

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Doelgerichte zorg integreren
in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan**

**Fase 1: Een onderzoek naar een generieke basisset levensdoelen en
de verhouding tussen levensdoelen en operationele zorgdoelen en
zorgtaken binnen de zorgplanning**

Lotte Vanneste
Lore Torfs
Prof. dr. Pauline Boeckxstaens
Prof. dr. An De Sutter



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2021/16

SWVG-Rapport 64

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Promotor: Prof. dr. An De Sutter¹

Copromotor: Prof. dr. Pauline Boeckxstaens¹

Onderzoekers: Lotte Vanneste & Lore Torfs¹

¹UGent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 64

Oktober 2021

Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Fase 1: Een onderzoek naar een generiek kader levensdoelen en de verhouding tussen levensdoelen en operationele zorgdoelen en zorgtaken binnen de zorgplanning.

Onderzoeker: Lotte Vanneste¹ & Lore Torfs¹

Promotor: Prof. dr. An De Sutter¹

Copromotor: Prof. dr. Pauline Boeckxstaens¹

¹ UGent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Samenvatting

Inleiding

De toename van personen met chronische aandoeningen en complexe zorgnoden eist een paradigma-shift van aanbod gestuurde zorg naar vraag gestuurde zorg. Het concept van doelgerichte zorg maakt deze shift en voorziet in zorg die vertrekt vanuit de wensen, noden en persoonlijke doelen van Personen met een Zorg- en Ondersteuningsvraag (PZOV) (Mold et al., 1991). De Vlaamse overheid erkent het belang en de meerwaarde van doelgerichte zorg. Hierbij wordt de keuze gemaakt om doelgerichte zorg als fundament van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP) te hanteren, waarbij het concept 'levensdoelen' in dit DZOP een centrale plaats krijgt. De levensdoelen vormen het vertrekpunt van het zorg- en hulpverleningsproces, waarbij de operationalisering van levensdoelen gemaakt wordt in zorgdoelen en een zorgplan.

Wat deze levensdoelen concreet inhouden en hoe hulpverleners deze levensdoelen kunnen formuleren is minder gekend. Ook hoe de vertaalslag van de levensdoelen naar zorgdoelen moet verlopen is onvoldoende gekend. Deze twee hiaten vormen bijgevolg de onderzoeksvragen voor dit onderzoeksproject. Als eerste wordt er nagegaan op welke manier hulpverleners de PZOV kunnen ondersteunen in het formuleren van levensdoelen. Ten tweede wordt er onderzocht of er een workflow opgesteld kan worden die hulpverleners ondersteunt om levensdoelen te identificeren en de vertaalslag naar zorgdoelen en een zorgplan te maken.

Methode

Dit onderzoeksproject, uitgevoerd in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, volgt als onderzoeksfilosofie een *participatory action research* (PAR) (Baum et al., 2006). Binnen PAR werken onderzoekers in een proces van co-creatie nauw samen met het werkveld waarin de aanbevelingen van het onderzoek uiteindelijk geïmplementeerd zullen worden.

Drie verschillende onderzoeksmethoden zijn hierbij gehanteerd (hoofdstuk 1). Eerst is een literatuuronderzoek uitgevoerd die na ging of er een kader voor levensdoelen geïdentificeerd kan worden in de wetenschappelijk literatuur, die het stellen van doelen bij patiënten met complexe

zorgnoden nagaat. Vervolgens is een documentanalyse uitgevoerd waarbij bestaande, Nederlandstalige tools voor doelgerichte zorg geanalyseerd werden om na te gaan welke elementen een hulpverlener kan ondersteunen om levensdoelen te formuleren. Als laatste methode is er veldwerk uitgevoerd waarbij twaalf hulpverleners en een patiëntenvertegenwoordiger, binnen het kader van een vierdaagse interprofessionele training doelgerichte zorg, in gesprek gingen met PZOV om levensdoelen te verhelderen en vervolgens in intervisiemomenten en reflectieopdrachten dit verder vorm gaven en de vertaalslag naar zorgdoelen en een zorgplan trachtten te maken. Hierbij werden de deelnemende hulpverleners als medeonderzoekers gezien, met wie gaandeweg geleerd werd over de toepassing van doelgerichte zorg in de praktijk.

Resultaten

Literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek worden twee kaders voor levensdoelen geïdentificeerd (hoofdstuk 2). Het kader van Berntsen et al. (2015) deelt doelen op in persoonlijke doelen van de PZOV en doelen van de hulpverlener. De persoonlijke doelen omvatten zaken die de persoon belangrijk vindt en situeren zich op het domein van autonomie, persoonlijkheid en spiritualiteit. De doelen van de hulpverlener worden onderverdeeld in drie subdoelen: functionele doelen, biologische doelen en adaptieve doelen. In het kader van Berntsen geldt een duidelijke hiërarchie, waarbij de doelen van de PZOV steeds boven de doelen van de hulpverlener gezet worden. Het tweede kader dat is geïdentificeerd, is het kader van Vermunt et al. (2018). In dit kader worden doelen opgedeeld in ziekte- of symptoom specifieke doelen, functionele doelen en fundamentele doelen. De fundamentele doelen zijn een expliciete vertaling van waarden en weerspiegelt wat een PZOV belangrijk vindt in zijn leven. Deze fundamentele doelen bepalen de functionele doelen en de ziekte- of symptoom specifieke doelen. Zowel de persoonlijke doelen als de fundamentele doelen zijn een invulling van levensdoelen. Naast deze twee kaders voor doelen haalt Naik et al. (2018) ook het belang van waarden als fundament van een levensdoel aan. Deze waarden staan centraal bij het opstellen van een zorgplan. Een ander kader dat in de literatuur wordt geïdentificeerd om doelen te stellen, is de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). De ICF wordt in meerdere onderzoeken gebruikt om doelen te stellen. De ICF heeft echter als nadeel dat het persoonlijke aspect niet volledig gekaderd wordt, en dat de onderliggende waarde van een doel hierbij niet altijd duidelijk is.

Een concreet, algemeen kader voor levensdoelen wordt in de literatuur niet geïdentificeerd, wel wordt het belang van waarden als element van een levensdoel aangehaald.

Documentanalyse

In de documentanalyse zijn volgende bestaande tools doelgerichte zorg geanalyseerd: Samenspraakfiche, Clever, Zorg-Esperanto, Doelzoeker, Vier bollen model en Mijn Positieve gezondheid (hoofdstuk 3). In deze tools zijn zes elementen geïdentificeerd die een hulpverlener kunnen ondersteunen om levensdoelen te identificeren samen met de PZOV. Het eerste element is het bevragen van waarden en emoties als basis voor een levensdoel. Door waarden te bevragen, wordt er gepeild naar de achterliggende reden waarom een PZOV een doel wil realiseren. Ook emoties geven aan wat iemand belangrijk vindt. Een tweede element is dat het bevragen van het verleden als wegwijzer kan dienen om levensdoelen te bepalen. Een levensdoel heeft een link met het verleden, het heden en de toekomst. Door het verleden actief te bevragen, wordt duidelijk wat betekenisvol is voor een PZOV. Dit wordt meegenomen in het opstellen van het levensdoel, wat toekomstgericht is. Een derde element is dat het spreken over activiteiten hulpverleners kan ondersteunen om doelen te identificeren. Activiteiten

worden hierbij ingedeeld in verschillende levensdomeinen. Naast deze activiteiten, halen de tools ook betekenisvolle activiteiten aan. Betekenisvolle activiteiten zijn activiteiten waarbij een koppeling wordt gemaakt tussen de activiteit, wat iemand wil bereiken en onderliggende waarden. Een vierde element is dat bevragen van gezondheid hulpverleners kan ondersteunen om levensdoelen te formuleren. Gezondheid is hierbij een brede definitie, met oog voor zowel fysieke aspecten als welzijnsaspecten. In de brede definitie van gezondheid gaat er expliciet aandacht naar kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven kan mee zicht bieden op wat belangrijk is in iemands leven. Een vijfde element is het bevragen van de sociale en de fysieke context. De context bepaalt mee de vorm van het levensdoel. Onder de context vallen ook de sociale relaties die een PZOV heeft. Een laatste element is het hanteren van een positieve formulering bij het opstellen van een levensdoel. Levensdoelen worden hierbij geformuleerd in termen van behouden, herstellen, ontwikkelen of herstellen. De insteek bij het formuleren van levensdoelen ligt niet zozeer op wat iemand niet meer kan, maar wel op wat reeds lukt en wat men wil bereiken.

Deze zes elementen zijn geanalyseerd in de tools doelgerichte zorg om levensdoelen te bepalen, maar zijn geen vereiste voor een levensdoel. Een levensdoel hoeft niet al deze zes elementen te bevatten. Deze elementen zijn ook niet los van elkaar te zien. Er zijn relaties merkbaar tussen verschillende elementen, waarbij er tot een integratie wordt gekomen in het levensdoel.

Daarnaast geven de tools ons inzicht in het proces van doelgerichte zorg, waarbij een vertaalslag wordt gemaakt van levensdoelen naar zorgdoelen en een zorgplan. De tools benadrukken hierbij dat ze niet steeds een garantie zijn om tot levensdoelen te komen. De tools zijn gespreksinstrumenten en dienen als leidraad om doelgerichte zorg te faciliteren. De tools halen aan dat een evenwaardige relatie tussen hulpverlener en PZOV belangrijk is om samen beslissingen te nemen over zorg en ondersteuning. Nadat de levensdoelen voldoende helder zijn, worden prioriteiten bepaald en een behandelplan opgesteld. Hierbij worden de zorgdoelen maximaal afgestemd op de levensdoelen volgens gedeelde besluitvorming. De tools geven als aandachtspunt mee dat het essentieel is om eerst de betekenis van een levensdoel voor de PZOV te bepalen, vooraleer een zorgplan en bijhorende middelen en strategieën worden geformuleerd.

Veldwerk

De derde onderzoeksmethode is het veldwerk (hoofdstuk 4). In het veldwerk zijn doelgerichte gesprekken tussen hulpverleners en PZOV, papieren reflectieopdrachten ingevuld door de hulpverleners, intervisiemomenten en een focusgroep gecombineerd om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen.

Hulpverleners geven aan dat levensdoelen heel breed en individueel bepaald zijn. PZOV moeten hierbij in de mogelijkheid zijn hun eigen verhaal te brengen. Alles wat de PZOV als levensdoel aanbrengt, moet mogelijk zijn.

Verschiedende elementen worden geïdentificeerd die een hulpverlener kan ondersteunen als de PZOV hulp nodig heeft in het verhelderen en formuleren van een levensdoel. Vooreerst valt het op dat middelen en strategieën in het levensdoel worden opgenomen. Het levensdoel focust zich, naast wat belangrijk is, ook reeds op de manieren om het levensdoel te bereiken. Dit wordt echter niet als element van een levensdoel meegenomen omdat het bepalen van middelen en strategieën niet bijdraagt tot het bepalen wat betekenisvol is voor een PZOV.

Als eerste element is te merken dat levensdoelen voornamelijk betrekking hebben op een toekomstgericht perspectief. In het levensdoel wordt dit omschreven door termen als herstellen, behouden, voorkomen of ontwikkelen te gebruiken. Als tweede element worden levensdoelen vaak geformuleerd

in termen van activiteiten. Deze activiteiten worden veelal gekoppeld aan het toekomstgerichte perspectief doordat het activiteiten zijn die personen graag willen behouden. Een derde element is dat levensdoelen onderliggende waarden bevatten (bv. verantwoordelijkheid, keuzevrijheid) en dit ook zo in het levensdoel wordt benoemd. Deze waarden zijn vaak gerelateerd met de activiteiten. Aansluitend aan de waarden, maken ook gevoelens deel uit van een levensdoel. Een vierde element is het belang van sociale relaties in een levensdoel. Deze sociale relaties zijn enerzijds gerelateerd met activiteiten en komen anderzijds ook als alleenstaand doel aan bod. Als vijfde element wordt de fysieke context geïdentificeerd.

Bij het formuleren van de levensdoelen is te merken dat hulpverleners een onderscheid maken tussen expliciet geformuleerde doelen en impliciet geformuleerde doelen. Doelen die expliciet in het gesprek worden geformuleerd zijn minder uitgebreid en hebben een voornamelijk activiteiten georiënteerde focus. Doelen die de hulpverleners impliciet opstellen, zijn uitgebreider en bevatten ook andere elementen, zoals waarden. Impliciet geformuleerde doelen moeten expliciet gemaakt worden zodanig dat deze afgetoetst kunnen worden bij de PZOV. Hulpverleners hebben aangegeven dat ze het als een meerwaarde beschouwen als de waarde achter het levensdoel duidelijk is omdat zo zicht wordt gekregen op waarom iets belangrijk is.

Doelgerichte zorg en het bepalen van levensdoelen is een proces, waarbij een eerste doelgerichte gesprek de aanzet kan vormen om de levensdoelen te verhelderen. Meerdere observaties bieden inzicht in hoe dit doelgerichte gesprek verloopt. Bestaande tools voor doelgerichte zorg worden doorheen het gesprek vrijblijvend gebruikt. De hulpverlener toetst zelf af welke tool en structuur bij de PZOV past en kiest op basis hiervan een tool die het gesprek mee vorm geeft. Aan de start van het gesprek worden de doelstellingen en verwachtingen met betrekking tot het gesprek meegedeeld. Hierbij duiden de hulpverleners wat doelgerichte zorg inhoudt en dat het bepalen van de levensdoelen een proces is dat de PZOV doorloopt, waarbij de hulpverlener de PZOV ondersteunt waar nodig. Tijdens het doelgerichte gesprek laten de hulpverleners ruimte aan de hulpvrager om zijn of haar verhaal te brengen. De hulpverleners ervaren zelf dat de hulpvragers nood hebben aan dit open en uitgebreid vertellen en deugd hebben van het exclusieve moment. De hulpvragers op hun beurt geven aan dat het een meerwaarde is om aspecten te bespreken die in een traditioneel consult nooit ter sprake komen.

Doorheen het gesprek worden verschillende vragen gesteld om inzicht te krijgen in de levensdoelen. De vraag om te vertellen over een normale dag biedt voornamelijk inzicht in de verschillende activiteiten die een persoon heeft. De vraag om een goede dag te beschrijven is diepgaander en biedt naast de activiteiten ook inzicht in waarden, gevoelens en relaties. Ook de vraag om dromen te beschrijven is een vraag die ruim beantwoord kan worden en inzicht biedt in wat belangrijk is voor iemand. Daarnaast is het belangrijk dat de hulpverleners tijdens het gesprek actief luisteren, doorvragen, samenvatten en reflecteren.

Het eerste doelgerichte gesprek leidt niet altijd tot concrete doelen, maar dit betekent echter niet dat het een gesprek zonder doel is. De eerder vermelde vragen geven inzicht in het leven van een PZOV, wat voor een hulpverlener ook nieuwe en waardevolle informatie is om rekening mee te houden in het zorgproces.

Naast de levensdoelen valt het op dat er in het eerste gesprek ook reeds stilgestaan wordt bij zorgdoelen en middelen. De zorgdoelen en middelen uit de gesprekken worden door de hulpverlener soms beschreven als doel. De oplossingen en middelen die doorheen het gesprek worden aangereikt zijn echter

eerder verkennend en worden niet tot in detail besproken. Het kort bespreken van mogelijke oplossingen kan voor sommige hulpvragers ook een verlichting zijn om reeds te weten dat deze oplossing bestaat. De concrete uitwerking van de middelen kan eventueel plaatsvinden in een vervolgesprek. Hulpverleners geven zelf aan dat ze zich bewust moeten zijn om niet te snel over te gaan tot het bepalen en uitwerken van de middelen, en de focus in het eerste doelgerichte gesprek steeds op de levensdoelen te houden. De dynamiek van het gesprek bepaalt mee waarbij stilgestaan wordt.

Daarnaast wordt het doelgerichte gesprek ook gezien als een reflectiemoment in het zorgproces, zowel voor de hulpvrager als de hulpverlener. De hulpvrager staat stil bij existentiële aspecten, zoals de balans opmaken tussen levensduur en levenskwaliteit. Er is een mogelijkheid om een bewustwording over de toekomst te creëren. Sommige hulpvragers ervaren het gesprek echter als confronterend door deze reflectie en het besef wat wel en niet meer mogelijk is. De hulpverlener daarentegen komt doorheen het gesprek tot de vaststelling dat er in de huidige zorgverlening zorg wordt geleverd die niet in lijn is met de noden en de wensen van de PZOV. Deze reflectie houdt de hulpverlener in het achterhoofd bij het opstellen van de zorgdoelen en middelen en eventueel in een interprofessioneel overlegmoment.

Na het doelgerichte gesprek worden zorgdoelen en middelen in een vervolgesprek concreter bepaald. Voor de hulpverleners kan het een hulpmiddel zijn om de levensdoelen, zorgdoelen en middelen concreet op te splitsen. Ook het afsplitsen van de waarden wordt als zinvol ervaren, omdat hierdoor een goed zicht wordt bekomen waarom iets belangrijk is voor iemand. Vervolgens kan een interprofessioneel overlegmoment bijdragen aan het concretiseren van de zorgdoelen en het opstellen van een zorgplan.

Het DZOP kan een ondersteuning bieden bij het noteren van de levensdoelen en de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen, zorgafspraken en middelen. Het eerste doelgerichte gesprek, waarbij de levensdoelen worden achterhaald, moet centraal blijven staan. Het DZOP mag hier geen vervanging van worden. In het DZOP moet voldoende ruimte en vrijheid voorzien zijn om het verhaal van de PZOV te brengen, waarbij de PZOV eigenaarschap heeft om dit zelf in het DZOP te registreren. Hulpverleners wensen hierbij geen vooropgesteld kader of classificatiesysteem want levensdoelen zijn niet te standaardiseren. Overigens zijn levensdoelen geen vast gegeven. Over de jaren heen kunnen levensdoelen mogelijks veranderen. Daarom moet er de mogelijkheid zijn om op een flexibele manier om te gaan met de levensdoelen en deze ten alle tijden te kunnen wijzigen. Door het DZOP op te bouwen vanuit de levensdoelen worden hulpverleners doorheen het zorgproces er steeds aan herinnerd wat er echt toe doet voor de PZOV.

Discussie

In de discussie worden de drie methodes geïntegreerd (hoofdstuk 5). Verschillende elementen kunnen als wegwijzer dienen om hulpverleners te ondersteunen om samen met de PZOV de levensdoelen te verhelderen. Deze elementen zijn zowel doorheen de literatuurstudie, de documentanalyse als het veldwerk geïdentificeerd en luiden als volgt:

1. Waarde en emoties als basis voor een levensdoel
2. Het verleden, het heden en de toekomst van een individu
3. Activiteiten in verschillende levensdomeinen
4. Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid, met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven
5. Sociale en fysieke context
6. Hanteren van een positieve formulering

Deze elementen kunnen als ondersteuning mee opgenomen worden in het DZOP, zonder deze als een kader voor levensdoelen te zien. Levensdoelen zijn heel persoonlijk bepaald en een kader of classificatie hierin voorzien doet afbreuk aan de persoonsgerichte visie van doelgerichte zorg.

Een workflow of stappenplan wordt niet geïdentificeerd. Wel wordt het belang van het eerste doelgerichte gesprek benadrukt. Dit eerste gesprek heeft als doel om zicht te krijgen op wat belangrijk is in iemands leven. De hulpverlener neemt hiervoor uitgebreid de tijd om samen met de hulpvrager in gesprek te gaan zodat het levensverhaal verhelderd kan worden. Dit kan eventueel met een tool doelgerichte zorg. Hierbij is het belangrijk om oog te hebben voor de waarden, dit brengt de achterliggende betekenis van een doel naar boven. Op basis van dit gesprek worden levensdoelen bepaald. In een vervolgesprek is ruimte voorzien om op basis van de levensdoelen concrete zorgdoelen en een bijhorend zorgplan met middelen en strategieën op te stellen. Het kan echter reeds gebeuren dat in het eerste doelgerichte gesprek de zorgdoelen en middelen reeds summier aan bod komen. Hulpverleners ervaren het als zinvol om de levensdoelen, zorgdoelen en middelen concreet op te splitsen. Dit maakt het voor hen duidelijk welk concept welke invulling omvat.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en de discussie worden vijf aanbevelingen gedaan (hoofdstuk 6). Deze aanbevelingen kunnen PZOV ondersteunen in het verhelderen van hun levensdoelen en hulpverleners ondersteunen om de PZOV te ondersteunen om de levensdoelen duidelijk te krijgen. Daarnaast dragen de aanbevelingen bij aan het maken van de vertaalslag om van levensdoelen tot zorgdoelen en een zorgplan te komen.

1. Erken het doelgerichte gesprek als methodiek om tot levensdoelen te komen

Het doelgerichte gesprek heeft als doel om inzicht te krijgen in wat betekenisvol is in het leven van de PZOV. Hierbij ondersteunt de hulpverlener de PZOV in het verhelderen van zijn levensdoelen. Om levensdoelen als centraal uitgangspunt van het DZOP te gebruiken, is er aparte aandacht nodig voor het doelgerichte gesprek. Door dit gesprek te erkennen als methodiek om levensdoelen te verhelderen zullen zowel hulpverleners als PZOV zich gesterkt voelen om op een doelgerichte manier aan de slag te gaan en levensdoelen binnen te brengen in de zorg

2. Train hulpverleners in het afnemen van doelgerichte gesprekken

Hulpverleners moeten getraind worden in het verhelderen van de persoonlijke doelen van de PZOV. Sleutelvragen zoals 'Wat is een goede dag?' kunnen hulpverleners en PZOV ondersteunen om levensdoelen te verhelderen. Daarnaast kunnen ook de elementen van een levensdoel actief bevraagd worden om na te gaan wat betekenis geeft in het leven van de PZOV.

3. Ondersteun het proces van doelgerichte zorg als een dynamische proces

Elk doelgericht gesprek heeft een eigen dynamiek en het DZOP moet deze persoonlijke dynamiek ondersteunen door de hulpverleners en de PZOV de mogelijkheid te geven om op elk moment van het hulpverleningsproces zowel de levensdoelen, zorgdoelen, middelen als strategieën in te vullen. Hierbij moet ruimte zijn voor flexibiliteit, want levensdoelen veranderen mogelijks doorheen het leven van de PZOV.

4. Splits waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan concreet op

Door levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan met bijhorende middelen en strategieën concreet op te splitsen in het DZOP wordt een structuur aangeboden. Dit ondersteunt hulpverleners om de verschillende concepten los van elkaar te zien en biedt inzicht in de samenhang tussen de verschillende concepten.

5. Voorzie vrije tekstvelden in het DZOP om het verhaal van de PZOV te brengen

Het persoonlijke gesprek staat centraal in een doelgerichte zorgverlening en dit persoonlijke gesprek kan enkel gecapteerd worden in vrije tekstvelden. De PZOV moet in de mogelijkheid zijn om de persoonlijke, betekenisvolle doelen te uiten in zijn eigen woorden. Classificeren en categoriseren doen teniet aan het unieke, individuele verhaal van elke PZOV.

Inhoud

Inleiding	15
Hoofdstuk 1 Doelstellingen en methodologie van het onderzoeksrapport	17
1 Onderzoeksdoelstellingen en -vragen	17
1.1 Onderzoeksdoelstellingen	17
1.2 Onderzoeksvragen	17
2 Algemene onderzoeksmethode	18
Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek	19
1 Methode	19
2 Resultaten	21
2.1 Formuleren van levensdoelen	22
2.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan	29
3 Conclusie	32
Hoofdstuk 3 Documentanalyse	33
1 Methode	33
2 Resultaten	38
2.1 Formuleren van levensdoelen	38
2.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan	45
3 Conclusie	48
Hoofdstuk 4 Veldwerk	49
1 Methode	49
1.1 Originele velddata	51
1.2 Velddata uit het co-creatieproces	52
2 Resultaten	54
2.1 Resultaten uit de originele velddata	54
2.2 Resultaten uit het co-creatieproces	70
3 Conclusie	81
3.1 Formuleren van levensdoelen	81
3.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan	82
Hoofdstuk 5 Discussie	85
1 Formuleren van levensdoelen	85
2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan	90
3 Doelgerichte zorg in het DZOP	92
4 Beperkingen van het onderzoeksproject	92
5 Onderzoek voor de toekomst	93

Hoofdstuk 6	Aanbevelingen en Conclusie	95
1	Aanbeveling 1: Erken het eerste doelgerichte gesprek als methodiek om tot levensdoelen te komen	95
2	Aanbeveling 2: Train hulpverleners in het afnemen van doelgerichte gesprekken	96
3	Aanbeveling 3: Ondersteun het proces van doelgerichte zorg als een dynamisch proces	96
4	Aanbeveling 4: Splits waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan concreet op	97
5	Aanbeveling 5: Voorzie vrije tekstvelden in het DZOP om het verhaal van de PZOV te brengen	98
6	Conclusie	98
Referenties		101
Bijlagen		107

Lijst Tabellen

Tabel 1	Vragen data-extractie	21
Tabel 2	Categoriseren van doelen volgens (Berntsen et al., 2015; Vermunt et al., 2018)	28
Tabel 3	Achtergrond informatie over de tools	34
Tabel 4	Overzicht van de gebruikte tool, documenten en hoofdstukken	35
Tabel 5	Overzicht van vragen gebruikt voor de data-extractie	37
Tabel 6	Categorieën voor het formuleren van een levensdoel	44
Tabel 7	Deelnemers interprofessionele vorming VIVEL doelgerichte zorg	50
Tabel 8	Verzamelde velddata	50
Tabel 9	Soorten velddata die verzameld werden en aantal	54
Tabel 10	Kenmerken van de doelgerichte gesprekken	55
Tabel 11	Elementen van een levensdoel	86
Tabel 12	Elementen van een levensdoel	88
Tabel 13	Overeenkomsten elementen van een levensdoel	89

Lijst Figuren

Figuur 1	Flowchart selectie artikels	20
Figuur 2	Extractie van de doelen uit de artikels die doelen categoriseren zonder hiervoor een specifiek kader te gebruiken of te ontwikkelen	26
Figuur 3	Extractie van de doelen uit de artikels die doelen categoriseren zonder hiervoor een specifiek kader te gebruiken of te ontwikkelen (vervolg)	27
Figuur 4	Doelen hiërarchie volgens (Berntsen et al., 2015)	30
Figuur 5	Drie doelen model van (Vermunt et al., 2018)	31
Figuur 6	Componenten van een patiënt gecentreerd zorgplan volgens (Council et al., 2012)	31
Figuur 7	Componenten van een interprofessioneel gedeeld zorgplan volgens (Van Dongen et al., 2016)	32
Figuur 8	Schema levensdoel - zorgdoel - zorgplanning	53
Figuur 9	Eerste aanzet workflow	99

Lijst Kaders

Kader 1	Beschrijving onderzoeksmethode	18
Kader 2	Onderzoeksvragen	19
Kader 3	Onderzoeksvragen	33
Kader 4	Samenvatting: verhouding levensdoelen en zorgdoelen	47
Kader 5	Onderzoeksvragen	49
Kader 6	Samenvatting: formuleren van levensdoelen	59
Kader 7	Samenvatting: originele velddata	70
Kader 8	Samenvatting: het eerste doelgerichte gesprek	74
Kader 9	Samenvatting: doelgerichte zorg in het DZOP	81
Kader 10	Onderzoeksvragen	85

Inleiding

De eerste lijn staat zowel nationaal als internationaal voor heel wat uitdagingen en veranderingen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Verlinde & De Maeseneer, 2017). Zo is er de toename van personen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit en de daarmee gepaarde complexe zorgnoden (Boeckxstaens, 2014). De huidige ziekte-georiënteerde zorg en probleemgerichte zorg botst op belangrijke grenzen. Er is nood aan een paradigmashift van aanbod gestuurde zorg naar vraag gestuurde zorg, waarbij vertrokken wordt vanuit de doelen en voorkeuren van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag (PZOV)¹ (Mold et al., 1991). In Vlaanderen drijven deze uitdagingen mee de hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg, die sedert 2017 in gang is gezet. In doelgerichte zorg wordt de shift gemaakt van ziekte- en probleemgerichte zorg naar zorg die vertrekt vanuit de PZOV en wat deze graag wil bereiken (Gray et al., 2020). Het gaat om een positieve benadering van gezondheid, uitgaande van de eigen mogelijkheden en het versterken van deze mogelijkheden. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid stelt expliciet dat “doelgerichte zorg het fundament is van de Vlaamse transitie van de eerstelijnsgezondheidszorg” en erkent ook het belang om de doelen van de individuele PZOV als uitgangspunt te nemen en hem of haar mee regie te geven omtrent de organisatie van zijn of haar zorgproces (Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg, 2020; Vlaamse Regering, 2014).

De shift van ziekte- en probleemgerichte zorg naar doelgerichte zorg vraagt een andere houding en vaardigheden van de hulpverlener, andere manieren van samenwerken én het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie en taal doorheen het zorgproces. De manier waarop dossiersystemen, zoals het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP), gebouwd zijn, kan dit belemmeren of faciliteren (Vlaamse Regering, 2019). Als het DZOP volgens de basisprincipes van doelgerichte zorg opgebouwd wordt, zal de workflow zo gestuurd worden en zullen hulpverleners zich via hun dossiersysteem ondersteund voelen om dit in de praktijk ook effectief waar te maken. Het DZOP wordt in artikel 2 van het decreet eerstelijnszorg gedefinieerd als “een werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de PZOV de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor de PZOV zijn opgenomen en dat toegankelijk is voor het zorgteam” (Vlaamse Regering, 2019). De ontwikkeling van het DZOP vormt een belangrijk aspect binnen de eerstelijns hervormingen. Het DZOP zal in de toekomst worden uitgerold om interprofessionele samenwerking in de eerste lijn te faciliteren en te financieren (Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg, 2020). De Vlaamse overheid maakt hierbij de expliciete keuze om de levensdoelen van de PZOV centraal te stellen in het DZOP. Deze levensdoelen vormen het vertrekpunt van de zorg en ondersteuning en dragen zo bij aan de operationalisering van doelgerichte zorg (Vlaamse Regering, 2019). Ook Nagykaladi et al. (2018) geeft aan dat de levensdoelen het startpunt in het elektronisch patiëntendossier moeten zijn om zo een persoonsgerichte focus te bekomen. Het centraal stellen van de levensdoelen mag gerust letterlijk worden genomen. Er wordt gesuggereerd dat bij het invullen van het elektronisch dossier de levensdoelen het eerste scherm zouden moeten zijn dat alle

¹ In het rapport wordt waar mogelijk de term ‘persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag’ (PZOV) gehanteerd, aangezien deze term ook door het Vlaams Agentschap als overkoepelde term gebruikt wordt binnen welzijn en gezondheid. Bij de beschrijving van de resultaten in zowel het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk worden de termen gebruikt zoals deze benoemd worden in de betreffende databronnen. Dit maakt het mogelijk eigen te blijven aan de gehanteerde terminologie van de primaire bronnen. Naast de term PZOV wordt ook frequent de term hulpvrager gebruikt.

hulpverleners te zien krijgen (Vlaamse Regering, 2019). Idealiter worden de levensdoelen reeds geformuleerd bij de opstart van een individueel zorg- en ondersteuningsplan, waarna ze ook digitaal worden gemaakt in het DZOP.

Hoe deze levensdoelen geformuleerd moeten worden en wat ze inhouden, is onvoldoende duidelijk. Het Agentschap Zorg & Gezondheid (2017) geeft een eerste aanzet door levensdoelen te definiëren als “datgene wat een persoon in zijn leven wil bereiken en dus een betekenis geeft aan het leven. Voorbeelden van levensdoelen zijn: gelukkig zijn, een gezin hebben, een succesvolle carrière uitbouwen, beroemd zijn, rijk zijn, ...” (p.76). Dit is echter een ruime beschrijving en biedt mogelijks onvoldoende structuur aan PZOV en hulpverleners om levensdoelen te formuleren. In het decreet eerstelijnszorg uit 2019 vormen de levensdoelen het vertrekpunt van zorg- en ondersteuning, waarbij zorgdoelen een operationalisering zijn van levensdoelen (Vlaamse Regering, 2019). Zorg- en ondersteuningsdoelen worden in artikel 2 van ditzelfde decreet gedefinieerd als “een doel dat geformuleerd wordt door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger en zijn zorgaanbieders met betrekking tot de wenselijke zorg met het oog op de levensdoelen en de levenskwaliteit die de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood wil bereiken” (Vlaamse Regering, 2019). Wat de levens- en zorgdoelen precies inhouden en hoe de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen verloopt, wordt niet beschreven.

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Als eerste wordt er nagegaan op welke manier de levensdoelen van een PZOV geformuleerd kunnen worden in het DZOP. Hiervoor wordt getracht aanbevelingen te formuleren die zowel de hulpverleners als de PZOV kunnen ondersteunen in het formuleren van levensdoelen. Ten tweede wordt er gestreefd naar het ontwikkelen van een workflow, die een aanzet kan zijn voor de opbouw van het DZOP. Deze workflow ondersteunt hulpverleners om de vertaalslag te maken van levensdoelen naar operationele zorgdoelen en op deze manier doelgerichte zorg toe te passen.

Hoofdstuk 1

Doelstellingen en methodologie van het onderzoeksrapport

1 Onderzoeksdoelstellingen en -vragen

1.1 Onderzoeksdoelstellingen

De doelstellingen van dit onderzoeksproject zijn als volgt:

- (1) In de eerste plaats willen we een structuur aanbieden die PZOV en hulpverleners ondersteunt in het weergeven van levensdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan.
- (2) Aansluitend wordt er onderzocht hoe individuele hulpverleners en zorgteams de vertaalslag kunnen maken van de levensdoelen van de PZOV naar operationele zorgdoelen.

1.2 Onderzoeksvragen

Om deze doelstellingen te realiseren, worden volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- (1) Op welke manier kunnen levensdoelen van een PZOV worden geformuleerd in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

Subvragen:

- a. Kan er een definitie en een generiek kader voor levensdoelen bepaald worden op basis van wat beschreven wordt in wetenschappelijke literatuur?
- b. Welk kader voor levensdoelen hanteren bestaande tools voor doelgerichte zorg?
- c. Welke levensdoelen worden er geregistreerd tijdens gesprekken waarbij getrainde hulpverleners levensdoelen verhelderen met PZOV? Hoe verhouden deze zich tot wat beschreven is in de wetenschappelijke literatuur en in de achtergronddocumenten van de Vlaamse tools voor doelgerichte zorg?
- d. Kunnen er vanuit bovenstaande inzichten aanbevelingen geschreven worden die hulpverleners ondersteunen in het formuleren van levensdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan?

- (2) Hoe kunnen individuele hulpverleners en zorgteams de vertaalslag maken van levensdoelen naar zorgdoelen in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

Subvragen:

- a. Wat is de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen in de wetenschappelijke literatuur?
- b. Hoe hanteren de tools voor doelgerichte zorg de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen?
- c. Hoe vertalen individuele hulpverleners en zorgteams de levensdoelen die ze verhelderen bij patiënten naar operationele zorgdoelen en zorgtaken?
- d. Kan er vanuit bovenstaande inzichten worden beschreven welk proces hulpverleners doorlopen van de identificatie van levensdoelen tot het opstellen van zorgdoelen? En kan het in kaart brengen van dit proces hulpverleners ondersteunen in het vertalen van levensdoelen naar zorgdoelen?

2 Algemene onderzoeksmethode

Dit onderzoeksproject volgt als onderzoeksfilosofie een *participatory action research* (PAR) (Baum et al., 2006). PAR is een frequent gebruikte onderzoeksmethode in de gezondheidszorg waarbij het actief doen en het reflecteren over deze acties centraal staan. Binnen PAR werken onderzoekers in een proces van co-creatie nauw samen met het werkveld waarin de aanbevelingen van het onderzoek uiteindelijk geïmplementeerd zullen worden. De deelnemers aan het onderzoek worden als het ware gezien als medeonderzoekers (Baum et al., 2006). Dit onderzoeksproject is ingebed in twee lerende netwerken, de *International Learning Collaborative Goal-Oriented Care* en het Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg. Deze lerende netwerken faciliteren de samenwerking met verschillende stakeholders uit het werkveld.

In dit onderzoeksproject worden drie onderzoeksmethoden gebruikt om de vooropgestelde onderzoeksvragen te beantwoorden. Als eerste vond een literatuuronderzoek plaats van de internationale wetenschappelijke literatuur waarbij gezocht werd naar een kader voor levensdoelen in de context van een scoping review rond *“treatment goal setting for complex patients”* (Levac et al., 2010). Als tweede methode werd een documentanalyse uitgevoerd op bestaande Nederlandstalige tools voor doelgerichte zorg. Ten derde vond er veldwerk plaats waarbij zorg- en welzijnsprofessionals actief doelgerichte gesprekken voerden met PZOV, hier in een interprofessionele groep samen over reflecteerden en trachtten te bepalen welke vervolgacties er ondernomen moeten worden (Baum et al., 2006).

Het literatuuronderzoek is verankerd met de *International Learning Collaborative Goal-Oriented Care*. De documentanalyse werd ingebed in het Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg. In dit lerend netwerk werd stapsgewijs de verbinding gelegd met ongekende stakeholders die tools of methodieken voor doelgerichte zorg ontwikkelden. Het veldwerk werd ingebed in de context van een vierdaagse piloottraining doelgerichte zorg, die ontwikkeld werd in opdracht van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL). De ontwikkeling van deze interprofessionele training gebeurde in co-creatie met het Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg. De deelnemende hulpverleners waren hierbij medeonderzoekers met wie gaandeweg geleerd werd over de toepassing van doelgerichte zorg in de praktijk.

Kader 1 Beschrijving onderzoeksmethode

De opbouw van dit rapport is als volgt: elke onderzoeksmethode (literatuuronderzoek, documentanalyse en veldwerk) wordt afzonderlijk beschreven waarbij de specifieke analysemethode en de resultaten aan bod komen en een conclusie als afsluit wordt gegeven. Vervolgens wordt in de discussie tot een integratie en een interpretatie van de drie onderzoeksmethoden gekomen. In de conclusie wordt afgesloten met een voorstelling van de beleidsaanbevelingen.

Hoofdstuk 2

Literatuuronderzoek

Het doel van dit literatuuronderzoek is (1) op zoek te gaan naar een kader voor levensdoelen binnen doelgerichte zorg en (2) te bekijken hoe levensdoelen vertaald worden naar zorgdoelen vanuit de huidige wetenschappelijke literatuur. Hiervoor wordt eerst de methode toegelicht, waarna vervolgens de resultaten aan bod komen. De resultaten worden kort samengevat aan het eind van dit hoofdstuk.

1 Methode

In dit literatuuronderzoek wordt de methode voor een *scoping review* gehanteerd. In de methodiek van een *scoping review* worden twee stappen onderscheiden. De numerieke analyse (stap 1) omvat de kenmerken van de geïnccludeerde artikels zoals jaar van publicatie, onderzoeksdesign, doelgroep, soort uitkomst, ... De thematische analyse (stap 2) omvat een narratieve beschrijving van de resultaten. Deze thematische analyse steunt op kwalitatieve onderzoeksmethoden (Levac et al., 2010).

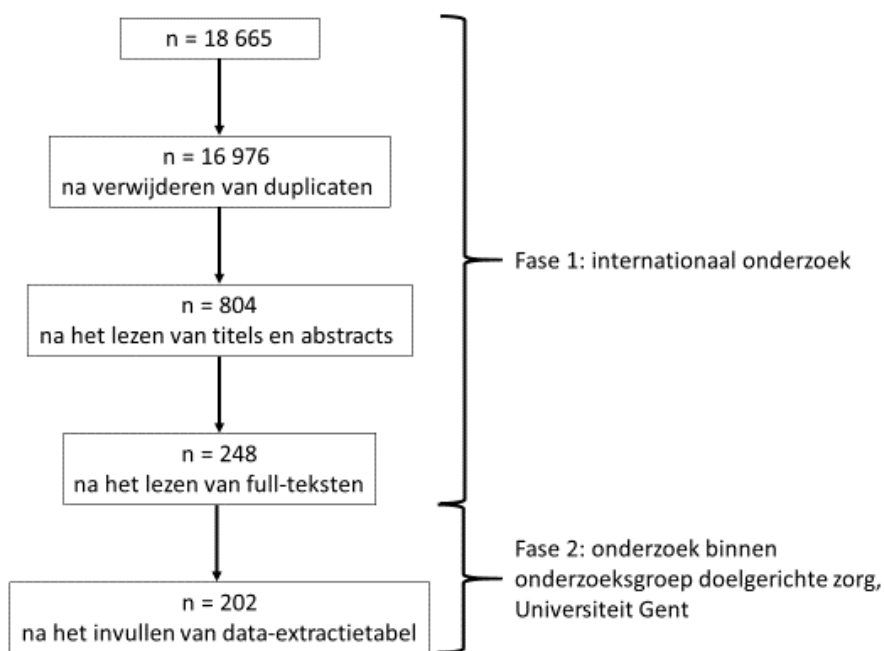
Dit literatuuronderzoek wordt opgedeeld in twee fasen. De eerste fase kadert in een internationale samenwerking in de context van een *scoping review* omtrent *treatment goal setting for complex patients* (Grudniewicz et al., 2016). Zo was het opstellen van de zoekstrategie, doorzoeken van de wetenschappelijke databanken en selecteren van de artikels het onderwerp van deze internationale samenwerking. De tweede fase van het literatuuronderzoek vond uitsluitend plaats binnen het onderzoeksteam Doelgerichte zorg van UGent. In deze tweede fase vond de data-extractie plaats met het oog op de specifieke onderzoeksvragen voor dit project:

Kader 2 Onderzoeksvragen

- (1) Kan er een definitie en een generiek kader voor levensdoelen bepaald worden op basis van wat beschreven wordt in wetenschappelijke literatuur?
- (2) Wat is de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen in de wetenschappelijke literatuur?

In de eerste fase van het literatuuronderzoek werden verschillende wetenschappelijk databanken doorzocht om een zicht te krijgen op de bestaande internationale wetenschappelijke literatuur rond het stellen van doelen. Hiervoor werd een zoekstrategie opgebouwd die bestond uit twee aspecten. Enerzijds omvatte de strategie begrippen die het concept *goal setting* (goal setting, goal alignment, target setting, preference setting, priority setting) dekken en anderzijds begrippen die betrekking hebben op complexe hulpvragers (patient complexity, comorbidity, multiple comorbidity, multimorbidity, polyopathy, pluripathology). De bekomen zoekstrategie werd vervolgens ingevoerd op verschillende wetenschappelijke databanken: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, AMED, AgeLine, Scopus and the Cochrane Library. Daarnaast werd ook gezocht naar grijze literatuur, zodat ook niet-geïndexeerde literatuur, met inbegrip van samenvattingen van proefschriften, overheidsdocumenten, conferentieverlagen, praktijkrichtlijnen, klinische richtlijnen, onderwijsmateriaal en verslagen, geïdentificeerd konden worden. Hiervoor werd gebruikgemaakt van databronnen zoals Open Grey, Conference Proceedings Index, ProQuest Dissertations and Theses alsook Google.

Deze zoekstrategie leverde 18 665 artikels op, waar na screening op duplicaten 16 976 artikels overbleven. Deze artikels werden vervolgens gescreend op titel en abstract door twee onafhankelijke onderzoekers (VL en HVC) aan de hand van vooraf vastgestelde selectiecriteria. De onderzoekers hanteren volgende inclusiecriteria: alle onderzoeksdesigns, in het Engels gepubliceerd, met een focus op doelbepaling bij patiënten met complexe ziektes of aandoeningen of patiënten met multimorbiditeit. Indien de twee onderzoekers na discussie niet tot consensus kwamen voor het wel of niet includeren van een artikel werd er een derde onderzoeker geconsulteerd. Na screening op titel en abstract werden 804 artikels weerhouden voor de screening op full-tekst. De volledige artikels werden doorgenomen door de twee onderzoekers en gescreend aan de hand van voorgenoemde selectiecriteria. Indien de twee onderzoekers het niet eens waren, werd er opnieuw een derde onderzoeker geconsulteerd. Na het lezen van de full-teksten werden 248 artikels weerhouden voor deze literatuurstudie. Figuur 1 toont het verloop van dit proces.



Figuur 1 Flowchart selectie artikels

In de tweede fase van het literatuuronderzoek werd een data-extractietabel opgesteld aan de hand van de twee onderzoeksvragen voor dit specifieke project ((1) Kan er een definitie en een generiek kader voor levensdoelen bepaald worden op basis van wat beschreven wordt in wetenschappelijke literatuur? (2) Wat is de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen in de wetenschappelijke literatuur?). Deze data-extractietabel faciliteert het proces om in de artikels gericht te zoeken naar relevante informatie voor de vooropgestelde onderzoeksvragen van dit project. Deze data-extractietabel onderging een piloottest om te testen of de vragen die vooropgesteld werden voldoende duidelijk waren en alle relevante informatie omvatte die uit de artikels gehaald kon worden. In de piloottest werden tien artikels opgenomen. De artikels werden gekozen op basis van onderzoeksdesign, zodat artikels met verschillende soorten onderzoeksdesign aanwezig waren in de piloottest. Twee onderzoekers (PB en LT) analyseerden onafhankelijk van elkaar vijf artikels aan de hand van de opgestelde data-extractietabel. Na overleg werd de tabel aangepast en analyseerden deze twee onderzoekers de overige vijf artikels uit de piloottest. Opnieuw vond een overleg plaats waarin de finale aanpassingen aan de data-extractietabel gebeurden. De

vragen die finaal werden vooropgesteld voor het gestructureerd extraheren van data uit de artikels zijn terug te vinden in Tabel 1.

Tabel 1 Vragen data-extractie

Vooropgestelde vragen literatuuronderzoek
Jaar van publicatie
Soort onderzoeksdesign
Omschrijving van de doelgroep
Setting van het onderzoek
Welke uitkomsten worden gerapporteerd?
Vond er een interventie plaats of werd er een interventie beschreven?
Hoe worden doelen beschreven?
Wordt er een onderscheid gemaakt tussen levensdoelen en zorgdoelen? (Ja/Nee)
Komen de levensdoelen van de hulpvrager aan bod? (Ja/nee)
Worden de levensdoelen van de hulpvrager geïntegreerd in de zorgdoelen? (Ja/nee)

De overige data-extractie werd uitgevoerd door LT. Bij twijfel over bepaalde artikels werd PB geconsulteerd zodat onzekerheden besproken konden worden. Uiteindelijk werden na het lezen van de full-tekst en invullen van de data-extractietabel 46 artikels geëxcludeerd op basis van inhoud (bv. de keuze van familieleden bij het levenseinde van een ongeneeslijk zieke persoon). Het literatuuronderzoek bouwt dus op 202 geïnccludeerde artikels.

2 Resultaten

Als eerste stap binnen dit literatuuronderzoek worden de resultaten van de numerieke analyse besproken. Dit omvat de kenmerken van de geïnccludeerde artikels zoals: jaar van publicatie, onderzoeksdesign, doelgroep, soort uitkomst, ... Als tweede stap bieden de narratieve resultaten uit de thematische analyse antwoorden op de specifieke onderzoeksvragen. De thematische analyse valt bijgevolg uiteen in twee sub-thema's: (1) kader voor levensdoelen en (2) vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan.

In dit literatuuronderzoek zijn 202 artikels geïnccludeerd. Er zijn verschillende **onderzoekdesign** geïnccludeerd: 39 analytisch-experimentele studies, 12 analytisch observationele studies, 16 studieprotocollen, 73 beschrijvende studies, 31 beschrijvende kwalitatieve studies, 7 beschrijvende vragenlijst onderzoeken, 8 reviews en 16 studies waarbij het onderzoeksdesign onduidelijk is.

Alle geïnccludeerde artikels zijn gepubliceerd tussen het **jaar** 1994 en 2019.

Qua **doelgroep** focussen de meeste artikels op patiënten (n = 161). In 87 artikels wordt melding gemaakt van een volwassenpopulatie, waarvan in 46 artikels een focus is op 55-plussers. De chronische aandoeningen die aangehaald worden zijn onder andere diabetes, hypertensie, COPD, fibromyalgie, verslaving, depressie, In 17 artikels wordt gefocust op patiënten met een palliatieve diagnose. In 28 artikels ligt de

focus op zowel patiënten als zorgverleners, waarbij naast patiëntengegevens ook de ervaring van de zorgverleners over een bepaalde interventie gerapporteerd wordt. In 11 artikels ligt de focus uitsluitend op zorgverleners waarbij voornamelijk de praktijkervaring van deze zorgverleners is onderzocht.

In 148 van alle geïnccludeerde artikels wordt gerapporteerd in welke **setting** het onderzoek plaatsvond. Daarbij heeft het overgrote deel van de onderzoeken betrekking op de eerstelijnszorg (n = 77) en een minderheid op revalidatie (n = 14), tweedelijnszorg (n = 14) of palliatieve dienstverlening (n = 19).

De **uitkomsten** die gerapporteerd worden in de artikels zijn erg uiteenlopend. Dit komt onder andere omwille van een grote verscheidenheid aan onderzoekdesigns. Enkele rapporteren uitsluitend medische uitkomsten zoals de bloeddruk, HbA1C, LDL-cholesterol, ... (n = 20) terwijl andere kwaliteit van leven rapporteren (n = 7) en nog andere beide uitkomstmaten combineren (n = 27). Andere uitkomsten zijn zelf management (n = 16), de mate waarin de patiënt centraal wordt gesteld (n = 7) of de tevredenheid van patiënten (n = 12). Ook de economische evaluatie en effectiviteit van bepaalde interventies wordt onderzocht (n = 28). Andere papers focussen eerder op het thematiseren van doelen (n = 26), de evaluatie of doelen bereikt worden (n = 26) of de mate waarin de doelen die gesteld worden door de patiënt overeenkomen met deze die gesteld worden door de professional (n = 5).

In 154 van alle geïnccludeerde artikels heeft een interventie plaatsgevonden of is er een interventie beschreven. In de meeste van deze artikels (n = 119), worden doelen, prioriteiten, waarden of behandelingsdoelstellingen geformuleerd. De invalshoek van waaruit deze doelen, prioriteiten, waarden of behandelingsdoelstellingen zijn geformuleerd, is bij de meeste artikels niet duidelijk. De kwalitatieve onderzoeksbenadering in de tweede fase van dit literatuuronderzoek toont dat slechts in 27 van de 119 artikels doelen expliciet geformuleerd worden vanuit het perspectief van de patiënt. Op deze belangrijke bevinding wordt verder ingegaan bij de presentatie van de resultaten uit de thematische analyse in het onderdeel (2.1) formuleren van levensdoelen en (2.2) vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan.

2.1 Formuleren van levensdoelen

In bijna alle 202 artikels worden doelen expliciet vernoemd. De grote meerderheid van de artikels (n = 115), vertrekt voor het opstellen van doelen vanuit een medische invalshoek. Slechts in 44 artikels worden doelen gesteld vanuit het perspectief van de patiënt. Daarin worden vragen gesteld als '*What matters to you?*' (Berntsen et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Irvine, 2016), wat zijn uw doelen, waar hecht u waarde aan in uw leven en welke prioriteiten stelt u (Ford et al., 2019; Karel et al., 2016; King & Lockey, 2006; Malec, 2019; Mann et al., 2018; Mee-Lee, 2001; Schäfer et al., 2018; Vermunt et al., 2018). Charette et al. (2015) beschrijft daarbij dat er binnen doelgerichte zorg eerder gefocust moet worden op mijlpalen in het leven van de patiënt, zoals het vieren van een verjaardag of het bijwonen van een huwelijk. In 21 artikels worden doelen specifiek opgesteld aan het levenseinde van de patiënt, waarbij er bijna steeds gestart wordt met het vooropstellen van een prognose omtrent de levensverwachting. Hierdoor wordt er eerder gesproken over de doelen die men nog heeft voor de zorgverlening met betrekking tot het einde van zijn of haar leven, zoals onder andere welke behandeling men nog zou willen in bepaalde fasen van het leven (Naik et al., 2016; Thorsteinsdottir et al., 2015). Tot slot zijn er nog 17 artikelen waarbij het onduidelijk is vanuit welk perspectief de doelen opgesteld worden.

2.1.1 Terminologie

Het gebruik van verschillende termen bemoeilijkt de globale interpretatie van de resultaten. Zo komen onder andere termen als ‘doelen’ (*goals*), ‘waarden’ (*values*), ‘voorkeuren’ (*preferences*), ‘prioriteiten’ (*priorities*), ... in de wetenschappelijke literatuur voor. Deze termen worden daarenboven vaak als synoniemen gebruikt.

Beverly (2008) heeft in haar onderzoek, waarin ze zicht wil krijgen op de waarden en prioriteiten die gesteld worden binnen de volwassenbevolking die lijdt aan diabetes type 2, een onderscheid gemaakt tussen waarden en voorkeuren. Hierbij kunnen **waarden** gezien worden als wat de patiënt gelooft dat het belangrijkste is voor zijn of haar zorg, terwijl **voorkeuren** keuzes zijn die gemaakt worden of prioriteiten die gesteld worden vanuit de vooropgestelde waarden. Ook Naik et al. (2016) hebben in hun werk de aandacht gevestigd op deze verschillende termen. Zo stellen zij dat **waarden** fundamentele overtuigingen over zichzelf en het leven omvatten waardoor ze eerder stabiel zijn. Waarden zijn minder onderhevig aan veranderingen in de omgeving van een persoon. **Doelen** en **voorkeuren** daarentegen zijn eerder afhankelijk van de context en de omgeving waarin men zich bevindt, waardoor deze meer veranderlijk zijn. In een later onderzoek van Naik et al. uit 2018 wordt een onderscheid gemaakt tussen *health outcome goals*, *healthcare preferences* en *patient’s health priorities*. Dit onderzoek test het gebruik van een stappenplan dat patiënten helpt hun gezondheidsprioriteiten te formuleren die als leidraad kunnen dienen voor de verdere behandeling. In dit proces vertrekt men vanuit de waarden van de patiënt (*What matters most for him or her?*). De waarden die in deze eerste fase van het stappenplan worden geïdentificeerd dienen als leidraad voor het opstellen van *health outcome goals*, *healthcare preferences* en *patient’s health priorities* en de verdere behandeling. De **health outcome goals** verwijzen naar wat de patiënt wenst voor zijn gezondheid en dienen SMART (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch, tijdgebonden) geformuleerd te worden. De **healthcare preferences** hebben betrekking op welke gezondheidsactiviteiten men bereid is zelf uit te voeren of te ontvangen. De **patient’s health priorities** verwijzen tot slot naar een keuze van de patiënt over welke gezondheidsdoelen men het liefst wenst te bereiken.

2.1.2 Categoriseren van doelen

Naast het gebruik van verschillende termen zijn ook verschillende soorten doelen in categorieën terug te vinden in de literatuur. Met behulp van de opgestelde data-extractietabel zijn 26 artikels gevonden die als een uitkomst van hun onderzoek thema’s of structuren identificeren in de gestelde doelen (Aaron et al., 2017; Berntsen et al., 2015; Berntsen et al., 2018; Bloom et al., 2006; Boldy & Silfo, 2006; Bouwens et al., 2009; Carey, 1996; Collins et al., 2015; Eyssen et al., 2014; Farin et al., 2007; Ford et al., 2019; Huang et al., 2005; Karel et al., 2016; Kuluski et al., 2013; Kus et al., 2011; Lewis et al., 2013; Maybery et al., 2012; Müller et al., 2011; Naik et al., 2016; Power et al., 2011; Rothery et al., 1995; Tamburro et al., 2011; Tinetti et al., 2016; Turner-Stokes et al., 2009; Vermunt et al., 2018). Deze 26 artikels laten toe een zicht te krijgen op welke soorten doelen er gesteld worden, hoe deze gecategoriseerd worden en welke kaders er bestaan binnen de literatuur.

Opmerkelijk is dat in de literatuur weinig kaders terug te vinden zijn voor het opdelen van doelen. De meeste artikels (n = 19) categoriseren de doelen zonder hiervoor een specifiek kader te gebruiken of te ontwikkelen. Een overzicht van welke doelen in deze 19 artikels zijn opgesteld en in welke categorieën deze zijn ingedeeld, is terug te vinden in Figuur 2 en 3. In slechts zeven van de 26 artikels wordt wel een kader gebruikt. In twee van deze zeven artikels is inductief een eigen kader gecreëerd na een literatuuronderzoek (Berntsen et al., 2015) en na semigestructureerde interviews met huisartsen en geriateren (Vermunt et al.,

2018). In de overige vijf artikels zijn de doelen deductief gekoppeld aan bestaande kaders zoals de ICF (Farin et al., 2007; Kus et al., 2011; Müller et al., 2011; Power et al., 2011; Turner-Stokes et al., 2009).

Het diepgaand literatuuronderzoek van Berntsen et al. (2015) heeft geresulteerd in een kader voor doelen waarin een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen doelen van de patiënt en doelen van de professional. De **doelen van de patiënt** omvatten zaken die hij of zij persoonlijk belangrijk vindt. Deze situeren zich in de domeinen van autonomie, persoonlijkheid en spiritualiteit. De **doelen van de professionals** worden op hun beurt onderverdeeld in drie subcategorieën: functionele doelen, biologische doelen en adaptieve doelen.

Vermunt et al. (2018) heeft een drie-doelen model bekomen aan de hand van een kwalitatief onderzoek op basis van semigestructureerde interviews bij huisartsen en geriaters. Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen ziekte- of symptoom-specifieke doelen, functionele doelen en fundamentele doelen. De **ziekte- of symptoom specifieke doelen** kunnen enerzijds betrekking hebben op de diagnose of de behandeling van een bepaalde ziekte en anderzijds op symptomen zoals het verminderen van ongemak wegens pijn of kortademigheid. **Functionele doelen** zijn gerelateerd aan het verminderen van beperkingen met betrekking tot het functioneren, zoals de mogelijkheid om zichzelf te wassen of met de auto te rijden. **Fundamentele doelen** hebben specifiek betrekking op prioriteiten in het leven van de patiënt, zoals waarden en belangrijke relaties. Deze laatste groep doelen is een expliciete vertaling van waarden in doelen en weerspiegelt wat de patiënt belangrijk vindt in het leven en wat voor een kwaliteitsvol leven zorgt (bv. in de mogelijkheid zijn zelfstandig te blijven wonen). Deze fundamentele doelen kunnen als bouwsteen gebruikt worden voor het opstellen van de ziekte- of symptoom specifieke doelen en de functionele doelen. Dit zorgt ervoor dat er een onderlinge samenhang is tussen de doelen en dat waarden opgenomen worden in de zorgplanning (Vermunt et al., 2018). Het belang van de waarden voor het opbouwen van de verdere zorgplanning komt overeen met het werk van Naik et al. (2018).

Naast deze twee eerder ruime kaders die inductief zijn ontwikkeld, maken de overige vijf artikels gebruik van bestaande modellen zoals het *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) of *Indicators for Rehabilitation Status* (IRES) om hun doelen te kunnen indelen in groepen (Farin et al., 2007; Kus et al., 2011; Müller et al., 2011; Power et al., 2011; Turner-Stokes et al., 2009). De ICF is ontwikkeld om wereldwijd een gemeenschappelijke taal te creëren over het menselijk functioneren. De onderzoeken die gebruikmaken van de ICF menen dat dit kader gebruikt kan worden om doelen te coderen en te categoriseren, aangezien de ICF het totale spectrum aan problemen in het functioneren bevat (Kus et al., 2011; Müller et al., 2011; Power et al., 2011; Turner-Stokes et al., 2009). De ICF kan enerzijds vooraf en tijdens het stellen van doelen gebruikt worden en anderzijds louter nadien bij de codering. Wanneer de ICF gebruikt wordt vooraf en tijdens het stellen van de doelen, wordt het kader reeds gehanteerd om de doelen te bevragen en op te stellen. Power et al. (2011) heeft de ICF gebruikt als kader tijdens semigestructureerde interviews. Tijdens deze interviews kwamen de verschillende ICF-domeinen aan bod: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Nadien werden resultaten van de interviews gecodeerd naar de ICF aan de hand van bestaande coderingsregels. De persoonlijke factoren konden hier niet gecodeerd worden, aangezien ze geen hoofdstukindeling en specifieke codering hebben. Als de ICF nadien gebruikt wordt bij de codering, worden doelen opgesteld zonder het ICF-kader en pas nadien gecodeerd aan de hand van coderingsregels. In de onderzoeken van Kus et al. (2011), Müller et al. (2011) en Turner-Stokes et al. (2009) werden in een eerste gesprek doelen opgesteld zonder het kader van de ICF hierbij te betrekken. Nadien codeerden de onderzoekers deze doelen aan de ICF aan de hand van de bestaande coderingsregels. Ook hier konden persoonlijke factoren niet gekoppeld worden aan de ICF-codes. Hoewel de ICF tot doel heeft het totale

spectrum aan problemen in het functioneren te bevatten, werd zowel in het onderzoek van Kus et al. (2011) als in het onderzoek van Turner-Stokes et al. (2009) een restgroep gebruikt voor doelen die niet gecodeerd konden worden binnen de ICF. Deze restgroep bevat doelen rond autonomie, het spenderen van tijd thuis en de algemene gezondheidstoestand. Ook Müller et al. (2011) rapporteerde in zijn onderzoek dat patiënten frequent doelen formuleerden die niet gecodeerd konden worden binnen de gebruikte ziekte-specifieke ICF Core Set. Bovendien stelt Turner-Stokes et al. (2009) dat zowel het nadien coderen als het vooraf en tijdens de zorgverlening gebruiken van de ICF uitdagingen met zich meebrengt. Bij de codering nadien aan de hand van de bestaande coderingsregels is het voor zorgverleners niet altijd duidelijk wat de beweegreden of onderliggende waarde van het doel is, waardoor een doel meerdere codes kan omvatten. Het gebruik van de ICF-codering tijdens de zorgverlening wordt door de hoge werklast en de reeds aanwezige tijdsdruk bij professionals niet als haalbaar geacht (Turner-Stokes et al., 2009). Power et al. (2011) beaamt dat het gebruik van de ICF een grote tijdsinvestering vraagt, omwille van de erg brede scope en zijn complexiteit. Bovendien voegen zij daaraan toe dat de ICF geen ondersteuning biedt bij het stellen van prioriteiten in de behandeling. Afgezien van deze tekortkomingen stellen Power et al. (2011) dat hoewel er nog geen formele codes bestaan voor de persoonlijke factoren, deze persoonlijke factoren wel bijdragen tot het krijgen van een holistisch beeld van de patiënt. Bovendien kan het gebruik van de ICF hulpverleners helpen meer structuur te brengen in de algemeen geformuleerde doelen van patiënten (Kus et al., 2011).

De 19 artikels waarbij doelen niet in een specifiek kader ingedeeld worden, zijn terug te vinden in Figuur 2 en 3. Deze onderzoeken hebben hiervoor zelf geen kader opgesteld en maakten geen gebruik van bestaande kaders of modellen. De gestelde doelen zijn erg uiteenlopend. Sommigen worden eerder concreet weergegeven, zoals het beter managen van de bloedsuikerspiegel, verhogen van de voedingsinname, zelfstandig gaan wonen, het verliezen van gewicht, ... Terwijl anderen eerder ruime begrippen gebruiken, zoals biomedische doelen, mobiliteit, gedrag, gevoelens, functies, ... Binnen de context van dit onderzoeksproject zijn deze doelen thematisch geanalyseerd. Doelen die gelijkenissen of onderlinge relaties vertoonden werden gegroepeerd. Dit leidt tot 24 categorieën waarop doelen betrekking kunnen hebben. Vervolgens zijn deze 24 categorieën gekoppeld aan de ruime kaders van Berntsen et al. (2015) en Vermunt et al. (2018) op basis van de beschrijving van de soorten doelen (Tabel 2).

<p>Aaron2017 [2] increase physical activity weight loss increase awareness of asthma triggers (to reduce symptoms while performing other activities, or to take medication regularly)</p>	<p><u>Emotion:</u> Self-esteem, Fear, Acceptance, Mood, Preoccupation, Deal with emotions, Burden, Enjoy life again <u>Behaviour:</u> Impulsivity/inhibition, Restless, Assertiveness, Aggression/temper, Social skills, Affective feeling to others, Fatigue, Take some rest, Talkative, Making choices <u>Other:</u> Work related, Education about consequences acquired brain injury, Peer support, Physical, Administration</p>	<p>Increasing living skills Increasing work skills Moving to independent housing Reducing dependence Staying healthy</p>
<p>Berntsen2018 [21] Life concern-goals Biomedical goals Self-management goals</p>	<p>Carey1996 [44] Life goals: eg. Getting an appartement or a job, or staying out of the hospital for a certain lenght of time. Goal setting is central to many models of motivation.</p>	<p>Ford2019 [71] Categories of goals set: Management of chronic condition (non-medication) Walking-related Maintain interests Management of chronic condition (medication related) Gain weight Social participation Healthy living Balance/ mobility Gardening-related Manual dexterity Mental health End of life management Cooking/food preparation</p>
<p>Bloom2006 [30] Broad domains of goals Community life Personal well-being Health and medical Mobility Daily activities</p>	<p>Collins2015 [53] Drinking-related goals Quality of life goals Health related goals</p>	
<p>Boldy2006 [32] Improved understanding of symptoms/treatment Increased exercise Improved nutrition Managing ill-health impact Reduced stress/ anxiety, better sleep Increased participation/ reduced social isolation Improved blood sugar management Improved access to transport Improved financial and employment situation</p>	<p>Eyssen2014 [60] Diagnostic goals: Inventory of perceived occupational issues Occupational diagnostics of perceived hand function problems Treatment goals: Independent dressing Maintaining a balance between rest and activity in a day's schedule</p>	<p>Huang2005 [108] Primary healthcare goals Independence in activities of daily living To be alive and healthy To walk Weight loss Adherence to diet, exercise, or medication treatment plans Avoidance of symptoms Control of blood sugar levels</p>
<p>Bouwens2008 [34] <u>Cognition:</u> Memory, Attention/concentration, <u>Planning:</u> Organizing, Structure, Time pressure, <u>Strategy use,</u> Dual tasking, Flexibility</p>	<p>Fakhoury2005 [61] Goals of stay in supported housing: Increasing daily structure</p>	

Figuur 2 Extractie van de doelen uit de artikels die doelen categoriseren zonder hiervoor een specifiek kader te gebruiken of te ontwikkelen

<p>Karel2016 [122] Importance of Valued Life Abilities/Activities To take care of myself (eg bathing, dressing) To walk or move around by myself To live at home To think clearly about things To avoid being a burden to others To practice my religion or spiritual life (faith, prayer) To have relationships with family and friends To make my own life decisions (eg about health, finances, housing) To have my privacy To have emotional or sexual intimacy in my life To consider the needs and interests of my family To life without significant pain or discomfort To be able to eat “normally”, to enjoy meals To control my bodily functions (eg urination) To engage in productive work – in a job, at home, or in the community</p>	<p>Improve sleep quality (including decrease fatigue) Increase health promoting behavior (including increase fitness & lose weight) Provide temporary assistance with household maintenance Improve safety/self-care in home Increase positive affect (self-esteem/confidence) – not related to psychological condition Study/training/work placement or trial Identify vocational goal/interest/pathway Return to suitable work (including voluntary) Accommodation</p>	<p>relationships in their lives <u>Balancing quality and length of life</u> <u>Engagement in care:</u> participate in their medical, end-of-life, or postdeath care decisions.</p>
<p>Kuluski2013 [135] Care goals for patients Health maintenance Health improvement/ symptom management Behavior change Preparation for future needs/ more or different services</p>	<p>Maybery2013 [162] Goal domain for family with complex needs: Family connectedness Mental health knowledge Child development Education Interpersonal skills Substance use Lifestyle Community and social connectedness Finances Family health and wellbeing Accommodation</p>	<p>Rothery1995 [198] Treatment goals chosen by the patients: Symptomatic improvement (vegetative, affective, gross motor, cognitive, behavioral) Relationship improvement with parents, adults or peers Maturational task (emotional independence, psychosexual maturation, establishing a working identity) Intrapsychic restructuring (internalizing controls, adaptive response to external stress, adaptive response to internal anxiety, tolerating ambivalence, coping with envy and sharing)</p>
<p>Lewis2013 [148] Themes of goals formulated through GAS Medical treatment/management for improved physical health (including pain management) Psychological treatment/management for improved mental health Reduce impact of medical/psychological condition on ADL Increase social participation</p>	<p>Naik2016 [178] Themes reflecting how older cancer survivors conceptualize their future healthcare and medical decisions: <u>Self-sufficiency:</u> maintain independence, including having or desiring the capacity to take care of oneself and not being a burden on others. <u>Life enjoyment</u> <u>Connectedness and legacy:</u> social or spiritual</p>	<p>Tinetti2016 [229] Life prolongation Function Symptoms Well-being Occupational/ social role</p> <p>Tamburro2011 [224] Goals of care voiced by patients/ families in palliative care (+eg): Physical health and independence Environment Psychological and spiritual Social</p>

Figuur 3 Extractie van de doelen uit de artikels die doelen categoriseren zonder hiervoor een specifiek kader te gebruiken of te ontwikkelen (vervolg)

Tabel 2 Categoriëren van doelen volgens (Berntsen et al., 2015; Vermunt et al., 2018)

(Vermunt et al., 2018)	Categorie	(G. Berntsen et al., 2015)
Ziekte/symptoom specifieke doelen	Gezond zijn en gezond blijven	Biologische/ziekte doelen
Ziekte/symptoom specifieke doelen	Sensorische functies en pijn	Biologische/ziekte doelen
Ziekte/symptoom specifieke doelen	Slaap	Biologische/ziekte doelen
Ziekte/symptoom specifieke doelen	Kennis en cognitie	Biologische/ziekte doelen
Functionele doelen	Zelf management	Biologische/ziekte doelen of functionele doelen
Functionele doelen	Functionele doelen	Functionele doelen
Functionele doelen	Fysiek	Functionele doelen
Functionele doelen	Activiteiten van het dagelijks leven	Functionele doelen
Functionele doelen	Mobiliteit	Functionele doelen
Functionele doelen	Werken en financiën Productiviteit	Functionele doelen
Functionele doelen	Wonen en huishouden	Functionele doelen
Functionele doelen	Zelfzorg	Functionele doelen
Functionele doelen	Hobby's en vrije tijd	Functionele doelen
Functionele doelen of fundamentele doelen	Sociale context Betrokkenheid in de maatschappij Relaties aangaan	Adaptieve doelen
Functionele doelen of fundamentele doelen	Gedrag	Biologische doelen of functionele doelen of persoonlijke doelen
Fundamentele doelen	Autonomie & onafhankelijkheid	Persoonlijke doelen
Fundamentele doelen	Persoonlijkheid	Persoonlijke doelen
Fundamentele doelen	Individualiteit	Persoonlijke doelen
Fundamentele doelen	Spiritualiteit	Persoonlijke doelen
Fundamentele doelen	Psychologisch welzijn	Functionele doelen
Fundamentele doelen	Emoties en seksualiteit	Functionele doelen
Fundamentele doelen	Kwaliteit van leven	Biologische/ziekte doelen of functionele doelen
Fundamentele doelen	Duur van leven en einde van leven	Biologische/ziekte doelen
Fundamentele doelen	Communicatie	Functionele doelen

2.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan

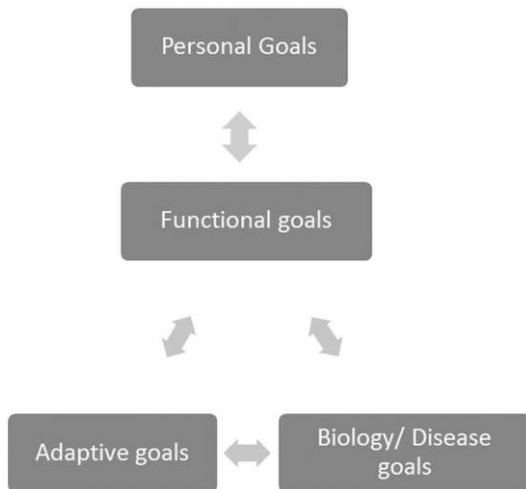
In de data-extractietabel werd stilgestaan (1) of doelen geïntegreerd worden in het zorgplan, (2) of er een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen levensdoelen en zorgdoelen en (3) of het proces van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan beschreven wordt.

(1) In 120 van alle geïncludeerde artikels wordt een specifiek moment beschreven waarop de doelen worden geïntegreerd in het zorgplan. (2) Hierbij wordt slechts in 55 artikels een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de doelen die opgesteld worden door de hulpvrager en deze door de hulpverlener. Berntsen et al. (2015) maakt als enige een onderscheid tussen doelen van de hulpvrager en doelen van de hulpverlener. In de meeste artikels was het onderscheid tussen de doelen van de hulpvrager en de doelen van de hulpverlener onduidelijk doordat het moment waarop de doelen van de hulpvrager verhelderd of bevraagd werden, niet gescheiden werd van de doelen die de hulpverlener vooropstelt. Het niet afsplitsen van het moment waarop de hulpvrager zijn doelen stelt en het moment waarop de agenda van de hulpverlener aan bod komt, heeft tot gevolg dat het onduidelijk is of de doelen die opgenomen worden in het zorgplan vanuit de hulpvrager dan wel de hulpverlener komen.

(3) Slechts zeven (Berntsen et al., 2019; Berntsen et al., 2018; Mann et al., 2018; Muth et al., 2019; Muth et al., 2014; Salisbury et al., 2018; Salter et al., 2019) van de 55 artikels die een duidelijk onderscheid maken tussen doelen van de patiënt en doelen van de hulpverlener, beschrijven de stappen van het proces waarin men van de doelen van de patiënt naar zorgdoelen en het zorgplan gaat. In bijna al deze onderzoeken wordt een stapsgewijs proces beschreven. In dit stapsgewijs proces worden de doelen en prioriteiten van de patiënt als eerste bevraagd, alvorens de agenda van de hulpverlener in beeld komt (Berntsen et al., 2019; Berntsen et al., 2018; Mann et al., 2018; Salisbury et al., 2018; Salter et al., 2019). Salter et al. (2019) hecht daarbij veel belang aan het feit dat patiënten dienen voorbereid te zijn op het gesprek waarin hun doelen verhelderd worden. In gesprekken waarin de patiënt niet voorbereid was, nam de hulpverlener sneller de controle over het gesprek. Ook Lenzen et al. (2017) en Ford et al. (2019) hechten in hun onderzoek belang aan de voorbereiding van de patiënt, met betrekking tot zijn positie als evenwaardige partner in het zorgverleningsproces. Muth et al. (2019; 2014) stellen in hun werk dat dit proces niet noodzakelijk stapsgewijs moet verlopen. Zij plaatsen in hun aanpak de 'interactie assessment', waarin wordt gezocht naar interacties tussen de verschillende aandoeningen en behandelingen, voorop, alvorens men de prioriteiten en voorkeuren van de patiënt in kaart brengt.

Berntsen et al. (2015) hebben in hun werk onderzocht hoe verschillende doelen op elkaar afgestemd kunnen worden en publiceerden daarbij een hiërarchie van doelen (Figuur 4). De overweging de persoonlijke doelen bovenaan te zetten werd gebaseerd op zowel wetenschappelijke als ethisch morele overtuigingen. Wanneer persoonlijke doelen van de patiënt op dezelfde hoogte of onder de doelen van de hulpverlener worden gezet, kan er een conflict ontstaan. De persoonlijke doelen van de patiënt bovenaan zetten, zorgt ervoor dat er geen conflict kan plaatsvinden. De doelen van de hulpverlener worden in dit model gezien als bouwstenen voor het geïndividualiseerd zorgproces van de patiënt dat in de eerste plaats gestuurd wordt door zijn of haar persoonlijke doelen (Berntsen et al., 2015). Berntsen et al. (2015) stellen hierbij wel dat het bovenaan zetten van de persoonlijke doelen van de patiënt, hem of haar niet legitimeert eenzijdig zeggenschap te hebben over het zorgproces. In vervolgonderzoek uit 2018 en 2019 bouwden Berntsen et al. een stappenplan uit voor het opstellen van de doelen van de patiënt, het integreren van doelen in een zorgplan en de verdere opvolging van de patiënt (Berntsen et al., 2019; Berntsen et al., 2018). In dit stappenplan komt het verhelderen van de doelen van de patiënt op de eerste plaats. Hierbij staat de vraag 'What matters to you?' centraal. Het stellen van deze doelen

is een proces dat soms meerdere gesprekken inneemt. De hiërarchie van doelen zorgt er vervolgens voor dat er geen conflict kan zijn tussen de doelen van de patiënt en deze van de hulpverlener bij de integratie in het zorgplan (Berntsen et al., 2019; Berntsen et al., 2018).



Figuur 4 Doelen hiërarchie volgens (Berntsen et al., 2015)

Hoewel Naik et al. (2018) in hun werk geen onderscheid maken tussen doelen van de patiënt en deze van de hulpverlener, stellen ze wel de waarden van de patiënt centraal bij het opstellen van een zorgplan. Het onderzoek van Naik et al. uit 2018 test het gebruik van een stappenplan dat patiënten helpt hun gezondheidsprioriteiten te formuleren die als leidraad kunnen dienen voor hun verdere behandeling. Dit proces wordt het *Patient Priorities Identification Process* genoemd. Hierin wordt de patiënt begeleid door een facilitator, die niet de vertrouwde hulpverlener is. Nadat in de eerste fase de facilitator de patiënt begeleidt bij het identificeren van zijn of haar waarden, worden deze in een tweede fase verder geconcretiseerd. Vervolgens werkt de facilitator samen met de patiënt om voorkeuren en prioriteiten te stellen en ondersteunt de facilitator de patiënt om deze te communiceren naar zorgverleners. Aan de hand van discussies op basis van trade-offs die de patiënt samen met de facilitator stelt, worden de eerder vaag geformuleerde doelen meer specifiek en realistisch gemaakt. De verkregen *health outcome goals*² worden vervolgens door de facilitator in het elektronisch patiëntendossier genoteerd. De betrokken hulpverleners krijgen op deze manier toegang tot de *health outcome goals* die gesteld werden. Tot slot helpt de facilitator de patiënt voor te bereiden op het gesprek met zijn zorgverlener, zoals bijvoorbeeld samen een specifieke vraag opstellen waarmee de patiënt de conversatie kan starten met zijn of haar zorgverlener.

Ook Vermunt et al. (2018) maken in hun drie doelen model geen onderscheid tussen doelen van de hulpvrager en deze van de hulpverlener (Figuur 5). Geen enkel van de doelen in dit model is exclusief van de hulpvrager dan wel van de hulpverlener. Doelen worden er steeds opgesteld in een samenwerking tussen zowel de hulpverlener als de hulpvrager. Ook krijgen opnieuw de waarden van de patiënt een centrale plaats. Het drie doelen model geeft naast een opdeling van de doelen in categorieën ook een flow weer tussen de categorieën. Zo stromen ziekte- of symptoom-specifieke doelen verder uit functionele doelen en stromen ze beiden verder uit fundamentele doelen. Deze fundamentele doelen zijn een expliciete vertaling van de waarden van de patiënt. Aangezien deze

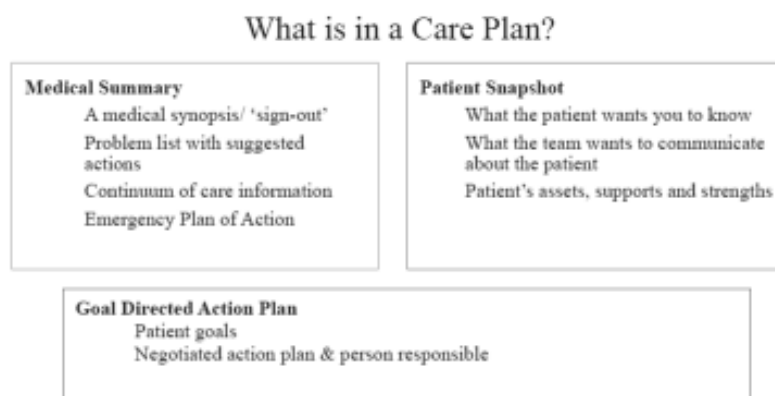
² Health outcome goals verwijzen naar hetgeen wat de patiënt wenst voor zijn gezondheid

fundamentele doelen kunnen gezien worden als bouwsteen voor het opstellen van het andere type doelen, zorgt dit voor een onderlinge samenhang tussen de doelen en het opnemen van de waarden in de zorgplanning.

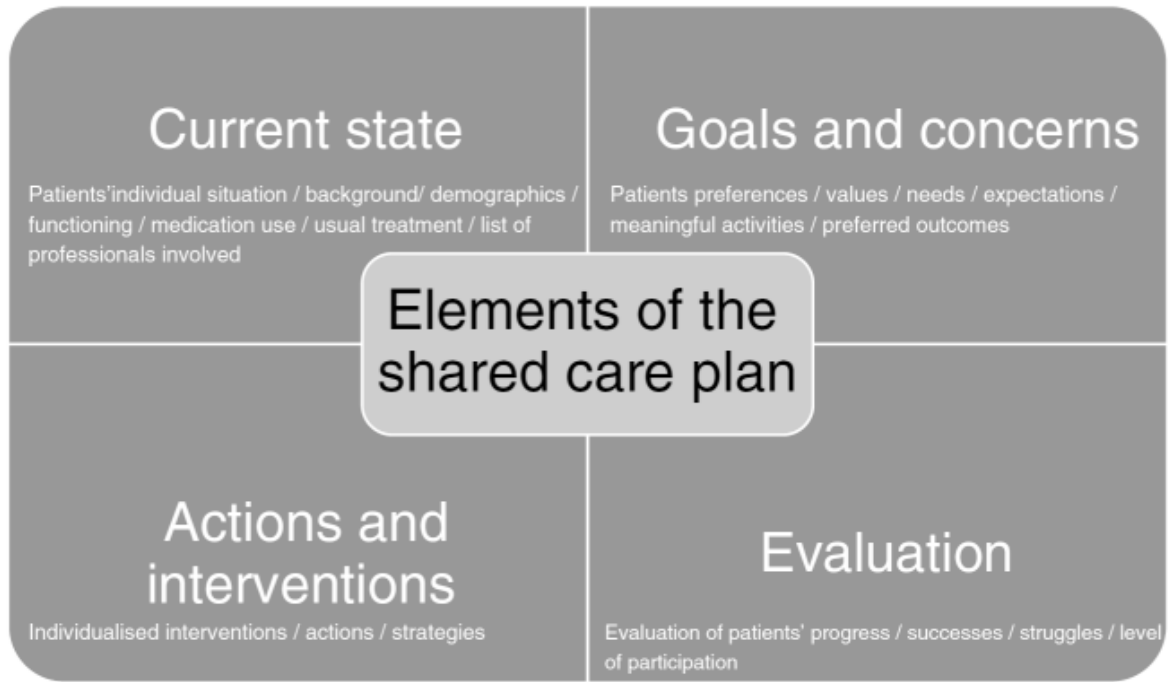


Figuur 5 Drie doelen model van (Vermunt et al., 2018)

In de zoektocht naar doelen bij complexe patiënten, werden twee onderzoeken geïdentificeerd die meer inzicht verschaffen over de stappen die in het zorgverleningsproces worden doorlopen om van levensdoelen tot een zorgplan te komen. Council et al. (2012) en Van Dongen et al. (2016) reiken enkele belangrijke componenten aan die in een patiënt gecentreerd zorgplan aanwezig moeten zijn. Council et al. (2012) geven een voorbeeld van een patiënt gecentreerd zorgplan (Figuur 6). Het literatuuronderzoek van Van Dongen et al. (2016) resulteerde in een kader voor een interprofessioneel gedeeld zorgplan (Figuur 7). In beide zorgplannen zijn drie componenten terug te vinden. In een eerste component wordt een korte stand van zaken gegeven en omvat voornamelijk een medische samenvatting met onder andere de medische voorgeschiedenis van de patiënt. In het tweede deel is plaats voor wat de patiënt graag wil delen, wat hij of zij belangrijk vindt, ... Van Dongen et al. (2016) stellen dat deze tweede component essentieel is voor het ontwikkelen van een zorgplan, waardoor dit als een centrale component gezien kan worden. In het derde deel wordt een geïndividualiseerd actieplan opgesteld vanuit de doelen. Het interprofessioneel zorgplan van Van Dongen et al. (2016) voegt nog een vierde component toe, de evaluatie. Council et al. (2012) stellen dat hun patiënt gecentreerd zorgplan verschilt van een gewoonlijk zorgplan doordat het gebaseerd is op doelen, het de sterktes van de patiënt identificeert, er aan proactief management gedaan kan worden en de hulpverlener gezien wordt als adviesgever of partner in het zorgproces. Ook Van Dongen et al. (2016) wijzen expliciet op het belang van een actieve rol van de patiënt bij het opstellen van een zorgplan.



Figuur 6 Componenten van een patiënt gecentreerd zorgplan volgens (Council et al., 2012)



Figuur 7 Componenten van een interprofessioneel gedeeld zorgplan volgens (Van Dongen et al., 2016)

3 Conclusie

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat door het overzicht binnen de internationale wetenschappelijke literatuur op het formuleren van doelen vanuit een medische invalshoek en de grote verscheidenheid aan gebruikte terminologie het moeilijk is een generiek kader en definitie te geven voor levensdoelen binnen doelgerichte zorg. Wel wordt in de wetenschappelijke literatuur een verscheidenheid aan doelen geïdentificeerd en wordt het belang van waarden als een fundamentele bouwsteen voor het opstellen van doelen van de PZOV getoond (Naik et al., 2018; Vermunt et al., 2018).

Uit de literatuur wordt onvoldoende kennis gevonden over de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen en hoe de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen uitgevoerd en vervolgens geregistreerd moet worden. Eén van de belangrijkste redenen hiervoor is dat slechts weinig artikels het onderscheid maken tussen doelen van de hulpvrager en doelen van de hulpverlener. De hiërarchie van doelen volgens Berntsen et al. (2015) bewaakt dat bij de integratie van persoonlijk doelen in het zorgplan er geen conflict kan zijn tussen de doelen van de hulpvrager en deze van de hulpverlener. Het literatuuronderzoek van Van Dongen et al. (2016) stelt dat de patiëntendoelen en voorkeuren een essentiële sleutelrol hebben in het verdere zorgplan. Ondanks het feit dat Berntsen et al. (2015) het onderscheid tussen persoonlijke doelen en doelen van de hulpverlener belicht, wordt dit onderscheid slechts in enkele artikelen duidelijk teruggevonden. Bovendien wordt het proces waarin de vertaalslag wordt gemaakt van de persoonlijke doelen naar de zorgdoelen slechts summier beschreven. Er is nood aan vervolgonderzoek dat hier meer duidelijkheid over verschaft.

Hoofdstuk 3

Documentanalyse

Het doel van de documentanalyse is (1) op zoek te gaan naar een kader voor levensdoelen binnen bestaande tools voor doelgerichte zorg en (2) vervolgens na te gaan hoe de tools voor doelgerichte zorg de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen hanteren. Hiervoor wordt eerst de gebruikte methode toegelicht, waarna vervolgens de resultaten besproken worden. De resultaten worden afsluitend kort samengevat aan het eind van dit hoofdstuk.

1 Methode

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er nog onvoldoende geweten is over de vorm van levensdoelen binnen doelgerichte zorg. Steeds meer hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers gaan aan de slag met dit thema. In Vlaanderen zijn reeds verschillende tools en instrumenten ontwikkeld voor doelgerichte zorg. In deze documentanalyse werden bestaande tools voor doelgerichte zorg en de documenten over deze tools geïncorporeerd en geanalyseerd. De documentanalyse tracht een antwoord te bieden op de twee volgende onderzoeksvragen.

Kader 3 Onderzoeksvragen

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) Welk kader voor levensdoelen hanteren bestaande tools voor doelgerichte zorg?(2) Hoe beschrijven de tools voor doelgerichte zorg de verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen? |
|--|

De selectie van de tools verliep via het Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg. Het lerend netwerk doelgerichte zorg identificeerde in eerdere projecten relevante tools met een focus op doelgerichte zorg. Stapsgewijs werden ook verbindingen gelegd met andere methodieken en tools waarna deze bijkomend werden geïncorporeerd (bv. Samenspraakfiche). In dit onderzoeksproject werd gefocust op Nederlandstalige methodieken en tools. Enerzijds omdat er reeds voldoende kwaliteitsvolle Nederlandstalige tools beschikbaar zijn, anderzijds omdat dit een project vanuit de Vlaamse overheid betreft. Door methodieken uit de eigen context te betrekken, wordt getracht de implementatie en de integratie van doelgerichte zorg in Vlaanderen te faciliteren. Onderstaande tabel (Tabel 3) geeft een overzicht van de tools die door het lerend netwerk geïdentificeerd werden en in de documentanalyse zijn opgenomen, waarbij de ontwikkelaar, de oorsprong en de doelstellingen van de tool besproken worden.

Tabel 3 Achtergrondinformatie over de tools

Tool	Ontwikkelaar	Oorsprong	Doelstelling
Samenspraakfiche	Vlaams Expertisepunt Mantelzorg	Vlaanderen	Samenspraakfiche wil de communicatie over de zorg verbeteren en de samenwerking sterker maken.
CLEVER	Arteveldehogeschool	Vlaanderen	Het doel van het CLEVER protocol is om doelen helder te krijgen vanuit een interactie tussen de zorgvrager en zijn zorgverlener. CLEVER doelen zijn gebaseerd op dagdagelijkse betekenisvolle activiteiten en worden geformuleerd op basis van: context waarin de persoon leeft, het individuele levensverhaal, het individuele engagement, persoonlijke waarden gerelateerd aan de activiteit, persoonlijke emoties gerelateerd aan de activiteit en de relevantie voor de zorgvrager.
Zorg-Esperanto	Familiezorg West-Vlaanderen vzw	Vlaanderen	Zorg-Esperanto vertrekt vanuit verbindend communiceren waarbij gelijkwaardigheid centraal staat. Aan de hand van de stafkaart kunnen professionals doelen stellen en zien ze het verschil met middelen.
Doelzoeker	Vlaams Patiëntenplatform	Vlaanderen	Doelzoeker zet je aan het denken en geeft inzicht in de toekomstverwachtingen, de eigen doelen en de dingen die echt belangrijk zijn.
Vier bollen model	Coaching Dubois en Van Rij	Nederland	Het Vier bollen model helpt om het andere gesprek te voeren waarbij de zorgvrager en de zorgverlener in verbinding treden met elkaar.
Mijn Positieve gezondheid	Institute for Positive Health Nederland & Christelijke Mutualiteit	Nederland & Vlaanderen	Het doel van Mijn Positieve gezondheid is om professionals een ander gesprek te laten voeren waarbij op zoek wordt gegaan naar eigen talenten van de hulpvrager.

Deze tools trachten het gesprek om levensdoelen te identificeren te faciliteren. De ontwikkelaars van de tools uit tabel 3 werden gecontacteerd met de vraag om basisdocumenten over de tool te bezorgen. Dit zijn zowel documenten over de ontwikkeling van de tools als de praktische toepassing van de tools. Van de aangeleverde documenten werd een selectie gemaakt van basisdocumenten die expliciete informatie bevatten over de ontwikkelde tool. Documenten waarbij de inhoud van de tool niet wordt besproken, maar bijvoorbeeld een algemeen concept uitleggen, werden geëxcludeerd.

Na het verzamelen van alle documenten werd overgegaan tot de analyse ervan. Een documentanalyse omvat het systematisch doornemen en interpreteren van bestaande documenten. Het is een iteratief proces dat bestaat uit verschillende stappen en waarbij een inhoudelijke analyse wordt gehanteerd (Bowen, 2009). Dit houdt in dat de verzamelde documenten systematisch werden geëxploreerd,

gecodeerd en gecategoriseerd, waarbij patronen in de data geïdentificeerd werden (Bowen, 2009; Vaismoradi et al., 2013). De analyse gebeurde handmatig en werd ondersteund door een data extractie tabel in Excel.

De eerste stap van de analyse betrof de identificatie van relevante en betekenisvolle hoofdstukken uit de aangeleverde documenten, op basis van de twee vooropgestelde onderzoeksvragen. Ieder document werd meermaals doornomen zodat voeling werd gekregen met de documenten en de meest relevante hoofdstukken geïdentificeerd konden worden. Een overzicht van de tools, de aangeleverde documenten en de geïncludeerde hoofdstukken zijn terug te vinden in Tabel 4.

Tabel 4 Overzicht van de gebruikte tool, documenten en hoofdstukken

Tool	Aangeleverd document	Geïncludeerd hoofdstuk (H)
Samenspraakfiche	Rapport: actieonderzoek ter verbetering van de samenwerking tussen cliënt, professionele zorg en mantelzorg	H5: ontwikkelen van samenspraak H6: uitwerken en uittesten van samenspraak H7: besluit en aanbevelingen
	Samenspraakfiche	Volledige document
	Handleiding samenspraakfiche	Volledige document
CLEVER	Clever handboek	H6: activiteiten als hefboom om doelen te formuleren H7: algemene principes H8: verschillende stappen in de clever methodiek H10: coach de persoon met de zorg- en ondersteuningsnood in het co-creëren van het doel H15: realiseer het doel in een interdisciplinaire setting
	Clever protocol	Volledige document
Zorg-Esperanto	Werkschrift Zorg-Esperanto	Volledige document
	Handboek Zorg-Esperanto: de kracht van eenvoud	Onderdelen van Zorg-Esperanto kernachtig bekeken Hoe en wanneer Zorg-Esperanto gebruiken? Levensdoelen en zorgdoelen Middelen of aanpak Wikken en wegen: realiteits- en waardenoets Samenvattend Doelen bepalen

Tool	Aangeleverd document	Geïnccludeerd hoofdstuk (H)
Doelzoeker	Doelzoeker werkmop	Volledige document (stickers, kaart, doelfiche, handleiding, info voor zorgverleners)
	Rapport doelzoeker: samen keuzes maken over persoonlijke zorg	Ontstaan van doelzoeker Doelzoeker Handleiding voor de zorggebruikers en zorgverleners Conclusie
Vier bollen model	Self-management, goal setting and action planning in primary care	H6: development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plan with primary care patients
Mijn Positieve gezondheid	Spinnenweb volwassenen gespreksinstrument 1.0	Volledige document
	Mijn positieve gezondheid eenvoudig: begeleidingsdocument zorgprofessionals	Volledige document
	Mijn positieve gezondheid eenvoudige tool	Volledige document
	Het gebruik van brede gezondheidsconcepten: inspirerend en uitdagend voor de praktijk	Volledige document

In de tweede stap werden de geselecteerde documenten verder geanalyseerd op basis van zeven vragen (Tabel 5). Deze vragen zijn gebaseerd op de onderzoeksvragen en de eerste bevindingen uit de literatuur (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). De relevantie van de vragen werd afgetoetst in het onderzoeksteam. Deze zeven vragen faciliteren het proces om gestructureerd en gericht op zoek te gaan naar relevante informatie (Farmer et al., 2006). Er werd gekozen om de vragen te formuleren in lijn met de vragen die reeds in het literatuuronderzoek werden gesteld. Door in zowel het literatuuronderzoek als de documentanalyse dezelfde vragen te hanteren, werd getracht om de integratie van de resultaten te optimaliseren. Het beantwoorden van de vragen leidde tot een fragmentatie van de teksten.

Tabel 5 Overzicht van vragen gebruikt voor de data-extractie

Vragen documentanalyse	Link met vragen literatuuronderzoek
Wat is de doelgroep van de tool?	Omschrijving van de doelgroep
Hoe wordt het gesprek aangegaan om tot doelen te komen?	Vond er een interventie plaats of werd er een interventie beschreven?
Hoe worden de doelen geformuleerd?	Hoe worden doelen beschreven?
Wordt er een onderscheid gemaakt tussen levensdoelen en zorgdoelen?	Wordt er een onderscheid gemaakt tussen levensdoelen en zorgdoelen? (Ja/Nee)
Hoe worden levensdoelen geformuleerd?	Hoe worden doelen beschreven?
Hoe worden zorgdoelen geformuleerd?	Hoe worden doelen beschreven?
Hoe verloopt het omzetten van levensdoelen in zorgdoelen?	Worden de levensdoelen van de hulpvrager geïntegreerd in de zorgdoelen? (Ja/Nee)

In de derde stap werden de gefragmenteerde teksten, uit stap 2, gecondenseerd om zicht te krijgen op de kern van de tekst. Vervolgens werd in stap vier overgegaan tot het inhoudelijk coderen van de gecondenseerde tekst. Per tekstdeel werd een code toegekend. In stap vijf werden de codes onderling met elkaar in verband gebracht. Patronen werden doorheen de tools nagegaan. Als patronen over tools heen meerdere keren voorkwamen, werden deze gebundeld tot subcategorieën. Als laatste stap werden de subcategorieën gecombineerd tot categorieën en continu herzien in relatie tot de verschillende documenten. Dit proces werd in het onderzoeksteam bediscussieerd. Deze categorieën geven ons meer inzicht over de vorm van levensdoelen en hoe levensdoelen geformuleerd kunnen worden.

2 Resultaten

In de documentanalyse zijn documenten met betrekking tot de volgende tools doelgerichte zorg geanalyseerd: Samenspraakfiche, Clever, doelzoeker, Zorg-Esperanto, Mijn Positieve Gezondheid en het Vier bollen model.

2.1 Formuleren van levensdoelen

Bij het doornemen van de documenten viel reeds op dat enkel Doelzoeker en Zorg-Esperanto de term levensdoel hanteren. In de andere tools en bijhorende documenten komt de term 'levensdoel' niet expliciet aan bod. Termen die wel worden gebruikt en verwijzen naar levensdoelen zijn: doelen, zaken die cliënt wil bereiken, wat voor een persoon belangrijk is, betekenisvolle doelen, belangrijke doelen van de persoon. Doorheen de resultaten zal de term levensdoel wel verder gehanteerd worden, om de leesbaarheid te optimaliseren.

Globaal gezien worden zes overkoepelende categorieën geïdentificeerd die mogelijks een kader voor levensdoelen in doelgerichte zorg kunnen bieden en hulpverleners kunnen ondersteunen om levensdoelen te formuleren. Elke categorie wordt verder toegelicht.

2.1.1 Categorie 1: Waarden en emoties als basis voor een levensdoel

De verschillende tools benadrukken het belang van waarden en emoties als basis voor het bepalen van een levensdoel. Een levensdoel omvat steeds iets dat voor een persoon belangrijk is in zijn leven. Het is noodzakelijk om te weten welke waarde mee het doel bepaalt. De wisselwerking tussen de mate van belang dat een persoon ergens aan hecht en de onderliggende waarden wordt omschreven door Clever en Zorg Esperanto.

“Het is essentieel om bij de waarden stil te staan. Ze kunnen bij het aftoetsen van de uiteindelijke doelen richtinggevend zijn” (Clever)

“Binnenkant: gevoelens, behoeften, motieven, waarden” (Zorg-Esperanto)

Heel wat tools reiken specifieke voorbeelden aan van waarden: autonomie, vertrouwen, privacy,... Zorg-Esperanto baseerde zich hiervoor op het theoretisch waardenkader van Axel Liégeois. Dit waardenkader kan als houvast of inspiratie dienen om na te gaan welke waarden al dan niet aanwezig zijn en bepaalt mee de waardentoets. Bij andere tools is het niet duidelijk of er al dan niet een theoretisch kader werd gebruikt. Zo voorziet de Doelzoeker een sticker blad met 24 verschillende waarden (bv. mening, humor, intimiteit, deelnemen, bescherming). In het Clever protocol is een tabel opgesomd met verschillende waarden. Voorbeelden hiervan zijn: creatief zijn, deelnemen, plezier ervaren, bescherming bieden,

Aanvullend wordt ook het belang van zingeving naar voren geschoven door enkele tools. Zingeving bevat zowel emotionele aspecten als bepaalde waarden.

“Zingeving: zinvol leven, levenslust, idealen willen bereiken, vertrouwen hebben, accepteren, dankbaarheid, blijven leren” (Mijn Positieve gezondheid)

Naast de waarden speelt ook het engagement. In het engagement zit een waarde verborgen, er wordt gepeild naar waarom men een doel wil realiseren. De zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan wordt door de Doelzoeker gebruikt om de waarden en de motivatie van een persoon duidelijk te krijgen. Ook in Clever wordt dit engagement toegelicht.

“Om doelen helder te kunnen formuleren is het nodig om de mate van engagement te kennen, maar ook de reden van dat engagement” (Clever).

Als laatste spelen tevens de emoties en gedachten een belangrijke rol in het bepalen van het levensdoel. In de Samenspraakfiche worden deze emoties expliciet bevraagd om tot bij het levensdoel te komen. Ook mijn Positieve gezondheid bevraagt deze emoties concreet. Andere tools peilen meer impliciet naar emoties. Ook hier worden hulpmiddelen aangeboden. Zo voorziet Doelzoeker blijde, enthousiaste, angstige, boze en droevige smileys om de emoties weer te geven. Clever biedt wederom een tabel aan die emoties bevraagt, voorbeelden zijn vreugde, verdriet, ...

“Dit maakt me blij” (Samenspraakfiche)

“Voel jij je vrolijk?” (Mijn Positieve gezondheid)

2.1.2 Categorie 2: Het verleden, het heden en de toekomst van een individu

Als tweede element leren de tools doelgerichte zorg ons dat een levensdoel een link heeft met het verleden, het heden of de toekomst van een individu. Daar waar men voor het definiëren van doelen intuïtief toekomstgericht te werk zou gaan, zien we verschillende tools actief werken met het verleden. Het verleden bevragen geldt als wegwijzer om zicht te krijgen op wat belangrijk is voor iemand.

“Als er in de doelen die vooropgesteld worden een link is met de levensgeschiedenis, hebben de doelen meer kans op slagen” (Clever)

“It aims to facilitate a dialogue between the nurse and the patient about the patient’s current and desired situation” (Vier bollen model)

Een levensdoel is iets dat een persoon wil bereiken, waarbij het te bereiken resultaat toekomstgericht is. Er wordt als het ware een wens of een droom geformuleerd voor de toekomst.

“Wat verlang je, wat wens je, heb je een droom, wat is je droom” (Zorg-Esperanto)

“Mijn wens voor morgen” (Samenspraakfiche)

“Wat zijn de belangrijkste doelen of wensen?” (Doelzoeker)

Om dit toekomstgerichte resultaat te bepalen, kan vertrokken worden vanuit het verleden en het heden van een individu. De Doelzoeker gebruikt deze indeling als uitgangspunt van de tool door ze expliciet te bevragen. Ook in andere tools, zoals Clever, Samenspraakfiche en Zorg-Esperanto komen het verleden, het heden en de toekomst, expliciet of impliciet, aan bod. In Clever is het bevragen van het verleden, het heden en de toekomst verworven met het bevragen van de activiteiten. Bij het inventariseren van de activiteiten geeft de cliënt aan of ze de activiteit vroeger deden, nu doen of in de toekomst willen doen.

2.1.3 Categorie 3: Activiteiten in verschillende levensdomeinen

Een volgend kenmerk dat wordt geïdentificeerd in de documentanalyse, is dat spreken over activiteiten hulpverleners kan helpen om doelen te identificeren. Levensdoelen hebben vaak betrekking op activiteiten in verschillende levensdomeinen (bv. wonen, werken). De activiteiten dienen hierbij als wegwijzer om doelen te bepalen. Deze activiteiten zijn erg gevarieerd en gaan van alledaagse activiteiten (bv. koffie drinken) tot meer complexe activiteiten (bv. daguitstap maken). De tools geven zelf een invulling aan de levensdomeinen en de activiteiten.

“Een doel gaat altijd over een bepaald resultaat in een bepaald levensdomein” (Zorg-Esperanto)

“Een groep activiteiten die relevant blijken te zijn voor iedereen, de meest alledaagse en dagelijkse activiteiten zoals eten, drinken, zich wassen, zich aankleden” (Clever)

“Alle levensdomeinen komen op de fiche aan bod. Dit zorg ervoor dat er voorbij de taakafstemming wordt gekeken, naar de emotionele en sociale aspecten van de zorg en de gevolgen voor zowel de cliënt als mantelzorgers” (Samenspraakfiche)

Om de activiteiten en bijhorende doelen te identificeren, zijn verschillende kaders aangereikt in verschillende tools. Het Vier bollen model hanteert hiervoor het ICF-kader, waarbij vertrokken wordt vanuit de domeinen: activiteiten en de participatie.

“My activities' represents the ICF domains of 'Activities' and 'Participation'. Patients are asked if they experience any difficulties in their everyday life activities or work activities, and if so, if they have already thought about solutions for these difficulties” (Vier bollen model)

Clever voorziet een uitgebreide activiteitenlijst. Deze werd opgesteld door alle activiteiten die in de tweejarige ontwikkeling van de tool vernoemd werden tijdens interviews op te lijsten en te ordenen in levensdomeinen. Deze ordening van activiteiten is tot stand gekomen in een aantal rondes van reflectie en feedback. Voorbeelden uit de activiteitenlijst zijn o.a.: zorgen voor zichzelf, bereiden van voedsel, communicatie, kunstactiviteiten, studeren, vrijwilligerswerk en werk, ... Een andere methode die Clever vermeldt om de activiteiten van het dagelijks leven in te delen, is volgens basale activiteiten van het dagelijks leven (b-ADL), instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (i-ADL) en geavanceerde activiteiten van het dagelijks leven (a-ADL). Ook andere tools voorzien handvaten om de activiteiten en de levensdomeinen helder te krijgen. Hiervoor kon niet steeds exact bepaald worden uit de document analyse hoe deze handvaten onderbouwd of ontwikkeld werden. Zo voorziet de Samenspraakfiche een concrete indeling van levensdomeinen (huishouden en wonen, zorg en hygiëne, dagbesteding en plezier, administratie) met bijhorende activiteiten. De Doelzoeker gebruikt foto afbeeldingen. Deze foto afbeeldingen dienen ter ondersteuning en beelden een verscheidenheid aan activiteiten uit en zijn ruim vatbaar voor interpretatie. Zorg Esperanto deelt levensdomeinen in als: persoonsgericht, holistisch en behoeftegericht. Deze levensdomeinen worden vervolgens verder opgesplitst, maar concrete activiteiten worden er niet gegeven. Ook in Mijn Positieve Gezondheid worden activiteiten bevraagd, hierbij zitten ze grotendeels vevat in het onderdeel ‘Dagelijks functioneren’.

“Ik kan goed voor mijzelf zorgen. Bijvoorbeeld wassen, aankleden, boodschappen doen, koken” (Mijn Positieve gezondheid)

Clever voegt nog een extra dimensie toe door te vertrekken vanuit betekenisvolle activiteiten en dit als concept expliciet zo te benoemen. Hierbij wordt een koppeling gemaakt tussen de activiteit, wat iemand wil bereiken en de waarden.

“De doelen gaan uit van de betekenis van de activiteit voor de persoon én verwoorden wat hij rond dit aspect wil bereiken. Doelen weerspiegelen daarom de waarden die belangrijk zijn voor de persoon.” (Clever)

Andere tools halen ook de koppeling tussen activiteiten en de belangrijkheid ervan aan, maar dit wordt minder expliciet benadrukt dan in Clever. Betekenisvol hoeft niet altijd groots te zijn. Ook dagdagelijkse activiteiten worden als betekenisvol en relevant ervaren.

“Maar ook de ‘gewone’ zaken in het leven zoals het huishouden doen of een wandelingen maken, vinden mensen belangrijk” (Doelzoeker)

2.1.4 Categorie 4: Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid

Een vierde element dat terugkomt in de analyse is dat het bevragen van gezondheid hulpverleners kan ondersteunen om levensdoelen te formuleren. De tools hanteren allemaal expliciet een ruime definitie van gezondheid. Gezondheid is meer dan enkel het lichamelijke of het fysieke aspect, het bevat ook een welzijnsaspect, waarbij een koppeling is tussen zowel medische aspecten als aspecten met betrekking tot het algemeen welzijn.

“Concreet betekent dit dat een ‘medisch model’ en een ‘welzijnsmodel’ geoperationaliseerd worden in functie van wat de persoon met een zorgnood belangrijk vindt in zijn leven” (Doelzoeker).

“Within this circle (my health), patients' medical (physical and mental) symptoms are explored and patients are asked what they need to improve their symptoms” (Vier bollen model)

“Bovendien gaat het niet alleen om lichamelijke kanten van gezondheid maar ook om het vermogen om je aan te passen, welbevinden, eigen regie, veerkracht, participatie en zingeving” (Mijn Positieve gezondheid)

Ondersteunend aan deze brede definitie van gezondheid worden verschillende theoretische kaders gebruikt. Mijn Positieve gezondheid vertrekt vanuit de definitie van gezondheid vooropgesteld door Huber. Hierbij wordt gezondheid omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). In de tool zelf wordt gezondheid opgedeeld in zes dimensies met onder andere lichaamsfuncties en kwaliteit van leven.

“Lichaamsfuncties: je gezond voelen, fitheid, klachten en pijn, slapen, eten, conditie, bewegen” (Mijn Positieve gezondheid)

“Kwaliteit van leven: genieten, gelukkig zijn, lekker in je vel zitten, balans, je veilig voelen, hoe je woont, rondkomen met je geld” (Mijn Positieve gezondheid)

Zorg-Esperanto vertrekt vanuit de door de WHO voorgestelde definitie waarbij gezondheid wordt gezien als ‘een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek’. Zorg-Esperanto deelt gezondheid op in lichamelijke gezondheid - opgebouwd uit voeding, beweging, persoonlijke hygiëne, medicatie trouw, slaap - en psychische gezondheid. Het Vier bollen model vertrekt wederom vanuit de ICF. In het Vier bollen model wordt gezondheid weergegeven als ‘mijn gezondheid’. Dit weerspiegelt het ICF-domein ‘functies en anatomische eigenschappen’.

Opvallend is dat de tools binnen het ruime kader van gezondheid het concept ‘kwaliteit van leven’ apart benadrukken.

“Levensdoelen hebben te maken met het verlangen van elke mens naar vrede, harmonie, liefde, verbinding, zelfstandigheid, geborgenheid, goede zorg, warmte, nabijheid. Allen houden ze ook verband met het grote begrip 'kwaliteit van leven'” (Zorg-Esperanto)

Doelzoeker benadrukt hierbij expliciet dat levenskwaliteit door zorggebruikers veelal belangrijker wordt geacht dan het aantal levensjaren.

“Zorggebruikers geven aan dat het niet meer enkel het aantal levensjaren maximaliseren/verlengen is dat telt. De manier waarop je leeft en functioneert is voor de meesten belangrijker. Levenskwaliteit wordt hier voorop geplaatst” (Doelzoeker)

2.1.5 Categorie 5: Sociale en fysieke context

Een vijfde element dat hulpverleners kan ondersteunen om tot levensdoelen te komen, is het bevragen van de sociale en fysieke omgeving. Bij het opstellen van een levensdoel is het essentieel om de context duidelijk te krijgen. Deze context bepaalt mee de vorm van het doel en wordt individueel bepaald. Context wordt in de verschillende tools als een ruim begrip opgevat. Het slaat op zowel de fysieke omgeving als de sociale omgeving en hierbij aansluitend ook de bijhorende sociale relaties en ondersteuning die de sociale omgeving kan bieden. De sociale relaties bevatten zowel formele (bv. zorgverleners) als informele contacten (bv. burens, partner, vrienden).

*“Vanzelfsprekend is dit voor iedereen anders en is de eigen context en omgeving belangrijk”
(Doelzoeker)*

“Het doel is sterk verbonden met de Context van de persoon” (Clever)

“‘My environment’ (...) explores patients’ physical and social environment, the support that patients get from their social environment and the degree of support that patients would like to get” (Vier bollen model)

Om de sociale en de fysieke omgeving in kaart te brengen worden verschillende theoretische kaders toegepast. Het vier bollen model vertrekt wederom vanuit de ICF. Het ICF-domein ‘omgevingsfactoren of externe factoren’ representeert de sociale en de fysieke omgeving.

In de Doelzoeker wordt de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan toegepast. Een onderdeel van deze theorie omvat het belang van sociale en relationele verbondenheid. Dit wordt omschreven als het ervaren van een warme en hechte band met anderen, diepgang in de relaties en een breed sociaal netwerk hebben. In de Doelzoeker worden deze relaties als volgt bevestigd:

“Met wie deed ik dingen en deelde ik mijn ervaringen? Welke relaties geven me energie? Welke relaties zullen belangrijk voor me zijn?” (Doelzoeker)

Ook de andere tools bieden handvaten om de relaties te bevragen, waarbij het niet duidelijk is of een theoretisch kader hiervoor de basis vormde. In de Samenspraakfiche worden de sociale relaties als apart onderdeel bevestigd waarbij wordt gepeild naar onder andere partner, familie, burens. Ook de kwaliteit van de relaties wordt bevestigd. In het Clever protocol worden de sociale en de materiële oorzaken van belemmeringen bevestigd. Zorg-Esperanto biedt een contextgericht lijstje aan ter inspiratie. Hierbij wordt gevraagd op wie het doel betrekking heeft, voorbeelden zijn: zorgvrager, partner, kind, zorgverleners, mantelzorg. Daarnaast worden ook de relationele gezondheid als de woon- en leefomgeving bevestigd. Ook Mijn Positieve gezondheid bevestigd de sociale relaties, onder de vorm van ‘meedoen’.

“Heb je contact met andere mensen? Heb je vrienden? Heb je mensen die je kunnen helpen?” (Mijn Positieve gezondheid)

2.1.6 Categorie 6: Een levensdoel hanteert een positieve formulering

Als laatste element wordt de positieve formulering van levensdoelen besproken. Als hulpverlener kan het een hulpmiddel zijn om de mogelijkheden van een persoon in zijn specifieke context te bevragen.

“De positieve invalshoek van het instrument werd gewaardeerd. Veel deelnemers lieten weten dat het zo leuk was om ook te kunnen invullen wat wel goed liep” (Samenspraakfiche)

“De doelen aanduiden die nu al goed lopen maar waar je toch de aandacht op wil blijven vestigen” (Doelzoeker)

“Wil je iets behouden wat al goed gaat? Wat gaat er al goed? Waar ben je trots op?” (Mijn Positieve gezondheid)

Deze positieve invalshoek krijgt vorm door het levensdoel te formuleren in termen van behouden, ontwikkelen, herstellen of voorkomen. In Zorg-Esperanto worden de doelen met deze termen geformuleerd.

“Doelen worden beschreven vanuit het perspectief van: voorkomen van, behoud van, herstel van, ontwikkelen van” (Zorg-Esperanto)

Ook andere tools hanteren deze formulering, maar dit wordt minder expliciet aangehaald en is meer verworven in het geheel. In de Doelzoeker wordt er stilgestaan bij waar iemand goed in was, waar iemand goed in is en waar iemand goed in wil worden. In de Samenspraakfiche zijn volgende drie antwoorden mogelijk:

Dit gaat goed, ik wil dit bespreken, ik wil informatie of advies (Samenspraakfiche)

Ook in Mijn Positieve gezondheid wordt deze positieve insteek teruggevonden.

“In deze brede gezondheidsconcepten staat niet langer centraal wat iemand niet meer kan. Het gaat er juist om wat iemand wèl kan, belangrijk vindt en eventueel wil veranderen.” (Mijn Positieve gezondheid)

2.1.7 Integratie van de categorieën

Wat opvalt is dat de zes bovengenoemde categorieën niet los van elkaar gezien worden. Zo zijn er relaties merkbaar tussen waarden; verleden, heden en toekomst; activiteiten; gezondheid; context; en een positieve formulering. In de tools worden linken gelegd tussen deze categorieën en niet elk levensdoel bevat elke categorie.

“Dit wil zeggen dat de activiteit niet altijd het doel op zich is, maar dat de onderliggende waarde van veel groter belang is” (Clever)

*“Using this tool, the practice nurse can clarify the interrelationships among the circles”
(Vier bollen model)*

the 4-circles tool is based on the framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which presents a holistic approach to health, recognizing the interrelation between health and health-related domains (Vier bollen model)

In tabel 6 is nogmaals een overzicht te vinden van de categorieën en de bijhorende subcategorieën.

Tabel 6 Categorieën voor het formuleren van een levensdoel

Categorie	Subcategorie
Waarde en emoties als basis voor een levensdoel	Een levensdoel is gebaseerd op emoties en gedachten
	Een levensdoel geeft aan wat voor iemand belangrijk is in zijn leven
	Engagement bepaalt mee het levensdoel
	De onderliggende waarde is bepalend voor een doel
	Een levensdoel staat in verband met zingeving
Het verleden, het heden en de toekomst van een individu	Een doel is iets dat een persoon wil bereiken
	Wensen en dromen bepalen het levensdoel
	Doelen zijn gebaseerd op het verleden, heden en de toekomst
Activiteiten in verschillende levensdomeinen	Een levensdoel heeft betrekking tot een bepaald levensdomein
	Een levensdoel omvat de gewone dagdagelijkse activiteiten
	Betekenisvolle activiteiten zijn deel van een levensdoel
Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid	Brede definitie van gezondheid: lichamelijke gezondheid en het algemeen welzijn
	Levenskwaliteit als onderdeel van gezondheid
Sociale en fysieke context	Zowel de fysieke als de sociale omgeving bepalen mee het levensdoel
	Een levensdoel bevat het belang van sociale relaties
Hanteren van een positieve formulering	Behouden
	Herstellen
	Ontwikkelen
	Achteruitgang voorkomen

2.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan

In het tweede deel van de resultaten van deze documentanalyse wordt de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan besproken. Hiervoor worden geen categorieën opgesteld, maar worden de antwoorden van de zeven vragen uit de data-extractie als input gebruikt (Tabel 5, p.28). Extra aandacht ging naar de vragen ‘Hoe wordt het gesprek aangegaan om tot doelen te komen?’, ‘Wordt er een onderscheid gemaakt tussen levensdoelen en zorgdoelen?’, ‘Hoe worden zorgdoelen geformuleerd?’ en ‘Hoe verloopt het omzetten van levensdoelen in zorgdoelen?’.

2.2.1 Proces van doelgerichte zorg

Binnen het proces van doelgerichte zorg benadrukken de tools dat ze geen heilige graal vormen om tot levensdoelen te komen. De tools zijn gespreksinstrumenten en dienen als leidraad om doelgerichte zorg te faciliteren. Hierbij is het aan de personen die ze invullen om deze ruim te interpreteren en over te slaan wat niet relevant is (Clever, Mijn Positieve gezondheid, Samenspraakfiche, Zorg-Esperanto).

“We kunnen het schema gebruiken als leidraad. Het is niet bedoeld als een afpuntilijst, maar als een hulpinstrument, een soort denkkader” (Zorg-Esperanto)

Op basis van de documenten is te merken dat in de tools het proces van het identificeren van de levensdoelen tot het stellen van het zorgplan wordt opgenomen. Volgende kenmerken over het proces van doelgerichte zorg kwamen naar boven. Als eerste is het stellen van levensdoelen een lang en complex proces (Clever). Ten tweede is het in dit proces cruciaal dat de verschillende partijen onderling een evenwaardige relatie hebben en er een vertrouwensband is (Clever, Samenspraakfiche, Zorg-Esperanto). Deze evenwaardige relatie zorgt ervoor dat er samen doelen geformuleerd kunnen worden. Hierbij slaat ‘samen’ op zowel de PZOV, de hulpverlener(s) als andere relevante partijen (Clever, Doelzoeker, Mijn Positieve gezondheid, Samenspraakfiche, Vier bollen model, Zorg-Esperanto). Een derde kenmerk omvat het stellen van prioriteiten. Deze prioriteiten bepalen wat belangrijk is. Wat zijn hoofddoelen, wat zijn deeldoelen? (Clever, Samenspraakfiche, Zorg-Esperanto). Clever raadt aan een visuele analoge schaal te gebruiken om de doelen te rangschikken volgens belangrijkheid, waarbij nul niet belangrijk is en tien heel belangrijk.

“Het is ook een valkuil voor professionals om alle onderwerpen te willen bespreken binnen een beperkt tijdsbestek. Dosereren van het aantal onderwerpen per overleg en het bepalen van prioriteiten zijn dan ook belangrijk” (Samenspraakfiche)

Als vierde wordt, nadat de verschillende doelen voldoende helder zijn, overgegaan tot het opstellen van een behandelplan. In dit behandelplan wordt bepaald welke acties en middelen nodig zijn om het doel te bereiken. Concrete afspraken over de te ondernemen stappen worden gemaakt. Hierbij moet er aandacht zijn voor de beschikbaarheid en vindbaarheid van handelingsperspectieven en de noden en de behoeften van de PZOV (Clever, Doelzoeker, Mijn Positieve gezondheid, Samenspraakfiche, Zorg-Esperanto). Als laatste is het doorheen het proces van doelen bepalen belangrijk om steeds te evalueren en opvolging te voorzien (Samenspraakfiche).

2.2.2 Verhouding tussen levensdoelen en zorgdoelen

Eerder werd al aangekaart dat de term 'levensdoel' niet in elke tool wordt gebruikt. De algemene term 'doel' wordt gebruikt waardoor het niet altijd duidelijk is of er over levensdoelen of zorgdoelen wordt gesproken. Om duidelijkheid te verschaffen wordt, mede gebaseerd op de inleiding, bepaald om levensdoelen te zien als doelen die door een hulpvrager worden opgesteld. Zorgdoelen zijn doelen die de belangen van een hulpverlener vertegenwoordigen. Omdat de termen levensdoel en zorgdoel niet in elke tool worden gebruikt of onduidelijk zijn, wordt nagegaan of de doelen opgesteld zijn vanuit het perspectief van de hulpvrager of het perspectief van de hulpverlener en hoe de tools omgaan met deze verhouding.

Doelzoeker haalt aan dat de hulpvragers andere doelen vooropzetten dan de zorgdoelen die door de hulpverleners worden gedefinieerd. Zorgdoelen vertrekken vanuit een medisch perspectief, waarbij klinische factoren aanwezig zijn. Een levensdoel vertrekt vanuit gebruikersperspectief en wat de hulpvrager belangrijk vindt in zijn leven. Ook in Clever worden zorgdoelen geformuleerd vanuit een probleem perspectief. Het Clever doel, dat gezien kan worden als een levensdoel, vertrekt vanuit het behoefte perspectief, dat sterk verstrengeld is met belangrijke gebeurtenissen in iemands leven. Clever geeft aan dat hun formulering van doelen ruimer is dan een gezondheidsdoel.

Zowel in de Doelzoeker als in Clever worden eerst de doelen vanuit het perspectief van de hulpvrager geformuleerd, vooraleer wordt overgegaan tot het stellen van doelen vanuit het perspectief van de hulpverlener. Aansluitend hierop wordt een behandelplan of een zorgplan opgesteld. Clever geeft hierbij mee dat het Clever doel in eerste instantie onvoldoende informatie geeft om een behandelplan op te kunnen zetten. Het Clever doel moet eerst duidelijk zijn vooraleer tot oplossingen kan worden gekomen. Vervolgens is het doel richtinggevend voor de verschillende professionals die de zorg verder uitbouwen.

“Als het doel eenmaal geïdentificeerd en geformuleerd is, zal het bovendien ook nodig zijn om verdere gegevens te verzamelen en te analyseren, om met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood een behandelplan, advies of begeleiding op te zetten” (Clever)

Binnen Doelzoeker worden de zorgdoelen maximaal afgestemd op de levensdoelen, hoe dit gebeurt is onduidelijk.

“Personen met een complexe en chronische zorgnood formuleren in samenspraak met de zorgcoördinator zorg- en ondersteuningsdoelen - verder in de tekst gebruiken we de term ‘zorgdoelen’. Deze worden geënt op de analyse die reeds gemaakt werd over de levensdoelen en de wensen van de persoon met zorgnoden” (Doelzoeker)

“Dit helpt mensen om hun doelen te formuleren. Die kunnen vervolgens worden gebruikt om zorgdoelen te bepalen en eventuele ondersteuning hierop af te stemmen” (Doelzoeker)

In Zorg-Esperanto, het Vier bollen model en Mijn Positieve gezondheid is het onderscheid tussen levensdoelen en zorgdoelen minder duidelijk. In Mijn Positieve gezondheid wordt algemeen over een 'doel' gesproken. Wel is duidelijk dat de doelen steeds geformuleerd worden vanuit het perspectief van de hulpvrager. Het Vier bollen model benadrukt hierbij dat een doel ruim is en zowel medisch als niet-medisch kan zijn.

“To help patients gain insight into and reflect on their own situation, in order set goals (including non-medical goals)” (Vier bollen model)

“Het is aan de persoon zelf om te bepalen waar hij/zij het gesprek over wil voeren” (Mijn Positieve gezondheid)

In Zorg-Esperanto worden zowel de levensdoelen als de zorgdoelen geformuleerd vanuit het perspectief van de hulpvrager. Op het moment dat er naar de middelen en strategieën, om het doel te bereiken, wordt gekeken, komt het perspectief van de hulpverlener naar boven. Zorg-Esperanto gaat, in tegenstelling tot Doelzoeker, sneller over tot het formuleren van zorgdoelen. Deze zorgdoelen zijn echter nog steeds opgesteld vanuit het perspectief van de hulpvrager, terwijl in de documenten over de Doelzoeker de zorgdoelen een hulpverlener perspectief volgen. Nadat het doel wordt geformuleerd zet Zorg-Esperanto vervolgens sterk in op de middelen om het doel te bereiken. De tool voorziet ruimte om deze middelen te concretiseren: welke personen, hulpmiddelen, competenties, acties of activiteiten moeten gebeuren om het doel te realiseren. Zorg-Esperanto maakt de doelen heel concreet door ze op te splitsen in hoofd- en deeldoelen. Dit is ook een kenmerk van Mijn Positieve gezondheid, het grote doel gaan opsplitsen in kleinere, haalbare en concrete doelen.

“Vaak krijgt één zorgdoel voorrang. Dit is het hoofddoel. Op basis daarvan kunnen we deeldoelen formuleren. Deze deeldoelen zijn noodzakelijke tussenstappen om het hoofddoel te bereiken” (Zorg- Esperanto)

In tegenstelling tot de andere tools komt de Samenspraakfiche niet tot het formuleren van zorgdoelen. Dit wordt ook expliciet benoemd in de tool. De doelen in de Samenspraakfiche zijn opgesteld vanuit een gelijkwaardige relatie tussen patiënt, professional en mantelzorger waardoor het moeilijk te bepalen is vanuit welk perspectief een doel opgesteld werd. De verschillende perspectieven worden gezien als gelijkwaardige partners, waardoor niet één perspectief meer zeggenschap heeft dan een ander.

“De fiche biedt handvaten om in overleg te gaan rond verschillende aspecten van de samenwerking binnen een zorgsituatie, en ruimte om vanuit verschillende invalshoeken naar de zorgsituatie te kijken. Het is echter geen zorgplan dat zorgdoelen formuleert voor de cliënt” (Samenspraakfiche)

Tot slot geeft Clever nog een belangrijk aandachtspunt mee met betrekking tot de snelheid waarmee van levensdoelen tot het zorgplan wordt gekomen.

“Het is een valkuil dat de professionals rond de geformuleerde CLEVER-doelen oplossingen bedenken, veel te snel, nog voor het doel echt duidelijk is én zonder input van of overleg met de persoon.” (Clever)

Kader 4 Samenvatting: verhouding levensdoelen en zorgdoelen

Kortom, de tools voor doelgerichte zorg starten met de belangrijke doelen duidelijk te krijgen, waarbij deze worden opgesteld vanuit het hulpvrager perspectief. Nadat dit perspectief duidelijk is, wordt overgegaan tot het bepalen van het hulpverlener perspectief. Dit hulpverlener perspectief is afgestemd op het doel dat uit het hulpvrager perspectief naar boven kwam. Beiden perspectieven dragen vervolgens bij aan het opstellen van een zorgplan. Een uitzondering hierop is de Samenspraakfiche, waarbij het hulpverlener en het hulpvrager perspectief in een gelijkwaardige relatie staan tot elkaar en er geen zorgplan wordt opgesteld.

3 Conclusie

Uit de documentanalyse worden de volgende bevindingen gemaakt. Vooreerst leren de bestaande tools doelgerichte zorg dat een levensdoel uit verschillende elementen bestaat die een hulpverlener kunnen ondersteunen om het levensdoel te formuleren. Deze elementen zijn: waarden en emoties als basis voor een levensdoel; het verleden, het heden en de toekomst van een individu; activiteiten in verschillende levensdomeinen; de relatie met de brede definitie van gezondheid; sociale en fysieke context; en het hanteren van een positieve formulering.

Vervolgens blijkt echter dat de opdeling levensdoelen – zorgdoelen geen sinecure is, omdat de definiëring van beide termen niet gelijk is over de tools heen. Een alternatieve opdeling die gehanteerd kan worden, is de opdeling in doelen van de PZOV en doelen van de hulpverlener. Daarnaast geven de tools een eerste aanzet om het proces van levensdoelen, naar zorgdoelen en een zorgplanning duidelijk te krijgen. Dit is echter beperkt. Daarom is er nood aan veldwerk om na te gaan hoe hulpverleners in de praktijk de verstaalslag van levensdoelen, naar zorgdoelen, naar een zorgplan maken. Daarnaast kan worden nagegaan of de elementen van een levensdoel ook in doelgerichte gesprekken in het werkveld aan bod komen.

Hoofdstuk 4

Veldwerk

Het doel van het veldwerk is om (1) na te gaan welke levensdoelen geregistreerd worden in gesprekken tussen hulpverleners en PZOV en (2) vervolgens na te gaan hoe hulpverleners de vertaalslag maken van de geregistreeerde levensdoelen naar zorgdoelen en middelen in een zorgplan. Hiervoor wordt eerst de gebruikte methode toegelicht, waarna vervolgens de resultaten aan bod komen. De resultaten worden kort samengevat aan het eind van dit hoofdstuk.

1 Methode

Zowel uit het literatuuronderzoek als uit de documentanalyse werden reeds enkele belangrijke bevindingen gemaakt met betrekking tot het formuleren van levensdoelen. Deze bevindingen worden in het veldwerk aangevuld met ervaringen uit de praktijk. Daarnaast is er ook nood aan extra onderzoek in de praktijk omtrent aspecten waar het literatuuronderzoek en de documentanalyse een te beperkt antwoord op bieden.

Via het veldwerk wordt getracht een antwoord te bieden op de twee volgende specifieke onderzoeksvragen van dit onderzoek:

Kader 5 Onderzoeksvragen

- (1) Welke levensdoelen worden er geregistreerd tijdens gesprekken waarbij getrainde professionals levensdoelen verhelderen met PZOV?
- (2) Hoe vertalen individuele zorgprofessionals en zorgteams de levensdoelen die ze verhelderen bij patiënten naar operationele zorgdoelen en zorgtaken?

Het veldwerk kadert binnen een vierdaagse piloottraining rond doelgerichte zorg die ontwikkeld werd in co-creatie met enkele belangrijke stakeholders binnen het domein van doelgerichte zorg. Aan deze piloottraining namen twaalf hulpverleners uit verschillende settings en disciplines deel alsook een patiëntvertegenwoordiger (Tabel 7). Als onderdeel van de vorming kregen de deelnemers verschillende huiswerkopdrachten mee, zoals het voeren van doelgerichte gesprekken en het invullen van papieren reflectieopdrachten. De huiswerkopdrachten vormden de dataverzameling voor het veldwerk binnen dit onderzoeksproject. Zo leverden de deelnemers opnames aan van doelgerichte gesprekken met PZOV, en gaven ze input in de vorm van papieren reflectieopdrachten. Daarnaast participeerden de hulpverleners tijdens intervisiemomenten en een focusgroep. Dit alles vormt de input van het veldwerk.

Tabel 7 Deelnemers interprofessionele vorming VIVEL doelgerichte zorg

Functie
1. Zorgcoach en overlegorganisator bij thuiszorgorganisatie
2. Casemanager bij thuiszorgorganisatie
3. Verantwoordelijke ontslagzorg en aanvullende thuiszorg bij thuiszorgorganisatie
4. Verpleegkundige in een wijkgezondheidscentrum
5. Kinesitherapeut in een zelfstandige praktijk
6. Huisarts in een wijkgezondheidscentrum
7. Zorgpartner bij thuiszorgorganisatie
8. Verpleegkundige, tabakoloog, zorgcoach in een zelfstandige huisartsenpraktijk
9. Zorgcoördinator in een wijkgezondheidscentrum
10. Maatschappelijk werker en zorgcoördinator in een wijkgezondheidscentrum
11. Gezondheidsconsulent
12. Maatschappelijk werker in een lokaal dienstencentrum
13. Patiëntenvertegenwoordiger

De verzamelde data wordt opgesplitst in twee soorten data (Tabel 8). Enerzijds leverden de deelnemers van de vorming en hun hulpvragers **originele velddata** aan. Dit zijn praktijkdata op hulpvrager-hulpverlener niveau, zoals de doelgerichte gesprekken en een eerste papieren reflectieopdracht. Hierbij werd getracht zo dicht mogelijk bij de dagdagelijkse praktijk te blijven. Anderzijds namen de deelnemers ook actief deel aan het onderzoeksproject tijdens de verschillende intervisiemomenten, een focusgroep en meerdere papieren reflectieopdrachten. Data afkomstig uit deze delen van het onderzoek worden bijgevolg gezien als **velddata uit het co-creatieproces**. Hiervoor werd uitdrukkelijk gekozen te werken met PAR. Binnen PAR werken onderzoekers nauw samen met het werkveld, waarbij het actief deelnemen en reflecteren centraal staat. De deelnemers aan de vorming worden gezien als mede-ontwikkelaars en mede-onderzoekers (Baum et al., 2006). Onder titel 1.1 en titel 1.2 wordt stilgestaan bij de methodologische inhoud van de soorten data.

Tabel 8 Verzamelde velddata

Soort velddata
Originele velddata
Doelgerichte gesprekken tussen hulpverlener en hulpvrager (audio- of video-opname)
Papieren reflectieopdracht 1: levensdoelen in kaart brengen
Semigestructureerde interviews bij hulpvragers: ervaring van het doelgerichte gesprek
Velddata uit het co-creatie proces
Intervisiemomenten aan het begin van een vormingsdag
Papieren reflectieopdracht 2: van levensdoelen naar zorgdoelen naar middelen
Papieren reflectieopdracht 3: levensdoelen in een interprofessionele samenwerking
Focusgroep: ontwikkeling van het DZOP

Dit onderzoeksproject werd goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van het UZ Gent, met nummer B6702020001219. Aan de start van de datacollectie werd gevraagd aan zowel de hulpverleners als de hulpvragers om een geïnformeerde toestemming te tekenen (Bijlage 1).

1.1 Originele velddata

1.1.1 Doelgerichte gesprekken

De 12 deelnemende hulpverleners aan de piloottraining doelgerichte zorg werden gevraagd een eerste doelgericht gesprek aan te gaan met drie verschillende hulpvragers. De audio- of video-opname van deze **doelgerichte gesprekken** vormden de eerste onderzoeksdata binnen het veldwerk. De gesprekken werden geobserveerd volgens een observatieschema. Uit alle doelgerichte gesprekken werden zowel de levensdoelen die gesteld werden als de manier waarop deze gesteld werden geëxtraheerd en vervolgens inhoudelijk geanalyseerd. Het observatieschema werd opgebouwd vanuit de observatie matrix van Mortelmans (2009) en aangevuld met elementen uit de observatiegids van Oksavik et al. (2021). De eerste twee video's werden door twee onderzoekers (LT & LV) onafhankelijk van elkaar geobserveerd. In overleg tussen de twee onderzoekers werden de bevindingen met elkaar gedeeld om na te gaan of dezelfde zaken bekomen werden. Enkele kleine aanpassingen werden doorgevoerd, waarna het uiteindelijke observatieschema bekomen werd (Bijlage 2). De overige video's werden geobserveerd door LV. Bij twijfel werd de video in overleg met een lid van het projectteam besproken. Het observatieschema werd ingevuld waarbij relevante citaten en quotes woordelijk werden getranscribeerd. Nadien werden alle observatieschema's doorgenomen. Gelijkenissen en verschillen tussen de verschillende schema's werden gegroepeerd en gecategoriseerd. Vervolgens werd dit kwalitatief descriptief uitgeschreven en aangevuld met relevante quotes.

1.1.2 Reflectieopdracht 1

In de piloottraining doelgerichte zorg kregen de deelnemende hulpverleners de opdracht om een **eerste reflectieopdracht** te maken over de doelgerichte gesprekken die zij met hun hulpvragers voerden (Bijlage 3). Hierin werd stilgestaan bij het verloop van het doelgerichte gesprek en werd gevraagd de levensdoelen die tot uiting kwamen in de verschillende doelgerichte gesprekken neer te schrijven per hulpvrager. De eerste reflectieopdracht werd inhoudelijk geanalyseerd, waarbij de genoteerde levensdoelen geëxtraheerd werden in een tabel. Deze werden vervolgens gegroepeerd en gecategoriseerd, waarna de resultaten kwalitatief descriptief uitgeschreven werden.

1.1.3 Individueel interview met hulpvrager: ervaring doelgerichte gesprek

Naast hulpverleners werden ook hulpvragers gevraagd deel te nemen aan het onderzoek via deelname aan een **semigestructureerd interview**. Deze hulpvragers hadden recent met één van de getrainde hulpverleners een doelgericht gesprek gevoerd. Aan de hand van deze semigestructureerde interviews werd getracht ook de ervaringen en bevindingen van de patiënten mee te nemen in het onderzoek. Hiervoor werd een interviewschema opgesteld (Bijlage 4). De interviews werden opgenomen op audio. De relevante elementen uit het interview werden kernachtig uitgeschreven. Dit werd vervolgens gegroepeerd en kwalitatief descriptief uitgeschreven.

1.2 Velddata uit het co-creatieproces

1.2.1 Intervisiemomenten aan het begin van een trainingsdag

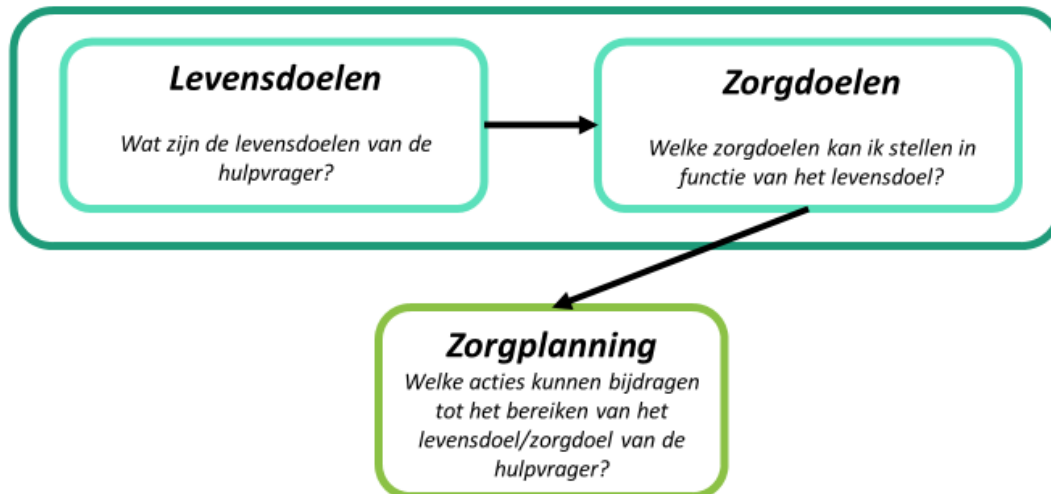
Elke trainingsdag startte met een intervisiemoment dat deel uitmaakt van de velddata uit het co-creatieproces. In dit intervisiemoment traden hulpverleners met elkaar in gesprek over hun praktijkervaringen met betrekking tot het eerste doelgerichte gesprek, het identificeren en neerschrijven van levensdoelen, de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen, de haalbaarheid van doelgericht werken in de praktijk, ... Deze intervisiemomenten werden geobserveerd door LV en LT. Ze werden ook op video opgenomen en nadien door LT herbekeken. Relevante citaten en quotes werden woordelijk getranscribeerd. De tussenkomsten en bedenkingen van de hulpverleners zorgden voor input in de ontwikkeling van de training en reflectieopdrachten, dienden als input voor de vormgeving van de vertaalslag en golden als member check voor de resultaten uit de originele velddata. Een member check helpt de nauwkeurigheid, geloofwaardigheid, validiteit en overdraagbaarheid in kwalitatief onderzoek te verhogen.

1.2.2 Reflectieopdrachten 2 en 3

De tweede en derde reflectieopdracht van de interprofessionele vorming worden beschouwd als velddata uit het co-creatieproces omdat ze doorheen het proces aangepast werden op basis van input uit de eerste reflectieopdracht en de intervisiemomenten en vanuit de kennis van de onderzoekers. De methodiek van PAR laat toe belangrijke bevindingen onmiddellijk mee te nemen in het onderzoek en eventuele bijstellingen te doen tijdens het verloop van het onderzoek, wat het geval was bij de tweede en de derde reflectieopdracht.

In de **tweede reflectieopdracht** werd gevraagd een opsplitsing te maken tussen levensdoelen die expliciet en impliciet in het doelgerichte gesprek werden benoemd (Bijlage 5). Dit omdat bij een eerste screening van de eerste reflectieopdracht duidelijk werd dat hulpverleners niet enkel levensdoelen opschreven die expliciet aan bod kwamen tijdens het gesprek, maar ook impliciet enkele levensdoelen uit het gesprek distilleerden. Het eerste intervisiemoment met de deelnemende hulpverleners leerde bovendien dat waarden erg belangrijk zijn bij het stellen van een levensdoel. Daarom werd in de tweede reflectieopdracht gevraagd deze waarden op te schrijven. Ook hier werd aan de hulpverleners gevraagd een onderscheid te maken tussen waarden die expliciet aan bod kwamen in het gesprek en waarden die ze impliciet distilleerden. In deze tweede reflectieopdracht werd ook gevraagd om schematisch een onderscheid te maken tussen de levensdoelen, de zorgdoelen en het zorgplan (Figuur 8).

De tweede reflectieopdracht werd inhoudelijke geanalyseerd door alle geformuleerde levensdoelen uit de reflectie opdrachten te extraheren in een overzichtstabel en vervolgens te groeperen en te categoriseren. Vervolgens werden de resultaten kwalitatief descriptief uitgeschreven en aangevuld met relevante citaten.



Figuur 8 Schema levensdoel - zorgdoel - zorgplanning

In de **derde reflectieopdracht** werd gevraagd om te reflecteren over het inbrengen van levensdoelen in een interprofessioneel overlegmoment (Bijlage 6). Deze laatste reflectieopdracht kon twee vormen aannemen. Hulpverleners die niet in de mogelijkheid waren een interdisciplinair overleg te organiseren werden gevraagd te reflecteren over welke toekomstige samenwerkingen ze zien met collega's uit andere disciplines of organisaties, hoe ze deze samenwerking zouden organiseren en welke verwachtingen ze hierrond hebben. Aan de hulpverleners die wel een interprofessioneel overlegmoment organiseerden werd zeer open gevraagd een beschrijving hiervan te geven. Tot slot werd in beide vormen van de reflectieopdracht gevraagd in een tabel de levensdoelen, zorgdoelen en de strategie weer te geven. Voor de inhoudelijke analyse van de derde reflectieopdracht werden de antwoorden op de vragen geëxtraheerd en gegroepeerd. Vervolgens werden ze kwalitatief descriptief uitgeschreven.

1.2.3 Focusgroep: ontwikkeling van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Als sluitstuk van deze fase van het project volgde een focusgroep met als thema 'doelgerichte zorg als fundament van het DZOP'. Aan deze focusgroep namen acht deelnemers deel die de piloottraining doelgerichte zorg volgden. Vooraf aan de focusgroep werd in overleg met het onderzoeksteam een interviewschema opgesteld (Bijlage 7). De focusgroep werd op video opgenomen. Bovendien waren tijdens de focusgroep meerdere observatoren aanwezig die aantekeningen maakten. De focusgroep werd nadien woordelijk getranscribeerd en vervolgens inhoudelijk geanalyseerd. De analyse gebeurde handmatig in Excel. Het transcript werd eerst gecondenseerd om zicht te krijgen op de kern. Vervolgens werd overgegaan tot het coderen van de gecondenseerde tekst. Per tekstdeel werd een code toegekend. Nadien werden deze codes onderling met elkaar in verband gebracht waarbij patronen en overeenkomsten tussen de codes werden nagegaan. Als patronen meerdere keren voorkwamen, werden deze vervolgens gebundeld tot subcategorieën. Als laatste stap werden de subcategorieën gecombineerd tot categorieën en continu herzien in relatie tot de getranscribeerde focusgroep. De resultaten werden kwalitatief descriptief uitgeschreven en aangevuld met quotes.

2 Resultaten

In de resultatensectie worden eerst de resultaten vanuit de originele velddata (2.1) beschreven en vervolgens komen de resultaten vanuit het co-creatie proces (2.2) aan bod. In Tabel 9 is een overzicht te vinden van de soorten data (originele velddata of velddata uit het co-creatieproces) die verzameld werden en hun aantallen. De intervisiemomenten worden doorheen de resultaten als velddata uit het co-creatie proces beschouwd en ook als member check en terugkoppeling van de resultaten uit de originele velddata.

Tabel 9 Soorten velddata die verzameld werden en aantal

Soort velddata	Aantal (n)
Originele velddata	
Doelgerichte gesprekken tussen hulpverlener en hulpvrager (audio- of video-opname)	25
Papieren reflectieopdracht 1: levensdoelen in kaart brengen	10
Semigestructureerde interviews bij hulpvragers: ervaring van het doelgerichte gesprek	5
Velddata uit het co-creatie proces	
Intervisiemomenten aan het begin van een vormingsdag	4
Papieren reflectieopdracht 2: van levensdoelen naar zorgdoelen naar middelen	9
Papieren reflectieopdracht 3: levensdoelen in een interprofessionele samenwerking	9
Focusgroep: ontwikkeling van het DZOP	1

2.1 Resultaten uit de originele velddata

In deze resultatensectie worden eerst de kenmerken van de doelgerichte gesprekken weergegeven (2.1.1). Vervolgens wordt ingegaan op het formuleren van levensdoelen en de verschillende elementen op basis van de geobserveerde doelgerichte gesprekken en de geregistreerde antwoorden uit de eerste reflectieopdracht (2.1.2). Het laatste onderdeel van deze resultatensectie focust zich op het verhelderden van de levensdoelen en de vertaalslag om van levensdoelen tot zorgdoelen te komen, terug gebaseerd op zowel de video observaties als de eerste reflectieopdracht (2.1.3). Doorheen de resultaten worden de observaties van de doelgerichte gesprekken en de geregistreerde antwoorden van de eerste reflectieopdracht geïntegreerd en indien relevant aangevuld met citaten uit de intervisiemomenten als member check.

2.1.1 Kenmerken van de doelgerichte gesprekken

In onderstaande tabel (Tabel 10) worden de kenmerken van de doelgerichte gesprekken weergegeven waaronder het gebruik van een tool, de duur van het gesprek, de setting en de aanwezigheid tijdens het gesprek. Enkele hulpverleners maakten audio-opnames omwille van praktische redenen of omdat de hulpvrager liever niet gefilmd werd. De doelgerichte gesprekken worden genummerd, alsook de hulpvragers en de hulpverleners. Er zijn 11 individuele hulpverleners die bij 26 hulpvragers een doelgericht gesprek afnamen. Gesprek 15 werd niet opgenomen, maar daarvan bezorgde de hulpverlener na het gesprek een verslag, waar de hulpvrager toestemming voor gaf.

Tabel 10 Kenmerken van de doelgerichte gesprekken

Doelgerichte gesprek	Tool	Duur gesprek	Welke setting?	Wie is er aanwezig?
1	Clever	32 min	Thuisituatie	Hulpvrager 1 Hulpverlener 1
2	Clever	45 min	Professionele setting	Hulpvrager 2 Hulpverlener 1
3	Doelzoeker	52 min	Thuisituatie	Hulpvrager 3 Hulpverlener 2
4	Doelzoeker	52 min	Thuisituatie	Hulpvrager 4 Hulpverlener 2
5	Doelzoeker	1u	Onduidelijk (audio-opname)	Hulpvrager 5 Hulpverlener 3
6	Clever	1u35min	Onduidelijk (audio-opname)	Hulpvrager 6 Hulpverlener 3
7	Geen gebruik tool of onduidelijk	1u05min	Onduidelijk (audio-opname)	Hulpvrager 7 Hulpverlener 3
8	Clever	59 min	Thuisituatie	Hulpvrager 8 Hulpverlener 4
9	Samenspraakfiche	1u20min	Thuisituatie	Hulpvrager 9 Hulpverlener 4
10	Onduidelijk	41 min	Thuisituatie	Hulpvrager 10 Hulpverlener 4
11	Doelzoeker	1u55min	Thuisituatie	Hulpvrager 11 Hulpverlener 5
12	Samenspraakfiche	56min	Professionele setting & thuisituatie	Hulpvrager 12 Hulpverlener 5 Mantelzorger
13	Clever	1u20min	Thuisituatie	Hulpvrager 13 Hulpverlener 5 Mantelzorger
14	Onduidelijk	57 min	Thuisituatie	Hulpvrager 14 Hulpverlener 7
15	Verslag	Verslag	Verslag	Hulpvrager 15 Hulpverlener 7
16	Geen gebruik tool of onduidelijk	1u07min	Onduidelijk (audio-opname)	Hulpvrager 16 Hulpverlener 8
17	Geen gebruik tool of onduidelijk	46 min	Onduidelijk (audio-opname)	Hulpvrager 17 Hulpverlener 6
18	Geen gebruik tool	38 min	Thuisituatie	Hulpvrager 18 Hulpverlener 6

Doelgerichte gesprek	Tool	Duur gesprek	Welke setting?	Wie is er aanwezig?
				Echtgenoot
19	Geen gebruik tool	37 min	Thuisituatie	Hulpvrager 19 Hulpverlener 6
20	Clever	53 min	Professionele setting	Hulpvrager 20 Hulpverlener 1
21	Geen gebruik tool	1u03min	Thuisituatie	Hulpvrager 21 Hulpverlener 9
22	Mijn Positieve gezondheid	1u03min	Professionele setting	Hulpvrager 22 Hulpverlener 11
23	Geen gebruik tool of onduidelijk	42 min	Thuisituatie	Hulpvrager 23 Hulpverlener 8
24	Mijn Positieve gezondheid	49 min	Online	Hulpvrager 24 Hulpverlener 10
25	Mijn Positieve gezondheid	31 minuten	Online	Hulpvrager 25 Hulpverlener 10
26	Geen gebruik tool	56 min	Onbekend (audio-opname)	Hulpvrager 26 Hulpverlener 11

Er zijn twee soorten gesprekken geobserveerd. Enerzijds zijn er de volledige doelgerichte gesprekken. Hierbij is te merken dat het gesprek als doel heeft om een tool te overlopen en de levensdoelen te formuleren. Dit wordt ook zo gecommuniceerd naar de PZOV. Anderzijds zijn er gesprekken die plaatsvinden binnen de werking van een organisatie (bv. huisartsenconsultatie) waarbij zaken worden besproken die eigen zijn aan een consultatie (medicatie aanpassen, advies over een specialistische ingreep) maar waarbij het doelgerichte aspect wordt geïntegreerd in de consultatie door enkele korte vragen te stellen zoals 'Hoe ziet een ideale dag eruit voor u?' of 'Wat is belangrijk voor u?'.

2.1.2 Formuleren van levensdoelen

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe een levensdoel geformuleerd kan worden en welke elementen hierbij aan bod komen. Eerst wordt de vormgeving kort besproken en vervolgens wordt stilgestaan bij het inhoudelijke aspect, waarbij onder andere middelen, toekomst, activiteiten, waarden, gevoelens, relaties en de context aan bod komen. Zowel de geobserveerde levensdoelen uit de doelgerichte gesprekken als de genoteerde levensdoelen uit de eerste reflectieopdracht worden in dit onderdeel samengenomen. Naar de geobserveerde levensdoelen wordt steeds verwezen met het nummer van het gesprek. Naar de geregistreerde levensdoelen wordt verwezen met het nummer van de hulpverlener die de opdracht invulde.

Qua vormgeving is te merken dat het **aantal** levensdoelen dat werd geformuleerd tijdens het eerste doelgericht gesprek niet vast staat. Het varieert van geen levensdoelen tot één of meerdere doelen. De **manier waarop** een levensdoel vervolgens in reflectieopdracht één beschreven werd, was eveneens erg verschillend. Sommige hulpverleners beschreven dit narratief, terwijl anderen slechts enkele woorden gebruikten.

“Nadat mevrouw heel wat had gedeeld, kwamen we op het spoor van het feit dat mevrouw zeer kunstzinnig is: mevrouw haalde er haar kunstwerken bij (schilderijen, beschilderde zijden sjaals, bloemstukken, ...), mevrouw komt hier niet meer toe – in gesprek zou mevrouw het fijn vinden om dit samen met iemand opnieuw te kunnen opnemen (bv. een vrijwilliger/buddy/vertrouwenspersoon)” (hulpverlener 3)

“Kunnen werken.” (hulpverlener 9)

Als meer inhoudelijk wordt gekeken, dan is te merken dat **middelen en strategieën** om het levensdoel te bereiken vaak al opgenomen worden bij het verhelderen van de levensdoelen. Dit komt sterk tot uiting in de eerste reflectieopdracht, net na het voeren van het eerste doelgerichte gesprek. Soms bestaat het geformuleerde levensdoel uit een concrete oplossing, middel of strategie.

*“Zelfzorg in plannen door te gaan wandelen en meditatie oefeningen in te plannen.”
(hulpverlener 10)*

*“Meer bewegen: met de fiets naar de les en vanaf dat het weer kan naar de sportschool.”
(hulpverlener 10)*

“Documenten vroegtijdige zorgplanning opmaken samen met huisarts.” (hulpverlener 2)

Opmerkelijk is dat levensdoelen uit reflectieopdracht één, met een eerder **medische oriëntatie**, vaak onmiddellijk een middel of strategie bevatten.

“Behoud van fysieke gezondheid (medicatie) door ondersteuning door de verpleegkundige (1x/w klaarzetten van de medicatie).” (hulpverlener 3)

*“Behoud van slaap (fysieke gezondheid) door huisarts (inzet en opvolging slaapmedicatie).”
(hulpverlener 3)*

Dit komt ook deels naar boven in de levensdoelen die in het eerste doelgerichte gesprek gesteld worden, waarbij in het geval van pijn onmiddellijk gedacht wordt aan de nodige medicatie krijgen of aan gewichtsverlies om eventuele ongemakken te voorkomen.

Een tweede aspect dat geobserveerd is in de doelgerichte gesprekken, is dat de doelen voornamelijk betrekking hebben op een **toekomstgericht perspectief**. Ze worden beschreven als iets dat iemand zo lang mogelijk wil behouden, wil blijven doen of graag wil doen in de toekomst. Hulpverleners hebben in reflectieopdracht één regelmatig levensdoelen beschreven in de vorm van ‘herstellen, behouden, voorkomen of ontwikkelen’. Zeer expliciet gebruikten zij ook termen als ‘het verlangen naar iets’ of ‘naar de toekomst toe’. Sommigen gebruikten hiervoor minder expliciete termen zoals ‘opnieuw’, ‘verder’ of ‘blijven’.

“Behouden van de huidige situatie met de hulp die nu aanwezig is.” (hulpverlener 2)

“Voorkomen van pijn en ongemakken door opvolging huisarts.” (hulpverlener 3)

“Opnieuw kunnen wandelen en fietsen.” (hulpverlener 1)

*“Hij wil verder de krant lezen en op de hoogte blijven van wat rond hem gebeurt.”
(hulpverlener 1)*

Een derde element dat uit de doelgerichte gesprekken blijkt, is dat de geobserveerde levensdoelen vaak worden geformuleerd in termen van **activiteiten**. Hierbij zijn een veelheid aan activiteiten te merken, zoals fysieke activiteiten (bv. fietsen, wandelen), cognitieve activiteiten (bv. puzzelen, kruiswoordraadsel), seksuele activiteiten, maatschappelijk geëngageerde activiteiten (bv. raad van bestuur,

politiek), culturele activiteiten (bv. theater, optredens), creatieve activiteiten (bv. bloemschikken, schilderen), sociale activiteiten (bv. terrasje doen, uit eten), ... Het doel hierbij is om deze activiteiten zo lang mogelijk te kunnen blijven doen of deze te hernemen.

Hulpverlener: "Als ik het goed begrijp, als Corona gedaan is, zou je graag nog eens naar Spanje gaan naar Lloret de Mar en zou je graag nog eens willen petanquen" (gesprek 3)

Hulpverlener: "Onthoud ik om af te ronden dat we misschien toch uitkijken naar een vrijwilliger (...) of dat je iets kan opnemen dat je graag doet zoals bloemschikken of toch eens spreken van de reizen." (gesprek 6)

Hulpvrager: "Ik zou met de fiets nog eens naar Mariakerke willen gaan." (gesprek 10)

Uit de observaties blijkt, als vierde aspect, dat aan de verschillende activiteiten vaak een **onderliggende waarden** gekoppeld wordt, zoals autonomie of keuzevrijheid. Dit wordt soms ook expliciet zo benoemd in het levensdoel.

Hulpvrager: "Mijn huishouden kunnen blijven doen, niet afhankelijk worden van anderen. Het lang kunnen blijven trekken op mijn tempo." (gesprek 10)

In de gesprekken is te merken dat professionals autonomie als doel naar voren schuiven. Bij het formuleren van het levensdoel worden autonomie en zelfstandigheid vaak door de hulpverleners aangereikt. In één gesprek wordt autonomie als levensdoel benoemd, terwijl de hulpvrager niet goed weet wat dit woord inhoudt. Naast autonomie worden ook waarden zoals respect, verantwoordelijkheid, keuzevrijheid, zekerheid, veiligheid, ... in de levensdoelen vermeld. Op papier werd minder belang besteed aan het uitschrijven van de waarden, terwijl dit in de gesprekken wel meermaals werd besproken. De waarden die op papier voornamelijk zijn beschreven, zijn zelfstandigheid, zorgen, controle, veiligheid en kwaliteit van leven.

"Luisteren, praten, ... met mensen geeft haar een ontzettende boost. Ze is nu ook al opzoek aan het gaan naar manieren waarop ze op een veilige manier zich nuttig kan maken en kan helpen." (hulpverlener 7)

Hulpverlener: "Dus eigenlijk wil je, als ik het goed versta, zo lang mogelijk zelfstandig zijn. Dat is het belangrijkste." (gesprek 1)

Hulpvrager: "Zekerheden, geen onzekerheden meer in het leven." (gesprek 22)

Sterk verbonden aan de waarden die aan bod komen in de doelen uit reflectieopdracht één, zijn de **gevoelens** die beschreven worden, zoals angst en pijn, maar ook geluk.

"Vermijden van vermoeidheid en meer kunnen buitengaan overdag (voorkomen van angst)." (hulpverlener 6)

"Zo weinig mogelijk pijn hebben." (hulpverlener 9)

"Empowerment om aan geluk te werken: websites 'Waardig leven' en 'Geluksdriehoek'." (hulpverlener 10)

Een vijfde element dat werd geobserveerd, is dat in veel van de benoemde activiteiten de link met **sociale relaties** wordt gelegd. Mensen willen samen iets doen. Het belang van deze sociale relaties wordt meermaals expliciet onderstreept.

*Hulpverlener: "en dan effen aan zal je terug je andere activiteiten met je vrienden kunnen doen"
(gesprek 1)*

Ook op papier wordt de link naar sociale contacten gemaakt. Bij het uitschrijven van de doelen wordt soms een specifieke persoon gekoppeld, terwijl anderen deze niet specificeren. Daarnaast zijn er ook doelen waarin beschreven wordt dat een hulpvrager bewust kiest om een activiteit alleen te doen.

"Samen met zijn vriendin Mona op reis gaan." (hulpverlener 2)

"Wandelen in clubverband." (hulpverlener 3)

"Verder wandelen en fietsen alleen." (hulpverlener 3)

In de doelgerichte gesprekken worden, los van specifieke activiteiten, sociale relaties als doel op zich benoemd. Sommige personen voelen zich eenzaam en willen net meer relaties aangaan. Andere zijn graag alleen en benadrukken dat er, buiten de bestaande contacten, geen nieuwe contacten aangehaald moeten worden.

Hulpverlener: "De doelstelling is dat jij zo lang mogelijk sociaal contact hebt en andere mensen kan helpen, dat dat heel belangrijk is voor jou." (gesprek 2)

Hulpvrager: "Het belangrijkste is een goede vriend en een goede vriendin hebben. Ik heb niemand om tegen te babbelen." (gesprek 20)

Hulpverlener: "Wat ga ik als prioriteit zetten, dat is zoeken naar een groepje, waar je eventueel met andere lotgenoten of geen lotgenoten tegen een gemeenschappelijke vijand kan vechten." (gesprek 12)

Naast deze sociale relaties en de sociale context wordt als laatste element het aspect van de **fysieke context** geobserveerd. Hierbij ligt de focus voornamelijk op de huisvesting, waar iemand woont, waar iemand wil wonen en hoe iemand wil wonen. Ook hier is een koppeling met andere elementen te merken, in geval van onderstaande quote is dit met waarden.

Hulpverlener: "(...) en dan ook dat je zo lang mogelijk hier in uw appartement wilt wonen." (gesprek 4)

Hulpverlener: "En dan met het vooruitzicht, de verhuis naar de nieuwe appartementen. Dat hangt ook vast met die zelfstandigheid, dat je die verhuis wilt doen om daar je terug goed te kunnen settelen." (gesprek 14)

Kader 6 Samenvatting: formuleren van levensdoelen

Uit zowel de geobserveerde doelgerichte gesprekken als de neergeschreven levensdoelen uit de eerste reflectieopdracht, komen de volgende elementen met betrekking tot het formuleren van levensdoelen naar boven: toekomstgericht perspectief; activiteiten; waarden en gevoelens; sociale relaties; fysieke context. Opvallend is dat middelen en strategieën vaak in het eerste doelgerichte gesprek reeds aan bod komen en mee worden geformuleerd in het levensdoel.

2.1.3 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan

Nu er reeds een zicht is op de inhoud van een levensdoel, wordt in dit onderdeel stilgestaan bij de manier waarop deze levensdoelen werden geïdentificeerd en hoe er vervolgens van levensdoelen tot zorgdoelen wordt gekomen. Eerst wordt kort het gebruik van de tools doelgerichte zorg beschreven (2.1.3.1), waarna vervolgens verschillende observaties die doorheen de doelgerichte gesprekken werden gemaakt worden toegelicht (2.1.3.2). Bijkomend wordt stilgestaan bij de rol van de hulpvrager doorheen dit proces (2.1.3.3).

Hierbij wordt vertrokken vanuit de originele velddata, bestaande uit de observaties van de doelgerichte gesprekken die aangevuld worden met de antwoorden van de hulpverleners uit de eerste reflectieopdracht en momentopnames uit de intervisiemomenten als member check.

2.1.3.1 Gebruik van de tools in het eerste doelgerichte gesprek

De hulpverleners hebben vrijblijvend de keuze om in hun eerste doelgerichte gesprek één van de bestaande tools voor doelgerichte zorg te gebruiken. Uit de observaties blijkt dat als hulpverleners een tool gebruiken, ze deze niet altijd bij naam vermelden in het gesprek. In gesprekken met de Doelzoeker wordt aan het begin van het gesprek opvallend vaker tijd genomen om de tool toe te lichten. Doorheen de gesprekken is te merken dat de hulpverleners de tools loslaten en zich niet meer aan de structuur van de tools houden. Het gesprek krijgt een eigen wending, waarbij de hulpverleners ook aangeven aan de hulpvrager dat het niet erg is dat ze afwijken van de tool en het ook een meerwaarde is om 'gewoon te vertellen'. Sommige hulpverleners gebruiken geen tool, maar houden een open gesprek.

De observaties uit de gesprekken worden schriftelijk bevestigd in de eerste reflectieopdracht waar de ervaring met en het gebruik van de tool bevraagd wordt. De hulpverleners die tijdens het doelgerichte gesprek een specifieke tool gebruiken, ervaren dat het gesprek eerder artificieel verloopt. De hoeveelheid aan informatie in de tool, de verschillende stappen en de structuur zorgen ervoor dat ze de spontane uitwisseling in het gesprek missen. Sommige hulpverleners geven aan dat ze niet steeds goed op de hoogte zijn hoe een tool gebruikt moet worden. Ze nemen vervolgens de vrijheid de tools niet rigide te volgen. Sommigen kiezen vooraf of gedurende het gesprek ervoor om de tool niet stap per stap te volgen maar slechts enkele aspecten uit de tool te gebruiken. Zo gebruiken zij onder andere enkel de foto afbeeldingen uit de Doelzoeker of enkele sleutelvragen uit het Clever-protocol: 'Wat doet u op een gewone dag?' of 'Welke activiteiten zijn voor u belangrijk?'. De hulpverleners geven aan dat het gebruiken van de tools, met voldoende vrijheid, een meerwaarde kan zijn in het gesprek. Het biedt hen de mogelijkheid het gesprek te structureren en stil te staan bij zaken waar ze anders niet altijd aan denken. Een hulpverlener voegt hieraan toe dat het gesprek voeren aan de hand van vragen als 'Waar geniet je van?' en 'Hoe ziet een ideale dag er voor jou uit?' ervoor zorgt dat er rust komt in het gesprek zowel bij de hulpvrager als bij zichzelf. Een andere hulpverlener merkt op dat het gesprek uiteindelijk niet veel anders verloopt dan hoe een normaal opvolgconsult bij deze hulpvrager verloopt.

In het eerste intervisiemoment wordt ook dit loslaten van de tools benoemd.

"Ik had me voorbereid met de Clever omdat ik dacht dat zij wat structuur nodig had en ik ook, maar eigenlijk uit dat gesprek bleek dat zij helemaal geen structuur nodig had. Zij sprong eigenlijk wat van de hak op de tak. Ik heb de techniek wat verlaten en ben gaan kijken van oke wat dat je zegt wat betekent dat voor jou en dan heeft ze dat wel kunnen doen dat uiten daarvan. De dingen die we vroeger besproken hebben, hoe denk je daar nu over, nu we daar anders naar kijken en dan gaf ze eigenlijk heel veel haar eigen invulling en wat ze al had geprobeerd enzovoort." (hulpverlener 6)

2.1.3.2 Observaties uit het eerste doelgerichte gesprek in het hulpverleningsproces

Doelstellingen en verwachtingen van het doelgerichte gesprek

De observaties tonen ons dat onafhankelijk van het gebruik van een tool het gesprek steeds start met de bedoeling van het gesprek uit te leggen. Hierbij benadrukt de hulpverlener dat er stil wordt gestaan bij wat belangrijk is voor de PZOV.

Zowel uit de observaties als uit reflectieopdracht één blijkt dat sommige hulpverleners ervoor kiezen om de hulpvrager voor te bereiden op het doelgerichte gesprek door hem of haar vooraf te informeren en eventueel al een tool te laten invullen. In de eerste reflectieopdracht geven de hulpverleners aan dat ze de voorbereiding van de hulpvrager als positief ervaren. Hierdoor ervaren ze meer structuur in het gesprek waardoor al meer concrete zaken besproken worden. Een hulpverlener geeft in de reflectieopdracht aan dat een gesprek zonder voorbereiding moeilijk verloopt doordat de hulpvrager onvoldoende het doel van het gesprek begrijpt. Ook in het eerste intervisiemoment haalt een hulpverlener de meerwaarde van een voorbereiding aan.

“Ik had de samenspraakfiche aan de mevrouw de dag voordien gegeven en zij vond dat zeer zeer zinvol.” (hulpverlener 4)

In de doelstellingen van het gesprek benadrukken de hulpverleners dat het een gesprek is om los te stappen van de ziekte en het medische aspect en om ruimer te gaan kijken naar verschillende gebieden van het leven. De hulpverleners benadrukken dat het een proces is dat ze samen zullen doorlopen. De link tussen wat belangrijk is en de zorgdoelen wordt hier door sommigen reeds gelegd. Ook de samenwerking met andere zorgverleners wordt in sommige gesprekken reeds aangehaald.

Hulpverlener: “Het is de bedoeling vandaag dat we samen eens een gesprek voeren waarbij ik vooral geïnteresseerd ben om van u te horen wat voor jou belangrijk is. Omdat, we komen hier eigenlijk elke dag en we komen met een hele specifieke reden, de decompressietherapie, maar nu wil ik eens tijd nemen om eens heel breed te luisteren naar u wat er voor jou belangrijk is in je leven en wat ertoe doet. Ik ben benieuwd om op verschillende gebieden van uw leven te horen wat er voor jou belangrijk is, dit is de doelstelling van vandaag, van ons gesprek.” (gesprek 9)

Hulpverlener: “We gaan stilstaan in dit gesprek bij wat voor u op dit moment belangrijk is in je leven. Welke dingen je nog graag doet en daaruit gaan we proberen te kijken van hoe mevrouw die persoonlijk doelen nog heeft in haar leven en daar wil ze de komende jaren naartoe werken. En dat is een proces dat we samen te wandel gaan. En jij vertelt en dan gaan we samen op zoek waartoe komen we. Het is de bedoeling dat als we zo’n doelgericht gesprek doen, als we dat later doen, dan is het de bedoeling dat de rest van zorgverleners allemaal op de hoogte zijn.” (gesprek 14)

Eén professional stelt als doelstelling op om naast het luisteren en het formuleren van een doel, ook in dit eerste gesprek reeds te bekijken wat kan helpen om de doelstelling te bereiken.

Hulpverlener: “Als je zegt ik heb één specifieke vraag dan gaan we daar op in, de bedoeling van dit gesprek is dat ik naar jou luister. Dat we een doelstelling kunnen formuleren die haalbaar is en dat ik jou daarvoor tools aanreik om die doelstelling te kunnen bereiken.” (gesprek 25)

Naast de doelstelling van het gesprek worden ook de verwachtingen met betrekking tot het gesprek geformuleerd. Zowel hulpverleners als hulpvragers hebben verwachtingen die mee het gesprek kunnen sturen.

Hulpverlener: "Als er niets uitkomt, dan is het zo. Als er iets uitkomt dan is het zoveel te beter, baadt het niet dan schaadt het niet." (gesprek 13)

Hulpverlener: "Wat zijn jouw verwachtingen naar dit gesprek?" Hulpvrager: "Ik weet het zelf niet zo goed, ik ben benieuwd naar het gesprek." (gesprek 24)

Bij de introductie van het gesprek benadrukt een hulpverlener dat hij tijdens het gesprek niet zijn rol van kinesist zal opnemen en de hulpvrager hem dus uit deze rol moet zien.

Hulpverlener: "Je moet me niet zien als kine, maar als persoon die u bij eventuele problemen zou kunnen helpen om u met de juiste contacten in contact te brengen of samen naar oplossingen te zoeken." (gesprek 12)

Ook tijdens het intervisiemomenten wordt aangehaald dat hulpverleners uit de gekende rol stappen of trachten een ander standpunt in te nemen.

"Ik denk dat het een stukje is, toelaten voor jezelf om uit je hulpverleners rol te stappen en gewoon mee met die patiënt of klant aan de tafel te zitten en daar een gesprek mee te hebben in die gelijkwaardigheid om die gewoon te leren kennen als mens en niet vanuit onze drang om die al direct te gaan helpen ofzo. Zo voelt dat voor mij om er niet direct als hulpverlener binnen te stappen." (hulpverlener 9)

"Ik had het gevoel dat ik vanuit een ander standpunt of op een heel andere manier gesprekken ging voeren. Niet per se gesprekken gaan voeren maar eerder de patiënt of de cliënt zelf laten vertellen. Ik ben hier niet om te komen vragen wat verwacht je van mij maar laten we eens in gesprek gaan en zien tot wat dat we komen." (hulpverlener 7)

Toch komt tijdens de intervisiemomenten ook naar boven dat hulpverleners het niet makkelijk vinden om uit hun rol te stappen.

"Ik vind het moeilijk om mijn rol als hulpverlener helemaal aan de kant te zetten. Je wil die mensen helpen met je expertise." (hulpverlener 5)

Nadat de doelstellingen en de verwachtingen van het gesprek benoemd worden, gaat het eigenlijke gesprek van start. In de observaties van de doelgerichte gesprekken is te merken dat de hulpverleners ruimte laten aan de hulpvrager om zijn verhaal te doen doorheen het gesprek. Tijdens de intervisiemomenten wordt expliciet benoemd dat de hulpvragers dan ook de leiding mogen nemen in het gesprek.

"Hoewel ik eigenlijk net dezelfde thema's besprak als op een normaal consult met haar was het vanuit een heel ander oogpunt en heb ik haar ook een beetje de leiding laten nemen." (hulpverlener 6)

"Ik geloof erin als er een basis van vertrouwen, als de cliënt het gesprek in handen mag nemen dat hij of zij ook makkelijker brengt wat hij of zij nodig heeft." (hulpverlener 3)

Ook al heb ik geen doelen, dat wil niet zeggen dat het een gesprek zonder doel was

Uit de doelgerichte gesprekken valt het op dat er niet steeds tot doelen wordt gekomen. Ondanks het feit dat er in deze gesprekken geen concrete levensdoelen gesteld worden, geven hulpverleners wel aan dat het gesprek een doel heeft. Ze krijgen een beter zicht op wat belangrijk is in het leven van de hulpvrager en komen hierbij nieuwe zaken te weten. In de intervisiemomenten wordt dit gevoel bevestigd.

Hulpverlener: "Amai L., ik kom hier van alles te weten over u!" (gesprek 4)

"Dan maakte ik de reflectie 'oei ik heb geen doelen', maar het is me nu ook wel heel duidelijk en ik voelde dat ook wel zo aan van oké, ook al heb ik geen doelen dat wil niet zeggen dat dat een gesprek zonder doel was" (hulpverlener 8)

Ook uit de eerste reflectieopdracht blijkt dat hulpverleners het als moeilijk ervaren om concrete doelen te stellen tijdens het eerste gesprek. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald. Sommige hulpvragers hebben geen concrete hulpvraag en zijn tevreden met hoe de zorgverlening momenteel loopt. Hierbij stelt een hulpverlener ter reflectie de vraag of het wel nodig is in elk gesprek doelen te stellen.

"Echte concrete doelen stellen is ons niet gelukt. Het was ook een patiënt die voor het moment echt oprecht gelukkig is met de activiteiten die hij nu nog kan uitvoeren." (hulpverlener 5)

"De stap naar het opstellen van doelen was moeizamer. Op dit moment was er ook geen actieve hulpvraag op het gebied van haar dagelijkse activiteiten." (hulpverlener 6)

"Ik vond dit niet eenvoudig omdat ze zelf aangaf op deze moment geen echte noden te hebben ... Langs de andere kant zullen er ook niet in elk gesprek één of meerdere doelen opgesteld worden, of ben ik hierin verkeerd?" (hulpverlener 8)

Tijdens het doelgerichte gesprek vertellen hulpvragers zeer open en uitgebreid hun verhaal. In de reflectieopdracht die de hulpverleners invullen, geven ze aan dat het stellen van meer concrete doelen eventueel het onderwerp kan zijn van een volgend gesprek.

"We zijn hier niet aan toegekomen. Ik denk dat de patiënt vooral nood had om te vertellen. Ik heb geprobeerd eruit te filteren wat belangrijk was voor hem, maar we hebben ze niet geformuleerd als concrete doelen" (hulpverlener 4)

"Echte doelen bleven uit, doch uit een lang gesprek toch kernbehoeften op vlak van sociale contacten en zingeving kunnen filteren. Het is mijns inziens duidelijk dat hier opvolging in een tweede gesprek noodzakelijk is om dit uit te puren." (hulpverlener 3)

Ondanks men vaak niet tot concrete doel komt, wordt het gesprek wel als waardevol ervaren.

"Ik lijk immers niet altijd tot iets concreets te komen, maar ervaar de momenten wel als een goed gesprek." (hulpverlener 4)

Sleutelvragen om levensdoelen te identificeren

Uit de observaties worden verschillende sleutelvragen gedetecteerd die hulpverleners stellen tijdens het gesprek om de PZOV te ondersteunen zijn levensdoelen, wat belangrijk is voor hem en wat hij graag doet duidelijk te krijgen. **'Wat doe je op een dag?'** is een eerste vraag die door verschillende hulpverleners wordt gesteld en waar doorgaans uitgebreid op wordt geantwoord. Het is een vraag die als opener wordt gesteld en waardoor voornamelijk inzicht wordt bekomen op de verschillende activiteiten die iemand doet en op de dagelijkse routines die iemand heeft.

Hulpverlener: "P. kun je eens zeggen wat je doet op een dag, zo een doorsnee dag?" Hulpvrager: " 's Morgens mijn eten, het ontbijt, een eitje. 's Middags eet ik, ik ga achter dagschotels en doe dat klaar in het oventje. En in de namiddag ga ik weg, eens naar hier eens naar daar, naar Knokke, Oostende, Geraardsbergen." (gesprek 2)

Hulpverlener: "Om van start te gaan, zou ik eens willen weten, vertel eens hoe een doorsnee dag er voor u uitziet." Hulpvrager: "Eerst zorgen voor het ontbijt. Dat is altijd heel licht, ofwel een boterham ofwel yoghurt, en fruit. En dat is het voor 's morgens. En daarna, de krant gaan halen, de krant lezen." Hulpverlener: "En de krant komt hier toe in de brievenbuis?" Hulpvrager: "Ja, en dan sudoku's invullen en ik doe wel graag een kruiswoordraadsel." Hulpverlener: "Je bent wel veel bezig met mentale dingen?" Hulpvrager: "Ja en dat is dan meestal tegen de middag toe, en dan zelf eten maken meestal wel, soms dat mijn dochter eens iets binnen steekt. Meestal kook ik wel zelf." Hulpverlener: "En 's middags eet je warm?" Hulpvrager: "En na de middag is dat meestal een dutje doen en dan is het afhankelijk van het weer. Als het goed weer is ga ik regelmatig nog eens gaan fietsen of een wandeling maken, en wekelijks eens naar het kerkhof." Hulpverlener: "En heb je daar een vaste dag voor?" Hulpvrager: "Dat is meestal zaterdag. Als het geen winterperiode is, dan neem ik een bloem mee uit de tuin als herinnering." Hulpverlener: "Kan je daar te voet naartoe naar het kerkhof?" Hulpvrager: "Dat kan, maar ik fiets meestal meer dan ik wandel." Hulpverlener: "Je bent een fietser?" Hulpvrager: "Ja." Hulpverlener: "En vroeger ook, altijd graag gefietst?" Hulpvrager: "Ik heb altijd zeer graag gefietst."
(Gesprek 10)

Deze vraag is echter niet voor iedereen evident om te beantwoorden. Zo heeft een persoon met dementie moeite om een gestructureerd antwoord te geven.

Hulpverlener: "en uw dag, hoe ziet een dag er nu uit?" Hulpvrager: "Nu slaap ik tot negen uur en met dat ik mensen heb leren kennen van jullie en daarmee heb ik misschien meer tijd nu om me te wassen. Die medicamenten dat ik pak, vind ik, ik weet het niet. Bij de neuroloog en toen zei hij hier vanboven, dementie" (gesprek 4)

Een tweede vraag die vaak gesteld wordt, is 'Wat is een goede dag?' of 'Wat is een ideale dag?'. Deze vraag gaat dieper in op de activiteiten en geeft ook meer inzicht in waarom iets voor iemand belangrijk is. Gevoelens, waarden, relaties en wat belangrijk is worden door deze vraag duidelijker.

Hulpverlener: "Wat is een goede dag?" Hulpvrager: "Dat de kleinzonen komen, dat doet plezier."
(gesprek 13)

Hulpverlener: "Hoe ziet een goede dag er voor u uit, wat is daar voor nodig?" Hulpvrager: "Een goede dag is als mijn zus hier is en kunnen we wat praten. Dan kunnen we wat praten. En dan heb ik voor mij een redelijke dag als mijn zus hier geweest is." (gesprek 16)

Hulpverlener: "Hoe ziet voor jou P. er een goede dag uit?" Hulpvrager: "Geen pijn, niets van pijn (...) Een goeie dag dat is men dagelijks werk kunnen doen, mijn routine, mijn huishouden, zo naar mijn dochter gaan, voor mijn kleindochter zorgen als het nodig is. Lange wandelingen kunnen doen in de zon, maar dat gaat ook niet meer." (gesprek 26)

Opnieuw is deze vraag is niet voor iedereen evident. Sommigen hebben geen goede dagen of een goede dag roept een negatieve connotatie op.

Hulpverlener: "Ik heb een goede dag gehad, wat is er dan gebeurd?" Hulpvrager: "De laatste tijd heb ik niet veel goede dagen meer." (gesprek 20)

Hulpverlener: "Wat maakt voor u een dag een goede dag?" Hulpvrager: "Dat ik mijn bezigheid heb en dat ik iemand op bezoek heb. Dat begint meer en meer zwaar te wegen, dat alleen zijn." (gesprek 10)

Naast 'Wat is een goede dag?' wordt ook 'Wat is een slechte dag?' bevroegd. De antwoorden hierop zijn eerder medisch georiënteerd en bieden minder inzicht om tot levensdoelen te komen.

Hulpverlener: "Wat is voor u een slechte dag?" Hulpvrager: "Pijn." Hulpverlener: "Dus alles draait wel rond die pijn?" (gesprek 3)

Hulpverlener: *“Een slechte dag voor u gaat dan een dag zijn dat niet gaat qua fysiek.” Hulpvrager: “Vermoeidheid niet goed voelen, ik krijg ook soms griepaanvallen. Dan voel ik me een hele dag leeg. Totaal niets kunnen doen, alles is te veel” (gesprek 23)*

Hulpverlener: *“Wat is voor u een slechte dag?” Hulpvrager: “Kort van adem, en ik ben veel misselijk” (gesprek 16)*

Een andere vraag die door verschillende hulpverleners wordt gesteld is de vraag om eens te dromen. **‘Als je mag dromen, wat zou je dan dromen?’** De dromen die geformuleerd worden slaan op activiteiten en sociale relaties.

Hulpverlener: *“En als je nu eens los van alles wat niet mogelijk is eens zou mogen fantaseren en zeggen, stel dat je eens zou mogen dromen, zoals de droomfabriek dat heb je vroeger ook nog wel gekend. Moest je nu zeggen dat ik mijn leven vanaf morgen, moest ik dat weer kunnen of moest mijnen dag er zo uit zien, dan zou ik, dat zou me gelukkig maken dat je zo weer kan spreken van een beetje levenskwaliteit.” Hulpvrager: “Ja voor ten eerste Corona uit het land.” Hulpverlener: “Maar stel dat ze morgen op tv zeggen, het is weg.” Hulpvrager: “Ah dan zou ik reizen.” (gesprek 6)*

Hulpverlener: *“Waar droom je dan van?” Hulpvrager: “Awel ja” Hulpverlener: “dat je met twee zou zijn?” Hulpvrager: “Ja, dat zou me gemakkelijk, ik ben nu 79 jaar en dat iemand.”*

Hulpverlener: *“Zou je er nog voor open staan?” Hulpvrager: “Eigenlijk wel ja moest ik iemand leren kennen, ik zou er nog voor openstaan. En de vriendschap en wat dingen doen” (gesprek 21)*

Naast deze vragen, worden ook de **activiteiten** die iemand doet bevroegd. Hierbij is ruimte voor zowel activiteiten uit het verleden, het heden als de toekomst. Daarnaast wordt ook de link gemaakt door activiteiten te bevragen die mensen vroeger graag deden en opnieuw zouden willen doen.

Hulpverlener: *“Zijn er activiteiten die je vroeger gedaan hebt, dat je nu wilt behouden?” Hulpvrager: “Die vier of vijf computerlessen die ik heb gedaan, zou ik graag opnieuw doen. Na de corona zal dat wel terug gaan, maar ik moet helemaal beginnen vanaf nul” (gesprek 20)*

Hulpverlener: *“Zijn er activiteiten die je vroeger deed waar je heel hard van kon genieten die nu zijn weggefallen en je mist?” Hulpvrager: “Die spinning en powertraining mis ik wel, ik heb ook heel lang gedanst en dat is dan ook gestopt. Dat zijn wel dingen dat ik graag deed.” (gesprek 25)*

Hulpverlener: *“Had je vroeger nog een hobby?” Hulpvrager: “Goh ik ben heel kunstzinnig. Moet ik een paar van mijn werken tonen? (gesprek 6)*

Als de activiteiten worden bevroegd komt het verleden reeds aan bod. Over het verleden en vragen gerelateerd met het verleden (bv. welke job deed je vroeger) wordt doorgaans vlot verteld. Het verleden is hierbij een wegwijzer om zicht te krijgen op de activiteiten van een persoon.

Als de hulpverlener bevroegt wat belangrijk is, zijn mensen geneigd om deze zaken ook fysiek te tonen. Zo worden foto's, knutselwerken, breiwerken, muziekinstrumenten getoond tijdens de gesprekken. Enkele hulpvragers beelden ook de praktische uitvoering van hun hobby's uit.

Het doelgerichte gesprek als reflectiemoment in het zorgproces

Naast het stellen van de verschillende sleutelvragen, wordt in meerdere doelgerichte gesprekken geobserveerd dat het gesprek zelf een moment is om tot reflectie te komen. Een voorbeeld hiervan is dat in verschillende doelgerichte gesprekken meermaals de balans wordt gemaakt tussen **levensduur en levenskwaliteit**. Een korter leven met een hogere levenskwaliteit wordt daarbij door de hulpvragers vaak meer gewaardeerd dan een langer leven met een lagere levenskwaliteit.

Hulpverlener: "Het leven moeten ze niet langer maken dan het nodig is. Ik vind dat een mooiere dood. Als het toch moet gebeuren dat dit zo rap mogelijk gebeurt" (gesprek 3)

Hulpvrager: "Dat ik nog lang mag leven zoals ik nu ben." (gesprek 7)

Een andere reflectie die wordt gemaakt is dat in het eerste doelgerichte gesprek enkele hulpverleners actief **de waarden en de persoonlijkheid** van de hulpvrager bevragen. Door dit expliciet te gaan bevragen, wordt dit duidelijk voor de hulpverlener en reflecteert de hulpvrager hierover.

Hulpverlener: "Ik zou samen met u eens willen overlopen wat voor u bepaalde waarden zijn en behoeften, dingen waar je zelf veel belang aan hecht." Hulpvrager: "Ik sta ook nog wel op mijn zelfstandigheid. Ik zou vroeger gezegd hebben, vriendschappen. Zo veel vrienden heb je uiteindelijk niet, ik vind dat wel belangrijk om tijd door te brengen met andere mensen en iets leuks te gaan doen. Maar eigenlijk hoe langer hoe liever dat ik eigenlijk gewoon alleen ben." (gesprek 17)

Hulpverlener: "Enerzijds heb je talent, maar met talent alleen kom je er niet. Hoe kan je uzelf als kind omschrijven." Hulpvrager: "Er zat een energie in mij (...) en dat kon alles aan. En ik was een dromer, maar ik mocht niet van mijn vader en die pakte dat ook af. Die dromerige zaken hielden me in leven en dreven me vooruit. Dat dagdromen hielp me op been." (gesprek 22)

Stilstaan bij de middelen tijdens het doelgerichte gesprek

Naast het bepalen van de levensdoelen wordt in het eerste doelgerichte gesprek door zowel de hulpverlener als de hulpvrager ook reeds stilgestaan bij hoe deze bereikt kunnen worden. In de doelgerichte gesprekken worden middelen, strategieën en personen die het proces kunnen ondersteunen aangekaart. Eén hulpverlener bevraagt dit door de link te leggen tussen de eerder vermeldde goede en slechte dag **'Wat kan er helpen om van een minder goede dag een goede dag te maken?'** Hierbij is te merken dat hulpvragers oplossingen aanreiken, zoals iemand die het huis komt poetsen.

Hulpverlener: "En dan de tuin, het gras en de bloemen dat is zwaar voor jou." Hulpvrager: "Ik had al gedacht, als het te veel is in de tuin, om eens de klusjesdienst te vragen, om te snoeien." (gesprek 1)

Hulpverlener: "Zouden we dan een ergotherapeut kunnen laten komen om dingen aan te passen?" (gesprek 12)

Hulpverlener: "Wat zou u kunnen helpen om van een minder goede dag een goede dag te maken?" Hulpvrager: "Dat mijn huis gekuist wordt. Dat is niet meer moet doen in het huis. Dat zou me heel veel helpen. Ik ben heel erg gefrustreerd want er moet zoveel gebeuren en het gaat niet. Maar met hulp, dat ik zeg dat daar en dat daar." (gesprek 23)

In de intervisiemomenten wordt tevens benadrukt dat het belangrijk is om de hulpvrager mee te laten nadenken over mogelijke oplossingen.

"Daar we vroeger hoorde, die persoon wil graag wandelen, waar we al direct met oplossingen gingen komen in ons hoofd en nu is dat wel wat verschoven naar de patiënt of cliënt zelf die kan zeggen van eigenlijk wil ik dat op die manier en ik heb het eigenlijk al zo bedacht." (hulpverlener 6)

Deze middelen en strategieën worden nog niet in detail uitgewerkt, maar wel al reeds aangekaart. Hulpverleners geven aan dat het belangrijk is om deze oplossingen en strategieën mee te nemen in de toekomst en eventueel in een volgend overleg diepgaander te bespreken. Maar dit steeds met een vrijblijvend karakter.

Hulpverlener: "Nu is het goed om zicht te krijgen op al deze aspecten en dat we dan in tweede instantie overgaan tot wat kunnen we aanpakken." (gesprek 9)

Hulpverlener: "Het is niet omdat we dat nu bespreken, dat dat moet he. Het is eens de gedachten laten rollen." (gesprek 21)

Ook in het intervisiemoment wordt dit aankaarten besproken, en wordt dit als een reflectie benoemd.

"En doen ze er niets mee ook prima, maar gewoon die reflectie opgang brengen vind ik soms al leuk om te zien gebeuren. En vaak een goede investering in de zorg die nog komen zal waarschijnlijk." (hulpverlener 9)

Toch merken de hulpverleners tijdens de intervisiemomenten op dat ze aandacht moeten hebben niet te snel over te gaan tot het bepalen van de middelen.

"Je goed bewust te zijn van hoe snel je in acties schiet al dan niet en wat dan echt een levensdoel is en wat je tussen de lijnen leest en wat die expliciet benoemd." (hulpverlener 9)

"(...) dat we als hulpverlener soms misschien al bij de middelen te snel zitten, dat je al direct informatie wil geven over die inlooptouche bijvoorbeeld. En dat je misschien voorbij gaat aan de waarden van uw patiënt of zo echt die vraag of dat nut voor uw patiënt zelf." (hulpverlener 8)

Prioriteiten stellen tijdens het doelgerichte gesprek

Uit de observaties is te merken dat, naast dat er zicht wordt gekregen op wat iemand graag doet en belangrijk vindt, er ook wordt stilgestaan bij het stellen van prioriteiten. Op basis van wat reeds verteld is in het gesprek, wordt bepaald wat het meest belangrijk is voor de PZOV. In de gesprekken kunnen twee methoden onderscheiden worden die doorgaans gebruikt worden bij het prioriteren. Enerzijds zijn er hulpverleners die zelf enkele prioriteiten opsommen en hierbij aan de hulpverlener vragen of deze zich hierin kan vinden en nog iets wil toevoegen. Anderzijds zijn er hulpverleners die aan hun PZOV vragen om zelf na te denken over de prioriteiten en hierbij de PZOV de vrijheid geeft om dit in eerste instantie zelf te bepalen. Als de hulpverlener merkt dat dit stroef verloopt, dan ondersteunt hij de hulpvrager hierin. Een voorbeeld van ondersteuning is dat de hulpverlener twee activiteiten voorstelt en bevraagt welke van deze twee de PZOV het meest belangrijk vindt om zo tot prioriteiten te komen.

Hulpverlener: "We hebben al heel wat besproken, als je nu een top vijf zou moeten maken van activiteiten die voor u belangrijk zijn. Kun je daar een ranglijst van maken? Als je nu zegt, dat vind ik het belangrijkste? Als dat zou wegvallen, dan zou ik het heel moeilijk hebben."

Mantelzorger: "Computer." Hulpvrager: "Stamboom." Mantelzorger: "Daar moet hij zijn geheugen bij kunnen houden." Hulpvrager: "Dat gaat nog goed, maar niet zo lang meer als vroeger. Ik begin eraan en na een uurtje ben ik moe." Hulpverlener: "Als je een tweede plaats zou moeten zeggen?" Hulpvrager: "Televisie kijken." Hulpverlener: "En dan eerder sport?"

Hulpvrager: "De sport, voetbal." Hulpverlener: "Een derde T.? Puzzelen misschien? Doe maar rustig? Of de controle over de tellers?" Hulpvrager: "Ja de statistieken bijhouden over het één en het ander. Ik volg dat graag op van dag tot dag, om te zien hoe koud het buiten is."

Hulpverlener: "Op de vierde plaats? Ik ga eens terugkijken. Restaurant gaan misschien?"

Hulpvrager: "Ja." Hulpverlener: "En contact met de familie is misschien ook wel een belangrijke. Als je die twee zou moeten afwegen tegenover elkaar?" Hulpvrager: "Restaurant gaan, dat missen we wel. We gingen met de familie op restaurant." (gesprek 13)

Hulpverlener: "Als je nu op dit moment een top vijf moet maken, wat is dan het belangrijkste voor jou, of naar de toekomst toe?" Hulpvrager: "Dat ik nog zelf iets kan doen, niet veel. Zoals groenten snijden aan tafel." Hulpverlener: "Je zelfstandigheid?" Hulpvrager: "Ja zelfstandigheid." Hulpverlener: "En dat wil je zoveel in ere houden?" Hulpvrager: "Ja." Hulpverlener: "En waar heb je het meest belemmeringen bij, dat je het fysiek niet kan?" Hulpvrager: "Dat ik het niet kan met mijn adem, ik kan niet ver meer gaan of ik moet zitten." Hulpverlener: "Zelfstandigheid is voor u op dit moment het belangrijkste en wil je blijven behouden naar de toekomst toe?" Hulpvrager: "Ja" (gesprek 14)

Hulpverlener: "Ik heb een aantal mooie dingen gehoord, buiten komen en het kleinschalig contact. Het gewichtsverlies is iets dat je direct vermeldde dat wil ik op termijn doen. Er zijn andere dingen waarmee je bezig bent, stoppen met rokken, die structuur in je dag houden, dat werken. Dat zijn heel veel dingen, als je nu moet beslissen, wat is het meest prioritaire?" Hulpvrager: "Die structuur." Hulpverlener: "Zijn er middelen of personen die u hierin kunnen ondersteunen?" Hulpvrager: "Ik denk dat er wel veel mensen zijn die dat willen. Ik krijg veel boodschappen, maar ik vind het heel moeilijk om daarop in te gaan." (gesprek 17)

Formuleren van concrete doelen als element van het doelgerichte gesprek

Uit de observaties is te merken dat er door verschillende hulpverleners een doel wordt geformuleerd om tot een conclusie van het gesprek te komen. Het formuleren van een besluit vindt ter afronding plaats naar het einde van het gesprek toe.

Uit de observaties van de doelgerichte gesprekken is te merken dat indien men tot doelen komt deze op verschillende manieren worden geformuleerd. Sommige hulpverleners formuleren de eerder vermelde top vijf van prioritaire activiteiten als doel, terwijl anderen een specifiek doel met bijhorende middelen formuleren. Een nog andere manier is om een algemeen besluit te geven op basis van wat de hulpverlener onthouden heeft uit het gesprek. Uit de observaties blijkt dat het afsluitende doel wordt afgetoetst met de hulpvrager en eventuele andere aanwezigen zoals een mantelzorgverlener.

Hulpverlener: "We hebben nu een doel bepaald. Die vijf activiteiten zo lang mogelijk volhouden? Kun je u daarin vinden?" Hulpvrager: "Ja." (gesprek 13)

Hulpverlener: "Dus als ik het concludeer mevrouw, je doel voor verder is eigenlijk behouden van je zelfstandigheid door middel van wat hulp toe te staan waar nodig." (gesprek 14)

Hulpverlener: "Wat ik nog heb onthouden dat we eens luisteren bij de kine." Hulpvrager: "Niet bij de kine, maar gewoon eens gaan oefenen." Hulpverlener: "Gaan oefenen in afwachting van." Hulpvrager: "Een of twee keer in de week dat ik eens met de fiets kan rijden. Dat wil ik graag nog eens doen." (gesprek 21)

Een positieve afsluiting van het doelgerichte gesprek

De observaties tonen dat de meeste doelgerichte gesprekken worden afgesloten door de hulpverlener. In één gesprek geeft de hulpvrager zelf aan dat er afgerond mag worden. De hulpverleners trachten met een positieve noot te eindigen en ook de hulpvragers zelf geven aan dat ze het voeren van een ander gesprek als een meerwaarde ervaren. Het benoemen van het positieve door de hulpverleners wordt in de verschillende gesprekken opgemerkt. Ook de patiëntenvertegenwoordiger haalt dit aan in een intervisiemoment.

Hulpverlener: "We hebben nu heel wat besproken. Hoe voel je u daarbij, heb je daar nog vragen of bedenkingen bij?" Hulpvrager: "Niet speciaals." Hulpverlener: "Van mezelf heb ik meer inzicht in

hoe je functioneert, ik wil zeggen dat ik trots ben op wat je de laatste weken en maanden hebt gedaan. Je hebt een heel goed inzicht in wie je bent” (gesprek 17)

Hulpverlener: “Wat jij nodig hebt is duidelijker voor mij geworden door dit gesprek dan ervoor.” (gesprek 22)

Hulpvrager: “Je hebt de juiste vragen gesteld.” Hulpverlener: “Je hebt er iets aan, aan zo’n gesprek?” Hulpvrager: “Ja, iets aan hebben, het is eens iets anders, een totaal ander gesprek” (gesprek 23)

“Vanuit het perspectief van de patiënt, die gaat zich ook beter herkend voelen doordat er aandacht wordt besteed aan andere dingen en niet op dingen die weerstand langs twee kanten ervaren wordt”. (patiëntenvertegenwoordiger)

Acute situaties in een doelgericht gesprek

Een bijkomend aspect dat in een gesprek wordt geobserveerd, is dat een situatie met een acuut probleem zich er minder toe leent om tot levensdoelen te komen. Eén PZOV had op het moment van het doelgerichte gesprek een gebroken voet. In de formulering van de doelen is te merken dat de focus op het genezen van de voet ligt en minder op het complete levensplaatje. Op dat moment wordt de gebroken voet als hinderlijk ervaren en is het herstel hiervan het meest prioritair. Het acuut probleem staat hierbij voorop en moet weggewerkt worden vooraleer er tot andere doelen gekomen kon worden.

Hulpverlener: “Awel ik mag dus zeggen tegen de hulpverleners die komen dat je ze hen liefst zo snel mogelijk zou willen afdanken, daar komt het op neer (...). Ik heb het toch goed verstaan dat je zo rap mogelijk zelfstandig wilt zijn en dat je alles eraan gaat doen voor je voet?” Hulpvrager: “Ja, dat het liefst, dat ik terug in actie geraak.” (gesprek 1)

2.1.3.3 De rol van de hulpvrager in het eerste doelgerichte gesprek

Bij hulpvragers die toestemden werden na het doelgerichte gesprek een individueel semigestructureerd interview afgenomen door een onderzoeker. In dit interview werden de ervaringen van het doelgerichte gesprek bevraagd bij vijf PZOV. Dit geeft een eerste, beperkt zicht op hoe de hulpvragers het gesprek ervoeren.

De Doelzoeker en de Samenspraakfiche zijn twee tools die de hulpvragers na het gesprek onthouden. De tools hielpen de hulpvrager om na te denken over wat belangrijk is. De hulpvragers gaven aan dat het belangrijk is dat er een vertrouwensband is met de persoon die het gesprek afneemt, maar dat dit niet noodzakelijk een vaste hulpverlener moet zijn.

Het doelgerichte gesprek had voor de hulpvragers als meerwaarde dat er werd stilgestaan bij zaken die moeilijk lopen, maar nooit in een consult ter sprake komen. Een hulpvrager benoemde het als fijn dat ze het totaalpakketje bekijken. Hoewel de meerwaarde van het gesprek werd aangehaald, stelden ook twee PZOV dat ze minder behoefte hadden aan een doelgericht gesprek. De redenen hiervoor zijn verschillend. Eén persoon had al voldoende zicht op wat belangrijk is in zijn leven en is tevreden met hoe de zaken nu lopen. Bovendien zijn de hulpverleners hiervan ook voldoende op de hoogte. Een andere persoon gaf als reden dat hij zijn hulpverlener al meerdere jaren kent en de aspecten uit het doelgerichte gesprek reeds spontaan besproken worden tijdens de hulpverlening.

Het gevoel dat aan het gesprek werd overgehouden is verschillend. Eén hulpvrager ervaaarde het gesprek als confronterend en emotioneel door de bevestiging van de zaken die niet vlot meer lopen. Terwijl een andere hulpvrager er een goed gevoel aan over hield. De reden hiervoor kon hij echter niet benoemen.

Kader 7 Samenvatting: originele velddata

De originele velddata brengt inzicht in het eerste doelgerichte gesprek, het gesprek dat wordt gezien om de levensdoelen te identificeren. Zo worden tools voor doelgerichte zorg vrij gebruikt. Hulpverleners gebruiken de tool zoals het voor hen en hun hulpvrager het best aanvoelt. Bij de start van het gesprek worden de doelstellingen en verwachtingen met betrekking tot het gesprek geformuleerd. Doorheen de observaties is te merken dat er niet steeds tot doelen wordt gekomen, maar dat deze gesprekken toch als waardevol worden ervaren, doordat de hulpverlener een beter zicht krijgt op de hulpvrager als persoon. Open en uitgebreid het eigen verhaal kunnen vertellen is een kenmerk van dit eerste doelgerichte gesprek.

Overigens is te merken dat vragen zoals ‘Wat is een goede dag?’ bijdragen tot het duidelijk krijgen wat belangrijk is voor iemand. Doorheen de gesprekken wordt geobserveerd dat het doelgerichte gesprek een moment is om tot reflectie te komen in het zorgproces.

Zowel bij het formuleren van de levensdoelen als de vertaalslag valt het op dat middelen en strategieën reeds worden besproken en mee geformuleerd worden. Het eerste doelgerichte gesprek omvat meer dan enkel de levensdoelen bepalen.

Over de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen en middelen biedt de originele velddata onvoldoende inzicht. Dit proces wordt verder met de deelnemers uit de training doelgerichte zorg vormgegeven in het co-creatieproces.

2.2 Resultaten uit het co-creatieproces

De resultaten uit het co-creatieproces zijn ontstaan vanuit de samenwerking met de deelnemers aan de training doelgerichte zorg. Hierbij worden de deelnemers als mede-onderzoekers betrokken. Dit brengt nieuwe inzichten met zich mee, aanvullend op de resultaten uit de originele velddata.

In deze resultatensectie wordt wederom ingegaan op het formuleren van levensdoelen en welke levensdoelen er geformuleerd worden in de doelgerichte gesprekken (2.2.1) en het verhelderen van levensdoelen om tot zorgdoelen en middelen te komen (2.2.2). Het laatste onderdeel van deze resultatensectie focust zich specifiek op doelgerichte zorg in het DZOP (2.2.3).

Doorheen de resultaten worden de geregistreerde antwoorden uit de tweede en derde reflectieopdracht en de observaties vanuit de intervisiemomenten aan de start van een vormingsdag geïntegreerd. De focusgroep wordt apart besproken in 2.2.3.

2.2.1 Formuleren van levensdoelen

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe een levensdoel geformuleerd kan worden, waarbij expliciete en impliciete doelen worden besproken. Vervolgens wordt ook stilgestaan bij de voorwaarden waaraan een levensdoel moet voldoen. Zowel de input uit de intervisiemomenten als de genoteerde antwoorden uit de tweede en derde reflectieopdracht worden in deze paragraaf samengenomen.

2.2.1.1 *Expliciete en impliciete doelen*

Bij de eerste screening van de resultaten uit de eerste reflectieopdracht komt bij de onderzoekers de vraag naar boven of de doelen die worden opgeschreven als levensdoelen expliciet door de hulpvrager worden gesteld, dan wel een invulling zijn van wat de hulpverlener hoort. Enkele hulpverleners bevestigen in hun reflectieopdracht deze vermoedens.

“Impliciet begrijp ik dat hij graag zelf de regie van zijn leven houdt, zo weinig mogelijk inmenging van professionals wil, pijn onder controle wilt houden.” (hulpverlener 9)

“Dit bleek uit de ongerustheden van de patiënte en haar hulpvraag, maar kwam in het gesprek niet als prioritair doel naar voren.” (hulpverlener 6)

In de tweede reflectieopdracht wordt actief bevraagd of de doelen expliciet of impliciet worden gesteld. De doelen die expliciet gesteld worden tijdens het gesprek bevinden zich voornamelijk op het terrein van activiteiten, zonder dat hierbij vermeld wordt waarom de hulpvrager dit belangrijk vindt.

“Met vrienden opnieuw op stap gaan.” (hulpverlener 1)

“Opnieuw kunnen wandelen en fietsen.” (hulpverlener 1)

“Terug naar het dagcentrum kunnen.” (hulpverlener 3)

De doelen die impliciet door de hulpverlener uit het gesprek worden gehaald omvatten veelal ook waarden.

“De patiënt is duidelijk trots op zijn vorige deelnames aan zulke groepssessies. Hij heeft hier een doel mee bereikt (“sommige haakten zelfs af”). Dit zou mogelijks de patiënt zijn levenskwaliteit en zelfbeeld verbeteren.” (hulpverlener 5)

“De patiënt is duidelijk iemand die graag met van alle zaken bezig is en ook graag controle (dieren verzorgen, meters nakijken dagelijks) heeft.” (hulpverlener 5)

“Behoeft aan erkenning – aandacht – erbij horen.” (hulpverlener 3)

2.2.1.2 *Voorwaarden van een levensdoel*

Tijdens het intervisiemoment aan het begin van trainingsdag drie opperde een hulpverlener dat het niet evident is om te bepalen wat een levensdoel is en dat dit individueel bepaald is.

“Ik vind het moeilijk om te beantwoorden wat een levensdoel inhoud voor iedereen. Ik denk dat dat misschien heel verschillend is tussen personen zelf.” (hulpverlener 5)

In de tweede reflectieopdracht wordt aan de hulpverleners gevraagd waaraan een levensdoel moet voldoen om ermee aan de slag te kunnen als hulpverlener, welke levensdoelen moeilijk zijn om mee aan de slag te gaan en waarom. De hulpverleners geven aan dat een levensdoel ruim ingevuld moet kunnen worden, volgens het individuele verhaal. Wel vinden ze het belangrijk dat een levensdoel gesteld wordt vanuit de motivatie van de hulpvrager. Het is een meerwaarde voor de hulpverlener dat hij of zij weet wat de onderliggende waarde of behoefte is van het levensdoel om ermee aan de slag te kunnen gaan.

“Behoeft aan sociaal contact vind ik bijvoorbeeld een moeilijke want een mens heeft gewoonlijk geen nood aan zuiver contact, maar een zinvol contact met een betekenisvolle persoon. Hem zomaar laten deelnemen aan een activiteit vormt geen garantie dat hij daar mensen zal ontmoeten met wie hij een goed gesprek kan voeren. Die betekenisvolle persoon is niet te vervangen.” (hulpverlener 4)

“Alle doelen een beetje oppervlakkig bespreken is minder zinvol dan op één doel doorgaan en kijken wat kan de link zijn met het verleden. Bijvoorbeeld om door rook stop te combineren met de financiële problemen en dan met modelbouw. Dat gaf die rookstop al meer betekenis, meer waarden.” (hulpverlener 5)

De hulpverleners geven aan dat met alle soorten levensdoelen aan de slag gegaan kan worden, maar dat het toch eenvoudiger is om met een levensdoel aan de slag te gaan als het voldoende concreet is. Een levensdoel dat buiten het bereik van het eigen expertise gebied wordt gesteld, wordt door hulpverleners als moeilijker ervaren. Ook in het intervisiemoment wordt aangehaald dat het eenvoudiger is om met levensdoelen aan de slag te gaan die binnen het domein van de hulpverlener vallen.

“Elke zorgverlener heeft toch ook zijn eigen agenda ook al leg je die levensdoelen centraal, je gaat automatisch wat opportuniteiten zijn snel koppelen aan levensdoelen die naar voorkomen en die voor jou haalbaar of gekend zijn om aan te pakken. De andere die je minder goed in staat bent, zoals bij mij nu dat verhuizen.” (hulpverlener 11)

De hulpverleners ervaren verder dat een levensdoel realistisch moet zijn voor zowel de hulpvrager als de hulpverlener om ermee aan de slag te kunnen gaan. Ze stellen dat het denken in kleine stappen hierbij kan helpen. Daarnaast dient een levensdoel ook aanpasbaar te zijn. Soms kan men met een levensdoel nog niet onmiddellijk aan de slag, maar biedt het wel perspectief naar de toekomst. Dit komt ook expliciet aan bod tijdens een intervisiemoment. Overigens kan het soms voldoende zijn om in te zetten op het behouden van de huidige activiteiten.

“Het is net zeer zinvol om op het moment dat het stabiel is ook al te gaan luisteren naar wie is die persoon omdat te kunnen meenemen in de situatie wanneer dat de zorg gaat veranderen of dat de levenssituatie van die persoon gaat veranderen.” (Hulpverlener 4)

“De persoon voor mij kon geen situatie aanhalen iets wat hij zelf zou willen doen, maar nu niet doet. Ik kwam precies tot de conclusie dat ik wel kon achterhalen wat belangrijk was maar we konden precies niet tot iets komen waar we aan konden werken en dan samen op pad gaan.” (hulpverlener 4)

*“Soms is het behoud van activiteiten goed genoeg en dat kan dan ook een doel zijn.”
(hulpverlener 5)*

2.2.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan

Nu er reeds een zicht is op de geregistreerde levensdoelen en de bijhorende kenmerken, wordt in dit onderdeel stilgestaan bij de manier waarop deze levensdoelen worden geïdentificeerd en hoe er vervolgens van levensdoelen tot zorgdoelen wordt gekomen. Het eerste doelgerichte gesprek in het hulpverleningsproces komt aan bod (2.2.2.1), waarna vervolgens dieper wordt ingegaan op de vertaalslag van levensdoelen, naar zorgdoelen, naar middelen (2.2.2.2) en de interprofessionele samenwerking en het opstellen van een interprofessioneel zorgplan (2.2.2.3).

Om deze resultaten vorm te geven, worden zowel de input uit de intervisiemomenten als de genoteerde antwoorden uit de tweede en de derde reflectieopdracht geïntegreerd.

2.2.2.1 Het eerste doelgerichte gesprek in het hulpverleningsproces

In de tweede reflectieopdracht komt opnieuw de meerwaarde van het eerste doelgerichte gesprek in het hulpverleningsproces tot uiting. In de tweede reflectieopdracht reflecteren de hulpverleners over

het proces van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan. De eerste vraag peilde naar wat een hulpverlener uit het gesprek haalt. Het eerste gesprek biedt, volgens de hulpverleners, de mogelijkheid aan de hulpvrager om te reflecteren over zijn of haar leven en zijn of haar levensweg in kaart te brengen en geeft de mogelijkheid een bewustwording over de toekomst te creëren. Opnieuw geeft een hulpverlener hier aan dat dit gesprek voldoende spontaan moet gebeuren, wat niet altijd mogelijk is bij het te rigide volgen van één van de tools.

“spontaniteit zorgt voor authenticiteit”(hulpverlener 3)

De meerwaarde van dit gesprek, volgens de hulpverleners, is dat het de mogelijkheid biedt over zaken te praten die anders niet aan bod komen. Bovendien merken ze dat de hulpvrager deugd heeft van dit exclusieve moment en het fijn vindt zijn of haar verhaal te kunnen vertellen. Het biedt voor een hulpverlener de mogelijkheid het gesprek opnieuw te starten vanuit een kennismaking met de hulpvrager. Er wordt een beter inzicht bekomen in de context van de hulpvrager, zijn achtergrond en welke voorkeuren hij of zij heeft. Het geeft voor de hulpverleners de mogelijkheid expliciet stil te staan bij wat voor de hulpvrager belangrijk is en te achterhalen waarom dit belangrijk is. Actief luisteren wordt door enkele hulpverleners aangehaald als een belangrijk aspect tijdens het doelgerichte gesprek. Het gevoel een ander gesprek te kunnen voeren en expliciet tijd te maken voor de hulpvrager wordt meermaals bekrachtigd door de hulpverleners in de intervisies aan het begin van de trainingdagen.

“Het neemt je weg uit de routine, het geeft wat kwaliteit aan het gesprek en het was niet meer afvinken.” (hulpverlener 6)

*“Ik heb met haar haar leven geëxploreerd en vandaaruit zijn we tot een besluit gekomen.”
(hulpverlener 2)*

“Door dat gesprek anders aan te pakken, was dat wel goed dat zij hun zeg hebben kunnen doen en dat we op het einde van het gesprek toch gekomen zijn van ik heb toch andere dingen gehoord. Dat gooid de hele dynamiek toch wel overhoop en dat was wel een verhelderende ervaring ook”. (hulpverlener 8)

Het bekomen van doelen mag niet het doel van het gesprek zijn. Het doel van het gesprek is om heel ruim het leven van de PZOV te leren kennen.

*“... wat ik dan meer heb gedaan of meer op heb gelet is misschien dat gesprek niet aan te gaan met dien druk van ik moet zorgdoelen gaan hebben, omdat ik dat in dat eerste gesprek wel wat had en dat ik dan merk ik begin dat hier voor de patiënt in te vullen want ik moet op het einde wel die zorgdoelen hebben, maar dat dat op zich het doel niet mag zijn van het gesprek.”
(hulpverlener 8)*

Bijkomend wordt in de tweede reflectieopdracht aangegeven dat het doelgerichte gesprek ook voor hulpverleners een moment voor reflectie is. Enkele hulpverleners komen tot het inzicht dat de huidige hulpverlening soms te veel is en het zijn eigenlijke doel voorbijschiet. Deze huidige hulpverlening wordt sterk gestuurd vanuit een medisch perspectief. Een hulpverlener verwoordt het als volgt tijdens één van de intervisies.

Hulpverlener: “Ik heb wel een aantal interessant bedenkingen gemaakt daarbij toen ik dan bezig was omdat ik dan vaststelde op een bepaald moment dat ik mezelf erop betrapte dat wanneer ik die zorgdoelen en dan zeker die zorgplanning aan het maken was, dat ik soms de zaken waarvoor wij nu aan huis gingen dat ik die daar niet ingezet had.” Moderator: “Zijn het dan zaken die overbodig zijn?” Hulpverlener: “Ze zijn wel nuttig denk ik, maar ze zijn niet gestart vanuit het levensdoel, ze zijn gestart vanuit de patiënt gaat op ontslag, vanuit het ziekenhuis wordt gezegd: ‘dat en dat en dat’ of de

huisarts zegt: 'dat en dat en dat' en wij starten en wij passen wel aan maar wij starten nog altijd vanuit die medische nood en niet vanuit de andere kant." (hulpverlener 4)

Daarnaast geven de hulpverleners aan dat ze leren inzien dat de doelen vooraf opgesteld aan het hulpverleningsproces niet steeds gehaald moeten worden. Bovendien moeten hulpverleners er attent op zijn dat de doelen van de hulpverlener en de hulpvrager niet altijd samenvallen.

"Het gesprek gaf mij het inzicht dat het vooraf behaalde doel absoluut niet behaald moet worden. (...) Wat ik hieruit meeneem is dat onze eigen doelen als zorgverlener ons niet blind mogen maken voor de doelen van de patiënt, want deze zullen zeker niet altijd samenvallen." (hulpverlener 8)

Het voeren van een doelgericht gesprek en het nadien reflecteren, zorgt ervoor dat hulpverleners hun eigen houding in het hulpverleningsproces in vraag stellen. Zo merken ze dat ze vaak te snel oplossingen aanreiken.

"(...) ook moeilijk om geen fysieke activiteit 'op te leggen' aan de patiënt waarvoor dit zeker nuttig kan zijn." (hulpverlener 5)

Het durven benoemen van oplossingen kan mogelijks ook voordelen met zich meebrengen. Hulpverleners geven aan dat het voorstellen van oplossingen voor een gemoedsrust bij de hulpvrager kan zorgen. Op deze manier is de hulpvrager op de hoogte van mogelijke alternatieven voor zijn situatie.

"Maar op het moment dat ik dat dan bracht, merkte ik wel, en op die moment zat ik dat dus eigenlijk in te vullen, dat dat wel een soort verlichting was ofzo voor hem door het feit dat ik dat durfde benoemen, want hij had daar wel wat meegespeeld met die gedachten maar hij dacht financieel kan ik dat niet aan en ik ben daar nog te goed voor en dit en dat. Ik was dan wel blij en zat dan daarbij na te denken, soms is het ook niet mis met dat een keer in te vullen en dat te durven benoemen, maar dan telkens wel weer in vraag te stellen." (hulpverlener 9)

Kader 8 Samenvatting: het eerste doelgerichte gesprek

Het belang van het eerste doelgerichte gesprek als essentieel element in het formuleren van levensdoelen wordt nogmaals benadrukt, waarbij het cruciaal is om hiervoor voldoende tijd te nemen om de hulpvrager zijn verhaal te laten brengen. Daarnaast is het ook een reflectiemoment, zowel voor de hulpvrager, als voor de hulpverlener.

Hulpverleners komen tot de conclusie dat ze voordien te veel focusten op hun eigen doelen en het onmiddellijk aanbieden van middelen en strategieën. In een visie van doelgerichte zorg proberen de hulpverleners dit los te laten en dit pas in een latere fase te bepalen. De kern van het eerste doelgerichte gesprek blijft het centraal zetten van de hulpvrager en zijn levensverhaal.

2.2.2.2 Een vertaalslag: levensdoelen – zorgdoelen – zorgplan

Het belang van waarden

Vanuit de observatie dat in de eerste reflectieopdracht reeds veel zorgdoelen en middelen als levensdoelen worden geïdentificeerd, wordt in de tweede reflectieopdracht gevraagd een opsplitsing te maken tussen levensdoelen – zorgdoelen – middelen en deze schematisch weer te geven. Bijkomend wordt bevraagd welke waarden hieraan gekoppeld kunnen worden omdat zowel uit het literatuuronderzoek, de documentanalyse, de video-observaties en de bijhorende eerste reflectieopdracht het belang van waarden naar boven komt.

In het intervisiemoment dat volgt op deze reflectieopdracht geven de deelnemers aan dat het niet evident is deze verschillende concepten los van elkaar te zien. Het nadenken over waarden wordt wel als zeer helpend ervaren.

“Ik vond dat geen gemakkelijke opdracht, wat wel een goede tussenstap was zo die waarden detecteren, dat gaf zo wel meer inzicht om tot een levensdoel te komen en omdat dan te kunnen omzetten in een zorgdoel.” (hulpverlener 10)

“Dat vond ik interessant aan de opdracht, dat echt uiteen te trekken en ook die waarden zo eens op te sommen en daarbij stil te staan. Dan merk ik bij mezelf ook wel dat ik bij andere doelen zou komen samen met de patiënt.” (hulpverlener 8)

Zoals eerder aangehaald, vermelden hulpverleners ook doelen die ze impliciet uit het gesprek met hun hulpvragers halen. Als de hulpverleners, in de tweede reflectieopdracht, specifiek wordt gevraagd hoe ze tot deze levensdoelen en waarden komen die niet expliciet vermeld worden in het gesprek, dan geven ze voornamelijk communicatievaardigheden aan. Zo is het belangrijk om reflectief te luisteren om zo impliciete levensdoelen en waarden uit het gesprek te halen. Hierbij is er ruimte voor de hulpvrager om zijn verhaal te doen en mag er uitgeweid worden. Doorheen het gesprek worden actief vragen gesteld. Deze vragen variëren van meer inhoudelijke vragen ‘*Heb je altijd de wens gehad om een muziekinstrument te spelen?*’ naar vragen ter bevestiging ‘*Is het zo dat ik je nu hoor zeggen dat?*’ en vragen die de hulpverlener stelt om zijn eigen interpretaties af te toetsen ‘*Ik merk dat je dit heel belangrijk vindt?*’.

Doorheen het gesprek vat de hulpverlener de kern samen, legt linken en pikt in op bepaalde onderwerpen. Hierbij is aandacht voor de onderwerpen en elementen die een hulpvrager frequent herhaald. Enkele hulpverleners geven aan dat de frequent herhaalde onderwerpen benoemd moeten worden, hierdoor komen ze expliciet aan bod en kunnen ze afgetoetst worden met de hulpvrager.

Enkele hulpverleners geven aan dat er een professionele fijngevoeligheid wordt verwacht om de impliciete doelen aan te voelen, te benoemen en te bepalen hoe en op welke manier er verder mee gegaan kan worden. Ook door ervaringen van vroeger te bevragen konden hulpverleners de impliciete doelen uit het gesprek halen.

Om de waarden, die impliciet voor de hulpverleners aan bod kwamen, uit het gesprek te halen zijn overeenkomsten te merken. De kern hiervan is luisteren, doorvragen, samenvatten en reflecteren. Hierbij kan volgende vraag worden gesteld ‘*Dit is belangrijk voor jou, kan je ook zeggen/benoemen van waaruit dit belangrijk is?*’. De hulpverlener benoemt dit als een vraag die een wens of een probleem concreter maakt en die ervoor zorgt dat er niet wordt geïnterpreteerd. Op deze manier wordt gepeild naar onderliggende behoeften die als probleem of wens worden gesteld.

Een dynamisch proces

Tijdens de verschillende intervisiemomenten wordt door de deelnemers benoemd dat het opstellen van levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan een dynamisch proces is. Het is niet zo dat in het eerste gesprek enkel de levensdoelen worden geformuleerd, waarbij in een vervolgesprek de zorgdoelen en de middel bepaald worden. De dynamiek van het gesprek bepaalt mee waarbij stilgestaan wordt.

“Niet altijd gemakkelijk die omschakeling naar zorgdoelen, daar heb ik achteraf ook nog eens over moeten denken. Ik denk niet echt dat het een statisch proces is, dat je de dynamiek van het gesprek ook moet respecteren en dat je later ook nog andere inzichten kan krijgen.” (hulpverlener 5)

“Ik heb voor mezelf dan ook wel ervaren dat het goed was om te eindigen bij meer vage noden en dan te zien van, ik heb daarna nog eens die patiënt opgebeld en gevraagd hoe gaat het nu en ik zie haar vrijdag terug en dat we dan gewoon gaan kijken of we misschien dan ergens landen richting echt wat diepere doelen.” (hulpverlener 6)

Volgend citaat uit het derde intervisiemoment duidt dat sommige hulpverleners vanuit de zorgdoelen de levensdoelen bepalen.

“En dat was dan meer op het niveau van zorgdoelen die ze zelf formuleerde, maar dan in het gesprek hebben we meer die waarden en die levensdoelen bekeken en dan kwam het er eigenlijk op neer dat zij zeer zelfstandig wil zijn, dat zij vroeger een boekhoudster was en zij houdt nu nog alles bij.” (hulpverlener 6)

Bovendien merken hulpverleners op dat veel hulpvragers reeds zelf zorgdoelen of middelen stellen. Daarbij is het de kunst dat de hulpverlener het doel en de waarde achter het zorgdoel tracht te achterhalen.

“Ik heb het gevoel dat de mensen heel dikwijls een vraag stellen in de vorm van een taak of reeds in de vorm van een middel aangeven en het dan de bedoeling is dat wij het naar een doel ombuigen. Als we dat niet doen dan focussen we ons op dat probleem van die taak en gaan we misschien met ons doel wel mis zitten.” (hulpverlener 3)

In het derde intervisiemoment geeft een hulpverlener een concreet voorbeeld dat de wisselwerking tussen de levensdoelen, de zorgdoelen en de middelen weerspiegelt.

“Ik geraak niet meer aan een warm middagmaal, als je blijft focussen op die taak dan kan je zeggen we gaan een warme maaltijd aan huis laten komen of moet er een verzorgende een maaltijd voor u bereiden. Terwijl als je dan loskomt van die taak en je gaat opnieuw peilen naar behoeften, heel dikwijls gelinkt aan waarden van mensen. Bijvoorbeeld herinner ik mij iemand die het een gemis vindt om niet meer te kunnen koken, was dan eigenlijk de onderliggende behoefte: kan ik aangeleerd worden om te koken zodat ik opnieuw voor mezelf gezonde maaltijden kan bereiden. Wat dan een totaal ander doel was en onze zorg, dan ging er een verzorgende een periode bij meneer om hem te leren koken en het proces weer af te sluiten. Terwijl wij anders in meneer zijn plaats zouden zijn gaan koken en dat was eigenlijk niet zijn vraag.” (hulpverlener 3)

Tot slot wordt tijdens de intervisies ook aangehaald dat doelen veranderen en ze dus geen statisch gegeven zijn.

“Je bent zeker van die doelen veranderen, ik wil maar zeggen als je op een ander moment komt dan is dat anders.” (hulpverlener 1)

2.2.2.3 Van individuele doelgerichte zorg naar het interprofessioneel zorgplan

Een interprofessioneel overlegmoment kan bijdragen bij het concretiseren van zorgdoelen en het opstellen van een zorgplan. Hoewel de deelnemers van de training gevraagd werd het interprofessioneel overlegmoment dat ze voerden in het kader van de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan op te nemen, kon geen enkele hulpverlener een opname bezorgen. Omwille van de Coronapandemie en het intensieve proces dat werd doorlopen, was dit een extra belasting voor de deelnemende hulpverleners. Wel lieten de reflecties die de deelnemers maakten in de derde reflectieopdracht omtrent interprofessionele samenwerking en het intervisiemoment aan het begin van

de vierde vormingsdag het toe een eerste zicht te krijgen op de plaats en de organisatie van een interprofessioneel overleg in het proces van doelgerichte zorg. Dit blijft echter heel beperkt en biedt onvoldoende inzicht in het volledige interprofessionele proces.

Wanneer in de derde reflectieopdracht gevraagd wordt naar de verwachtingen van de hulpverleners omtrent het interprofessioneel overleg geven ze aan dat ze verwachten een concreet zorgplan te bekomen. Dit concreet zorgplan moet haalbaar en aanvaardbaar zijn voor het team, er moeten duidelijke afspraken gemaakt worden en de zorgtaken moeten duidelijk omschreven worden. Bovendien verwachten de hulpverleners dat het interprofessioneel overleg tegemoetkomt aan het organiseren van een doelgerichte hulpverlening. De bevroegde hulpverleners verwachten van de andere hulpverleners op het interprofessioneel overleg, dat de huidige zorgverlening in vraag gesteld kan worden en dat er samen tot één of meerdere suggesties voor de hulpvrager gekomen kan worden. Tot slot verwachten de bevroegde hulpverleners dat het interprofessioneel overleg het proces ondersteunt voor het verkrijgen van een ruim beeld van de patiënt.

Daarnaast wordt ook bevroegd welke rol de hulpverleners zelf zouden willen opnemen in het interprofessioneel overleg. Hierbij geven de getrainde hulpverleners aan dat ze een leidende rol willen innemen tijdens het overleg. In deze leidende rol geven ze aan dat zij het overleg zullen voorbereiden en het initiatief zullen nemen om het overleg te starten aan de hand van de levensdoelen van de hulpvrager. Een hulpverlener geeft aan dat hij hiervoor bewust afstapte van het klassieke overlegmodel waarbij men start vanuit de medische toestand van de patiënt en er vervolgens een probleemstelling wordt gesteld. Hierdoor kwamen ze in het verleden snel tot discussies over specifieke middelen en hulpbronnen. Het vooropstellen van de levensdoelen geeft deze hulpverlener het gevoel dat de collega's meer mee waren in het verhaal van de hulpvrager en de conclusies meer afgestemd zijn op de persoonlijke leefsituatie van de hulpvrager. Een andere rol die wordt benoemd, is deze van bemiddelaar. De bemiddelaar waakt erover dat de verschillende partijen op één lijn staan en dat de zorgdoelen en het zorgplan afgetoetst worden aan de levensdoelen van de hulpvrager.

Tot slot werd tijdens het derde intervisiemoment gediscussieerd over wanneer een interprofessioneel overleg nodig is. De hulpverleners geven aan dat een overlegmomenten verschillende doelen kan hebben. Enerzijds zijn er overlegmomenten met als uitgangspunt de zorg van de PZOV, waarbij concreet zorgdoelen en een zorgplan wordt opgesteld. Anderzijds zijn er overlegmomenten die als middel worden gebruikt om de communicatie af te stemmen tussen verschillende, betrokken partijen. Een interprofessioneel overlegmoment kan ook georganiseerd worden wanneer er tijdens de zorgverlening op grenzen gebotst wordt en de verschillende visies terug op elkaar afgestemd moeten worden. Enkele hulpverleners gaven aan dat de reden waarom een overleg georganiseerd wordt, een invloed heeft op de betrokkenheid van de hulpvrager. Zo gaven ze aan dat op een overleg waarbij de focus ligt op het gelijkstemmen van de verschillende hulpverleners, de hulpvrager niet aanwezig moet zijn. De aanwezigheid van de hulpvrager belemmert de hulpverleners vrijuit te kunnen spreken en kan bovendien erg bedreigend zijn voor de hulpvrager.

“Als het niet goed loopt of als we vastzitten dat we dan sneller zonder de patiënt zelf een overleg voeren meer omdat we eerst als team een beetje op dezelfde golflengte willen komen. Als het dan echt gaat over beslissingen, zoals het opstarten van bepaalde zorg, dat we wel al vaker de patiënt betrekken, omdat we zeker niet de bedoeling hebben al beslissingen te gaan maken achter de rug van de patiënt.” (hulpverlener 6)

“Het is eigenlijk al heel mijn carrière dat ik daarmee worstel of een patiënt er nu bij moet zijn bij zo’n multidisciplinair overleg. Als ik nu de discussie zo hoor, is voor mij wel heel belangrijk wat de doelstelling is van het overleg om te zien of het nuttig is dat die patiënt daarbij is of niet want zo over de grenzen en de complexiteit van de zorg vrijuit spreken als een patiënt daarbij is, maakt het nog moeilijker.” (hulpverlener 9)

De rol van de hulpvrager

Het gegeven dat een interprofessioneel overlegmoment georganiseerd kan worden vanuit verschillende doelen, kan een invloed hebben op de betrokkenheid van de hulpvrager tijdens het overleg. Zowel uit reflectieopdracht drie als tijdens de laatste intervisie komt naar voren dat er voor sommige hulpverleners weinig discussie bestaat over de rol van de hulpvrager in het interprofessioneel overlegmoment. Voor hen moet de hulpvrager standaard betrokken worden bij het overleg. Slechts in uitzonderlijke situaties kan hiervan afgeweken worden. Andere hulpverleners zien ook voordelen bij het niet betrekken van de hulpvrager in het overleg. Hierdoor kan de situatie besproken worden zonder steeds rekening te moeten houden met de gevoelens van de hulpvrager, de taal die gebruikt wordt, ... Hierbij zien ze wel een mogelijkheid om het interprofessioneel overlegmoment terug te koppelen naar de hulpvrager. Tot slot leggen andere hulpverleners de keuze tot deelname bij de PZOV zelf.

De aanwezige patiëntvertegenwoordiger vindt het positief dat er wordt vertrokken vanuit de ingesteldheid dat een hulpvrager aanwezig moet zijn. Wel waarschuwt hij dat indien een hulpvrager wordt betrokken bij een interdisciplinair overleg deze voorbereid dient te zijn en dat erover gewaakt moet worden dat er niet met de hulpvrager aan tafel over de hulpvrager wordt gesproken.

“Ik heb zo mee aan tafel gezeten maar er werd over mij gesproken in plaats van met mij, dat men zelfs soms in de derde persoon over de cliënt sprak alsof ik er niet bijzat. Ik denk dat er veel aandacht moet zijn dat de cliënt zich gerustgesteld voelt.” (patiëntvertegenwoordiger)

2.2.3 Doelgerichte zorg in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Tijdens de intervisiemomenten geven de deelnemers aan dat het een uitdaging is om de doelgerichte gesprekken en de daar uitkomende levensdoelen te registeren. Momenteel is hiervoor nog geen ruimte voorzien in patiëntendossiers. Hulpverleners geven aan hier wel nood aan te hebben.

“Nog een uitdaging is denk ik de plek in de elektronische dossiers die er nog niet is om zo’n doelen en zo’n manier van naar zorg te kijken en om te gaan. Alles is in medische of in fysieke of sociale targets beschreven in de dossiers.” (hulpverlener 9)

Deze bedenkingen die naar boven kwamen in de intervisiemomenten, worden meegenomen in een focusgroep. Tijdens deze focusgroep is concreet stilgestaan bij hoe doelgerichte zorg het fundament kan worden van het DZOP en hoe het DZOP doelgerichte zorg in de praktijk kan faciliteren. Aan de focusgroep namen zeven deelnemers uit de training doelgerichte zorg deel, alsook de patiëntvertegenwoordiger.

Om doelgerichte zorg als basis van het DZOP te beschouwen, is het belangrijk dat de visie van doelgerichte zorg in het DZOP vervat zit. Kernwaarden van doelgerichte zorg, waaronder openheid en vertrouwen moeten worden gebruikt als fundament van het DZOP.

Het digitaal zorg- en ondersteuningsplan roept bij verschillende hulpverleners een bezorgdheid op. Ze vrezen dat het persoonlijke, doelgerichte zorggesprek hierdoor minder centraal zal komen te staan. Om

doelgerichte zorg in de praktijk te realiseren, is het essentieel dat het persoonlijke doelgerichte gesprek de basis blijft. Het DZOP mag geen vervanging worden van dit gesprek.

“Het persoonlijke gesprek moet altijd prioritair zijn. Het mag niet ter vervanging komen van het persoonlijke gesprek” (patiëntenvertegenwoordiger)

In het eerste doelgerichte gesprek blijft de oprechte interesse voor de PZOV de kern. De focus ligt hierbij op de levensdoelen, waarbij gaandeweg in het gesprek eventueel ook al zorgdoelen of middelen kort besproken kunnen worden als deze aangekaart worden. Echter kan het DZOP wel dienen ter ondersteuning om dit doelgerichte gesprek te registreren. Daarbij is het belangrijk dat in het DZOP voldoende ruimte en vrijheid is om het verhaal van de patiënt te brengen. Het DZOP mag niet te gestructureerd zijn, want dit doet teniet aan de visie van doelgerichte zorg. Meerdere hulpverleners haalden bestaande hulpinstrumenten (bv. Belrai) aan en verwezen naar eerdere elektronische platformen, die vaak omslachtig waren. Deze hulpinstrumenten gaan hierbij gaan classificeren, echter zijn classificeren en doelgerichte zorg moeilijk te combineren. Door te classificeren wordt tenietgedaan aan de uniciteit van iedere mens, wat niet strookt met de visie van doelgerichte zorg.

“Mensen zijn niet zo in vakjes in te delen, het doet onrecht aan ieders uniciteit” (hulpverlener 3)

Levensdoelen zijn erg persoonlijk en niet te standaardiseren. Echter gaven de deelnemers wel aan dat er een structuur aanwezig moet zijn. Dit om een overvloed aan informatie tegen te gaan. Hoe dit dan precies vorm moet krijgen, kunnen ze moeilijk benoemen.

Alle deelnemers zijn het erover eens dat de levensdoelen het startpunt van het DZOP zouden moeten zijn. Deze levensdoelen includeren in het DZOP maken het mogelijk om doelgerichte zorg te faciliteren. Alle deelnemers zijn het er ook mee eens dat de levensdoelen het eerste scherm in het DZOP zouden moeten zijn, en dat dit zelfs vijf seconden zou moeten open blijven staan vooraleer dit te kunnen wegklikken. Door deze levensdoelen als eerste scherm te projecteren worden hulpverleners steeds teruggebracht naar de essentie. Naast de levensdoelen moet ook een plaats zijn voor: waarden, behoeften, betekenisvolle activiteiten, levensdomeinen en sociale relaties en netwerken. Zowel het medische, het sociale als het psychologische aspect moeten erin vervat zitten. Dit zijn fundamenten van doelgerichte zorg in het DZOP. Deze levensdoelen worden vervolgens vertaald naar zorgdoelen en middelen. De hulpverleners zijn het erover eens dat het niet de bedoeling is om zorgdoelen om te zetten naar persoonlijke doelstellingen. Op de vraag wat de hulpverleners zou kunnen ondersteunen om de persoonlijke doelstellingen duidelijk te krijgen in het DZOP werd geen antwoord gegeven. Hulpverleners weten dat het belangrijk is om de persoonlijke doelstellingen te formuleren, maar kunnen moeilijk aangeven hoe dit moet gebeuren. Ook hoe de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen moet gebeuren, vinden ze moeilijk te benoemen.

Voor de deelnemers van de focusgroep is het niet helemaal duidelijk waartoe het DZOP zal moeten dienen. Daarbij geven ze aan dat het doel van het DZOP duidelijk gecommuniceerd zal moeten worden om ook zo de verwachtingen te bepalen. Als het de bedoeling is dat het DZOP een middel wordt om transparantie naar de overheid te bieden in het kader van financiering, dan moet dit zo gecommuniceerd worden. Idealiter zien de hulpverleners in het DZOP een tweeledige functie. Enerzijds moet het DZOP dienen als communicatie- en planningsmiddel, met een duidelijke plaats voor afspraken. Bovendien moet er een mogelijkheid zijn om de gemaakte afspraken op te volgen. Hierbij haalt een deelnemer aan dat het als vervanging kan dienen van de vroegere thuiszorgdossiers of dat het een instrument kan zijn zoals het zorgplan nu al bestaat, met een specifiekere focus op levens- en zorgdoelen.

*“Heel duidelijk, wat hebben we afgesproken, met wie en wanneer? Wie doet wat?”
(hulpverlener 11).*

Anderzijds moet het DZOP een hulpinstrument zijn waar hulpverleners met plezier naar terug grijpen. Het DZOP moet een instrument zijn dat hulpverleners als een meerwaarde ervaren en niet voor extra werklast zorgt. Zo kan het DZOP dienen om in complexe situaties structuur aan te brengen. Hierbij wordt stilgestaan bij de levensdoelen, waarna vervolgens wordt overgegaan tot het opstellen van de zorgdoelen en middelen. In een overleg resulteren deze zorgdoelen in een aantal afspraken, wat ingebracht kan worden onder het communicatie- en planningsmiddel.

Als laatste geven de deelnemers aan dat het een meerwaarde zou zijn om het DZOP als ijkpunt voor evaluatie en reflectie te gebruiken. Het DZOP wordt hierbij gezien als een soort status op een bepaald moment. Als het proces verder loopt moet teruggekeken worden naar dit ijkpunt. Het DZOP kan geëvalueerd worden om na te gaan of de gemaakt afspraken hebben plaatsgevonden. Hierbij is het interessant om het vorige verslag erbij te nemen en hiervan te vertrekken om na te gaan wat is gebeurd.

“Een ondersteuningsplan kan een goed middel zijn om de to do’s en de gemaakte afspraken, stel dat je jaarlijks samenzit dat je dat er dan terug bijneemt en kijkt en evalueert is dat gebeurd, is dat niet gebeurd, waarom is dat niet gebeurd.” (hulpverlener 11)

Daarenboven zijn levensdoelen geen statisch gegeven die vastliggen voor een mensenleven. Het DZOP moet bijgevolg een flexibel instrument zijn, dat in staat is om ten alle tijden het roer om te gooien. Naast enkele vaste evaluatiemoment moet die flexibiliteit onderdeel zijn van het DZOP met een doelgerichte visie. Vanuit de PZOV zou er altijd een mogelijkheid moeten zijn om aan te geven dat de levensdoelen in zekere zin belangrijk veranderd zijn. Deze veranderingen zullen ook een invloed hebben op het verdere proces. Als levensdoelen veranderen, zullen zorgdoelen en middelen mogelijk ook wijzigen.

“Wat er morgen in je leven gebeurt, dat weet je niet. Er kan altijd iets zijn dat maakt dat je wensen of behoeften, dat er druk op komt of dat je andere wensen hebt en dit dan herbekeken moet worden” (hulpverlener 3)

Het realiseren van levensdoelen is een multidisciplinair gegeven, waarbij verschillende hulpverleners bijdragen aan deze realisatie. Het registreren van de levensdoelen is echter niet discipline specifiek. Elke hulpverlener maakt achteraf de vertaalslag van de levensdoelen naar meer discipline specifieke zorgdoelen en middelen. Elke partij die betrokken is in het zorgproces en de realisatie van de levensdoelen, zou toegang moeten krijgen tot de gegevens. Ook hier wordt benadrukt dat het niet de bedoeling kan zijn dat enkel het DZOP als referentie wordt gebruikt om de PZOV te leren kennen. Een minimale investering in de vorm van een persoonlijk gesprek moet gebeuren. Het moet mogelijk zijn om gegevens te delen, maar het persoonlijke gesprek blijft centraal staan.

Aansluitend met de gegevensdeling tussen hulpverleners, moet ook de hulpvrager inzage hebben in zijn eigen DZOP. Dit volgens de waarden van openheid en vertrouwen binnen doelgerichte zorg. De PZOV moet als actieve partner worden betrokken bij het opstellen van het DZOP en hierbij de keuzevrijheid krijgen om al dan niet het DZOP te raadplegen. Als de PZOV kiest om hier niet in betrokken te worden, dan moet hij wel van het bestaan afweten. Daarnaast gaan ook stemmen op om de PZOV eigenaar en verantwoordelijke te maken van zijn eigen DZOP. Als een PZOV dit liever niet zelf opneemt, dan wordt op zoek gegaan naar een vertrouwenspersoon, dit kan een mantelzorger, of hulpverlener zijn. Het is belangrijk om een eigenaar van het plan vast te leggen, om te voorkomen dat het DZOP niet up-to-date

blijft. Dit eigenaarschap is niet voor iedere hulpvrager aan te bevelen, maar de keuzemogelijkheid en de optie zou er zeker moeten zijn.

Kader 9 Samenvatting: doelgerichte zorg in het DZOP

Kortom, om doelgerichte zorg in het DZOP te faciliteren, moet de visie van doelgerichte zorg mee geïntegreerd worden. Het DZOP moet opgebouwd worden op waarden zoals openheid en vertrouwen. In het DZOP hebben levensdoelen een centrale plaats, waarbij voldoende ruimte voorzien moet zijn om deze levensdoelen ruim te registreren volgens het verhaal van de PZOV. Hierbij wordt idealiter geen classificatiesysteem gebruikt of een stappenplan, omdat classificatie tenietdoet aan de eigenheid van elk individu. Naast de levensdoelen, moeten ook de zorgdoelen en middelen concreet geregistreerd worden, met ruimte voor evaluatie. In de visie van doelgerichte zorg moet de PZOV het DZOP kunnen raadplegen en indien deze dit wenst eigenaar en verantwoordelijke van het eigen DZOP worden.

3 Conclusie

Het veldwerk leverde verschillende resultaten aan, in de vorm van originele velddata en in de vorm van velddata uit het co-creatieproces. Uit de data werden zowel resultaten met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag (formuleren van levensdoelen) als voor de tweede onderzoeksvraag (de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen en middelen) gedestilleerd. In deze conclusie worden de resultaten uit de originele velddata en het co-creatie proces samengenomen per onderzoeksvraag.

3.1 Formuleren van levensdoelen

Hulpverleners geven aan dat levensdoelen heel breed en individueel bepaald zijn. Hulpvragers moeten hierbij in de mogelijkheid zijn hun eigen verhaal te brengen. Alles wat de hulpvrager als levensdoel aanbrengt, moet mogelijk zijn.

Verschillende elementen worden geïdentificeerd die een hulpvrager kan ondersteunen om samen met de PZOV het levensdoel te verhelderen en te formuleren. Vooreerst valt het op dat middelen en strategieën in het levensdoel worden opgenomen. Het levensdoel focust zich, naast wat belangrijk is, ook reeds op de manieren om het levensdoel te bereiken. Dit wordt echter niet als element van een levensdoel meegenomen omdat het bepalen van middelen en strategieën niet bijdraagt tot het bepalen van wat betekenisvol is voor een PZOV.

Als eerste element is te merken dat levensdoelen voornamelijk betrekking hebben op een toekomstgericht perspectief. In het levensdoel wordt dit omschreven door termen als herstellen, behouden, voorkomen of ontwikkelen te gebruiken. Als tweede element worden levensdoelen vaak geformuleerd in termen van activiteiten. Deze activiteiten worden veelal gekoppeld aan het toekomstgerichte perspectief doordat het activiteiten zijn die personen graag willen behouden. Een derde element is dat levensdoelen onderliggende waarden bevatten (bv. verantwoordelijkheid, keuzevrijheid) en dit ook zo in het levensdoel wordt benoemd. Deze waarden zijn vaak gerelateerd met de activiteiten. Aansluitend aan de waarden, maken ook gevoelens deel uit van een levensdoel. Een vierde element is het belang van sociale relaties in een levensdoel. Deze sociale relaties zijn enerzijds gerelateerd met activiteiten en

komen anderzijds ook als alleenstaand doel aan bod. Als vijfde element wordt de fysieke context geïdentificeerd.

Bij het formuleren van de levensdoelen is te merken dat hulpverleners een onderscheid maken tussen expliciet geformuleerde doelen en impliciet geformuleerde doelen. Doelen die expliciet in het gesprek worden geformuleerd zijn minder uitgebreid en hebben een voornamelijk activiteiten georiënteerde focus. Doelen die de hulpverleners impliciet opstellen, zijn uitgebreider en bevatten ook andere elementen, zoals waarden. Hulpverleners hebben aangegeven dat ze het als een meerwaarde beschouwen als de waarde achter het levensdoel duidelijk is omdat zo zicht wordt gekregen op waarom iets belangrijk is.

3.2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan

Het eerste doelgerichte gesprek is het gesprek bij uitstek om tot levensdoelen te komen. Meerdere observaties bieden inzicht in hoe dit eerste doelgerichte gesprek verloopt. Bestaande tools voor doelgerichte zorg worden doorheen het gesprek vrijblijvend gebruikt. De hulpverlener toetst zelf af welke tool en structuur bij hemzelf en de hulpvrager past en kiest op basis hiervan een tool die het gesprek mee vorm geeft. Aan de start van het gesprek worden de doelstellingen en verwachtingen met betrekking tot het gesprek meegedeeld. Hierbij duiden de hulpverleners wat doelgerichte zorg inhoudt en dat het bepalen van de levensdoelen een proces is dat samen wordt doorlopen. Tijdens het doelgericht gesprek laten de hulpverleners ruimte aan de hulpvrager om zijn of haar verhaal te brengen. De hulpverleners ervaren zelf dat de hulpvragers nood hebben aan dit open en uitgebreid vertellen en deugd hebben van het exclusieve moment. De hulpvragers op hun beurt geven aan dat het een meerwaarde is om aspecten te bespreken die in een traditioneel consult nooit ter sprake komen.

Doorheen het gesprek worden verschillende vragen gesteld om inzicht te krijgen in de levensdoelen. De vraag om te vertellen over een normale dag biedt voornamelijk inzicht in de verschillende activiteiten die een persoon heeft. De vraag om een goede dag te beschrijven is diepgaander en biedt naast de activiteiten ook inzicht in waarden, gevoelens en relaties. Ook de vraag om dromen te beschrijven is een vraag die ruim beantwoord kan worden en inzicht biedt in wat belangrijk is voor iemand. Daarnaast is het belangrijk dat de hulpverleners tijdens het gesprek actief luisteren, doorvragen, samenvatten en reflecteren.

Het eerste doelgerichte gesprek leidt niet altijd tot concrete doelen, maar dit betekent echter niet dat het een gesprek zonder doel is. De eerder vermelde vragen geven inzicht in het leven van een PZOV, wat voor een hulpverlener ook nieuwe en waardevolle informatie is om rekening mee te houden in het zorgproces.

Naast de levensdoelen valt het op dat er in het eerste gesprek ook reeds stilgestaan wordt bij zorgdoelen en middelen. De zorgdoelen en middelen uit de gesprekken worden door de hulpverlener soms beschreven als doel. De oplossingen en middelen die doorheen het gesprek worden aangereikt zijn echter eerder verkennend en worden niet tot in detail besproken. Het kort bespreken van mogelijke oplossingen kan voor sommige hulpvragers ook een verlichting zijn om reeds te weten dat deze oplossing bestaat. De concrete uitwerking van de middelen kan eventueel plaatsvinden in een vervolgesprek. Hulpverleners geven zelf aan dat ze zich bewust moeten zijn om niet te snel over te gaan tot het bepalen en uitwerken van de middelen, en de focus in het eerste doelgerichte gesprek steeds op de levensdoelen te houden. De dynamiek van het gesprek bepaalt mee waar bij stilgestaan wordt.

Daarnaast wordt het doelgerichte gesprek ook gezien als een reflectiemoment in het zorgproces, zowel voor de hulpvrager als de hulpverlener. De hulpvrager staat stil bij existentiële aspecten, zoals de balans opmaken tussen levensduur en levenskwaliteit. Er is een mogelijkheid om een bewustwording over de toekomst te creëren. Sommige hulpvragers ervaren het gesprek echter als confronterend door deze reflectie en het besef wat wel en niet meer mogelijk is. De hulpverlener daarentegen komt doorheen het gesprek tot de vaststelling dat er in de huidige zorgverlening zorg wordt geleverd die niet in lijn is met de noden en de wensen van de PZOV. Deze reflectie houdt de hulpverlener in het achterhoofd bij het opstellen van de zorgdoelen en middelen en eventueel in een interprofessioneel overlegmoment.

Na het doelgerichte gesprek worden zorgdoelen en middelen in een vervolgesprek concreter bepaald. Voor de hulpverleners kan het een hulpmiddel zijn om de levensdoelen, zorgdoelen en middelen concreet op te splitsen. Ook het afsplitsen van de waarden wordt als zinvol ervaren, omdat hierdoor een goed zicht wordt bekomen waarom iets belangrijk is voor iemand. Vervolgens kan een interprofessioneel overlegmoment bijdragen aan het concretiseren van de zorgdoelen en het opstellen van een zorgplan.

Het DZOP kan een ondersteuning bieden bij het formuleren van de levensdoelen en de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen en middelen. Het eerste doelgerichte gesprek, waarbij de levensdoelen worden achterhaald, moet centraal blijven staan. Het DZOP mag hier geen vervanging van worden. In het DZOP moet voldoende ruimte en vrijheid voorzien zijn om het verhaal van de PZOV te brengen. Hulpverleners wensen hierbij geen vooropgesteld kader of classificatiesysteem want levensdoelen zijn niet te standaardiseren. Overigens zijn levensdoelen geen vast gegeven. Over de jaren heen kunnen levensdoelen mogelijks veranderen. Daarom moet er de mogelijkheid zijn om op een flexibele manier om te gaan met de levensdoelen en deze ten alle tijden te kunnen wijzigen. Door het DZOP op te bouwen vanuit de levensdoelen worden hulpverleners doorheen het zorgproces er steeds aan herinnerd wat er echt toe doet voor de PZOV.

Hoofdstuk 5

Discussie

De discussie heeft als doel om tot een integratie en een interpretatie van de resultaten uit zowel het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk te komen. De discussie wordt per onderzoeksvraag opgesteld, met een aparte benadrukking omtrent doelgerichte zorg in het DZOP. De vooropgestelde onderzoeksvragen doorheen dit project worden hieronder nog eens herhaald. Vervolgens komen in de discussie ook de beperkingen van dit onderzoek aan bod en worden aanbevelingen voor verder onderzoek geformuleerd.

Kader 10 Onderzoeksvragen

- (1) Op welke manier kunnen levensdoelen van een PZOV worden geformuleerd in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan?
- (2) Hoe kunnen individuele hulpverleners en zorgteams de vertaalslag maken van levensdoelen naar zorgdoelen in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

In de context van dit project is bewust de keuze gemaakt om het eerste doelgerichte gesprek apart te bekijken en na te gaan hoe dit eerste gesprek is opgebouwd. Dit omdat er zowel vanuit de literatuur, de tools doelgerichte zorg en eigen ervaringen wordt ervaren dat het bepalen van doelen geen vanzelfsprekendheid is (Boeckxstaens et al., 2016). Het eerste doelgerichte gesprek is hierbij cruciaal om levensdoelen te bepalen.

1 Formuleren van levensdoelen

Het literatuuronderzoek bevestigt de dominantie van het medische model binnen zorg en welzijn en de daarbij horende medische doelen met een probleemgerichte focus. In het literatuuronderzoek worden in 115 van de 202 artikelen doelen geformuleerd vanuit een medisch perspectief. Slechts in 44 artikels worden doelen gesteld vanuit het perspectief van de hulpvrager. Ook in de registratie van de levensdoelen tijdens het veldwerk is te merken dat hulpverleners geneigd zijn om een medisch model te hanteren door oplossingsgerichte doelen te formuleren. De doelen die geformuleerd worden, bestaan hierbij soms enkel uit een middel of strategie, zonder de onderliggende betekenis ervan voor de PZOV te verhelderen. Dit bevestigt dat het leveren van doelgerichte zorg geen vanzelfsprekendheid is.

Een eerste centrale bevinding hierbij is dat de term 'levensdoel' geen vanzelfsprekendheid is. Uit het literatuuronderzoek blijkt een grote verscheidenheid aan terminologie. Zo worden 'doelen', 'gezondheidsdoelen', 'waarden', 'voorkeuren' en 'prioriteiten' vaak door elkaar gebruikt. Dit maakt het veelal moeilijk om te bepalen wat het levensdoel is en of het wel exact over het levensdoel van de hulpvrager gaat. Ook in de tools voor doelgerichte zorg en in de opnames van de doelgerichte gesprekken is te merken dat de term 'levensdoel' niet per definitie wordt gebruikt. Termen die wel

worden gebruikt, en naar de levensdoelen verwijzen, zijn: ‘doelen’, ‘zaken die cliënten willen bereiken’, ‘wat voor een persoon belangrijk is’, ‘betekenisvolle doelen’ en belangrijke doelen van de persoon’.

De opsplitsing tussen waarden, levensdoelen, zorgdoelen, middelen en strategieën lijkt hier bijkomend bij te dragen tot de onduidelijke definiëring van levensdoelen. Het concept levensdoelen lijkt wel een meerwaarde te hebben voor zowel hulpverleners als hulpvragers om hier actief over te reflecteren.

In het literatuuronderzoek worden verschillende kaders voor doelen geïdentificeerd. Berntsen et al. (2015) heeft een kader opgesteld waarbij enerzijds persoonlijke doelen en anderzijds doelen van de hulpverlener aanwezig zijn. De persoonlijke doelen omvatten dat wat voor een hulpvrager belangrijk is. De doelen van de hulpverlener omvatten functionele doelen, adaptieve doelen en biologische doelen. Het tweede kader dat wordt geïdentificeerd, is het kader van Vermunt et al. (2018). Dit is een drie doelen model met ziekte-of symptoom specifieke doelen, functionele doelen en fundamentele doelen. De fundamentele doelen hebben specifiek betrekking op prioriteiten in het leven van de hulpvrager. De persoonlijke doelen uit het kader van Berntsen en de fundamentele doelen uit het kader van Vermunt worden gezien als een invulling van de levensdoelen.

Kaders voor doelen uit de literatuur blijven echter abstract en geven geen beeld over de concrete invulling van de levensdoelen. Deze invulling van levensdoelen wordt in zowel het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk nagegaan. Verschillende elementen die een levensdoel vorm geven worden geïdentificeerd en zijn weergegeven in Tabel 11. Deze elementen kunnen hulpverleners ondersteunen om levensdoelen te formuleren door deze specifiek te bevragen, en kunnen dus deel uitmaken van het DZOP.

Tabel 11 Elementen van een levensdoel

Literatuuronderzoek	Documentanalyse	Veldwerk
Waarden	Waarden en emoties als basis voor een levensdoel	Waarden en gevoelens
/	Het verleden, het heden en de toekomst van een individu	Toekomstgericht perspectief
/	Activiteiten in verschillende levensdomeinen	Activiteiten
/	Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid	/
/	Sociale en fysieke context	Sociale relaties
		Fysieke context
/	Hanteren van een positieve formulering	/

Zowel uit het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk komt het belang van waarden als fundamentele bouwsteen naar boven (Naik et al., 2018; Vermunt et al., 2018). De waarden zijn een belangrijk element die de doelen, voorkeuren en prioriteiten mee vorm geven. Waarden zijn

fundamentele overtuigingen en veelal statisch, terwijl doelen afhankelijk zijn van de context en dynamischer zijn. Waarden zijn een leidraad voor het verdere zorgproces (Naik et al., 2018).

In de documentanalyse worden naast deze waarden nog vijf andere elementen geïdentificeerd: het verleden, heden en toekomst van een individu; activiteiten in verschillende levensdomeinen; brede definitie van gezondheid; sociale en fysieke context; en hanteren van een positieve formulering. Het veldwerk bevestigt in grote lijnen deze vijf elementen uit de documentanalyse. Over de hantering van een positieve formulering en de relatie met gezondheid wordt geen bevestiging in het veldwerk gevonden.

Als echter diepgaander wordt bekeken wat de elementen inhouden, dan is te merken dat het toekomstgericht perspectief uit het veldwerk een bevestiging is van het hanteren van een positieve formulering uit de documentanalyse. In het toekomstgericht perspectief wordt de formulering van doelen in termen van herstellen, behouden, voorkomen of ontwikkelen aangehaald. Deze formulering maakt deel uit van de positieve formulering van levensdoelen, wat in de documentanalyse als apart element is geïdentificeerd. Het hanteren van een positieve formulering is eerder een algemeen kenmerk waaraan een levensdoel voldoet, dan een specifiek element waaruit een levensdoel is opgebouwd.

De relatie van levensdoelen met gezondheid wordt enkel in de documentanalyse waargenomen. Levensdoelen hanteren een brede definitie van gezondheid en omvatten verschillende kenmerken uit deze brede definitie. Een brede definitie van gezondheid hanteren is nodig om het doelgerichte gesprek te voeren. Hierbij wordt kwaliteit van leven apart benadrukt. Het verschil tussen gezondheid en kwaliteit van leven is echter niet steeds duidelijk. Onderzoek van Karimi & Brazier (2016) tracht hier duidelijkheid in te scheppen. Gezondheid wordt door de WHO gedefinieerd als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet louter de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken. Kwaliteit van leven is moeilijker te definiëren en meerdere definities zijn terug te vinden in de wetenschappelijke literatuur. Een mogelijke definitie die wordt voorgesteld luidt als volgt: een individu's perceptie van zijn positie in het leven in de context van culturele en waarde systemen waarin iemand leeft en in relatie met de eigen doelen, verwachtingen, standaarden en bezorgdheden. Definities van kwaliteit van leven focussen veelal op subjectieve beoordelingen. De discussie of objectieve factoren hierin opgenomen moeten worden is lopend. Karimi en Brazier (2016) geven aan dat gezondheid een dimensie is van kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is dus ruimer omvattend.

Met deze gedachte wordt er geopteerd om het concept 'kwaliteit van leven' een explicietere plaats te geven. In de doelgerichte gesprekken komt het aspect van kwaliteit van leven ook aan bod, maar minder specifiek als element. Doordat kwaliteit van leven zowel in de documentanalyse als in het veldwerk aan bod komt, wordt besloten om dit mee te nemen. Dit maakt dat hulpverleners in een doelgericht gesprek nog steeds een brede definitie van gezondheid hanteren, maar met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven.

Op basis van bovenstaande bespreking wordt besloten om de elementen van een levensdoelen als volgt vast te leggen (Tabel 12).

Tabel 12 Elementen van een levensdoel

Waarden en emoties als basis voor een levensdoel
Het verleden, het heden en de toekomst van een individu
Activiteiten in verschillende levensdomeinen
Sociale en fysieke context
Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven
Hanteren van een positieve formulering

In wetenschappelijk onderzoek zijn gelijkaardige elementen terug te vinden. Lim et al. (2017) ging na wat het meest belangrijk is voor het welzijn en de gezondheid bij personen met multimorbiditeit. De term 'persoonlijke waarden' wordt hiervoor gebruikt, wat inhoudelijk sterk overeenkomt met levensdoelen. Er zijn zes domeinen van persoonlijke waarden: principes, relaties, emoties, activiteiten, mogelijkheden en bezittingen. Principes omvatten normen en waarden in iemands leven. Relaties staan voor sociale connecties met familie, vrienden, burens en de gemeenschap. Emoties verwijzen naar persoonlijke gevoelens en gemoedstoestanden, waaronder ook pijn en comfort. Activiteiten zijn belangrijke bezigheden uit het dagelijks leven en bevinden zich op verschillende domeinen zoals werk, ontspanning en gezondheid verbeteren. Ze bevatten ook betekenisvolle persoonlijke projecten. Mogelijkheden gaan over mentale capaciteiten en vaardigheden, waarbij een link is naar medische aandoeningen. Bezittingen handelen over tastbare voorwerpen en belangrijke ruimtes. Ook voorwerpen om aan zelfzorg te doen, vallen hieronder.

Als de elementen uit het literatuuronderzoek, de documentanalyse en het veldwerk worden vergeleken met deze uit het onderzoek van Lim et al. (2017), dan zijn deze gelijklopend. De benoeming van de kenmerken is enigszins verschillend, maar inhoudelijk zijn heel wat overeenkomsten te merken. De overeenkomsten zijn terug te vinden in Tabel 13. Enkel voor het verleden, het heden en de toekomst van een individu en het hanteren van een positieve formulering wordt geen overeenkomst gevonden met het werk van Lim et al. (2017).

Tabel 13 Overeenkomsten elementen van een levensdoel

Literatuur, documentanalyse en veldwerk	Lim et al. (2017)
Waarden en emoties als basis voor een levensdoel	Principes Emoties
Het verleden, het heden en de toekomst van een individu	/
Activiteiten in verschillende levensdomeinen	Activiteiten
Sociale en fysieke context	Relaties Bezittingen
Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven	Emoties Mogelijkheden
Hanteren van een positieve formulering	/

Lim et al. (2017) benadrukt eveneens dat het essentieel is om de persoonlijke waarden te achterhalen over alle elementen heen. Deze persoonlijk waarden worden vervolgens meegenomen in de ontwikkeling van een zorgplan.

Belangrijk hierbij is dat deze elementen weinig alleenstaand voorkomen en veelal gerelateerd zijn met elkaar. Een levensdoel bevat een integratie van meerdere elementen en hoeft ook niet alle elementen te bevatten. De tools voor doelgerichte zorg halen dit reeds aan en het onderzoek van Lim et al. (2017) bevestigt dit. Een voorbeeld van een levensdoel, met een integratie van meerdere elementen, dat tijdens het veldwerk werd geformuleerd gaat als volgt. Een man wil zo lang mogelijk soep blijven maken (activiteit, toekomst). De soep die wordt gemaakt, deelt hij uit aan zijn kinderen en kleinkinderen (sociale relaties). De kleinkinderen laten opa weten dat de soep heeft gemaakt en tonen hun appreciatie (waarden). Opa wil soep blijven maken voor de kleinkinderen omdat oma vroeger altijd kookte en iedereen dan samen aan tafel zat (verleden, toekomst, waarden). Oma is ondertussen gestorven, maar opa wil de herinnering aan haar levendig houden (verleden, emoties).

Een andere manier om levensdoelen te structureren, die zowel door het literatuuronderzoek, de documentanalyse en het veldwerk is aangehaald, is het gebruik van de ICF. De ICF kan een manier zijn om levensdoel te structureren, maar men moet zich bewust zijn van de tekortkomingen ervan. Bij de codering van de levensdoelen aan de hand van bestaande ICF coderingsregels, is het hulpverleners niet altijd duidelijk wat de beweegreden of onderliggende waarde van het doel is. Om de ICF als kader te hanteren is het essentieel om deze waarden apart te bevragen zodat hier zeker zicht op wordt gekregen. Hulpverleners geven in het veldwerk echter aan dat ze niet staan te springen voor oneindige classificaties. Wat wel een optie is, is om de kernelementen van de ICF (participatie, persoonlijk, activiteiten...) als kader te hanteren, zonder hierbij te gaan coderen volgens de bestaande coderingsregels van de ICF. Hierbij dient de ICF eerder als structuur en geheugensteun.

Waar het Agentschap Zorg & Gezondheid levensdoelen definieert als “datgene wat een persoon in zijn leven wil bereiken en dus een betekenis geeft aan het leven” (p.76) is te merken dat levensdoelen ruimer zijn dan deze definiëring. Het gaat minder over wat iemand wil bereiken, maar eerder over het

betekenisvolle aspect. Elementen van een levensdoel zijn bepaald om zo hulpverleners te ondersteunen om levensdoelen te formuleren in de praktijk. Deze elementen kunnen als wegwijzer voor de hulpverleners mee opgenomen worden in het DZOP. Een specifiek kader voor levensdoelen wordt niet geformuleerd omdat dit afbreuk doet aan de visie van doelgerichte zorg. Door een kader zou er geclassificeerd kunnen worden en herleid worden tot afvinklijsten. Wel worden er handvaten en wegwijzers voor de hulpverleners geformuleerd. Deze wegwijzers ondersteunen hulpverleners om samen met hun PZOV tot levensdoelen te komen.

2 Vertaalslag: van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan

Levensdoelen verhelderen in een doelgericht gesprek is de basis om het zorg- en hulpverleningsproces verder op te bouwen. In de introductie wordt reeds aangehaald dat levensdoelen het vertrekpunt van zorg en ondersteuning zijn en zorgdoelen een operationalisering zijn van deze levensdoelen. Zowel het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk bevestigen dit.

In het literatuuronderzoek beschrijft het merendeel van de wetenschappelijke artikelen geen proces om de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen te maken. Toch worden enkele stapsgewijze processen teruggevonden in de literatuur (Berntsen et al., 2015; Naik et al., 2018; Vermunt et al., 2018). Berntsen et al. (2015) hanteert hierbij een expliciete doelenhiërarchie, waarbij de doelen van de hulpvrager steeds boven de doelen van de hulpverlener staan. Op deze manier ontstaat er geen conflict tussen de doelen. Naik et al. (2018) beschrijft een concreet stappenplan. Vermunt et al. (2018) geeft eerder een abstracte samenhang weer. Zowel Berntsen et al. (2015), Naik et al. (2018) en Vermunt et al. (2018) bepalen de persoonlijke waarden van de hulpvrager. Vervolgens worden de doelen en de prioriteiten van de hulpvrager bepaald op basis van de waarden. Nadien komt de agenda van de hulpverlener in beeld, waarbij de doelen specifiek worden gemaakt in zorgdoelen en een zorgplan. Naik et al. (2018) benadrukt hierbij dat de doelen pas in het elektronisch patiëntendossier worden genoteerd eenmaal deze duidelijk zijn. De ontmoeting staat hierbij centraler dan de digitalisering. Overigens worden in de literatuur ook patiënt gecentreerde zorgplannen geïdentificeerd (Council et al., 2012). In deze zorgplannen is een plaats voorzien voor het verhaal van de hulpvrager, waarbij gedeeld kan worden wat de hulpvrager belangrijk vindt. Nagykaldi et al. (2018) geeft mee dat een gedetailleerd persoonlijk profiel in een elektronisch dossier bij kan dragen aan het faciliteren van doelgerichte zorg. Dit persoonlijk profiel, met het verhaal van de hulpvrager, kan een plaats krijgen in het DZOP.

Enigszins opmerkelijk is dat doorheen het veldwerk geen concreet stappenplan wordt geïdentificeerd om deze vertaalslag te maken. Dit wordt eerder als een dynamisch proces geïnterpreteerd. Hierbij staan de levensdoelen centraal, maar kunnen zorgdoelen en middelen reeds summier aan bod komen. Levensdoelen verhelderen in een doelgericht gesprek is de basis om het zorg- en hulpverleningsproces verder op te bouwen. Het persoonlijke gesprek waarin de levensdoelen verhelderd worden, moet steeds centraal staan in een doelgericht zorgproces. Vervolgens worden er op basis van de levensdoelen zorgdoelen en middelen geformuleerd. Deze middelen maken deel uit van het zorgplan. Van deze levensdoelen, zorgdoelen en middelen is een registratie in het DZOP aangewezen. Als er zorgdoelen of middelen worden geformuleerd dan is het belangrijk om in dit eerste gesprek ook de 'waarom' te achterhalen. Waarom vindt een persoon een bepaald zorgdoel belangrijk? In de documentanalyse haalt Clever reeds aan dat er opgelet moet worden met de snelheid waarmee van levensdoelen tot een zorgplan wordt gekomen. In het veldwerk wordt dit aandachtspunt bevestigd. In meerdere doelgerichte gesprekken kwamen de hulpverleners reeds in het eerste doelgerichte gesprek met oplossingen

aanzetten. Hulpverleners zijn zich hier echter wel bewust van en geven zelf aan dat ze te snel met oplossing willen komen. Dit vormt een belangrijk aandachtspunt in het proces van doelgerichte zorg.

De hulpverleners geven aan dat de vertaalslag gemaakt moet worden, maar vinden het moeilijk om expliciet te benoemen hoe dit moet gebeuren en wat hen hierbij kan ondersteunen. Hulpverleners vinden het wel een ondersteuning om de waarden, levensdoelen, zorgdoelen en middelen op te splitsen. Dit maakt het voor hen duidelijk wat waaronder valt en doet hen reflecteren over de geformuleerde doelen.

Zoals eerder vermeld is het verhelderen van de levensdoelen de eerste stap in het doelgerichte hulpverleningsproces. De verheldering van deze levensdoelen vindt plaats in een eerste doelgerichte gesprek. Alle hulpverleners zijn het erover eens dat dit doelgerichte gesprek de focus moet zijn, en niet vervangen mag worden door het DZOP. De persoonlijke ontmoeting moet centraal blijven staan. Het doelgerichte gesprek heeft verschillende kenmerken, die gestaafd zijn op zowel het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk. Hulpverleners die een doelgericht gesprek voeren moeten over bepaalde communicatieve vaardigheden beschikken, zoals actief luisteren.

Aan de start van het doelgerichte gesprek wordt het doel van het gesprek uitgelegd. Hierbij wordt aangekaart dat er losgekomen mag worden van de ziekte en er ruimer gekeken mag worden naar verschillende levensgebieden. Als tweede worden ook verwachtingen met betrekking tot het gesprek besproken. Aansluitend hierop worden de rollen toegelicht, waarbij de hulpverlener aangeeft dat de hulpverlenersrol tijdens het gesprek minder centraal staat en er een gelijkwaardige relatie tussen hulpvrager en hulpverlener is. Als derde is er tijdens het gesprek ruimte om de hulpvrager zijn verhaal te laten vertellen. Hierbij wordt actief luisteren naar voren geschoven als een belangrijke attitude van de hulpverlener. De hulpvrager mag de leiding nemen in het doelgerichte gesprek. Als vierde moet tijdens het gesprek zicht gekregen worden op wat belangrijk is voor de hulpvrager. Hiervoor kunnen de tools doelgerichte zorg een leidraad bieden. Belangrijk bij deze tools is om ze niet te rigide te volgen en ze te gebruiken zoals het voor de hulpverlener en de hulpvrager natuurlijk en vlot aanvoelt. Naast de tools voor doelgerichte zorg kunnen ook sleutelvragen gesteld worden. Deze sleutelvragen kunnen mee opgenomen worden in het DZOP ter ondersteuning van het opstellen van de levensdoelen. De sleutelvragen die als nuttig en waardevol gedetecteerd worden zijn: 'Wat is een goede dag?' en 'Als je mag dromen, wat zou je dan dromen?'. Beide vragen bieden voldoende diepgang om het levensdoel helder te krijgen. Een zesde kenmerk is dat er tijdens het gesprek prioriteiten worden bepaald. Over dit zesde kenmerk zijn er verschillende meningen. Uit het veldwerk blijkt dat het bepalen van prioriteiten al in het eerste doelgerichte gesprek gebeurt, uit het literatuuronderzoek komt naar boven dat het bepalen van prioriteiten pas in een later gesprek volgt. Nagykaldis et al. (2018) geeft aan dat het zeker in de eerstelijnszorg, met de bijhorende complexe problematieken, belangrijk is om te prioriteren op specifieke noden en doelen. Doorheen het doelgerichte gesprek moet de hulpverlener er attent op zijn om niet te snel middelen en strategieën te bepalen. Daarnaast kan het gebeuren dat in het gesprek zelf geen doelen worden geformuleerd. Dit is hiervoor echter nog geen gesprek zonder doel. Het levensverhaal van de PZOV verhelderen kan zowel voor de hulpverlener als de PZOV zelf een waardevolle uitkomst van het doelgerichte gesprek zijn.

In het doelgerichte gesprek gebeurt meer dan enkel doelen definiëren, een reflectie wordt op gang gebracht. Daarom is het essentieel dat in dit gesprek voldoende tijd voorzien is en dit ook als een interventie wordt erkend. In het DZOP zou een plaats moeten zijn om belangrijke reflecties neer te schrijven die niet expliciet als levensdoel worden geformuleerd. Een voorbeeld van zo'n reflectie die in meerdere gesprekken wordt geobserveerd, is het aspect van levensduur versus levenskwaliteit. Dit

wordt niet expliciet als levensdoel benoemd, maar verschillende hulpvragers kaarten dit aan in het gesprek waarbij onder andere vroegtijdige zorgplanning wordt besproken.

Na dit eerste doelgerichte gesprek zijn nog gesprekken nodig om onder meer de zorgdoelen concreet te formuleren en de middelen en strategieën te bepalen. Hierbij kan het helpen om het doel te gaan opsplitsen in concrete en haalbare doelen. De zorgdoelen en middelen worden concreet gemaakt door te bepalen welke partner in het zorgproces welke taakinfilling op zich neemt.

In de vertaalslag van de levensdoelen, naar zorgdoelen naar een zorgplan heeft de hulpvrager een actieve rol. In doelgerichte zorg staat een gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en hulpvrager centraal, waardoor het niet meer dan logisch is om ook de hulpvrager actief te betrekken. Naast de hulpvrager betrekken, is het ook belangrijk om andere hulpverleners te betrekken in een interprofessionele samenwerking. Verschillende professionele achtergronden dragen bij tot een realisatie van de levensdoelen. Overigens halen het literatuuronderzoek, de documentanalyse als het veldwerk aan dat evaluatie deel uitmaakt van het zorgproces. De rol en de invulling van de PZOV, het interprofessioneel overlegmoment en evaluatie binnen doelgerichte zorg zijn aan bod gekomen tijdens de resultaten, maar er zijn onvoldoende resultaten bekomen om hier onderbouwde beleidsaanbevelingen over te kunnen formuleren.

3 Doelgerichte zorg in het DZOP

Doelgerichte zorg als fundament van het DZOP is een manier om doelgerichte zorg wijd te implementeren in de eerstelijnszorg. Als het DZOP volgens de basisprincipes van doelgerichte zorg opgebouwd wordt, zal de workflow zo gestuurd worden en zullen hulpverleners zich via hun dossiersysteem ondersteund voelen om doelgerichte zorg in de praktijk ook effectief waar te maken.

Een DZOP opgebouwd vanuit een visie van doelgerichte zorg draagt bij tot de implementatie van doelgerichte zorg in de praktijk (Gray et al., 2020). Indien doelgerichte zorg het uitgangspunt van het DZOP wordt, dan is het essentieel dat de visie van doelgerichte zorg in het DZOP vervat zit. Hierbij wordt de medische oriëntatie achter zich gelaten en wordt vertrokken vanuit de hulpvrager en zijn noden.

Het DZOP zal meerdere doelen hebben, waaronder faciliteren van communicatie, delen van data en mogelijk zelfs documenteren om tot terugbetaling te komen (Stanhope & Matthews, 2019). Voor hulpverleners is het belangrijk te weten welke doelen het DZOP heeft en dit ook duidelijk te communiceren.

In de inleiding werd reeds aangehaald dat levensdoelen idealiter worden geformuleerd bij de opstart van een individueel zorg- en ondersteuningsplan, waarna ze vervolgens digitaal worden gemaakt in het DZOP. Hierbij is het belangrijk dat het persoonlijke gesprek centraal blijft staan.

4 Beperkingen van het onderzoeksproject

Dit onderzoeksproject heeft zich in een eerste fase gefocust op de zorgsetting. De eerste lijn is echter breder dan enkel de zorgsector en bevat ook de welzijnssector. Er is getracht hieraan tegemoet te komen door enkele hulpverleners uit de welzijnssector, zoals sociaal werkers, te laten participeren in het veldwerk. De welzijnssector is echter breder en vraagt bijkomend onderzoek om ook deze welzijnssector mee te betrekken in de implementatie van doelgerichte zorg in het DZOP. Ook met

betrekking tot de tools doelgerichte zorg zijn voorlopig geen tools specifiek vanuit de welzijnssector geanalyseerd.

Een bijkomende beperking van dit onderzoeksproject is dat de zoekterm waarmee de wetenschappelijke literatuur doorzocht is geweest, ruim geformuleerd is. De term focust zich op doelen formuleren en minder specifiek op levensdoelen. Ook het concept van doelgerichte zorg komt er minder expliciet aan bod. Er werd echter voor deze zoekterm gekozen vanuit pragmatische redenen. De zoekstrategie was reeds uitgevoerd, wat tijdbesparende werkte om dit project met de vooropgestelde deadline uit te voeren. De ruime zoekterm heeft echter als voordeel dat er een veelheid aan artikelen is geïdentificeerd die meer inzicht verschaffen in het stellen van doelen.

5 Onderzoek voor de toekomst

Zoals eerder aangekaart is er nog onvoldoende geweten over de rol van de PZOV, de interprofessionele overlegmomenten en de plaats van evaluatie in het proces. Hiervoor zijn onvoldoende resultaten bekomen om hier gegronde uitspraken over te maken. In vervolgonderzoek kunnen deze zaken meegenomen worden.

Onderzoek in de toekomst omtrent doelgerichte zorg in het DZOP zal ofwel verbreden ofwel verdiepen. Als er verbreed wordt, dan wordt de welzijnssector actief betrokken als partner in de eerste lijn. Hierbij kan worden nagegaan op welke manier de welzijnssector vorm geeft aan het concept doelgerichte zorg. Bestaande methodieken vanuit de welzijnssector die inzetten op eigen sterktes en wensen (zoals bijvoorbeeld krachtgericht werken) kunnen onderzocht worden om de link met doelgerichte zorg te leggen. Hierbij wordt ook een screening gedaan naar tools. Vervolgens kan worden nagegaan of gasten en hulpverleners uit de welzijnssector zich gesteund voelen met de wegwijzers om tot persoonlijke levensdoelen te komen. Op deze manier wordt getracht om alle actoren uit de eerste lijn te representeren in de ontwikkeling van het DZOP.

Als er verdiept wordt, dan wordt nagegaan of de geformuleerde aanbevelingen ook in de praktijk tot resultaat zullen leiden. Een piloot test kan gestart worden om hulpverleners met een eerste doelgerichte versie van het DZOP aan de slag te laten gaan. Naast verbreden en verdiepen, zal in de toekomst ook de link gelegd worden tussen het DZOP en BelRAI. De BelRAI is een inschalingsinstrument dat in de eerste lijn gebruikt wordt om een globale beoordeling te maken van een persoon zijn fysieke, cognitieve, psychische en sociale zorgnoden. Op basis van deze beoordeling worden zorgdoelen geformuleerd en kan een zorgplan opgesteld worden. Er zal worden nagegaan hoe een doelgericht DZOP en de BelRAI elkaar kunnen aanvullen en versterken. Hiervoor zullen de nodige dwarsverbindingen worden gelegd.

Hoofdstuk 6

Aanbevelingen en Conclusie

Het opzet van dit onderzoek is om aanbevelingen te formuleren die PZOV en hulpverleners ondersteunen in het formuleren van levensdoelen in het DZOP en om het proces te beschrijven dat wordt doorlopen van de identificatie van levensdoelen tot het opstellen van zorgdoelen.

Op basis van het literatuuronderzoek, de documentanalyse en het veldwerk zijn er vijf aanbevelingen geformuleerd die PZOV en hulpverleners ondersteunen om levensdoelen te formuleren in het DZOP en om de vertaalslag van levensdoelen, naar zorgdoelen, naar middelen te maken.

Dit is slechts een eerste fase in het onderzoek rond doelgerichte zorg in het DZOP. De aanbevelingen kunnen een eerste aanzet vormen om het DZOP vorm te geven, maar vergen nog bijkomend onderzoek en moeten mogelijk nog verdiept of verbreed worden.

1 Aanbeveling 1: Erken het doelgerichte gesprek als methodiek om tot levensdoelen te komen

Het doelgerichte gesprek heeft als doel om te achterhalen wat belangrijk is in het leven van de PZOV. Hierbij verheldert de PZOV zelf zijn levensdoelen of ondersteunt de hulpverlener de PZOV in het formuleren van zijn levensdoelen. Om levensdoelen als centraal uitgangspunt van het DZOP te gebruiken, is er aparte aandacht nodig voor het doelgerichte gesprek. Door dit gesprek te erkennen als methodiek om levensdoelen te verhelderen zullen hulpverleners zich gesterkt voelen.

De tools doelgerichte zorg doen dit reeds door zich te positioneren als apart gesprek. De verschillende bestaande tools voor doelgerichte zorg kunnen gebruikt worden als werkinstrument om hulpverleners hierin te ondersteunen. De hulpverlener moet de mogelijkheid krijgen om deze tools te gebruiken zoals deze het best past binnen de hulpverlening met de betrokken hulpvrager. Deze tools dienen bijgevolg niet rigide gebruikt te worden, maar geven handvaten aan hulpverleners, die ze op hun beurt eigen kunnen maken.

De levensdoelen vormen het startpunt van het zorgproces, waarbij de zorgdoelen, het zorgplan en de bijhorende middelen en strategieën worden vastgelegd op basis van deze levensdoelen. Dit erkent het belang van het doelgerichte gesprek in het zorgproces. Daarnaast zouden de levensdoelen een centrale plaats moeten krijgen in het DZOP. Zo worden de hulpverleners bij elk contact herinnerd aan de PZOV zijn levensdoelen. Dit brengt de hulpverleners terug naar de essentie en helpt hen eraan te herinneren wat betekenisvol is voor de PZOV.

Een erkenning van het doelgerichte gesprek is mogelijk door dit gesprek te financieren. Op welke manier deze financiering moet verlopen, is een andere discussie die hier niet beantwoord kan worden. Als financiering ter sprake komt moet rekening gehouden worden met de werking en de financiering in zowel de zorgsector als de welzijnssector. Financiering mag echter niet de enige methode zijn om het doelgerichte gesprek te erkennen.

2 Aanbeveling 2: Train hulpverleners in het afnemen van doelgerichte gesprekken

Hulpverleners hebben nood aan training om de vaardigheden te ontwikkelen die nodig zijn om een doelgericht gesprek af te nemen waarbij de levensdoelen en zorgdoelen verhelderd worden. Zo moeten hulpverleners specifieke communicatievaardigheden bezitten, zoals actief luisteren, doorvragen, samenvatten en reflecteren.

Hulpverleners moeten vooreerst voeling krijgen met de PZOV om zo in te schatten welke voorbereiding aan het doelgerichte gesprek nodig is en aan welke voorbereiding de PZOV nood heeft.

Daarnaast moeten hulpverleners getraind zijn in het verhelderen van de persoonlijke doelen van de PZOV. PZOV stellen regelmatig zelf zorgdoelen en middelen voor. Hierbij is het essentieel te weten waarom de PZOV dit voorstelt. De onderliggende waarde bevraagt deze 'waarom' en biedt inzicht. Persoonlijke waarden vormen een fundamenteel onderdeel van het hulpverleningsproces om te kunnen vrijwaren dat er wordt tegemoetgekomen aan wat de PZOV belangrijk vindt in zijn leven.

Sleutelvragen kunnen zowel hulpverleners als PZOV ondersteunen om de levensdoelen en wat betekenisvol is te verhelderen. Mogelijke vragen die gesteld kunnen worden zijn:

1. Wat doe je op een dag?
2. Wat is een goede dag?
3. Als je mag dromen, wat zou je dan dromen?
4. Had je vroeger hobby's die je graag deed?
5. Vertel eens over vroeger...

Naast deze sleutelvragen kunnen hulpverleners ook actief de elementen van een levensdoel bevragen:

1. Waarde en emoties als basis voor een levensdoel
2. Het verleden, het heden en de toekomst van een individu
3. Activiteiten in verschillende levensdomeinen
4. Een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven
5. Sociale en fysieke context
6. Hanteren van een positieve formulering

Aandachtspunt!

Hulpverleners dragen eigen waarden en voorkeuren met zich mee die ze kunnen weerspiegelen op de PZOV. Hulpverleners moeten zich bewust zijn van hun eigen waarden en voorkeuren zodat deze niet onbewust worden opgedrongen aan de PZOV.

Een levensdoel wordt heel persoonlijk ingevuld en is bijgevolg erg ruim qua invulling. Hulpverleners moeten hiervoor open staan en op het eerste zicht onrealistische verwachtingen niet direct afblokken.

3 Aanbeveling 3: Ondersteun het proces van doelgerichte zorg als een dynamisch proces

Hulpverleners en PZOV ervaren het doelgerichte hulpverleningsproces niet als een lineair proces met opeenvolgende stappen maar eerder als een dynamisch proces.

Het eerste doelgerichte gesprek tracht te achterhalen wat belangrijk is in het leven van de PZOV. Hierbij is ruimte om de PZOV zijn verhaal te laten brengen. Dit kan door levensdoelen op te stellen of waarden te achterhalen. Het formuleren van levensdoelen is echter geen vereiste om een waardevol gesprek te

voeren. Bijgevolg wordt er niet in elk doelgerichte gesprek noodzakelijk tot levensdoelen gekomen. Overigens is het mogelijk dat in het doelgerichte gesprek zorgdoelen, middelen en strategieën reeds aan bod komen.

Zaken die in het gesprek aan bod komen, moeten geregistreerd kunnen worden. De registratie van dit eerste doelgerichte gesprek moet ruimer zijn dan enkel het registreren van levensdoelen. Er moet reeds ruimte zijn om zorgdoelen, middelen en strategieën een plaats te geven. Elk doelgericht gesprek heeft een eigen dynamiek en het DZOP moet deze persoonlijke dynamiek ondersteunen door de hulpverleners de mogelijkheid te geven om op elk moment van het hulpverleningsproces zowel de levensdoelen, zorgdoelen, middelen als strategieën in te vullen.

In dit dynamisch proces moet ook ruimte zijn voor flexibiliteit. Levensdoelen zijn niet statisch en veranderen doorheen iemands leven. Een verandering van deze levensdoelen leidt mogelijks ook tot een wijziging in de zorgdoelen en het zorgplan. Een PZOV moet steeds in de mogelijkheid zijn om een wijziging in de levensdoelen in het DZOP aan te geven.

De afnamen van de tools voor doelgerichte zorg maken deel uit van dit dynamisch proces. Daarom adviseren we om deze tools mee te integreren in het DZOP. Dit kan door de elementen of de sleutelvragen expliciet te maken in het DZOP. Door de tools in het DZOP te includeren wordt er gegarandeerd dat hulpverleners ondersteund worden in het proces van doelgerichte zorg.

Aandachtspunt!

Het is eigen aan hulpverleners om snel middelen en strategieën te bepalen om het levensdoel te realiseren. Hulpverleners moeten hier alert op gemaakt worden dat ze niet te snel strategieën willen bepalen om het levensdoel te bereiken vooraleer ze concreet weten wat dit levensdoel inhoudt voor de PZOV.

4 Aanbeveling 4: Splits waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan concreet op

Hulpverleners vinden het moeilijk om het onderscheid te maken tussen levensdoelen, zorgdoelen en middelen. Zeker hulpverleners die niet bekend zijn met de visie van doelgerichte zorg kunnen hier moeilijkheden bij ervaren. Door levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan, met bijhorende middelen en strategieën concreet op te splitsen in het DZOP wordt een structuur aangeboden. Dit ondersteunt hulpverleners om de verschillende concepten los van elkaar te zien en biedt inzicht in de samenhang tussen de verschillende concepten. De opsplitsing kan ondersteund worden door een voorbeeld van een levensdoel, zorgdoel en middel te voorzien.

Een bijkomende aanbeveling is om de waarden mee te nemen in deze opsplitsing. Door een concrete plek voor de waarden te voorzien zal hier meer oog voor zijn. De waarden bepalen op hun beurt mee het levensdoel en het verdere zorgproces.

Aandachtspunt!

Het opsplitsen van waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan biedt hulpverleners een structuur en houvast. Deze structuur mag echter niet te rigide zijn, anders gaat het dynamische proces van doelgerichte zorg verloren.

5 Aanbeveling 5: Voorzie vrije tekstvelden in het DZOP om het verhaal van de PZOV te brengen

Aansluitend op aanbeveling vier, volgt aanbeveling vijf. Een voorstel tot een structuur wordt gemaakt, maar hierin moet er de vrijheid zijn om vrije tekstvelden te gebruiken.

Het persoonlijke gesprek staat centraal in een doelgerichte zorgverlening en dit persoonlijke gesprek kan enkel gecapteerd worden in vrije tekstvelden. De PZOV moet in de mogelijkheid zijn om de persoonlijke, betekenisvolle doelen te uiten in zijn eigen woorden. Hierbij kunnen de vrije tekstvelden ondersteund worden door de elementen van een levensdoel of de sleutelvragen. Dit geeft inspiratie aan de hulpverlener of de PZOV die het DZOP invult.

Classificeren en categoriseren doen teniet aan het unieke, individuele verhaal van elke PZOV. Keuzelijsten, afvinklijsten en vooropgestelde doelen in een elektronisch dossier zijn niet in staat om de persoonlijke en unieke doelen te bevatten. Elektronische dossiers die hier niet in tegemoetkomen, eisen extra tijd van hulpverleners, waardoor minder tijd is om doelgerichte zorg in de praktijk te implementeren. Daarom wordt het voorzien van vrije tekstvelden als aanbeveling naar voren geschoven.

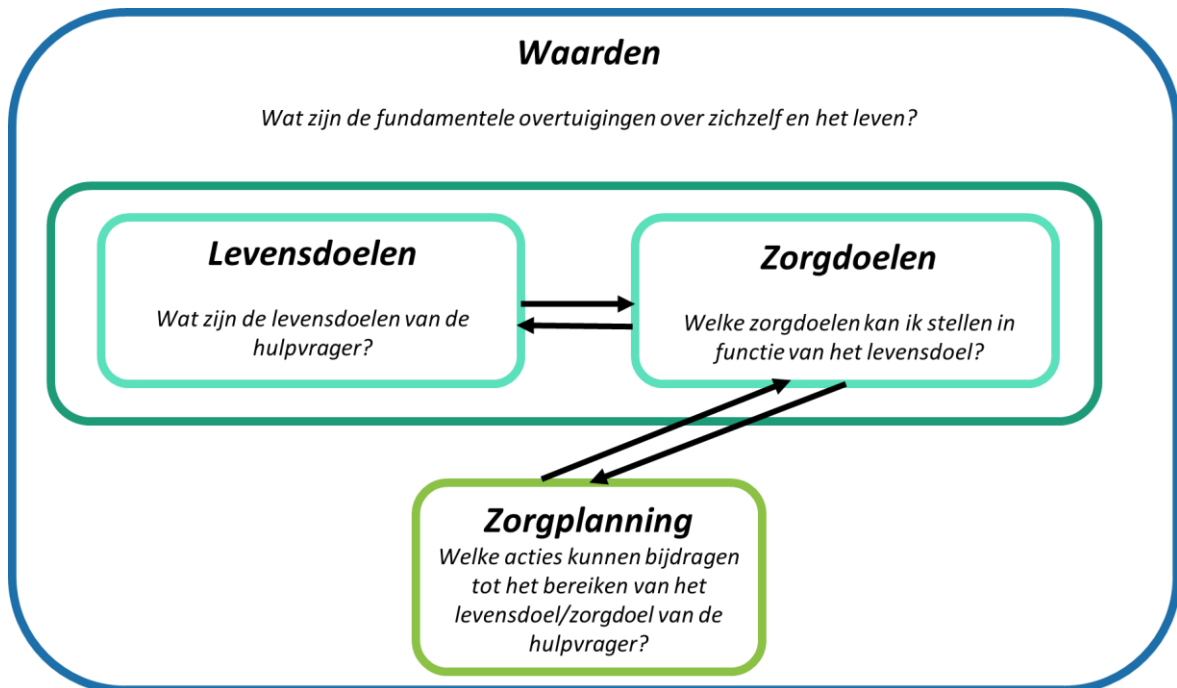
Bijkomend moet de PZOV eigenaarschap hebben over zijn eigen DZOP. De PZOV moet dus toegang hebben tot het eigen DZOP en in de mogelijkheid zijn om zelf zijn levensdoelen in het DZOP in te geven of aan te passen. De keuzevrijheid om het eigen DZOP al dan niet te raadplegen en aan te passen ligt bij de PZOV.

6 Conclusie

Doelgerichte zorg faciliteren via het DZOP is mogelijk. Hierbij moet het doelgerichte gesprek tussen de PZOV en de hulpverlener centraal blijven staan en dient het DZOP als ondersteuning van dit gesprek. Levensdoelen formuleren is hierbij een centraal onderdeel. Levensdoelen bevatten zes verschillende elementen: waarden en emoties als basis voor een levensdoel; het verleden, het heden en de toekomst van een individu; activiteiten in verschillende levensdomeinen; sociale en fysieke context; een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven; een levensdoel hanteert een positieve formulering. Deze kenmerken zijn in een levensdoel meestal geïntegreerd tot één geheel. Het actief bevragen van deze elementen kan PZOV en hulpverleners ondersteunen om een levensdoel te formuleren. Dit kan door onder andere een tool voor doelgerichte zorg te hanteren, of door een sleutelvraag zoals 'Wat is een goede dag?' te stellen. Nadat de levensdoelen duidelijk zijn, worden in een opvolgesprek de zorgdoelen en de middelen bepaald die bijdragen aan het bereiken van de levensdoelen. Het kan gebeuren dat in het eerste doelgerichte gesprek de zorgdoelen en middelen reeds aan bod komen. Dit moet niet uit de weg gegaan worden en mogen al kort benoemd worden, maar het concretiseren ervan gebeurt nog niet in het eerste doelgerichte gesprek. Het concreet maken van de zorgdoelen en middelen gebeurt in een opvolgesprek. Levensdoelen, zorgdoelen en middelen worden idealiter na het eerste doelgerichte gesprek in een interprofessioneel overlegmoment besproken met de betrokken partijen, dit kan bijdragen aan het concretiseren van de zorgdoelen en de middelen.

Het concreet beschrijven van een stappenplan of workflow die hulpverleners doorlopen bij de vertaalslag van levensdoelen, naar zorgdoelen, naar middelen kan niet beschreven worden. Een eerste

aanzet hiertoe wordt wel gegeven door het actief opsplitsen van waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan met middelen en strategieën (Figuur 9).



Figuur 9 Eerste aanzet workflow

Referenties

- Aaron, M., Nelson, B., Kaltsas, E., Brown, R., Thomas, L., & Patel, M. (2017). Impact of Goal Setting and Goal Attainment Methods on Asthma Outcomes: Findings From an Asthma Self-Management Intervention for African American Women. *Health Education & Behavior, 44*(1), 103–112. <https://doi.org/10.1177/1090198116637858>. Impact
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). Conferentie eerstelijnszorg: reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. In *Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn 2/80*.
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(10), 854–857. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
- Berntsen, G., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrøvseth, S. O., Brattland, T., & Rumpfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research, 19*(682), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4397-2>
- Berntsen, G., Gammon, D., Steinsbekk, A., Salamonsen, A., Foss, N., Ruland, C., & Fønnebø, V. (2015). How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open, 5*(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009403>
- Berntsen, Gro, Høyem, A., Lettrem, I., Ruland, C., Rumpfeld, M., & Gammon, D. (2018). A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Services Research, 18*(479), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
- Beverly, E. A. (2008). *Incorporating comorbidity, values and preferences into clinical care guidelines designed for older adults living with type 2 diabetes* (Issue August).
- Bloom, L. F., Lapierre, N. M., Wilson, K. G., Curran, D., Deforge, D. A., & Blackmer, J. (2006). Concordance in goal setting between patients with multiple sclerosis and their rehabilitation team. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(10), 807–813. <https://doi.org/10.1097/01.phm.0000237871.91829.30>
- Boeckxstaens, P. (2014). *Multimorbidity : A quantitative and qualitative exploration in primary care*.
- Boeckxstaens, P., Willems, S., Lanssens, M., Decuyper, C., Brusselle, G., Kühlein, T., De Maeseneer, J., & De Sutter, A. (2016). A Qualitative Interpretation of Challenges Associated with Helping Patients with Multiple Chronic Diseases Identify Their Goals. *Journal of Comorbidity, 6*(2), 120–126. <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.64>
- Boldy, D., & Silfo, E. (2006). Chronic Disease Self-Management by People from Lower Socio-Economic Backgrounds: Action Planning and Impact. *Journal of Integrated Care, 14*(4), 19–25. <https://doi.org/10.1108/14769018200600027>
- Bouwens, S. F. M., van Heugten, C. M., & Verhey, F. R. J. (2009). The practical use of goal attainment scaling for people with acquired brain injury who receive cognitive rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 23*(4), 310–320. <https://doi.org/10.1177/0269215508101744>
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal, 9*(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Carey, K. B. (1996). Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Mental Health Journal, 32*(3), 291–306. <https://doi.org/10.1007/BF02249430>
- Charette, S. L., Garcia, M. B., & Reuben, D. B. (2015). Goal-Oriented Care. *Psychology and Geriatrics: Integrated Care for an Aging Population, 1*–19. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420123-1.00001-0>

- Collins, S. E., Grazioli, V. S., Torres, N. I., Taylor, E. M., Jones, C. B., Hoffman, G. E., Haelsig, L., Zhu, M. D., Hatsukami, A. S., Koker, M. J., Herndon, P., Greenleaf, S. M., & Dean, P. E. (2015). Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Addictive Behaviors, 45*, 184–190. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.001>. Qualitatively
- Council, L. S., Geffken, D., Valeras, A. B., Orzano, A. J., Rechisky, A., & Anderson, S. (2012). A medical home: Changing the way patients and teams relate through patient-centered care plans. *Families, Systems and Health, 30*(3), 190–198. <https://doi.org/10.1037/a0029832>
- Eysen, I. C. J. M., Dekker, J., De Groot, V., Steultjens, E. M. J., Knol, D. L., Polman, C. H., & Steultjens, M. P. M. (2014). Client-centred therapy in multiple sclerosis: More intensive diagnostic evaluation and less intensive treatment. *Journal of Rehabilitation Medicine, 46*(6), 527–531. <https://doi.org/10.2340/16501977-1797>
- Farin, E., Frey, C., Glattacker, M., & Jäckel, W. H. (2007). Goals in Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 27*(3), 180–188. <https://doi.org/10.1097/01.hcr.0000270684.96689.77>
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research, 16*(3), 377–394. <https://doi.org/10.1177/1049732305285708>
- 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. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- Ford, J. A., Lenaghan, E., Salter, C., Turner, D., Shiner, A., Clark, A. B., Murdoch, J., Green, C., James, S., Koopmans, I., Lipp, A., Moseley, A., Wade, T., Winterburn, S., & Steel, N. (2019). Can goal-setting for patients with multimorbidity improve outcomes in primary care? Cluster randomised feasibility trial. *BMJ Open, 9*(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025332>
- Gray, C. S., Grudniewicz, A., Armas, A., Mold, J., Im, J., & Boeckxstaens, P. (2020). Goal-oriented care: A catalyst for person-centred system integration. *International Journal of Integrated Care, 20*(4), 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.5520>
- Grudniewicz, A., Nelson, M., Kuluski, K., Lui, V., Cunningham, H. V., Nie, J. X., Colquhoun, H., Wodchis, W. P., Taylor, S., Loganathan, M., & Upshur, R. E. (2016). Treatment goal setting for complex patients: Protocol for a scoping review. *BMJ Open, 6*(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011869>
- Huang, E. S., Gorawara-Bhat, R., & Chin, M. H. (2005). Self-reported goals of older patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(2), 306–311. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53119.x>
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van Der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online), 343*(7817). <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Irvine, L. M. (2016). A person centred care plan – or a plan for patient care? *International Journal of Integrated Care, 16*(6), 289. <https://doi.org/10.5334/ijic.2837>
- Karel, M. J., Mulligan, E. A., Walder, A., Martin, L. A., Moye, J., & Naik, A. D. (2016). Valued life abilities among veteran cancer survivors. *Health Expectations, 19*(3), 679–690. <https://doi.org/10.1111/hex.12343>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics, 34*(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- King, M. J., & Lockey, R. F. (2006). How best to diagnose and control asthma in the elderly. *Journal of Respiratory Disease, 27*, 238–247.
- Kuluski, K., Gill, A., Naganathan, G., Upshur, R., Jaakkimainen, R. L., & Wodchis, W. P. (2013). A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. *BMC Family Practice, 14*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-133>

- Kus, S., Müller, M., Strobl, R., & Grill, E. (2011). Patient goals in post-acute geriatric rehabilitation : Goal attainment is an indicator for improved functioning. *Journal of Rehabilitation Medicine, 43*(2), 156–161. <https://doi.org/10.2340/16501977-0636>
- Lenzen, S. A., Daniëls, R., Van Bokhoven, M. A., Van Der Weijden, T., & Beurskens, A. (2017). Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLoS ONE, 12*(11), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188822>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lewis, V. J., Dell, L., & Matthews, L. R. (2013). Evaluating the feasibility of goal attainment scaling as a rehabilitation outcome measure for veterans. *Journal of Rehabilitation Medicine, 45*(4), 403–409. <https://doi.org/10.2340/16501977-1131>
- Lim, C. Y., Berry, A. B. L., Hirsch, T., Hartzler, A. L., Wagner, E. H., Ludman, E. J., & Ralston, J. D. (2017). Understanding What Is Most Important to Individuals with Multiple Chronic Conditions: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Journal of General Internal Medicine, 32*(12), 1278–1284. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4154-3>
- Malec, J. F. (2019). Polytrauma Transitional Rehabilitation in the Veterans Administration: Implementing the Principles of Person-Centered, Participation-Oriented Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 34*(3), 135–140. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000456>
- Mann, C., Shaw, A., Wye, L., Salisbury, C., & Guthrie, B. (2018). A computer template to enhance patient-centredness in multimorbidity reviews: A qualitative evaluation in primary care. *British Journal of General Practice, 68*(672), e495–e504. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X696353>
- Maybery, D. J., Goodyear, M. J., Reupert, A. E., & Harkness, M. K. (2012). Goal setting within family care planning: Families with complex needs. *Medical Journal of Australia, 1*(April), 37–40. <https://doi.org/10.5694/mjao11.11179>
- Mee-Lee, D. (2001). Treatment planning for dual disorders. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 5*(1), 52–79. <https://doi.org/10.1080/15487760108415423>
- Mold, J., Blake, G., & Becker, L. (1991). Goal-oriented medical care. *Family Medicine, 23*(1), 46–51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2001782/>
- Mortelmans, D. (2009). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. <http://library.wur.nl/WebQuery/clc/1975641>
- Müller, M., Strobl, R., & Grill, E. (2011). Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: Goal achievement is an indicator for improved functioning. *Journal of Rehabilitation Medicine, 43*(2), 145–150. <https://doi.org/10.2340/16501977-0652>
- Muth, C., Blom, J. W., Smith, S. M., Johnell, K., Gonzalez-Gonzalez, A. I., Nguyen, T. S., Brueckle, M. S., Cesari, M., Tinetti, M. E., & Valderas, J. M. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *Journal of Internal Medicine, 285*(3), 272–288. <https://doi.org/10.1111/joim.12842>
- Muth, Christiane, van den Akker, M., Blom, J. W., Mallen, C. D., Rochon, J., Schellevis, F. G., Becker, A., Beyer, M., Gensichen, J., Kirchner, H., Perera, R., Prados-Torres, A., Scherer, M., Thiem, U., van den Bussche, H., & Glasziou, P. P. (2014). The Ariadne principles: How to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine, 12*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0223-1>
- Nagykaldi, Z. J., Tange, H., & De Maeseneer, J. (2018). Moving from problem-oriented to goal-directed health records. *Annals of Family Medicine, 16*(2), 155–159. <https://doi.org/10.1370/afm.2180>
- Naik, A. D., Dindo, L. N., Van Liew, J. R., Hundt, N. E., Vo, L., Hernandez-Bigos, K., Esterson, J., Geda, M., Rosen, J., Blaum, C. S., & Tinetti, M. E. (2018). Development of a Clinically Feasible Process for Identifying Individual Health Priorities. *Journal of the American Geriatrics Society, 66*(10), 1872–1879. <https://doi.org/10.1111/jgs.15437>

- Naik, A. D., Martin, L. A., Moye, J., & Karel, M. J. (2016). Health Values and Treatment Goals of Older, Multimorbid Adults Facing Life-Threatening Illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(3), 625–631. <https://doi.org/10.1111/jgs.14027>
- Oksavik, J. D., Aarseth, T., Solbjør, M., & Kirchhoff, R. (2021). ‘What matters to you?’ Normative integration of an intervention to promote participation of older patients with multi-morbidity – a qualitative case study. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06106-y>
- Power, E., Anderson, A., & Togher, L. (2011). Applying the WHO ICF framework to communication assessment and goal setting in Huntington’s Disease: A case discussion. *Journal of Communication Disorders*, *44*(3), 261–275. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.12.004>
- Rothery, D., Wrate, R., McCabe, R., Aspin, J., & Bryce, G. (1995). Treatment goal-planning: Outcome findings of a British prospective multi-centre study of adolescent inpatient units. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *4*(3), 209–220. <https://doi.org/10.1007/BF01980459>
- Salisbury, C., Man, M. S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D. M., Brookes, S., Fitzpatrick, B., Gardner, C., Hollinghurst, S., Lee, V., McLeod, J., Mann, C., Moffat, K. R., & Mercer, S. W. (2018). Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *The Lancet*, *392*(10141), 41–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31308-4)
- Salter, C., Shiner, A., Lenaghan, E., Murdoch, J., Ford, J. A., Winterburn, S., & Steel, N. (2019). Setting goals with patients living with multimorbidity: Qualitative analysis of general practice consultations. *British Journal of General Practice*, *69*(684), E479–E488. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704129>
- Schäfer, I., Kaduszkiewicz, H., Mellert, C., Löffler, C., Mortsiefer, A., Ernst, A., Stolzenbach, C. O., Wiese, B., Abholz, H. H., Scherer, M., Van Den Bussche, H., & Altiner, A. (2018). Narrative medicine-based intervention in primary care to reduce polypharmacy: Results from the cluster-randomised controlled trial MultiCare AGENDA. *BMJ Open*, *8*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017653>
- Stanhope, V., & Matthews, E. B. (2019). Delivering person-centered care with an electronic health record. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0897-6>
- Tamburro, R. F., Shaffer, M. L., Hahnen, N. C., Felker, P., & Ceneviva, G. D. (2011). Care goals and decisions for children referred to a pediatric palliative care program. *Journal of Palliative Medicine*, *14*(5), 607–613. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0450>
- Thorsteinsdottir, B., Swetz, K. M., & Albright, R. C. (2015). The ethics of chronic dialysis for the older patient: Time to reevaluate the norms. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *10*(11), 2094–2099. <https://doi.org/10.2215/CJN.09761014>
- Tinetti, M. E., Esterson, J., Ferris, R., Posner, P., & Blaum, C. S. (2016). Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Clinics in Geriatric Medicine*, *32*(2), 261–275. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.01.012>
- Turner-Stokes, L., Williams, H., & Johnson, J. (2009). Goal attainment scaling: Does it provide added value as a person-centred measure for evaluation of outcome in neurorehabilitation following acquired brain injury? *Journal of Rehabilitation Medicine*, *41*(7), 528–535. <https://doi.org/10.2340/16501977-0383>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. In *Nursing and Health Sciences* (Vol. 15, Issue 3, pp. 398–405). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, *13*(JANUARY-MARCH 2). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Van Dongen, J. J. J., Van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., Van Der Weijden, T., Emonts, W. W. G. P., & Beurskens, A. (2016). Developing interprofessional care plans in chronic care: A scoping review. *BMC Family Practice*, *17*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0535-7>
- Verlinde, C., & De Maeseneer, J. (2017). *De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!* (p. 25).

- 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*(2), 528–538. <https://doi.org/10.1111/hex.12647>
- Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg. (2020). *Nieuwsbrief december 2020* (Issue december 2020, pp. 1–5).
- Vlaamse Regering. (2014). Regeerakkoord Vlaamse Regering 2014-2019. *Publicatie Vlaamse Overheid*, 167.
- Vlaamse Regering. (2019). *Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg , de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*.

Bijlagen

Bijlage 1. Geïnformeerde toestemming

pagina 4 van 4

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

<p>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.</p>
<p>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 relatie met de onderzoeker.</p>
<p>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.</p>
<p>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 onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.</p>

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) Ik stem ermee in deel te nemen aan het gesprek met mijn zorgverlener om mijn persoonlijke doelen in kaart te brengen (opgenomen op audio/video). | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ik stem ermee in dat mijn persoonlijke doelen, die opgesteld worden tijdens het gesprek met mijn zorgverstreker uitgeschreven worden en nadien gecommuniceerd worden naar mijn andere zorgverstrekkers. | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ik stem ermee in deel te nemen aan het interprofessioneel overleg waarin mijn persoonlijke doelen worden vertaald naar zorgdoelen (opgenomen op audio/video). | <input type="checkbox"/> |
| 4) Ik stem ermee in deel te nemen aan een diepte-interview dat peilt naar mijn ervaring over het proces van doelgerichte zorg (opgenomen op audio). | <input type="checkbox"/> |

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de 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

<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>

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 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 relatie met de onderzoeker.
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 onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Ik stem ermee in het gesprek met mijn hulpvrager te voeren om persoonlijke doelen te verhelderen (opgenomen op audio/video). | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ik stem ermee in een interprofessioneel overleg te voeren waarin de persoonlijke doelen van de hulpvrager worden omgezet in zorgdoelen (opgenomen op audio/video). | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ik stem ermee in deel te nemen aan focusgroepen/ diepte-interviews waarin gepeild wordt naar mijn ervaring over het proces van doelgerichte zorg (opgenomen op audio/video). | <input type="checkbox"/> |

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de 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.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>

Bijlage 2. Observatieschema

Aandachtspunt	Uitleg	Observatie <i>Cursief: quotes uit het gesprek, oranje=hulpverlener, blauw=hulpvrager</i>
Plaats	Waar?	
Tijd	Start, einde, duur	
Actor	Wie is aanwezig?	
Object	Worden er tools gebruikt? Welke tools?	
Actie	Alleenstaande acties van mensen (Is men voorbereid? Onderbrekingen?...)	
Activiteit	Een reeks samenhangende dingen die mensen doen (Hoe start het gesprek? Wie neemt de leiding in het gesprek? Wie bepaalt de prioriteiten? ...)	
«What matters to you?»	Hoe wordt de vraag 'what matters to you' gesteld? Hoe wordt er geantwoord?	
Welke levensdoelen worden geformuleerd?		
Doel	De dingen die mensen proberen te bereiken (Tot wat wordt er gekomen? Wie bepaalt dat het doel is bereikt?...)	
Gebeurtenis	Een reeks samenhangende activiteiten die mensen doen (Hoe verloopt het gesprek?)	
Gevoel	De emoties die mensen voelen en uitdrukken	
Wat deed de hulpverlener om de PZOV te laten participeren?		
Wat deed de hulpvrager om te participeren?		
Waren er tekens van minder participatie door de PZOV?		
Extra		

Bijlage 3. Reflectieopdracht 1

Opdracht 1: Levensdoelen in kaart brengen

Beste deelnemer,

Graag vragen we je om op zoek te gaan naar **drie hulpvragers** waarbij voor jou de hulpvraag niet helemaal duidelijk is of je weerstand ervaart bij deze persoon of de prioriteit in de behandeling niet meer helemaal duidelijk is. Plan met deze personen **een doelgericht gesprek**. Voorzie hiervoor ongeveer een uur tot anderhalf uur de tijd. Je kan hierbij gebruik maken van een tool voor doelgerichte zorg uit het pakket, maar dit is zeker geen verplichting. In het kader van een onderzoek naar levensdoelen in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan, vragen we je om jouw **doelgericht gesprek telkens op te nemen** bij voorkeur met video of met audio.

*! Belangrijk: Vraag aan de hulpvrager vooraf of je het gesprek met video of audio mag opnemen in het kader van een onderzoek. Laat de persoon de **informatiebrief** ondertekenen waarin hij hiertoe zijn toestemming geeft.*

*Wens je graag **ondersteuning bij het opnemen van jouw gesprek**? Neem dan gerust contact op met Lotte via lotte.vanneste@ugent.be of 0472 08 08 60. Ons team staat voor je klaar!*

Na afloop van elk doelgericht gesprek vragen we je onderstaande vragen te beantwoorden. Deze vragen dienen ter reflectie van jouw ervaring. We raden je daarom aan om deze vragen liefst zo kort mogelijk na jouw gesprek met de persoon in te vullen. Nadien vragen we je om deze **reflectie te bezorgen via mail** aan lotte.vanneste@ugent.be

Deze reflectie zal aan het begin van het volgende lesmoment dienen als houvast om elkaars ervaringen te delen tijdens een intervisiemoment.

Hulpvrager 1

- 1) Hoe verliep het voor jou om een gesprek te starten met de persoon op basis van de zaken die belangrijk zijn in zijn/haar leven?

- 2) Hoe reageerde de persoon op de manier waarop je met hem/haar in contact ging? *Dit kan zowel expliciet zijn (bv: de persoon merkt op dat je op een andere manier met hem in gesprek gaat en maakt hier opmerkingen over) alsook impliciet (bv: je merkt door de vragen die je stelt dat de persoon anders reageert of een andere houding aanneemt in het contact met u).*

3) Welk doel of welke doelen heb je samen met de persoon opgesteld?

Doel 1:

Doel 2:

Doel 3:

Mogelijks kwamen jullie niet tot het stellen van doelen. Je kan hieronder kort noteren waarom er volgens jou geen doelen werden gesteld:

4) Hoe was het om met de persoon 1 of meerdere concrete doelen te formuleren? Verliep het concretiseren vlot?

Ja/Neen, omdat... _____

5) Ben je tevreden over de doelen die werden gesteld?

Ja/Neen, omdat... _____

Bijlage 4. Interviewschema patiënten interviews

Introductie

Voor de start van het eigenlijke interview zal het doel van het onderzoek en het interview gekaderd worden. Schetsen van de thema's die aan bod zullen komen en tijd dat het interview in beslag zal nemen. *'Er zal tijdens het interview gevraagd worden naar uw ervaring omtrent het doel-verhelderende gesprek dat u had met uw hulpverlener. Het interview zal ongeveer 30min. in beslag nemen'*. Er zal duidelijk aangehaald worden dat er geen foutieve antwoorden zijn en dat er op een vertrouwelijke manier zal omgegaan worden met de verkregen informatie uit het interview. Doorheen het interview zal de interviewer er aandacht voor hebben dat de vooropgestelde tijdsinvestering gerespecteerd wordt.

Ervaring van het doel-verhelderende gesprek:

Kan u om te beginnen eens in een paar zinnen zeggen wat u van het gesprek vond? Hoe verliep dat voor u?

U heeft onlangs een gesprek gevoerd met uw hulpverlener over uw levensdoelen. Hoe ervaaarde u dat gesprek?

1) Wat liep er moeilijk voor u tijdens dit gesprek? Wat vond u makkelijk?

Waar botste u op tijdens het interview?

Indien makkelijk:

- Zijn er bepaalde handelingen of vragen die de hulpverlener gebruikte die ervoor zorgde dat u de belangrijkste zaken voor u gemakkelijk kon formuleren?
- Werden er hulpmiddelen gebruikt die ervoor zorgde dat u gemakkelijk zaken kon benoemen die voor u belangrijk zijn?
- Zijn er bepaalde omgevings-/ contextaspecten die het voor u vergemakkelijkte om die belangrijke zaken te verhelderen?

Indien moeilijk:

- Zijn er bepaalde vragen waarop u het moeilijk vond op te antwoorden?
- Zijn er bepaalde omgevings-/contextaspecten die ervoor zorgde dat het moeilijk was om belangrijke zaken voor u te verhelderen?
- Wat zou er voor u zorgen dat het makkelijker zou zijn om die belangrijke zaken te benoemen?

Vorbereiding voor het doel-verhelderende gesprek:

Vond u uzelf goed voorbereid? (inspelen op vorig antwoord)

- 1) Op welke manier werd u al dan niet voorbereid? (zelf/ door hulpverlener)
- 2) Voelde u zich voldoende voorbereid op het voeren van dit gesprek?

Indien ja:

- Kan u iets meer vertellen over deze voorbereiding, wat hield deze in?
- Leverde deze voorbereiding een meerwaarde voor u in het gesprek waarin voor u uw belangrijke dingen verhelderd werden?
- Wat zorgde ervoor dat dit een meerwaarde was voor u?
- Wat miste u in de voorbereiding van dit gesprek?

Indien nee:

- Had u het gevoel dat u een voorbereiding miste aan het doel-verhelderende gesprek?

Indien ja:

- Hoe zou zo'n voorbereiding ervoor u moeten uitzien?
- Welke aspecten zijn voor u belangrijk om goed voorbereid te zijn aan dit gesprek?

Indien nee:

- Vragen naar waarom, vragen of men iets meer kan vertellen waarom het voor hen niet nodig is om voorbereid te worden op zo'n gesprek.

Waarover moet iemand volgens u beschikken om zo'n gesprek te voeren?

Levensdoelen

Heeft u het gevoel dat u de zaken die voor u belangrijk zijn samen met uw hulpverlener hebt kunnen verhelderen? Waarom wel/ niet?

- 1) Is er tijdens dit gesprek duidelijk geworden wat er belangrijk is in jouw leven?
- 2) Herken je jezelf in deze zaken? Op welke manier?
- 3) Denk je dat je omgeving op de hoogte is van deze zaken?
 - In welke mate vind je het belangrijk dat personen uit je omgeving of je hulpverlener die zaken over jou weet?

Wat deed zo'n gesprek met jou? Welk gevoel heb je over gehouden aan dit gesprek?

Vindt u het belangrijk om uw levensdoelen met de hulpverlener te bespreken? Waarom wel/ waarom niet?

Belang van het doel-verhelderende gesprek voor de hulpvrager:

Welke rol speelde voor u de persoon waarmee je dat gesprek voerde?

- 1) Zou het voor u een verschil maken met wie u zo'n gesprek zou voeren?
- 2) Met wie zou u het liefst zo'n gesprek voeren?
- 3) Voelde u zich betrokken bij het gesprek met de persoon?

Slot:

Heeft u alles kunnen delen wat u wilde delen?

- 1) Is het volgens u zinvol om op zo'n manier gesprekken te voeren?
- 2) Wil je in dit gesprek graag nog iets delen?

Ik wil jullie graag bedanken voor uw deelname aan het interview.

Zijn er nog aspecten waar u graag op zou willen terugkomen of die u graag zou willen aanvullen binnen het kader van dit interview?

Heeft u nog vragen over mij met betrekking tot het interview?

Bijlage 5. Reflectieopdracht 2

Opdracht 2: Van levensdoelen naar zorgdoelen naar middelen

Beste deelnemer,

Momenteel heb je bij één of meerdere hulpvragers een gesprek gehad omtrent hun levensdoelen. Zowel uit de vorige opdracht als tijdens de gesprekken uit lesmoment 2, werd het duidelijk dat het geen evidentie is om levensdoelen op papier te krijgen. Als hulpverlener is het een kunst om op maat en op het tempo van de hulpvrager de gepaste begeleiding te bieden. Een eerste stap hierin is de tijd nemen om de hulpvrager te leren kennen en te achterhalen wat er toe doet in zijn/haar leven. Wanneer **de hulpvrager geformuleerd heeft wat zijn levensdoelen zijn**, kunnen we ons **als hulpverlener de vraag stellen welke zorgdoelen hierbij aansluiten & met welke middelen we dit kunnen nastreven/realiseren**. Dit **proces** in doelgerichte zorg is wat we tijdens lesmoment 2 beschreven als de weg van **levensdoelen** naar **zorgdoelen** en **middelen**.

We illustreren dit proces kort nog even met voorbeelden die gebaseerd zijn op doelen die we van jullie kregen in opdracht 1:

Levensdoel: *Ik (de hulpvrager) wil graag zo lang mogelijk met mijn partner thuis kunnen blijven wonen.*

↳ *Mogelijke onderliggende waarden: geborgenheid, vertrouwen, privacy...*

Zorgdoel: *Behouden van de lichamelijke mogelijkheden & voorkomen van valrisico's.*

Middelen: *Meneer en z'n mantelzorgers zouden graag meer info willen over een inloopdouche, voor moest zijn achteruitgaande toestand dit vereisen.*

Levensdoel: *Het sociaal contact dat ik in het buurthuis had dankzij mijn vrijwilligerswerk, gaf mij enorm veel energie en voldoening. Dat mis ik nu heel erg.*

↳ *Mogelijke onderliggende waarden: verbondenheid, zorgen voor, engagement...*

Zorgdoel: *Herstellen van het sociaal engagement & participatie.*

Middelen: *Mevrouw wordt doorverwezen naar twee organisaties uit de buurt waar de wens om opnieuw vrijwilligerswerk op te nemen, zal worden besproken.*

Graag stellen we hieronder **enkele vragen hoe je momenteel kijkt naar de situatie van jouw hulpvragers. Waar zit je met hen in dit proces? Werden er levensdoelen benoemd door de hulpvrager? Merk je misschien op dat jullie een stap in het proces hebben overgeslagen?** Door het beantwoorden van deze vragen hopen we jullie meer inzicht te kunnen bieden in de levensdoelen, zorgdoelen en middelen in de situatie van de hulpvrager.

Na het invullen van deze **reflectie**, vragen we je om dit te **bezorgen via mail** tegen 15 maart aan lotte.vanneste@ugent.be Deze reflectie zal tijdens het volgende lesmoment dienen als houvast om elkaars ervaringen te delen.

Hulpvrager 1

- 1) Wat heb je uit het eerste gesprek gehaald? Denk hierbij aan wat werd gezegd tijdens lesmoment 2: *“Het is niet omdat ik geen doelen heb, dat dit een gesprek zonder doel was.”*

- 2) Geef hieronder een overzicht van de **levensdoelen** van de hulpvrager die uit het eerste gesprek naar boven kwamen. Deel ze op in levensdoelen die expliciet in het gesprek naar boven kwamen (door de cliënt letterlijk benoemd) en levensdoelen die impliciet naar boven kwamen (wat ik als hulpverlener tussen de lijnen lees).

Expliciet (door de hulpvrager letterlijk benoemd):

Impliciet (wat ik als hulpverlener tussen de lijnen lees):

Hoe ben je tot de levensdoelen gekomen die niet expliciet aan bod kwamen?

- 3) Welke **waarden** schuilen er achter de levensdoelen? Wat is er belangrijk voor de persoon? Deel ze op in waarden die expliciet in het gesprek naar boven kwamen en waarden die impliciet naar boven kwamen.

Expliciet (door de hulpvrager letterlijk benoemd):

Impliciet (wat ik als hulpverlener tussen de lijnen lees):

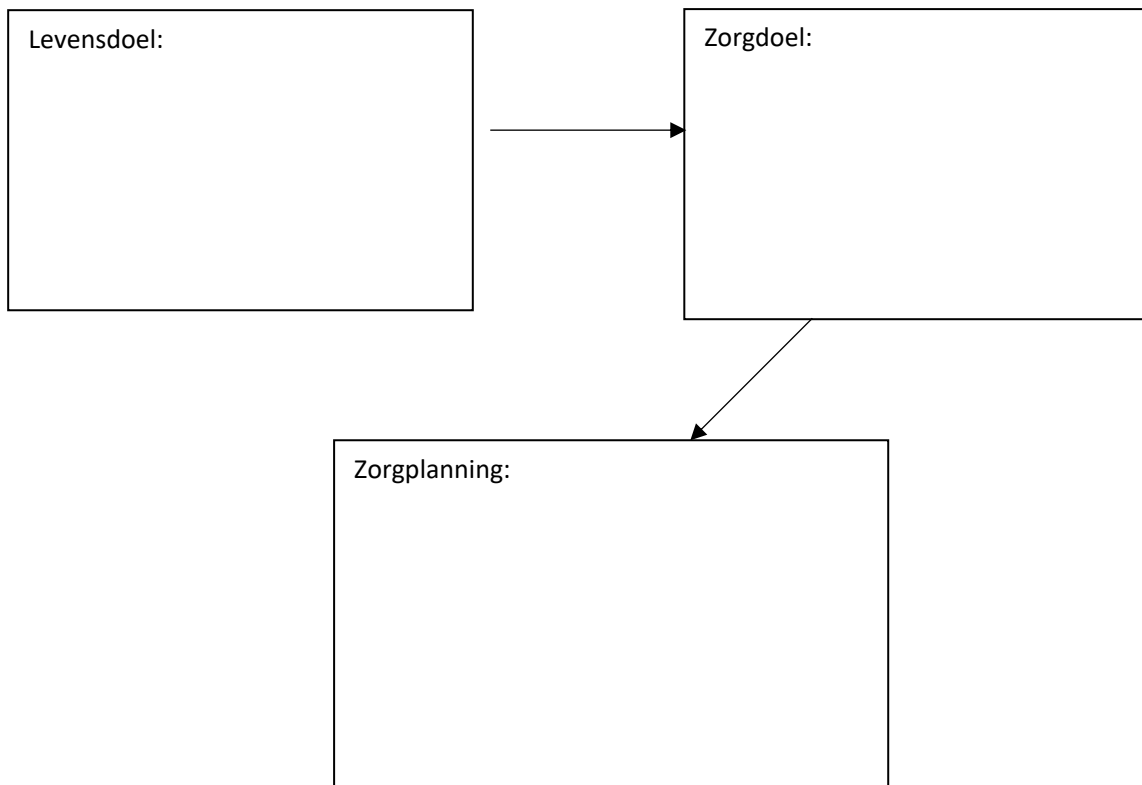
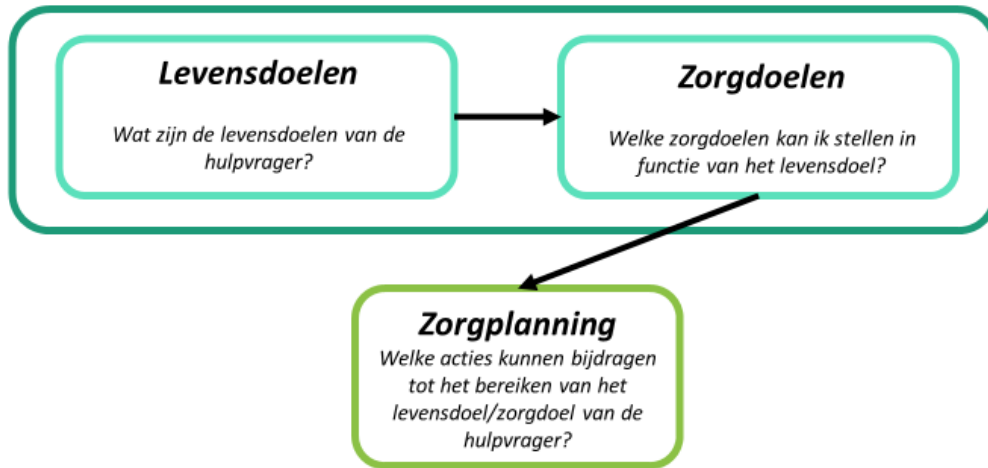
Hoe ben je tot de waarden gekomen die niet expliciet aan bod kwamen?

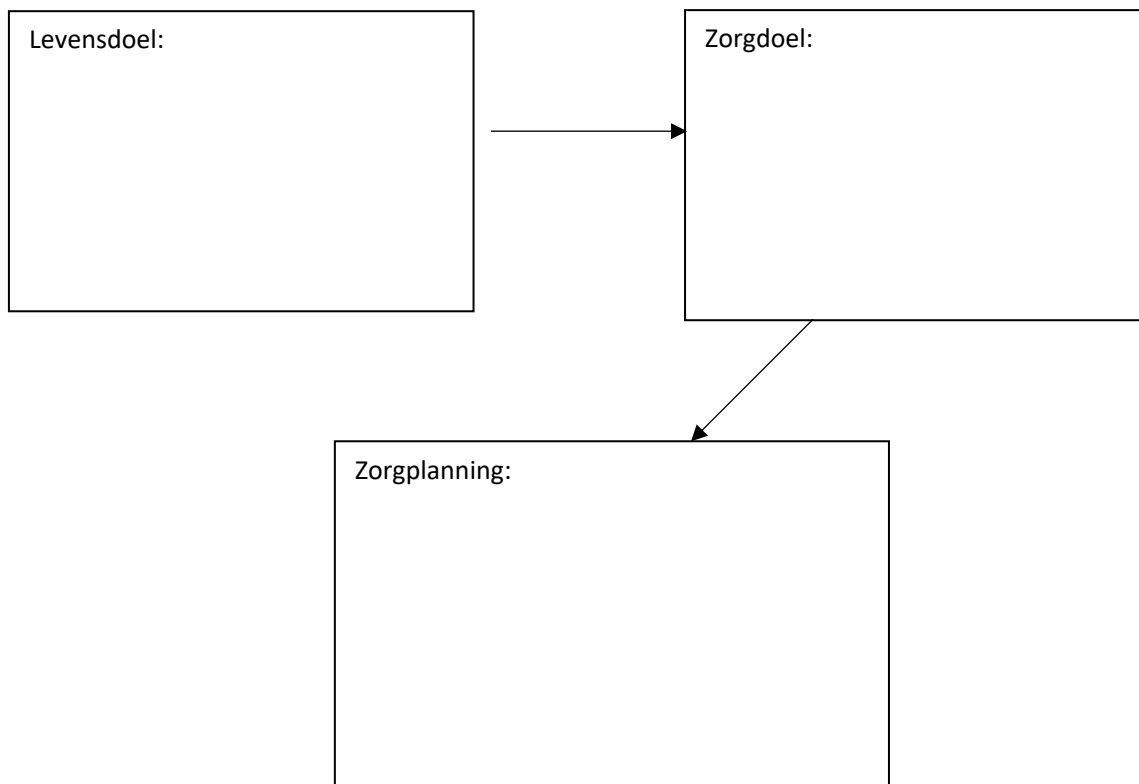
- 4) Met welke **zorgdoelen** kunnen we streven naar het realiseren van de levensdoelen van de hulpvrager? Deel ze op in zorgdoelen die jij als hulpverlener voor ogen hebt & zorgdoelen die misschien door de hulpvrager werden benoemd/aangereikt.

Zorgdoelen die ik in gedachten heb:

Zorgdoelen die (eventueel) door de hulpvrager werden aangereikt:

- 5) **Visualiseer** per hulpvrager **het proces**. Wat zijn de levensdoelen van de hulpvrager? Welke zorgdoelen kan ik stellen in functie van het levensdoel? Welke acties kunnen bijdragen tot het bereiken van het levensdoel/zorgdoel van de hulpvrager?





- 6) Heb je tijdens het gesprek met de hulpvrager bepaalde ideeën gehad rond zorgdoelen die voor jou zinvol leken maar niet aansloten op zijn/haar hulpvraag? Zo ja, hoe bent je hiermee omgegaan?
- 7) Heeft de hulpvrager een rol kunnen opnemen in het proces waarbij het levensdoel werd omgezet naar zorgdoelen? (Waarom wel of niet? Welke rol heeft hij/zij opgenomen?)

Twee algemene vragen:

- ⇒ Zijn er volgens jou belangrijke zaken waar een levensdoel aan moet voldoen zodat je er als hulpverlener iets in kan betekenen? Of zijn er bepaalde levensdoelen waar je als hulpverlener niets mee kan doen? (Welke? Waarom wel/niet?)
- ⇒ Waren er tijdens de gesprekken met de hulpvragers situaties waarin je het moeilijk vond om keuzevrijheid of verantwoordelijkheid te geven aan de hulpvrager?

Bijlage 6. Reflectieopdracht 3

Opdracht 3: Levensdoelen in een interprofessionele samenwerking

Reflectie VÓÓR Interprofessioneel overleg

Beste deelnemer,

Graag vragen we je om het zorgplan dat je voor ogen hebt rond het levensdoel van de hulpvrager verder te concretiseren. Zeer vaak zullen doelen van hulpvragers vragen om een samenwerking tussen verschillende disciplines. Daarom vragen we je om te reflecteren over welke toekomstige samenwerkingen je ziet met collega's uit andere disciplines/organisaties, hoe je deze samenwerking zou organiseren & welke verwachtingen je hier rond hebt.

Nadien vragen we je om deze **reflectie te bezorgen via mail** aan lotte.vanneste@ugent.be
Deze reflectie zal aan het begin van het volgende lesmoment dienen als houvast om elkaars ervaringen te delen tijdens een intervisiemoment.

Hulpvrager 1

- 1) Welke collega's zou je uitnodigen om deel te nemen aan het interprofessioneel gesprek rond de levensdoelen van de hulpvrager? Waarom net deze collega's?

- 2) Hoe zou je het gesprek organiseren? Op welke manier zou je contact opnemen met je collega's? (*Denk aan de verschillende vormen interprofessioneel overleg die werden besproken tijdens de vorige les*)

- 3) Welke rol zie je voor jezelf weggelegd tijdens dit interprofessioneel gesprek?

- 4) Zijn er bepaalde levensdoelen en/of zorgdoelen die jij wenst te bespreken tijdens dit overleg? Waarom?

- 5) In hoeverre zou je de hulpvrager betrekken in deze interprofessionele samenwerking? Op welke manier zou je dit aanpakken?
- 6) Wat hoop je te bereiken wanneer je met jouw collega's in gesprek gaat over de levensdoelen van de hulpvrager?
- 7) Geef hieronder een overzicht van de verwachtingen die je hebt over een toekomstig zorgplan bij deze hulpvrager.

Levensdoelen	Zorgdoelen	Wie doet wat in de zorg- en welzijnsplanning
<u>Voorbeeld</u> <i>Ik wil graag zo lang mogelijk met mijn partner thuis kunnen blijven wonen.</i>	<u>Voorbeeld</u> <i>Behouden van de lichamelijke mogelijkheden & voorkomen van valrisico's.</i>	<u>Voorbeeld</u> <i>De ergotherapeut voorziet informatie over soorten inlooptouches & neemt contact op met de thuiszorgwinkel.</i> <i>De kinesitherapeut begeleidt meneer met een oefentherapie gericht op het omgaan met en het behoud van mobiliteit en zelfstandigheid.</i> <i>De zoon bevestigt handgrepen in de wc & badkamer.</i>
	<i>Psychosociale ondersteuning van de mantelzorg in de begeleiding van meneer.</i>	<i>De huisarts & maatschappelijk werker bespreken met meneer & zijn partner de belasting van de zorg & het toekomstperspectief over thuis wonen.</i>

- 8) Nu je een weergave hebt van de mogelijke zorgplanning die afgestemd is op de doelen, verwacht je dat deze planning zal afwijken van de huidige zorg die georganiseerd is rond de hulpvrager?

Bijlage 7. Interviewschema focusgroep

1) Deel I: Elementen van doelgerichte zorg in het DZOP

Hoe ziet jullie ingevuld wit blad er uit?

- Hoe hebben jullie het aangepakt om doelgerichte zorg vorm te geven in het DZOP?
- Eén deelnemer legt het zijne toe en hierop verder vragen of het bij de andere er hetzelfde uitziet, wat de verschillen zijn. Waarop heb je jouw gebaseerd en waarom?

Welke elementen maken deel uit van jullie DZOP?

- Waarom net deze elementen?

“In het eerst doelgerichte gesprek is enkel plaats om de levensdoelen te bespreken en nog niet voor zorgdoelen en middelen.”

- Eens
- Oneens

→ Discussie

Welke verschillende stappen beschrijven jullie in het DZOP?

- Hoe volgen deze stappen elkaar op?
- Hoe hebben jullie bepaald welke stappen er in het DZOP moeten komen?
- Hoe hebben jullie de levensdoelen en de zorgdoelen afgestemd op elkaar?

“Doelgerichte zorg is geen statisch, maar een dynamisch proces.”

- Eens
- Oneens

→ Discussie

- Wat zien jullie onder een dynamisch proces? Kan je hiervan een voorbeeld geven met betrekking tot doelgerichte zorg?
- Op welke manier zorg je ervoor dat het DZOP up to date blijft in functie van de situatie van de persoon

2) Deel II: Registratie en interprofessioneel overleg

Hoe zorg je ervoor dat de registratie van de levensdoelen geen dode letter wordt in het DZOP?

- Hoe zorg je ervoor dat je tijdens je zorgverlening voldoende oog kan blijven houden voor de doelen van de patiënt.
- Op welke manier kan het DZOP hierin ondersteunend zijn?

“De levensdoelen zouden het eerste scherm moeten zijn die een hulpverlener ziet bij het openen van het DZOP.”

- Eens
- Oneens

→ Discussie

Aan welke ondersteuning hebben jullie nood bij het invullen van het DZOP waarin de levensdoelen en zorgdoelen centraal staan?

- Welke ondersteuning heb je nodig voor het formuleren/ registreren van levensdoelen?
- Welke ondersteuning heb je nodig voor het formuleren/ registreren van zorgdoelen?
- Welke ondersteuning heb je nodig voor het formuleren/ registreren van een zorgplan?

“Er is nood aan een afvinklijst met verschillende soorten zorgdoelen om deze te kunnen bepalen.”

- Eens
- Oneens

→ Discussie

- *Is dit ook nodig voor de levensdoelen en het zorgplan? Eventueel voor de waarden?*
- *Welke elementen moet deze afvinklijst bevatten? Wat moet zeker aanwezig zijn?*

Welke plaats heeft het interprofessioneel overleg in het DZOP?

- *Moet er een plaats voorzien zijn in het DZOP waarin een verslag wordt gemaakt van het IP waarin een vertaalslag wordt gemaakt: levensdoelen – zorgdoelen – zorgplan? + Hoe?*

“Alle betrokken hulpverleners moeten een zicht hebben op de doelen die gesteld werden tijdens het doelgerichte gesprek met mijn hulpvrager.”

- *Eens*
- *Oneens*

→ Discussie

