



Hanze Hogeschool
Groningen
University of Applied Sciences

Markling



**Keuzeprocessen in de ouderenzorg:
een verkennend onderzoek**



share your talent. move the world.

Keuzeprocessen in de ouderenzorg: een verkennend onderzoek

Auteurs:
Drs. Leenke Visser
Dr. Johan de Jong

Juli 2014
Hanzehogeschool Groningen
Markling

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van een verkennende kwalitatieve studie naar de wijze waarop het keuzeproces voor intramurale zorg verloopt. De aanleiding van dit onderzoek zijn de vele veranderingen die plaatsvinden binnen de ouderenzorg: de zorg verandert van aanbodgericht naar vraaggestuurd, er is een zwaardere indicatie nodig dan voorheen voor intramurale zorg en de vraag naar zwaardere zorg zal toenemen door de vergrijzing. Deze veranderingen hebben gevolgen voor het keuzeproces ten aanzien van intramurale zorg. Dit leidt ertoe dat managers van zorginstellingen op een andere wijze hun marketing- en communicatiebeleid richting stakeholders vorm en inhoud moeten geven.

Door middel van semi-gestructureerde interviews onder verschillende stakeholders (n=24) in de provincies Friesland, Groningen en Drenthe is inzicht verkregen in de partijen die betrokken zijn bij dit keuzeproces, de bronnen die worden geraadpleegd voor informatie en de criteria die een rol spelen bij de keuze. Voor deze drie thema's is er geanalyseerd welke patronen er aanwezig waren in de reacties van alle respondenten.

Uit het onderzoek blijkt dat bij het besluit of een cliënt al dan niet opgenomen zal worden de volgende partijen betrokken zijn: de cliënt, de eventuele partner in samenspraak met de familie, de familie, de medewerkers van de thuiszorgorganisatie, de huisarts en de casemanager in geval er een casemanager betrokken is bij de cliënt. In de keuze in welke verpleeginstelling de cliënt zal worden opgenomen spelen de drie eerst genoemde partijen een belangrijke rol, waarbij de uiteindelijke keuze veelal wordt gedaan door de familie. Daarnaast blijkt dat internet, en dan met name de website van de verpleeginstelling, een veel geraadpleegde bron voor informatie is. Tevens blijkt dat een beperkte afstand tot het huidige woonadres dan wel tot familie een erg belangrijk criterium voor de keuze is. Daarnaast kunnen positieve ervaringen van anderen en/of eigen bekendheid met de instelling, een huiselijke sfeer en een positieve bejegening belangrijke criteria zijn.

Zorginstellingen zouden zich in de marketingcommunicatie moeten richten op de familie, en dan met name op de kinderen van de cliënt. Daarnaast zouden ze positieve ervaringen van cliënten/familie op de website van de betreffende zorginstelling kunnen plaatsen. Tevens zouden zorginstellingen zich zoveel mogelijk bekend moeten maken onder verschillende partijen, waaronder de cliënt/familie en de huisarts en zouden ze zich meer van elkaar moeten onderscheiden.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Achtergrond	7
1.2 Vraagstelling.....	7
2. Ouderenzorg	10
2.1 Ouderenzorg in Nederland	11
2.2 Samenwerking cliënt-professional.....	12
2.3 Shared decision making	12
2.4 SDM model voor cliënten met psychogeriatrische problematiek	14
3. Methode	16
3.1 Procedure.....	17
3.2 Steekproef.....	17
3.3 Data-analyse.....	17
4. Resultaten	18
4.1 Betrokken partijen	19
4.2 Informatiebronnen.....	23
4.3 Criteria	24
4.3.1 <i>Criteria cliënt en/of familie</i>	24
4.3.2 <i>Criteria professionals</i>	26
5. Conclusies en aanbevelingen	28
5.1 Conclusies	29
5.2 Aanbevelingen	29
Literatuur	31
Over de auteurs	32
Dankwoord	32
Markling	33
Colofon	34



INLEIDING

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Binnen de ouderenzorg vindt er een verandering plaats van aanbodgericht naar vraaggestuurde zorg (Gastel, 2013). Deze marktwerking wordt versterkt door de transitie waar de ouderenzorg momenteel in verkeert, waarbij er gestreefd wordt ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen. Er is een zwaardere indicatie nodig dan voorheen voor intramurale zorg, waardoor verzorgingshuizen leeg komen te staan (ActiZ, 2013). Tegelijkertijd neemt de vergrijzing toe welke gepaard gaat met een toenemende vraag naar zwaardere zorg (ActiZ, 2012). Het gevolg van deze ontwikkelingen is dat steeds meer verzorgingshuizen omgebouwd worden naar verpleeghuizen (De Klerk, 2011). De keuze voor een verpleeginstelling wordt door cliënten met psychogeriatrische problematiek niet of in beperkte mate zelf gedaan. Dat betekent dat in dit keuzeproces een belangrijke rol is weggelegd voor de familie van de cliënt (Castle, 2003). Doordat niet alleen familie, maar ook andere mantelzorgers en verwijzers betrokken zijn bij de cliënt, is het voor communicatieprofessionals binnen de intramurale ouderenzorg vaak onduidelijk welke rollen de verschillende partijen spelen in het keuzeproces, op wie zij zich moeten richten en welke wijze daarvoor het meest geschikt is.

De genoemde veranderingen binnen de ouderenzorg hebben belangrijke gevolgen voor het keuzeproces van ouderen ten aanzien van intramurale zorg. Wijzigingen in het keuzeproces hebben als gevolg dat managers van zorginstellingen op een andere wijze hun marketing- en communicatiebeleid richting stakeholders vorm en inhoud moeten geven. Dit rapport bevat een (kwalitatieve) studie naar de wijze waarop het keuzeproces voor intramurale zorg verloopt. De focus van dit onderzoek ligt op het keuzeproces van psychogeriatrische cliënten. Het onderzoek wordt uitgevoerd in Noord-Nederland. Dit omdat mogelijk het keuzegedrag van ouderen hier anders is dan in bijvoorbeeld de Randstad. Daarnaast spelen in Noord-Nederland ook andere trends een rol zoals de verwachte 'leegloop' van bepaalde gebieden.

1.2 Vraagstelling

Zoals eerder beschreven spelen verschillende partijen een rol bij de keuze van een verpleeginstelling. Het communicatieproces van een verpleeginstelling moet zodanig ingericht worden dat al deze partijen bereikt worden. Om dit te bewerkstelligen is een antwoord op de volgende deelvragen van belang:

1. Welke partijen (stakeholders) oefenen invloed uit op en/of zijn betrokken bij de keuze van de intramurale instelling waarvan de (potentiële) cliënt gebruik zal maken? En binnen welke fase van het keuzeproces oefent deze partij invloed uit?

2. Welke bronnen worden geraadpleegd om informatie in te winnen en hoe belangrijk zijn sociale media en internetsites met ervaringsgegevens over ouderenzorg in intramurale instellingen?
3. Welke criteria spelen een rol in het keuzeproces?

De beoogde opbrengst van dit verkennende onderzoek is het verkrijgen van beter inzicht in de factoren die stakeholders bij het kiezen van een intramurale instelling belangrijk vinden. Dit stelt marketing- en communicatieprofessionals binnen deze instellingen in staat het keuzeproces effectief te beïnvloeden. De resultaten van dit onderzoek kunnen leiden tot vervolgonderzoek.

In het volgende hoofdstuk starten we met een beschrijving van de ouderenzorg in Nederland gevolgd door een bespreking van relevante wetenschappelijke literatuur over het keuzeproces in de zorg. Hierbij zal het keuzeproces voor cliënten met psychogeriatrische problematiek nader worden toegelicht. Hoofdstuk 3 bevat de methodologie van het onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten en we sluiten af met een hoofdstuk waarin conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

OUDEREN- ZORG



2. Ouderenzorg

2.1 Ouderenzorg in Nederland

Door de economische crisis staat het sociale stelsel voor de gezondheidszorg onder druk (Castelijns, van Kollenburg, & te Meerman, 2013). Tegelijkertijd zal het aantal ouderen de komende decennia enorm toenemen (Doorten, 2012). Tevens wensen burgers meer invloed uit te kunnen oefenen op de zorg en ondersteuning die zij ontvangen (ActiZ, 2012). Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat er hervormingen in de langdurige ouderenzorg plaatsvinden en ook de komende jaren gaan plaatsvinden. De ouderenzorg is in transitie. De klassieke verzorgingsstaat verdwijnt en in plaats daarvan ontstaat het beeld van een participatiemaatschappij (Castelijns, van Kollenburg, & te Meerman, 2013).

Om deze transitie mogelijk te maken heeft de overheid verscheidene maatregelen getroffen. De overheid stelt zich niet meer primair verantwoordelijk op voor de zorg van de ouderen, maar er wordt verwacht dat de ouderen zelf meer verantwoordelijkheid nemen. Zij zullen minder afhankelijk moeten worden van ondersteuning vanuit de overheid en langer thuis moeten blijven wonen. Er wordt van ze verwacht dat zij in eerste instantie een beroep doen op mensen in hun directe omgeving als zij hulp nodig hebben. Blijkt dit echt en ook structureel niet mogelijk te zijn dan hebben ouderen straks nog recht op zorg vanuit de overheid. De overheid streeft er naar de zorg van aanbodgericht om te buigen naar vraaggestuurd. De zorgbehoefte van de oudere zelf moet bepalend zijn in welke zorg er geleverd wordt. Doordat de overheid zich niet meer primair verantwoordelijk opstelt voor de zorg, maar taken neerlegt bij de burgers en maatschappelijke (zorg)organisaties wordt de marktwerking bevorderd. De organisaties zelf, in concurrentie met elkaar, worden daarmee in toenemende mate verantwoordelijk voor de afname van hun zorgdiensten door cliënten (Gastel, 2013).

Deze verandering van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij is ook terug te zien in de stelselherziening die er plaatsvindt. Deze herziening houdt in dat er strengere eisen aan het zorgzwaartepakket (zzp) worden gesteld om een plek in een verzorg- of verpleeghuis te krijgen. Het streven van de overheid is dan ook om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen. Sinds 1 januari 2013 krijgen ouderen met zzp 1 of 2 geen indicatie meer voor een verzorgingshuis. Daarnaast krijgen ook ouderen met zzp 3 deze indicatie sinds 1 januari 2014 niet meer. Tevens wordt zzp 4 vanaf 1 januari 2016 gedeeltelijk geëxtramuraliseerd. De verwachting is dat ongeveer 50% van deze ouderen thuis zal blijven wonen (ActiZ, 2013).

De genoemde veranderingen in de maatschappij en de politiek zorgt ervoor dat zorgorganisaties worden aangezet tot veranderingen. Dit houdt niet in dat er de afgelopen jaren niets veranderd is. Enkele voorbeelden van veranderingen de afgelopen 10 jaar binnen de ouderenzorg zijn de volgende:

1. Kleinschalig wonen binnen verpleeginstellingen is enorm gegroeid, van vrijwel nihil naar 25% van de verpleeghuiscliënten.
2. Het oordeel van cliënten over de zorg in een verzorg- of verpleeghuisinstelling is gestegen van 7,7 naar 8,2.
3. Steeds meer ouderen kunnen langer thuis blijven wonen. Het gevolg hiervan is dat de intramurale capaciteit gedaald is van bijna 200.000 plaatsen in 1980 tot minder dan 160.000 in 2010 (ActiZ, 2012).

In de volgende alinea's zal relevante wetenschappelijke literatuur rondom het onderwerp van dit onderzoek worden besproken.

2.2 Samenwerking cliënt-professional

De mate waarin zowel een cliënt als de professional betrokken zijn bij het nemen van een beslissing omtrent de keuze voor een bepaalde behandeling of zorg kan erg verschillen. Binnen de medische zorg bestaan verschillende modellen die de betrokkenheid van beide partijen beschrijven, namelijk het *paternalistic model*, het *consumerist informative model* en het *shared decision making (SDM) model* (Moreau en anderen, 2012). Deze modellen verschillen in de mate waarin de professional en de cliënt invloed uitoefenen op het besluit dat wordt genomen met betrekking tot een behandeling of zorg. Volgens het *paternalistic model* besluit de professional welke behandeling of zorg het meest geschikt is voor de cliënt. Bij het *consumerist informative model* wordt er uitgegaan van de autonome cliënt waarbij hij/zij zelf, na het verkrijgen van de nodige informatie van een professional, een dergelijk besluit neemt. Volgens het *SDM model* worden beslissingen genomen door een interactief proces waarin de cliënt en de arts de verschillende opties voor behandeling of zorg met elkaar bespreken.

In de huidige tijd vindt er een verandering plaats waarbij het gezondheidsbeleid zich richt op het vergroten van de betrokkenheid van de cliënt in het beslissingsproces. Binnen het huidige gezondheidszorgbeleid wordt het *SDM model* dan ook gezien als de ideale benadering om tot een besluit te komen.

2.3 Shared decision making

Het uitgangspunt binnen de gezondheidszorg is dat de cliënt centraal staat. Dit uitgangspunt wordt gestalte gegeven door een respectvolle en open houding van de gezondheidszorgprofessionals tegenover de cliënt, en door klinische beslissingen te baseren op waarden van de cliënt. Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk element van dit uitgangspunt. Door gezamenlijk het keuzeproces te doorlopen kunnen oplossingen voor zorgproblemen gevonden worden waarin zowel de cliënt als de professional zich kunnen vinden. Naast dat het de 'taak' van de cliënt is om betrokken te zijn in de besluitvorming rondom zijn/haar zorg is dit in toenemende mate ook de wens van de cliënt. Zorgconsumenten krijgen steeds meer informatie over zorgaanbieders, onder andere via internet en sociale media. Daarnaast neemt de concurrentie in de zorg toe met als gevolg dat er meer keuzemogelijkheden ontstaan.

Binnen de intramurale ouderenzorg zal het aantal cliënten met dementie de komende tijd fors toenemen. In Nederland hebben 250.000 mensen dementie. De verwachting is dat dit aantal in 2040 verdubbeld zal zijn (ZonMw, 2013). Het kabinet wil dat mensen langer thuis blijven wonen. Mensen kunnen daardoor langer over hun eigen leven blijven beslissen, tevens blijft de zorg betaalbaar. Pas als mensen niet langer thuis kunnen wonen – wat vaak te maken zal hebben met de gevolgen van dementie – kunnen zij onder het nieuwe beleid opgenomen worden in een verpleeghuis. Samen met het toenemen van dementie als gevolg van de voortschrijdende vergrijzing zal dit nieuwe beleid resulteren in een toename van het aantal mensen met dementie binnen de intramurale ouderenzorg. De ‘taak’ en de ‘wil’ van de cliënt om zelf ook betrokken te zijn bij het beslissingsproces met betrekking tot de keuze van een verpleeginstelling zal hierdoor in toenemende mate bij de naasten van de cliënt komen te liggen.

Uit onderzoek van Castle (2003) naar het beslissingsproces voor de keuze van de instelling waar de cliënt zal worden opgenomen komt naar voren dat deze keuze over het algemeen niet proactief gemaakt wordt. Meestal komt het keuzeprocess pas op gang als gevolg van een kritiek incident zoals opname in een ziekenhuis. Daardoor is er vaak sprake van grote tijdsdruk bij het zoeken van een geschikte verpleeginstelling. Echter uit onderzoek van Wolfs en anderen (2012) komt naar voren dat dikwijls het stellen van de diagnose dementie het keuzeprocess op gang brengt. De *keuzebeslissing* is afhankelijk van de voorkeuren van de besluitvormer, de beschikbare tijd en de beschikbare informatie. Belangrijke *factors* die een rol spelen bij de keuze voor een instelling zijn: de kwaliteit van de medische zorg, de locatie van de instelling, vriendelijke bejegening door het verzorgend personeel, reinheid van de accommodatie en een huiselijke sfeer (Castle, 2003). Een ander aandachtspunt in het keuzeprocess is de omstandigheid dat de verschillende betrokken partijen verschillende typen waarden benadrukken. Bij beslissingen over lange-termijn zorg gaan professionals uit van gezondheidsgerelateerde waarden, de familie bekommert zich om de zorg, terwijl ouderen zelf behoud van autonomie en de eigen identiteit benadrukken (Denson en anderen, 2013).

In de literatuur zijn verschillende modellen voor *shared decision making* terug te vinden. Het merendeel van deze modellen richt zich op de samenwerking tussen de professional en de cliënt, waarbij de invloed van de naasten in het beslissingsproces buiten beschouwing wordt gelaten (Stacey en anderen, 2010). Echter, zij spelen vaak een belangrijke rol in het nemen van beslissingen over zorg en behandeling. Dit geldt in het bijzonder voor dementerende ouderen, maar zeker ook voor niet of licht dementerende ouderen (Castle, 2003). Ducharme en anderen (2012) en Wolfs en anderen (2012) hebben beide een model ontwikkeld dat zich richt op het keuzeprocess betreffende zorg voor mensen met psychogeriatrische problematiek, waarbij ook de rol van de naasten wordt erkend. Het model van Ducharme richt zich op de keuze of een cliënt al dan niet opgenomen gaat worden in een verpleeginstelling, terwijl het model van Wolfs zich richt op de keuze welke zorg of behandeling nodig is. Deze twee keuzes staan niet los van elkaar. De twee modellen worden beschreven in onderstaande paragraaf.

2.4 SDM model voor cliënten met psychogeriatrische problematiek

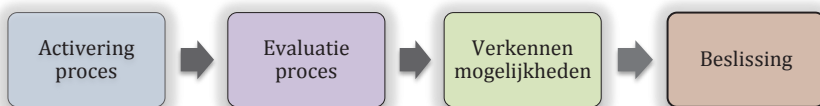
Ducharme en anderen (2012) onderscheiden drie fasen in het keuzeproces betreffende opname van een familielid met psychogeriatrische problematiek in een verpleeginstelling. De eerste fase is de *activering* van het proces als gevolg van achteruitgang van de gezondheid van het betrokken familielid of van de suggestie van professionals om tot opname over te gaan. In de tweede fase vindt de *evaluatie* plaats: de familie evalueert de situatie van het eventueel op te nemen familielid door in gesprek te gaan met mensen uit de omgeving van het familielid en met professionals uit de gezondheidszorg. Daarnaast worden potentiële verpleeginstellingen bezocht en wordt er gesproken met het oudere familielid zelf. In de laatste fase vindt de *afweging* plaats: de familie weegt af of het beter is het oudere familielid in de huidige leefomgeving te laten dan wel over te gaan tot opname in een verpleeginstelling.

Wolfs en anderen (2012) onderscheiden drie fasen in het besluitvormingsproces met betrekking tot behandeling en zorg voor demente ouderen. In de eerste fase vindt *het vaststellen van individuele behoefte* plaats. Deze behoeften van een dementerende oudere is afhankelijk van de problemen waar hij/zij en zijn/haar omgeving tegenaan lopen en van de individuele voorkeuren. In de volgende fase vindt *het verkennen van de mogelijkheden* plaats. Hier zijn verschillende manieren voor. Gezondheidszorg-professionals kunnen cliënten en zijn/haar naasten adviseren en van informatie voorzien. Een andere manier om de mogelijkheden helder in beeld te krijgen is om in gesprek te gaan met 'lotgenoten'. Verder kunnen cliënten en hun naasten zelf informatie verzamelen of zorginstellingen bezoeken. In de laatste fase wordt *een keuze* gemaakt. Deze keuze is eerder emotioneel dan rationeel. Daarbij wordt doorgaans rekening gehouden met de persoonlijke voorkeuren van de cliënt en de naasten. Zo zal de ene cliënt graag deelnemen aan activiteiten terwijl een andere cliënt liever alleen is. Het heeft de voorkeur om dit als een team te beslissen. Dus zowel de cliënt als de naasten als zorgprofessionals zouden betrokken moeten zijn bij de keuze.

Beide modellen beschrijven een deel van het keuzeproces wat voorafgaat aan opname in een verpleeginstelling. Aan de hand van deze twee modellen zou je vier fasen kunnen onderscheiden (zie figuur 1). De eerste fase is de *activering* van het proces: moet de cliënt opgenomen worden? De tweede fase is de *evaluatie* van de situatie: wat is de situatie nu? Welke behoefte heeft de cliënt? Kan de cliënt thuis blijven wonen of wordt de cliënt opgenomen? In de volgende fase vindt het *verkennen van de mogelijkheden* plaats. Welke verpleeginstellingen zijn er? Wat bieden deze verpleeginstellingen? In de laatste fase wordt de *beslissing* gemaakt: welke verpleeginstelling heeft de voorkeur?

De invloed van de verschillende partijen zal worden onderzocht aan de hand van de vier fasen van dit model. Daarnaast zal worden bekeken welke bronnen er geraadpleegd worden bij het verkennen van de mogelijkheden (derde fase) en welke criteria een rol spelen bij de uiteindelijke beslissing (vierde fase).

Figuur 1. Model keuze proces Ducharme e.a. (2012) en Wolfs e.a. (2012)





METHODE

3. Methode

3.1 Procedure

Voor dit onderzoek zijn verschillende partijen cq. stakeholders (binnen de provincies Groningen, Friesland en Drenthe) binnen het keuzeproces voor een verpleeginstelling gevraagd om deel te nemen aan een interview. Er is een korte uitleg gegeven wat het doel van het onderzoek is en welke onderwerpen aan bod zullen komen. Met de personen die aangaven mee te willen werken werd een afspraak ingepland om het interview af te nemen.

De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter. De hoofdthema's cq. deelvragen (de betrokken partijen, de informatiebronnen en de criteria) van de interviews en daarmee een aantal open vragen stonden vast. Uitgangspunt was om in genoemde volgorde deze thema's en de daarbij opgestelde vragen aan bod te laten komen, echter de volgorde kon aangepast worden afhankelijk van de wijze waarop het interview verliep. Tijdens de interviews werd er door de interviewers met niet vooraf opgestelde vragen doorgevraagd als daar aanleiding toe was. De interviews vonden plaats binnen de zorginstelling (n=16), binnen de huisartsenpraktijk (n=6) of bij de cliënt thuis (n=2). Van de interviews afgenomen onder de cliënten en/of familie(n=7) werden uitgebreide notulen gemaakt. Een deel van deze interviews (n=5) zijn afgenomen door derdejaars studenten Commerciële Economie. Van de overige interviews (n=17) werden geluidsopnames gemaakt.

3.2 Steekproef

Alle personen in de onderzoeksgroep zijn elk in meer of mindere mate betrokken of betrokken geweest bij het keuzeproces voor een verpleeginstelling. De onderzoeksgroep bestaat uit 24 respondenten: 7 cliënten en/of hun familie, 5 huisartsen, 1 praktijkondersteuner van een huisartsenpraktijk, 4 consultants van zorginstellingen, 2 regisserend wijkverpleegkundigen van een thuiszorgorganisatie en 1 zorgverlener van een thuiszorgorganisatie en 4 casemanagers. Een casemanager is het vaste aanspreekpunt voor de thuiswonende cliënt en zijn/haar betrokkenen, is langdurig beschikbaar en heeft kennis van dementie en de mogelijkheden voor zorg en behandeling. Hij/zij biedt informatie, advies en begeleiding en coördineert de zorg. In verschillende soorten zorginstellingen zijn casemanagers werkzaam. De namen van mogelijke respondenten zijn verkregen via een zorginstelling, via reeds geïnterviewde respondenten of via het eigen netwerk.

3.3 Data-analyse

Allereerst is per respondent per thema de verkregen informatie uitgewerkt. Vervolgens werden de gegevens van alle respondenten met elkaar vergeleken voor de drie thema's en is er geanalyseerd welke antwoordpatronen aanwezig waren. De onderzoeksresultaten voor de drie thema's worden in het volgende hoofdstuk beschreven.



RESULTATEN

4. Resultaten

4.1 Betrokken partijen

Uit de analyses van de interviews kwam naar voren dat er verschillende partijen betrokken zijn bij het keuzeproces voor een verpleeginstelling, waarbij er onderscheid kan worden gemaakt in de fase en de mate waarin de betreffende partij betrokken is. Hieronder zal dit per partij besproken worden. De informatie per partij is afkomstig van *alle* respondenten.

Rol van de cliënt

Het merendeel van de ondervraagden geeft aan dat de cliënt zelf een rol speelt in het keuzeproces. Cliënten met een beginnende vorm van dementie kunnen soms nog goed aangeven of ze wel of niet opgenomen willen worden. Het besluit van een cliënt om te kiezen voor opname in een verpleeginstelling kan echter het gevolg zijn van de invloed die de omgeving op hem/haar heeft. Ook de voorkeur van verpleeginstelling kan de cliënt soms nog goed aangeven. Echter ook hier kan de invloed van de familie op de keuze van de cliënt groot zijn:

“De populatie die nu gaat wonen in verzorg/verpleeghuis zijn vaak oude mensen, die generatie is heel erg zo van: ik wil mijn kinderen niet lastig vallen, ze moeten niet teveel tijd in me steken, kinderen werken, zelf kinderen, tennis, iedereen heeft het druk. Dan is het al heel snel als familie aangeeft dat is wel een mooi huis en voor ons mooi dichtbij.”

In situaties waarbij de dementie in een al vergevorderd stadium is kan familie aangeven welke wensen de cliënt eerder heeft uitgesproken en de geschiktheid van de verpleeginstelling beoordelen kijkend vanuit het perspectief van de cliënt. Op deze wijze kan de cliënt alsnog invloed uitoefenen op het keuzeproces. Echter geeft één van de ondervraagden (een casemanager) aan dat als aan familie gevraagd wordt of de cliënt eerder instellingen heeft aangegeven waar hij/zij absoluut niet wil worden opgenomen het in werkelijkheid regelmatig niet lukt dit mee te nemen in de uiteindelijke besluitvorming. De oorzaak hiervan kan zijn dat de instelling van naam is veranderd, de kinderen van de cliënt wel een goed gevoel hebben bij de betreffende instelling of dat praktische overwegingen van de kinderen een belangrijke rol gaan spelen.

Rol van de partner

Het merendeel van de ondervraagden geeft aan dat ook de partner een partij is in zowel het nemen van een besluit over al dan niet opname als de keuze waar de cliënt opgenomen zal worden. Echter niet elke cliënt heeft (nog) een partner. In geval er sprake is van aanwezigheid van een partner en de cliënt zelf niet meer in staat een beslissing te nemen dan ligt het besluit bij de partner. Dit gaat echter

veelal in samenspraak met de familie. De mate van betrokken van betrokkenheid van de partner in het keuzeproces lijkt af te nemen doordat men steeds ouder wordt:

“Je merkt veelal dat de 80% van de beslissingen gebeuren altijd met zoon, dochter. En wel de partner erbij, maar ik zie daar een hele verandering in, omdat men ook veel ouder wordt.”

Rol van de familie

Vrijwel alle participanten geven aan dat de familie een belangrijke partij is in het keuzeproces. Dit betreft voornamelijk de kinderen van de cliënt, maar dit kunnen ook een andere familieleden zijn zoals een broer, zus, neef of nicht. Familie is veelal bij van begin tot eind bij het keuzeproces betrokken. Zij spelen allereerst doorgaans een belangrijke rol in de besluitvorming over het al dan niet over te gaan tot opname; zij activeren vaak het proces. Dit houdt in dat zij signaleren dat de thuissituatie niet meer aanvaardbaar is. Hierover gaan ze in gesprek met de thuiszorgorganisatie, mocht deze betrokken zijn. Is dit niet het geval dan richt de familie zich veelal tot de huisarts. Een casemanager van een thuiszorgorganisatie zegt hierover het volgende:

“Als wij daar direct betrokken bij zijn dan komen ze altijd bij ons. Heel weinig naar de huisarts. Het is meer de zorg of ik dan die contact zoek met de huisarts van dit zijn de problemen. [...] Is er geen thuiszorg dan weet ik uit ervaring wel dat ze altijd naar de huisarts gaan maar dan is het niet een opname dan is het meer de eerste hulpvraag hoe gaan wij verder en dan komt de thuiszorg in beeld.”

Naast dat de familie een belangrijke rol speelt in de besluitvorming over al dan niet opname, spelen zij ook een belangrijke rol in de beslissing welke verpleeginstelling de voorkeur heeft.

Het merendeel van de participanten geeft aan dat binnen de familie voornamelijk de dochter een grote rol speelt in het keuzeproces:

“Binnen de familie spelen vaak de dochters een belangrijke rol. Dochters meer dan zonen. Zonen zijn vaak wat korter door de bocht: moet geregeld worden. Vrouwen zijn emotioneler en doen meer op gevoel.”

Rol van de thuiszorgorganisatie

Een volgende veel genoemde partij is de thuiszorg. Bij cliënten die thuiszorg ontvangen zijn zowel de verzorgenden als de regisserend wijkverpleegkundige dan wel casemanager in meer of mindere mate betrokken bij het keuzeproces. De ondervraagden geven aan dat de verzorgende een belangrijke partij is in het signaleren van een onveilige thuissituatie. Zij geven dit aan bij de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige speelt een belangrijke rol in de evaluatie of er al dan niet over moet worden gegaan tot opname:

“Dan ga je het hele proces een beetje na en dan zie je dat er een verslechtering is en dan ga je met familie in overleg van valt het jullie ook op.”

De mate van betrokkenheid van een verzorgende in het verdere keuzeproses, dus nadat besloten is over te gaan tot opname, verschilt per organisatie. Er wordt aangegeven dat verzorgenden van organisaties waarbij vele verschillende verzorgenden bij de cliënt over de vloer komen vaak minder betrokken zijn bij het proces dan verzorgenden van organisaties waarbij het aantal verzorgenden beperkt is:

“Je hebt thuiszorgorganisaties waar dan de een dan de ander komt, en de mensen nou ..bijna niet weten. Dat gaat naar binnen en gaat heel snel weer naar buiten. Maar met name de organisaties die er voor zorgen dat er niet meer dan 3 a 4 verschillende hulpverleners komen, die kennen de cliënten door en door en die hebben er best wel invloed in denk ik.”

De mate van betrokkenheid van de wijkverpleegkundige in de keuze van de verpleeginstelling is beperkt, zij geven hooguit advies:

“Dat stukje waar onze inmenging is natuurlijk daar maar weer beperkt in [...]. De keuze van weggaan uit huis daar zijn we wel bij betrokken. Maar de keuze van waar dan naar toe daar zijn wij veel minder bij betrokken. Dat is meer een familiekwestie.”

En:

“[...] 2 of 3 verpleeghuizen en dan laat ik ze dat zien, maak ik een afspraak en dan naar verpleeghuis toe en dan kunnen ze ook kijken. Daarna weer een gesprek. Dan is het toch ook veelal aan familie welke keuze ze maken en aan mij om toch een beetje mijn advies te geven: dit verpleeghuis biedt dit, dat verpleeghuis dat, dat stroomlijnt misschien toch wat meer voor uw partner dan dat andere.”

Rol van de casemanager

Als er sprake is van dementie bij de cliënt dan is er veelal een casemanager bij de cliënt betrokken. Participanten geven aan dat casemanagers allereerst een rol spelen in het activeren van het proces. Een casemanager zegt hierover het volgende:

“Voordat mensen zeggen het kan niet meer, zeg ik al stel dat het tot opname komt wat zou u dan willen. Dus dat traject gaat maanden van tevoren al in. In die tijd gaan mensen rondkijken en luisteren. Ik zeg altijd van ga daar eens kijken of ga daar eens kijken. Kijk gewoon eens bij meerdere en luister eens wat anderen ervan vinden.”

Daarnaast zijn casemanagers ook betrokken bij de evaluatie of een persoon al dan niet opgenomen moet worden. Een casemanager geeft het volgende aan:

“Aan mij de rol goed te onderzoeken waar komt die vraag nu vandaan. Is er een aanleiding voor. Ik bespreek vaak wel met de mensen, de familieleden, de voor en nadelen van zo'n keuze.”

Vervolgens heeft de casemanager een ondersteunende rol, voor met name de familie, bij het verkennen van de mogelijkheden van de cliënt. Casemanagers geven aan dat een belangrijke taak van hen het geven van voorlichting is:

“Mijn rol is natuurlijk ook om mensen te informeren, weg te wijzen wat voor mogelijkheden zijn er, wat is er in het landschap van verzorgings- en verpleeghuizen, wat onderscheidt het één van het ander. Mijn rol daarna is een beetje afhankelijk van de vraag: soms willen mensen eerst breed oriënteren. Dat adviseer ik meestal ook wel: ga gewoon op meerdere plekken kijken.”

Nadat is besloten waar de cliënt opgenomen gaat worden zorgt de casemanager dat het logistieke proces van opname goed verloopt.

Rol van de huisartsenpraktijk

Uit de reacties van de participanten op de vraag of in en welke mate de huisarts of een praktijkondersteuner van de huisarts (POH-er) een rol speelt in het keuzeprocess komt het beeld naar voren dat dit wisselend is. Enkele huisartsen geven aan dat ze ervoor zorgen dat de cliënt lang van tevoren ingeschreven staat of attendeert de cliënt en/of zijn familie erop dat er wachtlijsten zijn. Daarnaast zegt een consulent van een zorginstelling het volgende over deze activeringsfase:

“Wat ik meemaak, ik vind niet dat dat vaak voorkomt, een enkele keer wel hoor, dat een huisarts zegt ik vind dat u eigenlijk niet thuis kunt blijven. [...]. Maar als ik kijk naar de afgelopen jaren hoeveel mensen dat denk ik het is toch over het algemeen de familie die zich niet meer goed voelen bij het thuis wonen van de vader of moeder.”

In de daaropvolgende fase waarin geëvalueerd wordt of er al dan niet overgegaan zal worden tot opname is de huisarts (cq. POH-er) dikwijls betrokken. Twee huisartsen zeggen hierover het volgende:

“Ik kijk alleen naar de medische inhoudelijke en sociale kant. Met dat laatste bedoel ik ook de vereenzaming. Ik ga altijd op huisbezoek bij zo'n vraagstuk.”

En:

“Ze komen bij de huisarts als het niet meer gaat of de thuiszorg ziet dat het niet meer gaat. Vanuit de huisartsenpraktijk kan er een POH-er langsgaan. Als ik in nood zit bel ik de maatschappelijk werkster.”

Een POH-er geeft aan:

“Ik overleg ook met de huisarts die kennen de mensen ook al heel lang.”

De huisarts kan in deze fase constateren dat de problemen dusdanig zijn dat hij/zij vervolgonderzoek aan gaat vragen. Ook enkele cliënten geven aan dat de huisarts een rol speelt in deze fase:

“de huisarts weet alles en heeft op een gegeven moment ingegrepen.”

In de vervolgfases waarbij gekeken worden welke mogelijkheden er zijn voor opname en waarin een keuze gemaakt wordt voor een instelling, geven participanten aan dat de rol van de huisarts hierbij kleiner is dan in de hier aan voorafgaande fasen.

Een beperkt aantal participanten geeft aan dat cliënt de huisarts om advies vraagt:

“De rol van huisarts hangt af van vertrouwensband. Kennen huisarts al jaren? Dan zullen ze huisarts vragen wat die ervan vindt.”

In het maken van de keuze waar de cliënt opgenomen gaat worden speelt de huisarts een minimale rol:

“Ik houd me met hun keuze niet bezig. Eigenlijk kan ik daar ook niet in adviseren. Welke huis het beste bij iemand past? Ik waag me daar niet aan.”

En:

“Ik ga niet sturen, het is een persoonlijke keus. Ik heb geen enkele informatie, alleen mijn persoonlijke voorkeur.”

4.2 Informatiebronnen

Vrijwel alle ondervraagden noemen internet als bron die geraadpleegd wordt om informatie in te winnen over een verpleeginstelling. Vaak betreft het de familie die internet raadpleegt, aangezien de cliënt zelf vaak niet zo bekwaam is met internet:

“Onze doelgroep is nog niet zo bekwaam met internet, dus gaan kinderen vaak op internet surfen, die komen met een paar voorstellen en gaan dan samen met vader of moeder kijken.”

Echter geeft één van de ondervraagden aan dat de jongere cliënt met beginnende dementie ook zelf het internet raadpleegt.

Op de vraag welke websites er worden bezocht geven de participanten aan dat vooral de website van de betreffende verpleeginstelling bezocht wordt. Een enkeling geeft aan dat vergelijkingssites bezocht worden, de meerderheid geeft echter aan dat niet het geval is. Het gebruik van sociale media wordt vrijwel niet genoemd. Op de vraag of folders van verpleeginstellingen gelezen worden, wordt gemengd gereageerd. Een deel van de participanten geeft aan dat ze daar geen zicht op hebben of dat ze niet gelezen worden, echter geeft een ander deel aan dat ze nog wel gelezen worden:

“Merk wel dat mensen dat prettig vinden. Vooral de oudere generatie. [...]. Zo in alle rust en gedoseerd dingen na te kunnen lezen. Mensen vragen me ook wel regelmatig om folders.”

4.3 Criteria

4.3.1 Criteria cliënt en/of familie

Afstand

Ruim het merendeel van de ondervraagden geeft aan dat de afstand tot de huidige woonplaats dan wel tot de familie een erg belangrijke factor is in de keuze voor een verpleeginstelling. Vooral in woonplaatsen waar geen keuze is tussen verpleeginstellingen, zoals in dorpen of de kleinere steden, is deze afstand veelal van doorslaggevende aard. Als een instelling gevestigd is in de huidige woonwijk kan dit doorslaggevend in de keuze zijn. Eén van de respondenten geeft aan dat sommige cliënten graag in de eigen wijk willen blijven wonen omdat het dan makkelijker is de eigen huisarts te behouden. Er wordt gemengd gereageerd op de vraag wat belangrijker wordt bevonden: de afstand tot de huidige woonplaats van de cliënt dan wel de afstand tot de familie. De reacties van de ondervraagden variëren van:

“Mensen blijven over het algemeen in eigen woonomgeving. Het gebeurt wel een enkele keer, net met twee patiënten meegemaakt dat ze naar woonplek van een kind gaan. Is niet zo vaak zo.”

Tot:

“Toch wel vaak doorslaggevend waar kinderen wonen of die makkelijk kunnen langskomen of niet. Das is toch vaak een zwaarwegende keuze voor mensen.”

Daarnaast kan de al dan niet aanwezigheid van een partner ook een rol spelen in de keuze van de locatie. Eén van de ondervraagden geeft aan dat het regelmatig voorkomt dat de cliënt alsnog wordt overgeplaatst naar een verpleeginstelling in de nabijheid van de familie nadat de partner is overleden.

Zoals eerder genoemd geeft het merendeel van de participanten aan dat nabijheid van de verpleeginstelling veelal een bepalende factor is voor de cliënt dan wel familie woonachtig in een plaats of woonwijk waar één verpleeginstelling is. Voor cliënten/familie die wel keuze hebben uit verschillende verpleeginstellingen worden tevens andere criteria genoemd die meespelen.

Positieve ervaringen anderen en/of eigen bekendheid

Het merendeel van de ondervraagden geeft aan dat algemene positieve ervaringen van anderen en/of eigen bekendheid met de betreffende verpleeginstelling een belangrijk criterium is:

“Wordt vaak op korte periode gekeken: is het goed bereikbaar voor ons als familie, hebben wij goede berichten over dat huis gehoord. Voor sommige mensen geldt dat, dan kan het huis heel goed zijn, maar die hebben familielid die heeft daar gewoon of is daar tijdelijk verbleven en die heeft daar een hele vervelende ervaring opgedaan, kan ook incident geweest zijn, maar dan kies je vaak niet voor zo’n huis.”

Daarnaast kan bekendheid met het huis door het bezoeken van cliënten of door eigen opname een rol spelen:

“Mensen die vrienden/kennissen hebben en hier naar toe hebben zien gaan, hetzij langdurig, hetzij voor geriatrische revalidatiezorg, hetzij voor kortdurende opname, hoor je goede verhalen over. Of mensen die iemand bezoeken hier. Dus dat hoor ik geregeld.”

En:

“Mensen met dementie, komen op dagbehandeling terecht, dan ligt het al heel erg voor de hand, als dagbehandeling hier is, dat familie kiest voor wonen hier. Want dit is al een beetje bekend.”

Huiselijke sfeer:

Een huiselijke sfeer is daarnaast ook een veel genoemd criterium:

“huiselijkheid, gezelligheid. [...], persoonlijkheid en toch ook wel niet allemaal in de witte pakjes, gewoon zoals je bent, zoals wij ook gekleed zijn, ook naar de cliënt toe. Daar wordt toch het meest naar gekeken: gezelligheid, huiskamer-idee.”

Goede bejegening:

Ook een goede bejegening van het personeel richting de familie en de cliënt wordt regelmatig genoemd:

“[...] dat je gezien wordt als je binnenkomt, mensen je niet voorbij lopen, dat je je welkom voelt.”

Overige criteria:

Een goede kwaliteit van zorg wordt door een enkeling genoemd als een belangrijk criterium voor de keuze, waarbij de kanttekening wordt geplaatst dat dit pas goed beoordeeld kan worden als men dit zelf heeft ervaren:

“maar ik heb toch altijd het idee dat het appartement en de sfeer doorslaggegender ook weer is als wat men aangeeft wat de kwaliteit is, want dat moet men toch ervaren op het moment als men hier is. Dus of dat zoveel uitmaakt vraag ik me af.”

Andere, minder genoemde, criteria zijn: kleinschaligheid, activiteiten die er worden georganiseerd, korte dan wel geen wachtlijsten en het tot beschikking hebben van een één-persoonskamer. Bij dit laatst genoemde criterium moet opgemerkt worden dat dit door de familie als belangrijk criterium bevonden wordt. Enkele professionals geven aan dat de cliënt zelf het niet eens altijd prettig vindt een eigen kamer te hebben. Een cliënt die zijn/haar hele leven een partner heeft gehad kunnen zich op een één-persoonskamer eenzaam voelen.

4.3.2 Criteria professionals

Enkele professionals geven aan dat de snelheid van handelen en de bereidwilligheid naar elkaar toe belangrijke criteria zijn. Vooral bij acute opnames spelen deze criteria een rol.



CONCLUSIES EN
AANBEVELINGEN

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek kunnen als volgt samengevat worden:

- In het besluit of een cliënt al dan niet opgenomen zal worden in een verpleeginstelling zijn de belangrijkste betrokken partijen: de cliënt, de eventuele partner in samenspraak met de familie, de familie, de medewerkers van de thuiszorgorganisatie, de huisarts en de casemanager in geval er een casemanager betrokken is bij de cliënt. Uiteraard is een voorwaarde voor opname dat het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) hier een indicatie voor geeft. In de keuze in welke verpleeginstelling de cliënt zal worden opgenomen speelt de cliënt, de eventuele partner en de familie een belangrijke rol. De uiteindelijke keuze wordt veelal door de familie gedaan. De overige partijen hebben voornamelijk een adviserende rol.
- Internet, en dan met name de website van de verpleeginstelling, is een veel geraadpleegde bron voor informatie.
- Een beperkte afstand van het huidige adres van de cliënt dan wel van familie tot het verpleeghuis is een erg belangrijk criterium voor de keuze. In geval er meerdere verpleeginstellingen aan dit criterium voldoen blijkt dat positieve ervaringen van anderen en/of eigen bekendheid met de instelling, een huiselijke sfeer en een positieve bejegening belangrijke criteria zijn. Andere, minder genoemde, criteria zijn: kleinschaligheid, activiteiten die er worden georganiseerd, korte dan wel geen wachtlijsten en het tot beschikking hebben van een één-persoonskamer.

5.2 Aanbevelingen

Ten tijde van het uitvoeren van dit onderzoek bevond de ouderenzorg zich midden in een transitie. En ook momenteel bevindt de ouderenzorg zich nog in transitie. Verzorgingshuizen komen leeg te staan en de vraag naar zwaardere zorg zal toenemen. Zoals uit het onderzoek naar voren komt speelt de familie bij cliënten met een zwaardere zorgvraag (zoals cliënten met psychogeriatrisch problematiek) een belangrijke rol. Zorginstellingen zullen in toenemende mate met deze cliënten te maken krijgen. De rol van de cliënt in het keuzeproces zal dus afnemen en de rol van de familie zal daarbij toenemen. Een eerste aanbeveling is dan ook om de marketingcommunicatie te richten op de familie, en dan met name op de kinderen van de cliënt.

Een tweede aanbeveling is om 'testimonials' op te nemen op de website van de zorginstelling. Positieve ervaringen van anderen blijkt een belangrijk criterium te zijn voor de keuze van een verpleeginstelling. Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat de eigen website van de zorginstelling een belangrijke bron voor informatie is.

Een volgende aanbeveling is om mensen in de buurt vertrouwd te maken met de zorginstelling, door bijvoorbeeld het organiseren van open dagen. De afstand tot de verpleeginstelling is een erg belangrijke factor, waarbij de eigen wijk sterk de voorkeur kan hebben. Daarnaast speelt bekendheid met het huis een rol in het keuzeproces. Cliënt en/of familie kan op deze wijze vertrouwd raken met het huis.

Naast het actief benaderen van mensen in de buurt is het een aanbeveling om ook huisartsen actief te benaderen. Alhoewel huisartsen zich afzijdig houden in de keuze voor de verpleeginstelling kunnen cliënten het prettig vinden dat hun huisarts bekend is met de instelling.

Een laatste aanbeveling is dat zorginstellingen zich meer van elkaar moeten gaan onderscheiden, gezien de ontwikkeling van aanbodgericht naar vraaggestuurd.

Een beperking van dit onderzoek is dat het verkennend is: er is een beperkt aantal interviews afgenomen. Vervolgonderzoek is daarom wenselijk.

Literatuur

- ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren*. Publicatienummer 13.018. Utrecht: ActiZ, organisatie van zorgondernemers.
- ActiZ (2012). *Deltaplanning Ouderenzorg*. Publicatienummer 12.027. Utrecht: ActiZ, organisatie van zorgondernemers.
- Castelijns, E., Kollenburg, A. van, & Meerman, W. te (2013) *De Vergrijzing Voorbij*. Utrecht: Stichting Fundatie Berenschot.
- Castle, N.G. (2003). Searching for and selecting a nursing facility. *Medical care research and review*, Vol. 60: 223-247.
- Denson, L.A., Winefield, H.R., Beilby, J.J. (2013). Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scandinavian journal of caring sciences*, Vol. 27:3-12.
- Doorten, I. (2012). *De sociale dimensie van ouder worden. Achtergrondstudie*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ducharme, F., Couture, M., & Lamontagne J. (2012). Decision-making process of family caregivers regarding placement of a cognitively impaired elderly relative. *Home health care services quarterly*, Vol. 31:197-218.
- Gastel, L. (2013). *Verantwoordelijkheden van bestuurders in de ouderenzorg. Naar moreel constructivistisch leiderschap*. Ridderkerk: Ridderprint.
- Klerk, M. de (2011). *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008*. Publicatienummer 2011-36. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Moreau, A., Carol, L., & Dedianne MC, e.a. (2012). What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient education and counseling*, Vol. 87:206-211.
- Stacey, D., Légaré, F., Pouliot, S., Kryworuchko, J., & Dunn, S. (2010). Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis. *Patient education and counseling*, Vol. 80:164-172.
- Wolfs, C.A., Vugt, M.E. de, & Verkaaik, M., e.a. (2012). Rational decision-making about treatment and care in dementia: a contradiction in terms? *Patient education and counseling*, Vol. 87:43-48.
- ZonMw (2013). 'Memorabel'. *Programmatische tekst voor de 1^e fase van een achtjarig Onderzoeks- en innovatieprogramma Dementie*. Den Haag: ZonMw.

Over de auteurs

Dr. Johan de Jong is hogeschooldocent aan de Hanzehogeschool Groningen en is onderzoeker bij Marklinq, het lectoraat Marketing van het Instituut voor Marketing Management.

Drs. Leenke Visser werkte na haar studie Psychologie, specialisatie Methodologie, een aantal jaren als onderzoeker in het UMCG. Sinds 2013 is zij werkzaam als docent aan de Hanzehogeschool Groningen waar zij onder andere statistiek onderwijs verzorgt en studenten begeleidt bij hun stage. Daarnaast is zij onderzoeker bij Marklinq.

Dankwoord

Het veldwerk van dit onderzoek is verricht in de periode juli 2013 - mei 2014. De auteurs danken alle respondenten voor hun medewerking aan de interviews. Daarnaast danken zij Karel Jan Alsem (Hanzehogeschool Groningen) voor het meedenken, Jeanet Rink (Hanzehogeschool Groningen) voor het meedenken en het afnemen van interviews en Christel Ietswaart (Zorggroep Groningen) voor de medewerking. Ook de studenten Commerciële Economie (Hanzehogeschool Groningen) worden bedankt voor hun bereidheid interviews onder cliënten af te nemen.

Marklinq

Marklinq is een instituut voor toegepast marketingonderzoek van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen Marklinq wordt marketingkennis ontwikkeld dat direct toepasbaar is voor de praktijk. Zowel op eigen initiatief als op basis van vragen vanuit de praktijk worden onderzoeken uitgevoerd door docentonderzoekers en waar mogelijk door studenten.

Bedrijven kunnen lid worden van Marklinq en verplichten zich dan om af en toe mee te doen aan een onderzoeksproject. Daarmee dragen ze bij aan kennisontwikkeling op het vlak van marketing. Daarvoor in de plaats krijgen leden toegang tot publicaties van Marklinq.

In de serie Marklinqpublicaties zijn verschenen:

Marklinqpublicatie 1: De marketingoriëntatie van bedrijven in Noord-Nederland (door K.J. Alsem en F. van Leer), augustus 2013

Marklinqpublicatie 2: De onderscheidendheid van merkwaarden in de zorg (door K.J. Alsem en E.J. Kostelijk), augustus 2013

Marklinqpublicatie 3: Effecten van crisissituaties op regio-imago's (door K.J. Alsem en T. Fischer), augustus 2013

Marklinqpublicatie 4: Toeristisch ondernemen in Noord-Nederland: Evaluatie van het toerisme-project VOTR2 (door E.J. Kostelijk en K.J. Alsem), november 2013

Marklinqpublicatie 5: Politieke partijen als merk: wat is de mate van onderscheid? (door K.J. Alsem en T. Fischer), Maart 2014

Marklinqpublicatie 6: De kern van Haren, Onderzoeks- en adviesrapport betreffende de economische ontwikkeling van de gemeente Haren (door K.J. Alsem, F. van Leer en S. Brakman), juni 2014

www.marklinq.nl

Colofon

Uitgave

Keuzeprocessen in de ouderenzorg: een verkennend onderzoek

Marklinqpublicatie nr. 7

©Marklinq, Hanzehogeschool Groningen, Lectoraat Marketing/Marktgericht ondernemen

Juli 2014

Serie Marklinq publicaties ISSN 2214-9597

Onderzoek en tekst

Leenke Visser en Johan de Jong

Marklinq

Marklinq is een instituut voor toegepast marketingonderzoek van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen Marklinq wordt marketingkennis ontwikkeld dat direct toepasbaar is voor de praktijk. Zowel op eigen initiatief als op basis van vragen vanuit de praktijk worden onderzoeken uitgevoerd door docentonderzoekers en waar mogelijk door studenten.

Bedrijven kunnen lid worden van Marklinq en verplichten zich dan om af en toe mee te doen aan een onderzoeksproject. Daarmee dragen ze bij aan kennisontwikkeling op het vlak van marketing. Daarvoor in de plaats krijgen leden toegang tot publicaties van Marklinq.

marklinq@org.hanze.nl

www.marklinq.nl

