

Evaluatie: opzetten van de CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei

Onderzoeksrapport



Aspirant onderzoekers:

Maike ten Have (562623)
Kirsten Jansen (565137)
Sjoerd van Leussen (562779)
Tessa Plender (564640)
Wies Vennegoor op Nijhuis (563317)

Opdrachtgever:

Dinja van der Veen
Lectoraat Neurorevalidatie
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Docentbegeleider:

Alex de Veld

Praktijkgericht Onderzoek, Ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 21 januari 2019

Semester 1 – 2018/2019

Uitvoeringsgegevens

Gegevens opdrachtgever

Naam: Dinja van der Veen

Instelling: Lectoraat Neurorevalidatie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Adres: Kapittelweg 33, 6525 EN

Plaats: Nijmegen

Gegevens docentbegeleider

Naam: Alex de Veld

Instelling: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Adres: Kapittelweg 33, 6525 EN

Plaats: Nijmegen

Aspirant onderzoekers

Naam: Maaïke ten Have

Studentnummer: 562623

Naam: Kirsten Jansen

Studentnummer: 565137

Naam: Sjoerd van Leussen

Studentnummer: 562779

Naam: Tessa Plender

Studentnummer: 564640

Naam: Wies Vennegoor op Nijhuis

Studentnummer: 563317

E-mail: evaluatiecvaketen@hotmail.com

Samenvatting

Introductie: Middels een Participatief Actie Onderzoek (PAO) is een groep praktijkprofessionals bezig met het opzetten van ketenzorg voor cliënten met een Cerebro Vasculair Accident (CVA) in de Noordelijke Maasvallei. Vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) wordt ondersteuning geboden. Echter vragen zij zich af wat de ervaringen van de praktijkprofessionals zijn. Uit het oriënterend literatuuronderzoek blijkt de maatschappelijke relevantie van het opzetten van een CVA-ketenzorg. Het zorgt voor een hogere mate van functioneel herstel en een betere kosteneffectiviteit. Literatuur over het opzetten van een CVA-ketenzorg middels PAO is niet gevonden. Wel is er literatuur gevonden over andere projecten die middels PAO zijn uitgevoerd. Door onderzoek te doen naar de uitvoer van het project om de CVA-ketenzorg middels PAO op te zetten, kunnen soortgelijke verandertrajecten en (indirect) de zorg voor cliënten in de toekomst verbeterd worden.

Vraagstelling: De volgende vraag is met dit onderzoek beantwoord:

‘Hoe hebben de betrokken praktijkprofessionals het ervaren om een CVA-ketenzorg op te zetten middels Participatief Actie Onderzoek en welke voorwaarden hebben zij nodig om het uitvoeren van werk en onderzoek te combineren?’

Methode: De onderzoeksvraag is beantwoord middels een kwalitatief beschrijvend onderzoek. De aspirant onderzoekers hebben data ontvangen van acht praktijkprofessionals die vroegtijdig gestopt zijn met hun deelname aan het opzetten van de CVA-ketenzorg. Negen betrokken praktijkprofessionals zijn geïnterviewd en deze interviews zijn letterlijk getranscribeerd. De data van de onderzoekspopulatie is fenomenologisch en inductief geanalyseerd door te coderen, categoriseren en thematiseren.

Resultaten: De resultaten zijn uitgewerkt aan de hand van vijf thema's. Deze thema's zijn 'ondersteuning vanuit de HAN', 'samenwerking praktijkprofessionals', 'persoonlijke investering in het project', 'opbrengsten voor praktijkprofessionals' en 'voortgang CVA-ketenzorg'. In elk thema draait het om de ervaringen van de praktijkprofessionals met betrekking tot het opzetten van de CVA-ketenzorg. Daarnaast worden de resultaten van de vroegtijdige stoppers benoemd.

Conclusie: Het opzetten van de CVA-ketenzorg middels PAO is door de praktijkprofessionals over het algemeen als positief ervaren. Dit kwam onder andere door de actieve werkwijze van het project. Wel worden aspecten benoemd waar verbetering in kan komen, zoals duidelijkheid over het tijdsplan en het sneller uitvoeren van opgestelde acties. Opvallend is de grote rol in de bijdrage van de projectleider tijdens het project. Hierbij zorgde zij voor goede ondersteuning en motivatie. De twijfel is echter wie de ketenzorg later draaiende gaat houden. Uitkomsten kunnen niet gegeneraliseerd worden doordat de resultaten context specifiek zijn, maar kunnen wel herkenbaar zijn bij soortgelijke projecten.

Aanbevelingen: Naar aanleiding van het gedane onderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn gericht op de praktijk (projectcoördinator; tijdsplan; notulen verkorten; alternatieven communicatie via de mail; ervaringsdeskundigen inzetten; inzetten van externe personen), vervolgonderzoek (participeren op verschillende niveaus) en onderwijs (masterclass belasting/belastbaarheid).

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Evaluatie: opzetten van de CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei'. Vanuit de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen is er in september 2018 gestart met het onderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van de vraag vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen om het opzetten van de CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei te evalueren.

Door dit Praktijkgericht Onderzoek zijn de ervaringen van de praktijkprofessionals met betrekking tot het opzetten van de CVA-ketenzorg middels Participatief Actie Onderzoek in kaart gebracht. Hierdoor hebben wij een bijdrage geleverd aan het informeren en geven van adviezen aan het Lectoraat Neurorevalidatie. Toekomstige onderzoekers kunnen deze adviezen meenemen bij soortgelijke onderzoeken middels Participatief Actie Onderzoek. Wij vonden het interessant om erachter te komen hoe praktijkprofessionals werk en onderzoek combineren.

Wij willen iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van het onderzoek, in het bijzonder:

Onze docentbegeleider Alex de Veld, voor zijn kritische blik en prettige ondersteuning. Hij heeft ons mede met zijn kennis en ervaring met onderzoek vele inzichten gegeven om het proces naar een hoger niveau te tillen.

Onze opdrachtgever Dinja van der Veen, voor de ondersteuning die zij bood en de openheid die zij gaf over de aanpak van het opzetten van de CVA-ketenzorg.

De betrokken praktijkprofessionals die ons met open armen hebben ontvangen tijdens bijeenkomsten en op hun praktijken voor de interviews. Bedankt voor het delen van jullie ervaringen. Zonder jullie deelname hadden wij niet tot de huidige resultaten kunnen komen.

Dit onderzoek is bestemd voor het Lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, betrokken praktijkprofessionals, onderzoekers, medestudenten en geïnteresseerden in dit onderwerp. De directbetrokkenen bij dit onderzoek hebben het onderzoeksrapport ontvangen via de e-mail. Overige geïnteresseerden kunnen het onderzoeksrapport opvragen via het volgende e-mailadres: evaluatiecvaketen@hotmail.com.

Nijmegen, 21 januari 2019

Maaïke ten Have
Kirsten Jansen
Sjoerd van Leussen
Tessa Plender
Wies Vennegoor op Nijhuis

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
1. Introductie onderzoek	7
1.1. Aanleiding	7
1.2. Theoretisch kader	7
1.2.1. Macroniveau	7
1.2.2. Mesoniveau	8
1.2.3. Microniveau	9
1.3. Probleemstelling	10
1.4. Doelstelling	11
1.5. Onderzoeksvraag	11
1.6. Relevantie	11
1.7. Begrippen	11
2. Methode	13
2.1. Onderzoeksmethode	13
2.2. Doelgroep	13
2.2.1. Populatie	13
2.2.2. Wervingsstrategie	13
2.3. Gegevensverzameling	14
2.3.1. Interviews	14
2.3.2. Context	14
2.3.3. Fieldnotes	14
2.4. Data-analyse	14
2.4.1. Transcriberen	14
2.4.2. Analyseproces	15
2.4.3. Plausibiliteit en transparantie	15
3. Resultaten	16
3.1. Onderzoeksgroep	16
3.2. Resultaten praktijkprofessionals uitgewerkt aan de hand van thema's	16
3.2.1. Ondersteuning vanuit de HAN	16
3.2.2. Samenwerking praktijkprofessionals	17
3.2.3. Persoonlijke investering in het project	18
3.2.4. Opbrengsten voor praktijkprofessionals	20
3.2.5. Voortgang CVA-ketenzorg	20
3.3. Resultaten vroegtijdige stoppers	21
4. Discussie	22
4.1. Inhoudelijke discussie	22
4.2. Methodische discussie	23
5. Conclusie	25
6. Aanbevelingen	26
6.1. Aanbevelingen gericht op de praktijk	26
6.1.1. Projectcoördinator	26
6.1.2. Tijdspad	26
6.1.3. Notulen verkorten	26

6.1.4. Alternatieven communicatie via de mail	27
6.1.5. Ervaringsdeskundigen inzetten	27
6.1.6. Inzetten van externe personen	27
6.2. Aanbevelingen gericht op vervolgonderzoek	28
6.2.1. Participeren op verschillende niveaus	28
6.3. Aanbevelingen gericht op onderwijs	28
6.3.1. Masterclass belasting/belastbaarheid	28
7. Literatuurlijst	29
8. Bijlagen	35
8.1. Beschreven tijdsweergave van het overkoepelende onderzoek	35
8.2. De gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo	37
8.3. Uitnodigingsmail	39
8.4. Informatiebrief	40
8.5. Evaluatieformulier vroegtijdige stoppers	41
8.6. Interviewguide	42
8.7. Informed consent	46

1. Introductie onderzoek

In de introductie van het onderzoek is er beschreven wat de aanleiding van het onderzoek is. In het theoretisch kader wordt dit verder toegelicht. Naar aanleiding van deze informatie is een probleemstelling opgesteld, waaruit onderzoeksdoelen en de onderzoeksvraag zijn geformuleerd. Na een toelichting over de relevantie van het onderzoek wordt het hoofdstuk afgesloten met een afbakening van een aantal belangrijke/veelgebruikte begrippen.

1.1. Aanleiding

In 2011 is huisartsencoöperatie Syntein in de Noordelijke Maasvallei gestart met het opzetten van een ketenzorg voor cliënten met een Cerebro Vasculair Accident (CVA). Het opzetten van de ketenzorg is niet gelukt, doordat samenwerkingsafspraken niet werden nagekomen, er geen verantwoordelijke was aangesteld en er onvoldoende betrokkenheid van de praktijkprofessionals was (Van den Berg, Bernving, Lemmers, & Oenema, 2017, p. 8). Vanaf 2014 zetten praktijkprofessionals met ondersteuning vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) de CVA-ketenzorg op. Hierbij hebben zij samengewerkt met Syntein en Pantein (zorgaanbieder). Het opzetten van de CVA-ketenzorg is gedaan door middel van Participatief Actie Onderzoek (PAO). De betrokkenen binnen het onderzoek worden niet gezien als object van het onderzoek maar als handelende subjecten die 'in the lead' zijn (Migchelbrink, 2016, p. 29). Het Lectoraat Neurorevalidatie biedt ondersteuning, daarnaast hebben verschillende aspirant onderzoekers van de HAN een bijdrage geleverd (verloop van het gehele project: bijlage 1). Door middel van een werkgroep is er in eigen tijd actief gewerkt aan het opzetten van de CVA-ketenzorg (Van der Veen, persoonlijke communicatie, 27 september 2018).

Voor het Lectoraat Neurorevalidatie is het onduidelijk hoe het voor de praktijkprofessionals is om via PAO betrokken te zijn bij de opzet van de CVA-ketenzorg. Duidelijkheid hierover kunnen zowel het lectoraat als andere onderzoekers gebruiken bij het opzetten/uitvoeren van een PAO. In de tussentijdse evaluatie op 18 mei 2017 is gebleken dat de betrokken praktijkprofessionals ervaren hebben dat de deelname aan het project de onderlinge samenwerking verbeterd. Daarnaast ervaren zij de begeleiding vanuit het Lectoraat als goed. Wel wordt er benoemd dat de betrokken praktijkprofessionals tijdsdruk ervaren, veel informatie/leeswerk krijgen en moeite hebben om met elkaar af te spreken (Van der Veen, 2017). Er is een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd op macro-, meso-, en microniveau waarbij verschillende aspecten van het onderzoek worden toegelicht.

1.2. Theoretisch kader

1.2.1. Macroniveau

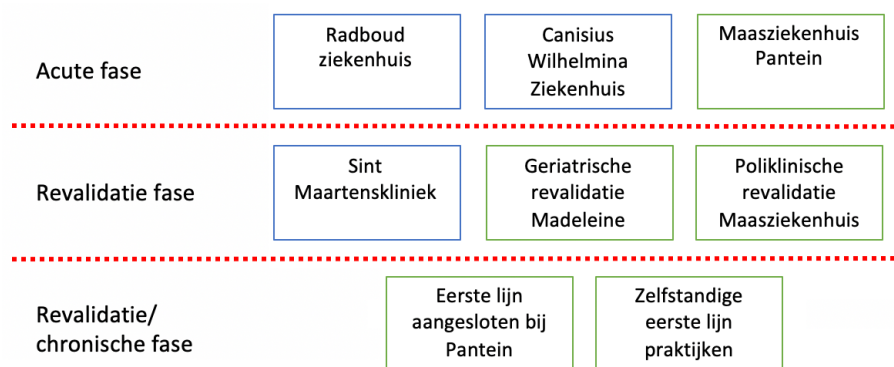
Elk jaar krijgen 40.000 Nederlanders een CVA (Kuks & Snoek, 2016). In Nederland is een CVA de tweede belangrijkste doodsoorzaak en het is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit (Revalidatie Nederland, 2012). Driekwart van de mensen die een CVA krijgen zijn ouder dan 65 jaar. Door vergrijzing van de bevolking en toenemen van welzijnsziekten zal het aantal CVA-cliënten toenemen (Middelkoop, Vat, & Minkman, 2017; Hoogland, 2016; Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Bij CVA-cliënten is er, door de hoge gemiddelde leeftijd, vaak sprake van multimorbiditeit. Dit maakt de zorg voor deze cliënten complex, waardoor meerdere zorgverleners betrokken zijn (In voor zorg!, 2015). Door maatschappelijke ontwikkelingen is innovatie nodig om de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen (Janssen & Wallenburg, 2017). Met als gevolg dat steeds meer zorg verplaatst naar de thuissituatie, zo ook voor CVA-cliënten. Vijfenzestig procent van de CVA-cliënten gaat na de ziekenhuisopname gelijk naar huis toe (Revalidatie Nederland, 2012; Janssen & Wallenburg, 2017). In instellingen zijn de zorgverleners dicht bij elkaar te vinden, in de eerstelijnszorg is het echter moeilijker om elkaar op te zoeken. Daarom is een goede afstemming

tussen de zorgverleners nodig. Ketenzorg is hiervoor een duidelijk voorbeeld van duurzame zorg (Hovenier, De Joode, & Van Bijsterveldt, 2014). Ketenzorg is de structurele samenwerking tussen verschillende zorginstellingen of professionals, waarbij zorg op maat geven centraal staat. Door middel van richtlijnen wordt de zorg ingericht en vormgegeven. Het inrichten van ketenzorg is vaak een ingewikkeld proces. Er zijn veel betrokkenen met verschillende perspectieven en belangen (Minkman & Huijsman, 2012). Meerdere onderzoeken beschrijven dat bij het opzetten van ketenzorg niet altijd de doelen worden bereikt en er behoefte is aan ondersteuning om de ketenzorg te optimaliseren (Weaver et al., 2009; Van Gils et al., 2012; Ouwens, 2005; Minkman & Huijsman, 2012). Het motto waarnaar gestreefd wordt bij ketenzorg is: “De juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste professional, op de juiste tijd” (Van der Burgt, Van Mechelen-Gevers, & Te Lintel Hekkert, 2013, p. 78). Een goed georganiseerde CVA-ketenzorg leidt tot een hogere mate van functioneel herstel en een betere kosteneffectiviteit (Rosendal, Ahaus, Huijsman, & Raad, 2009, p. 115).

1.2.2. Mesoniveau

Noordelijke Maasvallei

De betrokken praktijkprofessionals die een CVA-ketenzorg opzetten zijn werkzaam in de Noordelijke Maasvallei. Het gebied heeft ongeveer 130.000 inwoners (Noordelijke Maasvallei, z.d.). De regio Limburg-Noord, waar de Noordelijke Maasvallei gedeeltelijk onder valt, heeft het hoogste percentage inwoners met een CVA in Nederland (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). In Figuur 1 is een overzicht weergegeven van de gehele CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei.



Figuur 1. Betrokkenen in CVA-keten. Aangepast overgenomen uit *Voorlichting in de CVA-keten* (Afstudeeropdracht) (p. 11) door A. van den Berg., 2017. Copyright 2017, Van den Berg, Bernving, Lemmers, & Oenema.

Participatief Actie onderzoek

Bij het opzetten van de CVA-ketenzorg is er gebruik gemaakt van de onderzoeksmethodiek PAO. Bij PAO werken de deelnemers en de onderzoekers gezamenlijk aan het onderzoek. Hierbij zijn de deelnemers ‘in the lead’ en ondersteunen de onderzoekers hen door het inbrengen van (wetenschappelijke) kennis en door het inzetten van hulpbronnen (Van der Veen, 2016; Migchelbrink, 2016, p. 19). Door de deelnemers actief te betrekken bij het onderzoek is er sprake van een hoge validiteit en betrouwbaarheid (Migchelbrink, 2016, p. 74). Naar aanleiding van het oriënterend literatuuronderzoek (bijlage 2), hebben de aspirant onderzoekers geen bruikbare literatuur weten te vinden over het opzetten van een CVA-ketenzorg middels PAO. Dit benadrukte de urgentie om een onderzoek uit te voeren naar de ervaringen van het opzetten van een CVA-ketenzorg middels PAO. Wel is er literatuur gevonden over onderzoeken die PAO als middel hebben gebruikt om een verandertraject te realiseren. De onderzoeksmethode helpt om vertrouwen, leiderschap en bewustwording op te bouwen (Cusack, Cohen, Mignone, Chartier, & Lutifiyya, 2018, pp. 10-11). Een succesfactor volgens de deelnemers van het PAO was dat zij zelf nauw betrokken waren bij het onderzoek (Cusack et al., 2018, pp. 10-11; Broom, Gardner, Kecskes, & Kildea, 2016). Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op het uitvoeren van een succesvol PAO. Het is belangrijk dat deelnemers op hetzelfde niveau van onderzoekskennis zitten en dezelfde hoeveelheid

tijd er in willen steken (mindset). Voor de onderlinge relaties is het van belang dat de deelnemers goed met elkaar en met de betrokkenen kunnen samenwerken. Als laatste moet de organisatie/context waarin de deelnemers werkzaam zijn de mogelijkheid bieden om een onderzoek uit te kunnen voeren (Janssen, Hale, Mirfin-Veitch, & Harland, 2013, pp. 930-933; Broom et al., 2016). Tijd wordt als moeilijkste factor gezien; een gebrek aan tijd leidt er vaak toe dat deelnemers veel eigen tijd in het onderzoek moeten steken (Broom et al., 2016).

Belasting/belastbaarheid

Uit onderzoek is gebleken dat er barrières worden ervaren bij het doen van onderzoek naast werk. Deelnemers van een PAO moeten veel taken vaak in hun eigen tijd uitvoeren en er wordt een hoge werkdruk ervaren (Koster, Bonnema, Brusse-Keizer, & Borghuis, 2018; Broom et al., 2016). Belasting is de te dragen last op fysiek en mentaal gebied (Van Dijk, Van Dormolen, Kompier, & Meijman, 1990). Er is sprake van werkdruk wanneer een werknemer gedurende een langere periode niet in staat is om een taak binnen de vastgestelde tijd uit te voeren (Kuiper, Heerkens, Balm, Bieleman, & Nauta, 2011, p. 257). Op het moment dat een te hoge werkdruk leidt tot klachten, is er sprake van werkstress. Kenmerken zijn: lichamelijke, motivationele, emotionele en gedragsmatige aspecten die leiden tot psychische overbelasting (Kuiper et al., 2011, pp. 257-258). Het is belangrijk dat de instelling voldoende tijd aanbiedt voor extra taken onder werktijd (Koster et al., 2018).

1.2.3. Microniveau

Lectoraat Neurorevalidatie

Vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie biedt een projectleider ondersteuning bij het opzetten van de CVA-ketenzorg. Om dit volgens PAO uit te voeren, moet de projectleider de volgende vaardigheden en competenties bezitten (figuur 2).

Onderzoeksvaardigheden	Sociale vaardigheden	Competenties
Het kunnen maken van een passende onderzoeksplan.	Zich zowel persoonlijk als professioneel kunnen verbinden met het onderzoeksmateriaal.	Zelfkennis Kennissen van PAO
Kennis hebben over verschillende kwantitatieve en kwalitatieve dataverzamelingstechnieken.	Beschikken over kennis van het onderzoeksthema of de praktijk waarin het onderzoek plaats vindt, of eventueel zich snel deze eigen te kunnen maken.	Deskundigheid in PAO Verschillende rollen kunnen aannemen afgestemd op de situatie.
Ervaring hebben in het schrijven van een onderzoeksplan en het gebruik van verschillende dataverzamelingstechnieken, om zo de deelnemers tijdens het onderzoek hierin te kunnen ondersteunen.	Beschikken over goede sociale en communicatieve vaardigheden, als doorzettingsvermogen, inlevingsvermogen, conflicten kunnen oplossen etc.	Goed kunnen samenwerken. Feedback kunnen geven op het handelen van de deelnemers en het handelen kunnen aanpassen. Reflectievermogen

Figuur 2. Competenties/vaardigheden: Migchelbrink, 2016, pp. 81-83.

Betrokken praktijkprofessionals

Vanuit een werkgroep, opgedeeld in kleinere actiegroepen, zijn praktijkprofessionals bezig met het opzetten van de CVA-ketenzorg. De intentie van een PAO is dat de betrokken praktijkprofessionals in het hele onderzoeksproces participeren en dat de onderzoekers het proces coachen, waardoor er gewerkt wordt in co-creatie. De mate van participatie wordt beïnvloed door het handelen van de betrokken praktijkprofessionals en hun mogelijkheden. Door middel van een participatieladder kan het niveau van participatie worden bepaald, zoals te zien is in figuur 3. Bij een PAO wordt geparticipeerd in niveau vier t/m zeven. Het streven is om niveau zes van de participatieladder te behalen (Migchelbrink, 2016, pp. 104-106).

Figuur 3. Niveaus van participatie in P AO. Overgenomen uit *De kern van participatief actieonderzoek* (p. 105) door Migchelbrink, 2016, Amsterdam: Uitgeverij SWP. Copyright 2016, Uitgeverij Amsterdam.

Niveau	Omschrijving	Participatie
1. Informeren	De onderzoekers informeren de betrokkenen en potentiële deelnemers aan het onderzoek. Betrokkenen en/of deelnemers hebben geen inbreng, ze luisteren naar de informatie.	Geen participatie
2. Bevragen of raadplegen	De onderzoekers bevragen de deelnemers over een bepaald onderwerp. De deelnemers geven de gevraagde informatie of gegevens.	Geen participatie
3. Adviseren	De onderzoeker vraagt naar de opvatting of mening over een door de onderzoekers vastgesteld onderwerp. In een gesprek of discussie geven de deelnemers hun advies of mening daarover.	Voorstadium participatie
4. Partnerschap of co-creatie	Deelnemers en onderzoekers werken gelijkwaardig samen aan (in principe alle) aspecten van het onderzoek. Besluiten worden na gezamenlijk overleg genomen.	Participatie
5. Meebeslissen	De deelnemers zijn medebeslissers, zij mogen en moeten instemmen met (in principe) alle aspecten van het onderzoek.	Participatie
6. Beslissingsmacht	De deelnemers hebben de beslissingsmacht over (in principe alle) aspecten van het onderzoek. De onderzoekers hebben een begeleidende en adviserende rol.	Participatie
7. Zelfbeheer	De deelnemers nemen het onderzoek in eigen beheer. De onderzoekers zijn hier niet meer bij betrokken.	Gaat verder dan participatie

1.3. Probleemstelling

Het theoretisch kader geeft onvoldoende houvast om een conclusie te trekken over de ervaringen van de betrokken praktijkprofessionals bij het opzetten van de CVA-ketenzorg middels PAO. Daardoor blijft het volgende probleem bestaan:

In de Noordelijke Maasvallei wordt met hulp van het Lectoraat Neurorevalidatie van de HAN een CVA-ketenzorg opgezet door praktijkprofessionals. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van de methode Participatief Actie Onderzoek. PAO vraagt een hoog niveau (niveau vier t/m zeven van de participatieladder, figuur 3) van participatie van de deelnemers, in dit geval praktijkprofessionals. Om dit proces te kunnen sturen, moet de projectleider complexe vaardigheden en competenties beheersen (Migchelbrink, 2016, pp. 104-106). Uit een eerdere evaluatie bleek dat de betrokken praktijkprofessionals hebben ervaren dat de deelname aan het project de onderlinge samenwerking heeft verbeterd (Van der Veen, 2017). Daarnaast bleek uit de gevonden literatuur dat een goede onderlinge samenwerking van belang is. Deze samenwerking helpt bij het opbouwen van vertrouwen, leiderschap en bewustwording (Janssen et al., 2013; Cusack et al., 2018). De betrokken praktijkprofessionals hebben de begeleiding vanuit het Lectoraat als goed ervaren. Er werden ook mindere kanten benoemd. Zo gaven zij aan tijdsdruk te hebben ervaren, zij veel informatie/leeswerk kregen en moeite hadden om met elkaar af te spreken (Van der Veen, 2017). De gevonden literatuur benadrukt tijdsdruk ook als moeilijke factor bij het uitvoeren van een PAO. Deelnemers besteden vaak eigen tijd aan het onderzoek, wat zorgt voor een grotere belasting (Broom et al., 2016). Dit sluit aan bij het feit dat de betrokken praktijkprofessionals dit onderzoek naast hun gebruikelijke werkzaamheden hebben uitgevoerd. Het was onduidelijk hoe de betrokken praktijkprofessionals het gehele proces om een CVA-ketenzorg middels PAO op te zetten hebben ervaren. Ook was het onduidelijk welke voorwaarden de betrokken praktijkprofessionals hierbij nodig hadden.

1.4. Doelstelling

- Aan het einde van dit onderzoek zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor het opzetten van een CVA-ketenzorg middels Participatief Actie Onderzoek in kaart gebracht om in de toekomst samenwerking tussen de betrokkenen te verbeteren.
- Aan het einde van dit onderzoek zijn aanbevelingen opgesteld voor het Lectoraat Neurorevalidatie gericht op het uitvoeren van een verandertraject in de gezondheidszorg middels Participatief Actie Onderzoek.
- Aan het einde van dit onderzoek zijn aanbevelingen opgesteld voor het Lectoraat Neurorevalidatie om het combineren van werk en onderzoek te bevorderen.

1.5. Onderzoeksvraag

‘Hoe hebben de betrokken praktijkprofessionals het ervaren om een CVA-ketenzorg op te zetten middels Participatief Actie Onderzoek en welke voorwaarden hebben zij nodig om het uitvoeren van werk en onderzoek te combineren?’

1.6. Relevantie

Door onderzoek te hebben gedaan naar de ervaringen van de betrokken praktijkprofessionals over het opzetten van een CVA-ketenzorg middels PAO, zal voor het Lectoraat Neurorevalidatie duidelijk worden wat bevorderende en belemmerende factoren zijn in dit proces. Uit deze bevorderende en belemmerende factoren zijn aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen kunnen worden gebruikt door zowel het Lectoraat Neurorevalidatie als andere onderzoekers die middels PAO gaan werken aan een verandertraject. Hierdoor kan de uitvoering van projecten middels PAO worden verbeterd, wat zorgt voor een verbetering van het desbetreffende verandertraject. Wanneer dit verandertraject in de zorg plaatsvindt, zal dit leiden tot betere zorg voor cliënten.



Figuur 4. Relevantie onderzoek.

1.7. Begrippen

Door te hebben gekozen voor begripsafbakening stonden de betekenissen van onderstaande begrippen vast voor de rest van het onderzoek waardoor grenzen zijn aangegeven (Verhoeven, 2014).

CVA-ketenzorg

Ketenzorg is een zorgverlener- en organisatie-overstijgend zorgproces voor mensen met een chronische aandoening waarbij de cliënt centraal staat (Le Grasse, Van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2013, p. 108).

Participatief Actie Onderzoek (PAO)

PAO is een vorm van actieonderzoek, waarbij onderzoekers en deelnemers in co-creatie samenwerken (Migchelbrink, 2016, pp. 23-33).

Praktijkprofessional

De welzijns- en zorgprofessionals die actief deelnemen aan het project zijn aangeduid met ‘praktijkprofessional’. Zij behoren tot de onderzoeksgroep.

Projectleider

De projectleider biedt vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie van de HAN ondersteuning aan de praktijkprofessionals om de CVA-ketenzorg op te zetten. De projectleider is tevens de opdrachtgever van dit onderzoek naar de ervaringen van de praktijkprofessionals.

Vroegtijdige stoppers

De praktijkprofessionals die zijn gestopt met hun deelname aan het project zijn aangeduid met 'vroegtijdige stoppers'. Zij behoren tot de onderzoeksgroep.

Voorwaarden

De condities waaraan moet worden voldaan om een specifiek proces te kunnen laten plaatsvinden (Ensie, 2018).

2. Methode

Als vervolg op de introductie van het onderzoek wordt er toegelicht hoe het onderzoek is uitgevoerd. Zo is er een keuze gemaakt voor een onderzoeksdesign, doelgroep, manier van gegevensverzameling en methode voor de analysefase.

2.1. Onderzoeksmethode

De meest geschikte methode om de onderzoeksvraag te beantwoorden, was een kwalitatief onderzoek. De onderzoeksdoelen van de aspirant onderzoekers richten zich op het in kaart brengen van de ervaringen van de praktijkprofessionals en de voorwaarden die zij nodig hadden om werk en onderzoek te combineren in kaart te brengen. Het vragen naar ervaringen is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek (Lucassen & Olde Hartman, 2007, p. 142). Kwantitatief onderzoek was niet van toepassing, omdat de aspirant onderzoeker op zoek waren naar ervaringen en niet naar cijfers (Van der Donk & Van Lanen, 2016, p. 135).

De onderzoeksvorm die passend was bij de onderzoeksvraag, was een beschrijvend onderzoek. Kenmerkend aan een beschrijvend onderzoek is dat een situatie en de daarbij behorende ervaringen in kaart gebracht worden (Van der Donk & Van Lanen, 2016, p. 53).

2.2. Doelgroep

2.2.1. Populatie

De populatie van het onderzoek bestond uit de verschillende praktijkprofessionals die werkzaam waren in de eerstelijnszorg in de Noordelijke Maasvallei. De populatie bestond uit 22 betrokken praktijkprofessionals met de volgende specialismen: ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtiëk, maatschappelijk werk en ambulant begeleiding (Van der Veen, persoonlijke communicatie, 6 september 2018). Naast de bovengenoemde populatie waren er een aantal praktijkprofessionals vroegtijdige stoppers. Zij zijn meegenomen in het onderzoek, om eventuele verschillen met de hoofdgroep (betrokken praktijkprofessionals) te kunnen vergelijken om tot een duidelijke conclusie te komen. De populatie bestond enkel uit wilsbekwame mensen. Doordat er tijdens het onderzoek met mensen is samengewerkt, is door de aspirant onderzoekers gekeken naar de normen en wettelijke verplichtingen die voor onderzoek gelden. Dit staat beschreven in bijlage 3 'de gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo'.

2.2.2. Wervingsstrategie

Alle betrokken praktijkprofessionals zijn, in overleg met de opdrachtgever, door de aspirant onderzoekers uitgenodigd aan de hand van een mail. Er is een uitnodigingsmail opgesteld (bijlage 4), met bijgevoegd een informatiebrief (bijlage 5). Deze mail is naar alle betrokken praktijkprofessionals gestuurd. Wanneer er geen reactie was ontvangen binnen een week, hebben de aspirant onderzoekers een herinneringsmail verstuurd. Op het moment dat er geen respons was op de herinneringsmail, is er door de aspirant onderzoekers telefonisch contact gezocht met de praktijkprofessionals. De praktijkprofessionals die op de uitnodiging reageerden dat zij geïnteresseerd waren, zijn opgebeld voor het maken van een afspraak. Daarnaast hebben de aspirant onderzoekers een bijeenkomst van de praktijkprofessionals bijgewoond om bekend te worden bij de praktijkprofessionals. De projectleider heeft de praktijkprofessionals gewezen op het onderzoek in de vorm van een herinnering in de mail en notulen. Uiteindelijk bestond de onderzoekspopulatie uit negen betrokken praktijkprofessionals en acht vroegtijdige stoppers. De gegevens van de groep vroegtijdige stoppers zijn eerder verzameld en aangeleverd door de projectleider.

2.3. Gegevensverzameling

Zoals benoemd zijn de gegevens van de groep vroegtijdige stoppers overgenomen uit eerder verzamelde gegevens (bijlage 6: evaluatieformulier), deze gegevens zijn meegenomen in de data-analyse. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de dataverzameling bij de betrokken praktijkprofessionals is verlopen.

2.3.1. Interviews

De keuze voor interviews is gemaakt na het bestuderen van de verschillende mogelijkheden van dataverzameling, waarbij de drie meest voorkomende mogelijkheden nader zijn onderzocht (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Hierbij ging het om het individuele interview, focusgroep en observatie (en het zo nodig ter plekke ondervragen). De beste manier om invulling te geven aan de wijze van dataverzameling was het houden van individuele interviews. Tijdens het interview hebben de aspirant onderzoekers de ervaringen van de respondenten achterhaald. De best passende vorm voor interviews was een semigestructureerd interview gezien er veel data met verschillende meningen is verkregen (Van der Donk & van Lanen, 2016, p. 196). Middels een interviewgide (bijlage 7) met hierop thema's, topics, centrale- en subvragen is het semigestructureerde interview vormgegeven.

2.3.2. Context

Er is gestreefd naar het houden van face-to-face interviews in een rustige ruimte op een plek naar voorkeur van de praktijkprofessional. Wanneer hier geen mogelijkheid toe was, is er gekeken naar de optie om het interview via skype of telefonisch te houden. Hierbij had skype de voorkeur gezien skype het interview persoonlijker maakt (Sedgwick & Spiers, 2009). Bij elk interview zijn twee aspirant onderzoekers aanwezig geweest, waarbij één aspirant onderzoeker het gesprek heeft geleid. De ander heeft gezorgd voor de geluidsopname en schreef belangrijke informatie mee. Hierdoor was de kans op interpretaties minder groot, waardoor de validiteit van de data hoger is (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Het interview is opgenomen middels een voice-recorder, zodat de data veilig bewaard kon blijven en niet op een onveilige omgeving is gezet zoals een telefoon (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2018). Aan het begin van het interview hebben de aspirant onderzoekers hier toestemming voor gevraagd middels een informed consent (bijlage 8).

2.3.3. Fieldnotes

Tijdens en na de interviews zijn er fieldnotes geschreven. In deze fieldnotes zijn bijzonderheden die zich tijdens het interview hebben voorgedaan genoteerd. Bij een interview kunnen bepaalde factoren van invloed zijn geweest op de data. In de analysefase is er daarom in de fieldnotes gekeken om zo bepaalde data te verklaren of te verhelderen. Daarnaast konden de fieldnotes eventueel mee worden genomen in de discussie, wanneer sprake was van bijzonderheden (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2018).

2.4. Data-analyse

2.4.1. Transcriberen

De geluidsopnames van de interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Met deze vorm van transcriberen is niet alleen gekeken naar wat er is gezegd, maar ook naar hoe dit is gezegd/de intonatie (Swaen, 2013). Hierdoor is de kans op interpretatie van intonatie verkleind en is er geen data verloren gegaan. Bij het kwalitatieve onderzoek waarbij er naar meningen wordt gevraagd, was het nuttig om te kijken naar de emotie die de respondent toonde (Uitgetypt.nl, z.d.)

2.4.2. Analyseproces

De data die is geanalyseerd bestond uit de transcripties van de interviews met de betrokken praktijkprofessionals en de ontvangen gegevens van de groep vroegtijdige stoppers. De data van de twee onderzoeksgroepen zijn los van elkaar geanalyseerd. De data is volgens de fenomenologisch analyse geanalyseerd. Dat wil zeggen, de aspirant onderzoekers hebben zo min mogelijk geïnterpreteerd en zijn zo dicht mogelijk bij de antwoorden van de respondenten gebleven. De analyse is inductief gedaan. De gevolgde stappen zijn afgeleid van Van Nes, Satink en Kinébanian (2012):

- *Lezen*: meerdere malen goed doorlezen, zodat de tekst goed werd begrepen tijdens de volgende stappen van het analyseproces.
- *Coderen*: de opvallende fragmenten in de tekst werden aangestreept en aangeduid met een trefwoord (bestaande uit maximaal 7 woorden). Dit werd met een open vizier gedaan, alle opvallende fragmenten zijn gecodeerd. De eerste twee interviews zijn met alle aspirant onderzoekers gecodeerd, zodat er overeenstemming was over de gebruikte codes die ook bij de andere interviews gebruikt konden worden.
- *Categoriseren*: overeenkomstige codes zijn per interview en voor alle interviews samen onder categorieën geplaatst. Elke categorie heeft een naam gekregen. De aspirant onderzoekers hebben zelf de categorieën bepaald. Om te zorgen dat geen nuttige data verloren ging, is niet volgens vooropgestelde thema's gewerkt.
- *Thematiseren*: overeenkomstige categorieën van alle interviews zijn samengevoegd tot thema's. De tekst is opnieuw doorgelezen om de geldigheid van de thema's te beoordelen

Tijdens het analyseproces is gebruikt gemaakt van het softwareprogramma ATLAS.ti.

2.4.3. Plausibiliteit en transparantie

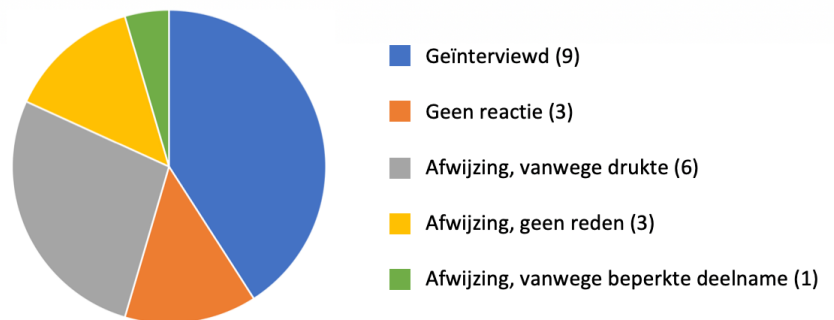
Om de geldigheid van de resultaten te bevorderen, is ervoor gekozen om hiervoor technieken toe te passen (Baarda, 2014). Door fieldnotes te maken over omstandigheden/context is er een controleerbaar spoor nagelaten (Baarda, 2014, p. 168). Tijdens de analysefase is er dubbel gecodeerd. Dit wil zeggen dat de gecodeerde data door een tweede partij is gecodeerd om te controleren of hier dezelfde resultaten uit kwamen (Barry, persoonlijke communicatie, 25 oktober 2018).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk is er een selectie gemaakt van de belangrijkste uitkomsten uit de data-analyse. Het hoofdstuk is vormgegeven aan de hand van vijf verschillende thema's en de resultaten van de vroegtijdige stoppers. De resultaten bevatten geen interpretaties en geven enkel de objectieve bevindingen weer.

3.1. Onderzoeksgroep

Er zijn 22 praktijkprofessionals benaderd voor een interview om de ervaringen van het opzetten van de CVA-ketenzorg te evalueren. Hiervan hebben negen praktijkprofessionals zich aangemeld, zeven afgemeld met een reden, drie personen afgemeld zonder reden en van één persoon geen reactie. Zie figuur 5 voor een overzicht van de reacties op de uitnodiging.



Figuur 5. Overzicht reacties.

Er zijn acht vroegtijdige stoppers meegenomen in het onderzoek. De data van deze groep is ontvangen in de vorm van evaluatieformulieren en mailcorrespondentie. De resultaten van de vroegtijdige stoppers zijn los van de resultaten van de betrokken praktijkprofessionals uitgewerkt.

3.2. Resultaten praktijkprofessionals uitgewerkt aan de hand van thema's

De resultaten van de betrokken praktijkprofessionals zijn uitgewerkt aan de hand van vijf thema's. Elk thema geeft de ervaringen weer van de praktijkprofessionals. Hierbij houden alle resultaten verband met elkaar. De wensen en behoeften van de praktijkprofessionals komen vanuit verschillende invalshoeken in elk thema naar voren.

3.2.1. Ondersteuning vanuit de HAN

De praktijkprofessionals zijn tijdens het PAO ondersteund vanuit de HAN. In dit thema is beschreven hoe deze werkwijze en ondersteuning ervaren werd.

Bij de start van het project zijn bestaande CVA-ketens bekeken en de kenmerken van de Noordelijke Maasvallei in kaart gebracht. Meerdere praktijkprofessionals gaven aan dat zij het idee hadden dat zij het wiel opnieuw aan het uitvinden waren, terwijl zij ook ideeën van andere ketens konden overnemen. Echter geven andere praktijkprofessionals aan dat het goed was om te kijken naar de kenmerken van de regio en daar de CVA-ketenzorg op aan te laten sluiten.

De werkwijze van het project wordt vaak omschreven als creatief. Het werd als prettig ervaren dat praktijkprofessionals in kleine groepen aan de slag gingen, waarna zij de gevonden informatie terugkoppelden. Hierdoor werd elke mening meegenomen en konden er gezamenlijke besluiten genomen worden.

"Ik denk dat dat ook wel een kracht en een wankel kan zijn, want het heeft ervoor gezorgd dat het misschien niet zo snel ging als kon, maar het heeft er wel voor gezorgd dat het een gezamenlijk product is geworden."
(Respondent 3)

Uit de interviews blijkt dat de praktijkprofessionals overzicht hebben gemist tijdens het project. Praktijkprofessionals vragen zich af: 'wat hebben wij gedaan', 'wat moeten wij nog' en 'wat is het einddoel'. Bij het missen van overzicht speelt de hoeveelheid leeswerk (van mails en notulen) een rol. Via de mail kwam er veel informatie binnen, waarbij de praktijkprofessionals niet altijd goed wisten of zij alles moesten lezen, selectief konden lezen of stukken al gelezen hadden. Het leeswerk wordt samen met de lange tijd (gemiddeld twee tot drie maanden) tussen de bijeenkomsten benoemd als oorzaak voor het kwijtraken van overzicht.

"Er zit dan heel veel tijd tussen en dan komt er weer een vergadering aan en dan denk je van oh ja waar stonden we ook alweer. Dat was dan voor mij toch wel eventjes binnenkomen van waar gaan we nu naartoe en waar staan we nu eigenlijk." (Respondent 2)

Een aantal praktijkprofessionals geven aan dat zij graag meer duidelijkheid hadden gehad aan het begin van het project. Duidelijkheid gericht op hoeveel tijd het kost en wat er moet gebeuren, zodat het geheel minder abstract is. Als advies voor de notulen wordt door een aantal praktijkprofessionals aangegeven dat deze meer puntsgewijs en korter mogen zijn of dat er een voorblad met een kort overzicht is.

De projectleider wordt omschreven als een iemand die doorpakt, enthousiast en bevlogen is, een helicopterview heeft en positiviteit uitstraalt. Velen zien de projectleider als de kartrekker van het project. In periodes dat praktijkprofessionals niet wisten waar het heen ging of het niet zagen zitten, motiveerde de projectleider de praktijkprofessionals.

"Sowieso dat hele gemotiveerde, heel vrolijk en nou ze gelooft er ook echt in! Ze staat er echt volledig achter, dat vond ik altijd wel mooi om te zien." (Respondent 5)

De communicatie met de projectleider wordt omschreven als prettig, begripvol en motiverend. De projectleider kan goed het overzicht houden en maakte kenbaar wanneer er beslissingen genomen moesten worden. Sommige praktijkprofessionals geven aan dat de projectleider op de hoogte was van de ontwikkelingen in hun persoonlijke leven.

"Goede verhouding tussen informeel en formeel wat best wel lastig is om dat goed te kunnen aanvoelen maar ik denk dat ze dat heel goed deed. Daardoor creëer je een soort veilige omgeving waarin je makkelijker aan [projectleider] wat kunt vertellen." (Respondent 6)

Vanuit de HAN hebben de praktijkprofessionals naast de begeleiding van de projectleider ook hulp gekregen van PO-studenten en onderzoekers van de HAN. Er werd aangegeven dat deze samenwerking met de HAN fijn was.

"Ja ik vind het heel positief. Ja zeker, ik bedoel zelf hebben wij daar geen tijd voor om dat zo uit te zoeken. Dus ja heel mooi dat zij het zo keurig uitzoeken." (Respondent 9)

3.2.2. Samenwerking praktijkprofessionals

Gedurende het project hebben de praktijkprofessionals samengewerkt met verschillende betrokkenen. In dit thema komen de ervaringen over deze samenwerkingen aan bod.

Tijdens het project is de samenwerking tussen de praktijkprofessionals wisselend ervaren. Als reden hiervoor wordt genoemd dat met de ene praktijkprofessional beter kan worden samengewerkt dan met de andere. Dit hangt af van persoonlijke voorkeuren. Een minder positieve ervaring is dat de praktijkprofessionals zich in dezelfde regio bevinden, waardoor zij niet alleen collega's maar ook concurrenten van elkaar zijn. De praktijkprofessionals benoemen als gevolg hiervan dat de samenwerking in de beginfase aftasten was. Op het moment dat zij inhoudelijk bezig gingen en in de

actiegroepen gingen werken zagen de praktijkprofessionals in dat zij elkaar kunnen versterken in plaats van beconcurreren. Er wordt ervaren dat zij elkaar kunnen aanvullen en gebruik kunnen maken van elkaars expertise.

Het gezamenlijke doel is om een goede CVA-ketenzorg op te zetten, daarnaast waren er ook andere belangen van de praktijkprofessionals. Als oorzaak wordt een dubbele agenda benoemd, voorbeelden hiervan zijn: verkrijgen van meer cliënten en betere contacten kunnen leggen met het ziekenhuis. Op het moment dat dit werd uitgesproken, werd het door de praktijkprofessionals meer losgelaten.

“Ik mis denk ik wel bij de meeste leden van het netwerk zeg maar een echte drijf om een netwerk hoog te houden die zijn toch vooral bezig met het hooghouden van je eigen toko.”
(Respondent 6)

Tijdens het project hebben de praktijkprofessionals samengewerkt in actiegroepen. Meerdere praktijkprofessionals gaven aan dat meestal een paar mensen het voortouw namen bij het uitvoeren van taken. Een aantal praktijkprofessionals vertelt dat dit onbewust om toerbeurt ging, hierdoor hoefde niet altijd dezelfde het voortouw te nemen. Tijdens deze samenwerking in actiegroepen werd voornamelijk contact gehouden via de mail. Een oorzaak hiervan is dat sommige praktijkprofessionals aangeven dat er frictie was binnen de actiegroep. Doordat er niet met dezelfde discipline werd samengewerkt en de professionals werkzaam zijn in verschillende settings, was er sprake van tegenstrijdige belangen. Daarom ging de voorkeur uit naar mail contact. De meningen over het mailcontact waren verdeeld. Mailcontact is de makkelijkste optie om onderling contact te houden. Echter wordt ook aangegeven dat men liever persoonlijk wil afspreken. Zo wordt getwijfeld of zij via de mail elkaar op de juiste manier begrijpen. Het duurt soms lang voordat praktijkprofessionals reageren, waarbij er weinig respons kwam op de mail. De mate waarin praktijkprofessionals dit als storend hebben ervaren verschilt.

“Ik maakte bijvoorbeeld een stuk, een presentatie of een schemaatje ofzo en ja daar kwam dan met geluk wat feedback op maar dat had ik wel een beetje gehad.”
(Respondent 3)

Er worden verschillende ideeën benoemd die kunnen bijdragen aan een verbetering van de samenwerking. Een aantal praktijkprofessionals geven aan dat gezamenlijk afspreken, onderlinge verwarring kan voorkomen. Dit werkt prettiger dan alleen mail contact. Echter wordt ook aangegeven dat het afspreken lastig is door de verschillende agenda's, de afstand en dat dit buiten de werktijd (avonden) moet. Daarnaast wordt aangegeven dat het makkelijker is als één iemand een taak concreet uitvoert en de rest feedback geeft. Er wordt benoemd dat men graag bij de groepsbijeenkomst al wil samenzitten met de actiegroep om een deel van de plannen en taken uit te werken. Praktijkprofessionals benoemen dat het belangrijk is om begrip te hebben voor elkaar, omdat niet iedereen altijd tijd heeft en op hetzelfde tijdstip aan een taak kan werken.

“Ook wanneer iemand iets niet kon, dat de andere het dan over neemt en daar ook niet moeilijk over doet, dus ja begrip is gewoon heel belangrijk.”
(Respondent 1)

3.2.3. Persoonlijke investering in het project

Bij het opzetten van de CVA-ketenzorg waren de praktijkprofessionals actief betrokken. In dit thema wordt besproken hoe zij dit hebben ervaren. Daarnaast wordt toegelicht of er sprake was van tijdsdruk en een verandering in belasting/belastbaarheid.

Door gebruik te maken van een participatieladder is inzichtelijk gemaakt welke mate van participatie de praktijkprofessionals hebben ervaren tijdens het project. Er zijn verschillende niveaus van

participatie ervaren. Een deel van de praktijkprofessionals hebben vooral in het begin van het project het niveau 'bevragen of raadplegen' en 'adviseren' ervaren. Daarentegen heeft de meerderheid van de praktijkprofessionals het participatieniveau 'meebeslissen' ervaren. Overal werden de meningen van de praktijkprofessionals meegenomen, maar de projectleider hakte de knoop door bij een besluit.

"Het was heel duidelijk dat wij samen dingen gingen beslissen. Dat je samen een plan ging maken. Daarbij hadden we wel de ondersteuning van [projectleider] nodig, want met elkaar werkt het niet. Dan blijven er dingen liggen. Dan heb je toch iemand nodig die de kar trekt."
(Respondent 9)

Sommige praktijkprofessionals voelden dat zij op het niveau 'meebeslissingsmacht' zitten en richting het niveau 'zelfbeheer' gaan doordat de projectleider het project niet voor altijd zal blijven leiden. Zij ervaren juist dat wanneer er besluiten gemaakt moesten worden, de praktijkprofessionals dit zelf deden. De praktijkprofessionals weten niet of zij het niveau 'zelfbeheer' kunnen halen, omdat zij niet weten of er wel kartrekkers in de groep zitten. Het grootste gedeelte van de praktijkprofessionals gaf aan dat zij van te voren niet wisten dat het project middels PAO werd opgezet.

Het actief betrokken zijn bij het opzetten van de CVA-ketenzorg vergt tijd en energie. Naast de eigen werkzaamheden is het een extra taak die de praktijkprofessionals uitvoeren.

"Ja je merkt dat het wel echt [projectleiders] ding is, dus dat is wel heel mooi om te zien maar dat maakt het ook gelijk heel veel. [Projectleider] vraagt veel van ons en dat is prima, dat is terecht, maar tegelijkertijd is het zoveel dat je op een gegeven moment wel denkt van ho wacht even ik werk ook nog en ik heb meerdere netwerkgroepen."
(Respondent 8)

Tijdsdruk werd voornamelijk in pieken ervaren. Het ene moment was het rustig maar het andere moment was het, in combinatie met eigen casussen en werkzaamheden, weer drukker. Deze tijdsdruk werd voornamelijk ervaren rond bijeenkomsten of deadlines. Uit ervaring blijkt dat het moeilijk was om af te spreken. Er ging veel tijd zitten in het plannen van de afspraken en de reistijd. Anderen hebben juist geen tijdsdruk ervaren, de planning mocht wel wat strakker. Dit had als reden dat er regelmatig periodes waren waarin niks gedaan hoefde te worden. Wanneer er wel tijdsdruk ervaren wordt, wordt door een aantal praktijkprofessionals benoemd dat zij prioriteiten voor zichzelf moeten stellen. Dit kon zijn door iets anders af te zeggen voor het project, of juist door een keer niet aanwezig te zijn bij een bijeenkomst. Een ervaring die meerdere keren naar voren kwam was dat praktijkprofessionals zich vrij voelden om een keer afwezig te zijn. Door een aantal praktijkprofessionals wordt benoemd dat zij het belang van de CVA-ketenzorg inzien, waardoor zij van het project een prioriteit maken.

"Ik kan niet bij iemand anders in de agenda kijken maar ik vind het dermate belangrijk, daar streep ik dan wel een sportavond voor weg."
(Respondent 8)

Tijdens de interviews wordt benoemd dat er veel werk lag, voornamelijk het lezen van de mails en notulen wordt aangegeven als een tijdrovende klus. Een aantal praktijkprofessionals benoemen als voordeel dat bij een gemiste bijeenkomst de notulen voor helderheid van de genomen stappen zorgden. Wel wordt door sommigen ervaren dat de projectleider het werk behapbaar heeft gehouden, doordat zij oog had voor het feit dat iedereen hard werkt. Voor een aantal praktijkprofessionals was het ook een kwestie van goed plannen en taken uitvoeren wanneer het uitkwam. Er werd wel belasting ervaren door sommige praktijkprofessionals, maar de meesten zagen dit niet als negatief.

"Opzich was het allemaal wel in balans. Alleen in pieken dan was het wel... Als je daarin goede keuzes maakt en afstemt met collega's van dit doe ik wel en dit doe ik niet, ja dan gaat het wel weer."
(Respondent 2)

Het is een project waarbij de praktijkprofessionals er zelf voor hebben gekozen om deel te nemen, hierdoor wordt benoemd dat zij de tijd ervoor over hebben. Wel komt de ervaring naar voren dat het project meer tijd en belasting kost dan van te voren gedacht. Een duidelijk tijdspad vanaf het begin van het project had kunnen helpen voor een betere belasting/belastbaarheid.

3.2.4. Opbrengsten voor praktijkprofessionals

Tijdens de interviews hebben de praktijkprofessionals benoemd wat het opzetten van de CVA-ketenzorg hen tot nu toe heeft opgeleverd. Dit thema geeft inzicht in deze opbrengsten.

Op de vraag wat het project tot nu toe heeft opgeleverd, geven een aantal praktijkprofessionals aan dat zij nu een gezicht kunnen geven aan de collega's in het netwerk. Nu bekend is welke praktijkprofessionals er in de omgeving werken, is het gemakkelijker om een andere praktijkprofessional in te schakelen. Binnen het netwerk draagt iedere expertise informatie aan over het werken met CVA-cliënten, waardoor zij elkaar kunnen aanvullen. Zo geeft ook een enkeling aan ideeën op te hebben gedaan binnen dit project, die zij vervolgens kunnen toepassen binnen hun behandelingen. Tijdens de interviews kwam naar voren dat het merendeel van de praktijkprofessionals inzicht heeft verkregen in wat andere disciplines kunnen betekenen voor CVA-cliënten.

“Dus inderdaad weten van goh wat doet een andere expertise of andere discipline en wat kunnen we voor elkaar betekenen. En wat kunnen we dus inderdaad voor de cliënt betekenen.”
(Respondent 4)

Later in het proces zijn ook welzijnsprofessionals aangehaakt bij het netwerk, zij waren graag eerder benaderd. Zij hebben ervaren dat wanneer er later in het project werd ingestapt, het niet duidelijk was welke expertise elke praktijkprofessional heeft op het gebied van niet-aangeboren hersenletsel. Hier was graag meer inzicht in verkregen.

Er wordt ervaren dat CVA-cliënten en praktijkprofessionals buiten het netwerk de praktijkprofessionals binnen het netwerk nog niet weten te vinden. Met name in de overdracht van cliënten wordt er nog weinig resultaat gezien. Dit is dan ook de grootste reden dat meerdere praktijkprofessionals aangeven dat het project hen tot op heden nog weinig heeft opgeleverd.

“Voor nu heeft het me nog weinig opgeleverd. [...] Er ligt een concept dat is er en de basis is er alleen vanaf nu moet het gaan lopen.”
(Respondent 2)

De praktijkprofessionals geven aan dat er een opzet is gemaakt om de opgezette acties van de ketenzorg te gaan uitvoeren, maar dat de uitvoer lang op zich laat wachten. Er zijn veel cliënten die vanuit het ziekenhuis nog niet worden doorverwezen. Volgens de behandelaren mag nog niet worden overgedragen tot de acties zijn uitgevoerd.

“Wat mij tot nu toe tegenvalt is dat het inderdaad nog niet geleidelijk aan geïmplementeerd wordt. Dat is jammer. Dat is wat mij echt tegenvalt. Dat had ik eigenlijk echt wel verwacht. Dat er meer verwijzingen vanuit de neuroloog komen. Ik heb nog heel veel mensen die gewoon geen verwijzing krijgen.”
(Respondent 8)

De hoop vanuit de praktijkprofessionals is dat wanneer de website in gebruik genomen gaat worden, de overdrachten van cliënten ook gaan toenemen.

3.2.5. Voortgang CVA-ketenzorg

Tijdens de interviews kwamen verschillende onzekerheden van de praktijkprofessionals naar voren, voornamelijk gericht op planning en overzicht en toekomst van de CVA-ketenzorg. In dit thema wordt hier verder op ingegaan.

De praktijkprofessionals geven aan dat zij een wisselend gevoel hebben over de haalbaarheid van de CVA-ketenzorg. De haalbaarheid zit vast op verschillende aspecten: de financiering, mate van motivatie, betrokkenheid van organisaties en wie de keten draaiende gaat houden/coördineren.

“Maar hoe gaat het nu verder en wie gaat wat doen hoe wordt het gefinancierd. Er was nog heel veel onduidelijk nog heel veel open eindjes en straks stopt de HAN en wie gaat het dan draaiende houden.”
(Respondent 2)

Sommige praktijkprofessionals geven aan dat hun motivatie daalt, doordat het project al langere tijd duurt. De verwachting van de toekomst roept op meerdere gebieden vragen en twijfels op. Twijfels richten zich op het wegvallen van de projectleider. Wie gaat dan de kar trekken? Gaat een clubje van vier à vijf praktijkprofessionals deze taak gezamenlijk uitvoeren of komt er een casemanager? Een aantal praktijkprofessionals geven aan dat zij op dit moment deze taak niet zouden kunnen uitvoeren, gezien het een grote tijdsinvestering zou zijn. Daarnaast wordt ervaren dat zij tegen een muur aan blijven botsen in de samenwerking met het ziekenhuis. Een andere twijfel is ontstaan doordat het in deze regio nog niet gelukt is om een CVA-ketenzorg op te zetten, terwijl er al meerdere pogingen ondernomen zijn. Echter komt naast deze twijfels en vragen naar voren dat de keten wordt gezien als een investering in de toekomst. Het is belangrijk voor de zorg van de CVA-cliënten. Hierbij wordt aangegeven dat de praktijkprofessionals graag ervaringsdeskundigen (CVA-cliënten) in het proces hadden meegenomen. Er wordt verwacht dat als het netwerk staat, er meer praktijkprofessionals en zorgaanbieders aan zullen sluiten. Toch zal in de jaren moeten blijken of datgene wat nu opgezet is stabiel genoeg is.

“Maar ja het gaat al jarenlang niet goed, dus waarom nu opeens wel [...] Ik bedoel het zou niet het eerste netwerk zijn die zo opgebouwd wordt en dan verdwijnt het weer een beetje”.
(Respondent 5)

3.3. Resultaten vroegtijdige stoppers

Een aantal vroegtijdige stoppers geeft aan dat zij zich erg betrokken voelden door de open en goede sfeer. De ondersteuning, kennis en het enthousiasme die de projectleider met zich meebrengt draagt hieraan bij en wordt als prettig ervaren. Echter geeft een deel van de vroegtijdige stoppers aan dat zij twijfels hadden over de haalbaarheid van het opzetten van de CVA-ketenzorg.

“Ik twijfel over de haalbaarheid op de langer termijn zeker op financieel gebied”
(Vroegtijdige stopper 1)

Er zijn door de vroegtijdige stoppers verschillende redenen genoemd om hun deelname stop te zetten. Bij sommigen roept het project weerstand op, ervaren zij niet van meerwaarde te zijn of kost het te veel tijd in combinatie met de eigen werkzaamheden.

“Op dit moment ben ik erg druk en kan ik op dit moment niet van directe meerwaarde zijn voor het CVA-netwerk.”
(Vroegtijdige stopper 5)

4. Discussie

In dit hoofdstuk staat de discussie van het onderzoek beschreven. Er wordt gestart met de discussie van de resultaten. Daarop volgt de discussie over de gebruikte methode van het onderzoek. De discussie wordt ondersteunt door literatuur.

4.1. Inhoudelijke discussie

Uit de literatuur kwam naar voren dat voor deelnemers de tijdsinvestering als moeilijkste factor wordt gezien bij het deelnemen aan Participatief Actie Onderzoek (Broom et al., 2016). Bij de groep vroegtijdige stoppers werd voornamelijk de tijdsinvestering genoemd als reden om niet meer deel te nemen aan het project. Bij de praktijkprofessionals werd de tijdsdruk en hierbij de belasting van het PAO als wisselend ervaren. De praktijkprofessionals die tijdsdruk ervaren hebben, geven aan dat dit ging om de combinatie van eigen werk naast PAO. Wat heeft bijgedragen aan een verminderde tijdsdruk is dat taken goed werden verdeeld, de praktijkprofessionals zelf in de hand hadden hoeveel zij deden en dat de hoeveelheid werk in pieken kwam. De deelname aan het project was vrijwillig, waardoor niet alle teamleden dezelfde mogelijkheden hadden om zich in te zetten voor het project. In het proefschrift van Smeters (2007, p.68) komt naar voren dat er een goed teamresultaat wordt geleverd als alle teamleden hun middelen optimaal aanpassen aan de taak en de teamleden hierin onderling rekening houden met elkaar. Het onderzoek van de aspirant onderzoekers bevestigt dat praktijkprofessionals het belangrijk achten om rekening te houden met elkaar en respect hebben voor elkaars tijd en belastbaarheid. Echter blijkt ook uit de resultaten van dit onderzoek dat verschil in inbreng storend ervaren kan worden. Er is in dit project (huidige opzet CVA-ketenzorg) geen onderscheidt gemaakt op welke niveaus de praktijkprofessionals konden participeren. In het onderzoek van Broom et al. (2016) is er een onderzoek uitgevoerd middels participatief onderzoek, hierin hebben de deelnemers geparticipeerd op verschillende niveaus. Hierdoor konden professionals binnen hun eigen mogelijkheden participeren in onderzoek. Er is geen literatuur gevonden over het opzetten van een CVA-ketenzorg middels PAO. Voor vervolgonderzoek kan er gekeken worden naar de mogelijkheden om praktijkprofessionals op verschillende niveaus te laten participeren tijdens de opzet van de CVA-ketenzorg.

Gedurende het huidige project (opzet CVA-ketenzorg) is er intensief samengewerkt tussen de verschillende praktijkprofessionals. Het realiseren van ketensamenwerking is vaak complex. Bestaande werkwijzen moeten doorbroken worden en men moet op een andere manier gaan kijken. Hierbij is het lastig om het belang van de eigen organisatie onder te stellen aan die van de keten (Minkman, Ahaus, & Huijsman, 2010, p.27). Samenwerken zal moeten leiden tot leiderschap, bewustwording en vertrouwen (Cusack et al., 2018). Binnen het huidige project (opzet CVA-ketenzorg) is het vertrouwen gegroeid. Echter is het zijn van elkaars concurrenten hierin een belemmerende factor. Dit is verklaarbaar doordat een aantal van de praktijkprofessionals hebben ervaren dat niet iedereen dezelfde belangen had voor het aansluiten bij het netwerk. Hammelburg, Lubbers en Nauta (2014) geven aan dat de individuele belangen binnen de werkgroep hetzelfde moeten zijn om tot een goed eindresultaat te komen. Wanneer de doelen elkaar tegenwerken, ontstaat er concurrentie binnen de werkgroep in plaats van samenwerking. Vanuit het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg wordt aanbevolen om al in het begin te benoemen welke ketenpartners van elkaar afhankelijk zijn en op welke manier. Dit is belangrijk bij bijvoorbeeld doorverwijzingen (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2015, p.18). De praktijkprofessionals geven ook aan dat een tegenvaller voor hun is dat de overdracht van het ziekenhuis naar de eerste lijn nog niet goed verloopt.

Een ander aandachtspunt binnen de samenwerking was de communicatie binnen de actiegroep. Het bleek lastig voor mede praktijkprofessionals om af te spreken. Om wel met elkaar samen te kunnen werken, hebben de praktijkprofessionals veel gecommuniceerd via de mail. De meningen over deze

wijze van communicatie zijn wisselend. Uit onderzoeken van Melby en Hellesø (2014) en King, Bravington, Brooks, Melvin en Wilde (2017) blijkt dat communiceren via de mail leidt tot minder persoonlijk contact tussen zorgprofessionals. Hoewel de zorgprofessionals aan hebben gegeven dat communiceren via de mail efficiënter is, benadrukken zij dat daarnaast persoonlijk contact moet plaatsvinden om effectief te kunnen samenwerken. Zorgprofessionals die persoonlijk contact met elkaar hebben gehad, vragen elkaar ook eerder om hulp. Uit onderzoek van Hammelburg et al. (2014) is gebleken dat frequent afspreken zorgt voor een betere teamprestatie. Wanneer de zorgprofessionals fysiek dicht bij elkaar zijn wordt de werkgroep meer als eenheid gezien, wat een positief effect blijkt te hebben op het functioneren van de werkgroep. De zorgprofessionals delen hierdoor meer informatie met elkaar en zij kunnen elkaar gemakkelijker om hulp vragen.

Onzekerheden tijdens het project bij de praktijkprofessionals hebben te maken met het missen van overzicht. Er was sprake van onduidelijkheid gericht op meerdere gebieden: hoeveelheid tijd het kost, wat er moet gebeuren en zijn er twijfels over de toekomst van de CVA-keten. Een grote twijfel die bij de praktijkprofessionals speelt voor de toekomst van de CVA-keten is wie de rol van de projectleider op zich zal nemen. Uit de literatuur blijkt dat het noodzakelijk is dat er een CVA-ketencoördinator aanwezig is. Deze zorgt er namelijk voor dat contacten onderhouden worden en het proces bewaakt wordt. De aanwezigheid van een CVA-ketencoördinator zal de kans op slagen van de CVA-ketenzorg vergroten (Rosendal et al, 2009). Monge en Contractor (2003) beschrijven dat goede informatievervalsing kan bijdragen aan vermindering van onzekerheid. Wanneer medewerkers goed geïnformeerd zijn, en hiermee dus minder onzeker zijn, zal dat dit de kans op succesvolle uitvoer van de verandering doen vergroten. Uit onderzoek van Matos Marques Simoes en Esposito (2014) komt naar voren dat een organisatie hierop kan inspelen door gerichte informatie te geven over de verandering. De praktijkprofessionals bij het huidige project (opzet CVA-ketenzorg) zijn van te voren niet ingelicht over de werkwijze van Participatief Actie Onderzoek. Mogelijk had dit kunnen bijdragen aan meer zekerheid bij de praktijkprofessionals gedurende het project.

Door veranderingen in de zorg groeit het belang van een goede CVA-ketenzorg. De aandacht voor ketenzorg wordt steeds groter, waarbij er ook steeds meer onderzoek wordt gedaan naar ketenzorg (Minkman et al, 2010, p.27). Bij het opzetten van deze keten is er gewerkt middels Participatief Actie Onderzoek. Een actieve bijdrage van betrokkenen draagt bij aan een succesvolle verandering (Boonstra, 2008, p.33). Ook uit het onderzoek van de aspirant onderzoekers komt naar voren dat de praktijkprofessionals het als prettig hebben ervaren om zelf inspraak te hebben in de verandering. Dit onderzoek zal praktijkprofessionals en onderzoekers een beeld kunnen geven over hoe het is om via deze wijze een ketenzorg op te zetten. Doordat dit een praktijkonderzoek is zijn de resultaten uit dit onderzoek wel specifiek gericht op deze onderzoekssituatie (Van der Donk & Van Lanen, 2016, p. 31). De resultaten uit dit onderzoek kunnen echter wel herkenbaar zijn voor zorgprofessionals of onderzoekers die met een soortgelijk verandertraject willen starten of deze aan het doorvoeren zijn. De aanbevelingen die uit dit onderzoek komen kunnen hierdoor gegeneraliseerd worden naar soortgelijke situaties.

4.2. Methodische discussie

De werving van de respondenten koste veel tijd. Wat hiermee te maken heeft is dat respondenten naast het feit dat zij mee willen doen aan het interview, het tijd kost en zij over het onderwerp moeten kunnen praten. Hierdoor moeten mensen vaak overgehaald worden om mee te doen (Verhoeven, 2013). Een aantal praktijkprofessionals waren de laatste tijd minder betrokken, waardoor zij twijfelden om mee te doen. Het bellen heeft ervoor gezorgd dat de meerderheid van de interviews zijn ingepland. Het telefonisch bereiken van de praktijkprofessionals was daarentegen wel lastig. Vaak waren zij niet aanwezig of in een bespreking. Uit onderzoek blijkt dat bijna 30% van de potentiële bereidwillige respondenten niet bereikt wordt. Meerdere contactpogingen zijn nodig om

de doelgroep te bereiken. Daarnaast is het tijdstip waarop iemand bereikbaar is ook erg belangrijk om te weten (De Leeuw & Hox, z.d.).

De groep betrokken praktijkprofessionals bestaat uit verschillende zorg- en welzijnsprofessionals. Onder de respondenten waren twee disciplines niet vertegenwoordigd. Hierdoor werden de ervaringen van deze disciplines niet meegenomen in de data. In dit onderzoek kunnen er geen conclusies worden getrokken over de verschillen tussen de disciplines omdat het aantal respondenten niet representatief is met de gehele populatie (Verhoeven, 2013). De reden die de afwezige disciplines aan hebben gegeven om niet mee te doen, was dat zij naast hun werkzaamheden geen tijd konden vrijmaken voor het interview.

De aspirant onderzoekers hebben voor de interviews een interviewguide opgesteld. In de interviewguide staan de thema's en vragen voor het interview vast. De opgestelde vragen bestonden uit hoofdvragen die gesteld moesten worden en een aantal vragen waarmee de hoofdvraag verhelderd kon worden. De interviewguide heeft ervoor gezorgd dat elk interview dezelfde structuur en vragen bevat. Dit zorgt ervoor dat de interviews met elkaar vergeleken kunnen worden. Bij een semigestructureerd interview is het belangrijk om door te vragen om zo diepgang te krijgen en zodat de respondent zijn verhaal kan vertellen (Van der Donk & Van Lanen, 2016). Bij elk interview waren twee aspirant onderzoekers aanwezig, waarbij het duo bij elk interview varieerde. De aspirant onderzoeker die interviewde had de taak om goed te luisteren naar wat er gezegd werd en door te vragen wanneer de hoofdvraag nog niet goed beantwoord was (Heldens & Reyssoo, 2005). De tweede aspirant onderzoeker had ook de mogelijkheid om door te vragen tijdens het interview, waardoor meer diepgang is gerealiseerd.

De aspirant onderzoekers hebben ernaar gestreefd om alle interviews face to face te houden. Echter ging één keer de voorkeur uit naar een telefonisch interview. Dit kwam doordat de respondent aangaf dat het moeilijk was om een interview in te plannen onder werktijd. Daarom is er gekeken naar andere opties, zoals een Skype en telefonisch interview. Er werd voorgesteld om het interview via Skype te houden, omdat de aspirant onderzoeker op deze manier de respondent kon zien. Daarnaast kunnen er foto's en afbeeldingen gestuurd worden, waardoor vragen verduidelijkt worden. Het maakt het interview persoonlijker dan een telefonisch interview (Sedgwick & Spiers, 2009). Uiteindelijk lukte het niet om een goede verbinding te krijgen via Skype, dus is er een telefonisch interview gehouden. Een telefonisch interview kan productief gebruikt worden in een kwalitatief onderzoek. Het transcript is bruikbaar geacht voor de analyse (Sturges & Hanrahan, 2004).

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. De conclusie is naar voren gekomen vanuit de beschreven resultaten en discussie.

De resultaten uit dit onderzoek geven antwoord op de volgende onderzoeksvraag:

‘Hoe hebben de betrokken zorgprofessionals het ervaren om een CVA-ketenzorg op te zetten middels Participatief Actie Onderzoek en welke voorwaarden hebben zij nodig om het uitvoeren van werk en onderzoek te combineren?’

De praktijkprofessionals hebben het opzetten van de CVA-ketenzorg middels PAO over het algemeen als positief ervaren. Door op deze actieve wijze deel te nemen en gezamenlijk de beslissingen te maken werd het project eigen, waardoor verantwoordingsgevoel en motivatie groeide. De praktijkprofessionals kaarten nog wel verschillende aspecten aan die zij graag anders hadden gezien. Zij ervoeren het overzicht te missen, gericht op het gehele project, van waar staan we nu en waar werken we naar toe. Bij de praktijkprofessionals zorgde dit ervoor dat zij behoefte hadden aan een globaal tijdspad bij de start van het opzetten van de CVA-ketenzorg. Dit mede voor de eigen planning en het in balans houden van de belasting en belastbaarheid. De uitvoer van bepaalde actieplannen begon later dan de praktijkprofessionals hadden verwacht. Met als gevolg dat het voor het gevoel van de praktijkprofessionals lang duurde, dit terwijl het concept klaarlag om uitgevoerd te worden. Opvallend is de grote rol die de projectleider heeft gehad binnen het onderzoek. Zij zorgde voor het motiveren van de groep, voor ondersteuning, het maken van de notulen en het leiden van de bijeenkomsten. Daarbij wordt duidelijk aangegeven dat er in de toekomst ook een persoon of groep moet zijn die de keten draaiende gaat houden, op dit moment zijn daar nog onzekerheden over. Mede hierdoor zijn er twijfels ontstaan gericht op de toekomst van de CVA-ketenzorg.

Verschillende voorwaarden voor toekomstige projecten komen naar voren uit wat de praktijkprofessionals gemist hebben of juist als zeer prettig hebben ervaren tijdens het project. Het hebben van een betrokken onderzoeker tijdens het werken met PAO is van groot belang volgens de praktijkprofessionals. Om het project in de toekomst te laten slagen is het belangrijk om één of meerdere kartrekkers te hebben. Andere voorwaarden zijn: een snellere uitvoering van de actieplannen voor vergroten van de motivatie, het hebben van meer tijd en ruimte voor het afspreken met de actiegroepen. Door het vele leeswerk (mails en notulen) ontstond de voorwaarde om leeswerk en hiermee de hoeveelheid werk binnen de perken te houden.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de aanbevelingen gericht op praktijk, vervolgonderzoek en onderwijs beschreven. De aanbevelingen zijn geformuleerd naar aanleiding van de literatuur en de resultaten.

6.1. Aanbevelingen gericht op de praktijk

De volgende aanbevelingen zijn gericht aan de projectleider van het Lectoraat Neurorevalidatie aan de HAN en deelnemers van toekomstige verandertrajecten middels PAO.

6.1.1. Projectcoördinator

Er wordt aanbevolen om een projectcoördinator aan te stellen bij een verandertraject middels PAO. In het project om de CVA-ketenzorg op te zetten heeft de projectleider ervoor gezorgd dat de keten gecoördineerd werd. Praktijkprofessionals geven aan dat dit een belangrijke rol was, zodat er een kartrekker aanwezig was in het project. Zij zorgde ervoor dat de praktijkprofessionals gemotiveerd werden, wanneer zij niet wisten waar het heen ging of het niet zagen zitten. Praktijkprofessionals geven aan dat hierbij haar enthousiasme een belangrijke rol heeft gespeeld. Uit de literatuur blijkt het belang van een ketencoördinator. Deze rol komt overeen met de projectcoördinator, waardoor deze informatie ook bij een PAO over een ander verandertraject kan worden ingezet. Wanneer er geen ketencoördinator wordt ingezet zal het zicht op de keten verdwijnen, kan de keten uiteenvallen en kunnen verstoringen niet meer goed worden opgepakt (Rosendal et al., 2009, p. 117). Minkman et al. (2010) beschrijven in het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg dat voor een effectieve samenwerking tussen de ketenpartners wordt aanbevolen om een ketencoördinator aan te stellen of coördinerende taken te verdelen. Het voordeel van het aanstellen van een projectcoördinator is dat het duidelijk is wie de verantwoordelijkheden heeft met betrekking tot deze rol. Een projectcoördinator heeft verschillende taken, waardoor het relatief gezien een grote tijdsinvestering vraagt. Er kan gekozen worden om de coördinerende taken te verdelen, wanneer de rol een te grote belasting is voor degene die de rol op zich neemt bij een PAO. Het voordeel van het verdelen van coördinerende taken is dat er gebruik kan worden gemaakt van meerdere kwaliteiten, waardoor taken beter kunnen worden uitgevoerd. Het nadeel is dat er onduidelijkheid kan ontstaan over wie welke verantwoordelijkheid heeft. Hierdoor is het belangrijk om een goede taakomschrijving te maken voor de verschillende coördinerende taken.

6.1.2. Tijdsplan

Er wordt aanbevolen om bij de start van een nieuw te ontwikkelen keten een tijdsplan te maken. Dit om overzicht te creëren waarbij het tijdsplan tussentijds aangepast kan worden. Monge en Contractor (2003) beschrijven dat goede informatieverschaffing kan bijdragen aan vermindering van onzekerheid. Wanneer medewerkers goed geïnformeerd worden, en daardoor minder onzeker zijn, zal dit de kans op een succesvolle implementatie van de verandering vergroten. Uit onderzoek van Matos Marques Simoes en Esposito (2014) komt naar voren dat een organisatie overzicht kan bieden door gerichte informatie te geven over de verandering. De praktijkprofessionals zijn bij een PAO 'in the lead' (Migchelbrink, 2016). Het is daarom belangrijk dat de praktijkprofessionals ook betrokken worden bij het maken en waarborgen van het tijdsplan. Dit kan gedaan worden door te inventariseren wat de praktijkprofessionals nodig hebben en samen een tijdsplan vorm te geven wat overzichtelijk werkt.

6.1.3. Notulen verkorten

Er wordt aanbevolen om de notulen van de bijeenkomsten kort te houden. De praktijkprofessionals ervaren veel leeswerk door de lange en uitgebreide notulen. Bij het schrijven van notulen is het

belangrijk om hoofd en bijzaken van elkaar te scheiden. Hierdoor blijft de essentie van de boodschap behouden en de notulen beknopt (Buis, 2005). Korte notulen zorgen ervoor dat de praktijkprofessionals minder tijd kwijt zijn om het door te lezen. Hierdoor zal de belasting van het leeswerk lager worden. Om korte notulen te schrijven is het nodig om objectief te blijven en goed te luisteren zodat je alle informatie meekrijgt. Volgens Buis (2005) lukt dit wanneer de notulist de neutrale rol als doorgeefluik aanneemt. De notulist mag niet deelnemen aan de bijeenkomst en niet de rol van voorzitter op zich nemen. De verschillende taken bij de rollen zijn moeilijk om te combineren. Het is aan te bevelen om een externe notulist aan te stellen. Wanneer dit niet mogelijk is, kan bij elke bijeenkomst een andere praktijkprofessional deze rol op zich nemen. Vanuit het idee van de praktijkprofessionals is daarnaast aan te raden om een samenvatting van de notulen te schrijven en die vooraan in het document te zetten.

6.1.4. Alternatieven communicatie via de mail

Er wordt aanbevolen om bij een intensieve samenwerking middels PAO geregeld met elkaar af te spreken. Tijdens het project is er binnen de actiegroepen voornamelijk gecommuniceerd via de mail. De meningen over het mailcontact waren echter verdeeld, namelijk: twijfel of men elkaar op de juiste manier begrijpt, weinig respons en het duurt lang voordat er gereageerd wordt. Uit de onderzoeken van Melby en Hellesø (2014) en King et al. (2017) komt naar voren dat communiceren via de mail leidt tot minder persoonlijk contact tussen zorgprofessionals. Zij geven aan dat communiceren via de mail efficiënt is, maar om effectief samen te kunnen werken, persoonlijk contact cruciaal is. Binnen dit project werd aangegeven dat het voor praktijkprofessionals lastig was om met elkaar af te spreken vanwege reisafstand en overige afspraken van praktijkprofessionals. De praktijkprofessionals geven als oplossing voor dit probleem om tijd vrij te maken rond de groepsbijeenkomst, zodat de actiegroep met elkaar de opdrachten kunnen bespreken en hierover afspraken kunnen maken. Voor een soortgelijk verandertraject is het aan te bevelen om tijd vrij te maken in of rond de groepsbijeenkomst. In de praktijk blijkt het namelijk lastig om met elkaar tot afspraken te komen.

6.1.5. Ervaringsdeskundigen inzetten

Er wordt aanbevolen om ervaringsdeskundigen (CVA-cliënten) bij het opzetten van een CVA-ketenzorg te betrekken. Het opzetten van de CVA-ketenzorg draait in eerste instantie om het verbeteren van de zorg voor de CVA-cliënt. Visser-Meily, revalidatiearts en hoogleraar revalidatiegeneeskunde, stelt in een interview met Bolt (2016) dat ervaringsdeskundigen een rol moeten krijgen binnen de ketenzorg. Door ervaringsdeskundigen te betrekken, biedt de CVA-ketenzorg een plek aan cliënten en naasten om te participeren en inbreng te hebben in datgene wat zij belangrijk vinden. Met als gevolg dat het actuele onderwerp zelfmanagement verstrengeld raakt in de CVA-keten. Alpay, Verhoef, Smeets en Van Wely (2015) benoemen dat zelfmanagement belangrijk is voor het houden van de regie en meebeslissen in het behandelproces. Hierdoor kan de zorg meer gericht worden op het realiseren van persoonlijke doelen van de cliënt en dat de geboden zorg tot het gewenste resultaat leidt.

6.1.6. Inzetten van externe personen

Er wordt aanbevolen om bij toekomstige projecten externe personen (bijvoorbeeld onderzoekers of studenten) in te zetten, zoals in dit project gedaan is. In een PAO werken deelnemers uit de maatschappij samen met onderzoekers. Binnen deze samenwerking wordt kennis gedeeld en gecombineerd. Het is belangrijk dat iedereen binnen deze samenwerking zich gezien, gehoord en gerespecteerd voelt (Migchelbrink, 2016, p. 97). Binnen het project was het van toepassing dat externe personen betrokken waren, wat als meerwaarde werd ervaren door de praktijkprofessionals. Er kan werk uit handen genomen worden of juist verdiepend onderzoek worden gedaan. Dit heeft tot gevolg dat er sneller gewerkt kan worden. Ook in het onderzoek van Cusack et al. (2018) hebben

deelnemers die op afstand betrokken waren veel informatie verzameld voor de actieve deelnemers, waardoor zij sneller te werk konden gaan. Het uit handen nemen van werk kan zorgen voor een verlaging van de belasting doordat er minder taken in eigen tijd moeten worden uitgevoerd (Koster, Bonnema, Brusse-Keizer, & Borghuis, 2018; Broom et al., 2016). Daarnaast kunnen de praktijkprofessionals terugvallen op de externe personen. Voorbeelden van instellingen die ondersteuning kunnen bieden zijn de verschillende hogescholen en universiteiten. Door onder andere de hogescholen te benaderen kan er breed worden gekeken naar wie er betrokken kunnen worden voor ondersteuning, zodat het project niet alleen gedragen wordt door praktijkprofessionals. Door gebruik te maken van verschillen in kwaliteiten wordt ervoor gezorgd dat diverse ervaringen, expertises en vaardigheden op bewuste wijze worden gebruikt, wat de groep verder brengt (Migchelbrink, 2016, p. 99).

6.2. Aanbevelingen gericht op vervolgonderzoek

De volgende aanbevelingen zijn gericht aan de projectleider van het Lectoraat Neurorevalidatie aan de HAN.

6.2.1. Participeren op verschillende niveaus

Aanbevolen wordt om een vervolgonderzoek uit te voeren naar de mogelijkheid om op verschillende niveaus te participeren bij het opzetten van een CVA-ketenzorg middels PAO. Migchelbrink (2016) legt uit dat de mate van participatie in een PAO afhankelijk is van de mogelijkheden van een deelnemer. Hierdoor kunnen de deelnemers tijdens een PAO op verschillende niveaus participeren. Dit blijkt ook uit onderzoek van Broom et al. (2016). In het onderzoek van Broom et al. (2016) is er gewerkt met één hoofdgroep die de overige deelnemers informeerde. Het merendeel (75%) van deze overige deelnemers geeft aan dat het werken met één hoofdgroep een effectieve manier was om hen te betrekken bij het verandertraject. Dit draagt eraan bij dat praktijkprofessionals binnen hun eigen mogelijkheden kunnen participeren in onderzoek. Als gevolg hiervan blijft de belasting en belastbaarheid van de deelnemers beter in balans tijdens het uitvoeren van het onderzoek.

6.3. Aanbevelingen gericht op onderwijs

De volgende aanbeveling is gericht aan de opleiding ergotherapie en andere opleidingen binnen de faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij (GGM) aan de HAN.

6.3.1. Masterclass belasting/belastbaarheid

Door verandering in werkzaamheden of het krijgen van extra taken (zoals het opzetten van de CVA-ketenzorg) kan de belasting/belastbaarheid van een persoon veranderen (Kuiper et al., 2011, p. 151-155). Een belangrijke voorwaarde om gezond te zijn en gezond te blijven, is om deze belasting en belastbaarheid goed in evenwicht te houden. Aanwezige kennis, ervaring en zelfvertrouwen kunnen een grote rol spelen om de belastbaarheid op het werk zo groot mogelijk te houden. Daarnaast kan het bezitten van coping strategieën en communicatieve vaardigheden voorkomen dat de belasting door de hoge werkdruk te groot wordt (Kuiper et al., 2011, p. 327). In een masterclass aangeboden via de GGM-activiteitenkalender kunnen de toekomstige praktijkprofessionals handvatten mee krijgen om goed om te gaan met hun eigen belasting/belastbaarheid in het werkveld. Zo kan het psychische arbeidsvermogen van de praktijkprofessionals vergroot worden (Le Granse, Van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2013, p. 350).

7. Literatuurlijst

- Aalten, I., Van den Brand, I., Van der Mooren, G., Sorokina, K., & De Vries, M. (2016). *Bouwen aan de CVA-keten; Voorlichting in keten voor CVA-cliënten en hun naasten* (Afstudeeropdracht). Ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Alpay, L., Verhoef, J., Smeets, L., & Van Wely, L. (2015). Eigen regie van de cliënt versterken. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 13, 9-25. doi:10.1007/s12468-015-0002-9
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Baarda, D., De Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2e druk). Groningen/Houten: Wolters Noordhoff.
- Boekhors, A., Kwast, I., & Wevers, D. (2004). *Informatievaardigheden* (3^e druk). Utrecht: Lemma.
- Bolt, A. (2016). *NAZORG VOOR NAH-PATIËNT VOLOP IN ONTWIKKELING*. Geraadpleegd op 8 januari 2019, van http://revalidatiemagazine.nl/article/51977/nazorg_voor_nahpati%C3%ABnt_volop_in_ontwikkeling
- Bonné-Cremers, M., Nieling, R., & Gidding, L. (2017). Gestructureerde nazorg bij CVA. *TPO De Praktijk, december*, 28-31. Geraadpleegd op 15 september 2018, van <https://www.kennisnetwerkcva.nl/wp-content/uploads/2018/09/Gestructureerde-nazorg-bij-CVA.pdf>
- Boonstra, J. (2008). *Deel 1: Succesvol veranderen van organisaties*. Geraadpleegd op 7 januari 2019, van https://www.jaapboonstra.nl/wp-content/uploads/2013/02/1_Introductie_-_Succesvol_veranderen_van_organisaties1.pdf
- Broom, M., Gardner, A., Kecskes, Z., & Kildea, S. (2016). Transition from an open-plan to a two-cot neonatal intensive care unit: a participatory action research approach. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1939-1948. doi:10.1111/jocn.13509.
- Buis, E. (2005). *Noteer jij dit even?: Tips en oefeningen voor assertief en efficiënt notuleren*. Zaltbommel: Thema.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (2018). *DCRF-model proefpersoneninformatie*. Geraadpleegd op 3 oktober 2018, van <http://www.ccmo.nl/nl/standaardonderzoeksdossier-1>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet*. Geraadpleegd op 8 september 2018, van <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Cusack, C., Cohen, B., Mignone, J., Chartier, M. J., & Lutfiyya, Z. (5 februari 2018). Participatory action as research method with public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1544-1533. doi:10.1111/jan.13555
- De Leeuw, E. D., & Hox, J. J. (z.d.) Nonrespons in surveys: Een overzicht. *Kwantitatieve Methoden*, 19, 31-53. Geraadpleegd op 2 januari 2019, van <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/30333/nonreskm.pdf?sequence=2>

- Dijkman, M., & Weijman, R. (2017). *CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei* (Afstudeeropdracht). Ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Eisenberg, M. B., & Berkowitz, R. E. (2011). *Big6*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://www.big6.com>
- Ensie. (2018). *Randvoorwaarden*. Geraadpleegd op 4 oktober 2018, van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/randvoorwaarden>
- Gerritsen, R., De Graaf, M., & Pieterse, A. (2015). *Multidisciplinair expernetwerk CVA binnen de ketenzorg* (Afstudeeropdracht). Voeding en Diëtetiek, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Gringhuis, M., Vullings, J., & Zweers, K. (2014). *Herijken zorgketen CVA binnen Syntein/Pantein* (Afstudeeropdracht). Ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Hammelburg, R., Lubbers, W. B., & Nauta, N. (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Heldens, J., & Reysoo, F. (2005). De kunst van het interviewen: reflecties op het interview met een guide. *Kwalon*, 10, 111-112. Geraadpleegd op 2 januari 2019, van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/54987/54987.pdf>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: Inleiding*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4590870>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 1: Voorbereiden*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4590873>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 4: Zoekmethode*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4590876>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 5: Zoekstrategieën*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4590877>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 6: Informatiebronnen*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4590878>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 7: Beoordelen*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4593207>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 8: Verwerken en delen*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4593214>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 16 mei). *Informatievaardigheden – algemeen: 9: Evalueren*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4593215>

- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 7 september). *HC 3 Ethisch en professioneel handelen in praktijkgericht onderzoek* [PowerPoint]. Geraadpleegd op 8 september 2018, van <https://onderwijsonline.han.nl/elearning/lesson/LqQJVk0N>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018, 27 september). *WS- Kwalitatief Onderzoek: Voorbereiding van het interview in de praktijk* [PowerPoint]. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van [file:///Users/kirsten/Downloads/180927-IPS-OWE-PO-WS%204%20Kwalitatief%20onderzoek%20Interviewguide%20\(1\).pdf](file:///Users/kirsten/Downloads/180927-IPS-OWE-PO-WS%204%20Kwalitatief%20onderzoek%20Interviewguide%20(1).pdf)
- Hoogland, A. (2016). *CVA: een beroerte*. Geraadpleegd op 21 september 2018, van <https://www.gezondheidsnet.nl/hart-en-vaatziekten/cva-een-beroerte>
- Hovenier, C., de Joode, E., & van Bijsterveldt, M. (2014). *SamenwerkingsGIDS*. Geraadpleegd op 3 oktober 2018, van <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2014/02/SamenwerkingsGids%202014.pdf>
- In voor zorg! (2015). *Multimorbiditeit vraagt om samenwerken*. Geraadpleegd op 26 september 2018, van <http://www.invoorzorg.nl/informatie-Multimorbiditeit-vraagt-om-samenwerken.html>
- Janssen, J., Hale, L., Mirfin-Veitch, B., & Harland, T. (2013). Building the Research Capacity of Clinical Physical Therapists Using a Participatory Action Research Approach. *Physical Therapy*, 93(7), 923-933. Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=875dbf53-3135-40d8-b016-1545a33c1013%40sessionmgr102>
- Janssen, M., & Wallenburg, I. (2017, 20 februari). *We moeten anders gaan denken over innovatie*. Geraadpleegd op 2 oktober 2018, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs41184-017-0017-y.pdf>
- Kennisnetwerk CVA Nederland. (2015). *Zelfevaluatieinstrument voor ketenzorg*. Geraadpleegd op 8 januari 2018, van <https://transmuralezorg.nl/images/nieuws/2015-Rapportage-Zelfevaluatie.pdf>
- King, N., Bravington, A., Brooks, J., Melvin, J., & Wilde, D. (2017). "Go Make Your Face Known": Collaborative Working through the Lens of Personal Relationships. *International Journal of Integrated Care*, 17(4), 1-11. doi:10.5334/ijic.2574
- Koster, S., Bonnema, N., Brusse-Keize, M., & Borghuis, M. (2018). Drempels voor zelf uitvoeren en meedoen Verpleegkundig onderzoek. *TvZ*, 128(1), 36-39. Geraadpleegd op 24 september 2018, van <https://link-1springer-1com-10002902r00d7.stcproxy.han.nl/content/pdf/10.1007%2Fs41184-018-0014-9.pdf>
- Kuiper, C., Heerkens, Y., Balm, M., Bieleman, A., & Nauta, N. (2011). *Arbeid & gezondheid. Een handboek voor paramedici en arbeidsprofessionals*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kuks, J. B. M., & Snoek, J. W. (2016). *Klinische neurologie* (18^e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Law, M., Steward, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for critical review form – quantitative studies*. Geraadpleegd op 18 oktober 2018, van <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies.pdf>

- Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2013). *Grondslagen van de Ergotherapie* (derde druk). Amsterdam: Reed Business.
- Lucassen, P. L. B. J., & Olde Hartman, T. C. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Matos Marques Simoes, P., & Esposito, M. (2014). Improving change management: How communication nature influences resistance to change. *Journal of Management Development*, 33(4), 324-341.
- Melby, L., & Hellesø, R. (2014). Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International journal of medical informatics*, 83(5), 343-353. doi:10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001
- Middelkoop, I. J., Vat, L., & Minkman, M. M. N. (2017). *Groeiende samenwerking in de CVA zorgketen*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2017/01/groeiende-samenwerking-cva-zorgketen/>
- Migchelbrink, F. (2016). *De kern van participatief actieonderzoek*. Amsterdam: SWP.
- Minkman, M., & Huijsman, R. (2012). *Ketenzorg met nieuw ontwikkelingsmodel*. Geraadpleegd op 10 januari 2018, van https://www.rotterdamstrokeservice.nl/Portals/0/RSS%20Documenten/Protocollen%20&%20kwaliteitscriteria/Ontwikkelingsmodel%20ketenzorg018-022_ZM03_ART06_Strat4.pdf
- Minkman, M. M. N., Ahaus, K., Huijsman, R. (2010). Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg. *Management en Organisatie*, 72(5), 26-43. Geraadpleegd op 4 januari 2018, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/ketenzorg/Ontwikkelingsmodel_ketenzorg.pdf
- Monge, P. R., & Contractor, N. S. (2003). *Theories of communication networks*. Oxford University Press, USA.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141-146. doi:10.1093/intqhc/mzi016
- Revalidatie Nederland. (2012). *Revalidatie na een beroerte*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/factsheet-beroerte-2012.pdf>
- Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., & Raad, C. (2009). *Ketenzorg: praktijk in perspectief*. Maarsen: Elvsevier gezondheidszorg.
- RTL Nieuws. (2017). *Gezondheidszorg Nederland in top 10 wereldwijd*. Geraadpleegd op 6 november 2018, van <https://www.rtlnieuws.nl/gezondheid/artikel/81161/gezondheidszorg-nederland-top-10-wereldwijd>
- Schuling, J. (2002). Transmurale zorg bij CVA. *Huisarts en Wetenschap*, 45(4), 669-670. doi:10.1007/BF03083063
- Sedgwick, M. & Spiers, J. (2009). The use of videoconferencing as a medium for the qualitative interview. *Int J Qual Meth* 8(1), 1-11.
- Smetsters, F. (2007). *Samenwerken in teams, een vanzelfsprekendheid?* (Proefschrift). Geraadpleegd op 24 december 2018, van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/30069/30069.pdf>

- Stöcker, J., & Van der Veen, D. (2018). *Projectbeschrijving: Evaluatie CVA-keten*. Geraadpleegd op 4 september 2018, van <https://onderwijsonline.han.nl/elearning/lesson/Rq9Wmr8y>
- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: A research note. *Qualitative Research*, 4(1), 107–118. doi:10.1177/1468794104041110
- Swaen, B. (2013). *Transcriberen interview: 6 tips. Met voorbeeld transcript*. Geraadpleegd op 26 september 2018, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/transcriberen-van-een-interview-6-tips/>
- Taylor, J., Coates, E., Wessels, B., Mountain, G., & Hawley, M. S. (2015). Implementing solutions to improve and expand telehealth adoption: participatory action research in four community healthcare settings. *BMC Health Services Research*, 529(15), 1-12. doi: 10.1186/s12913-015-1195-3.
- Uitgetypt.nl. (z.d.). *Woordelijke transcriptie of letterlijke transcriptie*. Geraadpleegd op 4 oktober 2018, van <https://www.uitgetypt.nl/woordelijke-transcriptie-of-letterlijke-transcriptie>
- Van den Berg, A., Bernving, H., Lemmers, M., & Oenema, M. (2017). *Voorlichting in de CVA-keten* (Afstudeeropdracht). Ergotherapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Van der Burgt, M., Van Mechelen-Gevers., & Te Lintel Hekkert. (2013) *Introductie in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Lochum
- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e herziene druk). Bussum: Coutinho
- Van der Veen, D. (2016). *Missie doel*. Geraadpleegd op 10 september 2018, van <https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS0wNDI1LWY3YmUtMDACLTAwCgAQAO6JL3FwEe9IhxB7uN258n4%3D>
- Van der Veen, D. (2016). *Missie doel*. Geraadpleegd op 10 september 2018, van <https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS0wNDI1LWY3YmUtMDACLTAwCgAQAO6JL3FwEe9IhxB7uN258n4%3D>
- Van der Veen, D. (2016, 20 oktober). *Notulen CVA-thuisrevalidatie startbijeenkomst*. Geraadpleegd op 24 september 2018, van <https://outlook.live.com/mail/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS0wNDI1LWY3YmUtMDACLTAwCgAQALysVtH9yzBAmDip6BoaADZd>
- Van der Veen, D. (2017, 18 mei). *Notulen bijeenkomst CVA-thuisrevalidatie 18 mei 2017*. Geraadpleegd op 24 september 2018, van <https://outlook.live.com/mail/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS0wNDI1LWY3YmUtMDACLTAwCgAQALysVtH9yzBAmDip6BoaADZd>
- Van Dijk, F. J. H., Van Dormolen, M., Kompier, M. A. J., & Meijman, T. F. (1990). Herwaardering model belasting-belastbaarheid. *T Soc Gezondheidsz*, 1990(68), 3-10.
- Van Gils, R. F., Boot, C. R. L., Knol, D. L., Rustemeyer, T., Van Mechelen, W., Van der Valk, P. G. M., & Anema, J. R. (2012) The effectiveness of integrated care for patients with hand eczema: results of a randomized, controlled trial. *Contact Dermatitis*, 66(4), 197–204. doi:10.1111/j.1600-0536.2011.02024.x

Van Nes, F., Satink, T., & Kinébanian, A. (2012). Architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. In Ostelo, dr. R. W. J. G., Verhagen, dr. A. P., & de Vet, prof. dr. ir. H. C. W. (Reds), *Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor paramedici* (pp. 60-61). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven, N. (2013) *Onderzoeken doe je zo!* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma.

Volksgezondheidszorg.info. (z.d.). *Beroerte: Meeste beroertes in de regio Limburg-Noord*. Geraadpleegd op 28 september 2018, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/beroerte>

Volksgezondheidszorg.info. (z.d.). *Prevalentie en nieuwe gevallen beroerte*. Geraadpleegd op 2 september 2018, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-en-nieuwe-gevallen-van-beroerte>

Weaver, M. R., Conover C. J., Proescholdbell R. J., Arno P. S., Ang, A., Uldall, K. K., & Ettner, S. L. (2009.) Cost-effectiveness Analysis of Integrated Care for People with HIV, Chronic Mental Illness and Substance Abuse Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(1), 33-46. Geraadpleegd op 10 januari 2018, http://depts.washington.edu/cfar/sites/default/files/uploads/Weaver_JMHPE_Proofs.pdf

Werkenbijhogescholen.nl (z.d.). *Lector zijn: wat kan ik verwachten?* Geraadpleegd op 9 januari 2019, van <https://www.werkenbijhogescholen.nl/functies/onderzoek-lector/wat-doet-een-lector/>

“Alle overige afbeeldingen eigen werk.”

8. Bijlagen

8.1. Beschreven tijdsweergave van het overkoepelende onderzoek

In 2011 is huisartsencoöperatie Syntein, werkzaam in de Noordelijke Maasvallei, gestart met het ontwikkelen van ketenzorg voor cliënten met een Cerebro Vasculair Accident (CVA-ketenzorg). Cliënten die een CVA hebben gehad ontvangen vaak langdurige zorg van verschillende zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders vormen een netwerk van zorgprofessionals, die gezamenlijk deskundige en samenhangende zorg leveren tijdens de verschillende fases die de CVA-cliënt doorloopt (Bonné-Cremers, Nieling, & Gidding, 2017, p. 28). Dit zorgt voor kwalitatief betere zorg (Schuling, 2002). CVA-zorgketens zijn in 1997 ontstaan na belangstelling in de Tweede Kamer over de zorg en behandeling van CVA-cliënten. Het ministerie van Volksgezondheid en ZonMW (Nederlandse financieringsorganisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) hebben initiatieven genomen om de zorg te verbeteren, onder andere het Edisse-onderzoek. “Het Edisse-onderzoek toont aan dat een goed georganiseerde CVA-zorgketen leidt tot een hogere mate van functioneel herstel voor de patiënten en een betere kosteneffectiviteit” (Rosendal et al., 2009, p. 115). Dit resultaat is gebaseerd op tweeënhalf jaar onderzoek waarbij zes regio’s betrokken zijn geweest, door middel van experimenteren, evalueren en spiegelen van CVA-ketenzorg (Rosendal et al., 2009, p. 8) In 2011 is het opzetten van de CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei mislukt, doordat samenwerkingsafspraken niet werden nagekomen, er geen verantwoordelijke was aangesteld en er onvoldoende betrokkenheid van zorgprofessionals was (Van den Berg et al., 2017, p. 8).

Vanaf 2014 zetten praktijkprofessionals met ondersteuning vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) de CVA-ketenzorg op. Hierbij hebben zij samengewerkt met Syntein en Pantein (zorgaanbieder). In de komende alinea’s worden de ondernomen stappen/onderzoeken in chronologische volgorde beschreven.

Gringhuis, Vullings en Zweers (2014, p. 25) (studenten van de HAN) hebben middels hun afstudeerproject onderzoek gedaan naar hoe een CVA-ketenzorg georganiseerd kan gaan worden, die voldoet aan de ‘CVA-richtlijnen’ en ‘Zorgstandaard CVA/TIA’. Zij hebben aanbevolen om de betrokkenen bij elkaar te brengen, gezamenlijk een visie te vormen en afspraken te maken voor de samenwerking. Vervolgens kan er gekeken worden hoe zij de CVA-ketenzorg inhoudelijk gaan invullen.

Om een CVA-ketenzorg op te kunnen zetten heeft een groepje aspirant onderzoekers van de HAN in 2015 onderzoek gedaan naar welke zorgprofessionals uit de Noordelijke Maasvallei passen binnen een expertnetwerk en welke van hen hieraan willen deelnemen (Gerritsen, De Graaf, & Pieterse, 2015).

In 2016 hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden om de zorg in de keten te verbeteren. Afstudeerstudenten van de HAN hebben onderzoek gedaan naar voorlichting in de zorgketen (Aalten, Van den Brand, Van der Mooren, Sorokina, & De Vries, 2016). Later in 2016 heeft de junior onderzoeker van het Lectoraat Neurorevalidatie aan de HAN de geïnteresseerde en betrokken zorgprofessionals vanuit het onderzoek van 2015 samengebracht. Tijdens een focusgroep met twaalf betrokken zorgprofessionals is een visie gevormd en zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de CVA-thuisrevalidatie in kaart heeft gebracht (Van den Berg et al., 2017, pp. 8-9).

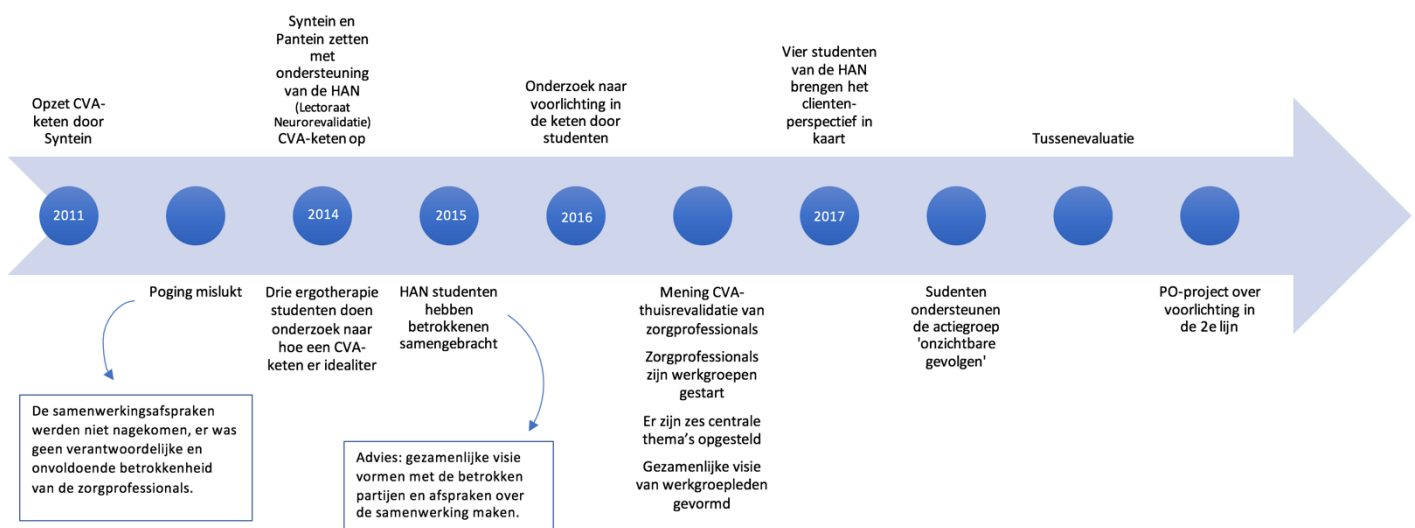
In oktober 2016 zijn deze zorgprofessionals een werkgroep gestart met als doel om de CVA-thuisrevalidatie te verbeteren. Er is gestart met verbeteren van de CVA-thuisrevalidatie, omdat er voornamelijk in de eerste lijn barrières werden ervaren om kwalitatief goede zorg te leveren. Daarnaast verplaatst de zorg steeds meer van de instelling naar de 1e lijn (Van der Veen, 2016). Het doel van deze werkgroep is: “De zorgverlening binnen de CVA-keten van de regio aantoonbaar

verbeteren conform de nieuwe gezondheidszorg tendensen: het transparant leveren van doelmatige zorg van hoge kwaliteit, aangeboden in de eigen leefwereld van de vragende cliënt” (Van der Veen, 2016). Om naar dit doel toe te kunnen werken heeft de werkgroep zes actiepunten opgesteld. Dit zijn: 1. Eigen regie, 2. Casemanagement, 3. Expertise van professionals, 4. Aandacht voor de ‘onzichtbare gevolgen’ van het CVA, 5. Sociaal netwerk in beeld, 6. Samenwerking in de eerstelijns en tussen de tweede- en eerstelijns. Vervolgens is de werkgroep opgesplitst in zes actiegroepen die ieder aan één actiepunt werken. De betrokken zorgprofessionals hebben zich aangesloten bij de actiegroep waar zij de meeste affiniteit mee hebben. Per actiepunt hebben de betrokken zorgprofessionals actieplannen opgesteld, die zij op dit moment aan het implementeren zijn (Stöcker & Van der Veen, 2018).

Vanuit het Lectoraat Neurorevalidatie worden de werkgroepen bij het opzetten van de CVA-ketenzorg ondersteund door een onderzoeksleider en een uitvoerend onderzoeker. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van de onderzoeksmethodiek, Participatief Actie Onderzoek (PAO). Bij PAO werken de deelnemers (in dit geval zorgprofessionals) en de onderzoekers (Lectoraat Neurorevalidatie) gezamenlijk aan een onderzoek. Hierbij zijn de zorgprofessionals ‘in the lead’ en ondersteunt het Lectoraat Neurorevalidatie hen door het inbrengen van (wetenschappelijke) kennis en door het inzetten van hulpbronnen. Deze methode draagt bij aan de implementatie, door de nauwe betrokkenheid van de zorgprofessionals (Van der Veen, 2016).

Na het opzetten van deze werkgroep hebben verschillende groepen afstudeerstudenten van de HAN de werkgroep ondersteunt. Van september 2016 tot januari 2017 is er onderzoek gedaan naar de ervaringen en behoeften van de CVA-cliënten en hun sociale omgeving met betrekking tot goede CVA-thuisrevalidatie (Van den Berg et al., 2017, p. 10). Van februari tot juli 2017 is de actiegroep ‘onzichtbare gevolgen’ ondersteunt en is onder andere de werkwijze over het thema onzichtbare gevolgen in de 1e en 2e lijn in kaart gebracht (Dijkman & Weijman, 2017). Van september 2017 tot januari 2018 is onderzoek gedaan naar voorlichting over de gevolgen van de CVA, in de 2e lijn (Van den Berg et al., 2017).

Zie figuur 6 voor een visuele tijdsweergave van bovengenoemde punten.



Figuur 6. Tijdlijn project ‘Goede CVA-thuisrevalidatie in de Noordelijke Maasvallei. Gegevens afkomstig van D. van der Veen, 25 september 2018.

8.2. De gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo

De volgende gedragscode is aan het begin van het onderzoek opgesteld, ter voorbereiding op de gegevensverzameling.

Doelgroep

De populatie van het onderzoek bestaat uit de verschillende betrokken zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg in de Noordelijke Maasvallei. De populatie bestaat uit 22 professionals met de volgende specialismen: ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtiëk, maatschappelijk werk en ambulante begeleiding (Van der Veen, persoonlijke communicatie, 6 september 2018). Naast de bovengenoemde populatie zijn er een aantal professionals vroegtijdige stoppers. Zij zullen ook worden meegenomen in het onderzoek. De populatie bestaat enkel uit wilsbekwame mensen.

Interventie

Voor het onderzoek hoeven de deelnemers zich niet aan bepaalde gedragsregels te houden. Daarnaast worden de deelnemers niet onderworpen aan het uitvoeren van bepaalde belastende handelingen. Echter zullen de deelnemers wel extra activiteiten ondernemen voor het onderzoek. Deze extra activiteiten kunnen bestaan uit het invullen van een vragenlijst, het geven van een interview of een focusgroep. Hoe deze activiteiten eruitzien en zullen worden vormgegeven is op dit moment nog niet concreet. De belasting verschilt per activiteit, het invullen van een vragenlijst is qua tijd minder belastend dan een interview of focusgroep. Er is geen sprake van een grote psychische of fysieke belasting voor bovengenoemde activiteiten.

De aspirant onderzoekers hopen de kosten voor de deelnemers tot het minimum te kunnen beperken. Dit willen de aspirant onderzoekers doen door bij de deelnemers langs te gaan voor bovengenoemde activiteiten. Echter zijn er geen mogelijkheden om eventuele kosten voor de deelnemers te vergoeden. Voor het uitvoeren van het onderzoek is er geen medisch ethische toestemming nodig.

Toestemming

De potentiële deelnemers zullen indien mogelijk mondeling anders schriftelijk benaderd worden. Tijdens dit contact zullen er verschillende punten, die beschreven staan in de gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek, met mensen van de HAN besproken worden. Het gaat hier om de volgende punten:

- Het doel van het onderzoek;
- De werkwijze;
- Hoe er met de verzamelde gegevens omgegaan wordt;
- Welke belasting de interventie met zich mee brengt;
- Dat het gaat om vrijwillige deelname;
- Stoppen mag voor en tijdens de interventie, dit zonder opgaaf van reden. Deze keuze zal geen gevolgen met zich meebrengen gericht op de behandeling/bejegening;
- Omgang van verkregen informatie;
- Veilige plek voor opslag;
- Gebruik van informatie alleen voor de vooraf vastgestelde doelen en nooit voor een ander doel.

Vervolgens zal er gevraagd worden of alles duidelijk is. Daar waar nodig zal meer uitleg gegeven worden. De potentiële deelnemer zal gevraagd worden of hij/zij wil meewerken aan het onderzoek. Op het moment dat de potentiële deelnemer besluit deel te nemen aan het onderzoek zal er een informed consent getekend worden door de deelnemer en een van de vijf aspirant onderzoekers (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2017).

Goedkeuring

Voor het onderzoek zullen de aspirant onderzoekers geen goedkeuring aanvragen bij een interne- of externe medische ethische commissie. Gezien het onderzoek niet valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Om hieronder te vallen moet het onderzoek volgens de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) aan twee voorwaarden moeten voldoen, namelijk:

1. Er is sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek.
2. Personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd.

Kijkend naar de definitie van de twee bovengenoemde voorwaarden valt het onderzoek hier niet onder. Gezien er geen sprake is van een medisch-wetenschappelijk onderzoek met als doel het beantwoorden van een vraag op gebied van gezondheid en ziekte. Daarnaast is er geen sprake van onderzoek met mensen waarbij er op een of andere manier inbreuk wordt gemaakt op lichamelijke en/of psychische integriteit van de proefpersoon (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, z.d.).

8.3. Uitnodigingsmail

Geachte heer/mevrouw,

Wij benaderen u vanwege uw bijdrage aan het opzetten van een CVA-ketenzorg in de Noordelijke Maasvallei. Wij zijn vijf studenten ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en ons afstudeeronderzoek gaat over het opzetten van CVA-ketenzorg.

Wij evalueren hoe het voor u (en de andere deelnemende professionals) was om aan dit project deel te nemen. Onze opdrachtgever hiervoor is [de projectleider], van haar komt de vraag om te inventariseren wat jullie ervaringen tijdens de deelname aan dit project zijn. Om antwoord op deze vraag te kunnen geven, gaan wij graag met u in gesprek. Dit willen wij doen in de vorm van een interview. Hierbij zullen onder andere de volgende thema's aan bod komen:

- Wijze van onderzoek: ervaringen over actieve bijdrage tijdens onderzoek.
- Samenwerking: in de werkgroep en in de actiegroep.
- Belasting/belastbaarheid: combineren van onderzoek met andere activiteiten.

Dit gesprek zal maximaal een uur in beslag nemen en plaatsvinden met twee studenten, op een locatie die uw voorkeur heeft.

Wij horen graag van u of we met u het opzetten van de CVA-ketenzorg mogen evalueren.

Graag zien wij een reactie voor 23 november tegemoet. Wij ontvangen ook graag een reactie wanneer u niet geïnteresseerd bent. Hiervoor hoeft u geen reden op te geven, maar wij zouden dat wel waarderen omdat het voor ons waardevolle informatie is.

In de bijlage is een informatiebrief toegevoegd voor verdere toelichting. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u altijd mailen of kunnen wij telefonisch contact met u opnemen. Daarnaast zijn wij woensdag 21 november aanwezig bij de bijeenkomst van de werkgroep, om kennis te maken, ook dan kunnen we eventuele vragen beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

de aspirant onderzoekers 'evaluatie CVA-keten',

Maaïke ten Have
Kirsten Jansen
Sjoerd van Leussen
Tessa Plender
Wies Vennegoor op Nijhuis

8.4. Informatiebrief

Nijmegen, 15 november 2018

Betreft: Omgang gegevens afstudeeronderzoek Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Geachte heer/mevrouw,

Vanuit de opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) zijn wij bezig met ons afstudeeronderzoek met als opdrachtgever [de projectleider]. Het onderzoek betreft het verzamelen van de ervaringen van de betrokken zorgprofessionals tijdens het opzetten van de CVA-ketenzorg.

Om de gegevens te verzamelen gaan wij graag met u in gesprek aan de hand van een interview waarbij verschillende topics naar voren zullen komen. Bij deze topics vragen we u naar uw ervaringen. Uit deze ervaringen worden conclusies getrokken waaruit adviezen worden geformuleerd voor onder andere [de projectleider] en voor het Lectoraat Neurorevalidatie. Daarnaast zullen de resultaten uit het onderzoek met hierin de adviezen inzichtelijk zijn voor de o.a. onderzoekers binnen de HAN en voor onderzoekers buiten de HAN die op gelijke wijze onderzoek doen. Zodat zij de adviezen mee kunnen nemen bij het vormgeven/begeleiden van de actieve deelnemers.

Tijdens het interview zal er een geluidsopname gemaakt worden. Deze opnames worden gebruikt tijdens de analysefase. Ze worden opgeslagen in de beveiligde omgeving van de HAN en zullen niet aan derden worden verstrekt. De interviews worden geanonimiseerd. Er wordt slechts beschreven welke discipline een bepaalde uitspraak doet, zonder daarbij namen te noemen. Wanneer u de enige professional bent van een bepaalde discipline, zal uw discipline samengevoegd worden met een andere discipline onder een bredere term om anonimiteit te waarborgen.

Er zal worden gewerkt middels de bepalingen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Dit houdt in dat wij toestemming vragen voor het verzamelen van de gegevens, hier zorgvuldig mee omgaan, ons houden aan het gegevensbeschermingsbeleid en de rechten van de betrokkenen naleven. Mochten de gegevens uit de interviews voor andere doeleinden gebruikt worden dan hierboven beschreven, zal hiervoor uw toestemming worden gevraagd.

Het interview zal naar verwachting maximaal een uur in beslag nemen. Uw deelname is vrijwillig, u mag er op elk moment voor kiezen om te stoppen met het interview dit zonder opgaaf van reden. Middels deze brief hopen wij u voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht u nog vragen hebben kunt u ons bereiken op het volgende mailadres: evaluatiecvaketen@hotmail.com.

Met vriendelijke groet,

Maaïke ten Have,
Kirsten Jansen,
Sjoerd van Leussen,
Tessa Plender,
Wies Vennegoor op Nijhuis

8.5. Evaluatieformulier vroegtijdige stoppers

Het volgende evaluatieformulier is niet door de aspirant onderzoekers opgesteld. Wel zijn de resultaten uit deze formulieren ontvangen en meegenomen in de analysefase.

1) Voelde je je tijdens het project actief betrokken? (*wanneer wel/niet en waardoor wel/niet*)

...

2) Voelde je je tijdens het project ondersteund door onderzoekers/studenten? (*waardoor wel/niet*)

...

3) Hoe kijk je terug op de groepsbijeenkomsten?

...

4) Wat vond je van de relatie tussen onderzoeker(s) en professionals?

En de relatie tussen de professionals in de groep?

...

5) Welke tip/welk advies zou je me mee willen geven?

....

Zijn er nog *andere dingen* die je graag kwijt wilt over je ervaringen m.b.t. je deelname aan het project?:

...

8.6. Interviewguide

Introductie	
Introduceer het gesprek met de onderstaande informatie	
Intro	Voorstellen ... en Wij maken deel uit van een groep met vijf aspirant onderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wij waarderen het erg dat u deel wilt nemen aan dit interview en onderzoek. Voorafgaand aan dit interview heeft u een informatiebrief ontvangen. Klopt dit? Heeft u op dit moment nog vragen? Wij zullen aan het einde van de introductie een informed consent tekenen.
Doel van het onderzoek	Met dit interview neemt u deel aan ons onderzoek. Wij vragen de werkgroepleden naar hun meningen om de volgende doelen te kunnen beantwoorden. Het doel van dit onderzoek is dat de ervaringen van de werkgroepleden in kaart worden gebracht, gericht op de actieve deelname aan het project om de CVA-ketenzorg op te zetten. Een tweede doel is dat inzichtelijk wordt welke voorwaarden er aanwezig moeten zijn voor de werkgroepleden om op deze actieve wijze aan dit project deel te nemen. Uw verhaal met hierin uw ervaringen zijn belangrijk voor dit onderzoek. U levert hierdoor een bijdrage aan vergelijkbare projecten in de toekomst.
Thema's	• Actieve wijze van project • Samenwerking • Tijdsdruk • Belasting/belastbaarheid
Anonimiteit en vertrouwelijkheid	Dit interview is anoniem, dit houdt in dat uw persoonlijke gegevens niet gebruikt of genoemd zullen worden. De informatie wordt gebruikt om antwoord te geven op de bovengenoemde doelen. Daarnaast zullen de adviezen die hieruit naar voren komen gebruikt kunnen worden in andere onderzoeken die op dezelfde wijze wordt vorm gegeven.
Vroegtijdig stoppen	Tijdens het interview mag u op elk gewenst moment stoppen, dit zonder opgave van reden. Wij zullen dan stoppen met het interview.
Opname	Het interview nemen wij graag op hiervoor hebben wij een spraakrecorder meegenomen. Het is wettelijk vastgelegd dat ik hiervoor toestemming moet vragen. Op het moment dat de recorder aangaat zal u om toestemming worden gevraagd.
Taken benoemen	Ik zal het interview bij u afnemen, observeert en schrijft belangrijke / opvallende dingen op.
Informed consent tekenen	Door het tekenen van het informed consent gaat u akkoord met de genoemde punten op het informed consent.

Thema's, topics, centrale vragen en subvragen.	
Alle thema's, topics en centrale vragen moeten aan bod komen.	
Algemeen Topics: - Functie - Reden van deelname - Samenwerking	Wat was uw motivatie/interesse om deel te nemen aan het project om een CVA-ketenzorg op te zetten? Subvragen: - Wat waren voor u de leuke aspecten in het project? - Kunt u een concreet voorbeeld noemen?
Wijze van project Topics - Werkzaamheden - Ervaringen - Werkwijze - Adviseren	Hoe heeft u de aanpak van het project ervaren? Subvragen: - Wat vond u prettig aan deze werkwijze? - Wat vond u minder prettig aan deze werkwijze? - Hoe heeft u de actieve deelname aan het project/opzetten van de CVA-keten ervaren? Inleidend: U hebt bij het project gewerkt volgens een Participatief Actie Onderzoek. Dit houdt in dat u actief betrokken werd bij het onderzoek en "in the lead" was samen met de andere werkgroepleden. Kunt u aangeven welke rol/ mate van participatie u voor uw gevoel had in het project? Zie tabel voor niveaus van participatie. Subvraag: - Was u vooraf op de hoogte van wat deze werkwijze inhield? - Wat zou u adviseren aan iemand die nu zou starten met project doen volgens deze werkwijze? Wat waren werkzaamheden als individu tijdens dit project? Subvragen: - Wat vond u leuk aan de taken die u had? - Wat vond u minder leuke taken om uit te voeren? Wat waren werkzaamheden als groep tijdens dit project?
Tijdsdruk Topics: - Werk combineren - Ervaringen - Werkwijze	Hoeveel tijd heeft u per week aan dit project besteedt? Subvragen: - Had u voldoende tijd om aan het project te werken? Heeft u tijdsdruk ervaren tijdens het project? Subvragen: - In welke mate heeft u tijdsdruk ervaren? - Waar kwam deze tijdsdruk vandaan? - Hoe ging u om met deze tijdsdruk?

Belasting en belastbaarheid Topics: - Werk combineren - Ervaringen - Tips en tops - Verbetering	Inleidend: Er is bekend dat wanneer mensen extra taken op zich nemen, de balans tussen de belasting en belastbaarheid kan veranderen. Oftewel of de verhoogde last in balans is met dat wat je aankan. Heeft u deze verandering in belasting/belastbaarheid ervaren tijdens uw deelname aan dit project? Subvragen: - Welke aspecten hebben bijgedragen aan een balans vinden tussen de belasting/belastbaarheid - Wat was voor u de grootste belasting? - Hoe bent u hier mee omgegaan? - Hoe zou [de projectleider] in uw ogen kunnen zorgen voor een betere belasting/belastbaarheid? - Wat zou u mee willen geven aan praktijkprofessionals die nu zouden starten met het opzetten van een CVA-keten als u kijkt naar belasting/belastbaarheid?
Samenwerking Topics - Werkwijze - Ervaringen - Mindset - Tips en Tops - Samenwerking tussen de werkgroepen - Adviseren	In dit project heeft u samengewerkt met de werkgroepleden in de werkgroep en in de actiegroepen. Daarnaast heeft u samengewerkt met [de projectleider] en wellicht met verschillende studenten of andere externe personen. Welke van deze samenwerkingen is voor u belangrijk geweest? <i>Kies uit 1, 2 of 3. Bij niet beantwoorde hoofdvragen, vraag vervangen door vragen of zij 2 kenmerken bij specifieke samenwerking kunnen benoemen.</i> 1.Hoe heeft u de onderlinge samenwerking ervaren, met de andere werkgroepleden in de actiegroep of werkgroep? Subvragen: - Hadden de werkgroepleden tijdens de samenwerking hetzelfde doel voor ogen? - Waaruit bleek dit? - Hoe heeft u de onderlinge communicatie ervaren? - Zou u iets anders gedaan hebben in de samenwerking? 2.Wilt u mij vertellen hoe u de samenwerking met [de projectleider] heeft ervaren? Subvragen: - Hoe heeft u de wijze van communicatie met [de projectleider] ervaren? - Wat zijn succesfactoren in de samenwerking met [de projectleider]? - Wat moet in de huidige ondersteuning behouden blijven? - Wat zou u als tip/advies mee willen geven aan [de projectleider]? 3.Hoe heeft u de samenwerking met de PO-studenten ervaren? Subvragen: - Wat vond u van de ondersteuning die de PO-studenten geboden hebben? - Wat zou u graag verandert willen zien en wat moet behouden blijven? Hoe heeft de ondersteuning van [onderzoeker lectoraat] ervaren?

	Zijn er nog andere externe personen geweest waarmee jullie hebben samengewerkt voor dit project? Subvragen: - Wat heeft deze persoon voor het proces betekend? - Hoe heeft u de wijze van ondersteuning van deze persoon ervaren?
--	---

Afsluiting	
Afsluiting interview	Als u terugdenkt aan het gehele proces, wat zou u als advies mee willen geven aan praktijkprofessionals die nu zouden starten met de opzet van een CVA-keten? Subvragen - Wat viel het meest tegen in het project als u nu terugkijkt? - Wat heeft u het meest opgeleverd? Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen in het gesprek maar die u wel belangrijk vindt om te vertellen? Als ik iets vergeten ben te vragen mag ik u hierover opbellen?
Bedanken voor het interview	Wij willen u graag bedanken voor uw tijd en deelname aan het interview. Ik hoop dat u met een positief gevoel terug kijkt. Dat er naar uw ervaring werd geluisterd en u hebt kunnen vertellen wat u graag wilde vertellen.

8.7. Informed consent

De informed consent is opgesteld met behulp van het ‘Model proefpersoneninformatie (inclusief toestemmingsverklaringen)’ van de Centrale Commissie Mensgebonden onderzoek (2018).

Informed consent

Evaluatie CVA-keten

- Ik ben ingelicht over het onderzoek. Ik kon vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn ervaringen tijdens het opzetten van de CVA-keten voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat de resultaten van het onderzoek door andere mensen wordt ingezien. Wie deze mensen kunnen zijn is aan mij uitgelegd. Ik geef hiervoor toestemming.
- Ik heb een informatiebrief ontvangen, waarin bovenstaande punten verder staan toegelicht.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam respondent:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze respondent volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de respondent zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Met de gegevens wordt zorgvuldig omgegaan door mij, hierbij worden de regels van de ‘Algemene Verordening Gegevensbescherming’ (AVG-wet) gevolgd.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

De respondent krijgt een informatiebrief mee, samen met een getekende versie van het informed consent.