hebben binnen de groep, etc. Tijdens de focusgroep worden voornamelijk semigestructureerde vragen gesteld. Dit om er enerzijds zeker van te zijn dat de vooropgestelde vragen afdoend worden beantwoord maar er anderzijds toch nog ruimte wordt gelaten voor de eigen inbreng van de basiswerkers (Janssens, 2002).

Tijdens de focusgroep zijn er drie onderzoekers aanwezig die elk een verschillende rol opnemen: twee facilitators en één verslaggever.

De verslaggever neemt een discrete plaats in tijdens de focusgroep en observeert van op een afstand. Gedurende de volledige focusgroep let hij voornamelijk op de non-verbale zaken en noteert dit. Deze data worden dan tijdens de verwerking gebruikt als aanvulling bij het opgenomen auditief materiaal.

De rol van de facilitators wijzigt, afhankelijk van de verschillende stappen. Bij de aanvang stelt facilitator 1 alle onderzoekers voor en geeft hij de instructies aan de respondenten. Facilitator 2 zorgt ervoor dat de kopies uitgedeeld worden. Tijdens de twee delen van de focusgroep neemt facilitator 1 de meest actieve rol op; hij neemt de leiding en voert het woord. Facilitator 2 zit naast facilitator 1 en ondersteunt hem waar nodig: interviewleidraad opvolgen, tijd in het oog houden, post-its ordenen, foto's nemen. Kortom; facilitator 2 heeft eerder een ondersteunende rol en houdt de praktische zaken in het oog. Facilitator 2 geeft - tussen de twee delen van de focusgroep in - de vorming omtrent empowerment en begeleidt ook de samenvattende reflectie.

Concreet zal de focusgroep bestaan uit de verschillende delen. In wat volgt, wordt de focusgroep stap voor stap overlopen.

#### *4.2.1. Lezen en verwerken van de casus*

De basiswerkers die deelnemen aan de focusgroep krijgen een casus die ze in stilte lezen (zie Bijlage 6). De casus beschrijft het oudere koppel waarvan de man Louis zorgbehoevende is. Het is de bedoeling dat de basiswerkers zich aan de hand van de casus inleven en op die manier nadenken over hun eigen manier van werken binnen hun specifieke takenpakket. Onder de casus staan zes vragen die impliciet verwijzen naar de zes werkingsprincipes van empowerment (Steenssens & Van Regenmortel, 2007) (zie paragraaf "Empowerment"). De basiswerkers dienen individueel de vragen te beantwoorden. Op die manier heeft elke respondent voor de start van de focusgroep reeds nagedacht over de vragen en een antwoord voor zichzelf geformuleerd.

#### *4.2.2. Focusgroep (deel 1)*

In het eerste deel van de focusgroep worden de vragen, die men eerst individueel heeft behandeld, in groep besproken. Dit wordt gestructureerd gedaan. Elk werkingsprincipe komt één voor één aan bod. Er worden bijkomstige vragen gesteld over de werking van de thuiszorgdienst (zie Bijlage 7). De respondenten worden gestimuleerd te reflecteren over hun werking door te vragen naar concrete voorbeelden uit hun praktijk. Informatie over deze werkingsprincipes zou vooral moeten aangeven in welke mate de huidige hulpverlening reeds empowerend is en tevens ook waarom dit eventueel niet het geval is.

#### *4.2.3. Vorming Empowerment*

De respondenten krijgen leerinhouden aangereikt omtrent het concept empowerment en empowermentmethodieken (zie Bijlage 8). Tijdens dit vormingsmoment wordt expliciet teruggekoppeld naar de voorbeelden die de respondenten aangehaald hebben tijdens de focusgroep.

Er werd bewust voor gekozen om de werkingsprincipes niet uit te leggen voor de vorming; dit zou kunnen leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Respondenten zouden namelijk aan de hand van deze uitleg eventueel kunnen besluiten dat het toepassen van deze werkingsprincipes als wenselijk wordt aanzien. Dit zou echter de authenticiteit en betrouwbaarheid van de resultaten in het gedrag brengen.

#### *4.2.4. Focusgroep (deel 2)*

Nadat de werkingsprincipes werden aangereikt, kunnen de respondenten aangeven wat de knelpunten of oorzaken zijn waarom het moeilijk is of niet lukt om de werkingsprincipes te volgen tijdens de basiswerking. Aansluitend kunnen de respondenten mogelijkheden, oplossingen, wijzigingen in de basiswerking aangeven die tegemoet komen aan de knelpunten.

Het aangeven van zowel knelpunten als oplossingen verloopt aan de hand van post-it's. De respondenten gaan op die manier individueel nadenken en zaken aangeven. Vervolgens kunnen de respondenten hun opmerkingen in de hele groep mondeling toelichten.

#### *4.2.5. Samenvattende reflectie*

De focusgroep wordt afgesloten met een samenvattende reflectie door de facilitators. Daarbij komen ook elementen uit voorgaande focusgroepen binnen dezelfde dienst, aan bod. Zo krijgen de respondenten zicht op elementen die collega's aanbrachten. Deze elementen kunnen heel vergelijkbaar zijn, maar het is ook mogelijk dat er aanvullende elementen bij zijn.

De respondenten krijgen de kans om daarover te reflecteren waardoor eventueel nog aanvullende informatie kan aangebracht worden of de prioriteitenlijst nog kan wijzigen.

In bijlage 9 wordt de analyse van de gegevens weergegeven.

### 4.3. Stap 3: Brainstorm

Naast de bevraging van de basiswerkers, worden ook de andere belanghebbenden bij de thuiszorgorganisaties bevraged. Het betrekken van de andere belanghebbenden heeft een dubbele bedoeling. Vooreerst wordt appel gedaan op hun expertise; zij kennen de eigen thuiszorgdienst immers best. Daarnaast kan hun betrokkenheid zorgen voor een grotere gedragenheid van de aangereikte handvaten in hun thuiszorgorganisatie.

Deze bevraging staat in het teken van de volgende onderzoeksvraag:

- Welke wijzigingen zijn mogelijk in de huidige werking om tot een meer empowerende hulpverlening te komen?

De focus tijdens deze bevraging ligt niet in het analyseren van de huidige werking van de thuiszorgdienst. De nadruk ligt voornamelijk op creatief en open nadenken over mogelijke oplossingen; daarom wordt geopteerd voor de techniek van een brainstorm (Baruah & Paulus, 2008). Oorspronkelijk werd deze werkvorm gedefinieerd als:

*a method to generate new ideas by asking group members freely generate as many ideas as they can on a given topic following four specific rules: (a) express any idea that comes into your mind, (b) do not criticize any ideas, (c) generate as many ideas as you can, and (d) combine and improve these ideas to come up with newer and better idea. (Osborn, 1957, in Baruah & Paulus, 2008, pag. 523).*

Men maakt een onderscheid tussen individueel brainstormen en brainstormen in groep. Er wordt verondersteld dat individuen meer voordeel halen uit het brainstormen in groep omdat ze gebruik kunnen maken van de verschillende perspectieven en vaardigheden van de anderen doordat men elkaar cognitief stimuleert (Brown, Tumeo, Larey & Paulus, 1998). Uit onderzoek blijkt echter dat het brainstormen in groep minder efficiënt is dan individueel brainstormen (Mullen, Johnson & Salas, 1991). Dit kan het gevolg zijn van angst om ideeën in groep te bespreken, vrees voor negatieve kritiek van anderen, etc. Aan de andere kant is het zo dat individuen eerder kiezen om in groep te werken dan alleen (Baruah & Paulus, 2008). Er moet dus gezocht worden naar een combinatie van brainstormen in groep of alleen, zodat de voordelen van deze methode kunnen benut worden en de nadelen ondervangen kunnen worden.

Er wordt geopteerd voor de 'individual-to-group brainstorming sequence' omdat het participanten toelaat zich voor te bereiden om de groepssessie door eerst individueel te reflecteren op de eigen ideeën (Stein, 1975; in Baruah & Paulus, 2008). Daarnaast toont onderzoek aan dat individuen alleen meer ideeën genereren tijdens brainstormsessies dan personen in groep (Baruah & Pauls, 2008). Dit

heeft een positief effect op het aantal ideeën dat tijdens de totale brainstorm aan bod komen, maar niet op de kwaliteit van het aantal ideeën.

Concreet zal de brainstorm bestaan uit volgende delen:

#### *4.3.1. De ideale situatie*

Na een toelichting van de werkingsprincipes van empowerment (Steenssens & Van Regenmortel, 2007), wordt participanten gevraagd om individueel na te denken over de ideale situatie om op een creatieve manier tegemoet te komen aan deze werkingsprincipes. Concreet krijgen de participanten post-it's waarop ze via kernwoorden mogelijke tegemoetkomingen voor één werkingsprincipe kunnen noteren. Deze post-it's worden gekleefd op de 'GPS voor ondernemingen' - een brainstormtool van het Innovatiecentrum Oost-Vlaanderen. Na een tiental minuten schuiven de respondenten door naar een volgend werkingsprincipe waar ze opnieuw tegemoetkomingen kunnen noteren. Dit gaat door tot alle respondenten nagedacht hebben over alle zes de werkingsprincipes.

#### *4.3.2. Scoren van ideeën*

Respondenten wordt gevraagd om alle ideeën van de andere participanten, te lezen, te beoordelen en te scoren. Aan de hand van kleurindicatie kiest elke respondent de ideeën die hij het beste vindt. De individuele keuzes van de verschillende participanten worden samengenomen en er werd een gemeenschappelijke top 10 samengesteld. Binnen deze selecties wordt in groep nogmaals een top 3 samengesteld met de beste ideeën.

#### *4.3.3. Uitwerken geselecteerde ideeën*

De participanten worden opgedeeld in kleine groepjes. Elk groepje is verantwoordelijk voor één van de top-ideeën en werkt een projectfiche voor deze suggestie uit (zie Bijlage 10). Op die manier worden de participanten gestimuleerd om concreter na te denken over de suggesties die ze zelf hebben aangereikt.

Tijdens de brainstorm zijn er twee onderzoekers aanwezig die een verschillende rol opnemen: één facilitator en één verslaggever.

De verslaggever neemt een discreet plaats tijdens de brainstorm en observeert van op een afstand. Gedurende de volledige brainstorm let hij voornamelijk op de non-verbale zaken en noteert die. Deze data worden dan tijdens de verwerking gebruikt als aanvulling bij het opgenomen auditief materiaal.

De rol van de facilitator is meer actief van aard en wijzigt doorheen de verschillende stappen van de brainstorm. Bij de aanvang legt de facilitator - aan de hand van een GPS-bord - het volledige verloop



van de brainstormsessie uit zodat de participanten weten wat van hen verwacht wordt. Daarna start de facilitator met het toelichten van de verschillende werkingsprincipes van empowerment. Na de toelichting, zet de facilitator de participanten aan het werk. Op dat moment houdt de facilitator de tijd in het oog zodat de participanten na tien minuten kunnen doorschuiven naar een volgend werkingsprincipe. Na het eerste deel van de brainstorm, geeft de facilitator instructies zodat de participanten de ideeën van elkaar gaan lezen en scoren. Nadien is het aan de facilitator om de top 10 van meest gescoorde ideeën samen te stellen. Eenmaal de top 10 is samengesteld, is het aan de facilitator om de participanten tot een discussie te brengen zodat de drie beste ideeën geselecteerd worden. Ten slotte geeft de facilitator instructies aan de participanten om de geselecteerde ideeën uit te werken aan de hand van de projectfiche.

## 5. Resultaten

CEMO bouwde een voorstel uit voor beide thuiszorgorganisaties op basis van de kwalitatieve dataverwerking van de focusgroepen met de basisedwerkers (verzorgenden van de gezinszorg) en de brainstorm met leidinggevenden, alsook de literatuurstudie over empowerment. Het voorstel staat een focus voor empowerende hulpverlening voor. Volgende criteria hebben de keuze voor dit voorstel beïnvloed:

- het voorstel moet bruikbaar zijn in de thuiszorg,
- het moet een duidelijke link hebben met minstens 1 basisprincipe van empowerment,
- het moet vertrekken vanuit de knelpunten en mogelijkheden die vanuit de organisatie zijn naar voor gekomen tijdens bevestigingen en brainstorm,
- er moet bijzondere aandacht zijn voor de cliënten met een communicatieve beperking
- en indien mogelijk een digitaal luik kunnen omvatten (om zo een link te maken naar de empowerende technologie projecten van CEMO)

### 5.1. Empowerment binnen de dienstverlening van de gezinszorg van SVHG

Bij de analyse van de kwalitatieve data bleek dat vanuit de discussiegroepen met basiswerkers heel concrete knelpunten en mogelijkheden aan bod kwamen, aangezien de deelnemers allen heel sterk vanuit hun dagelijkse praktijk uitgedaagd werden. De brainstorm met leidinggevenden leverde eerder 'dromen' op, wat waarschijnlijk typisch is voor een brainstorm. Desondanks werd ook in de brainstorm enkele 'dromen' geconcretiseerd.

Vanuit deze vaststelling zijn we bij de analyse in functie van dit voorstel vertrokken vanuit het concreetste niveau: de resultaten van de discussiegroepen.

Daaruit bleek dat het principe 'participatief werken' het meeste aan bod kwam (kreeg het meeste codes toegewezen). De deelnemende basisedwerkers hebben het dus vaak over participatief werken, vermoedelijk omdat zij dit heel belangrijk vinden. Dit principe kreeg echter ook het meeste knelpunten en negatieve verwijzingen toegewezen. De helft van de uitspraken die betrekking hebben op het participatief werken is negatief. Het is met andere woorden het principe waarover het meest gesproken werd, maar waar nog het meeste 'werk' aan is.

Een ander principe, 'inclusief werken' komt overwegend positief aan bod, maar komt bijna niet voor (kreeg het minste codes toegewezen). Aangezien bij de codering dit principe onmiddellijk in verband werd gebracht met de communicatieve beperking van de cliënt, vinden we dit als onderzoekers ook

een belangrijke indicator, vooral omdat het zou kunnen dat er in de praktijk nog weinig aandacht gaat naar dit principe.

Na de keuze van de principes: participatief en inclusief werken, heeft de onderzoeksgroep een poging gedaan om, rekening houdend met de good practices vanuit de literatuur, zo veel mogelijk knelpunten en oplossingsmogelijkheden die betrekking hebben op deze principes (zowel vanuit de discussiegroepen als uit de brainstorm) in 1 voorstel samen te brengen.

Deze oefening resulteerde in ons voorstel om de intakeprocedure van de gezinszorg van SVHG te optimaliseren / aan te vullen / empowerender te maken.

Waarom de intakeprocedure?

- Dit kwam bij de brainstormsessie vaak aan bod bij de gps.
- Ook binnen de gevalstudies werd dit als oplossing voor het knelpunt 'informatiedoorstroming' voorgesteld.
- Het is een bestaande procedure die we verder kunnen standaardiseren/ optimaliseren.
- Komt tegemoet aan volgende knelpunten:
  - Informatiedoorstroming
  - Gedwongen hulpverlening
  - Taakafspraken
  - Wijkwerking
  - Taakbeschrijvingen
  - Communicatieschriftje
  - Omgaan met communicatiebeperking
- Komt tegemoet aan volgende ideeën van de discussiegroepen:
  - Intake
  - Vorming: omgaan met ...
  - Communicatiepaspoort
  - Intervisie
- Komt tegemoet aan volgende ideeën van de gps:
  - Technologie als hulpmiddel voor communicatie
  - Vraag gestuurd werken
  - Zelfzorg stimuleren
  - Holistische visie vanaf intake

## 5.2. Empowerment binnen de thuisverpleegkunde van WGK

Bij de analyse van de kwalitatieve data bleek dat vanuit de discussiegroepen met basiswerkers heel concrete knelpunten en mogelijkheden aan bod kwamen, aangezien de deelnemers allen heel sterk vanuit hun dagelijkse praktijk uitgedaagd werden. De brainstorm met leidinggevendenden leverde eerder 'dromen' op, wat waarschijnlijk typisch is voor een brainstorm. Desondanks werd ook in de brainstorm enkele 'dromen' geconcretiseerd.

Vanuit deze vaststelling zijn we bij de analyse in functie van dit voorstel vertrokken vanuit het concreetste niveau: de resultaten van de discussiegroepen.

Daaruit bleek dat het principe 'krachtgericht werken' heel vaak aan bod kwam (kreeg het meeste codes toegewezen). De deelnemende basisedwerkers hebben het dus vaak over krachtgericht werken, vermoedelijk omdat zij dit heel belangrijk vinden. Dit principe kreeg echter ook het meeste knelpunten en negatieve verwijzingen toegewezen. De helft van de uitspraken die betrekking hebben op het krachtgericht werken is negatief. Het is met andere woorden het principe waarover veel gesproken werd, maar waar nog het meeste 'werk' aan is. Ook de principes 'positief werken' en 'integraal werken' komen heel vaak aan bod, maar overwegend positief.

De andere principes: 'participatief werken', 'relatiegericht werken' en 'inclusief werken' komen 1/3 minder aan bod (in vergelijking met hoger genoemde) en dat laatste (inclusief werken) komt ook bij 1/4 van de uitspraken negatief of als knelpunt aan bod. Aangezien bij de codering dit principe onmiddellijk in verband werd gebracht met de communicatieve beperking van de cliënt, vinden we dit als onderzoekers ook een belangrijke indicator, vooral omdat het zou kunnen dat er in de praktijk nog weinig aandacht gaat naar dit principe en/of dit een belangrijke hindernis in de zorgverlening zou kunnen zijn.

Na de keuze van de principes: krachtgericht en inclusief werken, heeft de onderzoeksgroep een poging gedaan om, rekening houdend met de good practices vanuit de literatuur, zo veel mogelijk knelpunten en oplossingsmogelijkheden die betrekking hebben op deze principes (zowel vanuit de discussiegroepen als uit de brainstorm) in 1 voorstel samen te brengen.

Deze oefening resulteerde in ons voorstel om binnen de thuisverpleegkunde van WGK te focussen op het stimuleren van zelfzorg bij patiënten, met aandacht voor de doelgroep: ouderen met een communicatieprobleem en digitale mogelijkheden.

## Waarom zelfzorg stimuleren?

- Dit kwam zowel bij de discussiegroepen als de brainstorm aan bod.
- Binnen de gevalsstudies werd dit als belangrijke taak van de thuisverpleegkundige naar voor gebracht en als oplossing voor het knelpunt 'beperkte tijd' voorgesteld. (het knelpunt dat het frequentst naar voor kwam)
- Het is binnen het zelfzorgmodel (theoretisch basiskader van de huidige verpleegkunde) een essentiële betrachting van de thuisverpleegkundige en vormt de leidraad voor het bepalen van mogelijke doelen en interventiemogelijkheden voor de gedetecteerde verpleegdiagnosen.
- Komt tegemoet aan volgende knelpunten:
  - Beperkte tijd & tijdsdruk
  - Financiële beperkingen
  - Mantelzorger als mede-zorgverlener
  - Verpleegkundige als doener
  - Mondigheid van de cliënt
  - Zorgafspraken
  - Verwachtingen van verpleegkundigen
  - Gedwongen hulpverlening
  - Zorg mijden
- Komt tegemoet aan volgende ideeën van de discussiegroepen:
  - Extra tijd
  - Screening van de mogelijkheden
  - Inschakelen en begeleiding van de mantelzorg
  - Taakafspraken
- Komt tegemoet aan volgende ideeën van de brainstorm:
  - Patiënten-educatie
  - Begeleide huistaken
  - Zelfzorg stimuleren
  - Keuze zorg

## 6. Besluit

In dit kwalitatief onderzoek werden hulpverleners en andere belanghebbende van de thuiszorgdiensten Solidariteit voor het Gezin en Wit-Gele Kruis bevroegd. Vanuit de 6 werkingsprincipes van empowerment werd een gevalstudie en een brainstorm uitgewerkt om een voorstel van focus voor empowerende hulpverlening binnen elke van de organisaties naar voor te schuiven. Hierbij werd de doelgroep van thuiswonende hulpbehoevende ouderen met dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA voor ogen gehouden.

Zo formuleerde CEMO het voorstel aan Solidariteit voor het Gezin om een empowerende intake te ontwikkelen en aan Wit-Gele Kruis om het stimuleren van zelfzorg bij patiënten sterker te ontwikkelen.

In een vervolgonderzoek werkte CEMO en het expertisecentrum Verpleeg- en Vroedkunde in samenwerking met beide organisatie de twee voorstellen verder uit. Voor meer informatie zie de website van CEMO: [www.cemo.be](http://www.cemo.be)

## Referentielijst

Baruah, J., & Paulus, J.B. (2008). Effects of Training on Idea Generation in Groups. *Small Group Research*, 39(5), 523-541.

Carter, C.S. (2002). Perinatal care for women who are addicted: Implications for Empowerment. *Health and Social Work*, 27(3), 166-174.

Creswell, J.W. (2003). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications: London

Ghesquière, P., & Staessens, K. (1999). Kwalitatieve gevalsstudies. In B. Levering & P.Smeyers (Red.), *Opvoeding en onderwijs leren zien: Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp. 192-213). Amsterdam: Boom.

Herbert, R.J., Gagnon, A.J., O'Loughlin, J.L., & Rennick, J.E. (2001). Testing an Empowerment Intervention to Help Parents Make Homes Smoke-free: A Randomized Controlled Trial. *Community Health*, 36, 650-657.

Janssens, J.M.A.M. (2002). *'Ogen' doen onderzoek. Een inleiding in de methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek* (10th ed.). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Mullen, B., Johnson, C., & Salas, E. (1991). Productivity Loss in Brainstorming Groups: a Meta-Analytic Integration. *Basic and Applied Social Psychology*, 12(1), 3-23.

Peled, E., Eisikovits, Z., Enosh, G., & Winstok, Z. (2000). Choice and Empowerment for Battered Women Who Stay: Toward a Constructivist Model. *Social Work*, 45(1), 9-25.

Steenssens, K., & Van Regenmortel, T. (2007). Empowerment Barometer, Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten. Leuven: HIVA.

## Bijlage I: Selectie van thuiszorgdiensten

Er is in Vlaanderen een ruim en divers aanbod aan voorzieningen die verschillende vormen van verzorging en hulp bij de mensen thuis aanbieden. Dat gaat van hulp bij het huishouden tot lichaamsverzorging en verpleegkundige zorg. In wat volgt geven we kort een overzicht van de bestaande thuiszorgdiensten. Voor meer informatie over de inhoud en de werking van de opgesomde diensten wordt verwezen naar het afzonderlijk document: 'Aanbod in de thuiszorg'. Volgende thuiszorgdiensten worden erkend door het Vlaams agentschap zorg en gezondheid:

- Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg
- Diensten voor logistieke hulp
- Diensten voor gastopvang
- Diensten voor oppashulp
- Diensten voor thuisverpleging
- Lokale dienstencentra
- Regionale dienstencentra
- Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers
- Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds
- Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)

Deze indeling kan aangevuld worden met een lijst ouderenvoorzieningen die gericht zijn naar thuiswonende ouderen met een zorgnood. Verschillende types ouderenvoorzieningen zijn door het agentschap erkend:

- Dagverzorgingscentra
- Centra voor kortverblijf
- Centra voor herstellverblijf
- Serviceflats
- Expertisecentrum voor dementie

Het Kenniscentrum Mantelzorg (KEM) vult in hun 'gids in de thuiszorg' (Werkgroep thuisverzorgers VZW, 2005) deze indeling ook nog aan met de vrije beroepen die binnen de gezondheidszorg dienstverlening bieden aan thuiswonende ouderen, ...:

- Huisarts
- Kinesitherapeut
- Logopedist



- Ergotherapeut
- Pedicure
- Diëtist
- Tandarts aan huis

Na het aanbod van de thuiszorgdiensten en vrije beroepen te hebben opgesomd, dienen we een selectie te maken van de actoren die we willen bevragen. Om een heterogene, objectieve selectie van diensten te verkrijgen hanteren we volgende parameters voor de dienstverlening: algemeenheid, spreiding, locatie, ontvanger, type en verzuiling (zie Tabel I).

Met de eerste parameter, *algemeenheid*, wordt verwezen naar de keuze om diensten op te nemen die een werking hebben die gericht is op de algemene bevolking en niet op een verfijnde thematische groep (bvb. enkel rond dementie of geestelijke gezondheid). (Algemeen versus Specifiek). Het onderzoek focust immers op communicatieve beperkingen bij oudere zorgvragers in het algemeen.

De parameter *spreiding* verwijst naar de regionale dekking van de thuiszorgdiensten die we wensen te selecteren. Voor dit onderzoek willen we diensten selecteren die niet uitsluitend een werking hebben in 1 gemeente of regio, maar eerder instaan voor een dienstverlening in de volledige provincie. Verder is er de hypothese dat door het betrekken van diensten met een grote spreiding er een grotere kans is om met onze toekomstige bevindingen een grote groep mensen te betrekken. (Globaal versus Lokaal).

Het onderzoek wil hulpverlening in de thuisomgeving bestuderen. Voor onze bevraging is het dan ook van belang dat de dienstverlening plaatsvindt in de thuisomgeving van de oudere, parameter *locatie*. (Thuis versus Buitenshuis)

Gezien de focus ligt op het micro-niveau, de basiswerking tussen zorgverlener en zorgvrager, dient de ontvanger van de dienstverlening de thuiswonende *zorgbehoevende oudere* zelf te zijn. Sommige thuiszorgdiensten richten zich tot andere formele zorgverleners. Deze diensten zullen we uitsluiten in de onderzoek. (Oudere versus Andere)

Vervolgens is het van belang dat we die *dienstverlening (type)* selecteren die structureel zorg verleent. Sommige diensten verlenen zorg op een *systematisch* manier, bvb. dagelijks of wekelijks. Andere diensten verlenen hun hulpverlening slechts éénmalig of enkel in bepaalde omstandigheden. (Systematisch versus Onregelmatig)

Tenslotte houden we ook rekening met de *levensbeschouwing* van de diensten. West-Vlaanderen kent een sterk verzuild zorglandschap. Het is daarom belangrijk dat de verschillende zuilen (christelijke, socialistische en liberale) vertegenwoordigd zijn. Tegelijk kent het zorglandschap ook een expliciet pluralistische dienstverlening waardoor ook hieruit vertegenwoordigers dienen te worden opgenomen in de bevraging (Verzuild versus Pluralistisch).

Tabel I: overzicht van de diensten in functie van de zes parameters.

	algemeenheid	spreiding	locatie	ontvanger	type	verzuiling
Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg	A	G	T	O	S	V+P
Diensten voor logistieke hulp	A	L	T	O	S	V+P
Diensten voor gastopvang	A	L	B	O	S+O	V+P
Diensten voor oppashulp	A	G	T	O	S+O	V+P
Diensten voor thuisverpleging	A	G	T	O	S+O	V+P
Lokale dienstencentra	A	L	B	O	S+O	P
Regionale dienstencentra	A	L	B	O	O	V+P
Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers	A	G	B	O+A	O	V+P
Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds	A	G	T+B	O	O	V+P
Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	A	G	B	A	S	P
Dagverzorgingscentra	A	L	B	O	S	V+P
Centra voor kortverblijf	A	L	B	O	O	V+P
Centra voor herstelverblijf	A	L	B	O	O	V+P
Serviceflats	A	L	T	O	S	V+P
Expertisecentrum voor dementie	S	G	B	O+A	O	P
Huisarts	A	L	T+B	O	S	P
Kinesitherapeut	S	L	T+B	O	S	P
Logopedist	S	L	T+B	O	S	P
Ergotherapeut	S	L	T+B	O	S	P
Pediciure	S	L	T+B	O	S	P
Diëtist	S	L	T+B	O	S	P
Tandarts (aan huis)	A	L	T+B	O	O	P

**Algemeenheid:** algemeen (A) of specifiek (S); **Spreiding:** globaal (G) of lokaal (L) ; **Locatie:** thuis (T) of buitenshuis (B);

**Ontvanger:** ouderen (O) of andere (A); **Type:** systematisch (S) of onregelmatig (O); **Verzuiling:** verzuild (V) of pluralistisch (P).

In Tabel I beantwoorden drie diensten aan de vermelde selectiecriteria. Ze zijn algemeen, globaal, bieden hun diensten op een systematisch manier aan huis, aan de oudere zorgvragers zelf. In de selectie varieert ook naar type zorgverlening en heeft de potentie om zowel verzuilde als pluralistische concrete diensten te bevatten.

We hebben op basis van verschillende parameters drie thuiszorgdiensten geselecteerd: dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, dienst voor oppashulp en dienst voor thuisverpleging. We hebben bij de keuze diensten rekening gehouden met de verzuiling. We willen hierbij benadrukken dat deze keuze gemaakt werd uit historische overwegingen, niet om inhoudelijke redenen. De verzuiling kleurde in het verleden en kleurt nog steeds de Vlaamse hulpverlening. Een link (al dan niet voornamelijk historisch) met een bepaalde zuil, sluit niet uit dat thuiszorgorganisaties meer en meer onafhankelijk werken. Voor elke soort dienstverlening verkiezen we om een vertegenwoordiger uit elke zuil (liberale, socialistische en katholieke zuil) + één vertegenwoordiger van de niet-verzuilde diensten te selecteren. Om praktische redenen verkiezen we om één grote mutualiteit per regio te bevragen. We gaan ervan uit dat het pragmatisch gezien beter is om alle contacten binnen één mutualiteit te houden.

## Bijlage 2: Selectie van regio's

De volledige provincie West-Vlaanderen dient aan bod te komen; daarom dient er aandacht te worden besteed aan de geografische spreiding.

Er zijn echter verschillende regio-indelingen mogelijk, de arrondissementen, regio-indeling van de Regionale Welzijns Commissie (RWC), etc. Aangezien de thuiszorg centraal staat, wordt er geopteerd om de regio-indeling van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) te gebruiken.

In West-Vlaanderen zijn er 4 SEL's erkend namelijk:

- SEL Oostende-Veurne
- SEL Zuid-West-Vlaanderen
- SEL Midden West-Vlaanderen
- SEL Noord-West-Vlaanderen

Het SEL is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders binnen een bepaalde zorgregio dat gericht is op de optimalisatie van de zorg. Het SEL heeft een aantal opdrachten die zich vooral op organisatorisch vlak situeren. Deze zijn gericht naar de zorgbehoevende gebruikers en hun omgeving en naar zorgaanbieders en bevolking. De opdrachten worden door de Vlaamse overheid bepaald in het eerstelijnsdecreet, de concrete vertaling wordt gemaakt door het SEL-bestuur van elke regio. Het SEL is samengesteld uit vertegenwoordigers van de huisartsen, de (thuis)verpleegkundigen en vroedvrouwen, de diensten voor gezinszorg, de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen al dan niet in samenwerking met de regionale dienstencentra, de OCMW's, de lokale dienstencentra, de woon- en zorgcentra en andere zorgaanbieders zoals: mantelzorgverenigingen, gebruikersverenigingen, verenigingen voor vrijwilligers in de thuiszorg, kinesisten, etc. actief in het werkingsgebied van het SEL.

Een toevallige toewijzing van de zuilen aan regio's (door een onschuldige kinderhand) heeft volgend resultaat opgeleverd. In SEL-regio Noord-West-Vlaanderen worden diensten gelinkt aan de liberale zuil bevraagd, in de SEL-regio Oostende-Veurne diensten van de socialistische zuil, in de SEL-regio Midden West-Vlaanderen diensten gelieerd aan de Katholieke zuil en tot slot in de SEL-regio Zuid-West-Vlaanderen worden niet-verzuilde diensten bevraagd.

In bijlage drie zijn de contactgegevens terug te vinden van de geselecteerde thuiszorgdiensten.

## **Bijlage 3: Contactgegevens geselecteerde thuiszorgdiensten**

Solidariteit voor het Gezin

Vandendriessche Luc, Louagie Karien

Koningin Astridlaan 97

8200 Brugge

050/40 66 90

luc.vandendriessche@svhg.be, Karien.louagie@svhg.be

Thuisverpleging Wit-Gele Kruis

Gheeraert Anne-mie

Annuntiatenstraat 47

8000 Brugge

050/34 13 33

[Annemarie.Gheeraert@WGKWVL.be](mailto:Annemarie.Gheeraert@WGKWVL.be)

## **Bijlage 4: Protocol bij contacteren thuiszorgdiensten**

Er werd telefonische contact opgenomen met de verantwoordelijke van de thuiszorgdiensten. Deze gegevens werden verkregen via het thuiszorgzakboekje van de SEL's. De contactpersonen zijn eveneens bestuurslid van de SEL van hun regio. Tijdens het telefonische contact wordt het project kort toegelicht, en wordt tevens een afspraak gemaakt om verdere toelichting te geven. Na de uitvoerige bespreking van ons onderzoekproject krijgen de thuiszorgdiensten de kans om deel te nemen. Onmiddellijk vragen wij het engagement van deze diensten om het volledige traject met de onderzoeksgroep te doorlopen.

De geïnteresseerde diensten zullen voornamelijk gevraagd worden om tijd te investeren om het traject te doorlopen. Door hun deelname verkrijgen de diensten de kans om binnen een samen vastgelegde focus aan een empowerende houvast voor de hulpverlening te werken. Het doorlopen van volledige traject kan eveneens onderdeel uitmaken van de interne kwaliteitszorg binnen de organisatie. In oorsprong was het eveneens de bedoeling om een digitale leeromgeving te ontwikkelen om de methodiek aan te leren, maar doorheen het onderzoek (onder meer wegens gebrek aan tijd en budget) bleek dit niet mogelijk in praktijk.

## **Bijlage 5: Informed consent**

### **Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)**

**Titel onderzoek:**

**Verantwoordelijke onderzoeker:**

#### ***In te vullen door de deelnemer***

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek vertrouwelijk zullen worden gebruikt en enkel geanonimiseerd aan derden zullen bekend gemaakt worden.

Ik begrijp dat het auditieve opnamemateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt.

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

#### ***In te vullen door de uitvoerende onderzoeker***

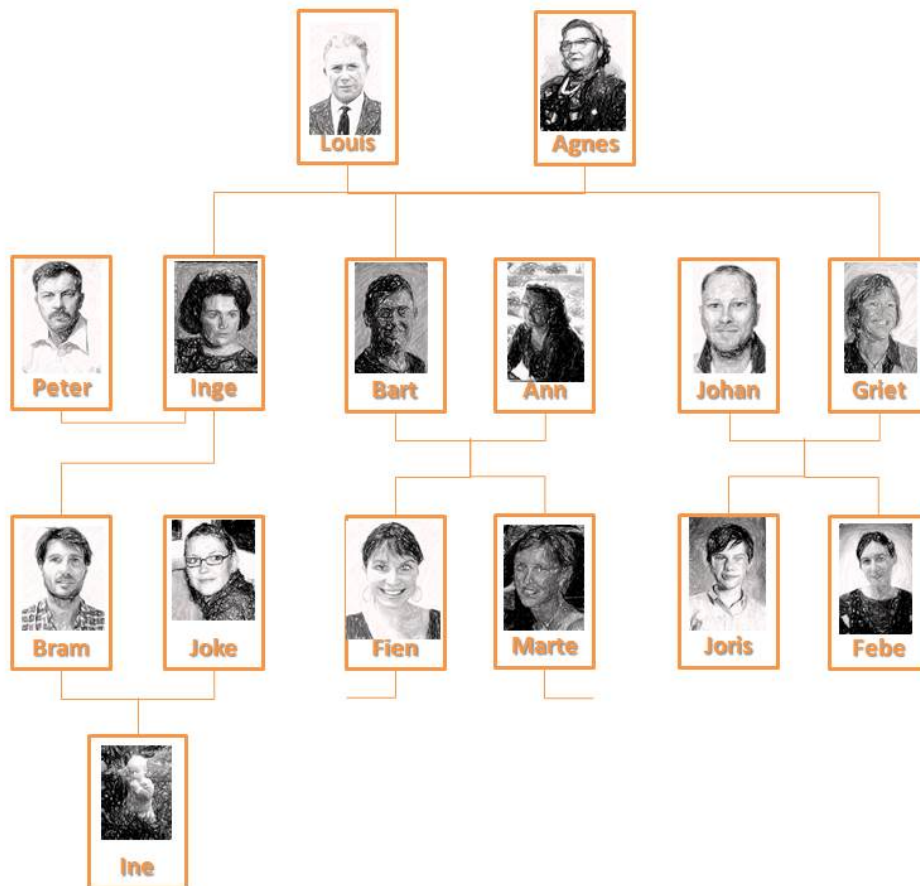
Ik heb een toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.

Naam onderzoeker:

.....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker .....

## Bijlage 6: Casus focusgroep professionele basiswerkers



**Agnes en Louis** vierden vorig jaar hun gouden huwelijksjubileum. 50 jaar lief en leed delen zorgt ervoor dat ze niet zonder elkaar kunnen.

Agnes werd geboren op 24/02/1937 te Brugge/Oostende/Roeselare/Kortrijk en is 74 jaar. Zij groeide op in de stad als oudste dochter van een zelfstandig schilder-behanger. Ze heeft nog een 2 jaar jongere zus en een broer die 7 jaar jonger is. Haar ouders zijn al een poos overleden en met haar broer heeft ze nog weinig contact. Haar zus hoort ze wel nog regelmatig aan de telefoon.

Louis werd geboren op 31/10/1935 te Dudzele/Snaaskerke/Beveren/Kooigem en is 76 jaar oud. Hij is de jongste zoon van een landbouwersgezin met 5 kinderen. 2 broers en 1 zus zijn echter al overleden. Zijn jongste zus woont in een woonzorgcentrum en tot voor enkele jaren had hij nog regelmatig contact met haar. Momenteel houdt Agnes telefonisch contact met zijn zus.

Louis studeerde af als onderwijzer en kreeg een baan in de stad. Daar leerde hij Agnes kennen en huwde hij haar, nu 51 jaar geleden. Ze kregen samen 3 kinderen, 2 dochters en 1 zoon. Louis werkte tot zijn pensioen als onderwijzer in het lager onderwijs en was de laatste jaren van zijn loopbaan directeur van de school. Agnes was huisvrouw en als vrijwilliger heel actief in diverse culturele en welzijnsorganisaties. Ze woonden in een grootherenhuis in het centrum van de stad.

Kort na de pensionering van Louis verkochten ze hun huis en verhuisden ze naar het geboortedorp van Louis. Ze kochten er een kleiner alleenstaand huis met een grote tuin in een rustige en landelijke omgeving. Het huis is volledig gelijkvloers en voorzien van alle comfort.

Ze hebben een gezinspensioen van 1919 € netto per maand en geen financiële zorgen. Ze hebben hun hele leven spaarzaam geweest en hebben voldoende spaarcenten om te genieten van hun oude dag. “Met de recente gezondheidsproblemen van Louis lopen momenteel de kosten echter op, maar dit vormt voorlopig geen probleem.”, zegt Agnes.

Met de kinderen en kleinkinderen houden ze goede contacten.

Allen komen regelmatig op bezoek. Griet, de jongste dochter (46 jaar), woont niet zo veraf en komt minstens wekelijks langs. Zij maakt dan tijd om samen te koken, te gaan winkelen of eens iets schoon te maken. Zij is gehuwd, heeft 1 zoon en 1 dochter en werkt parttime als verpleegkundige in het ziekenhuis. Zeker tijdens haar vrije week spendeert ze vaak tijd door bij haar ouders. Haar man werkt als ingenieur bij een bouwbedrijf. Beide kinderen studeren aan de Universiteit in Gent. Ze zitten er ook op kot.

Inge (51 jaar) is de oudste en woont in Mechelen. Zij is onderwijzeres en momenteel directeur van een lagere school. Ze is gescheiden van haar man met wie ze 1 zoon heeft en woont sinds enkele jaren samen met haar nieuwe partner die ook leerkracht is. Inge heeft een drukke baan, maar komt zeker maandelijks in het weekend langs. Haar zoon woont samen met z'n vriendin en is sinds vorig jaar de trotse vader van Ine (zijn dochter).

Bart (48 jaar) is het 2de kind en enige zoon. Hij werkt als bediende in een lokaal bedrijf en woont in de stad, niet ver van het vroeger ouderlijke huis. Hij is een gepassioneerd muzikant (trompet) en spendeert bijna al z'n vrije tijd aan een orkest en fanfare. Hij is gehuwd met een leerkrachte muzische vorming en ook zijn beide dochters zijn doordrongen van muziek. Beide dochters wonen in Antwerpen en zijn gehuwd maar hebben nog geen kinderen. Ook hij probeert maandelijks langs te komen, maar soms lukt het niet.

**Louis** heeft een 6-tal maanden terug een CVA gehad en zit nog volop in de revalidatie. Hij was halfzijdig verlamd aan de rechter zijde, maar kan ondertussen terug stappen. Als hij ondersteuning krijgt van Agnes zou hij zich zelfs buiten wagen. Zijn arm recupereert minder vlot en draagt hij in een draagdoek.



Louis heeft hulp nodig om zich te wassen en te kleden. Ook om naar het toilet te gaan heeft hij hulp nodig om z'n broek aan en uit te doen. Hij is niet incontinent, maar hij is enkele jaren terug geopereerd aan zijn prostaat en sindsdien moet hij bijna onmiddellijk plassen als hij drang voelt. Omdat hij nu hulp nodig heeft om zijn broek open te maken, plast hij de laatste tijd nogal vaak in z'n broek. Z'n dochter (Griet) heeft voor incontinentiemateriaal gezorgd.

Louis kan zelfstandig eten met zijn linker hand, maar z'n vlees moet vooraf gesneden worden. Hij gebruikt een stootrand aan z'n bord.

Het zwaarste gevolg van de CVA is de afasie. Het spreken kost hem veel moeite en er zijn veel pauzes. De zinsbouw is sterk vereenvoudigd (telegramstijl) en hij heeft ernstige woordvindingsproblemen. Sommige woorden worden niet goed gevormd maar zijn wel nog herkenbaar, bijvoorbeeld 'lidodade' in plaats van 'limonade'. Dezelfde problemen doen zich voor bij het schrijven. Ook bij het begrijpen, zeker complexe en/of lange zinnen, heeft Louis moeilijkheden en het hardop lezen is eveneens gestoord.

Hij heeft bovendien ook last van visuele stoornissen, met name hemianopsie (verlies rechter helft van het gezichtsveld). Als gevolg van de hemianopsie botst hij ook tegen deuren op. De rechterzijde van zijn lichaam negeert hij (rechtszijdig neglect).

Louis heeft last van de beperkingen ten gevolge van zijn ziekte. Hij is heel onzeker en werkt daardoor niet altijd vlot mee in het revalidatieproces. Hij barst ook regelmatig in huilen uit als er iets niet lukt. Dit zorgt voor frustratie en spanning binnen het gezin. Soms loopt de spanning zo hoog op dat hij zegt dat hij er beter niet meer zou zijn, dat alle 'miserie' dan opgelost is.

Louis heeft 20 jaar geleden een bypass operatie ondergaan en neemt sindsdien dagelijks hartmedicatie. Hij is ook bijziend en draagt steeds zijn bril.

**Agnes** sukkelde al heel lang met rugklachten. De pijn in de lage rug begon al toen ze nog jong was, maar zij heeft daar, zoals ze zelf aangeeft, mee leren leven. "Haar rug is versleten", zegt ze. De oorzaak van de rugklachten is eigenlijk het feit dat haar benen niet even lang zijn. Haar linker been is bijna 2 centimeter korter dan haar rechter. Eigenlijk had ze een verhoogde schoen moeten dragen, maar dit heeft ze nooit gewild. De rugpijn houdt haar af en toe te bed, maar de huisarts heeft haar dan een insputing en dan kan ze terug een tijdje weg.

Het lengteverschil van haar benen is ook de oorzaak van de pijn in haar knieën. Zij is er in het verleden al aan geopereerd, maar de last blijft. In haar handtas heeft ze altijd een oplooibare

wandelstok bij, maar gebruikt die heel weinig. Binnenshuis is ze nog volledig mobiel en naar buiten gaat ze voorlopig zo weinig mogelijk. Enkel om boodschappen te doen en steeds met de wagen.

Ze doet nog steeds zoveel mogelijk zelf het huishouden en het beheer van de centen, ook al gaat alles wat trager. Ze vindt het ook belangrijk om er steeds netjes uit te zien en is blij dat ze daar nog geen hulp voor nodig heeft.

Toch lijdt Agnes onder de situatie. Ze heeft last van inslaapproblemen en drinkt twee portootjes per avond om beter te kunnen inslapen. Ze voelt zich regelmatig in de ochtend lusteloos en somber, naar de avond toe, voelt ze zich telkens iets beter.

Verder heeft Agnes last van een hoge bloeddruk. Daarvoor neemt ze dagelijks medicatie. Ze is ook hardhorig, maar dat stoort haar niet. Integendeel, het is dikwijls hilarisch als ze terug iets verkeerd begrepen heeft. Ze moet ook op haar voeding letten. Ze is ooit geopereerd aan haar darmen en sindsdien heeft ze last van diarree. Als ze goed let op wat ze eet, is dit onder controle.

De zorg voor het huishouden wordt voor Agnes lastig en via de maatschappelijke dienst van het ziekenfonds komt sinds kort 2 keer per week iemand van de **aanvullende gezinszorg** langs om te helpen in het huishouden. Tijdens één bezoek wordt het huis volledig gepoetst en tijdens het andere bezoek wordt er gewassen en gestreken. Tijdens beide bezoeken maakt de verzorgende ook eten klaar. **Als verzorgende kom je vanmorgen bij Louis en Agnes langs om te poetsen en te koken. Je hebt daarvoor 2 uur tijd. Beschrijf hoe jij de zorgverlening zou opnemen.**

- Wat als Louis zelf nog iets kan, wat jij normaal zou moeten doen?
- Wat als Louis of Agnes eens nood heeft om te vertellen?
- Wat als Louis je vraagt iets voor hem te doen wat niet in je takenpakket zit?
- Wat als één van de kinderen aanwezig is op het moment dat je toekomt?
- Wat als Louis zelf wil helpen?
- Wat als Agnes graag over je schouder meekijkt, als je iets aan het doen bent?

Agnes laat Louis niet graag alleen thuis. Om boodschappen te doen, doet ze beroep op **oppashulp**. De vrijwilligster komt gedurende het winkelen bij hun thuis en houdt Louis gezelschap. Zij helpt Louis ook als hij naar het toilet moet. Zij is in korte tijd een vertrouwd gezicht geworden en komt ook spontaan eens langs voor een babbel. **Als oppasser kom je bij Louis en Agnes op gepland oppasbezoek voor een volledige namiddag. Agnes heeft gepland om boodschappen te gaan doen. Beschrijf hoe jij de zorgverlening zou opnemen.**

- Wat als Louis zelf nog iets kan, wat jij normaal zou moeten doen?

- Wat als Louis of Agnes eens nood heeft om te vertellen?
- Wat als Louis je vraagt iets voor hem te doen wat niet in je takenpakket zit?
- Wat als één van de kinderen aanwezig is op het moment dat je toekomt?
- Wat als Louis zelf wil helpen?
- Wat als Agnes graag over je schouder meekijkt, als je iets aan het doen bent?

Sinds Louis terug thuis is na zijn ziekenhuisopname komt er dagelijks een **thuisverpleegkundige** langs, ook tijdens het weekend. De verpleegkundige helpt Louis bij het wassen en kleden en zet voor zowel Louis als Agnes de medicatie klaar. **Als thuisverpleegkundige kom je langs bij Louis en Agnes voor een dagelijks toilet. In je werkrooster is daarvoor 15 minuten voorzien. Beschrijf hoe jij de zorgverlening zou opnemen.**

- Wat als Louis zelf nog iets kan, wat jij normaal zou moeten doen?
- Wat als Louis of Agnes eens nood heeft om te vertellen?
- Wat als Louis je vraagt iets voor hem te doen wat niet in je takenpakket zit?
- Wat als één van de kinderen aanwezig is op het moment dat je toekomt?
- Wat als Louis zelf wil helpen?
- Wat als Agnes graag over je schouder meekijkt, als je iets aan het doen bent?

## **Bijlage 7 : Interviewleidraad gevalstudie basiswerkers**

### **1e principe: Krachtgericht werken**

Wat als de zorgbehoevende zelf nog iets kan wat jij normaal zou moeten doen?

- Hoe los je dit dan op?
- Wordt dit gestimuleerd?
- In welke zaken krijgt de zorgbehoevende inspraak? En keuzevrijheid?

### **2e principe: Positief werken**

Wat als de zorgbehoevende elke dag opnieuw zijn bedenkingen formuleert over je werk?

Wat als de zorgbehoevende telkens opnieuw zijn beklag doet over familievetes?

Wat als de zorgbehoevende of de mantelzorger nood heeft om eens te vertellen?

- Zijn er bepaalde vragen die je systematisch vraagt als je aankomt? Of wordt er een moment voorzien om dit te doen?
- Gaat dit vooral over positieve/negatieve zaken?
- Gaat het vooral over persoonlijke of minder persoonlijke zaken?

### **3e Principe: Integraal werken**

Wat als de zorgbehoevende of de mantelzorger je vertelt en/of vragen stelt over een andere domein dan jouw discipline? (bvb. financiële moeilijkheden om de thuiszorg te betalen)

Wat als je signalen opmerkt van problemen waarvoor jij geen hulp kan bieden? (bvb. signalen van financiële problemen of van mishandeling)

Wat als de zorgbehoevende je vraagt iets voor hem te doen dat niet in je takenpakket zit?

- Hoe ga je daarmee om?
- Op welke manier hou je in je zorgverlening rekening met andere levensdimensies (bvb. financieel, administratief, medisch, relationeel, ...) van de patiënt?

### **4e principe: Relatiegericht werken**

Wat als er een andere hulpverlener aanwezig is op het moment dat jij toekomt? (of een andere hulpverlener komt toe terwijl jij bezig bent)

Wat als er een (klein)kind aanwezig is op het moment dat jij toekomt? (of één van de kinderen komt toe terwijl jij bezig bent)

Wat als een andere hulpverlener of een (klein)kind de taak waarvoor jij langskomt al heeft uitgevoerd?

- Verlopen de zaken dan anders?
- Op welke manier verloopt dit dan?
- Over welke zaken gaat dit?

### **5e principe: Participatief werken**

Wat als de zorgbehoevende zelf wil helpen?

- Laat je de persoon dan ook effectief meedoen?
- En wat als hij dit eigenlijk niet meer kan?

### **6e principe: Inclusief werken**

Wat als de mantelzorger graag over je schouder meekijkt, als je iets aan het doen bent.

Wat als de zorgbehoevende aangeeft dat hij graag zou hebben dat zijn kinderen worden betrokken in zijn hulpverlening? Of net aangeeft dit niet te willen.

Wat als de zorgbehoevende meldt dat hij een andere zorgverlener (van dezelfde dienst, een collega dus) liever niet meer langs ziet komen omdat het met die persoon niet goed klikt?

- Wordt de mening van de patiënt over sommige zaken gevraagd?
- Waarover zoal?

## Bijlage 8: Vorming van de basiswerkers

Globaal beschouwd wordt volgende algemene definitie van empowerment het meest gehanteerd (Rapport, 1984; in Zimmerman, 2000, p. 43): “empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving. En dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie”.

Zoals duidelijk wordt aangegeven in bovenstaande definitie, is empowerment op zich geen doel maar een proces. Bij het bestuderen van hoe empowerend de hulpverlening is, is het dus belangrijk aandacht te hebben voor bepaalde condities of voorwaarden die het proces van empowerment bevorderen.

Deze condities of voorwaarden benoemen Steenssens en Van Regenmortel (2007) in het rapport ‘Empowerment Barometer, Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten’ als de zes werkingsprincipes van empowerment: participatief werken, positief werken, inclusief werken, krachtgericht werken, integraal werken en relatiegericht werken.

**Participatief werken**, is het kloppend hart van het empowermentproces, want er is geen empowerment mogelijk zonder participatie. Op individueel niveau betekent participatie: het samenwerken van de cliënt (en mantelzorger) met de hulpverlener. Er wordt vertrokken vanuit het idee dat beide partijen deskundigheid hebben en dat het delen van deze deskundigheid de kwaliteit van het empowerend proces positief beïnvloedt.

Grote voorwaarde daarbij is dat cliënten hun bekommernissen, vragen en bedenkingen effectief durven en kunnen uiten. Bij de hulpverleners veronderstelt dit een open klimaat met aandacht voor gelijkwaardigheid. Deze grondhouding wordt samengevat in het **positief werken**.

Bij het **inclusief werken** gaat het om de vraag wie wel en wie niet participeert in het empowerend proces. De meest actieve rol wordt toebedeeld aan de cliënt. Daarnaast wordt mede door de cliënt bepaald wie er nog een belangrijke rol speelt in zijn proces. Mogelijks is dit de mantelzorger, hulpverlener, ... Belangrijk is dat deze betrokken personen blijven handelen vanuit het cliëntgerichte model en zich niet profileren als de deskundigen die het beter weten.

Het **krachtgericht werken** legt de nadruk op het positieve aspect van de inspraak, de keuzevrijheid. Er is extra aandacht voor de capaciteiten van de cliënt en er wordt uitgegaan van het gegeven dat elke vraag en bedenking gerechtvaardigd is. Dit impliceert niet dat elke vraag positief beantwoord kan worden.

Het **integraal werken** heeft oog voor de totale context van de persoon. Het is belangrijk om elke actie, vraag te kaderen binnen het geheel van alle levensdimensies van de persoon.

Het **relatiegericht werken** zet aan tot het aangaan van samenwerkingsverbanden waarbij het belangrijk is te streven naar een win-win situatie. Indien mogelijk wordt er aandacht besteed aan het groepsgericht werken.

Er kan besloten worden dat deze werkingsprincipes kunnen gezien worden als voorwaarden of condities om van empowerment te spreken. De onderlinge verwevenheid tussen de principes toont volgens Steenssens & Van Regenmortel (2007) aan dat de aandacht bij een empowermentmethodiek niet mag uitgaan naar één of enkele werkingsprincipes, maar dat net de kracht van een methodiek zal liggen in het onderling samenspel van de werkingsprincipes.

## Bijlage 9: analyse gevalstudie/focusgroepen

Om de gegevens van de gevalstudie op een betrouwbare manier te kunnen verwerken, worden er auditieve opnames gemaakt van de focusgroep. Deze opnames worden nadien letterlijk getranscribeerd. De digitale transcripties worden daarna aangevuld met de non-verbale notities die de verslaggever heeft genoteerd gedurende de focusgroep. Deze data worden gestructureerd en verwerkt aan de hand van de kwalitatieve data-analyse software MAXQDA.

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag: “In welke mate houden hulpverleners in de thuiszorg rekening met de verschillende principes van een empowerende hulpverlening bij de hulpverlening aan ouderen met een communicatieve beperking?” werden de antwoorden van de participanten opgesplitst in betekenisvolle eenheden. Het opsplitsen van de data in betekenisvolle eenheden wordt ook wel segmenteren genoemd<sup>4</sup>. Het segmenteren werd door 1 onderzoeker gedaan, die vervolgens werd gecontroleerd door een andere onderzoeker.

De volgende stap na het segmenteren is het coderen van deze segmenten. Coderen betekent dat elk segment wordt ondergebracht in een welbepaalde categorie. Aan de hand van dit categorieënsysteem worden de uitspraken van elke participant inhoudelijk geanalyseerd in termen van dit categorieënsysteem. Voor het opstellen van het categorieënsysteem hebben we ons gebaseerd op de zes werkingsprincipes van empowerment (van Regenmortel, 2009) (zie tabel). We gaan op zoek naar zowel positieve als negatieve voorbeelden van de zes werkingsprincipes.

Het geheel van categorieën vormt de structuur die als basis dient voor de uitgewerkte gevalstudie. Concreet worden fragmenten uit de transcripties toegekend aan categorieën uit de boomstructuur. Tijdens het coderen kan het blijken dat nieuwe categorieën moeten toegevoegd worden

Nadat alle transcripties van één bepaalde thuiszorgdienst werden gecodeerd, worden alle betekenisvolle eenheden - die eerder werden toegekend aan dezelfde categorieën - samen geplaatst. Op basis van het geheel van deze betekenisvolle eenheden, wordt een gevalstudie per thuiszorgdienst uitgeschreven. Deze gevalstudie beschrijft dan op een rijke, gedetailleerde en diepgaande manier (Kenny & Groterleuschen, 1984, in Ghesquière & Staessens, 1999) de werking van de thuiszorgdienst volgens de zes werkingsprincipes van empowerment.

---

<sup>4</sup> Een betekenisvolle eenheid kan bestaan uit een woord, een zin, een aantal zinnen. Deze eenheid bevat een nieuwe eenheid waaraan men betekenis kan verlenen die men als onderscheidend kan beschouwen in vergelijking met de rest van de antwoorden.



Tabel: Categorieënsysteem voor empowerment: zes werkingsprincipes van Empowerment

krachtgericht	positief	integraal	relatiegericht	participatief	inclusief
de cliënt kan iets doen / doet iets	algemene grondhouding van de hulpverlener	alle levensdomeinen: materieel, psychologisch, cultureel, sociaal, activiteiten, ...	verbinden met hulpbronnen uit de omgeving (buren, vrienden, familie, ...)	inspraak / medezeggenschap	cliënt met communicatieve beperking
aanwezig zijnde mogelijkheden	gelijkwaardigheid & respect	zorgcontext: leefomgeving, sfeer, woning, hulpmiddelen, ...	sociale contacten	uitoefenen van invloed	iedereen wordt betrokken (ook de cliënt met een communicatieve beperking)
samenwerken met hulpverleners	toegankelijkheid: cliënten durven en kunnen bekommernissen, vragen of bedenkingen uiten		persoonlijk netwerk	controle over ... (beslissingen, ...)	

Het analyseren van de gegevens gebeurt door twee verschillende onderzoekers. De beoordelaars gaven onafhankelijk van elkaar alle segmenten een code, gebaseerd op het categorieënsysteem dat hierboven beschreven werd.

Voor het beantwoorden van de tweede – en derde onderzoeksvraag - *wat zijn de oorzaken die ertoe leiden dat bepaalde principes van een empowerende hulpverlening niet worden gerealiseerd ? & welke wijzigingen zijn mogelijk in de huidige werking om tot een meer empowerende hulpverlening te komen* - werd er tijdens het tweede deel van de gevalsstudie naar knelpunten en oplossingen gezocht. Er werd gevraagd hoe het komt dat het niet altijd lukt om empowerend te werken (knelpunten) en wat mogelijke oplossingen zouden kunnen zijn om tot een meer empowerende hulpverlening te komen (oplossingen). Omdat empowerend werken zes werkingsprincipes omhelst en het tijdsbestek het niet toeliet om voor elk werkingsprincipe knelpunten en oplossingen te bevragen werden de zes werkingsprincipes samengenomen in drie clusters:

1. Krachtgericht werken
2. Integraal/ relatiegericht/inclusief werken
3. Positief/participatief werken.

Bij de eerste bevraging van elke gevalsstudie werd gevraagd naar mogelijk knelpunten en oplossingen om tot een meer krachtgerichte hulpverlening (1<sup>e</sup> cluster) te komen. Bij de tweede bevraging werd gekeken naar knelpunten en oplossingen voor integraal/relatiegericht/inclusief (2<sup>e</sup> cluster) werken. Tenslotte vroegen we tijdens de derde bevraging naar knelpunten en oplossingen voor positief en participatief werken (3<sup>e</sup> cluster). Op die manier kwamen bij elke gevalsstudie alle clusters aanbod.

## Bijlage 10 Projectfiche Brainstormgroep

**Titel idee:**

**Definitie idee:**

**Beschrijf hier wat het idee juist inhoudt. Dit om te zorgen dat iedereen er dezelfde interpretatie van heeft.**

**Voordelen:**

**Beschrijf wat we meer/beter/sneller/goedkoper kunnen met dit idee:**

<b>Nadelen, valkuilen, belemmeringen</b>	<b>Oplossingen</b>
Welke mogelijke problemen, risico's zien we (technologisch, organisatorisch, markt...)? - - - - - -	Welke oplossingen zien we daarvoor of hoe anticiperen? - - - - - -

### Impact

Beschrijf wat er op het eerste zicht zou (moeten) veranderen aan de Techniek (= technologie en processen), Organisatie (nieuwe departement? Nieuwe functies, andere rapporteringslijnen?) en Markt (nieuwe markten, andere benadering nodig?)

### Nodige partijen

Lijst de interne/externe partijen op die nodig zijn voor de realisatie van dit idee. En wie neemt er de 'leiding' van op?

### Actieplan

Voorbeelden van acties: haalbaarheidsstudie; marktbevraging; werkplan opmaken; contacteren andere partijen;...

<b>Actie</b>	<b>Wie</b>	<b>Wanneer</b>

