



Master of Science in de
Ergotherapeutische wetenschap

MASTER IN DE ERGOTHERAPEUTISCHE WETENSCHAP

Interuniversitaire master in samenwerking met:

UGent, KU Leuven, UHasselt, UAntwerpen, Vives, HoGent, Arteveldehogeschool,
AP Hogeschool Antwerpen, HoWest, Odisee, PXL, Thomas More

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

*De ervaring van zorgverstrekkers werkzaam in de Eerste Lijn en
derdejaarsstudenten Bachelor in de Ergotherapie met de CLEVER-methodiek:
een fenomenologische hermeneutische studie*

Marijke Lerno

Masterproef ingediend tot
het verkrijgen van de graad van
Master of science in de ergotherapeutische wetenschap

Promotor: prof. Dr. Van de Velde Dominique

Co-promotor: prof. Dr. De Vriendt Patricia

Academiejaar 2019-2020

De ervaring van zorgverstrekkers werkzaam in de Eerste Lijn en derdejaarsstudenten Bachelor in de Ergotherapie met de CLEVER-methodiek: een fenomenologische hermeneutische studie.	
Promotiejaar:	2020
Student:	Marijke Lerno
Promotor:	Prof. Dr. Dominique Van de Velde
Co-promotor:	Prof. Dr. Patricia De Vriendt
Trefwoorden:	Betekenisvolle activiteiten, CLEVER-methodiek, doelbepaling, Eerstelijnszorg
<p>Introductie: De behandeling van personen met multimorbiditeit en/of chroniciteit in de Eerste Lijn vraagt een specifieke doelgerichte aanpak. Dit veronderstelt dat zowel patiënten als zorgverstrekkers samen doelen kunnen bepalen voor verdere zorg. Vaak gaan die doelen over betekenisvolle activiteiten. Van de zorgverstrekkers wordt verwacht dat ze de competenties hebben om hun patiënt hierin te begeleiden. De zorgverstrekkers hebben echter nood aan tools die doelbepaling faciliteren. De CLEVER-methodiek is ontwikkeld om doelen te bepalen aan de hand van betekenisvolle activiteiten.</p> <p>Doel: In dit onderzoek worden de ervaringen met de CLEVER-methodiek nagegaan van zorgverstrekkers werkzaam in de Eerste Lijn en derdejaarsstudenten Bachelor in de Ergotherapie.</p> <p>Methode: Een fenomenologische hermeneutische studie, de dataverzameling gebeurde via diepte-interviews en focusgroepen.</p> <p>Resultaten: Drie zorgverstrekkers en 12 studenten werden gerekruteerd via purposive en convenient sample. De data analyse resulteerde in zes thema's. (1) CLEVER ligt buiten mijn comfortzone; (2) CLEVER als doelbepaler faciliteert communicatie en zorgt voor verdieping; (3) Professionele rugzak met ervaringen en vereiste competenties, aangevuld met een opleiding; (4) CLEVER zorgt voor nuancering in doelen; (5) Implementatie van CLEVER in de Eerste Lijn: hoe en voor wie?; (6) Remmingen en bedenkingen bij implementatie.</p> <p>Conclusie: CLEVER is een uitgebreide maar inzetbare tool in de Eerstelijnsgezondheidszorg. Rekening houden met de achterliggende waarden en emoties bij doelbepaling blijkt vernieuwend te zijn en zorgt voor vertrouwen en motivatie bij de patiënt. Van de zorgverstrekkers worden er luisterende en coachende vaardigheden verwacht om patiënt-gecentreerde doelen te bepalen. De digitale tool zorgt voor een overzichtelijk eindresultaat dat meeneembaar is naar het team.</p>	

Abstract Engels

The lived experience of the CLEVER-method of professionals working in Primary Care and graduating students Bachelor in the Occupational Therapy: a phenomenological-hermeneutical study.	
Promotion year:	2020
Student:	Marijke Lerno
Promotor:	Prof. Dr. Dominique Van de Velde
Co-promotor:	Prof. Dr. Patricia De Vriendt
Keywords:	CLEVER method, goal setting, meaningful activities, Primary Care
<p>Introduction: The treatment of people with a chronic disease and/or multimorbidity in Primary Care requires a specific goal-oriented approach. This presupposes that both patients and healthcare providers can jointly determine goals for further care. Often those goals are about meaningful activities. Healthcare providers are expected to have the skills to guide their patients in this. However, health care providers lack tools to facilitate goal setting. The CLEVER method has been developed to determine goals based on meaningful activities.</p> <p>Aim: In this study, the lived experiences with the CLEVER-method of healthcare providers working in Primary Care and graduating students of the Bachelor of Occupational Therapy are explored.</p> <p>Method: A phenomenological-hermeneutical study, the data collection was done through in-depth interviews and focus groups.</p> <p>Results: Three professionals and 12 students were recruited via purposive and convenient sample. The data analysis results in six themes. (1) CLEVER is outside my comfort zone; (2) CLEVER as a goal setter facilitates communication and provides depth; (3) Professional backpack with experiences and required competences, supplemented with training; (4) CLEVER provides nuance in goals; (5) Implementation of CLEVER in the Primary Care: how and for whom?; (6) Inhibitions and reservations about implementation.</p> <p>Conclusion: CLEVER is an extensive but deployable tool in Primary Care. Taking account of the underlying values and emotions in goal setting appears to be innovative and creates trust and motivation in the patient. Healthcare providers are expected to have listening and coaching skills to determine patient-centered goals. The digital tool provides a clear end result that is portable to the team.</p>	

Number of words master thesis: 12498 (excluding appendix and bibliography)

Inhoudsopgave

Abstract Nederlands.....	3
Abstract Engels.....	5
Woord vooraf.....	9
1. Inleiding.....	11
2. Probleem- en doelstelling.....	14
3. Methode.....	15
3.1. Onderzoeksdesign.....	15
3.2. Steekproef en rekrutering.....	15
3.2.1. Rekruteringsmethode.....	15
3.2.2. Steekproefgrootte.....	15
3.2.3. In- en exclusiecriteria.....	16
3.3. Procedure.....	16
3.4. Ethiek.....	17
3.5. Datacollectie.....	17
3.6. Data-analyse.....	18
4. Resultaten.....	19
4.1. De deelnemers en drop out.....	19
4.1.1. De professionals.....	20
4.1.2. De studenten.....	21
4.2. Verwerking van de data.....	22
4.2.1. Fase 1: Het naïeve begrip.....	22
4.2.2. Fase 2: Structurele analyse.....	23
4.2.3. Fase 3: Comprehensive understanding.....	30
5. Discussie.....	32
5.1. Discussie van de resultaten.....	32
5.1.1. CLEVER ligt buiten mijn comfortzone.....	32
5.1.2. CLEVER als doelbepaler faciliteert communicatie en zorgt voor verdieping.....	32
5.1.3. Professionele rugzak met ervaringen en vereiste competenties, aangevuld met een opleiding.....	33
5.1.4. CLEVER zorgt voor nuancering in doelen.....	34
5.1.5. Implementatie van CLEVER in de Eerste Lijn: hoe en voor wie?.....	34
5.1.6. Remmingen en bedenkingen bij gebruik van het CLEVER-protocol.....	35
5.2. Sterktes en beperkingen van het onderzoek.....	35
5.3. Aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek.....	37

6.	Conclusies.....	38
7.	Referenties	39
8.	Bijlagen	44
8.1.	Bijlage 1: CLEVER-protocol	44
8.2.	Bijlage 2: Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemers	51
8.3.	Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch Comité	56
8.4.	Bijlage 4: Vragenlijsten professionals en studenten	58
8.5.	Bijlage 5: Interviewleidraad voor interviews en focusgroepen.....	73
	Lijst van figuren en tabellen	75

Woord vooraf

Deze masterproef is gerealiseerd tijdens het voorbije academiejaar. Het was een periode van hard werken, soms geduldig afwachten en veel doorzettingsvermogen. Gelukkig kon ik rekenen op de nodige steun en hulp uit mijn nabije omgeving. Ik wil deze mensen dan ook uitdrukkelijk bedanken.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor prof. dr. Dominique Van de Velde en co-promotor prof. dr. Patricia De Vriendt bedanken. Hun begeleiding, geduld en oneindig enthousiasme gaven me de moed om door te zetten. Ik ben hun zeer erkentelijk voor het vertrouwen en de vrijheid die ik kreeg om van dit project mijn eigen werk te maken en de kansen die ze me onderweg geboden hebben.

Graag wil ik ook Reini Haverals bedanken om met mij samen op weg te gaan in dit project. Samen deden we de rekrutering voor dit project en gaven we opleidingen aan de deelnemers. Ik wil haar ook graag bedanken voor de vele momenten van overleg en om mijn klankbord te zijn wanneer ik dit nodig had.

Vervolgens wil ik ook alle deelnemers aan dit onderzoek bedanken. Zij hebben zich opengesteld in een voor sommige vernieuwende manier van werken wat zeker een extra inspanning was bovenop hun dagelijkse werk en takenpakket. Dit alles in combinatie met de recente Corona crisis heeft er voor gezorgd dat we heel creatief omgesprongen zijn met de manier van dataverzamelen. Online meetings organiseren, is een competentie die ik hierdoor heb ontwikkeld.

Mijn werkgever en collega's dank ik voor de organisatorische steun, zodat ik me op de nodige momenten vrij kon maken op het werk om aan dit project te kunnen werken. Ook hun geloof en vertrouwen in mij heeft deugd gedaan.

Ook wil ik mijn gezin bedanken voor het geduld, de onvoorwaardelijke steun en het vertrouwen dat ze in me stelden. Ook in de perioden dat ik wat minder tijd of geduld met hun had. Zij hebben het mogelijk gemaakt dat ik ben blijven doorzetten deze laatste 3 jaar.

Tot slot wil ik nog enkele vrienden bedanken voor de logistieke steun en er vaak gewoon te zijn voor mij. In het bijzonder Eva, Ella, Dévine en Saar voor het nalezen van mijn werk. Bieke voor het opvangen van mijn kinderen indien nodig, of om tijd vrij te maken wanneer ik nood had om te ventileren.

Bedankt aan iedereen die bij dit proces betrokken was, zonder jullie was ik niet op dit punt terecht gekomen.

Marijke Lerno

Lovendegem, mei 2020

1. Inleiding

De zorg kent wereldwijd, maar vooral in de Westerse landen zoals België, heel wat maatschappelijke uitdagingen omwille van de sterke vergrijzing van de bevolking. Mensen worden ouder, worden door de overheid verplicht om langer aan het werk te blijven en willen daarnaast nog zo lang mogelijk in goede gezondheid, gelukkig en actief deelnemen aan het maatschappelijke leven (Bormans, 2011; Glass, De Leon, Marottoli, & Berkman, 1999). Dat wordt evenwel gehinderd door de sterke stijging van de prevalentie van chronische aandoeningen (Barnett, et al., 2012). Een chronische aandoening wordt doorgaans gedefinieerd als een langdurige ziekte waarbij zelden volledig herstel zal optreden (Paulus, Van den Heede, & Mertens, 2012; Rijken et al., 2012). Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook het aantal chronische aandoeningen toe. Ongeveer de helft van de 50-plussers heeft minstens één chronische aandoening en vanaf de leeftijd van 65 zijn dit er twee of meer (Barnett, et al., 2012).

In België zouden 60% van de 45-plussers lijden aan multimorbiditeit (Fortin, Hudon, Haggerty, van den Aller, & Almirall, 2010; Van der Heyden, et al., 2014) en hebben zij dus twee of meer chronische aandoeningen (National Institute for Health and Care Excellence, 2016; World Health Organization, 2016). Deze cijfers variëren sterk doordat er geen éénduidige definitie bestaat van multimorbiditeit en de onderzochte stoornissen of ziektes in betreffende studies sterk variëren. De eerder pragmatische definitie spreekt dan over het hebben van meerdere condities die het dagelijkse leven sterk beperken of waarvan het management van de zorg voor de patiënt onduidelijk of te belastend is en/of waar de verschillende betrokken diensten ongecoördineerd samenwerken (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Onderzoek toont aan dat multimorbiditeit gepaard gaat met een verhoogd risico op het ervaren van beperkingen in het dagelijks functioneren, slechtere levenskwaliteit en een groter gebruik van de gezondheidszorg (Barnett, et al., 2012; Rijken, et al., 2012; Van der Heyden, et al., 2014). Steeds meer mensen krijgen te kampen met een chronische aandoening of de gevolgen ervan waardoor het zeer moeilijk is om nog te voldoen aan de definitie van gezondheid volgens de WHO. Door de chronische aard van de aandoeningen zou men nooit meer gezond kunnen zijn, waardoor er nood is aan een meer dynamische definitie van gezondheid. Er is nu een biopsychosociale visie op 'ziek zijn' en een 'handicap hebben', er is een bredere socioculturele context. Bovendien is er een verschuiving van de oorzaak van het probleem naar de gevolgen en de impact ervan. Iemand die zich ondanks zijn ziekte of beperking kan aanpassen en deelnemen aan het maatschappelijk leven kan zich ook perfect gezond voelen. Wanneer een persoon een chronische aandoening heeft, betekent dit dus niet dat deze persoon nooit meer gezond kan zijn. Hier is het de taak van de zorgverlener om samen met de patiënt te achterhalen wat de patiënt ervaart als 'gezond zijn'. Wat heeft hij nodig om autonoom deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven? Het is de bedoeling om tijdens de therapie naar deze situatie te streven. Wat belemmert iemand om zijn sociale rollen te vervullen, om te participeren in de maatschappij? Welke kansen en voorzieningen heeft iemand nodig om zijn doelen te bereiken? Gezondheid is veel meer dan 'niet-ziek' zijn (Huber, et al., 2011).

Uit onderzoek blijkt dat momenteel in de klinische praktijk nog vaak zorg aangeboden wordt vanuit klinische richtlijnen die gericht zijn op afzonderlijke ziekten (Mold, 2017; Reuben & Tinetti, 2012; Rijken, et al., 2012). Omwille van de complexe zorgbehoeften van personen met multimorbiditeit, biedt deze traditionele ziekte-georiënteerde benadering in de gezondheidszorg hierop zelden een passend antwoord. Deze ziekte-georiënteerde benadering zorgt bij deze populatie voor tegenstrijdige doelstellingen en complexe interacties in de behandeling. Dit kan leiden tot beperkingen wanneer er

beslissingen moeten worden gemaakt in de behandeling van de patiënt (De Maeseneer & Boeckxstaens, 2012; Mold, 2017).

Momenteel is men ervan overtuigd dat deze ziekte-georiënteerde aanpak in de huidige maatschappelijke context eerder zorgt voor een stijging van kosten en een daling van kwaliteit van zorg (Mold, 2017). Vanuit internationaal en Vlaams beleidsniveau wordt er gedrukt op de nood aan passende begeleiding voor personen met chronische aandoeningen, waarbij een nieuwe behandelingsvisie noodzakelijk is en waarbij een prominente rol is weggelegd voor de eerstelijnszorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; World Health Organization, 2018). Het is belangrijk om de noodzakelijke veranderingen te realiseren in nauw overleg met de patiënt en de verschillende actoren in het werkveld. In de eerstelijnszorg zijn er heel wat evoluties gaande. Zo is er in België onder andere de Zesde Staatshervorming, de oprichting van de Eerste Lijnszones, de oprichting van de 'Academie Voor De Eerste Lijn' (2019), de oprichting en erkenning van VIVEL (2019). Daarmee sluiten België en Vlaanderen aan bij de overtuiging dat een reorganisatie van de eerstelijnszorg een oplossing kan bieden voor de maatschappelijke uitdagingen van dit moment (Reflectiekamer, et al., 2017).

Aangezien 'volledig herstel' bij patiënten met chroniciteit en multimorbiditeit niet mogelijk is, is er een stijgende belangstelling voor de gevolgen van de aandoening vanuit het perspectief van de patiënt. Er is nood aan een paradigmashift van ziekte-georiënteerde zorg naar doelgeoriënteerde zorg, waarbij patiënt-gecentreerde doelen het uitgangspunt vormen van de behandeling (Nagykaldi, Tange, & De Maeseneer, 2018; Reuben & Tinetti, 2012). Bij doelgeoriënteerde zorg worden er doelen bepaald via een samenwerking tussen de patiënt en de zorgverlener waarbij de patiënt, in vergelijking met de ziekte-georiënteerde zorg, een toegenomen verantwoordelijkheid opneemt (Bloem & Stalpers, 2012; National Institute for Health and Care Excellence, 2016). In deze samenwerking staat de patiënt op gelijke hoogte met de zorgverstrekkers, elk met hun eigen inbreng. De patiënt beschikt over zijn eigen levenservaring, normen, waarden en persoonlijke kennis van zijn ziektegeschiedenis, de zorgverstrekker over zijn professionele expertise (Coulter, et al., 2015). Beide partijen maken gezamenlijke beslissingen en beïnvloeden elkaar onderling tijdens de samenwerking (Sanders, Curtis, & Tulskey, 2018) en het opstellen van behandeldoelen. Hierbij wordt rekening gehouden met de normen, waarden en de unieke context van de patiënt (De Vriendt, Gauwe, & Van de Velde, 2019; Lenzen, et al., 2016; Reuben & Tinetti, 2012). Deze aanpak wordt ook wel Shared Decision Making (SDM) genoemd (Elwyn, et al., 2012; Van de Velde, Eijkelkamp, Peersman, & De Vriendt, 2016). Sharing decisions wint snel terrein in het beleid rond gezondheidszorg. De eerste vermeldingen van SDM in de literatuur dateren uit 1982. Het idee is gebaseerd op en verdiept de principes van patient-centred practice (Elwyn, et al., 2012).

Het construct SDM is internationaal nog vaag en zeer gevarieerd gedefinieerd in de literatuur. Makoul en Clayman (2006) vonden 161 mogelijke definities met 31 verschillende concepten. Meest frequent wordt SDM gebruikt in de context van 'patient-centred practice'. Zoals aanbevolen door Moumjid et al. (2007), wordt in de huidige context het construct SDM gedefinieerd als een dynamisch proces waarbij de gezondheidszorg professional (niet gelimiteerd tot de arts) en de patiënt elkaar beïnvloeden bij het maken van gezondheidszorg gerelateerde beslissingen (Tousignant-Laflamme, et al., 2017). De gezondheidszorg professional moet op zoek gaan naar wat de individuele patiënt het belangrijkste vindt (Elwyn, et al., 2012). SDM voorziet een aanpak om ethisch verantwoorde kwaliteitsvolle zorg te bieden aan patiënten op basis van equity. Dit zorgt ervoor dat ze de zorg krijgen die ze nodig hebben en niets meer, maar tegelijk ook de zorg die ze willen en niets minder (Elwyn, et al., Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice, 2012).

Dierckx, Deveugele, Roosen & Devisch (2013) beschrijven dat het toepassen van SDM de asymmetrische machtsverhouding tussen therapeut en patiënt vermindert. Patiëntbetrokkenheid en -tevredenheid zouden verbeteren, therapietrouw en gezondheidsuitkomsten zouden verhogen. SDM blijkt een voorwaarde te zijn voor goede klinische praktijk. Diezelfde auteurs beschrijven ook dat SDM aangewezen is bij doelgerichte zorg in de Eerste Lijn.

Deze nieuwe visies brengen nog enkele problemen met zich mee. Ten eerste, doelgerichte zorg veronderstelt dat personen met een chronische aandoening zelf doelen kunnen bepalen. Uit onderzoek naar doelgeoriënteerde zorg, blijkt dat een goede *health literacy* en *self-efficacy* bij de patiënt voorwaarden zijn bij het stellen van persoonlijke doelen (Vandenbroeck & Jenné, 2018; Parker et al., 2018). *Health literacy* of gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als de capaciteit van een persoon om informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen en te gebruiken om gepaste beslissingen te maken omtrent een persoonlijke medische situatie (Faruqi et al., 2015; Vandenbroeck & Jenné, 2018). *Self-efficacy* is de mate van doeltreffendheid die het handelen typeert (McMillan et al., 2013; Rijken et al., 2014). Onderzoek heeft aangetoond dat beperkte gezondheidsvaardigheden en een gebrek aan doeltreffendheid, bij patiënten een barrière kunnen vormen om actief te participeren in het opstellen van behandeldoelen (Parker et al., 2018). Zo werd meermaals vastgesteld dat zorgverleners in de eerstelijnszorg ervaren dat patiënten met meer kennis en zelfvertrouwen over hun aandoening, vlotter persoonlijke doelen konden stellen en meer verantwoordelijkheid durven opnemen (De Sutter, De Maeseneer, & Boeckxstaens, 2013; Kangovi et al., 2017; Lenzen et al., 2016; McMillan et al., 2013; Rijken et al., 2014). Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden bezoeken vaker huisartsen en spoeddiensten en hebben het lastiger met therapietrouw (Vandenbroeck & Jenné, 2018). Het niveau van gezondheidsvaardigheden beïnvloedt dus de mate waarin de patiënt met de zorgverlener in interactie kan gaan om samen een behandelplan op te stellen. Dit zou een uitdaging kunnen vormen binnen de doelgeoriënteerde zorg (Newbould et al., 2012; Protheroe, Nutbeam, & Rowlands, 2009).

Ten tweede, voor de zorgverstrekker betekent dit een reële uitdaging door een verschuiving aan competenties. Gezondheidsvaardigheden situeren zich op het snijpunt van individuele vaardigheden van mensen en de interactie met de bredere gezondheidszorg. Bijgevolg moet er ook voldoende aandacht besteed worden aan de competenties van de zorgprofessional (Vandenbroeck & Jenné, 2018). Binnen de opleidingen is er nog onvoldoende aandacht voor de organisatie en coördinatie van zorg bij chronische en/of multimorbide mensen. De opleidingen voor zorgverstrekkers werkzaam binnen de Eerste Lijn hebben nood aan een grondige hervorming met voldoende aandacht voor deze nieuwe competenties (Barnett, et al., 2012). Deze brede waaier aan competenties omvat onder andere 'een expert zijn in herstel op korte termijn', 'coachende vaardigheden' en 'kennis van het menselijk functioneren in zijn geheel' (Lenzen, et al., 2016; Van de Velde, et al., 2016). Gezien er zowel van de patiënt als de zorgverstrekker beslissingen en verantwoordelijkheden worden verwacht, is het nodig om dit in een sfeer te kunnen doen van wederzijds vertrouwen.

Uit een systematische review over de arts-patiënten communicatie concludeert men dat er verschillen in communicatie zijn langs beide zijden, die waarschijnlijk beïnvloed worden door socio-economische verschillen. Zij suggereren om meer socio-demografische gegevens, zoals geslacht en opleidingsniveau, in het onderzoek op te nemen als het gaat over communicatie en SDM (Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & De Maeseneer, 2005).

Ten derde, ontbreekt het aan instrumenten die patiënt-gecentreerde doelen in kaart brengen en dus bijdragen aan doelgeoriënteerde zorg (Rijken et al., 2014; Vermunt, Harmsen, Westert, Olde Rikkert, & Faber, 2017). Om tegemoet te komen aan deze nieuwe uitdaging in de gezondheidszorg werden er ondertussen vanuit verschillende hoeken tools gelanceerd die proberen in te spelen op deze nood. Het Vlaams Patiëntenplatform lanceerde de Doelenzoeker (Vlaams Patiëntenplatform, 2017). Dit is een tool die de patiënt zelf kan invullen om vervolgens in gesprek te gaan met de zorgverleners (Vlaams Patiëntenplatform vzw, 2020). In de Gentse eerstelijnszone worden zorgverstrekkers via workshops bekend gemaakt met het Nederlandse '4-bollen model'. Dit model ondersteunt de zorgverlener om samen met de patiënt doelen op te stellen en is gebaseerd op de domeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Zelfzorg Ondersteund en Nederlandse Diabetes Federatie, 2018). In West-Vlaanderen werkt Familiezorg met Zorg-Esperanto, dit is een

methode om samen met patiënten, mantelzorgers en zorgverleners tot heldere afspraken te komen voor persoonsgerichte zorg (Familiezorg West-Vlaanderen vzw, 2020).

In 2017 werd vanuit de opleiding Ergotherapie aan de Arteveldehogeschool een Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) opgestart. Dit onderzoek heeft als doel een gebruiksklare en gevalideerde tool te ontwikkelen die in de Eerstelijnszorg kan worden ingezet om patiënt-gecentreerde doelen te stellen. Als resultaat werd de CLEVER-methodiek ontwikkeld (bijlage 1). Met CLEVER worden doelen van een patiënt met een chronische aandoening of multimorbiditeit opgesteld die het uitgangspunt in zijn behandeling kunnen vormen. CLEVER vertrekt vanuit betekenisvolle activiteiten van de patiënt. Activiteiten die voor de patiënt betekenisvol en cruciaal zijn om in zijn dagelijks leven te kunnen functioneren en uitmonden in een lang, gezond en gelukkig leven. De doelen worden opgesteld aan de hand van een semigestructureerde interviewtechniek waarbij via zes fasen verschillende domeinen van het dagelijks leven in kaart gebracht worden. Activiteiten staan centraal in de methodiek omdat ze samenhangen met de identiteit van mensen, met hun waarden en normen. Dit maakt van CLEVER een instrument dat aansluit bij doelgerichte zorg (De Vriendt, et al., 2019). Onderzoek toont aan dat mensen met een actieve levensstijl, productieve activiteiten en sociale contacten langer leven dan mensen zonder deze factoren (Glass, et al., 1999; Li, Yu, Chen, Quan, & Zhou, 2018). Het is van belang dat deze activiteiten betekenis inhouden voor de uitvoerder (Mold, 2017). Mensen met een actieve levensstijl zouden ook minder aankloppen bij de gezondheidszorg (Korge & Nunan, 2018).

2. Probleem- en doelstelling

Op heden is de CLEVER-methodiek ontwikkeld in co-creatie met patiënten en zorgverstrekkers uit de Eerste Lijn, maar verdere validatie en verder onderzoek naar de bruikbaarheid is noodzakelijk. Dit leidt tot volgende primaire onderzoeksvraag:

“Hoe ervaren zorgverstrekkers uit de Eerste Lijn CLEVER als methodiek voor doelbepaling in de Eerste Lijn?”

Momenteel zijn er verschillende instanties bezig met het ontwikkelen van instrumenten om doelgerichte zorg in de Eerste Lijn te faciliteren. Men kan zich afvragen welke plaats de CLEVER-methodiek naast deze andere instrumenten kan hebben in de Eerste Lijn? Hieruit vloeien nog enkele secundaire onderzoeksvragen:

Ten eerste: “ Op welke manier kan de CLEVER-methodiek geïmplementeerd worden in de Eerste Lijn? Wat heeft de methodiek nog extra nodig opdat het een toegevoegde waarde zou kunnen zijn in de dagelijkse praktijk van de zorgverstrekker?”

Ten tweede: “ Zijn er doelgroepen waarvoor de CLEVER-methodiek beter geschikt is dan voor andere doelgroepen?”

Ten derde: “ Kan elke zorgverstrekker patiënt-gecentreerde doelen stellen aan de hand van de CLEVER-methodiek?”

Dit onderzoek moet er toe leiden dat er in functie van de bruikbaarheid van de CLEVER-methodiek meer duidelijkheid komt over bovenstaande vragen. Antwoorden worden verzameld door middel van ervaringen van zorgverstrekkers met de CLEVER-methodiek.

3. Methode

3.1. Onderzoeksdesign

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van kwalitatief fenomenologisch hermeneutisch onderzoek geïnspireerd op Lindseth en Norberg (2004). Fenomenologie focust op hoe de onderzochte zijn wereld ervaart en hoe die er betekenis aan geeft (Kielhofner, 2006). Volgens Luborsky en Lysack is fenomenologisch onderzoek uitermate geschikt om de dynamiek, obstakels en dilemma's in kaart te brengen bij implementatie van nieuwe therapieën in de praktijk (Kielhofner, 2006).

3.2. Steekproef en rekrutering

Voor het uitvoeren van fenomenologisch-hermeneutisch onderzoek is er nood aan een heterogene groep deelnemers. De deelnemers moeten echte ervaringen hebben met het fenomeen. Op deze manier kan er rijke data verzameld worden over het fenomeen en komt men tot een correcte weergave van het fenomeen (Koerber & McMichael, 2008; Lindseth & Norberg, 2004).

3.2.1. Rekruteringsmethode

In deze studie worden de purposive en convenient sampling methode gebruikt om de deelnemers te rekruteren. Meer bepaald de 'theory focused and concept sampling' met 'sensitizing concept exemplars' (Patton, 2014). In deze manier van rekruteren is het de bedoeling om informatie te halen uit 'rijke casussen'. Deelnemers die willen en kunnen vertellen over hun ervaring met het onderwerp zullen een toegevoegde waarde zijn aan het onderzoek en het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Patton, 2014; Van Manen, 2016; Yin, 2015). De vooropgestelde deelnemers die hun ervaringen beschrijven, worden beschouwd als representatief voor de groep waartoe ze behoren (Gentles, Charles, Ploeg, & McKibbon, 2015; Koerber & McMichael, 2008).

Het is de bedoeling dat de deelnemers voldoen aan de inclusiecriteria van het onderzoek (zie 3.2.3). Verder wordt er ook gebruik gemaakt van de snowball methode. Deelnemers kunnen andere 'rijke cases' aanbrengen.

Ten slotte is er ook een convenient sample deelnemers, namelijk de studenten uit het 3^o jaar Bachelor Ergotherapie aan de Arteveldehogeschool Gent.

3.2.2. Steekproefgrootte

Het aantal deelnemers wordt niet op voorhand vastgelegd. Het rekruteringsproces wordt uitgevoerd tot saturatie bereikt is. Dit punt van saturatie wordt gedefinieerd wanneer nieuwe deelnemers geen nieuwe informatie meer toevoegen aan het onderzoek. In fenomenologisch onderzoek zijn er geen grote deelnemersgroepen nodig om datasaturatie te bereiken. De deelnemers worden wel verondersteld hun ervaring gedetailleerd te kunnen beschrijven. Steekproeven voor fenomenologisch onderzoek schommelen rond de tien personen (Starks & Brown Trinidad, 2007).

3.2.3. In- en exclusiecriteria

In deze studie worden er zorgverstrekkers werkzaam in de Eerste Lijn en derdejaarsstudenten Bachelor Ergotherapie van de Arteveldehogeschool gerekruteerd. De deelnemers worden opgeleid in het afnemen van de CLEVER-methodiek.

Voor het rekruteren van zorgverstrekkers, wordt er contact opgenomen via bestaande organisaties werkzaam in de Eerste Lijn, Ergotherapie Vlaanderen, Empact, Familiezorg, lokale dienstencentra en sociale-media-netwerken. Er wordt gezocht naar zorgverstrekkers werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ergotherapeuten die zich profileren als werkzaam binnen de Eerste Lijn worden rechtstreeks aangeschreven en/of gebeld. Tevens wordt er ook een oproep geplaatst in bestaande Facebookgroepen waar ergotherapeuten zich in verenigen om informatie uit te wisselen en opleidingen te promoten.

Elke zorgverstrekker die wenst deel te nemen en voldoet aan de inclusiecriteria wordt opgenomen in het onderzoek. Zij ontvangen in een informatiebrief een overzicht over het onderzoek en verlenen hun toestemming via een informed consent (zie bijlage 2).

De participanten dienen te voldoen aan:

- 1) de zorgverstrekker moet (gedeeltelijk) werkzaam zijn in de Eerste Lijn.
- 2) In zijn klantenbestand heeft hij patiënten met chroniciteit en/of multimorbiditeit die meerderjarig zijn.
- 3) De zorgverstrekker is bereid om een opleiding te volgen over het gebruik van de CLEVER-methodiek.
- 4) Aangezien de opleiding doorgaat in het Nederlands is een goede kennis hiervan vereist.

De gerekruteerde derdejaarsstudenten Bachelor Ergotherapie hebben als onderdeel van hun opleiding vrijwillig deelgenomen aan het keuzeopleidingsonderdeel (OLOD): "Doelgerichte zorg in de Eerste Lijn". In dit keuze OLOD hebben zij een opleiding genoten over het gebruik van de CLEVER-methodiek.

3.3. Procedure

De studie is in verschillende stappen verlopen.

Stap 1: Na de goedkeuring van deze studie door het Ethisch Comité van Universiteit Gent werd er gestart met de rekrutering van de participanten. Via Ergotherapie Vlaanderen werden er informatiebrieven verspreid naar alle door hen gekende ergotherapeuten werkzaam in de Eerste Lijn. Deze personen werden nadien ook nog eens telefonisch uitgenodigd tot deelname. Via verschillende (gesloten) Facebookgroepen werd de informatiebrief met vraag tot deelname aan het onderzoek verspreid. Zorgprofessionals waarvan hun gegevens vrij te verkrijgen zijn, werden persoonlijk telefonisch gecontacteerd. Empact en Familiezorg West-Vlaanderen hebben binnen hun organisaties de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek helpen verspreiden.

De geïnccludeerde zorgverstrekkers hebben deelgenomen aan één van de twee georganiseerde opleidingen over Doelgerichte Zorg in de Eerste Lijn en het gebruik van de CLEVER-methodiek. De opleidingsmomenten zijn doorgegaan in Gent en Roeselare.

Alle studenten die deelnamen aan het keuze OLOD: “Doelgerichte zorg in de Eerste Lijn” aan de Arteveldehogeschool hebben dezelfde CLEVER-opleiding genoten binnen deze module.

Stap 2: Na de opleiding hebben de zorgverstrekkers de CLEVER-methodiek gebruikt bij hun patiënten. Elke zorgverstrekker heeft getracht de CLEVER-methodiek bij drie à vier verschillende patiënten af te nemen. Op die manier bouwde men gebruikservaring op. De studenten kregen de opdracht om per duo, twee CLEVER's af te nemen. Eén persoon werd hun aangereikt door de docenten, de andere persoon moest men rekruteren uit eigen omgeving.

Stap 3: Alle deelnemende zorgverstrekkers werden individueel geïnterviewd over hun ervaring met het gebruik van CLEVER als methodiek om doelen te bepalen in de Eerste Lijn. Dit semi-structureerd interview vond plaats begin april 2020, zodat iedereen optimaal de kans had om zoveel mogelijk CLEVER's af te nemen. Dit interview ging door op een datum en locatie die in samenspraak bepaald werd. Door de COVID-19 maatregelen zijn alle interviews via online videoconferentie gebeurd. De studenten namen deel aan een focusgroep waarin ze hun ervaringen met de CLEVER-methodiek konden delen met de onderzoeker. Deze focusgroepen gingen door op 18 maart 2020 via online videoconferentie.

3.4. Ethiek

Deze studie is goedgekeurd door het Ethisch Comité van Universiteit Gent (Belgisch registratienummer B670201941271), deze is terug te vinden in bijlage 3. Elke deelnemer heeft zijn geïnformeerde toestemming gegeven voor de start van de datacollectie. Om de privacy van de deelnemers te garanderen werden de namen gepseudonimiseerd.

3.5. Datacollectie

Deze studie wil via kwalitatief fenomenologisch hermeneutisch onderzoek informatie verzamelen over de ervaring van zorgverstrekkers in het gebruik van de CLEVER-methodiek.

Er zal ondermeer in kaart worden gebracht wat zij vinden van de methodiek, van de administratie en de inzetbaarheid van de methodiek in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Daarnaast zal er gepeild worden naar mogelijke bezorgdheden in verband met de implementatie in het werkveld en wat er eventueel nog extra nodig is, zodat de CLEVER-methodiek een toegevoegde waarde kan zijn in de dagelijkse praktijk van de zorgverstrekker.

Ook wordt afgetoetst wat hun mening is, bij welke doelgroepen de CLEVER-methodiek een meerwaarde zou kunnen betekenen bij het bepalen van patiënt-gecentreerde doelen.

Tevens zal er bij de deelnemers gepeild worden naar de competenties die de de CLEVER-professional volgens hen nodig heeft bij het afnemen van deze tool, en of deze een invloed hebben op het kunnen bepalen van doelen samen met de patiënt.

Er zijn verschillende vormen van dataverzameling gebruikt in deze studie. Alle deelnemers hebben een vragenlijst ingevuld met administratieve gegevens (naam, geboortedatum, afstudeerrichting). Er werden ook gegevens verzameld over gevolgde bijscholingen tijdens hun loopbaan, jaren werkervaring

en hun kennis van/ervaring met semi-gestructureerde interviews (zie bijlage 4). De vragenlijst is gebaseerd op inzichten verkregen uit het PWO onderzoek (De Vriendt, et al., 2019).

Na hun persoonlijke ervaring met de CLEVER-methodiek zijn de zorgverstrekkers individueel geïnterviewd en de studenten hebben deelgenomen aan één van de twee georganiseerde focusgroepen.

Voor de interviews en de focusgroepen werd een interviewleidraad ontwikkeld (zie bijlage 5). De interviewleidraad werd opgesteld aan de hand van een topiclijst. Dit op basis van enerzijds wetenschappelijke literatuur (Lenzen et al., 2016; McMillan et al., 2013; Vermunt et al., 2017) en anderzijds ervaringen met de CLEVER-methodiek. Deze ervaringen werden bevraagd tijdens een focusgroep die werd gehouden op drie mei 2019 met zorgverstrekkers uit de eerstelijnszorg die de CLEVER-methodiek afnamen tijdens een pilottest (Arteveldehogeschool, 2019). De interviewleidraad bestond uit inleidende vragen, hoofdvragen en afsluitende vragen. Alle vragen waren niet suggestief. Niet alle vragen hoefden op exact dezelfde manier gesteld te worden. De onderzoeker kon zijn volgende vraag aanpassen aan het antwoord van de deelnemer(s) (Lysack, Luborsky, & Dillaway, 2006). De effectieve afnames van de interviews en focusgroepen werden, met toestemming van de deelnemers, opgenomen via een audio-recorder en nadien verbatim getranscribeerd.

3.6. Data-analyse

In fenomenologisch hermeneutisch onderzoek bestaat de data analyse uit verschillende fases.

In de eerste fase, de *'naïve reading'*, worden de transcripten van de interviews en de focusgroepen meermaals gelezen, zodat de onderzoeker een overzicht en inzicht krijgt in de data. Hierbij maakt men op basis van het volledige transcript een eerste interpretatie van de data. Men vat in enkele zinnen samen wat de ervaring is van de deelnemer die in het transcript naar voren komt.

In de tweede fase van de data-analyse wordt een structurele thematische analyse uitgevoerd. Als start van de structurele thematische analyse wordt het transcript opgedeeld in *'meaning units'* of betekenisvolle eenheden. Deze eenheid kan een onderdeel zijn van één zin of meerdere zinnen samen die eenzelfde betekenis bevatten. Deze betekenisvolle eenheden worden gesorteerd en geabstraheerd tot subthema's en patronen. Vervolgens worden de subthema's ondergebracht tot een aantal hoofdthema's. Aan deze thema's worden quotes uit de oorspronkelijke interviews of focusgroep gekoppeld om te duiden dat het oorspronkelijke idee hierin vervat zit (Kielhofner, 2006; Lindseth & Norberg, 2004).

In de laatste fase of *'comprehensive understanding'* worden de gevonden thema's vergeleken met de eerste interpretatie die de onderzoeker gaf aan het transcript uit de eerste fase. Om na te gaan of de structurele analyse valide werd uitgevoerd, worden de thema's met deze interpretatie vergeleken en wordt er verwacht dat deze sterke overeenkomsten vertonen met elkaar (Lindseth & Norberg, 2004).

Om de geloofwaardigheid van het onderzoek en de resultaten te garanderen wordt de codering en de analyse van de resultaten besproken in het onderzoeksteam. Daarna is er een member check waarbij de resultaten teruggekoppeld worden naar een selectie van de oorspronkelijke deelnemers. Hierbij wordt onderzocht hoe dicht de gevonden patronen en thema's bij hun initiële gedachten liggen (Fereday & Muir-Cohrane, 2006; Kielhofner 2006).

4. Resultaten

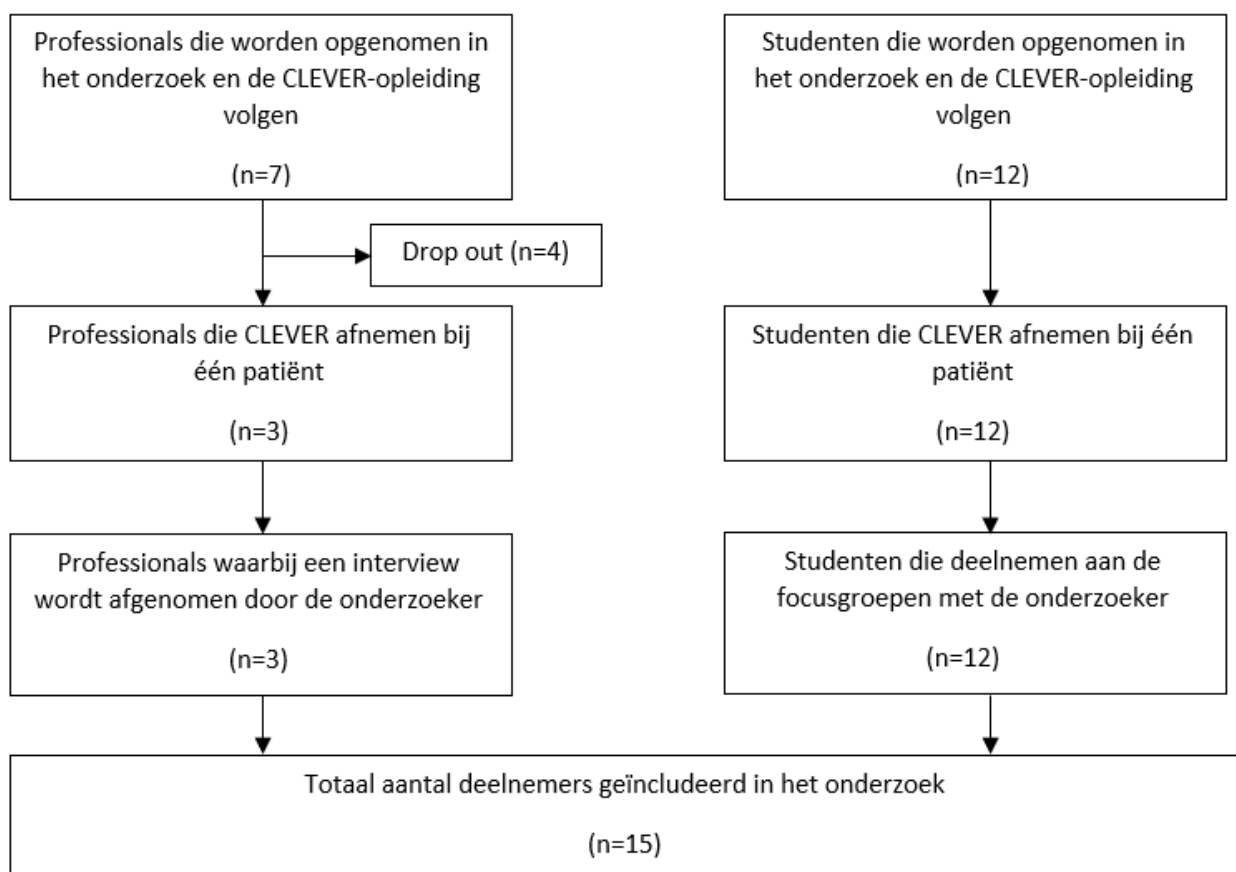
4.1. De deelnemers en drop out

Aan de eerste CLEVER-opleiding in december 2019 te Gent hebben twee professionals deelgenomen. Van hen heeft één persoon ook effectief de CLEVER-methodiek gebruikt in de dagelijkse praktijk. Deze persoon werd geïncludeerd in het verdere onderzoek.

Aan de tweede CLEVER-opleiding in februari 2020, te Roeselare hebben vijf professionals deelgenomen. Door de COVID-19 maatregelen die kort daarna van kracht waren hebben slechts twee zorgverstrekkers effectief de CLEVER-methodiek kunnen toepassen in hun dagelijkse praktijk. Deze twee personen werden geïncludeerd in het verdere onderzoek.

Aan de keuzemodule “Doelgerichte zorg in de Eerste Lijn” aan de Arteveldehogeschool hebben 12 derdejaarsstudenten Bachelor Ergotherapie deelgenomen. Zij hebben allen de CLEVER-methodiek gebruikt binnen de Eerste Lijn. Zij werden allen geïncludeerd in het verdere onderzoek.

In totaal hebben dus 15 personen tot het einde deelgenomen aan deze studie.



Figuur 1: Doorstroomschema deelnemers onderzoek

4.1.1. De professionals

In deze studie werden drie professionals, allemaal vrouwen, geïncludeerd. Zij zijn allen werkzaam in de Eerste Lijn, twee in West-Vlaanderen en één persoon in Oost-Vlaanderen. Hun leeftijd varieert tussen de 30 en 44 jaar. Twee onder hen zijn afgestudeerd als Bachelor in de Ergotherapie, de andere persoon is maatschappelijk werkster. De tabellen hieronder (tabel 1 en 2) tonen een overzicht van de karakteristieken van de professionals. Iedereen volgde een opleiding om met de CLEVER-methodiek te kunnen werken. Hun CLEVER-afname met de patiënt varieerde tussen één uur en drie maal anderhalf uur. Voor één professional was dit een eerste contact met de patiënt, voor de andere was dit een tweede contact. Na hun ervaring met de methodiek werden ze individueel geïnterviewd. Door de van kracht zijnde COVID-19 maatregelen heeft dit interview via online videoconferentie plaatsgevonden. De interviews werden opgenomen en verbatim getranscribeerd. In totaal resulteerde dit in 112 minuten opgenomen data.

Tabel 1: Karakteristieken van de professionals (deel 1)

Professional	Leeftijd	Geslacht	Beroep	Werkregio	Jaren werkervaring Eerste Lijn	Datum CLEVER-opleiding
P1	44	V	Ergotherapeut	W.-Vlaanderen	20 jaar	19/2/20
P2	39	V	Maatschappelijk werkster	W.-Vlaanderen	15 jaar	19/2/20
P3	30	V	Ergotherapeut	O.-Vlaanderen	1,5 jaar	13/12/19

Tabel 2: Karakteristieken van de professionals (deel 2)

Professional	Eerste contact met patiënt	Tijdsduur CLEVER afname	Datum interview met onderzoeker	Tijdsduur interview
P1	ja	3 x 1,5 u	1/4/20	43 minuten
P2	Nee	+1u	1/4/20	38 minuten
P3	Nee	+1u	3 en 8/4/20	24+7 minuten

4.1.2. De studenten

Twaalf laatstejaarsstudenten uit de opleiding Bachelor in de Ergotherapie van de Arteveldehogeschool Gent hebben deelgenomen aan deze studie. Hun leeftijd varieert tussen de 20 en 23 jaar. De groep studenten bestond uit 4 mannen en 8 vrouwen. Zij hebben op 4 maart 2020 een opleiding gevolgd om met de CLEVER-methode te kunnen werken. Geen van deze studenten had (stage)ervaring in de Eerste Lijnzorg. Na hun opgedane ervaring met het CLEVER-protocol hebben ze deelgenomen aan een focusgroep om hun ervaringen in kaart te brengen. In totaal zijn er twee focusgroepen doorgegaan, de indeling in de focusgroepen is gebeurd op basis van beschikbaarheid van de studenten. Door de van kracht zijnde COVID-19 maatregelen hebben deze focusgroepen plaatsgevonden via online videoconferentie. De focusgroepen werden opgenomen en verbatim getranscribeerd. In totaal resulteerde dit in 147 minuten opgenomen data. De tabellen hieronder tonen een overzicht van de karakteristieken van de studenten (tabel 3) en de focusgroepen (tabel 4).

Tabel 3: Karakteristieken van de studenten

Studenten	Leeftijd	Geslacht	Andere studies voor ergotherapie	Eerste contact met patiënt	Tijdsduur CLEVER afname	# Focusgroep
S1	22	M	/	ja	± 90 minuten (telefonisch)	2
S2	23	V	Opvoeder A2	Ja	± 120 minuten	2
S3	22	V	/	Ja	± 120 minuten	2
S4	20	V	/	Ja	± 100 minuten	2
S5	21	M	/	Ja	± 50 minuten (telefonisch)	2
S6	20	M	/	Ja	± 40 minuten	1
S7	23	V	Bachelor journalistiek	Ja	± 60 minuten	1
S8	21	V	/	Ja	± 60 minuten	2
S9	21	V	/	Ja	± 90 minuten	2
S10	23	V	Gezondheids en welzijnswetenschappen	Ja	± 60 minuten	2
S11	20	M	/	Ja	± 35 minuten	1
S12	23	V	Sociaal werk	Ja	± 90 minuten (skype)	2

Tabel 4: Karakteristieken van de focusgroepen

	Datum	Deelnemers	Tijdsduur focusgroep
Focusgroep 1	18/3/20	S6 + S7 + S11	59 minuten
Focusgroep 2	18/3/20	S1 + S2 + S3 + S4 + S5 + S8 + S9 + S10 + S12	88 minuten

4.2. Verwerking van de data

4.2.1. Fase 1: Het naïeve begrip

Voorafgaand aan de CLEVER-afname volgden de deelnemers een opleiding. Ze ervoeren dit als nuttig om met CLEVER te leren werken. Ze benoemden het als een meerwaarde dat de visie en achtergrond van de methodiek werd gekaderd binnen de Eerste Lijn. De opleiding gaf hen vertrouwen en leek hen vooral tijdbesparend om snel met de methodiek aan de slag te kunnen gaan. Het opleidingsmoment vulde tegelijkertijd de nood om ervaringen uit te wisselen met collega's werkzaam binnen de Eerste Lijn.

Deelnemers hebben allen het CLEVER-protocol afgenomen bij minstens één persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Deze personen hadden één of meerdere chronische aandoeningen. De zorgverstrekkers vonden het CLEVER-protocol over het algemeen interessant om af te nemen. De deelnemers verwachtten dat het meermaals afnemen van het protocol zou kunnen zorgen voor meer ervaring en vertrouwen om samen met patiënten relevante doelen te bepalen volgens deze methodiek.

Men ervoeren de methodiek als een diepgaandere gesprekstechniek waarbij men onderwerpen bespreekt die in een gewoon gesprek niet ter sprake komen. De studenten vergeleken dit vooral met de Canadian Occupational Performance Measure (COPM), de professionals vergeleken met hun huidige intakegesprek. Voor sommigen lag deze methodiek ver buiten hun gewone manier van werken, terwijl anderen dit weinig vernieuwend vonden. De afnameduur van het protocol varieerde sterk onder de deelnemers waarbij ze voorzichtig formuleerden dat een gesprek van een uur zeker nodig is om relevante doelen te bepalen samen met de patiënt. Ze vonden een uur gesprekstijd ook te verantwoorden in de praktijk als men tot diepgang in de vooropgestelde doelen wenste te komen.

De meesten waren overtuigd dat er op deze manier zinvolle informatie werd verzameld over de patiënten en met name over de voor hen betekenisvolle activiteiten. Het bevragen van de achterliggende normen, vaste waarden en emoties werd vooral als vernieuwend ervaren. Het leek hen wel belangrijk om te proberen inschatten bij welke patiënten deze methodiek een meerwaarde zou kunnen zijn ten opzicht van andere bestaande methodieken.

Ze ervoeren de digitale versie als een mooie aanvulling op het protocol. Het digitaliseren van de papieren versie leek hen handig om patiëntendossiers overzichtelijk te houden. Een aantal deelnemers vroeg zich evenwel af of het werken met een laptop in aanwezigheid van de patiënt een effect zou hebben op het gesprek en de vertrouwelijke sfeer. Ze uitten hun onzekerheid of de patiënt dan nog zo diepgaand zou willen vertellen.

Om met CLEVER doelen te bepalen gaven de deelnemers aan dat dit misschien niet voor iedereen weggelegd was. Men durfde te stellen dat men als zorgverstreker vooral over voldoende communicatieve vaardigheden moet beschikken en men tussen de lijnen moet kunnen luisteren.

4.2.2. Fase 2: Structurele analyse

De structurele analyse resulteerde in 12 subthema's die werden gebundeld in 6 thema's over de ervaring van de deelnemers met het gebruik van de CLEVER-methodiek. De verschillende thema's worden verder apart beschreven en ondersteund met quotes uit de interviews en focusgroepen. De afkorting 'P' of 'S' na de quote staat voor professional of student. Het daarop volgende nummer verwijst naar de specifieke deelnemer van wie de quote is gebruikt (zie ook tabellen 1, 2 en 3).

4.2.2.1. Thema 1: CLEVER ligt buiten mijn comfortzone

Verschiedende deelnemers gaven aan dat de CLEVER-methodiek hen op verschillende manieren buiten hun comfortzone bracht. Dit werd ervaren zowel op inhoudelijk als praktisch vlak, en het veroorzaakte soms ook innerlijke conflicten.

a) CLEVER ligt inhoudelijke buiten mijn comfortzone

Sommige deelnemers gaven aan dat de CLEVER-methodiek sterk verschilt van hun dagelijkse manier van werken.

“ik vond het op zich heel leuk om te doen om nekeer op een totaal andere manier naar de mensen te gaan voor een gesprek. Ik heb het al gezegd, dat is iets totaal uit mijn comfortzone van papier en registratie en gelijk wa.. maar het is niet slecht omdat ook nekeer te ervaren.” (P1)

Eén professional deed normaal geen huisbezoeken en had vooral telefonisch contact met andere zorgverstrekkers en/of patiënten. Patiënten werden momenteel vaak benaderd met een bestaand aanbod van hulp waaruit zorg werd aangeboden. Sommigen van hen waren gewoon om andere assessments (vb. BelRai) te gebruiken om iemand zijn functioneren in kaart te brengen waardoor er soms verwarring ontstond over de interpretatie bij het invullen van CLEVER. Het inventariseren van alle relevante activiteiten was daar een voorbeeld van. Bij CLEVER kan men verleden-heden-toekomst in kaart brengen van een relevante activiteit. De uitvoeringswijze kan echter doorheen het levensverhaal wijzigen. De professional vroeg zich dan af: 'Kan men het nog wel als dit nu op een andere manier of met hulp is?'. Vooral omdat dit bij BelRai scores een andere quotering gaf.

“op de gewone Bel bij zich verplaatsen moet je scoren als ze het met een hulpmiddel doen, moet je zeggen dat het eigenlijk niet lukt en scoren ze punten. Bij den BelRai, al gebruik je alle hulpmiddelen maar ge slaagt in uw eindresultaat dat wil zeggen da je het zelfstandig kunt. En dat vond ik hier soms moeilijk dat ik dacht: zich verplaatsen, kan ze dat nu? Ja, vroeger deed ze het zonder hulpmiddel, nu met een hulpmiddel en later is het misschien met een ander hulpmiddel. Da waren voor mij zo drie andere antwoorden ... ik zat soms vast ... dat is gewoon vanuit die andere lijsten da je zo denkt” (P1)

b) Praktische veranderingen ten op zichte van de eigen comfortzone

Niet alle professionals waren het gewoon om op huisbezoek te gaan. Hun huidige organisatie op het werk liet dit niet steeds toe of ze hadden momenteel een meer coördinerende functie. Degene die wel huisbezoeken aflegden, gebruikten momenteel geen computer tijdens een intake gesprek. Er werd ook bij de studenten getwijfeld of ze een computer zouden willen gebruiken tijdens een intake.

“Maar ik zie mijn eigen niet snel typen denk ik .. tijdens zo’n gesprek.. omdat da ook wel vrij persoonlijke dingen zijn dat ze vertellen ... als ge dan zou zitten typen .. ik weet het niet.... ik heb het nog niet gedaan tijdens een gesprek Digitaal is zowieso wel handiger om die gegevens ook bij te houden hé.. Dus ik denk wel dat da de meest gemakkelijke manier gaat zijn .. maar dan moeten we gewoon wa wennen aan uwen computer bij u hebben tijdens da gesprek.” (S9)

Een aantal deelnemers vond het gebruik van het protocol onwennig omdat dit slechts hun eerste afname was. Ze gaven aan dat ze tijdens het gesprek veel moesten bladeren in de papieren versie om al hun informatie te noteren.

c) Veroorzaakt innerlijke conflicten

Deelnemers gaven aan zich gegeneerd te voelen door stiltes die vielen tijdens het gesprek doordat ze in hun papieren bladerden en noteerden. Ze ervoeren angst om onprofessioneel over te komen bij hun patiënten. Sommigen vonden het tegenstrijdig om zowel geïnteresseerd te luisteren naar het levensverhaal en ondertussen notities te nemen.

“Ik vind ...wel een negatief puntje da je nie zo geïnteresseerd kan luisteren naar de persoon omdat je bezig bent op het blad te noteren of te typen en dan heb ik een beetje een negatief gevoel omdat ik dan ‘t gevoel heb dat de cliënt niet gehoord wordt.” (S8)

Alle deelnemers hadden tijdens het CLEVER-gesprek gebruik gemaakt van de papieren versie van het protocol. De meningen waren verdeeld om bij een volgende afname dit onmiddellijk digitaal te doen. Ze uitten de bezorgdheid of het vermoeden dat een computer, die tussen hen instaat, ook een onzichtbare afstand in het gesprek zou kunnen creëren. Anderen zouden wel een computer gebruiken, vooral om tijd te besparen.

Men ging er wel vanuit dat een goede voorbereiding en meer ervaring met het protocol belangrijke voorwaarden zijn om professioneel over te komen.

4.2.2.2. Thema 2: CLEVER als doelbepaler faciliteert communicatie en zorgt voor verdieping

Uit de analyses blijkt dat de deelnemers CLEVER ervoeren als een vrij volledig protocol. Ze beschreven dat het van breed naar de kern gaat waardoor het vrij uitgebreid was maar tegelijkertijd ook zeer flexibel in gebruik. Verschillende deelnemers beschreven dat CLEVER gaat over wat echt belangrijk is.

a) Patiënten zijn gemotiveerd voor deelname

Uit de analyses blijkt dat de patiënten zeer graag wilden deelnemen omdat ze de kans kregen om hun verhaal te vertellen. CLEVER was meer dan een vragenlijst beantwoorden. Deze manier van intake creëerde volgens de deelnemers een band tussen zorgverstreker en patiënt.

Sommigen patiënten wilden graag actief betrokken worden in het proces van doelbepalen en wilden controle behouden over de gedeelde informatie. Samen relevante doelen formuleren op basis van betekenisvolle activiteiten werd als motiverend ervaren door de patiënt.

b) CLEVER als doelbepaler

Men ervaarde CLEVER als een hulpmiddel bij het ontwarren van het levensverhaal van de patiënt. Volgens de zorgverstrekkers kwam een deel van de patiënten tot besef wat echt belangrijk was voor hen en welke weg er nog moest afgelegd worden om dit te bereiken.

Patiënten formuleerden soms minder realistische doelen op langere termijn. De zorgverstrekkers vonden dat door de CLEVER-methodiek te volgen men deze doelen kon herformuleren naar haalbaardere doelen op kortere termijn doordat men de achterliggende emoties, vaste waarden en relevantie te weten kwam. Dit werd omschreven als 'naar de kern gaan', op zoek naar wat betekenisvol is voor de patiënt. Ze zagen CLEVER als middel en facilitator om prioriteiten te stellen en hierop de begeleiding af te stemmen.

“Zeker naar achterliggende waarden en die normen enzo, vond ik da wel interessant om da ook mee te nemen in het verhaal. Want da is iets waar da je nie automatisch naar vraagt. het was vooral bij die ‘R’, ... iets waar da je niet automatisch bij stilstaat en dat was ook hetgene dat er voor ons dan, omdat ik ze al kende, naar die doelstelling er wat meer uit kwam. Naar de reden erachter.” (P3)

c) CLEVER zorgt voor verdieping en een andere kijk op de patiënt

Doordat CLEVER volgens de deelnemers ging over wat echt belangrijk is en van breed naar de kern ging, kreeg men een andere inkijk in het leven van de patiënt. Na het CLEVER-gesprek vond de participant dat men met een andere bril naar de patiënt keek. Het levensverhaal had een aantal redenen achter de doelen blootgelegd wat voor meer begrip leek te zorgen voor de gestelde prioriteiten. Sommige deelnemers kenden hun patiënt al van voorheen en toch kwam men nog onbekende maar toch belangrijke informatie te weten over de patiënt. CLEVER zorgde voor verdieping en relevantie van de doelen, het maakte de hulpvraag een stuk concreter. Deze relevantie werd vooral als vernieuwend ervaren. Doordat CLEVER de patiënt centraal plaatst, verkreeg men veel informatie van en over de patiënt zelf.

“Maar eigenlijk kom je tot dingen da je in een normaal gesprek niet zou toe komen... Ik zou bevoorbeeld nie weten van mevrouw dat zij gaat shoppen met haar dochter in het shoppingcenter. Dat zij daar zoveel deugd van heeft en dat ze daar ook linken heeft naar het verleden. Dat ze naaister was, da wist ik eigenlijk ook niet. Ik ken die vrouw eigenlijk al heel lang eigenlijk.., je komt wel op dingen da je eigenlijk nog niet wist.” (P2)

Een aantal deelnemers ondervond CLEVER als confronterend zowel voor zichzelf als de patiënt. Men ging dieper in op één doel en soms maakte dit wel wat los bij de patiënt. Sommige patiënten kwamen door het bepalen van een specifiek doel tot het besef dat er nog veel andere zaken moesten gebeuren voor het doel bereikt kon worden. Voor de zorgverstrekkers was het soms confronterend om te merken dat CLEVER doelen naar boven brengt die volgens de patiënt zelf toch niet meer te bereiken zijn. Met deze informatie omgaan was voor sommige zorgverstrekkers niet zo vanzelfsprekend.

“ik heb op zich wel doelen bepaald, maar ja, één van haar doelen was dat ze graag wat meer op uitstap wou gaan maar ze vond da eigenlijk moeilijk om daar verder over na te denken omdat ze daar zelf niet meer in geloofde dat dit nog ging lukken. Omdat ze daar te veel hulp van buitenaf voor zou nodig hebben, om dat te kunnen bereiken. (...) maar ja die van mij vond dat precies wat ambetantig om daar over na te denken, omdat da confronterend was omdat ze overtuigd was dat da toch nie ging lukken. Ik heb geprobeerd van iets dieper in te gaan op da doel maar ze eindigde altijd met de zin: da ga toch nie, dus we moeten daar nie bij blijven stilstaan.” (S7)

d) CLEVER als communicatiemiddel tussen mensen

Uit de analyses kwam naar voor dat deze methodiek een mooie structuur kan bieden voor een gesprek, zowel voor meer ervaren als voor startende zorgverstrekkers. Sommigen suggereerden dat het een mooie structuur is om 'gesloten mensen' te bevragen en het bood een leidraad als het gesprek stil viel. Anderen vonden het vooral een houvast voor zichzelf om zo dieper door te durven vragen. Sowieso moest er tijd gemaakt worden voor dit gesprek en de meesten vonden dit een zeer aangename ervaring.

"ik vond het ook iets heel handig om echt een goed gesprek rond op te bouwen ... als het efkes stilvalt of zo, hebde altijd ne goede leidraad om op terug te vallen. Dus daarvoor vind ik het wel iets heel goed." (S7)

Er kwamen suggesties om deze methodiek te integreren in de opleiding ergotherapie.

4.2.2.3. Thema 3: Professionele rugzak met ervaringen en vereiste competenties, aangevuld met een opleiding

De deelnemers uitten hun bezorgdheid in verband met het kunnen formuleren van doelen. Ze gaven aan dat dit niet voor iedere zorgverstrekker evident zou zijn en dat men daar best toch enige ervaring in zou opbouwen. Een opleiding zou volgens hen een deel van de oplossing kunnen zijn.

a) Professionele rugzak aan ervaringen

Er werd beschreven dat er een basishouding vereist was om tot een CLEVER-doel formulering te komen. Deze basishouding stond volgens hen los van van het behaalde diploma, maar was eerder persoonsgebonden. Men vond dat men er een 'gevoel' moest voor hebben. De competentie om actief en geïnteresseerd te kunnen luisteren en om de betekenis achter de woorden van de patiënt te kunnen begrijpen werd meermaals benoemd. Men ervaarde ook dat time management en coachende vaardigheden tijdens het gesprek nodig waren om de focus op het doel van het gesprek te kunnen houden.

"ik denk da iedereen da kan afnemen ... maar ze moeten een soort vingergevoel hebben ... ik denk dat ze moeten luisteren naar de woorden maar ook luisteren wat er achteren de woorden zit of kan zitten. ... en ook het lezen van de non-verbale taal hé, je moet een beetje dat fingerspitzengefühl hebben om dat af te nemen ... als je de juiste interesse er voor hebt." (P2)

Deelnemende ergotherapeuten beschreven deze methodiek als dicht aanleunend bij hun vertrouwde manier van werken en dat frequenter gebruik hiervan een positieve invloed zou hebben op het proces van doelbepalen.

Voor de meeste participanten leek het belangrijk om een opleiding te volgen om het protocol beter te leren kennen en gebruiken.

b) Belang van een opleidingsmoment

Alle deelnemers volgden vooraf een opleidingsmoment. Ze vonden het echt nodig dat de achtergrond en de visie van CLEVER geduid werd en kadering kreeg in de Eerste Lijn. Deze opleiding gaf hen vertrouwen en de nodige kennis om met deze methodiek onmiddellijk aan de slag te kunnen gaan. Voor sommigen was deze opleiding ook nuttig om te ervaren hoe men doelen moest formuleren aan de hand van betekenisvolle activiteiten. Het inventariseren van relevante activiteiten en in kaart brengen van de ervaren beperkingen of belemmeringen, samen met de emoties en vaste waarden

werd als vernieuwend ervaren. Er was een duidelijke vraag van de deelnemers om hierin begeleiding te kunnen krijgen.

De meningen waren verdeeld als het ging over hun voorkeur voor een opleiding met fysieke aanwezigheid of op afstand. Didactisch materiaal en filmpjes kon voor sommigen zeker volstaan als opleiding, anderen beschreven dat een opleiding met fysieke aanwezigheid verschillende voordelen had. Ze beschreven deze voordelen als: (1) de mogelijkheid om vragen te kunnen stellen, (2) er konden tijdens de opleiding ervaringen worden uitgewisseld tussen de zorgverstrekkers uit de sector, (3) het gaf hen voldoende vertrouwen en veiligheid om met de methodiek aan de slag te gaan, (4) een opleiding werd beschouwd als tijdsbesparend ten opzichte van het allemaal zelf te moeten uitzoeken.

Het CLEVER handboek werd benoemd als een ondersteuning, vooral in de beginfase bij een eerste afname. Sommigen hadden ook de digitale versie met de voorbeeldzinnen gebruikt als ondersteuning tijdens het gesprek.

“Een opleiding is nuttig waardoor je daar niet zo veel voorbereiding meer aan hebt op het moment dat je het moet afnemen. Ik heb achteraf dan eigenlijk nog wel den boek gelezen maar uiteindelijk kon ik da wel direct gebruiken. Dus vond ik da wel handig, en heel het idee daarachter en al die dingskes, ik vond da wel interessant. Ik vind het zeker een meerwaarde dat die opleiding d’er bijzit.”
(P3)

4.2.2.4. Thema 4: CLEVER zorgt voor nuancering in doelen

Alle CLEVER afnames zijn gebeurd aan de hand van de papieren versie. Achteraf werd de verkregen informatie ingeput in de digitale versie. Hierdoor kwam sterk naar boven dat de participanten een nood ervaarden om de vooropgestelde activiteiten en doelen te kunnen nuanceren. Ze ervaarden een discrepantie tussen beiden versies. Op papier kon men de doelen formuleren in eigen woorden terwijl men in de digitale versie beperkt werd door een keuzemenu om doelen en activiteiten te selecteren. Men vond het aanklikken wel gebruiksvriendelijk maar zelf een doel kunnen noteren zou specifieker zijn en perfecter aansluiten bij de geprioriteerde doelen. Zoniet leken sommige activiteiten allemaal over hetzelfde te gaan, de nuance die bereikt was door het CLEVER-gesprek was verloren gegaan.

“Dus ik had mooi uitgeschreven van oké die uitstap.. in de digitale versie wordt dat dan: een zeer algemene lijn .. Dus dan kun je eigenlijk niet zelf elk woord ingeven wat je zelf geformuleerd hebt, maar komt het onder een algemene zin te zitten van ‘sociale activiteiten, op bezoek gaan bij vrienden en familie’.. jaa, ik vind het weinig specifiek want ik zag dan ook in alles wat mevrouw opgegeven had, dat er verschillende zijn .. die allemaal onder diezelfde noemer komen te staan als dat een open veld zou zijn, waar da je eigenlijk zelf kunt omschrijven wat de mensen gezegd hebben, dan zou het misschien dichter aansluiten bij de bevraging die je gedaan hebt.” (P1)

4.2.2.5. Thema 5: Implementatie van CLEVER in de Eerste Lijn: hoe en voor wie?

De deelnemers gaven hun mening over de patiëntendoelgroep waar ze vermoedden dat CLEVER een meerwaarde zou kunnen zijn of bij wie ze dachten dat CLEVER beter niet zou worden gebruikt. Er werd ook gereflecteerd of CLEVER een plaats zou kunnen hebben in de Eerste Lijn en onder welke vorm.

a) Is er plaats voor CLEVER in de Eerste Lijn?

Deelnemers gaven aan dat bij een eerste kennismaking met de CLEVER-methodiek deze kadering nodig heeft over zijn achtergrond en zijn visie met verduidelijking over het belang van betekenisvolle activiteiten. Men vond het zeer belangrijk om hierover op één lijn te zitten.

“ik vond het heel interessant en boeiend om mee te zijn in gans het verhaal van CLEVER. Dat maakt da je het ook vollediger ziet. Moest je enkel de map en het boek gekregen hebben ... dan mis je een stuk. Dus ik vond het wel boeiend om heel jullie verhaal te horen en ook de kadering en de plaatsing der rond. Ik vond het wel interessant.” (P1)

Sommigen zagen onmiddellijk een plaats voor CLEVER in de Eerste Lijn. Er werd voorgesteld om deze methodiek te gebruiken om mensen langer op te volgen doorheen hun verschillende woonvormen (thuis, serviceflat, assistentiewoning,..). Ze beschreven de methodiek als waarschijnlijk bruikbaar over langere termijn die mogelijks verandering in kaart zou kunnen brengen als het gaat over prioriteiten in een bepaalde levensfase.

De professionals gaven aan dat in hun huidige manier van werken het toch nog even zoeken was hoe ze deze methodiek zouden kunnen integreren in hun teamwerking. Men vond het een gemiste kans moest de net verkregen informatie enkel bij hen blijven. Men vroeg zich af hoe deze informatie kon gedeeld worden met de andere actoren in de Eerste Lijn betrokken bij de zorg van hun patiënt.

“Maar ik denk dat da wel een plaats kan hebben hoor. . maar hoe dan .. ik denk dat ik nog nekeer ga moeten nadenken hoe da we da kunnen in de Eerste Lijn implementeren... maar dan is de tijd die dan terugkomt die ontbreekt.. “ (P2)

De meesten gaven wel aan dat ze het protocol in de toekomst nog zouden gebruiken in hun dagelijkse werk. CLEVER werd ervaren als een uitgebreider en vollediger protocol dan andere assessments, vooral door de bevraging van emoties, vaste waarden en relevantie van de gestelde doelen. Om deze redenen gaven ze aan het een zinvolle methodiek te vinden die een plaats had binnen de Eerste Lijn.

b) Voor wie is CLEVER al dan niet geschikt?

Doordat een CLEVER-afname als uitgebreid werd ervaren, leek het voor de participanten belangrijk om te proberen inschatten voor welke doelgroepen dit een meerwaarde zou kunnen zijn.

Ze stelden voor om CLEVER toe te passen bij mensen die hun leven niet op orde hadden, waardoor men de zorg over zijn aandoening moeilijker zelf kan organiseren. CLEVER kon dan structuur bieden om dit uit te klaren. Het kan deze personen helpen om een plek in de maatschappij te vinden.

“Ma bij onze eerste persoon was het dan wel interessant eigenlijk. Die had zelf ook zo'n beetje 't gevoel van mijn leven is echt niet op orde. Tis niet zoals dat ik zou willen dat het gaat. Dus daarom was het voor hem wel heel interessant om zo nog eens alles op een rijtje te zetten. Dat er ook nog veel andere dingen moeten gebeuren voor dat hij die terug kan doen. Ma ik denk wel dat em daar, ja... tot besef kwam tijdens da gesprek.” (S9)

Het leek hen makkelijker om af te nemen bij sterk communicatieve personen, maar misschien toch ook noodzakelijk bij moeilijk communicerende personen. CLEVER werd ervaren als een leidraad als het gesprek stil viel.

Het leek hen ook handig om CLEVER af te nemen bij een eerste contactname, alhoewel sommigen toch nieuwe informatie hadden verzameld bij voor hun reeds gekende patiënten.

Volgens sommigen zou het ook werken indien men het CLEVER-protocol zou spreiden over verschillende contactmomenten, men dacht daarbij aan personen met een aandoening met vermoeidheidssymptomen.

De participanten uitten hun vermoeden dat het misschien minder geschikt zou zijn bij mensen die op dat moment in een negatieve spiraal in hun leven zitten, omdat ze vermoedden dat CLEVER op dat moment te confronterend zou kunnen zijn.

“mensen die momenteel in een negatieve spiraal zitten om om het even welke reden denk ik dat CLEVER moeilijk is om hen te doen formuleren van wat wil ik nog. Iemand die geen levensenergie of levensvreugde nie meer heeft, daar kun je met CLEVER weinig gaan doen, want dan krijg je toch altijd maar negatieve feedback terug.” (P1)

Het leek hen overbodig om deze methodiek te gebruiken bij mensen die hun leven op orde hadden. Op dat moment kwamen ze samen niet tot een hulpvraag waarbij ondersteuning vereist was. Men vond dat CLEVER dan een gewoon gesprek was geworden.

De deelnemers vermoedden dat de afname moeilijk zou zijn bij mensen met geheugenproblemen. Sommigen stelden daarom voor om eventueel de mantelzorgers bij het proces van doelbepaling te betrekken, anderen zouden dit juist niet doen omdat dan de nuance verloren gaat doordat men dan praat of denkt in de plaats van de persoon met een zorgnood.

4.2.2.6. Thema 6: Remmingen/bedenkingen bij implementatie

Doorheen de interviews en focusgroepen werden ook nog een aantal praktische bedenkingen gemaakt over het gebruik van het CLEVER-protocol en de digitale versie. Deze werden hier gebundeld en weergegeven.

a) Praktische bedenkingen over het CLEVER-protocol

De meeste deelnemers vonden dat CLEVER over het algemeen een volledig protocol was, er werden zeer weinig tekorten of verbeterpunten gesuggereerd.

De afnameduur van de meeste protocols varieerde tussen 30 minuten en twee uur. Iemand deed er drie maal anderhalf uur over. De meeste deelnemers vonden een afnameduur van ongeveer 60 minuten wel te verantwoorden in de praktijk. Hun verantwoording was dat je tijd moet nemen om tot diepgang te komen in een gesprek.

“ja een goed half uur. Dat mag zeker niet minder zijn vind ik, da protocol kunt ge niet afnemen in 10 minuten, dan verliest ge gelijk alles wat ge probeert op te bouwen. Dus ik vind da goed dat da eigenlijk wel een goed half uur tot een klein uur duurt. Omdat ge dan echt wel concreet een volledig beeld krijgt, en ik denk op zich dat da in de Eerste Lijn wel moet lukken.” (S6)

De meesten hadden CLEVER nog kunnen afnemen bij de persoon zelf, sommigen hadden dit door omstandigheden telefonisch gedaan. Dit zouden ze liefst niet meer doen, ze ervoeren het moeilijker om te communiceren doordat de patiënten soms wat hardhorig waren en door een gemis aan lichaamstaal.

Een aantal had moeite gehad met het invullen van de activiteitenlijst waar ook verleden, heden en toekomst in kaart werd gebracht. Ze hadden dit naar eigen goeddunken gedaan met de bedenking of dit een invloed had op het eindresultaat.

Volgens sommigen was het een valkuil om de activiteitenlijst als een checklist te gebruiken. Dit verlengde de duur van het gesprek aanzienlijk. Terwijl anderen hierdoor net meer informatie hadden verzameld.

b) De digitale versie

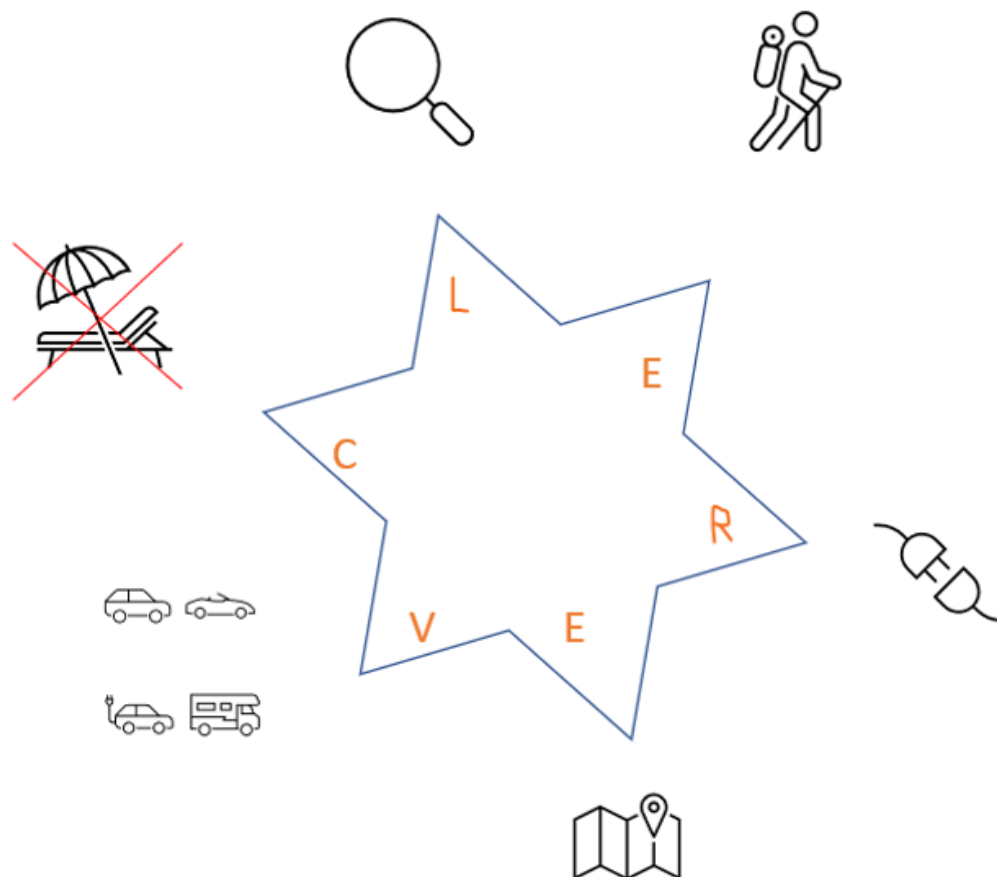
Het invullen van de digitale versie werd door iedereen gedaan na de afname van het protocol met de papieren versie. Het overbrengen van de informatie nam tussen de 15 en 25 minuten in beslag.

De deelnemers gaven aan dat ze de digitale versie over het algemeen wel gebruiksvriendelijk vonden om in te vullen. De inhoudstabel werd als zeer handig ervaren. Een pluspunt was dat men tot een mooi, leesbaar eindverslag kwam dat professioneel overkomt om te delen met collega's. Men gaf aan dat de digitale versie kan helpen om orde in de dossiers te houden, men zou op termijn nog vlot alle gegevens kunnen terugvinden.

De mogelijkheid om aan te klikken werd over het algemeen als heel handig ervaren behalve als het ging over de geprioriteerde activiteiten om tot doelen te komen. Een deel van de participanten stelden voor om daar een extra ruimte te creëren om zelf te kunnen typen indien vereist. Naar hun gevoel zou het doel dan nog specifieker geformuleerd kunnen worden en dus sterker aansluiten bij het geformuleerde doel van de patiënt.

4.2.3. Fase 3: Comprehensive understanding

Er kan heel wat informatie gehaald worden uit deze studie met betrekking tot het gebruik van de CLEVER-methodiek. CLEVER is een acroniem waarbij elke letter een onderdeel van de methodiek vertegenwoordigt (De Vriendt, et al., 2019). Onderstaande figuur (figuur 2) visualiseert de resultaten van dit onderzoek. Hierbij wordt CLEVER opnieuw als acroniem gebruikt. Elke letter is voorzien van een symbool dat staat voor één van de zes thema's die uit de analyse van de data naar boven kwamen.



Figuur 2: Schematische voorstelling van de resultaten

Vanuit de centrale stervormige CLEVER-methodiek verschijnen er punten die naar de thema's verwijzen die de ervaringen van de zorgverstrekkers duiden.

De CLEVER-methodiek is nog vrij nieuw in het Eerstelijnslandschap waardoor die ervaren werd als buiten de gewone Comfortzone waarin men momenteel werkt. Via het CLEVER-protocol kijkt men als het ware met een Loupe naar de patiënt waardoor de normen en waarden achter de doelen duidelijker worden en de hulpvraag concreter wordt. Deze verdieping lijkt ook motiverend te werken voor de patiënt. Om met de patiënt samen op weg te kunnen gaan naar deze betekenisvolle doelen kan de zorgverstrekker een rugzak gebruiken. Deze rugzak is enerzijds gevuld met Ervaringen en competenties zoals 'coachende vaardigheden', 'echt kunnen luisteren', 'time management',.. anderzijds kan de rugzak aangevuld worden met een opleiding. Deze opleiding dient om het belang van CLEVER te duiden en het gebruik van de methodiek te faciliteren. De CLEVER-methodiek zorgt ervoor dat geen twee doelen hetzelfde zijn. Door CLEVER komt men tot Verscheidenheid en nuance in de doelen. De CLEVER-methodiek moet nog zijn plaats veroveren op de kaart van het Eerstelijnslandschap. CLEVER blijkt een bruikbare methodiek om doelen te bepalen aan de hand van betekenisvolle activiteiten. Waarschijnlijk zal CLEVER een meerwaarde betekenen voor mensen die hun leven en de zorg voor hun aandoening niet op orde hebben en die coaching kunnen gebruiken om de juiste richting in te slaan. De praktische implementatie in Eerste Lijnsteams is iets waar nog verder uitklaring voor nodig is. De losse elektriciteitskabel staat voor Remmingen en bedenkingen bij het gebruik van CLEVER op dit moment. Zaken die momenteel nog voor weerstand kunnen zorgen bij gebruik.

5. Discussie

In dit onderdeel worden de resultaten bediscussieerd, alsook de sterktes en beperkingen van het onderzoek. Daarnaast worden er ook nog aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek geformuleerd.

5.1. Discussie van de resultaten

5.1.1. CLEVER ligt buiten mijn comfortzone

In de Eerste Lijn is aanbodgestuurde zorg en ziekte-georiënteerde zorg nog vaak de norm, wat het beste past bij acute, oplosbare problemen. Chronische condities vragen een andere aanpak (Mold, 2017). CLEVER staat voor die andere manier van werken, namelijk doelgerichte zorg. Dit zorgde ervoor dat voor sommige professionals deze methodiek sterk verschillend was van hun huidige manier van werken. Deze verandering kan voor weerstand zorgen bij de professional waarbij men tijd nodig heeft om aan deze verandering te wennen of om te beslissen om bij de huidige manier van werken te blijven (Xiao, 2017). Bij de studenten kwam deze 'weerstand' niet ter sprake. De studenten gaven aan dat ze zich oncomfortabel voelden bij stiltes in het gesprek, die sommigen dan ook omschreven als 'gênant'. Dit zou eventueel kunnen verklaard worden door hun gebrek aan ervaring in het werkveld, en dat studenten nog niet verankerd zitten in een referentiekader, dit wordt ook bevestigd in het onderzoek van Xiao (2017).

Indien iedereen de kans gehad zou hebben om meerdere CLEVER's af te nemen, had dit misschien tot meer (zelf)vertrouwen met het protocol kunnen leiden. Onderzoek over het verschil tussen experts en novices claimt dat novices bij huisbezoeken minder zelfvertrouwen hebben, meer nood hebben aan structuur en formulieren. Experts zouden een groter referentiekader hebben en minder problemen ervaren bij het bespreken van gevoelige onderwerpen (Mitchell & Unsworth, 2005).

Het was opvallend dat de meerderheid twijfelde om tijdens een intakegesprek gebruik te maken van een computer. Deze ervaring kwam zowel bij de professionals als bij de studenten ter sprake. Men zou verwachten dat studenten minder weerstand zouden hebben doordat zij opgroeien met technologie.

5.1.2. CLEVER als doelbepaler faciliteert communicatie en zorgt voor verdieping

Verschillende deelnemers gaven aan dat hun patiënt graag wou deelnemen en geïnteresseerd was om op deze manier samen doelen te bepalen. Deze ervaring wordt bevestigd in literatuur waarbij gesteld wordt dat meer en meer patiënten betrokken willen worden bij het maken van beslissingen en dat patiënten dan waarschijnlijk meer geneigd zijn om opener te communiceren en meer open te staan voor therapeutische opties (Purkale, Mold, & Chen, 2016). Patiënten vinden het ook belangrijk om niet-medische doelen te stellen, doelen die aansluiten bij hun betekenisvolle activiteiten (Lenzen, et al., 2016). Aangezien CLEVER ontwikkeld is op basis van deze betekenisvolle activiteiten om doelgerichte zorg te faciliteren kan het een geschikt protocol zijn voor gebruik in de praktijk.

Ook in de literatuur worden er beperkingen van doelgerichte zorg beschreven, namelijk dat patiënten niet steeds in staat zijn om realistische en haalbare doelen te formuleren. Het is dan de taak van de zorgverstreker om de patiënt hierbij te ondersteunen (Reuben & Tinetti, 2012). Deze ervaring werd ook door twee deelnemers aangegeven. Hun patiënt had onrealistische doelen gesteld die bovendien ook op financieel vlak onbereikbaar waren. Doordat men de achterliggende normen en vaste waarden had besproken kon men via de CLEVER-methodiek meer relevante doelen stellen.

CLEVER werd ervaren als een leidraad en structuur voor een diepgaand gesprek waarin samen doelen werden gesteld. Studenten stelden voor om CLEVER op te nemen in de opleiding, omdat het hen een meerwaarde leek om met meerdere soorten assessments te leren werken. Dit is ook wat in literatuur wordt gepromoot, namelijk dat studenten zouden moeten worden opgeleid in de principes van Shared Decision Making opdat ze samen met de patiënten prioriteiten kunnen stellen en zelfmanagement bij de patiënten kunnen bevorderen (Lenzen, et al., 2016).

5.1.3. Professionele rugzak met ervaringen en vereiste competenties, aangevuld met een opleiding

De deelnemers aan het onderzoek met een ergotherapeutische achtergrond vonden dat de CLEVER-methodiek sterk aansloot bij hun manier van denken. Men durfde te beweren dat dit in hun genen zit, dat ze hierin sterk opgeleid werden om de patiënt centraal te plaatsen. In literatuur over Doelgerichte Zorg wordt dit bevestigd, men zou een ergotherapeut kunnen gebruiken in het Eerste Lijnsteam om doelen te stellen aan de hand van betekenisvolle activiteiten (Mold, 2017).

Een aantal participanten meenden dat men vooral de juiste skills en persoonlijkheid moet hebben om een CLEVER-gesprek te kunnen voeren om tot betekenisvolle doelen te komen met de patiënt. Deze skills werden door de participanten benoemt als: 'actief en geïnteresseerd kunnen luisteren', 'de betekenis achter woorden kunnen verstaan', 'timestepmanagement' en 'coachende vaardigheden'. Deze brede set van competenties wordt in onderzoek beschreven als een voorwaarde om tot patiënt-gecentreerde doelen te komen. Deze competenties worden in literatuur benoemt als: 'geïnteresseerd zijn in de persoon', 'de professional wordt een coach', 'actief kunnen luisteren', 'motiverend zijn',... (Lenzen, et al., 2016; Mold, 2017; Vandeveldde et al., 2016). Sommige participanten vonden dat deze set aan competenties los kan staan van je diploma.

Alle deelnemers ervoeren de nood aan een opleiding om met CLEVER te leren werken. Over de vorm van de opleiding was men minder eenduidig. De opleiding kon voor hen zowel een afstands-opleiding zijn met filmpjes, als een opleiding met fysieke aanwezigheid. Men kwam wel ongeveer tot een consensus als het ging over de inhoud, het kaderen van de ontstaansgeschiedenis en het doel van de CLEVER-methodiek was voor de meesten zeer belangrijk. Het lijkt dat er bij professionals nood is om een methodiek ten volle te begrijpen vooraleer men bereid was om deze uit te testen of te implementeren in zijn dagelijkse werking. Dit kan een stuk verklaard worden via onderzoek waar ook geduid wordt dat het trainen van de professionals wel eens een uitdaging kan zijn, doordat zij al sterk verankerd zitten in een manier van denken en werken (Purkale et al, 2016). Studenten leken meer overtuigd om CLEVER te 'aanvaarden' als manier van werken. Een mogelijke verklaring kan zijn dat men minder vast zit in routines die de dagelijkse praktijk met zich meebrengt.

5.1.4. CLEVER zorgt voor nuancering in doelen

Ondanks het feit dat het keuzemenu om activiteiten te prioriteren in Stap 3 van het protocol in de digitale versie zeer uitgebreid is, werd het toch als beperkend ervaren. De deelnemers hadden duidelijk nood om de activiteitendoelen heel specifiek te kunnen noteren met de achterliggende normen en waarden. Onderzoek is hier niet sluitend over, maar men maakt wel een onderscheid in het soort doelen: 'ziekte- of symptoom gerelateerde', 'functionele' of 'fundamentele' doelen. Bij deze laatste groep zou het vooral belangrijk zijn om waarden en normen van de patiënt mee in rekening te brengen en dus nuance te voorzien, niet bij de andere (Vermunt N., et al., 2018).

Het is niet duidelijk of de volgorde waarin de protocols werden gebruikt (eerst de papieren en dan de digitale versie) hierin een beïnvloedende factor was.

5.1.5. Implementatie van CLEVER in de Eerste Lijn: hoe en voor wie?

Twee van de drie professionals gaven aan dat ze nog geen pasklare oplossing hadden om dit protocol te integreren in hun teamwerking. Hun huidige werking en overlegmomenten zouden dan eventueel moeten aangepast worden. Momenteel blijken die overleggen zeer praktisch van aard te zijn, namelijk over welke zorgen of diensten er dienen opgestart te worden in de thuissituatie. Literatuur hierover beschrijft dat probleem-gestuurde zorg nog sterk verankerd zit in onder andere opleidingen, assessments en verloningssystemen (Mold, 2017).

Voor de studenten kan er opgemerkt worden of zij voldoende ervaring en kennis van de Eerste Lijn hebben om hierover een oordeel te vellen. De studenten formuleerden wel dat ze in de toekomst nog gebruik zouden willen maken van het CLEVER-protocol om doelen te bepalen bij hun patiënten.

Volgens onderzoek zou het meer gebruiken en gewoon worden van een nieuwe methode de kans verhogen op implementatie in de dagelijkse routine van de zorgverstreker (MacGregor, et al., 2006). De deelnemers aan deze studie hebben echter niet de kans gehad om voldoende expertise op te bouwen met de methodiek om dit te kunnen aantonen.

Eén van de professionals had reeds verschillende instrumenten uitgetest die ontwikkeld waren om te gebruiken in de Eerste Lijnsgesondheidszorg. Het leek deze persoon wel belangrijk om te onderzoeken bij welke populatie welk instrument het meest gepast zou zijn om te gebruiken. Het gevaar bestaat immers dat door het tegelijkertijd ontwikkelen van verschillende instrumenten men door de bomen het bos niet meer ziet. Het zal belangrijk zijn om op beleidsniveau de juiste keuzes te maken welk(e) instrument(en) zal/zullen ondersteund worden en zal/zullen geïmplementeerd worden in de Eerste Lijn.

Tijdens dit onderzoek werd er gepeild naar de mening van de deelnemers bij welke patiënten de CLEVER-methodiek een meerwaarde zou kunnen betekenen voor het bepalen van doelen. Er werd voorgesteld om het protocol af te nemen bij een eerste contact, alhoewel het ook voor waardevolle nieuwe informatie had gezorgd bij patiënten die men reeds kende. De meeste studenten dachten dat het bij zo goed als alle patiënten bruikbaar zou kunnen zijn, tenzij de patiënt zijn leven op orde lijkt te hebben. In dat geval voelde CLEVER meer aan als een gewoon gesprek. De professionals nuanceerden meer hierin. Er werd voorgesteld om CLEVER niet te gebruiken bij mensen met negatieve gevoelens, om dat dit als te confronterend zou ervaren kunnen worden. Dit laatste sluit aan bij de mening van de

focusgroep die plaats vond in Arteveldehogeschool (2019) tijdens de pilot test. Er werd toen voorgesteld om de CLEVER-methodiek niet te gebruiken bij mensen met acute psychische problemen.

5.1.6. Remmingen en bedenkingen bij gebruik van het CLEVER-protocol

De afnameduur van het CLEVER-protocol varieerde sterk onder de deelnemers. In het geval dat de deelnemers meerdere CLEVER's hadden kunnen afnemen en ervaring hadden kunnen opbouwen, zou dit mogelijks de gemiddelde afnameduur kunnen verlagen.

De meeste deelnemers vonden hun tijdsinvestering wel te verantwoorden, doordat ze tot concrete doelen kwamen samen met de patiënt. De ervaringen van de deelnemers lijken te beamen aan wat in literatuur hierover terug te vinden is, namelijk dat men tijd dient te nemen om tot diepgang te komen in een gesprek. Men stelt dat dit niet kan op een consultatie van 10 à 20 minuten. Er wordt in deze literatuur echter geen voorstel gedaan hoe lang deze consultaties dan wel dienen te duren (Lenzen, et al., 2016; Salisbury, 2012). De deelnemers suggereerden dat één uur voor een CLEVER-afname een redelijke tijdsperiode was om doelen te bepalen, op voorwaarde dat er langdurige revalidatie of interventies op volgden. Deze bevindingen zijn in tegenstelling met een onderzoek naar doelbepaling bij ouderen met complexe zorgen. Men beschrijft daarin dat participatie bij doelbepaling door ouderen met multimorbiditeit te complex en tijdrovend is, vooral door het ontbreken van routines bij de zorgverstreker (Ekdahl, Hellström, Andersson, & Friedrichsen, 2012).

Op voorhand was gevraagd aan alle deelnemers om CLEVER samen met de patiënt in hun thuiscontext af te nemen. Door de omstandigheden (COVID-19) was dit niet bij alle studenten gelukt. De studenten hadden een aantal CLEVER-gesprekken telefonisch afgenomen. Zij gaven aan dat het telefoongesprek redelijk moeilijk was verlopen. Doelen stellen zonder de patiënt echt te zien in zijn thuisomgeving was een moeizame ervaring. Deze ervaring wordt beaamd in een onderzoek waarin gesteld wordt dat de fysieke en emotionele context van de patiënt over zijn ziekte/leven belangrijk is om mee te nemen in het verhaal (Carel, 2010).

De digitale versie van het CLEVER-protocol werd door alle deelnemers op een later tijdstip ingevuld. Hun ideeën over het al dan niet gebruiken van een computer met de digitale versie tijdens het gesprek met de patiënt, is dus zuiver hypothetisch en niet gebaseerd op hun werkelijke ervaring.

5.2. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Een beperking aan dit onderzoek is dat er slechts drie professionals werkzaam in de Eerste Lijn deelgenomen hebben. Het vooropgestelde doel van 10 à 15 professionals werd niet gehaald. Het bleek moeilijker dan aanvankelijk gedacht om professionals te rekruteren die aan de in- en exclusie criteria voldeden. Er zijn meer dan 75 ergotherapeuten persoonlijk aangeschreven en/of opgebeld met vraag tot deelname. Via verschillende organisaties werkzaam in de thuiszorg werd de vraag gesteld aan zorgverstrekkers tot deelname aan het onderzoek (zie 3.2.3). Velen waren geïnteresseerd maar zagen belemmeringen om dit extra bij hun huidig takenpakket op te nemen. Men gaf ook aan dat men niet zeker was om voldoende patiënten te kunnen bevragen via het CLEVER-protocol binnen de tijdsperiode van het onderzoek.

Het grootste deel van de deelnemers heeft pas de opleiding in februari kunnen volgen. Door de COVID-19 crisis heeft men vanaf half maart geen huisbezoeken meer kunnen plannen. Hierdoor was er een dropout van enkele deelnemers.

Alle deelnemers (professionals en studenten) aan het onderzoek hadden ervaring opgedaan met de CLEVER-methodiek, wat een voorwaarde is voor het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Hoe rijk die ervaring was kan echter in twijfel worden getrokken. Alle deelnemers hadden slechts bij één persoon het CLEVER-protocol kunnen afnemen. Hiervoor waren diverse redenen. Men gaf aan dat patiënten vaak met een specifieke hulpvraag werden aangemeld bij hun organisatie, wat volgens hen CLEVER overbodig maakte. Patiënten met chroniciteit en multimorbiditeit vormden niet steeds het grootste deel van hun klantenbestand, wat een inclusiecriteria was voor deze studie. De ervaring met de CLEVER-methodiek had rijker kunnen zijn, moesten de deelnemers dit hebben kunnen baseren op meerdere afnames bij verschillende patiënten.

De 12 studenten hebben het CLEVER-protocol afgenomen in de Eerste Lijn, zij hadden echter geen achtergrond of (stage)ervaring in de Eerste Lijn. Dit kan zowel als een voordeel als een nadeel gezien worden. Als nadeel kan men aangeven dat studenten minder op de hoogte zijn van hoe de Eerste Lijn werkelijk functioneert. Dit maakt dat wanneer er werd gevraagd of CLEVER een plaats heeft in de Eerste Lijn men vooral hypothetisch antwoordde, niet vanuit ervaring. Een voordeel is dat studenten zich niet gebonden voelden door de huidige structuur van de Eerste Lijn, omdat die minder gekend is. Dit maakt dat zij weinig beperkingen zagen in doelgroepen waarbij CLEVER gebruikt zou kunnen worden en zij formuleerden creatieve ideeën als het gaat over implementatie.

Alle CLEVER-opleidingen waren gebaseerd op dezelfde structuur en didactiek, waarbij de CLEVER-methodiek werd gekaderd vanuit zijn ontstaansgeschiedenis en zijn mogelijke plaats in de Eerste Lijn. Opvallend was dat de opleidingen met de professionals meer aanknopingspunten gaven tot discussies over het werkveld en de nood aan instrumenten om doelen te bepalen bij patiënten. De getoonde filmpjes gaven aanleiding tot herkenning van situaties en ventileren van ervaringen. De opleiding met studenten gaf meer aanleiding tot vragen rond het praktische gebruik van het CLEVER-protocol. Zij leken meer nood te hebben aan een rollenspel om te ervaren hoe een zorgverstreker een CLEVER-gesprek zou kunnen leiden.

Om de kwaliteit van deze studie te verhogen werd er voldaan aan verschillende kwaliteitscriteria. Ten eerste werd er getracht om een heterogene groep deelnemers samen te stellen. De groep bestond uit professionals werkzaam in de Eerste Lijn en laatstejaarsstudenten Ergotherapie. Ten tweede gebeurde de dataverzameling door één persoon maar op verschillende manieren, namelijk via interviews en focusgroepen. Als derde punt kan aangehaald worden dat de data-analyse gebeurde op een systematische manier volgens de richtlijnen van Lindseth en Norberg (2004). Deze analyse gebeurde door één onderzoeker met peer debriefings met het onderzoeksteam dat bestond uit één medestudent, promotor en co-promotor. Tijdens verschillende fases van het onderzoek werden de bevindingen, dataverzameling, data-analyses en interpretaties met elkaar besproken en bijgestuurd waar nodig. De resultaten werden ook aangetoond door quotes uit de interviews en focusgroepen. Als laatste werden de resultaten teruggekoppeld naar een selectie van de deelnemers. Alle professionals hebben via mail bevestigd dat ze hun eigen ervaring met het CLEVER-protocol konden terugvinden in de beschreven thema's. Eén professional maakte de bedenking hoe onbevooroordeeld studenten konden praten over CLEVER als dit ook een onderdeel uitmaakte van hun keuzemodule.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek

Uit deze studie blijkt dat de zorgverstreker erin slaagt om samen met de patiënt via deze methodiek doelen te bepalen op basis van betekenisvolle activiteiten. Er is ook een aanzet gebeurd om de doelgroep te definiëren waarvoor deze methodiek een meerwaarde zou kunnen zijn. De methodiek vraagt een zekere tijdsinvestering, wat maakt dat het belangrijk is om deze efficiënt in te zetten.

Om deze methodiek te implementeren in het werkveld van de Eerste Lijn zal het nodig zijn om CLEVER naamsbekendheid te geven bij de professionals en te laten voorafgaan van een opleiding om het gebruik hiervan te faciliteren. Het is ook belangrijk dat de gebruikers de methodiek hanteren met een open geest, zodat er creatieve oplossingen kunnen gevonden worden voor de mogelijke praktische bezwaren bij implementatie. Zo zal er voldoende tijd gemaakt moeten worden voor het gesprek, waarbij er mogelijk op langere termijn tijd bespaard kan worden voor herhaalde consultaties.

Een aanbeveling voor het slagen van de implementatie in de praktijk is dat zelfs na een opleiding over het gebruik van de CLEVER-methodiek, sommige deelnemers nog nood hadden aan bijsturing. Sommigen hadden de activiteitenlijst toch als een checklist gebruikt of hadden alle vragen, vermeld in het protocol, overlopen. Wat maakte dat deze deelnemers spraken over veel herhaling en dat het protocol langdradig was en/of veel tijd in beslag nam.

CLEVER kan aanleiding geven om interdisciplinair samen te werken met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Uit de praktijk blijkt dat hiervoor nog verdere stappen dienen genomen te worden om CLEVER in een eerstelijns team te integreren. Het zou kunnen dat men dan de huidige manier van werken dient te evalueren en indien nodig zal moeten bijsturen.

Het ontwikkelen van de digitale versie van CLEVER kan een hulpmiddel zijn in de praktijk om efficiënter met informatie en dossiers om te gaan. Het kan ook een tool zijn om informatie op een duidelijke manier te delen met het team. De digitale versie dient waarschijnlijk nog wat bijgestuurd te worden voor optimaal gebruiksgemak in de praktijk.

Verder wetenschappelijk onderzoek zou kunnen uitwijzen of deze resultaten ook bevestigd worden moest dit onderzoek op een grotere schaal worden uitgevoerd, waarbij de deelnemers elk meer ervaring opbouwen met het gebruik van het CLEVER-protocol. Op die manier zou er rijkere data kunnen verzameld worden over hun CLEVER-ervaring.

In verder onderzoek zou de digitale versie van bij het begin kunnen worden opgenomen, dit zou misschien tot meer genuanceerde resultaten leiden over het gebruik van een computer bij intake.

Het lijkt ook interessant om via wetenschappelijk onderzoek na te gaan wat de plaats is van de CLEVER-methodiek naast andere tools met betrekking tot doelenbepaling die momenteel in ontwikkeling zijn en gepromoot worden in de Eerste Lijn.

6. Conclusies

Uit dit onderzoek komt naar voor dat CLEVER een bruikbare methodiek met protocol lijkt om doelen te bepalen aan de hand van betekenisvolle activiteiten, inzetbaar in de Eerste Lijnsgezondheidszorg. De participanten van deze studie geven aan dat het een uitgebreide methodiek is. Deze is tijdsintensief, maar desalniettemin levert het toch nuttige voordelen op. Zo win je niet alleen het vertrouwen van de patiënt, maar een tweede voordeel is dat de tijdsinvestering voor diepgang in het gesprek zorgt en motivatie oplevert bij de cliënt tot deelname. CLEVER zorgt voor verdieping en nuancering in de therapiedoelstellingen, wat maakt dat de patiënt centraal staat. Wel moet de CLEVER-professional over de nodig competenties beschikken om de patiënt op correcte wijze te kunnen begeleiden in het opstellen van deze persoonlijke doelen. Deze competenties werden omschreven als 'echt kunnen luisteren', 'coachende vaardigheden' en 'time management'. Om het gebruik van de methodiek voor de zorgverstrekkers te faciliteren, volgt men best voorafgaand een opleiding hierover. In deze opleiding kan CLEVER gekaderd worden in de Eerste Lijn en het gebruik van het protocol aangeleerd worden.

Het lijkt van essentieel belang te zijn om verder onderzoek te laten uitwijzen bij welke doelgroep het toepassen van deze methodiek een toegevoegde waarde zou kunnen betekenen. Op die manier zou voor deze doelgroepen ook de tijdsinvestering gerechtvaardigd kunnen worden.

Ook zou een verdere studie moeten uitwijzen welke plaats CLEVER kan innemen naast de andere reeds ontwikkelde tools in de Eerste Lijn.

Daarnaast kan een digitale versie van CLEVER ervoor zorgen dat het administratieve gedeelte een stuk overzichtelijker wordt en ook het eindverslag makkelijker meeneembaar en hanteerbaar kan zijn naar het team toe.

7. Referenties

- Aertgeerts, B., Annemans, L., Borgermans, L., De Maeseneer, J., Kenis, P., Leys, M., . . . Verlinde, C. (2017). *De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!* Retrieved februari 9, 2019, from Agentschap Zorg & Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20Reflectiekamer%202017.pdf>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications of health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Bloem, S., & Stalpers, J. (2012). Subjective experienced health as a driver of health care behaviour. *Nyenrode research paper series*(12-01).
- Bormans, L. (2011). *Geluk. The World Book of Happiness*. België: Lannoo Meulenhoff.
- Carel, H. (2010). Phenomenology and its application in medicine. *Theoretical medicine and bioethics* 32(1), 33-46.
- Coulter, A., Entwistle, V., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cohrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD010523.pub2
- De Maeseneer, J., & Boeckxstaens, P. (2012). James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract*, 62(600), e522-e524.
- De Sutter, A., De Maeseneer, J., & Boeckxstaens, P. (2013). Empowering patients to determine their own health goals. *European Journal of General Practice*, 19(2), 75-76. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1468794107078515>
- De Vriendt, P., Gauwe, V., & Van de Velde, D. (2019). *Clever: doelen bepalen in de eerste lijn*. Arteveldehogeschool Gent: Politea.
- Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Physical therapy*, 93(10), 1321-1330.
- Ekdahl, A. W., Hellström, I., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2012). Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study. *BMJ Open*, 2(3), e001063. doi:10.1136
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367. Retrieved from springerlink.com
- Familiezorg West-Vlaanderen vzw. (2020). *Zorg-Esperanto*. Retrieved mei 3, 2020, from Familiezorg West-Vlaanderen: <http://www.familiezorg-wvl.be/zorgesperanto.aspx>
- Faruqi, N., Lloyd, J., Ahmad, R., Yeong, L. L., & Harris, M. (2015). Feasibility of an intervention to enhance preventive care for people with low health literacy in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 21(3), 321-326. Retrieved from <https://doi.org/10.1071/PY14061>

- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International journal of qualitative methods*, 5(1), 80-92.
- Fortin, M., Hudon, C., Haggerty, J., van den Aller, M., & Almirall, J. (2010). Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC health services research*, 10(1), 111.
- Gentles, S., Charles, C., Ploeg, J., & McKibbin, K. (2015). Sampling in qualitative research: insights from an overview of the methods literature. *The qualitative report*, 20(11), 1772-1789.
- Glass, T., De Leon, C., Marottoli, R., & Berkman, L. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 319 (7208), 478-483.
- <https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/>. (z.j.). <https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/4-bollen-model/>. Retrieved mei 3, 2020, from <https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/4-bollen-model/>
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., & ... Schnabel, P. (2011). *How should we define health?* Retrieved from *Bmj*, 343, d4163.
- Kangovi, S., Mitra, N., Smith, R. A., Kulkarni, R., Turr, L., Huo, H., . . . Long, J. A. (2017). Decision-making and goal-setting in chronic disease management: baseline findings of a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 100(3), 449-455. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.019>
- Kielhofner, G. (2006). *Research in Occupational Therapy. Methods of Inquiry for Enhancing Practice*. Philadelphia: F.A. Davies Company.
- Koerber, A., & McMichael, L. (2008). Qualitative sampling methods: A primer for technical communicators. *Journal of business and technical communication*, 22(4), 454-473.
- Korge, J., & Nunan, D. (2018). Higher participation in physical activity is associated with less use of inpatient mental health services: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 259, 550-553.
- Lenzen, S., van Dongen, J., Daniëls, R., van Bokhoven, M., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2016). What does it take to set goals for self-management in primary care? A qualitative study. *Family practice*, 33(6), 698-703.
- Li, J., Yu, J., Chen, X., Quan, X., & Zhou, L. (2018). Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. *Medicine*, 97(25).
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145-153.
- Lysack, C., Luborsky, M. R., & Dillaway, H. (2006). *Gathering Qualitative Data*. In G. Kielhofner, *Research in Occupational Therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- MacGregor, K., Handley, M., Wong, S., Sharifi, C., Gjeltema, K., Schillinger, D., & Bodenheimer, T. (2006). Behavior-change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(3), 215-223.

- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312.
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 567-596. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Mitchell, R., & Unsworth, C. (2005). Clinical reasoning during community health home visits: Expert and novice differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 215-223.
- Mold, J. (2017). Goal-Directed Health Care: Redefining Health and Health Care in the Era of Value Based Care. *Cureus*, 9(2): e1043. doi:10.7759/cureus.1043
- Moumjid, N., Gafni, A., Brémond, A., & Carrère, M.-O. (2007). Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Medical Decision Making*, 27(5), 539-546.
- Nagykaldi, Z. J., Tange, H., & De Maeseneer, J. (2018). Moving from problem-oriented to goal-directed health records. *The Annals of Family Medicine*, 16(2), 155-159.
- National Institute for Clinical Excellence. (2016). *Multimorbidity: clinical assessment and management*. United Kingdom: NICE. doi:10.1016/j.microrel.2010.11.005
- Newbould, J., Burt, J., Bower, P., Blakeman, T., Kennedy, A., Rogers, A., & Roland, M. (2012). Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. *BMC family practice*, 13(1), 71. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-71>
- Parker, S., Prince, A., Thomas, L., Song, H., Milosevic, D., & Harris, M. F. (2018). Electronic, mobile and telehealth tools for vulnerable patients with chronic disease: a systematic review and realist synthesis. *BMJ Open*, 8(8), e019192. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019192>
- Patton, M. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Thousand Oaks, California: Sage publications.
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012, december 10). *Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper*. Retrieved from Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.
- Protheroe, J., Nutbeam, D., & Rowlands, G. (2009). Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *British Journal of General Practice*, 59(567), 720-721. Retrieved from <https://doi.org/10.3399/bjgp09x472575>
- Purkape, B. A., Mold, J. W., & Sixia, C. (2016). Encouraging patient-centered care by including quality-of-life questions on pre-encounter forms. *The Annals of Family Medicine*, 14(3), 221-226.
- Reflectiekamer, L., Aertgeerts, B., Annemans, L., Borgermans, L., De Maeseneer, J., Kenis, P., . . . Verlinde, C. (2017). De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Brussel. Retrieved februari 9, 2019, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20Reflectiekamer%202017.pdf>

- Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012, march). Goal-Oriented Patient Care - An Alternative Health Outcomes Paradigm. *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 777-779.
- Rijken, M., Bekkema, N., Boeckxstaens, P., Schellevis, F. G., De Maeseneer, J. M., & Groenewegen, P. P. (2012). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expectations*, 17(5), 608-621.
- Salisbury, C. (2012). Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*, 380(9836), 7-9. doi:10.1016/S0140-6736(12)60482-6
- Sanders, J. J., Curtis, R., & Tulskey, J. A. (2018). Achieving goal-concordant care: a conceptual model and approach to measuring serious illness communication and its impact. *Journal of Palliative Medicine*, 21(S2), 17-27.
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative health research*, 17(10), 1372-1380.
- Tousignant-Laflamme, Y., Christopher, S., Clewley, D., Ledbetter, L., Cook, C., & Cook, C. (2017). Does shared decision making results in better health related outcomes for individuals with painful musculoskeletal disorders? A Systematic Review. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, 25:3,144-150.
- Van de Velde, D., Eijkelkamp, A., Peersman, W., & De Vriendt, P. (2016). How competent are healthcare professionals in working according to a bio-psycho-social model in healthcare? The current status and validation of a scale. *PLoS one*, 11(10).
- Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Sarr, K., & Tafforeau, J. (2014). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. D/2014/2505/52 - intern referentienummer: PHS Report 2014-030.
- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge.
- Vandenbroeck, P., & Jenné, L. (2018). *Gezondheidsvaardigheden versterken. Leren van tien innovatieve buitenlandse praktijken*. Brussel: Koning Boudewijnstichting. Retrieved from <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2018/20181112PP>
- Vermunt, N. P., Harmsen, M., Elwyn, G., Westert, G. P., Burgers, J. S., Olde Rikkert, M. G., & Faber, M. J. (2018). A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. *Health Expectations*, 21, 528-538.
- Vermunt, N. P., Harmsen, M., Westert, G. P., Olde Rikkert, M. G., & Faber, M. J. (2017). Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review. *BMC geriatrics*, 17(1), 167.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2017). *Doelzoeker: Samen onderweg naar persoonlijke zorg*. Heverlee: Vlaams Patiëntenplatform.
- Vlaams Patiëntenplatform vzw. (2020). *Vlaams Patiëntenplatform*. Retrieved mei 3, 2020, from Vlaams Patiëntenplatform: <http://vlaamspatiëntenplatform.be/>
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient education and counseling*, 56(2), 139-146.

- World Health Organization. (2016). *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Retrieved februari 9, 2020, from WHO:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf?sequence=1>
- Xiao, C. (2017). The reason and coping measures of employees' resistance to information system. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 5(1), 87-93.
- Yin, R. (2015). *Qualitative research from start to finish*. New York: Guilford publications.
- Zelfzorg Ondersteund en Nederlandse Diabetes Federatie. (2018). *Zelfzorg ondersteund instrumentenkiezer*. Retrieved mei 3, 2020, from 4-bollen model:
<https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/4-bollen-model/>

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1: CLEVER-protocol

CLEVER PROTOCOL





STAP 1 INTRODUCEER jezelf en het thema van het gesprek

Doel:

- Het ijs breken en een vertrouwelijke steer opbouwen.
- Elkaar leren kennen.
- De context waarin de persoon leeft helder krijgen.
- Het thema van het gesprek (de dagelijkse activiteiten) aankondigen.

TIP • voer dit gesprek (bij voorkeur) in de woon- en leefomgeving van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
• Gebruik deze informatie om de C (context) van het CLEVER-doel (STAP 5) in te vullen.

Persoonlijke en contextgegevens

Naam van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood: _____

Adres: _____

Stel jezelf voor en geef het doel van dit interview aan

"In dit gesprek gaan we op zoek naar wat voor u belangrijk is in uw leven, en we gaan daarbij uit van de dingen die u doet, uw activiteiten. Op het einde van dit gesprek formuleren en noteren we samen uw persoonlijke doelen, zodat de hulpverleners die u begeleiden, dit weten. Zo kunnen die er ook rekening mee houden."

Kunt u kort iets over uzelf vertellen?

Leeftijd: _____

Geboorteplaats: _____

Burgerlijke staat: _____

Woonplaats (vroeger en nu): _____

Kinderen: _____

Kleinkinderen: _____

Mantelzorg(er)s en belangrijke personen: _____

Beroep (meer dan één kan): _____

Hobby's: _____

Wat moet ik nog over u weten om uw leef- en woonsituatie goed te begrijpen?

Denk hierbij aan: felten zoals woonsituatie (al dan niet aangepaste woning, veilige buurt, toegankelijkheid,...), financiële situatie,...

Intrapersoonlijke aspecten zoals persoonlijkheid (Intro- of extravert; volhouder, ...):

Interpersoonlijke aspecten: relaties, rollen (ouder, grootouder, vrijwilliger, ...):

belangrijke levensgebeurtenissen:



STAP 2 INVENTARISEER alle relevante activiteiten

Doel:

- Zicht krijgen op welke activiteiten relevant zijn, om zo te komen tot persoonlijke doelen.
- Te weten komen welke activiteiten de persoon doet, deed of wil doen (dus vroeger, nu en in de toekomst).
- Het levensverhaal van de persoon helder krijgen in verband met de activiteiten.

TIP • Begin het gesprek met 'Vertel eens'.
• Ga in het gesprek uit van onderstaande vragen, niet van de lijst met activiteiten, laat de persoon vooral vrijuit vertellen. Gebruik de lijst enkel wanneer het gesprek moeilijker op gang komt.
• Activiteiten die kunnen voorkomen zijn opgenomen in onderstaande lijst. Kruis relevante activiteiten aan.
• Speur naar relevante activiteiten die een persoon nu 'doet' (heden) of niet meer doet (verleden) of nooit gedaan heeft maar wél graag zou willen doen (toekomst) en duid aan in de betrokken kolom. Gebruik deze informatie om de L (Levensverhaal) van het CLEVER-doel (stap 5) in te vullen.

Vertel eens ...

... over uw dag? _____

Wat doet u allemaal op een dag? _____

Hoe ziet een doorsnee-dag eruit voor u? _____

Wat is voor u een goede dag? _____

Wat is voor u een slechte dag? _____

Vertel eens hoe uw weekend eruitziet? Is dat anders dan in de week?
Hoe ziet een voormiddag / namiddag eruit?

Zijn er speciale dingen die u belangrijk vindt? Hebt u bepaalde routines?
Vaste rituelen?

Hebt u deze activiteit vroeger ook gedaan en wilt u die in de toekomst
behouden?

Zijn er dingen die u nu niet doet en graag wilt gaan doen?
(en niet meer durft, wilt of kunt doen)?

Is er iets dat volgens u niet meer mogelijk is, maar waar u wel interesse
voor hebt?

Wat zijn voor u uitdagingen?

Stel dat u dingen zou kunnen veranderen in uw leven, wat zou u dan graag doen?
Wat zou u doen als u uw dag volledig zelf zou kunnen invullen?

ACTIVITEITENLIJST

Zorgen voor zichzelf	Vroeger	Nu	Toekomst
Zich wassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich kleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eten en drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfers en verplaatsingen binnenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De trap nemen binnenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletgebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omgaan met (in)continentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicatie innemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rust nemen of slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesofisticeerde zelfzorg	Vroeger	Nu	Toekomst
Bed of douche nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Make-up, nagelverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haar verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich scheren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speciale zorg zoals stoma, glycemie bepalen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezondheidsmedewerker consulteren (fysioarts, specialist, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie volgen (kna, ergo, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikmaken van specifieke externe (dag)verzorging zoals bv. dialyse, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voeding	Vroeger	Nu	Toekomst
Bereiden van voedsel			
Dagelijkse maaltijd bereiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groenten diepvriezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe gerechten uitproberen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complexe maaltijden bereiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brood, cakes, taarten, ... bakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confituur maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keukentoestellen gebruiken	Vroeger	Nu	Toekomst
Koffiezetapparaat gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wastafel gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microgolfoven gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oven gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keukenrobot gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huishouden	Vroeger	Nu	Toekomst
Hot huts schoonmaker: lichte taken zoals stof afnemen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot huts schoonmaker: zware taken zoals dweilen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassen (inclusief handwasjes) en strijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boodschappen doen (inclusief betalen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toestellen voor huishouden gebruiken			
Wasmachine gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droogkast gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaatwasser gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klusjes binnenshuis	Vroeger	Nu	Toekomst
Zorgen voor (kamer)planten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorstwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handwerk zoals breien, borduren, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleine klusjes opknappen zoals een lamp vervan- gen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grote klusjes in huis zoals behangen, schilderen, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toestellen voor klussen gebruiken	Vroeger	Nu	Toekomst
Grasmachine gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische zaag gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hogedrukreiniger gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handleiding bij de toestellen gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Financiële administratie	Vroeger	Nu	Toekomst
Cash betalen in winkels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronisch betalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eenvoudig goldbeheer (facturen betalen enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beheer van documenten (bv. mutualiteit, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geld uit de muur halen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronisch bankieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complex bankieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communicatie	Vroeger	Nu	Toekomst
Telefoon gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gsm gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smartphone gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een e-mail schrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een brief schrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een sms versturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeldbellen: face-timen of skype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actief deelnemen aan vergaderingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobiliteit buitenshuis	Vroeger	Nu	Toekomst
Zich buitenshuis te voet verplaatsen (bv. naar brievensbus, tuinhuis, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen nemen buitenshuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Openbaar vervoer gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxi nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische fiets gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelf met auto/moto/brommer rijden (gemotori- seerd rijden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dagelijkse technologie	Vroeger	Nu	Toekomst
Radio en/of cd-speler gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Digitale) televisie gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camera-toestel gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video- en/of dvd-speler gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laptop, tablet, computer gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognitieve activiteiten	Vroeger	Nu	Toekomst
Kaarten en/of andere spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kruiswoordraadsels, sudoku's, ... invullen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boeken lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatieve/ professionele/anderstalige boeken lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boeken/probleem en/of artikels schrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spelletjes spelen op de pc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerprogramma's zoals bv. Photoshop gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfen op het Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sport- en bewegingsactiviteiten	Vroeger	Nu	Toekomst
Een sport beoefenen zoals voetbal, badminton, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een bewegingsactiviteit verrichten zoals wandelen, fietsen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sociale activiteiten	Vroeger	Nu	Toekomst
Iets drinken op café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op restaurant gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op bezoek bij familie/vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actief lid zijn van een club of beweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoeker zijn van een lokaal dienstencentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kunstactiviteiten	Vroeger	Nu	Toekomst
Een muziekinstrument bespelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een andere kunstvorm beoefenen zoals schilderen, beeldhouwen, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toneelspelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotografie beoefenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Studeren, vrijwilligerswerk en werk	Vroeger	Nu	Toekomst
Volgtjese opleiding volgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langdurige bijscholing, cursus volgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eenmalige vorming volgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrijwilligerswerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zetelen in raden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betaald werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voor anderen zorgen bij de zelfzorg	Vroeger	Nu	Toekomst
Voor partner zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor (achter/klein)kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor bureu of vrienden zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voor anderen zorgen bij het huishouden	Vroeger	Nu	Toekomst
Voor partner zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor (achter/klein)kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor bureu of vrienden zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voor anderen zorgen bij complexe activiteiten	Vroeger	Nu	Toekomst
Voor partner zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor (achter/klein)kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderen helpen (in de zaak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor bureu of vrienden zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zorgen voor...	Vroeger	Nu	Toekomst
Voor huisdieren zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vriendschap, intimiteit en seksualiteit	Vroeger	Nu	Toekomst
Vriendschap onderhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimiteit beloven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksualiteit beloven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zingeving, spiritualiteit en religie	Vroeger	Nu	Toekomst
Zingevende, spirituele en religieuze activiteiten verrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere en complexe hobbyactiviteiten	Vroeger	Nu	Toekomst
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Even checken ...

- *Zijn er nog activiteiten die we niet besproken hebben en die belangrijk zijn voor u? Zijn er nog activiteiten die u in de toekomst zou willen verrichten, die u nu niet doet om gelijk welke reden?*



STAP 3 PRIORITEER de meest betekenisvolle activiteiten

Doel:

- Maak samen met de persoon een top vijf van de activiteiten die voor hem/haar de belangrijkste zijn.
- Identificeer die activiteiten waar het sterkste engagement of de grootste nood ligt.
- Achternaal de (volgens de persoon) belangrijkste oorzaak van beperking of belemmering.
- Gebruik deze informatie om de E¹ (Engagement) van het CLEVER-doel (stap 5) in te vullen.

- *"We hebben heel wat besproken. Welke activiteiten zijn voor u nu de belangrijkste (ook al lukken ze niet meer of niet meer zo goed)?"*

De meest betekenisvolle activiteiten

Maak samen met de de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood een top vijf van de activiteiten die voor hem/haar prioritair zijn.

1	
2	
3	
4	
5	

HET MENTALE BEELD VAN DE ACTIVITEIT

DE ACTIVITEIT

DE VORM

DE PERSOONLIJKE BETEKENIS

CONTEXT

Hoe lang duurt deze activiteit?

Wanneer zou u deze activiteit willen doen?

Waar zou u deze activiteit willen doen?

Hoe vaak zou u deze activiteit willen doen?

Met WIE zou u deze activiteit willen doen?

CONTEXT

CONTEXT

Heb je deze activiteit **vroeger** gedaan, doet u die nu of hebt u die nog **nooit gedaan**?
Wil je die activiteit in de toekomst gaan doen? Hoe past deze activiteit in uw levensgeschiedenis?

Welke **waarden** wilt u uitdrukken of ervaren met deze activiteit? Waarom is die zo belangrijk?

Hoe voelt u zich bij deze activiteit? Welke **emoties** roept deze activiteit bij u op?

Wat **motiveert** u om deze activiteit te doen?

CONTEXT

Beschrijf hier de activiteit zoals de persoon die in zijn hoofd heeft.

Opmerkingen:

WAARDEN	EMOTIES
<i>Speur naar waarden die voor de persoon belangrijk zijn en vink aan:</i>	<i>Speur naar emoties die verbanden zijn aan de activiteit en vink aan:</i>
<input type="checkbox"/> affectie tonen	Positieve emoties
<input type="checkbox"/> affectie ervaren	<input type="checkbox"/> vreugde
<input type="checkbox"/> bescherming bieden	<input type="checkbox"/> vertrouwen
<input type="checkbox"/> bescherming ervaren (zich geborgen voelen)	<input type="checkbox"/> verwachting
<input type="checkbox"/> contact nemen	<input type="checkbox"/> ...
<input type="checkbox"/> contact ervaren	
<input type="checkbox"/> controle ervaren	
<input type="checkbox"/> creatief zijn	
<input type="checkbox"/> deelnemen	
<input type="checkbox"/> erbij horen	Negatieve emoties
<input type="checkbox"/> anderen helpen	<input type="checkbox"/> verdriet
<input type="checkbox"/> eigen identiteit kunnen uiten	<input type="checkbox"/> afkeer
<input type="checkbox"/> intimiteit ervaren	<input type="checkbox"/> woede
<input type="checkbox"/> ordelijk zijn	<input type="checkbox"/> angst
<input type="checkbox"/> plezier ervaren	<input type="checkbox"/> ...
<input type="checkbox"/> privacy ervaren	
<input type="checkbox"/> privacy bieden	
<input type="checkbox"/> respect tonen	
<input type="checkbox"/> sportief zijn	
<input type="checkbox"/> verantwoordelijkheid opnemen	
<input type="checkbox"/> een uitdaging realiseren	
<input type="checkbox"/> ...	



STAP 5 FORMULEER SAMEN het CLEVER-doel

Doel:

- Formuleer samen met de persoon het CLEVER-doel vanuit het verhaal van de persoon.

TIP

- Neem alle verzamelde informatie erbij als uitgangspunt.
- Een korte pauze in het gesprek is hier vaak aangewezen.
- Oordeel niet over de haalbaarheid van het doel.

- **C=** beschrijf de unieke context van de persoon in zijn of haar woon- en leefomgeving.
- **L=** beschrijf het levensverhaal en de levenservaringen van de persoon vanuit het perspectief van zijn of haar betekenisvolle activiteiten.
- **E¹=** geef een indicatie van (de mate van) het engagement waarom de persoon deze activiteit wil doen, behouden of starten.
- **V=** beschrijf de vaste waarden die voor hem of haar belangrijk zijn en die via de activiteit worden uitgedrukt.
- **E²=** beschrijf de emoties die met de activiteit gepaard gaan.
- **R=** beschrijf waarom deze activiteit relevant is voor de persoon.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Goal Oriented Care (GOC) in de Eerste Lijn

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

Beschrijving en doel van de studie

U zal binnenkort deelnemen aan een wetenschappelijk onderzoek. De dienst Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen voert onderzoek naar hoe ergotherapeuten, werkzaam in de Eerste Lijn, het ervaren om persoonlijke doelen te stellen samen met hun patiënten met multimorbiditeit. Hierbij gebruik makend van het CLEVER-protocol.

Allereerst betekent de term 'multimorbiditeit' dat je meer dan één chronische ziekte hebt. Een chronische ziekte is een ziekte waarvan een persoon niet volledig herstelt, en hij dus een manier moet zoeken om hiermee om te gaan. Om voor personen met multimorbiditeit een gepaste behandeling aan te bieden, is het belangrijk voor het zorgteam de persoonlijke doelen van de persoon te kennen. CLEVER is een instrument dat via een vragenlijst helpt om deze doelen op te stellen. Om de bruikbaarheid van dit instrument te onderzoeken, zijn we op zoek naar personen die hierover hun ervaring willen delen.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan dit onderzoek. Indien u deelneemt, wordt van u hetvolgende verwacht:

1. Een opleiding volgen over het gebruik van het CLEVER-protocol. (ongeveer 1u)

2. Een vragenlijst invullen waarmee wordt gepeild naar uw persoon. Dit zijn vragen over uw leeftijd, geslacht, jaren werkervaring, gevolgde opleidingen,... (15 minuten)
3. Bij minstens 4 patiënten het CLEVER-protocol afnemen. (1u / CLEVER)
4. Na de eerste afname wordt een kort terugkommoment voorzien voor eventuele bijstellingen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dominique Van de Velde.

Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts.

Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van patiënten met multimorbiditeit.

Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier) In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof. Dr. Dominique Van de Velde. Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Gegevens uit het patiëntendossier worden verwerkt in het kader van de verbeteringsprocessen van de organisatie en de gezondheidszorg in het algemeen.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichhoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	
Ik stem ermee in dat mijn email adres gebruikt wordt voor het versturen van vragenlijsten.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

8.3. Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch Comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

REVAKI
3 B3
Prof. dr. Dominique VAN DE VELDE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE
ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. P. Deron

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2019/1249	DATUM 03-okt-19	KOPIE Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Goal Oriented Care (GOC) in de eerste lijn - Scriptie: Marijke Lerno

Belgisch Registratienummer: B670201941271

Fase (Phase): NVT/NA

- * Adviesaanvraagformulier dd. 23/08/2019
(Volledig ontvangen dd 28/08/2019) versie 1
- * Begeleidende brief dd. 26/08/2019
- * Protocol
Goal Oriented Care (GOC) in de eerste lijn
- * CV
Marijke Lerno
- * Diverse
Clever Protocol def
- * Antwoord onderzoekers
dd 30/09/2019 (Ontvangen dd 01/10/2019) op opmerkingen EC dd 13/09/2019
- * (Patiënten) informatie- en toestemmingsformulier dd. 18/09/2019
(Versie 1)
- * Informatie- en waarschuwingsnota over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dd. 16/09/2019
Marijke Lerno

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. D. VAN DE VELDE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 02/10/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR
01/10/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 02/10/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 01/10/2020, THIS
ADVICE

WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before Initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITÉ VAN 15/10/2019
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/10/2019



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2019/1249	DATUM 03-okt-19	KOPIE Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2019/1249

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimtra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Mevr. P. DE VRIENDT - UZ Gent - Inwendige Ziekten & Geriatrie



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

8.4. Bijlage 4: Vragenlijsten professionals en studenten

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: P1 Geboorte datum: 06/04/1976

Adres:

Afstudeerrichting: Bachelor – Master ergotherapie

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

- creatieve therapie
- D-cursus (ordenwijs)
- train de trainer zorgverlener
- ...

Werkervaring: (in welke sectoren heeft u gewerkt sinds uw afstuderen, met welke doelgroepen heeft u gewerkt en werkt u nu)

- St. Gregorius (jeugd) → jongeren met autisme (2j)
- Familiezorg W. U. → ergo in de thuiszorg (alle doelgroepen) (nu 20j)

Heeft u ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja Nee

Heeft u ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam

P2

Geboorte datum:

12/08/1980

Adres

Afstudeerrichting: Bachelor - Master

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

- Centering praktijken

Werkervaring: (in welke sectoren heeft u gewerkt sinds uw afstuderen, met welke doelgroepen heeft u gewerkt en werkt u nu)

- afdeling
- Schoonheidsproject kinderen met psychische aandoening, afdeling.

Heeft u ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heeft u ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: P3

Geboorte datum: 3/2/1990

Adres:

Afstudeerrichting: Bachelor - Master

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

basisopleiding Palliatieve Zorg
mantelzorgcoach

Werkervaring: (in welke sectoren heeft u gewerkt sinds uw afstuderen, met welke doelgroepen heeft u gewerkt en werkt u nu)

voornamelijk ouderenzorg
maar ook tijdelijke tewerkstellingen bij:
sys. revalidatie volwassenen

MPI kinderen

we: zelfstandig ego -> bijna
Heeft u ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

alle doelgroepen behalve
restandelijke beperking
specialisatie ouderen
& mantelzorg

Heeft u ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S1

Geboorte datum: 21/10/1997

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

Anderhalf jaar Revalidatiewetenschappen & Kinesitherapie
Avondcursus Vlaamse Gebarentaal
Diploma Secundair onderwijs: Humane wet.

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

1^o jaar: 1 week 'hijstage' in WZC Leikhome: ouderen
2^o jaar: 6 weken stage in AZ Maria Middelaer: SP Revalidatie
3^o jaar: 8 weken stage in arbeidscentrum De Keiberg: psych. kwetsbare mensen

Hobby's:

Fitness, Bouldering, Moto rijden, gamen, Activiteiten met vrienden (café, spelavond)

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ...)

Plantrekker, Kritische besondelaar, gewoelig aan 'negatieve' feedback
Entertainer → trekker in groep → in dat geval te kritisch op mezelf
optimist.

Heb je ervaring met semi-structureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja !!!

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 2

Geboorte datum: 17/03/2020

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

- Jeugd – en gehandicaptenzorg (opvoeder A2)
- Initiatie cursus Vlaamse gebarentaal

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

- Ouderenzorg, DVC Sparke Viers te Brugge
- Kinderen met een visuele beperking, Spermalie te Brugge
- Volwassenen met een ernstige verstandelijke beperking, Ons Erf te Brugge
- Fysieke, AZ Sint-jan te Brugge
- Fysieke, AZ Sint-Lucas te Brugge
- Geestelijke Gezondheidszorg, activiteitencentrum 't Ander te Veurne

Hobby's:

- Volleybal
- Haken, breien (creatief bezig zijn)

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Ik ben een creatief persoon die graag bezig is met mijn handen. Ik kom op voor mijn eigen mening, maar sta zeker open voor andere meningen. Ik kan leiding nemen, maar vindt het ook niet erg om geleid te worden. Samenwerken gaat voor mij goed, als de groepsdynamiek goed zit.

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 3

Geboorte datum: 16/03/1998

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen: /

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

- 1 week kijkstage BZIO Oostende: fysieke revalidatie
- 6 weken stage AZ Damiaan Oostende: acute geriatrie
- 8 weken stage WZC Avondvrede Gent: ouderen en ouderen met dementie

Hobby's:

- Lopen
- Wandelen met hond

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Ik ben een sociaal type die af en toe kan genieten van het alleen zijn. Ik zal indien niemand het voortouw neemt in groep de leiding in handen nemen, maar indien dit niet noodzakelijk is, zal ik niet staan springen om dit te doen. Ik ben meelevend en heb groot empathisch vermogen. Ik bied een luisterend oor en heb dan ook graag dat anderen naar mij luisteren. Wederzijds respect vind ik cruciaal. Ik zal mijn mening vaak voor mezelf houden om anderen niet te kwetsen. Ik ben opgewekt wanneer dingen aanleunen bij mijn interessegebied, anders kan ik weleens pessimistisch overkomen.

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 4

Geboorte datum: 13/05/1993

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen: - Humane Wetenschappen
↳ middelbaar

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

- Rijkszorg Maria Middelaars - revalidatie (volwassen/ouder)
- De Refuge - kortverblijf / WZC (ouderen)
- Sint Lucas Volkskliniek - SP neurologie (volwassen/ouder)

Hobby's:

↳ fotografie, koken, zang, animatie Karoo

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ...)

graag kleine en hechte groep, empathisch luisteren,
afwachtend, neemt leiding indien nodig, diepgang, ...

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 5

Geboorte datum: 06/09/1998

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

Middelbare opleiding: Lichamelijke Opvoeding en Sport.

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

Ik heb al bij volgende doelgroepen stage gelopen: geestelijke gezondheid en geriaterie.

Mijn 1^{ste} stage was in een psychiatrisch verzorgingstehuis, mijn 2^{de} stage was in een psychiatrisch centrum, en mijn herkansings stage van het 2^{de} jaar was in een fitniswoonzorgcentrum.

Hobby's:

Videogames, fitnessen, lopen, veel buiten zijn.

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Ik ben een persoon dat veel humor gebruikt. Verder ben ik een sociaal indien ik hiervoor open sta en mij op mijn gemak voel bij de betreffende persoon. Ook ben ik een creatief persoon die graag probleem oplossend denkt. Indien bepaalde zaken niet lopen zoals ik het wil kan ik vrij rap veranderen van humeur.

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 6

Geboorte datum: 19/08/1999

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

/

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

- Fysieke revalidatie: Revarte, Edegem
- Kinderen met ontwikkelingsstoornis: CAR Overleie
- Ouderen met dementie: WZC De Haagwinde

Hobby's:

- Scoutsleider
- Muziek

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Doelgericht en betrouwbaar. Een luisterend oor, die steeds wil helpen

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 7 Geboorte datum: 29/12/1996

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

Professionele bachelor journalistiek

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

GGZ (DAC en PAAZ), BUSO/BUBAO

Hobby's:

Paardrijden en voltige (turnen op een bewegend paard)

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Open, vrij sociaal. Wel een kritische denker en kan ook wel wat koppig zijn.

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 8

Geboorte datum: 05/01/1999

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen: Neen

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

Psychiatrie: Mensen met psychoses

Ziekenhuis revalidatie: Mensen met fysieke beperkingen

Woonzorgcentrum: ouderen met dementie

Hobby's:

Spinnen, afspreken met vrienden, babysitten,

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Sociaal, vriendelijk, ongeduldig, gemotiveerd, enthousiast, perfectionistisch

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 9

Geboorte datum: 03/11/1998

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen: /

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

Fysieke revalidatie in revalidatiecentrum: Volwassenen en ouderen

Acute geriatrie in ziekenhuissetting

Hobby's:

Fitness, zwemmen, skieën, surfen, reizen, shoppen

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Ik ben een assertief persoon die durft zeggen waar het op staat. Ook kan ik mezelf als zeer empatisch en behulpzaam omschrijven. In onbekende of nieuwe situaties durf ik me terugtrekken en heb ik wat tijd nodig om me volledig op mijn gemak te voelen. In gekende en vertrouwde omgevingen durf ik een leiderrol innemen.

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S10

Geboorte datum: 17.05.1996

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

Gezondheids & Wetenschappelijke Wetenschappen

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

• psychische steunbaarheid • gerontologie WZC
• Niet aangeboren Hersenletsel (NAH)

Hobby's:

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

geëngageerd optimistisch
empatisch respectueus

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S11

Geboorte datum: 21/10/2020

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

Secundaire → Humane wetenschappen

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

In de gezondheidssector.

Doelgroepen: ouderen, volwassen met een mentale beperking en ouderen met een fysieke beperking.

Hobby's:

- voetballen
- tennis
- lezen

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ...)

Ik ben een vrolijke persoon die ze veel niet lachen. Ik ben ook een persoon die het altijd wilt goed doen voor anderen, ik heb niet graag mensen teleur. Ik ben een sociaal persoon, respect voor anderen, behulpzaamheid en vriendschappelijk. Ik zie mij meer als een teamspeler dan als een individueel speler.

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

CLEVER onderzoek in de Eerste Lijn, focusgroep

Beste deelnemer,

In de eerste plaats willen wij u alvast bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bij het invullen van deze vragenlijst zouden wij er bij u willen op aandringen om dit zo correct en volledig mogelijk te doen. Op die manier levert u een belangrijke bijdrage in deze studie.

Naam: S 12

Geboorte datum: 03/09/1996

Afstudeerrichting: Bachelor ergo

Andere gevolgde opleidingen/bijscholingen:

sociaal werk (niet afgewerkt)

Stage ervaring: (in welke sectoren heeft u stage gelopen, met welke doelgroepen heeft u reeds gewerkt)

Psychiatrisch centrum menen (stage en studentenjob ergo)

Jan Yperman ziekenhuis: revalidatie (stage)

De Branding: verstandelijke beperking (stage)

Hobby's:

Mediteren, Zumba, muziek, wandelen, afspreken met vrienden, Netflix

Hoe zou je zelf je persoonlijkheid omschrijven in een paar zinnen? (vb. assertief, eerder stil, trekker, ..)

Introvert persoon (eerder verlegen bij onbekenden), met een positieve ingesteldheid. ik ben eerder een volger dan een trekker.

Vriendelijk

Heb je ervaring met semi-gestructureerde interviews?

Ja

Nee

Heb je ooit al gebruik gemaakt van de COPM?

Ja

Nee

8.5. Bijlage 5: Interviewleidraad voor interviews en focusgroepen

Inleiding

“In welke omgeving heeft u CLEVER afgenomen?”

“Kende u de cliënt reeds op voorhand of was dit een eerste contact?”

“Kan u in enkele zinnen vertellen wat uw algemene indruk is van het CLEVER-protocol?”

Bruikbaarheid

“Hoe lang heeft de CLEVER afname geduurd?”

“Wat vindt u van de afnameduur?”

“Heeft u samen met de cliënt relevante doelen kunnen bepalen voor een verdere behandeling?”

“Vindt u dat CLEVER tekorten heeft, zo ja, welke?”

“Wat zijn de sterktes van CLEVER?”

“Vindt u het een bruikbaar (zinnvol) instrument binnen de eerstelijnsgezondheidszorg? Waarom wel/niet?”

“Bij welke populatie zou u het zeker wel gebruiken? Waarom?”

“Bij welke populatie zou u het zeker niet gebruiken? Waarom?”

“Zou u CLEVER in de toekomst nog gebruiken? Waarom?”

“Zou u het gebruik aanraden aan collega’s in het werkveld? Waarom wel/niet?”

Aandachtspunten

“Wat zou er nog kunnen aangepast worden aan CLEVER opdat het nog beter zou functioneren binnen de Eerste Lijn?”

Opleiding CLEVER

“Wat vond u van de opleiding die aan de afname voorafging?”

(Was ze nuttig? Onnodig? Te lang? Tekort?)

“Heeft u nood aan een andere soort bijscholing om met CLEVER te kunnen werken?”

De professional

“Welke vaardigheden heeft een professional volgens u nodig om met CLEVER doelen te kunnen bepalen?”

“Moet de professional over bepaalde eigenschappen/skills beschikken om CLEVER te kunnen afnemen?”

“Heeft u nog tips voor andere ergotherapeuten die met CLEVER zouden werken?”

“Zou u het anders aanpakken bij een volgende CLEVER afname? Zou u iets bijsturen bij een volgende afname?”

Digitale tool

“is het gelukt om de gegevens te digitaliseren?”

“Wat vindt u van de digitale tool?” (Gebruiksvriendelijk? Tekorten? Overzichtelijk?)

“Heb je dit achteraf ingevuld of tegelijkertijd met het interview?” Hoe ervaar je dit?”

...

Waar nodig wordt doorgevraagd om de antwoorden te verduidelijken:

Hoe heb je dit ervaren?

Wat dacht je toen?

Vertel eens... leg uit...

Hoe heb je dat aangepakt,... wat gebeurde er toen?

Wat bedoel je?

Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1: Doorstroomschema deelnemers onderzoek.....	19
Figuur 2: Schematische voorstelling van de resultaten	31
Tabel 1: Karakteristieken van de professional (deel 1)	20
Tabel 2: Karakteristieken van de professional (deel 2)	20
Tabel 3: Karakteristieken van de studenten.....	21
Tabel 4: Karakteristieken van de focusgroepen	22