

Postprint version : 1.0

Journal website : <https://tijdschriftverpleegkunde.nl>

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Cliëntparticipatie bij elektronische verpleegkundige verslaglegging: een interviewstudie onder cliënten van de wijkverpleging

Kim de Groot¹, Judith Douma², Wolter Paans³, Anneke Francke⁴

- ¹ Verpleegkundig-onderzoeker bij het Nivel, Utrecht, en wijkverpleegkundige bij Thebe Wijkverpleging, Tilburg
- ² Student bij het masterprogramma Verplegingswetenschap van Universiteit Utrecht
- ³ Lector 'Verpleegkundige Diagnostiek' bij Hanzehogeschool Groningen, en klinisch onderzoeker intensive care bij UMCG, Groningen.
- ⁴ Nivel, Utrecht, en bijzonder hoogleraar 'Verpleging en verzorging in de laatste levensfase' bij Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, Amsterdam UMC locatie VUmc, Amsterdam.

Samenvatting

Doel: Inzichtelijk maken hoe cliënten van de wijkverpleging hun participatie bij de elektronische verpleegkundige verslaglegging ervaren.

Methode: Bij 21 cliënten van de wijkverpleging werden semigestructureerde interviews afgenomen. De transcripten van de interviews werden geanalyseerd in een iteratief proces, volgens de principes van reflexieve, inductieve thematische analyse.

Resultaten: We identificeerden een typologie met vier cliënttypen: 'hoge behoefte, hoge vaardigheden', 'hoge behoefte, lage vaardigheden', 'lage behoefte, hoge vaardigheden' en 'lage behoefte, lage vaardigheden'. Verschillende cliënten hadden een participatiebehoefte vanwege hun persoonlijke interesse in gezondheidsinformatie. Andere cliënten hadden die behoefte niet, omdat ze verpleegkundigen vertrouwden in het documenteren van belangrijke informatie. De vaardigheden van cliënten om te participeren namen toe wanneer zij de verslaglegging konden lezen en verpleegkundigen hen hielpen door de verslaglegging te bespreken. Belemmeringen om te participeren waren het ontbreken van computer, tablet of smartphone, beperkte digitale vaardigheden, weinig ondersteuning van verpleegkundigen en weinig gebruiksvriendelijke elektronische cliëntportalen.

Conclusie: Cliëntparticipatie bij verpleegkundige verslaglegging varieert, omdat cliënten verschillen in hun behoefte aan en vaardigheden voor participatie. Verpleegkundigen moeten bij het stimuleren van cliëntparticipatie afstemmen op de individuele behoeften en vaardigheden. Bovendien moeten ze zich bewust zijn van hun eigen rol om cliënten te ondersteunen bij participatie in de verslaglegging.

Wat is bekend?

Van cliënten wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol spelen in de zorg. Een actieve rol bevordert gezamenlijke besluitvorming in de zorg. Cliëntparticipatie in de verpleegkundige verslaglegging kan dit bevorderen.

Wat is nieuw?

Cliënten verschillen in hun behoeften en vaardigheden om te participeren bij de verpleegkundige verslaglegging in het elektronische cliëntendossier. Daarbij staat niet vast of cliënten willen en/of kunnen participeren, dit kan veranderen over de tijd.

Wat is de relevantie?

Verpleegkundigen moeten hun werkwijze voor het stimuleren van cliëntparticipatie afstemmen op elke individuele cliënt en zich bewust zijn van hun rol daarin. Daarbij heeft mondelinge communicatie over de verslaglegging veelal de voorkeur van cliënten.

Inleiding

In de huidige gezondheidszorg wordt veel waarde gehecht aan cliëntparticipatie. In lijn met de definitie van Castro en collega's definiëren we cliëntparticipatie als: *"De betrokkenheid van een cliënt bij de besluitvorming over de zorg, door middel van gesprekken waarin afstemming op de voorkeuren en mogelijkheden van het individu plaatsvindt. Daarbij is aandacht voor het combineren van de ervaringskennis van de cliënt met de professionele kennis van de zorgprofessional"* (1). Van cliënten wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol spelen in de zorg. Een actieve rol bevordert gezamenlijke besluitvorming in de zorg en stimuleert om aan de behoeften en voorkeuren van een cliënt te voldoen (2,3). Er is steeds meer bewijs dat cliëntparticipatie en gezamenlijke besluitvorming kunnen bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven, gezondheidsuitkomsten en cliënttevredenheid (4-7). Cliëntparticipatie en gezamenlijke besluitvorming in de zorg kunnen worden bevorderd als cliënten ook participeren in de verpleegkundige verslaglegging in het elektronische cliëntendossier (8-10). Met cliëntparticipatie bij de verpleegkundige verslaglegging bedoelen we in dit artikel dat een cliënt door een verpleegkundige wordt betrokken tijdens de verslaglegging. Dit kan vorm krijgen doordat een cliënt betrokken wordt bij het opstellen van het individuele zorgplan, maar bijvoorbeeld ook bij het schrijven van de rapportages. Daarnaast kan een cliënt de gedocumenteerde informatie waar nodig corrigeren en aanvullen. De verwachting is dat cliënten beter in staat zijn om hun voorkeuren over zorg te uiten als verpleegkundigen hen vragen welke informatie zij belangrijk vinden om te documenteren (11). Cliëntparticipatie bij de verslaglegging resulteert ook in zorgplannen die zijn afgestemd op de behoeften van cliënten (12). Als een elektronisch cliëntendossier is verbonden met een elektronisch cliëntenportaal biedt dit meer mogelijkheden voor cliëntparticipatie (13-17). Elektronische cliëntenportalen zijn applicaties met een koppeling naar het elektronische cliëntendossier van een zorgorganisatie. De cliëntenportalen geven cliënten de mogelijkheid om zelfstandig het dossier in te zien (16). Toch is cliëntparticipatie bij de verpleegkundige verslaglegging niet vanzelfsprekend. In een kwalitatief interviewonderzoek gaven Nederlandse wijkverpleegkundigen meerdere barrières aan voor cliëntparticipatie bij de verslaglegging, zoals slechte internetverbinding, technische storingen en tijdsdruk (18). Door deze barrières documenteren wijkverpleegkundigen vaak niet in aanwezigheid van cliënten, wat cliënten beperkt in het kunnen participeren in de verslaglegging (18). Verder blijkt uit een focusgroep met vier cliënten en vier mantelzorgers dat cliënten zich vaak niet betrokken voelen bij de verpleegkundige verslaglegging (19). Redenen hiervoor zijn dat de verslaglegging buiten het gezichtsveld van cliënten plaatsvindt en dat zij zelf geen toegang hebben tot het elektronische cliëntendossier (19). In de focusgroep namen echter alleen cliënten deel die expliciete interesse hadden in verpleegkundige verslaglegging. Om die reden is meer diepgaand inzicht nodig in de ervaringen en perspectieven van

verschillende cliënten met betrekking tot participatie bij de elektronische verpleegkundige verslaglegging.

We kozen ervoor om dit onderzoek te richten op de wijkverpleging, aangezien deze sector binnen Nederland een leidende positie inneemt bij de inzet van elektronische cliëntenportalen. In 2019 gaf 81 procent van de verpleegkundigen in de wijkverpleging aan dat hun zorgorganisatie een elektronisch cliëntenportaal heeft, vergeleken met 42 procent van de verpleegkundigen werkzaam in huisartsenpraktijken en 67 procent van de ziekenhuisverpleegkundigen (17). Bovendien hebben cliënten en verpleegkundigen in de wijkverpleging vaak een langdurige zorgrelatie, waardoor de participatie bij verslaglegging belangrijker en meer haalbaar lijkt dan in acute of kortdurende zorgsituaties. Om die reden worden in dit artikel de volgende onderzoeksvragen beantwoord: Wat zijn redenen dat cliënten van de wijkverpleging wel of niet participeren in elektronische verpleegkundige verslaglegging?

Op welke manieren willen cliënten van de wijkverpleging participeren in elektronische verpleegkundige verslaglegging?

Methode

Design

Er werd een kwalitatieve beschrijvende methode gebruikt, gebaseerd op principes van reflexieve, inductieve, thematische analyse (21,22). We voerden semigestructureerde interviews uit met 21 cliënten met wijkverpleging.

Deelnemers en setting

Dit onderzoek werd uitgevoerd binnen de Nederlandse wijkverpleging. Wijkverpleging wordt verleend door teams van wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden. Het omvat persoonlijke lichamelijke verzorging, verpleegtechnische zorg, preventieve zorg en psychosociale zorg (23).

Bij de werving van cliënten maakten we gebruik van een doelgerichte steekproeftrekking. Cliënten moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria: (1) wijkverpleging ontvangen van een zorgorganisatie die een elektronisch cliëntendossier gebruikt; (2) Nederlandstalig zijn en (3) geen ernstige cognitieve beperkingen hebben. Werving vond plaats met hulp van wijkverpleegkundigen uit het professionele netwerk van twee van de auteurs (KDG en JD).

[Tabel 1]

Deze auteurs combineerden beiden hun werk als onderzoeker met een baan als wijkverpleegkundige. We interviewden geen cliënten met wie de auteurs zelf een zorgrelatie hadden. De auteurs instrueerden wijkverpleegkundigen om te zoeken naar cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria. Daarbij instrueerden zij die wijkverpleegkundigen ook om variatie na te streven in kenmerken van cliënten, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, culturele achtergrond, alleenwonend of samenwonend en het soort wijkverpleging dat cliënten ontvingen. We streefden deze variatie na, aangezien we verwachtten dat deze kenmerken invloed kunnen hebben op de ervaringen van cliënten met betrekking tot hun participatie bij verpleegkundige verslaglegging. De wijkverpleegkundigen gaven cliënten een informatiebrief. Als een cliënt bereid was om deel te nemen, gaven de verpleegkundigen vervolgens een telefoonnummer door aan de onderzoekers. De werving stopte toen uit analyses van de laatste twee interviews bleek dat dataverzadiging was bereikt.

Dataverzameling

Tussen april 2019 en april 2021 werden 21 interviews afgenomen. Elk interview werd afgenomen door één auteur (KDG of JD) of door een tweetal van verpleegkundestudenten die getraind waren in interviewtechnieken. De auteurs gebruikten inzichten vanuit voorgaand onderzoek (19), relevante Nederlandse wetgeving (24) en een professionele richtlijn over verpleegkundige verslaglegging (25) om interviewvragen te creëren (tabel 1). Tijdens het iteratief proces van dataverzameling en data-analyse verfijnden we de vragen in de interviews om te zorgen voor diepgaande informatie voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het streven was om alle interviews fysiek af te nemen bij cliënten thuis of op een voorkeurslocatie van cliënten. Dit lukte bij de eerste dertien interviews. De laatste acht interviews werden echter telefonisch afgenomen vanwege de COVID-19-pandemie. Bij alle interviews werd een geluidsoptname gemaakt. In drie interviews was de partner van de cliënt aanwezig bij het interview. Hoewel het interview zich richtte op de cliënt, gaf de partner soms ook een reactie.

In de analyse hebben we alleen de ervaringen van cliënten meegenomen en niet die van de partners.

Data-analyse

De geluidsoptnames van alle interviews werden letterlijk getranscribeerd. De transcripten werden geanalyseerd in een iteratief proces waarbinnen kort na het afnemen van twee tot vier nieuwe interviews de transcripten werden geanalyseerd. De bevindingen uit de tussentijdse analyses stuurden vervolgens de vragen in de volgende interviews. Het iteratieve proces van dataverzameling en data-analyse ging door totdat dataverzadiging was bereikt. Dataverzadiging werd bevestigd in de analyse van de laatste twee interviews. Die analyse leverde geen nieuwe aspecten op die relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

De interviews werden geanalyseerd volgens de stappen van de thematische analyse: vertrouwd raken met de transcripten, initiële codes genereren, thema's zoeken, thema's herzien, thema's definiëren en rapporteren (21,22). Het programma MAXQDA 2020 ondersteunde het analyseproces (26).

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, werd triangulatie van onderzoekers toegepast. Dit hield in dat één auteur (JD) alle transcripten analyseerde, terwijl 14 van de 21 transcripten ook werden geanalyseerd door ten minste een of meer van de andere auteurs (KDG, WP of AF) (27). Het team van auteurs bediscussieerde de tussentijdse en eindanalyses om ervoor te zorgen dat de beschreven resultaten een goede weergave waren van de interviews (27).

Door de inductieve analyses en discussies met auteurs identificeerden we vier cliënttypen, onderscheiden naar of cliënten ervaren dat ze willen en kunnen participeren in de verpleegkundige verslaglegging. Het analyseren van data door het identificeren van cliënttypen is een praktisch toepasbare en beproefde methode, bijvoorbeeld in onderzoek naar betrokkenheid van cliënten (28,29).

[Tabel 2]

We bevorderden de betrouwbaarheid van het onderzoek verder door 'peer debriefing' toe te passen (27). Dit hield in dat we een concept van dit artikel, inclusief de resultaten, in een bijeenkomst bespraken met een groep onderzoekers die niet bij het onderzoek betrokken waren. Op basis van deze intercollegiale toetsing zijn enkele kleine aanpassingen gedaan in het artikel, met name om de resultaten duidelijker op te schrijven.

Verder beschreven we in het artikel de setting en kenmerken van cliënten om anderen te helpen in hun beoordeling of de resultaten overdraagbaar zijn naar andere situaties. Daarnaast rapporteerden we het onderzoek volgens de 'Standards for reporting qualitative research' (30).

Ethische overwegingen

Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Amsterdam UMC (dossiernummer 2019-026). Cliënten ondertekenden een schriftelijke toestemmingsverklaring voorafgaand aan de fysieke interviews. Bij de telefonische interviews gaven cliënten hun mondelinge toestemming tijdens de opname. De eerste auteur (KDG) controleerde dat alle gegevens die herleidbaar zijn naar een individu uit de transcripten zijn verwijderd. Hierdoor zijn cliënten niet identificeerbaar. De geluidsopnames zijn verwijderd zodra de interviews waren getranscribeerd.

Resultaten

Kenmerken van deelnemers

In totaal namen 21 cliënten deel aan het onderzoek, van wie 15 vrouwen (tabel 2). De geïnterviewden waren tussen de 24 en 88 jaar oud en woonden verspreid over Nederland. Meer dan de helft van de deelnemers (n = 13) ontving persoonlijke zorg van de wijkverpleging, bijvoorbeeld hulp bij douchen. Andere cliënten ontvingen verpleegtechnische zorg, zoals zorg voor een tracheacanule, of een combinatie van verpleegtechnische en persoonlijke zorg, bijvoorbeeld hulp bij wassen en infusiotherapie.

Typologie met vier cliënttypes

De data-analyse resulteerde in de identificatie van een typologie met vier verschillende cliënttypes. De basis voor de cliënttypes lag bij de behoeften en vaardigheden die individuele cliënten ervaren om te participeren in de verpleegkundige verslaglegging. De vier cliënttypes worden geïllustreerd in de volgende fictieve casuïstiek, waarbij fictieve namen zijn gebruikt.

Hoge behoefte, hoge vaardigheden: Mevrouw Peters is 35 jaar oud, hoger opgeleid en heeft dagelijks zorg van de wijkverpleging voor het aansluiten van haar parenterale voeding. Mevrouw neemt een actieve rol in haar eigen zorg en bespreekt met de verpleegkundigen welke informatie zij vastleggen in het dossier. Mevrouw neemt haar iPad mee naar de controles in het ziekenhuis om daar de observaties van de verpleegkundigen te laten lezen.

Hoge behoefte, lage vaardigheden: Mevrouw de Boer is 73 jaar oud, heeft een gemiddeld opleidingsniveau en ontvangt dagelijkse wijkverpleging voor hulp bij het wassen en voor negatieve-druktherapie voor een wond. Mevrouw is geïnteresseerd in wat de verpleegkundigen observeren tijdens de zorgmomenten. De meeste verpleegkundigen vertellen haar echter niet wat ze noteren in het dossier. Mevrouw kan deze informatie zelf niet nalezen, omdat zij geen digitaal apparaat heeft en geen toegang heeft tot het cliëntenportaal.

Lage behoefte, hoge vaardigheden: Meneer Dijkstra is 62 jaar oud, lager opgeleid en ontvangt wijkverpleging voor het zalven van zijn lichaam vanwege eczeem. Meneer heeft het volste vertrouwen in de verpleegkundigen die hem nu al meerdere jaren verzorgen. Meneer heeft geen behoefte om te praten over de verpleegkundige verslaglegging of om dit na te lezen. Hij kan via zijn iPad het cliëntenportaal openen, maar daar heeft hij nog nooit in gekeken.

Lage behoefte, lage vaardigheden: Mevrouw Visser is 84 jaar oud en heeft een gemiddeld opleidingsniveau. Mevrouw heeft al een aantal jaren dagelijks zorg van de wijkverpleging voor het aan- en uittrekken van haar steunkousen. Mevrouw heeft geen interesse in wat de verpleegkundigen noteren in het dossier. Daarnaast heeft mevrouw ook geen digitaal apparaat en voelt ze geen behoefte om een dergelijk apparaat aan te schaffen om toegang tot het dossier te verkrijgen.

Alle 21 cliënten konden we op grote lijnen indelen in de vier cliënttypes. Acht cliënten werden ingedeeld bij het type 'hoge behoefte, hoge vaardigheden'. Vier cliënten deelden we in bij het type 'hoge behoefte, lage vaardigheden' en bij het type 'lage behoefte, hoge vaardigheden'. De overige vijf cliënten deelden we in bij het type 'lage behoefte, lage vaardigheden'. Over het algemeen

vonden we enkele verschillen in de kenmerken van cliënten verdeeld over de cliënttypes. Jongere of hoger opgeleide cliënten die verpleegtechnische zorg ontvingen, waren vaker ingedeeld in de groep 'hoge behoefte, hoge vaardigheden'.

Daarentegen deelden we de meeste oudere of lager opgeleide cliënten die persoonlijke zorg ontvingen in bij de groep 'lage behoefte, lage vaardigheden'.

Behoeft om te participeren

De typologie illustreerde dat cliënten verschillen in hun behoefte om te participeren in de elektronische verpleegkundige verslaglegging. Bij de types 'hoge behoefte, hoge vaardigheden' en 'hoge behoefte, lage vaardigheden' gaven vrijwel alle cliënten persoonlijke interesse aan als reden voor hun behoefte aan participatie. Participatie in de verslaglegging gaf de cliënten relevante informatie over hun gezondheidssituatie. Ook gaf het hen inzicht in de beoordeling van verpleegkundigen van hun eigen situatie. Daarnaast geloofden sommige cliënten dat de informatie die verpleegkundigen documenteren ook relevant was voor andere betrokken zorgprofessionals. *"Nou als ik zelf wat achteruitgegaan ben, dan zou ik graag willen weten hoe zij dat zelf interpreteren. (...) Dat geeft mij informatie over mijzelf en dat geeft me ook een soort seintje van nou dan moet je even contact opnemen met je neuroloog of met mijn Parkinson deskundige."* (Cliënt 19)

Cliënten van het type 'hoge behoefte, hoge vaardigheden' lichtten verder toe dat participatie hen ook de mogelijkheid gaf om de verslaglegging van verpleegkundigen te corrigeren. Dit gebeurde als cliënten het niet eens waren met de verslaglegging of als ze de informatie onvolledig vonden. Deze cliënten ervaarden voordelen van accurate verslaglegging. Zo merkten zij dat verpleegkundigen beter op de hoogte waren van hun situatie na het lezen van de verslaglegging. Vervolgens hoefden cliënten hun situatie niet herhaaldelijk uit te leggen aan verschillende verpleegkundigen. Dit was vooral belangrijk voor cliënten wier gezondheidssituatie niet stabiel was en voor cliënten die complexe verpleegtechnische zorg ontvingen.

"Ze vragen of er iets is, bijvoorbeeld vanwege mijn gezondheid. Dan vertel ik dat en ik weet gewoon dat ze het dan rapporteren. De volgende die komt die is dan ook op de hoogte van hoe het met mij gesteld is en dat vind ik dan wel heel fijn." (Cliënt 18)

In tegenstelling tot cliënten die een hoge behoefte hadden, gaven andere cliënten aan een lage behoefte te hebben voor participatie in verpleegkundige verslaglegging. Deze cliënten werden ingedeeld in de types 'lage behoefte, hoge vaardigheden' en 'lage behoefte, lage vaardigheden'. De meeste cliënten gaven als reden voor een lage behoefte dat ze volledig vertrouwden dat verpleegkundigen documenteren wat belangrijk is voor de zorg. Bovendien wilden cliënten niet bemoeizuchtig overkomen. Sommige cliënten ervaarden dat de verslaglegging belangrijker was voor de verpleegkundigen dan voor henzelf.

"Als zij hier komen, dan pakken ze die laptop en dan gaan ze eerst eens kijken wat er allemaal in staat en wat degene daarvoor allemaal gedaan heeft. (...) Dat hoef ik niet na te kijken, dan weten ze het allemaal toch. Zo werkt het en ze hoeven niet precies te zeggen wat ze allemaal opschrijven, dat hoef ik niet te weten. (...) Ik zeg altijd zij hebben ervoor geleerd, ik niet." (Cliënt 7)

Daarnaast hadden sommige cliënten weinig behoefte om te participeren, omdat ze geen persoonlijke interesse hadden in de verpleegkundige verslaglegging. Dit kwam vooral voor bij cliënten van het type 'lage behoefte, hoge vaardigheden'. Deze cliënten zagen geen reden voor participatie wanneer de zorg niet complex was. Zij gaven wel aan dat hun behoefte aan participatie in de loop van de tijd kon veranderen, afhankelijk van hun situatie.

"Nou er was niet zo heel veel te rapporteren en ik was er persoonlijk bij dus eh ja, dan hoeft het voor mij niet. Dat is allemaal zo eenvoudig. Kijk die rapporten van het ziekenhuis die ga ik nog wel een keer inlezen." (Cliënt 17)

Vaardigheden om te participeren

Cliënten verschilden niet alleen in hun behoeftes om te participeren, maar ook in de mate waarin zij konden participeren in de elektronische verpleegkundige verslaglegging. De meeste cliënten die konden participeren, gaven aan dat ze de verslaglegging konden lezen via het elektronische cliëntenportaal. Dit gold voor cliënten van de types 'hoge behoefte, hoge vaardigheid' en 'lage behoefte, hoge vaardigheid', en vooral voor cliënten van jonge of middelbare leeftijd. Sommige cliënten ervoeren dat elektronische verslaglegging de mogelijkheden om te kunnen participeren heeft verbeterd. Zij vonden elektronische dossiers makkelijker te hanteren vergeleken met papieren dossiers.

"Ik bestuur mijn computer nu digitaal met mijn ogen, dus ondertussen ben ik eventjes Caren (cliëntenportaal) aan het doorscrollen. (...) Maar voor de rest vind ik het allemaal heerlijk, want ik kan het nu op de computer gewoon nakijken." (Cliënt 11)

Cliënten konden beter participeren als verpleegkundigen de verslaglegging mondeling bespreken, tijdens of direct na een zorgmoment. In dat geval voelden cliënten zich aangemoedigd om na te denken over de gedocumenteerde informatie. Dit gold voor cliënten in de types 'hoge behoefte, hoge vaardigheden' en 'lage behoefte, hoge vaardigheden'.

Terwijl sommige cliënten ervoeren dat zij konden participeren in de verslaglegging, voelden andere cliënten dat in mindere mate. De meeste van deze cliënten hadden een hoge leeftijd en behoorden tot het type 'lage behoefte, lage vaardigheden'. Ze zeiden dat ze geen computer, tablet of smartphone hadden of dat ze niet over de digitale vaardigheden beschikten om deze apparaten te gebruiken. De cliënten waren daardoor niet in staat om met de verslaglegging mee te lezen.

"Ik heb ze wel die computers, maar verstand ervan heb ik niet. (...) Ik kan meerdere dingen op de computer niet en dan denk ik nou ze zoeken het maar uit, ik vind het best." (Cliënt 19)

Cliënten van het type 'hoge behoefte, lage vaardigheden' noemden andere redenen om niet te kunnen participeren, waaronder dat de elektronische cliëntenportalen niet gebruiksvriendelijk waren, bijvoorbeeld doordat ze geen reacties op hun berichten kregen. Bovendien zeiden twee cliënten dat het in het elektronische cliëntenportaal niet mogelijk was om de verslaglegging van verpleegkundigen aan te vullen of te corrigeren.

"Het probleem is dat systeem. (...) Zo hadden ze eens geschreven dat ik boos was. (...) En dan kan het er dus niet uitgehaald worden dus dat staat er nog steeds in, dat ik boos ben geworden, terwijl ik dat niet was. Ja dat vond ik wel vervelend eigenlijk." (Cliënt 14)

Een andere barrière die cliënten van het type 'hoge behoefte, lage vaardigheden' noemden, betrof de werkwijze van verpleegkundigen. Verschillende cliënten vonden dat sommige verpleegkundigen te weinig tijd besteedden aan het begeleiden van cliënten bij de verslaglegging. Bovendien ervoeren sommige cliënten dat ze geen mogelijkheid hadden om te participeren in de verslaglegging doordat verpleegkundigen buiten hun huis documenteerden.

"Niet allemaal. De een die neemt 's morgens de tijd om het te rapporteren en leest het ook voor. Maar de meesten rapporteren in de auto." (Client 9)

Tot slot legden cliënten van de types 'hoge behoefte, lage vaardigheden' en 'lage behoefte, lage vaardigheden' uit dat fysieke beperkingen hen beperkten in het kunnen participeren. Cliënten gaven aan dat ze te ziek of vermoeid waren of niet de concentratie hadden om actief te kunnen participeren in de verslaglegging.

"Ik kijk er niet in. Nee, maar dat komt ook omdat, even kijken hoor ik heb zeven of zes keer in het ziekenhuis gelegen. (...) En dan komt dat op dat moment allemaal een beetje op de tweede plaats." (Cliënt 4)

Sommige cliënten gaven aan dat in dergelijke situaties de partner of een andere mantelzorger het overnam. Anderen vertelden dat ze hun mantelzorger niet wilden belasten met de vraag om te participeren in de verslaglegging.

Wijze van participatie

We vroegen cliënten ook op welke manier zij het liefst zouden participeren in de elektronische verpleegkundige verslaglegging. Cliënten die behoorden tot de twee cliënttypes met een hoge behoefte aan participatie hadden vrijwel allemaal een voorkeur voor mondelinge communicatie met verpleegkundigen over de verslaglegging. Degenen die een elektronisch cliëntenportaal gebruikten, gaven ook een voorkeur aan om de verslaglegging via deze portalen te lezen. Dit was vooral bij cliënten met het type ‘hoge behoefte, hoge vaardigheden’. Daarnaast vonden verschillende cliënten het positief dat mantelzorgers de verslaglegging via het portaal konden lezen. Deze cliënten bespraken de documentatie vervolgens met hun mantelzorgers. Vooral cliënten van het type ‘hoge behoefte, lage vaardigheden’ hadden een voorkeur voor deze wijze van participatie. We vroegen cliënten ook bij welke onderdelen van de verslaglegging zij het liefst participeren. Dit waren de onderdelen die betrekking hadden op het uitvoeren en evalueren van verpleegkundige interventies. *“Dan zegt ze gewoon wat ze doet en dat schrijft ze ook op, net als wat ze geconstateerd heeft. Bijvoorbeeld een wondje en een pleister geplakt op het been.”* (Cliënt 12)

Participatie bij de verslaglegging over het bepalen van behoeften, diagnoses en het zorgplan leek voor de meeste cliënten minder prioriteit te hebben. Het is een interessante bevinding dat sommige cliënten niet eens wisten dat deze onderdelen er waren in de verslaglegging.

“Ik heb het zelf zwart op wit geloof ik, in die map zitten. Zo’n blaadje heb ik wel gelezen, maar als je zegt vertel er eens wat over dan weet ik dat niet. (...) Dat is hun ding.” (Cliënt 2)

Discussie

In dit onderzoek werd een typologie ontwikkeld die inzichtelijk maakt dat cliënten verschillen in hun ervaren behoefte en vaardigheden om te participeren in de elektronische verpleegkundige verslaglegging. De volgende cliënttypes werden onderscheiden: ‘hoge behoefte, hoge vaardigheden’, ‘hoge behoefte, lage vaardigheden’, ‘lage behoefte, hoge vaardigheden’ en ‘lage behoefte, lage vaardigheden’.

Meerdere cliënten vonden hun participatie in de verpleegkundige verslaglegging belangrijk, namelijk degenen die behoorden tot de types ‘hoge behoefte, hoge vaardigheden’ en ‘hoge behoefte, lage vaardigheden’. Deze cliënten hadden belangstelling voor de informatie over hun eigen gezondheid, de observaties van verpleegkundigen en de opvattingen van verpleegkundigen over hun gezondheidssituatie. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek naar cliëntparticipatie en gezamenlijke besluitvorming (4-7). Het sluit ook aan bij de huidige wetgeving en professionele standaarden die cliëntparticipatie stimuleren, bijvoorbeeld door het verplichten van de toegang van cliënten tot documentatie over hun gezondheid en zorg (24,25,31-33). Echter andere cliënten ervaarden een lage behoefte aan participatie bij de verslaglegging. Zij waren ingedeeld bij de types ‘lage behoefte, hoge vaardigheden’ en ‘lage behoefte, lage vaardigheden’. Sommige van deze cliënten gaven als reden voor het feit dat ze weinig behoefte hadden aan participatie dat verpleegkundige verslaglegging niet belangrijk voor hen was, omdat de zorg niet complex was. Andere cliënten die er weinig behoefte aan hadden, legden uit dat ze participatie als een last beschouwden. Deze cliënten moeten niet gedwongen worden om te participeren in de verslaglegging, aangezien dat in strijd is met de principes van vraaggestuurde zorg. Dit werd ook aangegeven in eerder onderzoek (34-37). Desondanks gaven verpleegkundigen in een eerder kwalitatief interviewonderzoek aan dat ze cliënten toch tot op zekere hoogte konden betrekken, bijvoorbeeld in de mondelinge communicatie over de zorg (18).

Anderzijds gaven cliënten van het type ‘hoge behoefte, lage vaardigheden’ aan dat ze weliswaar wel de behoefte hadden om te participeren, maar dat ze dit niet altijd konden. Reden hiervoor was bijvoorbeeld dat zij geen toegang hadden tot elektronische verslaglegging. Bij dit cliëntentype liggen kansen om de cliëntparticipatie bij de verslaglegging te verbeteren. De cliënten wezen namelijk op het belang dat verpleegkundigen hen ondersteunen om te reflecteren op de verslaglegging. Als

verpleegkundigen dat niet deden, voelden cliënten zich minder in staat om te participeren. Dit belang van ondersteuning door zorgprofessionals bij het realiseren van cliëntparticipatie werd ook gevonden in andere onderzoeken met verpleegkundigen en artsen (10,38). Een andere barrière waardoor cliënten in hun ervaring niet kunnen participeren, was de beperkte gebruiksvriendelijkheid van elektronische cliëntenportalen. Ook deze bevinding was in lijn met eerdere onderzoeken (39,40). Sommige deelnemers aan ons onderzoek hadden helemaal geen toegang tot elektronische cliëntenportalen, omdat ze geen digitaal apparaat hadden of niet over de digitale vaardigheden beschikten om dergelijke apparaten te gebruiken. Deze cliënten hadden vrijwel allemaal een hoge leeftijd. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken die wezen op het beperkte gebruik en gebruiksonvriendelijkheid van elektronische cliëntenportalen voor oudere personen (41,42). Verder bleek uit eerder onderzoek dat lage gezondheidsvaardigheden samenhangen met beperkte mogelijkheden om toegang te krijgen tot informatie in elektronische cliëntendossiers, bijvoorbeeld via cliëntenportalen (43,44). Gezondheidsvaardigheden hebben betrekking op de cognitieve en sociale vaardigheden van een individu die bepalend zijn voor het vermogen om toegang te krijgen tot informatie, deze te begrijpen en te gebruiken om de eigen gezondheid te bevorderen (45). Daarnaast gaven eerdere studies aan dat een laag opleidingsniveau en hoge leeftijd (beide determinanten van beperkte gezondheidsvaardigheden) samenhangen met onvermogen om gezondheidsinformatie te raadplegen en te begrijpen (46,47). In onze studie leken cliënten met een laag opleidingsniveau en/of een hoge leeftijd ook minder behoefte en vaardigheden te hebben om te participeren in de verslaglegging, in vergelijking met jongere of hoger opgeleide cliënten. Daarnaast bleek uit ons onderzoek dat bij sommige cliënten een partner of een andere mantelzorger participeerde in verpleegkundige verslaglegging, bijvoorbeeld door mee te lezen en te communiceren met verpleegkundigen via de elektronische cliëntenportalen. Hoewel cliënten positief waren over deze betrokkenheid, ervoeren zij wel dat de inbreng van de mantelzorger op wat genoteerd wordt beperkt is. Dit komt overeen met de bevindingen in een review over de betrokkenheid van familie bij elektronische cliëntendossiers van cliënten in het ziekenhuis (9). Deze review beschreef dat de participatie van mantelzorgers aan documentatie zelden verder ging dan het bijwerken van de informatie over cliënten in de dossiers (9). In onze studie moeten we rekening houden met het feit dat sommige interviews plaatsvonden tijdens de COVID-19-pandemie. Op dat moment waren er maatregelen die de zorgmomenten van verpleegkundigen bij cliënten thuis beperkten. Toch hadden we geen aanwijzingen uit de interviews dat de pandemie en beperkende maatregelen van invloed waren op de ervaringen van cliënten met participatie bij de verpleegkundige verslaglegging. Verder moeten we rekening houden met dat we mensen die geen Nederlands spraken niet includeerden, ook al komt dat relatief vaak voor bij oudere cliënten met een niet-westerse migratieachtergrond. Om die reden zijn de resultaten van deze studie niet overdraagbaar naar niet-Nederlandstalige mensen.

Conclusie

Cliënten met wijkverpleging verschillen in hun behoefte aan participatie bij de elektronische verpleegkundige verslaglegging. Cliënten met een participatiebehoefte hebben meestal interesse in informatie over hun eigen gezondheid en zien voordelen van accurate verslaglegging. Cliënten die een beperkte participatiebehoefte voelen, hebben veelal volledig vertrouwen in de verslaglegging van verpleegkundigen of weinig interesse in de verslaglegging.

Of cliënten kunnen participeren in de verslaglegging verschilt ook tussen cliënten. Sommige cliënten kunnen minder goed participeren doordat zij geen computer, tablet of smartphone of vaardigheden hebben om toegang te krijgen tot het elektronische cliëntendossier. Daarnaast zijn weinig ondersteuning van verpleegkundigen, gebruiksonvriendelijkheid van elektronische cliëntenportalen en een slechte gezondheid ook redenen dat cliënten zich minder in staat voelen om te participeren.

Cliënten die willen participeren in de verslaglegging hebben een voorkeur voor mondelinge communicatie over de verslaglegging met de verpleegkundigen en voor het meelesen van de verslaglegging.

Praktische implicaties

Terwijl sommige cliënten willen participeren in de elektronische verpleegkundige verslaglegging, willen anderen dat niet. Om die reden moeten verpleegkundigen hun werkwijze voor het aanmoedigen van cliëntparticipatie afstemmen op elke individuele cliënt. Bovendien kan de behoefte van een cliënt aan participatie veranderen over de tijd. Dit betekent dat verpleegkundigen de behoeften van cliënten niet één keer, maar voortdurend moeten nagaan. Daarnaast ervaren sommige cliënten dat zij niet in staat zijn om te participeren vanwege een beperkte ondersteuning van verpleegkundigen, bijvoorbeeld bij het nadenken over welke informatie moet worden gedocumenteerd. Aangezien de meeste cliënten een voorkeur geven aan mondelinge communicatie over de verslaglegging, is het aan te bevelen dat verpleegkundigen voldoende tijd besteden aan het mondeling bespreken van de verslaglegging. Dit kan echter een uitdaging vormen, aangezien verpleegkundigen zelf tijdsdruk noemen als een barrière om cliëntparticipatie te bereiken (18). Toch zou cliëntparticipatie uiteindelijk tijd kunnen besparen voor verpleegkundigen. Wanneer een cliënt participeert in de verslaglegging kan dit gezamenlijke besluitvorming stimuleren. Dit zal resulteren in passende zorg die aansluit bij de behoeften van een cliënt, wat tijdbesparend kan zijn. Tot slot een opmerking over het feit dat we alleen Nederlandstalige cliënten hebben geïnterviewd. Het is waarschijnlijk dat de vaardigheden om te participeren in de verslaglegging beperkt zullen zijn wanneer een cliënt de taal in de verslaglegging niet kan lezen. In die gevallen zal een cliënt vaak afhankelijk zijn van de vertaling door een mantelzorger. Dit betekent dat verpleegkundigen extra aandacht moeten besteden aan communicatie over de verslaglegging met de vertalende mantelzorger.

Dit artikel is een vertaling van een publicatie in *Health Expectations*. (De Groot K, Douma J, Paans W, Francke AL. Patient participation in electronic nursing documentation: An interview study among home-care patients. *Health Expectations* 2022;25(4):1508-1516).
Kim de Groot ontving voor dit artikel de Anna Reynvaan Wetenschapsprijs 2023.

Literatuur

1. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*. 2016;99(12):1923-39.
2. Chewing B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decision: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):9-18.
3. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367.
4. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(1):53-62.
5. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessem S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *IRCMJ*. 2014;16(1):e12454.
6. Halabi IO, Scholtes B, Voz B, Gillain N, Duriaux N, Odero A, et al. "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition *Patient Educ Couns*. 2020;103(1):5-14.

7. Forsyth R, Maddock CA, Iedema RAM, Lassere M. Patient perceptions of carrying their own health information: Approaches towards responsibility and playing an active role in their own health-implications for a patient-held health file. *Health Expect*. 2010;13(4):416-426.
8. Eysenbach G, Jadad AR. Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the Internet age. *JMIR*. 2001;3(2):E19.
9. Manias E, Bucknall T, Wickramasinghe N, Gray K, Schaffer J, Rosenfeld E. Patient and family engagement in communicating with electronic medical records in hospitals: A systematic review. *Int J Med Inform*. 2020;134:104036.
10. Dendere R, Slade C, Burton-Jones A, Sullivan C, Staib A, Janda M. Patient Portals Facilitating Engagement With Inpatient Electronic Medical Records: A Systematic Review. *JMIR*. 2019;21(4):e12779.
11. Vestala H, Frisman GH. Can participation in documentation influence experiences of involvement in care decisionmaking? *Open J Nurs*. 2013;16(7):66-72.
12. Kunneman M, Hargraves IG, Sivly AL, Branda ME, LaVecchia CM, Labrie NHM, et al. Co-creating sensible care plans using shared decision making: Patients' reflections and observations of encounters. *Patient Educ Couns*. 2021;105(6):1539-1544.
13. Goldzweig CL, Towfigh AA, Paige NM, Orshansky G, Haggstrom DA, Beroes JM, et al. Systematic Review: Secure Messaging Between Providers and Patients, and Patients' Access to Their Own Medical Record: Evidence on Health Outcomes, Satisfaction, Efficiency and Attitudes. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2012.
14. Jacobs RJ, Lou JQ, Ownby RL, Caballero J. A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. *J Health Inform*. 2014;22(2):81-98.
15. Vermeir P, Degroote S, Vandijck D, Van Tiggelen H, Peleman R, Verhaeghe R, et al. The patient perspective on the effects of medical record accessibility: a systematic review. *Acta Clin Belg*. 2017;72(3):186-194.
16. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Hoerbst A. The impact of electronic patient portals on patient care: a systematic review of controlled trials. *JMIR*. 2012;14(4):e162.
17. Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M, De Groot J, De Bruin K, et al. Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Nivel;2019.
18. De Groot K, Sneep EB, Paans W, Francke AL. Patient participation in electronic nursing documentation: an interview study among community nurses. *BMC Nurs*. 2021;20(72).
19. De Groot K, Paans W, De Veer AJE, Francke AL. Knelpunten bij verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden. *TvZ*. 2017;127(6):34-36.
20. Genet N, Boerma WG, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe: Current structure and future challenges. Copenhagen: World Health Organization;2012.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res in Psychol*. 2006;3(2):77-101.
22. Braun V, Clarke V. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *QHW*. 2014;16(9):26152.
23. De Groot K, Maurits E, Francke A. Aantrekkelijkheid van het werken in de wijkverpleging: een online focusgroepstudie onder verpleegkundigen. *Verpleegkunde*. 2018;33(2):14-20.
24. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. 1994. Beschikbaar op: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-04-01/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5_Artikel454 , geraadpleegd november 2023.
25. V&VN. Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging. Utrecht: V&VN; 2022.
26. VERBI Software. MAXQDA 2020 [computersoftware]. 2019. Beschikbaar op: www.maxqda.com, geraadpleegd november 2023.
27. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods*. 2017;16(1):1-13.

28. Thiyagarajan JA, Prince M, Webber M. Social support network typologies and health outcomes of older people in low and middle income countries – A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):476-485.
29. FitzPatrick MA, Hess AC, Sudbury-Ridley L, Schulz PJ. A Typology of Patients Based on Decision-Making Styles: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR*. 2019;21(11):e15332.
30. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251.
31. American Nurses Association (ANA). Principles for nurse documentation: Guidance for registered nurses. In: ANA, ed. Silver Spring, Maryland: ANA; 2010. Beschikbaar op: www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf, geraadpleegd november 2023.
32. U.S. Department of Health & Human Services. Your Rights Under HIPAA. 2020. Beschikbaar op: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html, geraadpleegd november 2023.
33. Norwegian Ministry of Health and Social Affairs. Health Records Act 2016 (Pasientjournalloven). Beschikbaar op: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>, geraadpleegd november 2023.
34. Bressan V, Cadorin L, Stevanin S, Palese A. Patients experiences of bedside handover: findings from a metasynthesis. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(3):556-568.
35. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007;10(3):259-267.
36. Tobiano G, Bucknall T, Sladding I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud*. 2018;77:243-258.
37. Noteboom EA, May AM, Van der Wall E, De Wit NJ, Helsper CW. Patients' preferred and perceived level of involvement in decision making for cancer treatment: A systematic review. *Psychooncology*. 2021;30(10):1663-1679.
38. Irizarry T, Shoemake J, Nilsen ML, Czaja S, Beach S, DeVito Dabbs A. Patient Portals as a Tool for Health Care Engagement: A Mixed-Method Study of Older Adults with Varying Levels of Health Literacy and Prior Patient Portal Use. *JMIR*. 2017;19(3):e99.
39. Walsh L, Hemsley B, Allan M, Adams N, Balandin S, Georgiou A, et al. The E-health Literacy Demands of Australia's My Health Record: A Heuristic Evaluation of Usability. *AHIMA*. 2017;14(Fall):1-28.
40. Ali SB, Romero J, Morrison K, Hafeez B, Ancker JS. Focus Section Health IT Usability: Applying a Task-Technology Fit Model to Adapt an Electronic Patient Portal for Patient Work. *Appl Clin Inform*. 2018;9(1):174-184.
41. Wildenbos GA, Peute L, Jaspers M. Facilitators and Barriers of Electronic Health Record Patient Portal Adoption by Older Adults: A Literature Study. *Stud Health Technol Inform*. 2017(235):308-312.
42. Powell KR. Patient-Perceived Facilitators of and Barriers to Electronic Portal Use. *CIN*. 2017;35(11):565-573.
43. Walsh L, Hemsley B, Allan M, Dahm MR, Balandin S, Georgiou A, et al. Assessing the information quality and usability of My Health Record within a health literacy framework: What's changed since 2016? *Health Inf Manag J*. 2021;50(1-2):13-25.
44. Diviani N, Van den Putte B, Giani S, Van Weert JCM. Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature. *JMIR*. 2015;17(5):e112.
45. Nutbeam D. Health promotion glossary. Oxford: Health Promotion. 1986;1(1):113-27.
46. Van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013(13):179.

47. Choi NG, Dinitto DM. The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. *JMIR*. 2013;15(5):e93.

Tabellen

Tabel 1. Interviewvragen

1	Kunt u vertellen voor welke zorg u ontvangt van de wijkverpleging en hoe lang u deze zorg ontvangt?
2	Bent u betrokken bij wat verpleegkundigen documenteren over de zorg die zij bij u verlenen? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet en hoe u dit ervaart? Zo ja, kunt u toelichten hoe u betrokken wordt en hoe u dit ervaart? Bij welke onderdelen van de documentatie bent u betrokken?
3	Hoe belangrijk vindt u het om betrokken te zijn bij wat verpleegkundigen documenteren? Indien niet, kunt u toelichten waarom u dit niet belangrijk vindt? Indien wel, kunt u toelichten waarom u dit wel belangrijk vindt?
4	Maakt u gebruik van een cliëntenportaal? Zo nee, kunt u toelichten waarom niet? Zo ja, hoe ervaart u het gebruik van het cliëntenportaal?
5	Zijn uw naasten of mantelzorgers betrokken bij wat verpleegkundigen documenteren? Hoe ervaart u dit?
6	Wat zou het voor u makkelijker maken om betrokken te zijn bij wat verpleegkundigen documenteren over de zorg die zij aan u verlenen?

Tabel 2. Kenmerken van deelnemers

Kenmerk	N
<i>Leeftijd (n = 19)</i>	
Gemiddelde	69
Range	24-88
<i>Geslacht (n = 21)</i>	
Man	6
Vrouw	15
<i>Opleidingsniveau (n = 19)</i>	
Laag	7
Gemiddeld	8
Hoog	4
<i>Soort wijkverpleging (n = 19)</i>	
Persoonlijke zorg	13
Verpleegtechnische zorg	5
Combinatie van persoonlijke en verpleegtechnische zorg	1