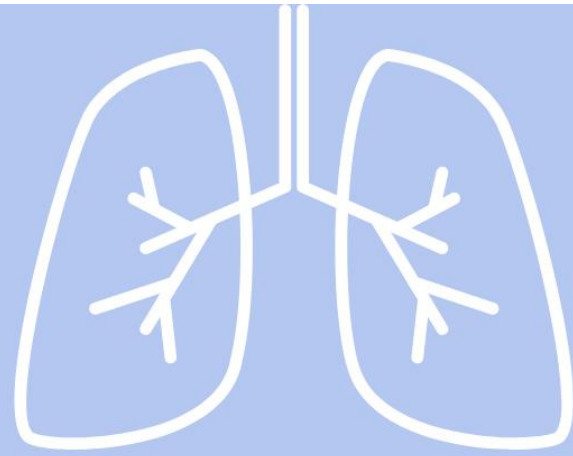




HET INTENSIEF TRANSMURAAL ZORGPAD COPD: DE ERVARINGEN VAN STAKEHOLDERS

23 december 2022
2223_1ZidP_33

B. HENDRIKS
[REDACTED]

M. LIEVE
[REDACTED]

P. ARENDSSEN
[REDACTED]

S. ROELOFS
[REDACTED]

HBO VERPLEEGKUNDE

LEERCOACH:
FRANCIS PLUK
EXAMINATOR:
[REDACTED]
[REDACTED]

Colofon

Studentonderzoekers	Britt Hendriks Manon Lieve Puck Arendsen Shanna Roelofs
Studiejaar	2022-2023
Opdrachtgevers	Brenda Spanbroek (ZZG zorggroep) Saskia van Diepenbeek (CWZ) Ermy Schonenberg (CWZ) Fleur Bongaards (CWZ & ZZG zorggroep)
Organisaties	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) Weg door Jonkerbos 100, 6532 SZ Nijmegen ZZG Zorggroep Boslaan 2, 6561 LE Groesbeek
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33, 6525 EN Nijmegen
Status verslag	Projectverslag
Inleverdatum	23 december 2022

Voorwoord

Voor u heeft u het verslag van ons kwaliteitsproject: 'Het intensief transmuraal zorgpad COPD: de ervaringen van stakeholders'. Dit projectverslag is uitgevoerd door vier studenten, Britt Hendriks, Manon Lieve, Puck Arendsen en Shanna Roelofs. Wij studeren hbo-verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Samen met het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en ZZG zorggroep hebben wij voor de onderwijseenheid Zorg Innovatie in de Praktijk de ervaringen van stakeholders met het ITZ-COPD uitgevraagd. Het onderzoek heeft in de periode van september 2022 tot januari 2022 plaats gevonden.

Als eerste willen wij onze opdrachtgevers S. van Diepenbeek, B. Spanbroek, F. Bongaards en E. Schonenberg bedanken. Door middel van kritische feedback zijn wij vaak aan het denken gezet. Zij hebben ons de kans gegeven om onze onderzoekskwaliteiten verder te ontwikkelen en hierdoor het onderzoek naar een hoger niveau weten te tillen.

Daarnaast willen wij onze docentbegeleider F. Pluk bedanken voor haar opbouwende feedback en haar steun en begeleiding gedurende het proces. Ze heeft een belangrijke rol gespeeld in het scherp houden van onze groepsdoelen en individuele leerdoelen.

Tot slot willen wij alle stakeholders bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek. Hun betrokkenheid, tijd en aandacht heeft het mogelijk gemaakt dat wij dit onderzoek hebben kunnen volbrengen.

Wij wensen u veel leesplezier.

Britt Hendriks, Manon Lieve, Puck Arendsen en Shanna Roelofs

Nijmegen, 23 december 2022

Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Voorwoord.....	3
Samenvatting	7
1. Inleiding.....	8
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Onderzoeksvraag.....	9
1.3 Doelstelling	9
2. Theoretisch kader.....	10
2.1 Zoekstrategie	10
2.2 COPD	10
2.3 Transmurale zorg.....	11
2.4 Landelijk Zorgpad COPD Longaanval	11
2.5 Intensief Transmuraal Zorgpad COPD	11
2.6 Verschillen tussen Landelijk Zorgpad COPD Longaanval en ITZ-COPD	12
2.7 Zelfmanagement	13
2.8 Interdisciplinaire samenwerking	13
2.9 Stakeholders	14
2.10 Evalueren.....	15
2.11 Setting	16
2.11.1 CWZ	16
2.11.2 ZZG zorggroep	16
2.12 Verpleegkundige relevantie.....	16
3. Methode	18
3.1 Onderzoeksdesign	18
3.2 Onderzoekspopulatie	18
3.3 Dataverzameling	19
3.4 Data-analyse.....	19
3.5 Zorgvuldigheidseisen	20
3.5.1 Geloofwaardigheid.....	20
3.5.2 Plausibiliteit	21
3.5.3 Verplaatsbaarheid	21
3.5.4 Verifieerbaarheid	22
3.6 Gedragscode	22
4. Resultaten	23
4.1 Populatie.....	23

4.2 Thema's en sub-thema's	24
4.3 Context	24
4.4 Individueel.....	25
4.4.1 Aanvragen van zorgpad ITZ-COPD	26
4.5 Sociaal.....	26
4.5.1 MDO.....	27
4.5.2 Overdracht.....	27
4.6 Organisatorisch.....	28
4.6.1 Verloop van personeel.....	28
4.6.2 Longaanval actieplan.....	29
4.6.3 VIOS.....	30
4.6.4 Landelijk Zorgpad COPD Longaanval.....	30
4.7 Overig	31
4.7.1 Coronapandemie	31
5. Discussie.....	32
5.1 Samenvatting van de resultaten.....	32
5.2 Resultaten vergeleken met de literatuur	33
5.2.1 Overeenkomsten	33
5.2.2 Verschillen.....	34
5.3 Zorgvuldigheidseisen	34
5.3.1 Sterke punten	34
5.3.2 Beperkingen	35
5.4 Relevantie van het onderzoek.....	37
6. Conclusie	38
7. Aanbevelingen	39
7.1 Aanbevelingen voor de praktijk	39
7.2 Aanbevelingen voor het onderwijs	40
7.3 Aanbevelingen voor onderzoek.....	40
Literatuurlijst.....	41
Bijlagen	46
Bijlage A: Zoekstrategie	46
Bijlage B: Ladder van evidence.....	52
Bijlage C: Evidence tabel	54
Bijlage D: Topiclijst.....	59
Bijlage E: Informed Consent	62

Bijlage F: verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker	64
Bijlage G: Informatiebrief voor deelnemers aan het onderzoek	65
Bijlage H: Planning	69

Samenvatting

Achtergrond

In 2016 is het Intensief Transmuraal Zorgpad COPD (ITZ-COPD) geïmplementeerd binnen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) en thuiszorgorganisatie ZZG zorggroep. Echter is dit traject sindsdien nog niet formeel geëvalueerd waar wel behoefte aan is. Ook zijn de instellingen benieuwd naar hoeverre de stakeholders op de hoogte zijn van de nieuwe Verpleegkundige In Opleiding tot Specialist (VIOS) en het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval.

Doel

Begin januari 2023 zullen de positieve- en knelpunten van het ITZ-COPD duidelijk zijn. Vanuit daar worden aanbevelingen gedaan om de kwaliteitszorg te bevorderen.

Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign. Data is verzameld door middel van semigestructureerde duo interviews waarbij achttien stakeholders zijn geïnterviewd. De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een topiclijst. Deze zijn vervolgens getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten

Uit de resultaten komt naar voren dat de stakeholders positief aankijken tegen het ITZ-COPD. Wel geven zij aan dat er in de uitvoering verbeterpunten liggen. Stakeholders zien het als meerwaarde dat er snelle actie is door het ITZ-COPD. Stakeholders hebben meer het gevoel van urgentie en zien dat patiënten beter begeleid kunnen worden. Dit doordat er vanuit een breed perspectief gekeken wordt. De samenwerking in het ziekenhuis is laagdrempelig. Een wekelijks multidisciplinair overleg (MDO) wordt als noodzakelijk gezien.

De stakeholders ondervinden ook knelpunten. Door groot verloop van personeel ervaren stakeholders dat nieuwe collega's niet goed op de hoogte zijn van het zorgpad. Daarnaast wordt er volgens hen een coördinerend persoon gemist die het ITZ-COPD draaiende houdt. Ook wordt het longaanval actieplan niet naar wens ingezet.

De meerderheid van de stakeholders is op hoogte van de nieuwe functie van de VIOS binnen het ITZ-COPD en het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval. Stakeholders hopen dat de VIOS de transmurale samenwerking kan verbeteren.

Conclusie

Er worden zowel sterke- als knelpunten over de inzet van het ITZ-COPD benoemd. Er is behoefte aan een verbindende factor, een groter draagvlak en meer onderzoek omtrent de werking van het zorgpad.

Sleutelwoorden

Intensief Transmuraal Zorgpad COPD, stakeholders, ervaringen, VIOS, Landelijk Zorgpad COPD longaanval, MDO

1. Inleiding

Wereldwijd zijn Chronische Obstructieve Longziekten (COPD) een grote oorzaak voor zowel morbiditeit als mortaliteit. Meer dan twaalf procent van de huidige wereldpopulatie heeft te maken met enige vorm van COPD (Varmaghani et al., 2019). Naar schatting bedroeg de prevalentie van COPD in Nederland in 2020 ruim 562.000 mensen (Volksgezondheid en Zorg, 2022a). In hetzelfde jaar waren er meer dan 21.000 klinische ziekenhuisopnames in relatie met COPD (Volksgezondheid en Zorg, 2022b). De coronapandemie in 2020 kan voor een vertekend beeld hebben gezorgd, gezien de afname van opnames in vergelijking met de cijfers van 2019. (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). De verwachting is dat deze opnames voor COPD weer toe zullen nemen, nu de coronapandemie op zijn eind loopt (Mishra, 2022).

Wat naar alle waarschijnlijkheid ook zal gaan stijgen, zijn de zorguitgaven voor COPD. In 2019 was dit bedrag 753 miljoen euro, waarvan 33 procent werd uitgegeven aan ziekenhuiszorg (Volksgezondheid en Zorg, 2022c). Deze cijfers zorgen samen met de aankomende vergrijzing van de Nederlandse populatie zorgt voor een ongunstig toekomstbeeld. Het vooruitzicht is dat de incidentie van COPD de komende twintig jaar zal gaan stijgen, waarbij er ook meer ziekenhuisopnames zullen voorkomen (Longcijfers.nl, z.d.). In de komende tien jaar zullen de zorguitgaven rondom COPD gaan verdrievoudigen (Lung Alliance Netherlands, 2020). Het huidige zorgsysteem zal zich moeten aanpassen om deze stroom aan nieuwe patiënten te kunnen blijven behandelen en de zorg betaalbaar houden.

Een van deze aanpassingen is transmurale zorg, ook wel ketenzorg genoemd. Bij transmurale zorg werken zorgverleners vanuit verschillende organisaties samen. Het doel is om de patiënt op elk moment de juiste zorg aan te kunnen bieden (Huijnen et al., 2019). Om een beter beeld te krijgen wat een transmuraal zorgpad zou kunnen betekenen voor patiënten met COPD werd er in 2013 een pilot gestart met het Landelijke transmurale Zorgpad COPD Longaanval (Westbroek et al., 2020). Hierin werd ingezet op een betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, waarbij met alle betrokken paramedici een protocol is ingevoerd. Dit protocol biedt structuur waarbij ruimte blijft voor flexibiliteit (Lung Alliance Netherlands, 2020). Uit resultaten van de pilot bleek dat het aantal ziekenhuisopnames en de tijdsduur hiervan afnamen, zonder dat de patiënt kwaliteit van leven inleverde (Westbroek et al., 2020). Tijdens- en na een opname werden niet alleen symptomen behandeld, maar er werd ook gekeken naar de oorzaken achter de opname en werd hier een adequaat plan voor gemaakt (Lung Alliance Netherlands, 2020). Deze pilot heeft bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval (Longaanval.nl, 2020).

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is, in samenwerking met ZZG zorggroep en Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen, het Intensieve Transmurale Zorgpad COPD (ITZ-COPD) ontwikkeld. Hierin wordt beschreven hoe patiënten met COPD, zowel in klinische setting als in de thuissituatie, worden begeleid wanneer er sprake is van recidiverende opnames in verband met COPD (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019). Patiënten die voor de derde keer zijn opgenomen met een COPD-exacerbatie worden geïncorporeerd in het ITZ-COPD. Dit gaat in overleg met de huisarts, wijkverpleegkundige uit de buurt en de patiënt.

Binnen het ITZ-COPD worden verschillende stakeholders betrokken. Onder stakeholders wordt verstaan: artsen, artsen in opleiding tot specialist (AIOS), artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS), verpleegkundig longconsulenten van de polikliniek, verpleegkundigen

van de afdeling, transferverpleegkundigen, psychiatrisch verpleegkundigen, palliatief verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, maatschappelijk werkers en transferpunt (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019). Wanneer de patiënt met ontslag gaat wordt de longverpleegkundige of wijkverpleegkundige, de huisarts en eventuele paramedici betrokken. Alle stakeholders hebben binnen hun expertise inbreng in het zorgpad. In de nabije toekomst zal voor de verpleegkundige in opleiding tot specialist (VIOS) binnen het ITZ-COPD naar een passend takenpakket gezocht worden.

Het ITZ-COPD is een tijd niet formeel geëvalueerd door de betrokken stakeholders. Evalueren is van belang omdat het kan zorgen voor goede handvatten om een lopend project te verbeteren. Het geeft namelijk informatie over jezelf, de organisatie en het project. Daarbij kunnen de succesfactoren en verbeterpunten benoemd worden. Hierdoor kunnen er aanpassingen aan het project worden ingevoerd (Claudia de Graauw, 2014).

1.1 Probleemstelling

In 2016 is het ITZ-COPD geïmplementeerd in regio Nijmegen. Echter is dit traject nog niet formeel geëvalueerd. Op basis van evalueren en zelfreflectie kan zorg worden afgestemd en kan daardoor beter aansluiten bij de behoeften (Kennisplein Zorg voor Beter, 2020). Door het ontbreken van adequate evaluaties tussen de stakeholders kan men zich afvragen of de zorg die aangeboden wordt via het ITZ-COPD naar kwaliteitsmaatstaven wordt uitgevoerd

1.2 Onderzoeksvraag

In samenwerking met het CWZ en ZZG zorggroep is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: Wat zijn de ervaringen van stakeholders met het intensief transmuraal zorgpad COPD?

Deelvragen:

- Wat beschrijven de stakeholders als sterke punten van het ITZ-COPD?
- Welke knelpunten ervaren stakeholders in de huidige vorm van het ITZ-COPD?
- In hoeverre zien de stakeholders de nieuwe functie van de verpleegkundige specialist in opleiding binnen het ITZ-COPD?
- In hoeverre zijn de stakeholders op de hoogte van het landelijk Zorgpad COPD Longaanval?

1.3 Doelstelling

Begin januari 2023 zal duidelijk zijn wat de voordelen van het ITZ-COPD zijn en waar nog verbeterpunten liggen. Vanuit daar worden aanbevelingen gedaan om de kwaliteitszorg te bevorderen. Zo zal er gerichtere zorg geleverd kunnen worden aan de COPD-patiënten in regio Nijmegen en omstreken.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een onderzoeksvraag in relevante literatuur en onderzoeken verdiept. Verder wordt de verpleegkundige relevantie beschreven.

2.1 Zoekstrategie

Met behulp van de medische database PubMed is er op een systematische manier gezocht naar passende literatuur. Om onderbouwing van het praktijkprobleem te vinden is de volgende vraag gesteld: 'Wat is het effect van het inzetten van transmurale zorg op de gezondheid van COPD-patiënten?'. Uit deze vraag is een Domein, Determinant & Outcome (DDO) gevormd (zie Bijlage A). Tijdens het zoeken naar literatuur is er gebruik gemaakt van Booleaans operatoren met AND en OR. Voor elk onderdeel van de DDO zijn passende MeSH termen gevonden. Daarnaast werd er naar alle termen en synoniemen gezocht via Title/Abstract. Om de meest recente artikelen te vinden werd het filter "≤ 10 jaar" gebruikt. Dit geheel gaf 91 resultaten op 29 september 2022. Hiervan bleven na screening vijf geschikte artikelen over, waarvan één artikel door middel van de 'sneeuwbalmethode' is gevonden. Het onderzoek, wat via de sneeuwbalmethode is gevonden, werd geschreven door Poot, et al. (2021). Dit is een geüpdatete versie van een eerder onderzoek uit 2013 die door de zoekstreng werd gevonden. De vijf geschikte artikelen zijn verwerkt in een evidence tabel (zie Bijlage B; Bijlage C) Dit zijn drie cohortstudies, één RCT en één meta-analyse.

2.2 COPD

COPD is een longziekte die voor een blokkering zorgt van de luchtstroom en ademhalingsproblemen. COPD is een verzamelnaam voor de aandoeningen longemfyseem en chronische bronchitis (Center for Disease Control and Prevention, 2022). Bij longemfyseem gaat er langzaam steunweefsel in de longblaasjes kapot, die van belang zijn voor de opname van zuurstof en koolstofdioxide. Bij chronische bronchitis zijn de bronchiën continu ontstoken, wat ervoor zorgt dat het lichaam meer slijm aanmaakt en ademen lastiger wordt (longfonds, z.d.).

Veel mensen met COPD krijgen te maken met exacerbatie, wat in Nederland ook wel longaanval wordt genoemd (Westbroek et al., 2020). Tijdens een longaanval kan het zijn dat patiënten binnen een of enkele dagen verslechtering van de algehele gezondheid ervaren. Dit wordt meestal gekenmerkt door toenemende benauwdheid, taaier slijm en/of hoesten. Dit gaat vaak gepaard met aanpassingen van de behandeling en ziekenhuis opname (Federatie medisch specialisten, 2017). Na opname in het ziekenhuis worden patiënten regelmatig binnen een jaar heropgenomen. Dit kan onder andere komen door angst voor het uitbreken van een nieuwe longaanval of door het verliezen van de controle over de ademhaling (CWZ, 2019). Deze longaanvallen kunnen leiden tot grote belasting voor patiënten en het gezondheidssysteem (Westbroek et al., 2020).

Er zijn verschillende redenen waarom de behandeling van COPD moet gaan veranderen. Een van deze redenen is de verwachte stijging van het aantal COPD-patiënten. De kosten die gepaard gaan met het behandelen van COPD zullen naar alle waarschijnlijkheid per 2032 verdrievoudigd zijn in vergelijking met 2020 (Lung Alliance Netherlands, 2020). Er is onderzoek gedaan naar de herkomst van de kosten bij COPD-patiënten. Daaruit blijkt dat meer dan de helft van deze kosten te herleiden zijn naar het klinisch opnemen van COPD-patiënten als gevolg van een longaanval (Lung Alliance Netherlands, 2020). Om dit te

voorkomen zijn er meerdere nazorg trajecten opgezet, voorbeelden hiervan zijn: Landelijke Zorgpad COPD Longaanval (Longaanval, 2022) en het ITZ-COPD (CWZ, 2019).

2.3 Transmurale zorg

Het begrip transmurale zorg werd in 1994 door de commissie van Biesheuvel geïntroduceerd. Als een verzamelnaam voor zorg die gericht is op verbetering van samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns zorgaanbieders (Huisarts en Wetenschap, z.d.). Transmurale zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd, waarbij intramurale zorg en extramurale zorg wordt gecombineerd (Medicalgroep, 2022). Volgens Cosío et al. (2021) zorgt een transmurale zorgpad voor COPD-patiënten voor een hogere kwaliteit van zorg. Niet alleen is er een significante daling te zien ($p < 0,05$) van het aantal ziekenhuisopnames tegenover reguliere behandeling, ook is er een significant positief effect ($p = 0,001$) op de algehele gezondheid van de COPD-patiënten (Cosío et al., 2021).

2.4 Landelijk Zorgpad COPD Longaanval

Om de zorg voor patiënten met deze longziekte beter bij de thuissituatie aan te laten sluiten werd in 2013 een pilot gestart. Het doel was om binnen vijf jaar een afname van 25% aan ziekenhuisopnames te zien van COPD-patiënten met longaanvallen. Door middel van het inzetten van transmurale zorg is aangetoond dat het aantal - en de lengte van de opnamedagen gereduceerd kan worden (Westbroek et al., 2020). “Er was een afname van 19,4% van het aantal totale ziekenhuisopname dagen, zonder een afname van de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven of de ervaren kwaliteit van zorg”. Er waren drie interventies die volgens de onderzoekers een significant effect hebben op het aantal ziekenhuisopnames. In interventie één gaat het over de samenkomst van zorgverleners, patiënt en familie op dag twee van de opname. Bij interventie twee is er intensieve begeleiding thuis door de longverpleegkundige in de eerste week na ontslag. Interventie drie gaat over het follow-up gesprek een jaar na de opname, met onder andere een evaluatie van het longaanval plan, hoe het gaat met het stoppen van roken, et cetera (Westbroek et al., 2020). Uit deze pilot volgde een nationaal implementatieplan: Landelijk Zorgpad COPD Longaanval (Lung Alliance Netherlands, 2020).

2.5 Intensief Transmuraal Zorgpad COPD

Patiënten die meer dan twee keer per jaar worden opgenomen in het CWZ, noemt men een ‘draaideur patiënt’ (S. van Diepenbeek, persoonlijke communicatie, 19 september 2022). Voor deze patiëntengroep is het CWZ in 2015 gestart met het ontwikkelen van een speciaal zorgpakket: ITZ-COPD (CWZ, 2019). In het protocol van het CWZ (persoonlijke communicatie, 2021) wordt het volgende beschreven: “Het Intensief Transmuraal Zorgpad is een beschrijving van het zorgproces om de COPD-patiënt zowel klinisch als in de thuissituatie intensief te begeleiden, wanneer er sprake is van recidiverende opnames in verband met longaanvallen”.

Uit onderzoek blijkt dat heropnames bij COPD vaak worden veroorzaakt door een longaanval gecombineerd met factoren als angst, depressie en ontbrekende ondersteuning (Westbroek et al., 2020). Patiënten zijn bang om eenmaal thuis opnieuw een longaanval te krijgen. Deze

angst veroorzaakt vaak een longaanval, welke schadelijk is voor de kwaliteit van leven. Daarnaast is de mortaliteit binnen twee jaar na een longaanval bij COPD hoger dan de mortaliteit na een hartaanval (Westbroek et al., 2020). Het doel van het ITZ-COPD is dan ook om deze cycli te doorbreken waardoor men thuis de controle over het ziekteproces houdt en minder vaak worden opgenomen (CWZ, persoonlijke communicatie, 2021).

De intensieve begeleiding start wanneer een patiënt met COPD voor de derde keer in één jaar wordt opgenomen met dezelfde opnamereden (CWZ, 2019). Vervolgens wordt interdisciplinair met de patiënt naar de gezondheidstoestand en de thuissituatie gekeken. Wat heeft de patiënt nodig om grip te krijgen op de prikkels die controle verlies veroorzaken en hoe kan de therapietrouw bevorderd worden? Om hiervoor een goed plan op te stellen, wordt direct de thuiszorg betrokken bij het zorgtraject. Vervolgens komt er op de dag van ontslag een longverpleegkundige van ZZG of een geschoolde wijkverpleegkundige bij de patiënt langs. Thuis zullen er door de longverpleegkundigen diagnoses gesteld worden en vastgelegd worden in een zorgplan. Dit om de klinische zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de zorg thuis en om de patiënt mentaal wat rust te bieden (CWZ, persoonlijke communicatie, 2021). Er wordt met behulp van shared decision making een zorgplan opgesteld waarbij het longaanval actieplan wordt meegenomen en indien nodig wordt aangevuld. Hierbij stimuleert de longverpleegkundigen de eigen regie van de patiënt. Dit zal meer van de patiënt vergen omdat er wordt verwacht dat zij het eigen ziekteproces bewaken en hiernaar handelen. Indien dit niet mogelijk is wordt gekeken naar passende ondersteuning of zelfs (tijdelijke) overname van deze regie.

2.6 Verschillen tussen Landelijk Zorgpad COPD Longaanval en ITZ-COPD

Als de protocollen van ITZ-COPD (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019) en de toolbox van het landelijk zorgpad COPD longaanval (Lung Alliance Netherlands, z.d.) naast elkaar gelegd worden zijn er meerdere verschillen op te merken:

- In het ITZ-COPD wordt er zowel een dag nul als een dag één beschreven, maar het is onduidelijk welke dag de dag van opname betreft. In het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval is de dag van opname de startdag.
- Bij het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval wordt op de opnamedag gekeken naar de mobiliteit van de patiënt en eventueel gestart met fysiotherapie. Binnen het ITZ-COPD wordt op dag twee naar mobilisatie gekeken.
- In het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval komen de zorgprofessionals, naasten en patiënt samen op dag twee van de opname. In het protocol van ITZ-COPD worden er geen standaard afspraken rondom het multidisciplinair overleg (MDO) benoemd.
- In de toolbox van het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval wordt er veel aandacht besteed aan co-morbiditeit, dit is niet te vinden in het protocol van het ITZ-COPD.
- Het ITZ-COPD betreft wel een mantelzorger en het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval niet.
- Als er gekeken wordt naar de eigen regie van de patiënt, dan is te lezen dat er binnen het ITZ-COPD samen met de patiënt een zorgplan wordt opgesteld. In het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval wordt er een longaanval actieplan uitgereikt aan de patiënt.
- In het ITZ-COPD ontvangt de patiënt bij thuiskomt twee dagen een longverpleegkundige en wordt een belmoment afgesproken ca. 14 dagen na ontslag.

Daarentegen is er bij het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval in de eerste week een contactmoment en tussen zeven en 28 dagen na ontslag.

- Er vindt een follow-up voor de lange termijn plaats in het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval, namelijk één jaar na ontslag. Dit vindt niet plaats in het ITZ-COPD, hierbij volgen de longverpleegkundigen deze patiënten thuis op.
- Als er gekeken wordt naar het ITZ-COPD is hierin te lezen dat de verpleegkundig longconsulent de rol van casemanager op zich neemt en dit ook blijft als de patiënt naar huis is gegaan, dit is niet van toepassing bij het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval.

2.7 Zelfmanagement

De invulling van een transmuraal zorgpad bij COPD-patiënten zorgt voor het bevorderen van het zelfmanagement. Zelfmanagement houdt in dat de patiënten in de thuissituatie de gevolgen van COPD zelf kunnen inpassen in het leven. Hierbij heeft de patiënt meer verantwoordelijkheid in het plan en de beslissingen rondom het zorgproces (Kruis et al., 2014). Zo kan men leren symptomen te signaleren om hier vervolgens adequaat op te reageren. Dit vergt vaak leefstijlveranderingen, waarbij de zorgverlener de nodige informatie verstrekt waardoor de patiënt in staat is om de eigen regie te voeren (V&VN, 2014). Hierbij wordt gedacht aan voorlichting over COPD, gezonde leefstijl, ademhalingstechnieken, inhalatie instructie en verschillende manieren hoe men om kan gaan met stress (Trappenburg et al., 2014). Samen komen de patiënt en de zorgprofessionals erachter welke zorg er nodig is en hoe zij dit vorm gaan geven. Het inzetten van transmurale zorg bij COPD-patiënten kan ervoor zorgen dat de patiënt meer betrokken wordt bij zijn ziekteproces. Patiënten krijgen thuis intensievere begeleiding gericht op het bevorderen van het zelfmanagement, waardoor de kwaliteit van zorg toe kan nemen. De tweede lijn wordt betrokken wanneer nodig, hierdoor worden ziekenhuisopnames verminderd en longaanvallen gericht behandeld (Westbroek et al., 2020).

2.8 Interdisciplinaire samenwerking

Om zelfmanagement te bevorderen en daarbij het effect van transmurale zorg bij COPD tot zijn recht te laten komen, is het een vereiste dat er een goede samenwerking is tussen alle betrokken partijen (Trappenburg et al., 2014). In een transmuraal zorgpad wordt er interdisciplinair samengewerkt. Een interdisciplinaire samenwerking houdt in dat alle betrokken disciplines werken aan een gezamenlijk doel. Hierbij is een goede samenwerking vereist, waarin ieder zijn expertise wordt meegenomen (Van Zaalen et al., 2018a). Om interdisciplinair samen te werken is er niet alleen expertise van eigen vakgebied nodig maar ook kennis rondom andere disciplines (Van Zaalen et al., 2018b). In de samenwerking staat de patiënt centraal, die bij alle stappen wordt betrokken (Van Zaalen et al., 2018a). Het is uit onderzoek gebleken dat samenwerken met meerdere disciplines bij de zorg van COPD-patiënten klinische verbeteringen teweegbrengt (Wu et al., 2018). Door de transmurale aanpak neemt het aantal symptomen die COPD-patiënten ervaren af en wordt fragmentatie van de zorg vermeden (Poot et al., 2018). Ook bij het ITZ-COPD werkt men met verschillende disciplines samen, om de aangeboden zorg voor de patiënten kwalitatief zo goed mogelijk te maken (CWZ, 2019).

2.9 Stakeholders

Binnen het ITZ-COPD worden onderstaande zorgprofessionals betrokken, deze worden stakeholders genoemd. De stakeholders werken met elkaar samen in het ITZ-COPD. Doordat er interdisciplinair een persoonlijk zorgplan wordt opgesteld blijft de patiënt goed in beeld en wordt de zorg vanuit verschillende zorglocaties gecoördineerd (Hwang et al., 2018). In de Tabel 1 wordt beschreven welke stakeholders betrokken zijn.

Tabel 1

Stakeholders betrokken bij ITZ-COPD

Longarts/AIOS/ANIOS/ Physician assistant (PA)	De arts of PA zal volgens protocol middels inclusiecriteria en exclusiecriteria besluiten of de patiënt geschikt is voor het ITZ-COPD. Daarnaast zal de arts of PA een anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek doen en aanvullend onderzoek laten doen. Op basis hiervan zet de arts de behandeling in en zal een voorlopige ontslagdatum worden vastgesteld. Ook zullen zij verschillende interventies inzetten en deze regelmatig evalueren. Wanneer de patiënt met ontslag gaat zal de arts een overdracht doen aan de huisarts (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Verpleegkundige op de afdeling	De verpleegkundige van de afdeling maakt melding bij de betrokken disciplines dat het ITZ-COPD van start zal gaan. Ook zal de verpleegkundige uitleg geven aan de patiënt en de nodige scorelijsten en vragenlijsten afnemen. Wanneer de patiënt is opgenomen wordt drie keer daags de bloeddruk, saturatie, temperatuur en pols gemeten, verder wordt het sputum dagelijks geobserveerd. De verpleegkundige heeft een grote rol op het gebied van informatie overbrengen naar patiënt en naasten, bijvoorbeeld over het zorgpad ITZ-COPD maar ook over het gebruik van inhalatiemedicatie (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Verpleegkundig longconsulent	De verpleegkundig longconsulent van de polikliniek zal, net als de arts, beoordelen of de patiënt in aanmerking komt voor het ITZ-COPD. Dit wordt gedaan door te kijken of een patiënt driemaal is opgenomen binnen één jaar met COPD-klachten. Vanaf dat moment zal de verpleegkundig longconsulent van de polikliniek de rol van casemanager op zich nemen. De verpleegkundig longconsulent zal ook aansluiten bij familiegesprekken gedurende de opname (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Longverpleegkundige in de wijk	De longverpleegkundige in de wijk zal op dezelfde dag van ontslag of op de eerste dag na ontslag bij de patiënt langs gaan om de zorg op te starten (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Palliatief verpleegkundige	De palliatief verpleegkundige houdt zich bezig met ondersteunende activiteiten op multidimensionaal vlak in de laatste levensfase (V&VN, 2010).
Fysiotherapeut	De fysiotherapeut zal zich richten op ademhalingsoefeningen voor de patiënt. Ook zal er gekeken worden naar het verbeteren van mobilisatie en

	wordt er geïnformeerd of de patiënt thuis ook fysiotherapie krijgt. (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019)
Diëtist	De diëtist zal de body mass index (BMI) en eventueel de vetvrije massa index (VVMi) berekenen. Zo nodig zal de diëtist voedingsinterventies inzetten (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Maatschappelijk werker	De maatschappelijk werker zal bekijken of het nodig is om een psychiatisch verpleegkundige in consult te vragen. Daarnaast voert de maatschappelijk werker gedurende de opname regelmatig gesprekken met de patiënt (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Transferverpleegkundige	De transferverpleegkundige van het transferpunt zal zodra er een melding binnenkomt een vooraankondiging sturen naar de thuiszorg. Vervolgens zal de transferverpleegkundige de zorg regelen voor thuis en dit bevestigen aan de patiënt en diens naasten (CWZ, persoonlijke communicatie, 2019).
Psychiatrisch verpleegkundige	De psychiatrisch verpleegkundige wordt betrokken wanneer de verwachting is dat een patiënt mogelijk psychiatrisch belast is. Hij begeleidt patiënten en geven eventueel medicatieadvies. (CWZ, persoonlijke communicatie, 2022)
Manager bedrijfsvoering transmurale zorg	De manager bedrijfsvoering transmurale zorg houdt zich bezig met verschillende transmurale zorgpaden, onder andere ITZ-COPD. (CWZ, persoonlijke communicatie, 2022)

2.10 Evalueren

Een belangrijk onderdeel van de ontwikkelcyclus bij het implementeren van nieuwe richtlijnen en protocollen is het formeel evalueren. Hierin worden de uitvoerbaarheid en de effecten in de dagelijkse zorgverlening besproken. De informatie die voortkomt uit deze evaluaties dragen bij aan het verbeteren van richtlijnen en protocollen (Grol & Wensing, 2017). Door een formele evaluatie met alle betrokken disciplines kunnen acties uitgezet worden op de besproken knelpunten. De volgende punten zullen tijdens een formele evaluatie van het ITZ-COPD naar voren moeten komen:

- In hoeverre is het protocol bekend en wat vinden de stakeholders hiervan?
- Wat vinden de stakeholders van de uitvoering van ITZ-COPD in de praktijk?
- Heeft het ITZ-COPD protocol een meerwaarde?

Er kan op verschillende manieren geëvalueerd worden. Eén van deze methodes is via een subjectieve evaluatie waarin via een vragenlijst of interview naar ervaringen wordt gevraagd in het team. Dit gebeurt zowel op microniveau met de zorgvrager en naasten over het eigen plan, als op macroniveau waarin plannen met alle betrokkenen disciplines, patiënten en zorgorganisaties geëvalueerd worden. Bij het ITZ-COPD is er geen subjectieve evaluatie gehouden naar de ervaringen van het gehele interdisciplinaire team, deze zijn nodig om via de kwaliteitsstandaard te werken (Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, 2019).

2.11 Setting

2.11.1 CWZ

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is opgericht in 1850 (CWZ, 2022a). De waarden waar het CWZ zich aan hecht is, hogere kwaliteit, lagere kosten en betere processen. Er wordt gestreefd om aan kwaliteitseisen van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen te voldoen (CWZ, 2022b). Het CWZ biedt hun patiënten de juiste zorg op de juiste plek (CWZ, 2022c). Zo heeft het CWZ samen met huisartsen, thuiszorg, verpleeghuizen en trombosezorg al veel grenzen verlegd ten aanzien van transmurale zorg. De longafdeling van het CWZ heeft samen met ZZG zorggroep het ITZ-COPD opgezet.

2.11.2 ZZG zorggroep

ZZG zorggroep is een zorg organisatie in regio Nijmegen, Wijchen en Maas en Waal, die zowel thuiszorg, revalidatiezorg als verpleeghuiszorg aanbiedt (ZZG, 2022a). Deskundigheid, liefdevol en helder zijn belangrijke waarden voor ZZG (ZZG, 2022b). Zoals de organisatie beschrijft op hun website streven zij naar een duurzame bijdrage leveren aan de gezondheid van zorgvragers zodat zij een goede kwaliteit van leven ondervinden. ZZG zorggroep streeft naar internationale standaarden als het gaat om kwaliteitszorg, daarom mag de organisatie het ISO-keurmerk dragen (ZZG, 2022c).

2.12 Verpleegkundige relevantie

De Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden wordt gezien als de standaard wat professionals streven na te leven (V&VN et al., 2015). Allerlei passende waarden en normen maken dit geheel tot een leidraad voor het handelen van een zorgprofessional. Code 2.7 luidt als volgt: “Als verpleegkundige/verzorgende werk ik samen met de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger)”. Als dit wordt geprojecteerd op de functie van de verpleegkundigen binnen het ITZ-COPD, dan ligt hier een groot raakvlak. Tijdens het maken van een longaanval actieplan stimuleert de verpleegkundige om de zorgvrager in te laten zien dat diegene binnen diens mogelijkheden voor zichzelf kan gaan zorgen. De verpleegkundige luistert en reageert op behoeften, zorgen en wensen van de zorgvrager. Zo ontstaat er een samenwerking waarin iedere partij gelijkwaardig is.

Een tweede code komt ook overeen met de werkzaamheden van de zorgprofessionals in het ITZ-COPD, namelijk code 3.2. Hierin staat beschreven dat verpleegkundigen samenwerken met zorgverleners van andere disciplines (V&VN et al., 2015). Dit valt te herleiden uit het ITZ-COPD, waarin wordt gestreefd naar een zo efficiënt mogelijk transmurale samenwerking. Iedere discipline heeft zijn eigen deskundigheid waarop beroep gedaan kan worden door de andere zorgprofessionals. De kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd door nauwe samenwerking onderling, waarbij ieder kritisch blijft op zijn functioneren en die van anderen.

Een andere invalshoek uit verpleegkundige relevantie bekeken kan worden is via het CanMEDS model (Lambregts et al., 2020). Hierin staan zeven competenties beschreven waaraan elke verpleegkundige zou moeten voldoen. De eerder benoemde codes uit de Beroepscode sluiten perfect aan op de rol van samenwerkingspartner. Volgens Lambregts et al. (2020) werkt de verpleegkundige door middel van gezamenlijke besluitvoering samen met de zorgvragers om diens zelfmanagement te vergroten. Dit zien we terug in het ITZ-COPD bij het maken van het actieplan.

Verder passen de rollen gezondheidsbevorderaar en organisator bij de verpleegkundigen die werken in het ITZ-COPD. Als gezondheidsbevorderaar ligt de aandacht op preventiegericht analyseren en het bevorderen van gezond gedrag (Lambregts et al., 2020). Door samen met de zorgvrager diens gedrag te analyseren de dagen na ontslag en daarop een passend plan te maken, valt aan deze rol te linken. Als organisator kan de verpleegkundige omgaan met het werken in ketenzorg en houdt het financiële, economische en organisatorische aspect in gedachten (V&VN et al., 2015). Een van de doelen van ITZ-COPD is dat klinische zorg en thuiszorg naadloos op elkaar overlopen, hierin hebben alle zorgprofessionals een belangrijke taak (CWZ, persoonlijke communicatie, 2021). Met het inzetten van transmurale zorg zal gestreefd worden naar minder zorgkosten rondom COPD zorg (CWZ, persoonlijke communicatie, 2021).

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, dataverzameling, data analyse, zorgvuldigheidseisen en de gedragscode beschreven hoe de studentonderzoekers het onderzoek hebben uitgevoerd.

3.1 Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek is gekozen een kwalitatief onderzoeksdesign toe te passen. Bij het kwalitatief onderzoeksdesign gaat het over de beleving, ervaringen of verwachtingen van de proefpersonen. Er wordt op deze manier dieper op het ITZ-COPD ingegaan en de resultaten zullen een uitgebreid en gedetailleerd beeld geven (Bakker & Van Buuren, 2019). Op deze manier wordt er inzicht verkregen in de meningen en ervaringen van de stakeholders. Data, wat bij een kwalitatief onderzoek wordt verzameld, wordt meestal verkregen doormiddel van interviews, observatieverslagen en tekstfragmenten (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 136). Binnen dit onderzoek is gekozen voor het afnemen van interviews.

Kwalitatief onderzoek is op te delen in verschillende vormen, waarbij in dit onderzoek gekozen is voor een evaluerend onderzoek. Bij een evaluerend onderzoek wordt het effect van een bepaalde interventie of maatregel geëvalueerd (Bakker & Van Buuren, 2019). Deze vorm is gekozen, omdat dit het meest passend leek bij de vraag van de opdrachtgever. Het is van belang dat het ITZ-COPD geëvalueerd werd, zodat de sterke - en knelpunten van dit traject naar boven kwamen.

3.2 Onderzoekspopulatie

De groep mensen waar uitspraken over gedaan wordt binnen een onderzoek noemt men ook wel populatie (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het CWZ en ZZG zorggroep. In dit onderzoek is er gekozen voor een niet-aselecte steekproef, namelijk een doelgerichte steekproef. Een doelgerichte steekproef wordt gericht op personen met bepaalde kenmerken (Bakker & Van Buuren, 2014). Aan dit onderzoek hebben de betrokken stakeholders binnen het ITZ-COPD deelgenomen. Tot de doelpopulatie behoorde de volgende stakeholders; artsen/arts-assistenten, physician assistants, verpleegkundig longconsulenten van de polikliniek, verpleegkundigen van de afdeling, transferverpleegkundigen, psychiatrisch verpleegkundigen, palliatief verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, maatschappelijk werkers, manager bedrijfsvoering transmurale zorg en wijkverpleegkundigen. Voor de steekproef zijn twee professionals per discipline benaderd. Om de populatie af te bakenen zijn er inclusie- en exclusiecriteria gesteld.

De volgende inclusiecriteria zijn gesteld:

- Professionals die betrokken zijn bij het ITZ-COPD
- Werkzaam binnen het CWZ of ZZG zorggroep

De volgende exclusiecriteria zijn gesteld:

- Het niet ondertekenen van de informed consent

De werving voor de interviews is uitgevoerd door de opdrachtgevers. Deze werving is gedaan door middel van een e-mail met informatiebrieven die gestuurd zijn naar de doelpopulatie. Daaropvolgend is er naar de stakeholders die gereageerd hebben een inschrijffijst voor de interviews gestuurd. Stakeholders konden voorkeur aangeven voor datum, tijdstip en voor een online of fysiek interview. Dit is besloten in verband met timemanagement, maar ook na het horen van de wensen van verschillende stakeholders.

3.3 Dataverzameling

Zoals eerder benoemd, is er voor dit onderzoek gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Om hier bruikbare data voor te verzamelen is er gekozen voor het interviewen van de stakeholders. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.75). Aan de hand van literatuuronderzoek en een expertmeeting zijn onderwerpen naar voren gekomen die als basis dienen voor de topiclijst. In het literatuuronderzoek werden drie punten gevonden die terug moeten komen in een formele evaluatie. Deze punten komen ook naar voren in het implementatiemodel van Grol en Wensing (2017), waardoor deze methodiek gebruikt is als basis voor de topiclijst. Hieruit zijn algemene vragen geformuleerd en is er een mogelijkheid tot doorvragen, dit duidt op een semigestructureerd interview. De topiclijst (zie Bijlage D) kan worden gebruikt als een leidraad en geheugensteun voor de studentonderzoekers. Hierin worden thema's en sub-thema's beschreven. Tijdens het interview werd hier waar nodig van afgeweken (Wester, 2019).

De professionals van één specialisme zijn samen geïnterviewd. De volgende voordelen hebben doen beslissen om voor duo interviews te kiezen: een duo interview kan de kwaliteit van de verkregen informatie verbeteren, daarnaast bevordert het discussies en kunnen respondenten vooroordelen op elkaar antwoorden (Voorend, 2012). Voor elk interview is 30 minuten gereserveerd, met een eventuele uitloop naar 45 minuten. Elk interview is afgenomen door een duo studenten, welke elk interview van formatie wisselde.

Voorafgaand aan de interviews is door iedere respondent en onderzoeker het informed consent (Hogeschool Arnhem Nijmegen, 2022) ondertekend (zie Bijlage E). Dit is een ethische en wettelijke vereisten voor een onderzoek met menselijke deelnemers. Het is een proces waarbij een deelnemer wordt geïnformeerd over alle aspecten van het onderzoek die voor hem of haar van belang zijn. Na het lezen van deze brief heeft de respondent vrijwillig bepaalt deze te ondertekenen (Nijhawan et al., 2013). Hierin staat onder andere beschreven dat er tijdens de interviews een geluid opname wordt gemaakt.

3.4 Data-analyse

Om de verzamelde data te kunnen analyseren zijn de opnames van de interviews getranscribeerd. Hierin zijn de volledige geluidsopnames uitgetypt, waarin ook aantekeningen zijn gemaakt van non-verbale communicatie. Dit kan van waarde zijn voor het begrijpen van de gegeven antwoorden (Bakker & Van Buuren, 2019, p. 147). Doormiddel van een member check werden de transcripties gecontroleerd door de geïnterviewden. Dit houdt in dat de respondenten het transcript van hun eigen interview toegestuurd kregen, waarin zij eventuele opmerkingen en aanvullingen konden plaatsen. Vervolgens hebben zij

het transcript geaccordeerd via de mail. De transcripten werden na de member check aangevuld en omgezet van Word naar Excel.

De getranscribeerde interviews werden door het duo wat het interview heeft uitgevoerd, bestuderend gelezen. Relevante zaken uit het afgenomen interview werden gemarkeerd (Bakker & Van Buuren, 2019, p.146-147). Vervolgens werden de transcripten individueel door de studentonderzoekers gecodeerd. Coderen is een hulpmiddel om de verkregen data bij een kwalitatief onderzoek effectief te analyseren. De antwoorden van de respondenten werden samengevat in een label. Deze labels werden gekoppeld aan één van de vier thema's die als leidraad dienden tijdens de interviews: context – individueel – sociaal – organisatorisch. Daar werd nog een vijfde thema aan toegevoegd: overig. Er werden ook subthema's gebruikt. Bakker en Van Buuren (2019, p.149) vermeldt: "Tijdens het lezen van deze transcripten ga je op zoek naar bepaalde patronen, overeenkomsten, verschillen en samenhang". Onderwerpen die meermaals terugkwamen in verschillende interviews werden hierdoor een subthema binnen een thema. Op deze manier werden grote stukken informatie geordend en belangrijke punten rondom een thema uit de verkregen data geanalyseerd (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.113).

De transcripten zijn deductief gecodeerd. Bij deductief coderen worden thema's vanuit de theoretisch literatuur gebruikt om data bij kwalitatief onderzoek te analyseren. Hierdoor hebben de labels een niet gehele een open structuur, maar wordt er een richting gegeven aan de verzamelde data. Ook is het passend om bij praktijkgericht onderzoek deductief te analyseren, wat ook in dit onderzoek het geval is (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.114). Vervolgens werden de individuele coderingen door twee andere leden van de projectgroep die niet bij de interviews aanwezig waren, van feedback voorzien. Als laatste werden de gecodeerde transcripten met alle vier de leden nogmaals doorgesproken. Dit werd gedaan om zeker te zijn dat er goed gecodeerd werd en er geen informatie verkeerd werd geïnterpreteerd of over het hoofd werd gezien (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.156).

Alle gecodeerde transcripten werden vervolgens onder elkaar gezet in Excel. Uit deze data-analyse kon op thema worden gezocht, waaruit objectief de resultaten werden beschreven. Als laatste stap is door de projectgroep de verkregen informatie getoetst aan de onderzoeksvraag en de literatuur, waaruit de conclusie, discussie en aanbevelingen werden gevormd (Bakker & Van Buuren, 2019, p.148).

3.5 Zorgvuldigheidseisen

Om kwaliteit van onderzoek te waarborgen is het belangrijk te voldoen aan zorgvuldigheidseisen. Binnen kwalitatief onderzoek bestaan vier begrippen die handvatten bieden om de kwaliteit te beschrijven, namelijk geloofwaardigheid, plausibiliteit, verplaatsbaarheid en verifieerbaarheid (Buijnsters, et al., 2009, p.112). Per begrip wordt uitgelegd wat deze termen inhouden en op welke manier ze gelinkt zijn aan het onderzoek.

3.5.1 Geloofwaardigheid

Buijnsters et al. (2009, p.112) beschrijft dat geloofwaardigheid bereikt kan worden wanneer het onderzochte verschijnsel een realistisch afspiegeling weergeeft vanuit de praktijk. Het moet voor de deelnemers van het onderzoek herkenbaar zijn en te volgen door mensen buiten de onderzoekspopulatie. Om de geloofwaardigheid te vergroten kan onderzoekerstriangulatie worden uitgevoerd. Dit is bereikt doordat dit onderzoek is

uitgevoerd door vier studentonderzoekers. Interviews zijn in duo's afgenomen en getranscribeerd en gecodeerd door één van deze twee onderzoekers. Daarna heeft er een peer debriefing plaatsgevonden, waarbij de andere twee onderzoekers onafhankelijk de coderingen hebben geanalyseerd en feedback hebben gegeven. Later zijn de vier onderzoekers bij elkaar gekomen en hebben zij gezamenlijk alle feedback besproken. Hierdoor zijn transcripties door meerdere studentonderzoekers beoordeeld.

Er is gekozen om interviews te houden met meerdere personen vanuit dezelfde discipline, wat heeft gezorgd voor verdiepende gesprekken. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen kregen alle deelnemers individueel hun interview doorgestuurd voor een member check (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p.47).

3.5.2 Plausibiliteit

Hoe consistent en transparant het onderzoek is, zegt iets over de plausibiliteit (Buijnsters, et al., 2009, p.113). Tijdens de onderzoeksperiode is een logboek bijgehouden. Daarnaast is van elk gesprek met de opdrachtgever is een notulen geschreven. Mailcontact werd gevoerd met één e-mailadres. Dit draagt allemaal bij aan meer transparantie. Voor het uitvoeren van de interviews is zowel een handleiding beschreven, als een topiclijst. De thema's uit deze topiclijst zijn gebaseerd op het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017). Beiden dragen bij aan het adequaat kunnen herhalen van het onderzoek. Er is gekozen om alle opgenomen interviews te transcriberen, zo is er visuele tekst beschikbaar om terug te lezen. Hierdoor kunnen de coderingen en thema's herleid worden. Deelnemers werden ingelicht over het onderzoek, geven akkoord door middel van een informed consent formulier en krijgen de kans hun interview te lezen volgens de member check. Deze stappen zorgen voor transparantie naar de betrokken stakeholders. Tot slot draagt de eerder benoemde onderzoekerstriangulatie ook bij aan meer transparantie en consistentie binnen het onderzoek.

3.5.3 Verplaatsbaarheid

Bij kwalitatief onderzoek zijn de resultaten vaak lastig te generaliseren, daarom wordt er gekeken naar overdraagbaarheid of verplaatsbaarheid (Buijnsters, et al., 2009, p.113). Hierbij gaat het ver in hoeverre de opbrengsten van het onderzoek overgedragen kunnen worden naar andere beroepscontexten, zonder dat deze één op één met elkaar worden vergeleken. In dit onderzoek wordt gekeken naar ervaringen van zorgprofessionals binnen een transmuraal zorgpad. De setting van dit onderzoek betreft een ziekenhuis en een thuiszorgorganisatie in Nederland. Deze context staat in detail beschreven in het theoretisch kader, wat 'thick description' wordt genoemd. Dit draagt bij aan de verplaatsbaarheid van het onderzoek.

Verder is de onderzoekspopulatie tot stand gekomen door middel van een doelgerichte steekproef, waarbij alle betrokken stakeholders van het ITZ-COPD zijn geïnccludeerd. Dit fenomeen wordt ook wel 'theoretical purpose of sampling' genoemd (Buijnsters, et al., 2009, p.113). Het zorgt voor een directe afspiegeling van de praktijk, wat transparantie geeft wanneer de resultaten in andere beroepscontexten wordt verplaatst.

3.5.4 Verifieerbaarheid

Dit begrip gaat over de mate waarin de resultaten slaan op de inbreng van de respondenten en niet beïnvloed zijn door de studentonderzoekers zelf (Buijnsters, et al., 2009, p.114). Allereerst is er een logboek bijgehouden waarin geschreven is wat iedere onderzoeker samen of apart heeft gedaan. De studentonderzoekers hebben bij elk interview van formatie gewisseld en werd tijdens elk interview door iedereen dezelfde inleiding en afsluiting benoemd. Verder zijn de transcriptie meerdere keren onafhankelijk geanalyseerd door feedback te geven op elkaars coderingen. Dit reduceert de individuele kijk van de onderzoekers op de verkregen data en vergroot de verifieerbaarheid.

3.6 Gedragscode

De projectgroep heeft zich tijdens het uitvoeren van het kwaliteitsproject gehouden aan de wet- en regelgeving voor onderzoek. Ieder lid heeft zich verdiept in de geldende Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. Deze vermeldt de principes, plichten en normen die samen de basis van integer onderzoek vormen (KNAW et al., 2018). Elk lid van de projectgroep heeft de “Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker” (Hogeschool Arnhem Nijmegen, 2022) getekend (zie bijlage F). Dit maakt dat bij dit onderzoek gewerkt is volgens de gedragscode, waardoor er zowel zorgvuldig als vertrouwelijk met de verzamelde (persoonlijke) data is omgegaan.

Vooraf aan het onderzoek heeft de doelpopulatie een brief ontvangen, die hen informeert over het kwaliteitsproject en hoe met privacygevoelige informatie wordt omgegaan (zie bijlage G). Vervolgens werd tijdens het kwalitatieve onderzoek beeld- en geluidsmateriaal van geïnterviewden verzameld. Aan de hand van een informed consent formulier hebben de respondenten getekend dat de gegevens gebruikt mochten worden in het onderzoek. De interviews werden getranscribeerd, waarna de deelnemers gepseudonimiseerd werden. Na het transcriberen werden de geluidsopnamen en het videomateriaal verwijderd. Deze stappen zijn genomen om goed met het bewaren van de onderzoeksgegevens om te gaan. Verzamelde data werden daarbij enkel opgeslagen op het platform TEAMS. Deze werd hiervoor aangeraden door de Han (R. van der Sande, persoonlijke communicatie, 21 september 2022).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk staat beschreven wat de resultaten uit de interviews van de respondenten zijn. Hierin wordt eerst de populatie toegelicht en zijn de resultaten uitgewerkt aan de hand van thema's en subtema's.

4.1 Populatie

Zoals in de methode staat beschreven zijn voor twaalf disciplines binnen het ITZ-COPD twee stakeholders benaderd via de mail. Uiteindelijk hebben er elf interviews plaatsgevonden, waarbij achttien respondenten hebben deelgenomen. In tabel 2 staat beschreven hoeveel respondenten per discipline hebben meegedaan en wat de reden was van niet-deelname. Om privacy te waarborgen zijn de respondenten gepseudonimiseerd. De daadwerkelijke persoonsgegevens zijn alleen bekend bij de studentonderzoekers.

Tabel 2

Disciplines en deelname

Discipline	Aantal verwachte respondenten	Aantal daadwerkelijke respondenten	Reden van niet-deelname
<i>Longarts/AIOS/ANIOS</i>	2	0	<i>Afgezien van deelname, i.v.m. naar eigen zeggen te weinig kennis over ITZ- COPD.</i>
<i>Physician assistant</i>	2	2	-
<i>Verpleegkundige op de afdeling</i>	2	1	<i>Ziekte op dag van het interview</i>
<i>Verpleegkundig longconsulent</i>	2	2	-
<i>Longverpleegkundige in de wijk</i>	2	2	-
<i>Palliatief verpleegkundige</i>	2	0	<i>Afgezien van deelname i.v.m. vanuit de discipline te weinig betrokken voelen bij ITZ-COPD</i>
<i>Fysiotherapeut</i>	2	2	-
<i>Diëtist</i>	2	2	-
<i>Maatschappelijk werker</i>	2	2	-
<i>Transverpleegkundige</i>	2	2	-
<i>Psychiatrisch verpleegkundige</i>	2	2	-
<i>Manager bedrijfsvoering Transmurale zorg</i>	1	1	-

4.2 Thema's en sub-thema's

De resultaten zijn uitgewerkt aan de hand van thema's en sub-thema's (zie tabel 3). De thema's zijn opgesteld middels de topiclijst die gebruikt is om structuur te geven aan de interviews. De sub-thema's zijn naar boven gekomen tijdens het lezen van de transcripten.

Tabel 3

Thema's en sub-thema's

Thema	Sub-thema's
<i>Context</i>	
<i>Individueel</i>	<i>Aanvragen van zorgpad ITZ-COPD</i>
<i>Sociaal</i>	<i>MDO Overdracht</i>
<i>Organisatorisch</i>	<i>Verloop van personeel Longaanval actieplan VIOs Landelijk Zorgpad COPD Longaanval</i>
<i>Overig</i>	<i>Coronapandemie</i>

4.3 Context

Respondenten reageerden uiteenlopend als het gaat om het ITZ-COPD protocol. Voor sommigen is het protocol duidelijk. Andere respondenten gaven aan dat zij het protocol naar hun idee voldoende kennen en deze er niet meer bij pakken. Voor sommige respondenten bleek het protocol niet bekend of gebruikten zij een ander protocol voor ITZ-COPD patiënten. Respondenten benoemden dat er te veel protocollen zijn, wat volgens hen een negatief effect heeft, vooral op nieuwe collega's.

Er werden meerdere positieve punten benoemd omtrent het ITZ-COPD. Respondenten zien de snelle actie na indicatie van ITZ-COPD als meerwaarde. Het gaf sommige respondenten meer gevoel van urgentie wanneer een patiënt in het ITZ-COPD terecht komt. Door de intensiteit van zorg binnen het ITZ-COPD kunnen volgens respondenten patiënten met een complexere zorgvraag beter begeleid worden. Het traject biedt volgens hen structuur en duidelijke afspraken. Hierbij wordt specifiek het ontslag en de dagen erna thuis door meerdere professionals genoemd. Er wordt beter gekeken naar de thuissituatie. Verder gaven respondenten aan dat ITZ-COPD een positieve bijdrage bij patiënten waarbij angst een grotere rol speelt. Dit komt onder andere door de intensieve begeleiding.

“Door het opstarten van het zorgpad zijn de benodigde betrokkenen meteen op de hoogte en gaat dat ook meteen draaien, waardoor er goede zorg wordt verleend.”

Als het gaat over het ITZ-COPD kwamen ook knelpunten naar boven. Respondenten benoemden dat patiënten in het ziekenhuis soms overladen kunnen worden met professionals. Hierbij gaat het om de hoeveelheid professionals en het aantal bezoeken van

professionals op dezelfde dag. Daarnaast zien de respondenten bij patiënten die vaker in ITZ-COPD terecht komen, dat zij minder gemotiveerd zijn.

Een aantal respondenten hebben het idee dat meedoen aan ITZ-COPD bijdraagt aan minder heropnames. Ook lijken de opnames volgens hen steeds korter te worden. Opvallend was dat andere professionals dit idee niet deelden. Zij vonden het lastig te zeggen of ITZ-COPD daadwerkelijk effect heeft op het terugdringen van opnames. Er is vanuit de stakeholders behoefte naar significante cijfers hierover.

“Of het doel is bereikt, weet ik niet. We zien nog steeds helaas patiënten die daarmee naar huis zijn gegaan die we helaas nog steeds terugzien op korte termijn maar, ja in ieder geval hebben we een poging gewaagd.”

4.4 Individueel

De respondenten benoemden dat ze het protocol regelmatig naar eigen inzicht aanpassen. Zo wordt het aantal huisbezoeken van de respondent aangepast op indicatie. De respondenten gaven aan dat er maandelijks contact wordt opgenomen met patiënten om op de hoogte te blijven. Hierdoor kan er volgens hen snel ingegrepen worden wanneer het ziektebeeld verslechtert. Als het periodiek contact met patiënten wordt afgesloten, blijven de respondenten laagdrempelig bereikbaar voor patiënten.

Volgens de respondenten worden de patiënten ook thuis goed in kaart gebracht. Het wordt als waardevol ervaren dat de patiënten één week na ontslag gebeld worden. Als er wordt gekeken naar de heropnames gaf een respondent vanuit het ziekenhuis aan dat het terugdringen hiervan ligt aan de expertise van een longverpleegkundige in de wijk. Daarentegen wordt er door meerdere respondenten getwijfeld of er een meerwaarde is vanuit hun professie ten aanzien van het terugdringen van een heropname.

Respondenten gaven aan dat er zaken gemist worden binnen het ITZ-COPD. Zo werd er aangegeven dat de ergotherapie en het palliatief team vaker betrokken moeten worden. Daarnaast gaf de meerderheid van de respondenten aan dat er te weinig basiskennis is van de verschillende zorgpaden. Deze basiskennis schort volgens respondenten ook bij de artsen, er werd aangegeven dat zij niet op de hoogte zijn van de verschillende zorgpaden. Verpleegkundigen gaven aan het lastig te vinden om onderscheid te maken tussen de verschillende zorgpaden. Respondenten gaven aan het lastig te vinden om ITZ-COPD na te leven zonder een coördinerend arts.

“Ja, veel collega's denken ik weet het niet en dat is dus het gevolg van dat er te weinig basis is in de kliniek en dat is jammer. We hebben eigenlijk een vaste arts nodig die het een beetje coördineert.”

Ook werd er aangegeven dat men niet actief en consequent genoeg bezig is met het ITZ-COPD. Respondenten stelden dat ITZ-COPD niet veel voorkomt en meer moet gaan leven. Respondenten gaven aan dat er behoefte is aan een kleine scholing of cursus over de meerwaarde van ITZ-COPD en wat het nou precies inhoudt.

4.4.1 Aanvragen van zorgpad ITZ-COPD

Respondenten gaven aan dat de opnames van COPD-patiënten niet adequaat worden bijgehouden. Hierdoor komen na ontslag van de patiënt soms nog aanvragen binnen die poliklinisch opgepakt dienen te worden. Het maakt volgens veel respondenten verschil dat er in het elektronisch patiëntendossier veel automatisch gaat. Echter blijft er behoefte aan een automatisch systeem waarin bijgehouden wordt dat patiënten geïncludeerd kunnen worden in het ITZ-COPD traject. Respondenten gaven aan dat dit nu, handmatig door middel van een Excelbestand gedaan wordt. Respondenten benoemden dat het actief moeten opzoeken van ITZ-COPD patiënten in een Excelbestand, waarbij men afhankelijk is van één professie die dit bijhoudt, een belemmering is om alle ITZ-patiënten te kunnen includeren. Er werd gesteld dat de standaard orderpakketten zorgen voor een goede stroomlijn rondom het aansturen van verschillende disciplines. Er moet wel handmatig aangevinkt worden dat het gaat om een ITZ-COPD patiënt wat volgens respondenten omslachtig is.

“Wat we nu nog wel eens zien is dat een ITZ-COPD patiënt wordt aangemeld, dus met een derde opname, maar dat er nooit een zorgpad is gestart. Ja en dat is echt niet goed.”

Meerdere respondenten gaven aan dat ITZ-COPD patiënten soms over het hoofd gezien worden, omdat er bij eerdere opnames nooit een COPD zorgpad is gestart. Daarnaast vinden zij het van belang om de juiste zorgpaden op te starten. Er werd gesteld dat niet iedereen dit doet. Het ITZ-COPD heeft dus wel een standaard orderpakket, die handmatig moet worden ingeschakeld, waardoor disciplines direct worden ingeschakeld. Respondenten gaven aan dat er regelmatig overlap is tussen de orders die de arts uit zet en het sjabloon van de verpleegkundigen.

4.5 Sociaal

Respondenten gaven aan dat er binnen het ziekenhuis tussen verschillende disciplines onderling genoeg en laagdrempelig contact is. Echter stelden enkele respondenten dat de communicatie tussen de disciplines vanuit de eerste lijn en het ziekenhuis beter kan. Hierin werd aangegeven dat de samenwerking met de thuiszorgorganisatie minder dan gewenst is. Ook gaven zij aan geen goed beeld te hebben bij het werk wat anderen stakeholders uitvoeren binnen het ITZ-COPD.

“Ik heb wel het idee dat het nog wel schort met de communicatie eigenlijk.”

De respondenten gaven aan dat ze het een sterk punt vinden dat er in het ITZ-COPD interdisciplinair aan een doel gewerkt wordt. Over een interdisciplinaire dag start zijn de meningen verdeeld. Er zijn respondenten die aangaven hier meerwaarde in te zien, andere zien deze meerwaarde niet en geven aan dat zij een dag start niet haalbaar achten.

Er werd met regelmaat aangegeven dat de acute opname afdeling (AOA) te weinig kennis heeft van het ITZ-COPD. Dit hebben de respondenten gemerkt doordat de AOA ITZ-COPD patiënten zelden signaleert.

4.5.1 MDO

Het MDO was een veelbesproken onderwerp tijdens de interviews. Voor de Coronapandemie stond het MDO wekelijks op de planning. De respondenten gaven aan dit een noodzakelijk onderdeel van het ITZ-COPD te vinden. Op deze manier vinden respondenten dat ze gepaste zorg leveren.

Er kwam naar voren dat het voor de respondenten soms niet duidelijk is op welke locatie het MDO plaats gaat vinden. Sommige disciplines vroegen zich af wat voor hen de meerwaarde is om bij elk MDO aanwezig te zijn. Soms merken de respondenten dat disciplines niet aanwezig kunnen zijn in verband met drukte. Zij informeren hun collega's dan via het elektronisch patiëntendossier met de benodigde informatie. Daarnaast zijn er ook disciplines die expliciet gebeld willen worden voor een MDO.

“Als ze ons erbij willen hebben, ze weten hoe wij werken, dan moeten ze ons echt bellen.”

Eén MDO in de week wordt door de respondenten als voldoende ervaren. Echter zien respondenten wel een belemmering omdat ITZ-COPD patiënten snel met ontslag kunnen gaan en hierdoor bij één vast MDO per week gemist worden. Kijkend naar de aanwezigheid van disciplines bij een MDO, kwam naar voren dat de respondenten de artsen met regelmaat missen. De respondenten gaven aan dat ook de thuiszorg bij complexere patiënten gemist wordt tijdens de MDO's.

4.5.2 Overdracht

De respondenten gaven aan dat een “warme” overdracht, door middel van een telefoontje naar de huisarts, ervoor zorgt dat de huisarts meer betrokken wordt. Echter werd geobserveerd dat deze overdracht vaak niet uitgevoerd en gemist wordt.

“De warme overdracht naar de huisarts kan over het algemeen beter.”

Bij ITZ-COPD komt het voor dat patiënten toch worden heropgenomen. Respondenten uit het ziekenhuis gaven aan dat er dan behoeften is aan een overdracht vanuit de thuiszorg. Als het gaat over het schrijven van eindoverdrachten gaven de respondenten aan dat dit nog niet altijd goed gaat. Volgens hen schrijven niet alle disciplines een overdracht en wordt opgemerkt dat er soms een stuk uit een rapportage wordt gekopieerd als overdracht, wat niet gewenst is. Ze gaven aan dit erg vervelend te vinden. Ook kost het volgens respondenten veel tijd om gegevens richting de thuiszorg terug te sturen. De respondenten gaven aan dat de overdrachten naar de eerste lijn in het longaanval actieplan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Hier valt nog verbetering in te behalen.

4.6 Organisatorisch

Er waren meerdere respondenten die benoemden dat er meer thuiszorgorganisaties betrokken moeten worden bij de zorg van ITZ-COPD patiënten. Zij vertelden hierbij het werkgebied en de drukke agenda van de thuiszorg als de twee grootste obstakels te zien, wanneer zij ITZ-COPD patiënten binnen één organisatie van zorg willen voorzien. Volgens respondenten gaven andere thuiszorgorganisaties aan geen ITZ-COPD zorg te willen oppakken, wegens het gebrek aan kennis en expertise. Volgens de respondenten moet er opnieuw onderzocht worden of er meer thuisorganisaties betrokken kunnen worden. Ook gaf een respondent aan om consistent elke dag aandacht te geven aan de verschillende zorgpaden, waaronder ITZ-COPD.

“De organisaties die akkoord hebben gegeven om mee te doen met het ITZ moeten opnieuw gecontacteerd worden. Om te checken of ze het nog zien zitten om mee te doen en wat ze ervoor nodig hebben om mee te doen”.

4.6.1 Verloop van personeel

Volgens respondenten veroorzaakt continue wisseling van personeel ervoor dat patiënten bij opname niet voor het juiste zorgpad worden geïncorporeerd. Wat volgens hen als gevolg heeft, dat de ITZ-COPD patiënt niet de juiste zorg krijgt en niet direct de juiste disciplines worden ingeschakeld. Respondenten benoemden hierbij dat, als iemand die twee keer is opgenomen in dat jaar niet geïncorporeerd is bij het COPD zorgpad, er bij een derde opname niet worden uitgefilterd voor het ITZ-COPD. De respondenten geven aan dat door het hoge verloop op de afdeling, het aanleren van de basiskennis aan nieuwe werknemers ontbreekt. Door de vele wisselingen van artsen, aiessen en aniossen is er volgens de respondenten

“Elke keer zijn er weer nieuwe artsen en verpleegkundigen welke niet op de hoogte zijn van alle verschillende zorgpaden, waardoor er ITZ-patiënten gemist worden. Hier laten we echt steken vallen, want patiënten krijgen hierdoor simpelweg niet de juiste zorg.”

geen coördinerende schakel die beschikt over kennis rondom het ITZ-COPD. Ook wordt genoemd dat het schort aan het tussentijds ophalen van de kennis betreffende de inhoud van alle verschillende zorgpaden. Zij zouden graag zien dat er een scholing wordt gegeven over alle verschillende zorgpaden.

De respondenten stelden dat de professies met veel ervaring meer op de poli gaan werken, waardoor de mensen met expertise meer van de afdeling werkzaam zijn. Dit maakt volgens hen dat het ITZ-COPD ook veel minder wordt gedragen en aangehaald als zou moeten.

De respondenten benoemden dat een poster met een stroomschema als mogelijk hulpmiddel voor nieuw personeel. Zo kunnen nieuwe verpleegkundigen of artsen die twijfelen tussen zorgpaden zien welk zorgpad zij in moeten zetten. Zij gaven aan dat dit kan bijdragen

“Er moet eigenlijk zo'n poster opgehangen worden in de artsen- en verpleegkundigen kamer. Om nieuw personeel te ondersteunen, zo van: als de patiënt dit heeft, dan gebruik je dit protocol en zet je dit in.”

aan meer kennis over de inhoud van ITZ-COPD en daardoor ook de juiste zorg voor de patiënt georganiseerd kan worden.

4.6.2 Longaanval actieplan

Het merendeel van de respondenten gaf aan een meerwaarde te zien in het longaanval actieplan mits deze juist wordt gebruikt. Het plan biedt volgens hen handvaten voor de patiënten die ermee werken en zorgt voor transparantie naar de eerste lijn. Daarentegen vragen bijna alle respondenten zich af of het longaanval actieplan, hoe het op dit moment gebruikt wordt, wel helpend en hanteerbaar is voor de patiënt. Zij hebben gemerkt dat de patiënten vaak niet weten wat zij met het longaanval actieplan moeten doen, waarvoor het dient en zien dat het plan snel verdwijnt. Ook vonden respondenten dat, bij het opstellen van het plan, er niet voldoende wordt afgestemd op de individuele patiënt. Als gevolg wordt het plan volgens hen niet gebruikt waarvoor dit bedoeld is.

De respondenten gaven aan dat zij verwachten van anderen disciplines dat zij hun eigen bevindingen, doelen en plannen in het longaanval actieplan noteren. Daarentegen benoemden het meerderdeel van de respondenten dat zij zelf weinig doen met het plan. Ook gaven zij aan er niet vaak in te rapporteren ondanks dat zij weten dat dit een vereiste is. De volgende reacties werden gegeven:

“Persoonlijk vul ik het longaanval actieplan vaker niet in dan wel.”

“Ik heb nog nooit iets in het longaanval actieplan geschreven.”

“Ik moet eerlijk bekennen als ik er wat in schrijf, doe ik hem dicht en kijk ik er niet meer in.”

De respondenten stelden dat zij van veel factoren afhankelijk zijn om effectief met het longaanval actieplan te kunnen werken. Zo werd benoemd dat de patiënt het plan vaak niet mee heeft naar het ziekenhuis en in de thuissituatie deze vaak kwijt is. Ook zijn zij onderling afhankelijk van elkaar. Ze benoemden dat het plan vaak niet wordt klaargelegd door de hiervoor verantwoordelijke professie. Respondenten gaven aan dat zij hierdoor behoefte hebben aan een digitaal longaanval actieplan. Zo kunnen zij volgens hen te allen tijde bij het plan, zonder afhankelijk te zijn van anderen. De respondenten waren vrijwel allemaal van mening dat het longaanval actieplan actiever moet worden gebruikt tijdens de zorgverlening en begeleiding. Dit is volgens hen helpend om de patiënt te ondersteunen bij het gebruik hiervan waardoor het plan beter tot zijn recht zou komen.

“We moeten het plan proactief betrekken bij de zorg, anders heeft het hele plan geen nut en schrijven we er blind in, omdat erin geschreven moet worden.”

Zowel thuis als in het ziekenhuis wordt opgemerkt dat het voor de patiënt vaak veel is wanneer het longaanval actieplan tijdens het ontslag wordt besproken. Volgens het ziekenhuis kan dit beter thuis worden gedaan. Volgens de zorgprofessionals thuis moet er juist meer tijd en aandacht gaan naar de uitleg en het opstellen van het longaanval actieplan in het ziekenhuis.

4.6.3 VIOS

Bijna alle respondenten hebben vernomen dat er een nieuwe functie, de VIOS, binnen het ITZ-COPD wordt opgestart. Enkele gaven aan hier nog niet van op de hoogte te zijn en weten niet wat onder een VIOS wordt verstaan. Wat hierin precies de functie van de VIOS gaat zijn wisten de respondenten niet te benoemen. Velen denken dat de nieuwe functie een meerwaarde in de zorg voor ITZ-COPD patiënten kan zijn. Zo hopen meerdere respondenten dat de VIOS voor meer verbinding tussen de eerste- en tweedelijns zal kunnen gaan zorgen. Ook gaven de respondenten aan dat een rol zowel binnen als buiten het ziekenhuis zal zorgen voor een vertrouwd gezicht bij de patiënt. De respondenten stelden dat de VIOS ook een coördinerende rol in zou kunnen vervullen. Zij benoemden dat deze rol het complete overzicht heeft van alle ITZ-COPD patiënten, zowel thuis als in het ziekenhuis. Zij zien daarom toegevoegde waarde als de VIOS zou kunnen functioneren als een casemanager ITZ-COPD. Waarbij zij volgens hen ook een coördinerende rol op de afdeling zou kunnen uitvoeren. Volgens hen ontbreekt er op dit moment een persoon die het ITZ-COPD echt draagt en draaiende houdt.

“De verpleegkundig specialist zou kunnen zorgen voor een connectie tussen thuiszorg en kliniek en ook polikliniek. Dit doordat zij in beide de systemen kan, zowel van het ziekenhuis als thuis en daarbij werkzaam is in allebei de organisaties”

4.6.4 Landelijk Zorgpad COPD Longaanval

Een groot deel van de respondenten weet dat er een Landelijk Zorgpad COPD Longaanval bestaat. Een aantal van de respondenten benoemden dat deze is gebruikt tijdens het maken van het ITZ-COPD. Bij vragen over het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval wisten enkele respondenten inhoudelijke punten van het protocol te benoemen. Zo werden de intensieve frequente huisbezoeken kort na ontslag en het automatisch betrekken van verschillende disciplines benoemd als overeenkomsten tussen de protocollen. De respondenten gaven ook aan dat er verschillen tussen de protocollen zijn. Zo gaven zij aan dat er bij het ITZ-COPD geen standaard MDO staat ingepland. Ook werd door respondenten genoemd dat zij bij het ITZ-COPD de samenkomst op dag twee met alle disciplines en de patiënt missen. Hierdoor vinden zij dat verwachtingen vanuit de patiënt niet meegenomen worden bij het organiseren van individuele zorg.

“Wat wij zelf altijd zo mooi vinden aan het landelijke protocol is het ‘dag twee gesprek’, het ‘verwachtingsmanagementgesprek’. Die hebben wij hier niet helaas, want verwachtingen vanuit de patiënt zijn heel belangrijk bij het invullen van de zorg.”

Als laatste gaven respondenten aan dat er een protocollair verschil zit in de follow-up bezoeken van de thuiszorg maar deze in de praktijk niet bestaat. Hierin staat volgens hen dat bij ITZ-COPD maximaal zes weken na ontslag het laatste huisbezoek is. In de praktijk bezoekt de thuiszorg ITZ-COPD patiënten langer dan deze zes weken.

4.7 Overig

Meerdere respondenten benoemden dat hen opvalt dat de ITZ-COPD patiënt een zorgmijder is. Respondenten gaven aan dat hierdoor wordt gezien dat COPD-patiënten vaker geneigd zijn om hulp te accepteren tijdens opname dan poliklinische hulp. Een van de respondenten gaf aan dit een gemiste kans te vinden omdat hierdoor het effect van ITZ-COPD beïnvloed kan worden.

Wanneer gekeken wordt naar het toekomstbeeld van de zorg werd door meerdere respondenten beaamd dat er veranderingen moeten gaan plaatsvinden. Dit zal zowel bij de professionals, maar ook de patiënten zelf zijn. Er kwam naar voren dat ervaringen van patiënten nodig zijn om de zorg beter te kunnen samenstellen en dat onder de respondenten specifiek behoefte is naar een evaluatie bij desbetreffende ITZ-COPD patiënten hoe zij het traject ervaren. Daarnaast kwam digitalisering van zorg naar voren waarbij respondenten de Luscii app aanhaalden. Zij denken dat integratie van deze app in het ITZ-COPD bij digitaal behoudende patiënten iets is wat onderzocht kan worden.

“Dan moet je gaan kijken hoe hou je mensen langer thuis, wat is daarvoor nodig, aan digitalisering en techniek, dat betekent dat zorg professionals moeten veranderen, (...) want je moet breder en anders gaan denken (...) Maar ook onze patiënt moet veranderen.”

4.7.1 Coronapandemie

Gerelateerd aan de Coronapandemie werd door meerdere respondenten aangegeven dat het ITZ-COPD op de achtergrond geraakt is. Er werden in de Coronapandemie ook geen ITZ-COPD patiënten geïncorporeerd, omdat volgens de respondenten de focus ergens anders lag. Na tweeënhalve jaar lijkt de focus op het traject langzaam terug te komen.

“Ja het heeft wel wat teweeggebracht, die twee jaar van Covid. Wij merken daardoor ook dat dit project naar de achtergrond is verschoven.”

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten samengevat en vervolgens worden deze vergeleken met de literatuur. Ook wordt er gekeken naar de zorgvuldigheidseisen waarin de sterke punten en belemmeringen van dit onderzoek naar voren komen. Als laatst wordt er gekeken naar de relevantie van het onderzoek voor de praktijk.

5.1 Samenvatting van de resultaten

Dit onderzoek is uitgevoerd om erachter te komen wat de ervaringen zijn van stakeholders met het ITZ-COPD. Daarbij werd stilgestaan bij de sterke punten en knelpunten van dit traject. Ook werd er gekeken naar hoeverre de stakeholders op de hoogte waren van de functie VIOS transmurale longzorg binnen het ITZ-COPD en naar hoeverre stakeholders bekend zijn met het landelijk zorgpad COPD-longaanval. Er worden uiteenlopende reacties gegeven als het gaat over het protocol ITZ-COPD. Voor sommigen is het onbekend en anderen kennen het uit hun hoofd. Er is onduidelijkheid over de meerwaarde van het ITZ-COPD ten opzichte van het terugdringen van heropnames. Wel zien stakeholders het als meerwaarde dat er snel actie wordt ondernomen na de indicatie van ITZ-COPD.

Stakeholders hebben meer het gevoel van urgentie en zien dat patiënten met complexere zorgvraag beter begeleid kunnen worden, doordat er vanuit een breed perspectief gekeken wordt. Door dit brede perspectief hebben stakeholders het idee dat patiënten soms overladen worden door professionals. Stakeholders zien er meerwaarde in als het palliatief team en de ergotherapie vaker betrokken worden.

Stakeholders gaven aan dat zij automatisch opgeroepen worden als er wordt aangevinkt dat iemand geïnccludeerd wordt in het ITZ-COPD, dit wordt waardevol ervaren. Echter is dit aanvinken niet altijd gedaan wordt waardoor patiënten worden gemist die wel geïnccludeerd hadden moeten worden.

Stakeholders in het ziekenhuis ervaren een onderling laagdrempelige samenwerking. Zij benoemen dat MDO's noodzakelijk zijn om een passend beleid op te stellen. Echter zijn ITZ-COPD patiënten soms al met ontslag voordat er een MDO heeft plaatsgevonden. De samenwerking met de eerste lijn wordt vanuit beide kanten als stroever dan gewenst ervaren. Zo worden de zorgverleners vanuit de eerste lijn niet meegenomen in MDO's hoewel dit wel gewenst is. Ook worden er geen overdrachten gemaakt. Er is behoefte aan digitalisering, onder anderen in het kader van het longaanval actieplan, deze moet volgens de stakeholders pro-actiever betrokken worden.

Er wordt gesteld dat er te weinig basiskennis is van de verschillende zorgpaden. Daarnaast wordt er een coördinerend professional gemist binnen het ITZ-COPD. Hier zou de VIOS een rol in kunnen spelen, dit is ook de verwachting van de stakeholders. Zij hopen dat de VIOS zal zorgen voor een betere, meer eenduidige samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Het merendeel van de stakeholders weet wat het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval inhoudt. Enkelen weten wat de inhoud hiervan is. Zij geven aan overeenkomsten en verschillen te zien met het ITZ-COPD. Zo wordt er in het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval een MDO gehouden op dag twee, dit wordt niet gedaan in het ITZ-COPD, dit wordt door sommigen als een gemis ervaren.

5.2 Resultaten vergeleken met de literatuur

Uit dit praktijkonderzoek volgen resultaten gebaseerd op ervaringen en meningen van de stakeholders die werken met het ITZ-COPD. Deze stakeholders zijn allen werkzaam bij het CWZ of de ZZG. Dit maakt dat de resultaten niet één op één vergeleken kunnen worden met beschikbare literatuur omdat meningen en ervaringen per individu en setting zullen verschillen. Echter zijn er toch een paar punten te vergelijken met de literatuur.

5.2.1 Overeenkomsten

Uit de resultaten van het praktijkonderzoek volgt dat COPD-patiënten door het hoge verloop van personeel vaak niet in het juiste zorgpad geplaatst worden. Dit heeft volgens de stakeholders als gevolg dat bij meerdere heropnames met een longaanval toch geen ITZ-COPD wordt gestart. De stakeholders vinden dat zij hierdoor de patiënt niet de zorg bieden die zij verdienen. In de literatuur wordt benoemd dat een hoge werkdruk en een hoog verloop van personeel als barrière wordt ervaren om goede zorg te kunnen leveren. Hierdoor ervaren zorgverleners volgens Hull et al. (2014) dat de continuïteit van zorg vervalt en processen niet naar vastgelegde kwalitatieve maatstaven worden uitgevoerd. Dit komt overeen met de resultaten uit het praktijkonderzoek.

In het onderzoek van Campbell (2004) blijkt dat professionals in een transmuraal zorgpad belemmeringen ervaren bij het verkrijgen van informatie uit de andere lijn. Ook komt uit het onderzoek van Rushforth et al. (2016) naar voren dat er bij de uitvoering van een transmuraal zorgpad vaak wordt ervaren dat het botst tussen intramuraal en extramuraal. Hierdoor vindt er onvoldoende uitwisseling van informatie tussen alle betrokken professionals plaats, ondanks dat dit een vereiste is om kwalitatief hoge zorg te kunnen leveren (Campbell, 2004; McHugh et al., 2013). In de resultaten van het praktijkonderzoek komt naar voren dat er vaak informatie vanuit de eerste naar de tweede lijn en vice versa ontbreekt. Hierin benoemden zij dat overdrachten vaak ontbreken of onvolledig zijn. Vanuit de tweede lijn is er behoefte naar een overdracht vanuit de eerste lijn wanneer een ITZ-patiënt wordt opgenomen. Hierbij vermeldt de eerste lijn dat zij vaak niet worden ingelicht wanneer een ITZ-COPD patiënt van hen wordt opgenomen. Hieruit volgt dat zowel in de literatuur als in het uitgevoerde onderzoek naar voren is gekomen dat de eerste- en tweede lijn op twee 'eilanden' werken.

Een ander punt dat overeenkomt tussen de literatuur en de meningen van de stakeholders betreft het vereiste van een MDO om goede zorg te kunnen leveren. In de literatuur komt naar voren dat een multidisciplinaire teamvergadering (MDT) een gelegenheid biedt om het juiste beleid op te stellen en daarbij vooruitgang en complexe gevallen te bespreken (Hull et al., 2014; Price et al., 2014). Uit de resultaten van het praktijkonderzoek komt naar voren dat de stakeholders een MDO noodzakelijke vinden om een goed beleid op te kunnen stellen.

Uit de resultaten van het praktijkonderzoek blijkt dat stakeholders vinden dat er meer thuiszorgorganisaties betrokken moeten worden, die over de expertise en kennis beschikken om ITZ-COPD patiënten te kunnen begeleiden. Thuiszorgorganisaties buiten de ZZG voelen zich op dit moment niet bekwaam genoeg om deze intensieve begeleiding te kunnen leveren. Bernstein (2011) benoemt dat bij het streven naar verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, de zorg in de eerste lijn specialistischer wordt. Er wordt hierbij ervaren dat de formele opleidingen om deze zorg te kunnen leveren vaak over het hoofd worden gezien (Bernstein, 2011). De ervaring van de stakeholders komt dus overeen met de bevindingen in de literatuur.

Zowel uit de literatuur als uit de resultaten blijkt dat in de toekomst, de zorg en hoe deze wordt aangeboden, moet gaan veranderen. De literatuur noemt hierin transmurale zorgpaden en het inzetten van informatiecommunicatie technologie (ICT), als effectieve interventies (Cosío et al., 2021; Price et al., 2014; Westbroek et al., 2020). Uit de resultaten van het praktijkonderzoek benoemden de stakeholders dat er behoefte is aan het inzetten van ICT. Zij zouden behoefte hebben aan een digitaal longaanval actieplan, zodat zij niet meer afhankelijk zijn van verschillende factoren om met het plan te werken. Ook vragen zij om een programma die ITZ-COPD patiënten bij de derde heropname automatisch uit het systeem filtert zodat er geen ITZ-COPD patiënten gemist worden. De stakeholders zien dus net als in de literatuur ICT-ontwikkelingen als ondersteuning van de kwaliteit van zorgverlening.

5.2.2 Verschillen

Vooraf hebben de studentonderzoekers vastgelegd in het theoretisch kader wat de protocolaire verschillen zijn tussen het landelijk zorgpad COPD-longaanval en het ITZ-COPD. Uit de praktijk blijkt dat deze verschillen niet ervaren worden door de stakeholders. Het enige verschil wat niet in het ITZ-COPD protocol is opgenomen en ook niet wordt uitgevoerd in de praktijk is het 'dag twee gesprek' met alle stakeholders (Westbroek et al., 2020). Deze interventie bleek in de literatuur wel significant effect te hebben op het aantal heropnames. De stakeholders gaven aan deze samenkomst met alle disciplines en de patiënt binnen het ITZ-COPD te missen. Hierdoor vinden zij dat verwachtingen vanuit de patiënt niet meegenomen worden bij het organiseren van individuele zorg.

Zowel uit het onderzoek van Hull et al. (2014) als bij Price et al. (2014), wordt genoemd dat de eerste lijn bij MDT's betrokken dienen te worden. Dit maakt volgens hen de zorg rondom individuele patiënten completer want de zorg wordt hierdoor in beide lijnen beter op elkaar afgestemd. Dit versterkt volgens hen de continuïteit van geleverde zorg en gaat fragmentatie van zorg tegen (Hull et al., 2014; Price et al., 2014). Uit de resultaten van het praktijkonderzoek kwam naar voren dat de eerste lijn niet bij de MDO's wordt betrokken, maar hier voor specifieke gevallen wel behoefte aan heeft.

Ook wordt er in meerdere literatuuronderzoeken genoemd dat een coördinerende rol in een transmuraal zorgpad vereist is. Dit komt vanuit de gedachten dat veel verschillende disciplines en informatievoorzieningen bij transmurale zorgverlening worden ingezet. Zonder de coördinerende factor die overzicht houdt over de zorg rondom de individuele patiënt zal de zorg gefragmenteerd raken (Bernstein, 2011; Campbell, 2004; Price et al., 2014). Uit de resultaten van het praktijkonderzoek is gebleken dat er geen coördinerende schakel is binnen het ITZ-COPD. Er is volgens hen wel een behoefte naar een persoon die het ITZ-COPD meer gaat 'dragen', zoals een arts die beschikt over de juiste kennis en expertise. Deze is echter niet aanwezig wat een verschil aanduidt met de literatuur.

5.3 Zorgvuldigheidseisen

5.3.1 Sterke punten

Aan de start van het onderzoek hebben de studentonderzoekers een planning gemaakt (zie Bijlage H) met gerichte deadlines die allemaal zijn gehaald. Er is een logboek bijgehouden waarin gezamenlijke en individuele werkuren werden beschreven waardoor nagegaan kan

worden hoe de planning is volbracht. Dit heeft positieve invloed op het gehele onderzoek omdat deze stappen bijdrage aan de zorgvuldigheid van het onderzoek. Tijdens de periode is er open gecommuniceerd met de opdrachtgevers, zowel via de mail, als via de afgesproken vergaderingen. Van elke vergadering zijn notulen gemaakt en gedeeld met de aanwezigen en afwezigen. Alle communicatie verliep via één e-mailadres. De opdrachtgevers en andere belangstellenden kregen elke maand een update over de stand van zaken. Dit alles heeft gezorgd voor laagdrempelig en helder contact, wat een aandeel heeft gehad in de transparantie van het onderzoek.

Voorafgaand aan de interviews hebben de respondenten een informatiebrief (Hogeschool Arnhem Nijmegen, 2022) en een toestemmingsverklaring ontvangen. Dat laatste hebben zij ondertekend en teruggestuurd naar de studentonderzoekers. Aan de start van elk interview werd gecontroleerd of de respondent dit had gestuurd en nogmaals gevraagd of zij consent gaven op de gestelde voorwaarden. Bovendien is er door de studentonderzoekers zorgvuldig omgegaan met de privacy van de respondenten. Er is gekozen voor pseudonimisatie van de respondenten waarbij alleen de studentonderzoekers weet hadden welke letter bij welk individu hoorde. Er is gewerkt binnen de beveiligde omgeving van Microsoft Teams. Audio en videofragmenten werden, zoals afgesproken met de respondenten, verwijderd wanneer het interview getranscribeerd was. Alle respondenten hebben in de vorm van een member check goedkeuring gegeven op transcripties, waarbij sommigen aanmerkingen hadden op inhoud en vorm. Hierover is op adequate wijze informatie gedeeld waarna de desbetreffende respondenten akkoord gingen met het transcript. Door de respondenten individueel ruimte te geven voor op- en aanmerkingen over de resultaten is de sociale waarschijnlijkheidsbias van dit onderzoek verkleind. Dit alles heeft bijgedragen dat dit onderzoek na hoge zorgvuldigheid en integriteit is uitgevoerd

Voorafgaand aan de interviews is er een topiclijst en interviewhandleiding geschreven. Hierop is zowel door onafhankelijke studentonderzoekers, experts en een contactdocent feedback gegeven, net als bij elk ander onderdeel in het verslag. Deze maatregelen gaven meer structuur aan de interviews en zorgden dat de consistentie van het interviewen tussen de studentonderzoekers hoger was. Daarnaast heeft iedere studentonderzoeker meerdere interviews geleid waarbij er steeds werd gewisseld wie van de andere studenten de aanvullende rol hadden. Zo waren er meer diverse gesprekken waarbij de kwaliteit gewaarborgd werd en is interviewbias hiermee verminderd.

Tot slot hebben de studentonderzoekers de interviews, die zij hebben geleid, zelf gecodeerd. Door middel van een peer review hebben de twee studentonderzoekers, die niet aanwezig waren bij het desbetreffende interview, onafhankelijk feedback gegeven op deze codering. Tenslotte is alle feedback door de vier studentonderzoekers samen besproken door middel van discussie. Hierdoor is het gelukt individuele onderzoekersbias in dit onderzoek sterk te verminderen.

5.3.2 Beperkingen

De onderzoekspopulatie is gekozen door middel van een doelgerichte steekproef. Hierbij is geprobeerd van elke betrokken stakeholder in het ITZ-COPD twee respondenten te vinden. Hierdoor zou iedere discipline een stem hebben en door het interviewen van twee professionals de uiteindelijke bewijskracht vergroten. De werving werd gedaan door de opdrachtgevers. Hierdoor hadden de studentonderzoekers minder in de hand wie werden geïncludeerd in het onderzoek en om welke reden. Dit heeft de kans op sampling bias

vergroot. In de toekomst zouden deze respondenten anders geworven moeten worden waarbij elke stakeholder binnen het ITZ-COPD moet gevraagd worden in plaats van selectieve professionals.

Van de gevraagde twaalf disciplines zijn er twee professionals van acht disciplines geïnterviewd. Er is maar één manager transmurale zorg, dus daarbij waren twee professionals niet haalbaar. Op de dag van het interview van de verpleegkundigen van de longafdeling uit het CWZ was één van de twee respondenten ziek. Voor de volledigheid hadden de studentonderzoekers deze professional nog kunnen vragen om een andere datum te plannen, dit is nu niet gebeurd. Het palliatief team gaf in een mail aan dat zij zich niet genoeg betrokken voelen bij het ITZ-COPD en daarom afzagen van deelname. Tijdens de interviews kwam de samenwerking met de acute opname afdeling (AOA) naar voren. Waarbij eventuele deelnemers voor het ITZ-COPD door professionals daar ook gesignaleerd zou moeten worden. Deze specifieke professionals zijn nu niet meegenomen in de groep stakeholders, die wel een rol spelen binnen het ITZ-COPD. Vanuit de specialisten, aiassen en aniossen hebben de studentonderzoekers ondanks vijf pogingen van de wervende opdrachtgever geen reacties gekregen op de wervingsmails of benoemde aan de wervende opdrachtgever dat zij te weinig wisten van het ITZ-COPD. De studentonderzoekers hadden hier achteraf duidelijker over willen zijn naar de wervende opdrachtgever dat te weinig kennis over het ITZ-COPD geen exclusiecriteria is en dat deze stakeholders ook geïncludeerd hadden kunnen worden. Het bewijs wat nu is gegeven door de respondenten over deze specifieke stakeholders moet als indirect worden beschouwd. Door het missen van bewijs van deze stakeholders zelf is het non-response bias in dit onderzoek vergroot. De uiteindelijke onderzoekspopulatie is niet volledig representatief aan de werkelijke stakeholders.

Verder hadden de respondenten de keuze om hun interviews online of fysiek te doen. Alle stakeholders kozen voor online. Achteraf gezien was dit voor de studentonderzoekers minder ideaal ten opzichte van interviews fysiek. Het optimaal bestuderen van de non-verbale communicatie van de professional werd hierdoor verhinderd. Ook waren er bij enkele interviews problemen met de verstaanbaarheid van de opnames, waardoor enkele bewijsstukken niet volledig getranscribeerd konden worden. Dit is grotendeels te wijten aan slechtere internetverbindingen en had bijvoorbeeld ondervangen kunnen worden met fysieke interviews. Wel hebben de respondenten via de member check nog wel inhoudelijke punten kunnen toevoegen die wellicht verloren zijn gegaan. Uiteindelijk heeft dit de resultaten minder volledig gemaakt.

Daarnaast is er in het theoretisch kader onderzocht in hoeverre transmurale zorgpaden effect hebben op de gezondheid van COPD-patiënten. Hierbij is een andere richting bestudeerd, het patiënten perspectief in plaats van de ervaringen van de zorgprofessionals werkend met zo'n dergelijk zorgpad. Deze keuze is destijds gemaakt door de studentonderzoekers in verband met te weinig resultaten over onderzoeken met betrekking tot stakeholders. Achteraf gezien hadden de studentonderzoekers meer tijd willen steken in het zoeken naar passende onderzoeken via andere databases om zo toch gerichtere informatie te vinden passend bij dit onderzoek. De gevonden resultaten op de onderzoeksvraag, die nu is geanalyseerd in het theoretisch kader, gaven de studentonderzoekers wel veel informatie over transmurale zorgpaden en het effect daarvan.

Na reflectie op de interviewperiode benoemde de studentonderzoekers dat zij allen het interviewen spannend vonden. Wel zeiden zij dat ze door de periode heen groeiden en de interviews beter en natuurlijker konden leiden. Uiteindelijk zou dit voor verschil in

interviewkwaliteit kunnen hebben gezorgd bij de eerste interviews ten opzichte van de latere interviews. De studentonderzoekers zouden bij volgende onderzoeken eerst een proef interview houden om zo meer ervaring met de uitvoering van de interviews volgens de topiclijst te krijgen.

5.4 Relevantie van het onderzoek

Voor inzetten van ITZ-COPD, zijn de resultaten en ervaringen die opgehaald zijn uit het onderzoek zowel voor het CWZ en de ZZG helpend om een beeld te krijgen wat de sterke- en knelpunten van het ITZ-COPD zijn. Door middel van deze uitkomsten zijn er interventies in te zetten om ervoor te zorgen dat ITZ-COPD weer onder de aandacht komt. Met als gevolg dat de kwaliteit van zorg wordt verbeterd voor de COPD-patiënten binnen het ITZ-COPD. Daarnaast zullen de bevindingen uit dit onderzoek meegenomen worden in de beschrijving van het ITZ-COPD protocol.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten en de discussie een conclusie geformuleerd. Daarnaast wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen.

Dit onderzoek is uitgevoerd om erachter te komen wat de ervaringen zijn van stakeholders met het ITZ-COPD. Ook werd er gekeken in hoeverre de stakeholders op de hoogte zijn van de functie VIOS binnen het ITZ-COPD en in hoeverre zij bekend zijn met het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval.

Uit de resultaten komen zowel sterke punten als knelpunten naar voren kijkend naar het ITZ-COPD. Stakeholders zien de snelle actie bij ITZ-COPD als meerwaarde en zien dat patiënten met een complexere zorgvraag beter begeleid kunnen worden. Daarentegen ervaren stakeholders knelpunten op zowel contextueel, individueel, sociaal als organisatorisch domein. Zo worden niet alle ITZ-COPD patiënten geïncludeerd en is er volgens de stakeholders kennistekort rondom het ITZ-COPD. Dit kennistekort speelt volgens de stakeholders ook onder de artsen, hierdoor zijn de stakeholders van mening dat het aan een coördinerende rol ontbreekt. De artsen zelf zijn niet meegenomen in dit onderzoek, waardoor hun mening hierover niet is weergegeven. Het MDO is volgens de stakeholders noodzakelijk, waarin men rekening dient te houden met de korte opnames van ITZ-COPD patiënten. De samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn wordt als stroever dan gewenst ervaren, waarin overdrachten niet genoeg uitgevoerd worden. Ook gaven de stakeholders aan dat er meer thuiszorgorganisaties betrokken moeten worden bij het ITZ-COPD en het longaanval actieplan niet naar volledige potentie wordt ingezet.

De meerderheid van de stakeholders is op de hoogte van het Landelijk Zorgpad COPD Longaanval. Ook zijn zij op de hoogte van de nieuwe functie van VIOS in het ITZ-COPD. Zij benoemden dat de VIOS de missende coördinerende rol in zou kunnen nemen.

7. Aanbevelingen

In het hoofdstuk aanbevelingen worden de aanbevelingen voor de praktijk, het onderwijs en het onderzoek beschreven. De aanbevelingen zijn beschreven op basis van de verwachtingen en behoeften die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- Het longaanval actieplan zal meer onder de aandacht moeten komen bij de eerste en tweede lijn, hierbij moet gekeken worden naar digitale mogelijkheden. Op deze manier kunnen de stakeholders op ieder moment in het longaanval actieplan werken en aanpassingen doen. Daarnaast hoeft de patiënt niet te denken aan het meenemen van het longaanval actieplan bij eventuele heropname.
- Er zullen duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over wie de patiënt informeert over het longaanval actieplan. Zo kan er bijvoorbeeld een stappenplan worden opgesteld met daarin vragen voor de verpleegkundige om te controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft. Deze moet afgewerkt worden voor dat de patiënt met ontslag gaat.
- Het is aan te bevelen om het MDO terug in te voeren. Hierbij moet rekening gehouden worden met de korte opnames zodat patiënten bij een wekelijks MDO niet gemist worden. Er kan hiervoor gekeken worden naar hoe dit wordt gedaan in het Landelijke Zorgpad COPD Longaanval waar gewerkt wordt met MDO's op oproepbasis.
- Er zal een stroomschema gemaakt kunnen worden waarop verschillende zorgpaden staan afgebeeld. Op deze manier kan iedere verpleegkundige of arts dit schema volgen en zullen alle patiënten in het juiste zorgpad terecht komen.
- Zorg ervoor dat in het protocol ITZ-COPD wordt vastgelegd dat de thuiszorg bij een heropname een overdracht schrijft naar het ziekenhuis. Zo wordt het ziekenhuis beter op de hoogte gebracht van de huidige situatie van de patiënt. Een randvoorwaarde is dat de thuiszorgorganisatie op de hoogte moet worden gebracht dat de patiënt is opgenomen. Dit zal mee moeten worden genomen in het protocol.
- Het schrijven van een eindoverdracht vanuit alle disciplines in het ziekenhuis moet onder de aandacht worden gebracht. Deze overdracht zal geprotocolleerd moeten worden. Middels een mail, overleg of nieuwsbrief moeten de disciplines op de hoogte gebracht worden. Hierin zal vermeld worden waarom de overdracht een belangrijk onderdeel is om de continuïteit van zorg te waarborgen.
- Tijdens het MDO zal de thuiszorg betrokken moeten gaan worden. Zo zal de samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn verbeteren. Dit zou fysiek en online mogelijk kunnen zijn.
- Er zal gezocht moeten worden naar een coördinerende rol en verbindende schakel tussen de eerste en tweede lijn kunnen binnen het ITZ-COPD. Deze rol zou door de VIOS ingevuld kunnen worden.

7.2 Aanbevelingen voor het onderwijs

- Het protocol zal herschreven moeten worden. Wanneer dit gedaan is, is het aan te raden om een scholing te geven over het protocol. Op deze manier breng je het protocol en het zorgpad opnieuw onder de aandacht en weten ook alle nieuwe collega's ervan af.
- De verpleegkundige zal een scholing moeten krijgen over de verschillende zorgpaden. Dit zal eens per jaar gedaan moeten worden middels een zorgpadenmarkt, waarbij de aandachtsvelders van een zorgpad uitleg geven over het zorgpad en het belang ervan.
- Thuiszorgorganisaties, buiten ZZG, moeten geschoold worden hoe om te gaan met COPD-patiënten die betrokken zijn bij het ITZ-COPD. Deze scholing zal middels een e-learning voor thuiszorgorganisaties betrokken bij het ITZ-COPD beschikbaar zijn. Zo blijven zij op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen binnen het ITZ-COPD. Dit zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

7.3 Aanbevelingen voor onderzoek

- Er wordt aanbevolen om een aanvullend onderzoek uit te voeren, naar meningen van artsen en verpleegkundigen op de AOA over het ITZ-COPD. De ervaringen van de artsen en de verpleegkundigen op de AOA zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Dit kan ervoor zorgen dat de resultaten onvoldoende representatief zijn voor de feitelijke populatie.
- Er zal een vervolgonderzoek kunnen worden uitgevoerd naar een passende invulling van het palliatieve team binnen het ITZ-COPD.
- Er zal een vervolgonderzoek moeten worden uitgevoerd naar de ervaringen van de patiënten die betrokken zijn bij ITZ-COPD. Op deze manier zal er een vergelijking gemaakt kunnen worden gedaan met dit onderzoek om ITZ-COPD beter aan de wensen en behoeften van de patiënt aan te sluiten.

Literatuurlijst

- Bakker, E. & Buuren, H. van. (2019). *Onderzoek in de gezondheidszorg (3de editie)*. Noordhoff.
- Bakker, E. & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg (2de editie)*. Noordhoff.
- Bernstein, I. (2011). Integrated musculoskeletal service design by GP consortia. *London Journal of Primary Care*, 4(1), 16–26.
<https://doi.org/10.1080/17571472.2011.11493323>
- Boeije, H. & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen (3^{de} editie)*. Boom Lemma.
- Bours, D., Eliens, D., & Strijbol, D. (2009). *Effectief verplegen 0, handboek voor evidence based verpleegkundig handelen*. Kavanah.
- Buijnsters, P., Bours, G. J. J. W., Eliens, A. M. & Goossens, P. J. J. (2009). *Effectief verplegen 0: handboek voor evidence based verpleegkundig handelen (1ste editie)*. Kavanah.
- Campbell, S. M. (2004). Improving the quality of mental health services in Personal Medical Services pilots: a longitudinal qualitative study. *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), 115–120. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.007880>
- Center for Disease Control and Prevention. (2022, april 8). *What is COPD?* Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.cdc.gov/copd/index.html#:~:text=Chronic%20obstructive%20pulmonary%20disease%2C%20or,Americans%20who%20have%20this%20disease.>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 16 juni). *In 2020 bijna 230 duizend minder mensen opgenomen in het ziekenhuis*. Geraadpleegd op 16 september 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/24/in-2020-bijna-230-duizend-minder-mensen-opgenomen-in-het-ziekenhuis>
- Claudia de Graauw. (2014, oktober). *Evalueren? Formuleer dan eerst doelen*. Geraadpleegd op 15 september 2022, van <https://www.claudidegrauw.nl/evalueren-formuleer-dan-eerst-doelen/h>
- Cosío BG, Shafiek H, Verdú J, Fiorentino F, Valera JL, Martínez R, Romero S, Ramón L, Toledo-Pons N, Sala E. (2021). Implementation of an Integrated Care Model for Frequent-Exacerbator COPD Patients: A Controlled Prospective Study. *Arch Bronconeumol*. 2021 Sep;57(9):577-583. <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2021.01.010>
- CWZ. (2019). *Intensieve thuiszorg voor COPD patiënten*. Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.cwz.nl/over-cwz/nieuws/item/intensievere-thuiszorg-voor-copd-patienten/>
- CWZ. (2022a). *CWZ-Verhaal*. Geraadpleegd op 29 september 2022, van <https://www.cwz.nl/over-cwz/strategie/cwz-verhaal/>

- CWZ. (2022b). *CWZ – Kwaliteit en Veiligheid*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van <https://www.cwz.nl/over-cwz/kwaliteit-en-veiligheid/>
- CWZ. (2022c). *Juiste zorg op juiste plek*. Geraadpleegd op 29 september 2022, van <https://www.cwz.nl/zorgpartner/transmurale-zorg/juiste-zorg-op-juiste-plek/>
- England, E. & Lester, H. (2005). Integrated mental health services in England: a policy paradox. *International Journal of Integrated Care*, 5(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.140>
- Federatie Medisch Specialisten. (2017, januari 1). *Startpagina – COPD-longaanval met ziekenhuis opname*. Geraadpleegd op 26 september 2022, van https://richtlijnen database.nl/richtlijn/behandeling_copdlongaanval_in_het_ziekenhuis/startpagina_copd-longaanval_met_ziekenhuisopname.html
- Hogeschool Arnhem en Nijmegen. (2022). *Handleiding integer onderzoek*. Geraadpleegd op 14 oktober 2022 <https://www1.han.nl/insite/studenten/voorzieningen-ict/studiematerialen-studiecentra/integer-onderzoek-doen/>
- Huijnen, I. P. J., Keizer, D. & Gestel, C. V. M. (2019). *Transmurale zorgmodellen: eerste verkenningen*. SpringerLink. Geraadpleegd op 20 september 2022, van https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-368-2230-5_21
- Huisarts en Wetenschap.(z.d.). *Proefschrift transmurale zorg*. Geraadpleegd op 3 oktober 2022, van <https://www.henw.org/system/files/download/henw-2001-11-513a.pdf>
- Hull, S., Mathur, R., Lloyd-Owen, S., Round, T. & Robson, J. (2014). Improving outcomes for people with COPD by developing networks of general practices: evaluation of a quality improvement project in east London. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.82>
- Kennisplein Zorg voor Beter. (2020, maart). *Evalueren en bijstellen*. Geraadpleegd op 15 september 2022, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/risicosignalering/aanpak/evalueren>
- Klassema, D-M. (2010). “De CPV, wat wil je ermee?”. (2010). Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van <https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/5039/definitief%20onderzoeksartikel%2002-07-2010..pdf?sequence=2>
- KNAW, NFU, NWO, TO2-federatie, Vereniging Hogescholen & VSNU. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Vereniging Hogescholen. P.13. Geraadpleegd op 8 oktober 2022, van <https://www.universiteitenvannederland.nl/files/documenten/Nederlandse%20gedragscode%20wetenschappelijke%20integriteit%202018.pdf>
- Kruis AL, Boland MR, Assendelft WJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, Blom C, Sont JK, Rutten-van Mölken MP, Chavannes NH. (2014). Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: *results of cluster randomised trial*. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5392>

- Lambregts, J., Grotendorst, A. & van Merwijk, C. (2020). *Bachelor of Nursing 2020*. V&VN. *Landelijk overleg opleidingen Verpleegkunde*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van <https://www.venvn.nl/media/aadklpzc/opleidingsprofiel-bachelor-of-nursing-2020.pdf>
- Longaanval.nl. (2022). *Inhoud zorgpad*. Geraadpleegd op 23 september 2022, van <https://www.longaanval.nl/inhoud-zorgpad/>
- Longaanval.nl. (2020, 16 november). *De pilot*. Geraadpleegd op 23 september 2022, van <https://www.longaanval.nl/resultaten/pilotregios/>
- Longcijfers.nl. (z.d.). *COPD – Ontwikkeling en trends*. Geraadpleegd op 16 september 2022, van <https://www.longcijfers.nl/longziekte/copd/ontwikkeling-en-trends/>
- Longfonds. (z.d.). *Wat is COPD?* Geraadpleegd op 26 september 2022, van <https://www.longfonds.nl/longziekten/copd/wat-is-copd>
- Lung Alliance Netherlands (z.d.). *Toolbox*. Longaanval. Geraadpleegd op 5 oktober 2022, van <https://www.longaanval.nl/toolbox/>
- Lung Alliance Netherlands. (2020). *National care pathway for lung attack with hospital admission: Better care for patients with COPD*. Longaanval. Geraadpleegd op 15 september 2022, van <https://www.longaanval.nl/content/Dutch-National-care-pathway-COPD-Lung-Attack.pdf>
- McHugh, S., O'Mullane, M., Perry, I. J. & Bradley, C. (2013). Barriers to, and facilitators in, introducing integrated diabetes care in Ireland: a qualitative study of views in general practice. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003217>
- Medicalgroep. (2022). *Transmurale zorg*. Geraadpleegd op 3 oktober 2022, van <https://www.medicalgroep.nl/belangrijke-begrippen-in-de-zorg/transmurale-zorg/>
- Mishra, M. (2022, 14 september). *End of COVID pandemic is "in sight" -WHO chief*. Reuters. Geraadpleegd op 16 september 2022, van <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/who-chief-says-end-sight-covid-19-pandemic-2022-09-14/>
- Nijhawan P, Janodia T, Muddukrishna BS, Bhat KM, Bairy KL, Udupa Prashant N, Musmade B, (2013) *Informed consent: Issues and challenges*. 2013 Jul;4(3):134-40. https://doi.org/10.4103/2231_4040.116779
- Pinnock, H., Huby, G., Tierney, A., Hamilton, S., Powell, A., Kielmann, T. & Sheikh, A. (2009). Is multidisciplinary teamwork the key? A qualitative study of the development of respiratory services in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(9), 378–390. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.080356>
- Poot CC, Meijer E, Kruis AL, Smidt N, Chavannes NH, Honkoop PJ. (2021). Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009437.pub3>
- Price, E., Baker, R., Krause, J. & Keen, C. (2014). Organisation of services for people with cardiovascular disorders in primary care: transfer to primary care or to specialist-generalist multidisciplinary teams? *BMC Family Practice*, 15(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-158>

Rushforth, B., McCrorie, C., Glidewell, L., Midgley, E. & Foy, R. (2016). Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review. *British Journal of General Practice*, 66(643), e114–e127.

<https://doi.org/10.3399/bjgp16x683509>

Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, Hoes A, Schuurmans M. (2014). *Zelfmanagement bij chronische ziekten*. Huisarts Wet 2014;57(3):120–4.

Varmaghani, M., Dehghani, M., Heidari, E., Sharifi, F., Moghaddam, S. S., & Farzadfar, F. (2019). Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 25(1), 47–57. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.014>

Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde. (2019). *Handleiding Implementatie. verenso*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/Implementatie/190712-Handleiding-Implementatie.pdf

Volksgezondheid en Zorg (2022a, september). *COPD*. VZinfo. Geraadpleegd op 15 september 2022, van <https://www.vzinfo.nl/copd>

Volksgezondheid en Zorg (2022b, september). *COPD: Zorg*. VZinfo. Geraadpleegd op 16 september 2022, van <https://www.vzinfo.nl/copd/zorg>

Volksgezondheid en Zorg (2022c, juli). *COPD: Zorguitgaven*. VZinfo. Geraadpleegd op 16 september 2022, van <https://www.vzinfo.nl/copd/zorguitgaven>

Voorend C., Norris S., Griffiths P., Sedibe M., Westerman M. en Doak C. (2012). *We eat together; today she buys, tomorrow I will buy the food': adolescent best friends' food choices and dietary practices in Soweto, South Africa*. Geraadpleegd op 7 december 2022, van <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/we-eat-together-today-she-buys-tomorrow-i-will-buy-the-food-adolescent-best-friends-food-choices-and-dietary-practices-in-soweto-south-africa/BC186F7DC3F9C0D20F053EB670FBBE9D>

V&VN, CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF Nederland, NU'91 & RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer'. (2015, januari). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. V&VN. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>

V&VN. (2010). *Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 30 september 2022, van <https://www.venvn.nl/media/lexmvcnx/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg.pdf>

V&VN. (2014). *Zelfmanagementondersteuning behoort tot de kern van het verplegen!*

Geraadpleegd op 3 oktober 2022, van
<https://docplayer.nl/7916007-V-vn-visie-van-beroepsvereniging-verpleegkundigen-verzorgenden-nederland-v-vn-zelfmanagementondersteuning-behoort-tot-de-kern-van-verplegen.html>

Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn (2de herziene druk)* Uitgeverij Coutinho.

Van Zaalen, Y., Deckers, S., & Schuman, H. (2018a). *Handboek Interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho. P. 34-36.

Van Zaalen, Y., Deckers, S., & Schuman, H. (2018b). *Handboek Interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho. P. 104.

Wensing, M. & Grol, R. (2017). *Implementatie: Effectieve Verbeteringen Van Patiëntenzorg*. Bohn Stafleu van Loghum.

Westbroek LF, Klijnsma M, Salomé P, Sekhuis LM, Rolink E, Korsmit E, Kerstjens HAM. (2020). Reducing the Number of Hospitalization Days for COPD: *Setting up a Transmural-Care Pathway*. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2020; 15:2367-2377.
<https://doi.org/10.2147/COPD.S242914>.

Wester, F. (2019). Interview-onderzoek in hoofdlijnen. *Amsterdam University Press*.
<https://doi.org/10.5117/2019.024.002.008>

Wu CX, Hwang CH, Tan WS, Tai KP, Kwek LSL, Chee TG, Choo YM, Phng FWL, Chua GSW. (2018). *Effectiveness of a chronic obstructive pulmonary disease integrated care pathway in a regional health system: a propensity score matched cohort study*. *BMJ Open*. 2018 Mar 22;8(3):e019425.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019425>

ZZG. (2022a). *ZZG zorggroep – Organisatie*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van
<https://www.zzgzorggroep.nl/over-ons/organisatie/>

ZZG. (2022b). *ZZG zorggroep – Visie, missie en waarden*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van
<https://www.zzgzorggroep.nl/over-ons/organisatie/visie-missie-en-waarden/>

ZZG. (2022c). *ZZG zorggroep – Kwaliteit*. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van
<https://www.zzgzorggroep.nl/over-ons/organisatie/kwaliteit/>

Bijlagen

Bijlage A: Zoekstrategie

Zoekstrategie	Rapportage zoekstrategie
Stap 1: Vraagstelling van de zoekstrategie	Stap 1: Wat is het effect van het inzetten van transmurale zorg op de gezondheid van COPD-patiënten?
Stap 2: DDO	Stap 2: Domein: COPD-patiënten, Determinant: Transmurale zorg, Outcome: Gezondheid.
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO/DDO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) 6. Bouw de search per zoekterm op	Stap 3.1 en 3.2: D: COPD-patients, D: Delivery of health, integrated, O: Health. Vanuit deze termen is een zoekschema tabel gemaakt. Stap 3.3: Mesh: "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive". Definition: A disease of chronic diffuse irreversible airflow obstruction. Mesh: Patient. Definition: Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures. Mesh: "Delivery of Health Care, Integrated". Definition: A health care system which combines physicians, hospitals, and other medical services with a health plan to provide the complete spectrum of medical care for its customers. In a fully integrated system, the three key elements - physicians, hospital, and health plan membership - are in balance in

	terms of matching medical resources with the needs of purchasers and patients. Mesh: Health. Definition: The state of the organism when it functions optimally without evidence of disease. Met de volgende termen werd via Title Abstract gezocht: Obstructive respiratory disease, chronic obstructive lung disease, chronic obstructive lung disorder, chronic airway obstruction, chronic airflow obstruction, chronic obstructive lung disorder, chronic obstructive airway disorder, obstructive lung disease, chronic obstructive bronchopulmonary disease, chronic obstructive respiratory disease, COAD, chronic obstructive airway disease, chronic obstructive pulmonary disease, patients, client, care chain, CPCA, transmurale care, Integrated delivery system, Integrated health care system, Delivery of health care, integrated, health. Stap 3.4: De DDO wordt gesplitst in vier elementen: Domein één = COPD, Domein twee = Patients, D = Delivery of Health Care, Integrated, O = Health. Binnen deze elementen worden de verschillende verkregen MESH en Title Abstract termen verbonden door OR. De elementen worden onderling verbonden door AND. Stap 3.5: De limiet die hierbij is toegevoegd:
--	---

	Exclusie van artikelen uit ≤ 2011. Uitgevoerd op 29/09/22
Stap 4A: ZOEKSTRATEGIE UITGEVOERD IN PubMed (Rapporteer stapsgewijs het aantal hits per zoekstrategie)	• STAP 4A: Domein één: (((((("obstructive respiratory disease"[Title/Abstract]) OR ("chronic obstructive lung disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive lung disorder"[Title/Abstract])) OR ("chronic airway obstruction"[Title/Abstract])) OR ("chronic airflow obstruction"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive lung disorder"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive airway disorder"[Title/Abstract])) OR ("obstructive lung disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive bronchopulmonary disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive respiratory disease"[Title/Abstract])) OR (COAD[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive airway disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive pulmonary disease"[Title/Abstract])) OR ("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh])) Dit geeft 96.636 resultaten. Domein twee: ((Patients[MeSH Terms]) OR (Patient*[Title/Abstract])) OR (Client*[Title/Abstract]). Dit geeft 7,814,177 resultaten. Determinant: ((("Care chain"[Title/Abstract]) OR ("CPCA"[Title/Abstract]) OR ("transmural care"[Title/Abstract])) OR (((("Integrated delivery system"[Title/Abstract]) OR ("Integrated health care system"[Title/Abstract])) OR ("Delivery of

	Health Care, Integrated"[Mesh])) OR ("Delivery of health care, integrated"[Title/Abstract])) Dit geeft 15.949 resultaten. Outcome: (Health[Title/Abstract]) OR ("Health"[Mesh]). Dit geeft 2,573,202 resultaten. Deze elementen worden vervolgens aan elkaar gekoppeld door AND. Hieruit volgt de volledige zoekstreng: (((((("obstructive respiratory disease"[Title/Abstract]) OR ("chronic obstructive lung disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive lung disorder"[Title/Abstract])) OR ("chronic airway obstruction"[Title/Abstract])) OR ("chronic airflow obstruction"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive lung disorder"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive airway disorder"[Title/Abstract])) OR ("obstructive lung disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive bronchopulmonary disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive respiratory disease"[Title/Abstract])) OR (COAD[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive airway disease"[Title/Abstract])) OR ("chronic obstructive pulmonary disease"[Title/Abstract])) OR ("Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh])) AND ((Health[Title/Abstract]) OR ("Health"[Mesh])) AND (((Patients[MeSH Terms]) OR (Patient*[Title/Abstract])) OR (Client*[Title/Abstract])) AND (((("Care chain"[Title/Abstract]) OR ("CPCA"[Title/Abstract]) OR ("transmural care"[Title/Abstract])) OR (((("Integrated delivery system"[Title/Abstract]) OR ("Integrated health care system"[Title/Abstract])) OR ("Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh])) OR
--	--

	("Delivery of health care, integrated"[Title/Abstract]))). Dit geeft 105 resultaten. Vervolgens er een limiet toegevoegd: ≤ 2011. Dit geeft een uiteindelijk 91 resultaten.
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS (Vermeld welke selectiecriteria zijn gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn)	Stap 4B: De inclusiecriteria wat betreft de titel en abstract: • Samenwerking tussen verschillende disciplines in het ziekenhuis en thuis. • Het effect van transmurale zorg op de gezondheid van COPD-patiënten. • Artikelen in het Engels of Nederlands. De exclusiecriteria betrof: • Te brede doelgroep: chronische ziekten in het algemeen, andere chronische ziekten, comorbiditeit en multimorbiditeit waarbij COPD niet meegenomen. • Artikelen compleet gericht op eHealth. • Te specifieke doelgroep: patiëntgroepen tussen bepaalde leeftijden of een onderzoeksgroep met een specifieke GOLD classificatie. • Artikelen gericht op een onderzoek met een populatie ≤ 10 mensen. • Transmurale zorg bij andere ziekten of zorg die geleverd wordt, zoals: corona, influenza, hepatitis-C, zuurstofvoorziening, sociaal netwerk opbouwen en medicatiebeheer.
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS (Vermeld hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling)	Stap 4C: Na selectie waren er vijf artikelen geschikt om de vraagstelling te beantwoorden. Van de vijf geschikte artikelen, was er één ge-update versie beschikbaar. Deze is via de sneeuwbal methode gevonden.

Stap 4D: Stap 4D: FULL-TEKST (Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4C full-text beschikbaar zijn)	Stap 4D: Van de geselecteerde artikelen zijn van allen de full-tekst beschikbaar.
Stap 4E: GEBRUIKTE ARTIKELEN (Vermeld hier de keuze van de artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek)	PUBMED <u>Gebruikt artikel:</u> Implementation of an Integrated Care Model for Frequent-Exacerbator COPD Patients: A Controlled Prospective Study (Cosío et al., 2021) <u>Onderzoek design:</u> Prospectieve cohortstudie <u>Land:</u> Spanje <u>Setting:</u> Patiënten met COPD die meer dan 2x zijn opgenomen in het ziekenhuis. <u>Gebruikt artikel:</u> Reducing the Number of Hospitalization Days for COPD: Setting up a Transmural-Care Pathway (Westbroek et al., 2020) <u>Onderzoek design:</u> Cohortstudie <u>Land:</u> Nederland <u>Setting:</u> Patiënten met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar, die ten minstens 1x binnen 1 jaar zijn heropgenomen in het ziekenhuis <u>Gebruikt artikel:</u> Effectiveness of a chronic obstructive pulmonary disease integrated care pathway in a regional health system: a propensity score matched cohort study (Wu et al., 2018) <u>Onderzoek design:</u> Cohortstudie

	<u>Land:</u> Singapore
	<u>Setting:</u> Patiënten met COPD, die meewerken met het ICP-programma
	<u>Gebruikt artikel:</u> Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomized trial (Kruis et al., 2014)
	<u>Onderzoek design:</u> Randomized Control Trial
	<u>Land:</u> Nederland
	<u>Setting:</u> Patiënten met COPD
	SNEEUWBALMETHODE
	<u>Gebruikt artikel:</u> Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Poot et al., 2021)
	<u>Onderzoek design:</u> Meta-analyse
	<u>Land:</u> Nederland
	<u>Setting:</u> Patiënten met COPD

Bijlage B: Ladder van evidence

Mate van bewijskracht	
Niveau 1A	Systematische literatuur onderzoek
Niveau 1B	Randomized Control Trial
Niveau 2	Cohortonderzoek

Niveau 3	Patiënt-controleonderzoek
Niveau 4	Cross-sectioneelonderzoek
Niveau 5	Patiënten serie
Niveau 6	Mening van een expert

Ladder van evidence (Bours, Eliens & Strijbol, 2009)

Bijlage C: Evidence tabel

Titel van het artikel en auteurs	Publicatiejaar	Onderzoeksdesign	Setting en populatie	Doel	Resultaten en conclusie	Level of evidence	Resultaat beoordeling kwaliteit van het artikel
Implementation of an Integrated Care Model for Frequent-Exacerbator COPD Patients: A Controlled Prospective Study Cosío, B. G., Shafiek, H., Verdú, J., Fiorentino, F., Valera, J. L., Martínez, R., Sala, E.	2021	Cohort prospectief	Patiënten met COPD die meer dan 2x zijn opgenomen in het ziekenhuis. (N=141 (ICM) vs 132 (control))	Onderzoeken wat langetermijneffecten van Integrated Care Model (ICM) zijn op bezoeken aan spoedeisende hulp, ziekenhuisopnames, opnamedagen, mortaliteit en verbetering van de gezondheidsstatus.	ICM zorgt een significante daling ($p < 0,05$) in bezoeken aan de spoedeisende hulp en ziekenhuisopnames. Verder heeft dit zorgmodel significant positief effect ($p = 0,001$) op algehele gezondheid t/m drie jaar.	Niveau 2	Cosio et al. hebben gewerkt met een interventie en een controlegroep. Alle participanten hebben informed consent gegeven. Er bestaat twijfel over of er selectie bias heeft opgetreden, omdat de controlegroep niet willekeurig geselecteerd is.
Reducing the Number of Hospitalization	2020	Cohortstudie	Patiënten met een gemiddelde leeftijd van 70	Het doel van het onderzoek is het verbeteren van het	De onderzoekers kwamen erachter dat ziekenhuisopnames	Niveau 2	Het zorgpad binnen het onderzoek is

Days for COPD: Setting up a Transmural-Care Pathway			jaar, die ten minstens 1x binnen 1 jaar zijn heropgenomen in het ziekenhuis (N=752)	niveau van de zorg in Nederland, en tegelijkertijd de kosten en lasten voor patiënten en samenleving te drukken.	werden verminderd door binnen een week contact te hebben met de patiënt (P = 0,04)		geïmplementeerd volgens methodiek. De onderzoeksgroep was groot met participatie van 12% van alle ziekenhuizen in Nederland. Het onderzoek was sterker volgens de schrijvers sterker geweest als het een volledige RCT was i.p.v. een cohortstudie. Daarnaast was er missende of incomplete data, waarbij conservatief mee werd omgegaan.
Westbroek, L. F., Klijnsma, M., Salomé, P., Sekhuis, L. M., Rolink, E., Korsmit, E., & Kerstjens, H. A.							
Effectiveness of a chronic obstructive pulmonary disease integrated care pathway in a	2018	Cohortstudie	Patiënten met COPD, die meewerken met het ICP-programma	Evalueren van het ICP-programma. Van eerste lijn zorg tot acuut ziekenhuis en thuis.	De studie concludeerde dat het ICP-programma geassocieerd wordt met verlaging van het COPD opnames in het ziekenhuis, bij een	Niveau 2	Er is bewust gekozen voor een cohortstudie i.p.v. een RCT ivm praktische en ethische redenen. Dit

regional health system: a propensity score matched cohort study					follow-up van 2 jaar ($P < 0,05$).		maakt de kans wel groter op selectiebias. Onderzoeksdata is verzameld vanuit drie verschillende bronnen.
Wu, C. X., Hwang, C. H., Tan, W. S., Tai, K. P., Kwek, L. S. L., Chee, T. G., ... Chua, G. S. W.							
Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of	2014	Randomized control trial	Patiënten met COPD (N=554 (interventiegroep) en N=532 (controlegroep))	Onderzoeken in welke mate Integrated Disease Management (IDM) toegepast in de eerstelijns effect heeft op de kwaliteit van leven van COPD-patiënten	Er werden weinig significante verschillen gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep, behalve een betere organisatie van zorg voor COPD-patiënten ($P = 0,01$) en meer dagelijkse	Niveau 1B	Over de geïnccludeerde huisartsen werden interventies willekeurig verdeeld. Alle huisartsen en patiënten hebben informed consent gegeven. De

cluster randomised trial					bewegingsactiviteiten (p < 0,001)		verdeling werd uitgevoerd door een geblindeerd onderzoeker. Door de opzet van het onderzoek was het niet mogelijk dat de huisartsen en patiënten geblindeerd werden.
Kruis, A. L., Boland, M. R. S., Assendelft, W. J. J., Gussekloo, J., Tsiachristas, A., Stijnen, T., Bloem, C., Sont J. K., Rutten-van Mölken, M. P. H. M., Chavannes, N. H.							
Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive	2021	Meta-analyse	Patiënten met COPD (52 studies met totaal N=21.086)	Vergelijking van het effect van Integrated Disease Management trajecten (IDM) t.o.v. normale zorg voor	Dit onderzoek concludeert dat er aannemelijk bewijs is dat IDM positief bijdraagt aan ziekte-gerelateerde kwaliteit van leven,	Niveau 1A	Data is verkregen uit vijf verschillende databases. Wanneer er data werd gemist, dan werd de auteur

pulmonary disease				COPD-patiënten op het gebied van gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, bewegingstolerantie en longaanvallen.	inspanningsvermogen, ziekenhuisopnames en opnameduur.		van het betreffende onderzoek gecontacteerd. Door grote heterogeniteit in de verkregen data moet er behoedzaam gekeken worden naar de uiteindelijke resultaten van het onderzoek.
Poot, C. C., Meijer, E., Kruis, A. L., Smidt, N., Chavannes, N. H., & Honkoop, P. J.							

Bijlage D: Topiclijst

Doel van het interview			
Inzicht krijgen in de ervaringen die de stakeholder hebben met het ITZ-COPD			
Wijze van vastlegging			
• Audio • Schriftelijke aantekeningen • Video			
Anonimiteit en terugkoppeling			
• <i>Alle partijen zitten in afgesloten ruimtes,</i> • <i>Er is toestemming gevraagd om de verkregen data te mogen gebruiken,</i>			
Thema	Onderwerp/ topic	Voorbeeldvraag	Type vraag
Context	Over het protocol zelf	• Wat kan u ons vertellen over het ITZ-COPD?	Inleidende vraag
		• Hoe maakt u gebruik van het protocol?	Inleidende vraag
		• Wat vindt u goede en slechte punten van het protocol?	Doorvraag
Individuele factoren	Eigen functioneren	• Kan u ons vertellen wat u vindt van het werken met het ITZ-COPD?	Inleidende vraag
		• Wat voor een verschil(len) ziet u tussen het werken met en zonder het ITZ-COPD? (Plus-/minpunten)	Verdiepende vraag
		• Wat helpende factoren binnen het ITZ-COPD voor u functie?	Verdiepende vraag
		• Wat zijn volgens u de belemmeringen van het werken met ITZ-COPD voor u functie?	Verdiepende vraag.
		• Ziet u dat de taken die u uitvoert vanuit het protocol meerwaarde hebben voor de patiënten?	
		• Wat vindt u van timing binnen het ITZ-COPD? Wanneer haakt u in? Vindt u dit op dat moment de juiste timing? Vindt u de duur	Verdiepende vraag.

		dat u actief bent binnen het traject passend?	Verdiepende vraag.
Sociale factoren	Samenwerking en communicatie	- Hoe is de samenwerking in het algemeen? - Hoe gaat communicatie binnen het team? - Hoe gaat de communicatie met andere disciplines? - Heeft u naar u mening genoeg contact met andere disciplines om u patiënten zo goed mogelijk bij te staan? Zou een extra MDO eventueel meerwaarde hebben?	Inleidende vraag Verdiepende vraag Verdiepende vraag Verdiepende
Organisatorische factoren	Invulling VIOS binnen ITZ-COPD	- Heeft u al gehoord van de nieuwe functie van de verpleegkundig specialist in opleiding binnen het ITZ-COPD? - Wat weet u hier al van? - Wat verwacht u van een verpleegkundig specialist in opleiding die de nieuwe aanvulling gaat zijn in het ITZ-COPD?	Inleidende vraag, Doorvraag Verdiepende vraag
Organisatorische factoren	Vergelijking met Landelijk zorgpad COPD Longaanval - Longaanval plan Follow up MDO tijdens opname	- Bent u bekend met het landelijk zorgpad COPD longaanval? - Wat weet u hier al van? Ziet u overeenkomsten met het ITZ-COPD? - Hoe staat u tegenover verschil (...)? - Hoe is het nazorgtraject binnen uw discipline voor COPD-patiënten binnen het ITZ-COPD? - Is dit volgens u voldoende?	Inleidende vraag, Directe vraag/gesloten vraag. Verdiepende vraag. Doorvraag.

Conclusie	Samenvatten en stilstaan bij de sterke- en knelpunten.	• Zijn er nog punten die u belangrijk vindt om te benoemen? • Wat zou er volgens u anders kunnen als het gaat om de organisatie binnen het ITZ-COPD? • Waar liggen de behoeften volgens u voor het ITZ-COPD? • U benoemt dus, klopt dit? • Wat vindt u de sterke punten van het ITZ-COPD? En waarmerkt u deze sterke punten op? • Welke knelpunten merkt u bij het ITZ-COPD? Hoe merkt u deze op?	Gesloten vraag, Verdiepende vraag, Verdiepende vraag, Interpreterende vraag, Verdiepende vraag, Verdiepende vraag.
------------------	---	--	--

Bijlage E: Informed Consent

In te vullen door respondent:

Betreft: Wat zijn de ervaringen van stakeholders met het intensief transmuraal zorgpad COPD zoals dat vormgegeven wordt door long VP, VS, PA en longartsen van CWZ en ZZG zorggroep.

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ik begrijp waar het onderzoek over gaat. Ik weet ook wat ik voor het onderzoek moet doen. Ik begrijp wat de voordelen en nadelen zijn van het meedoen en wat die voor mij betekenen.
- Ik kon vragen stellen aan de onderzoeker en mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ook had ik genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat ik met dit onderzoek kan stoppen wanneer ik wil. Ik hoef dan niet uit te leggen waarom ik stop.
- Ik kies er zelf voor om mee te doen met dit onderzoek.
- Ik weet welke gegevens van mij worden verzameld. Het is mij duidelijk hoe de onderzoeker hier op een veilige manier mee omgaat. Ik weet ook hoelang mijn gegevens worden bewaard. Ik weet dat de onderzoeker mijn naam niet zal noemen in rapporten of gesprekken over het onderzoek.

Ik begrijp dat:

- Er een geluidsopname/beeldopname van mij wordt gemaakt. Deze opname wordt alleen gebruikt om te kunnen opschrijven wat ik heb gezegd of gedaan. De opname wordt voor 1 januari 2023 vernietigd.
- Ik **WEL** toestemming geef om een geluidsopname/beeldopname van mij te laten maken. Deze opname wordt alleen gebruikt om te kunnen opschrijven wat ik heb gezegd of gedaan. De opname wordt binnen twee maanden vernietigd.
- Ik het getranscribeerde interview zal lezen, wat naar mij wordt gestuurd. Hierop stuur ik op- en/of aanmerkingen terug en geef ik akkoord door middel van een handtekening.
- Ik **WEL** toestemming geef dat mijn persoonsgegevens maximaal zes maanden worden bewaard en dat mijn onderzoeksgegevens maximaal één jaar worden bewaard.

Naam _____

Datum _____

Handtekening _____

In te vullen door student-onderzoeker

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik verklaar dat ik de deelnemer volledig en naar waarheid heb geïnformeerd over het onderzoek.

Naam _____

Datum _____

Handtekening _____

Bijlage F: verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Wegens privacy redenen niet in dit document.

Bijlage G: Informatiebrief voor deelnemers aan het onderzoek

Ervaringen van de stakeholders met het ITZ-COPD.

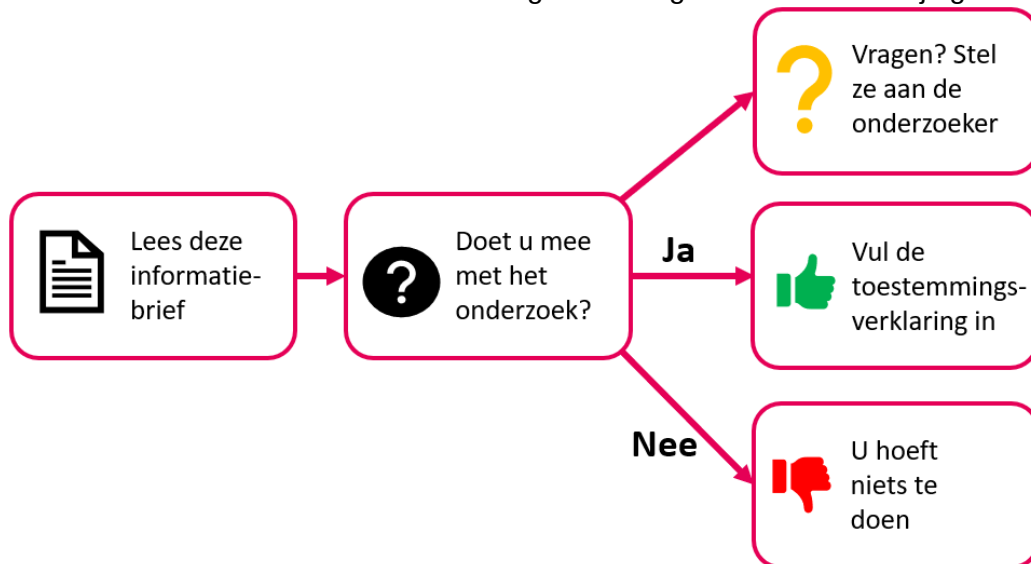
Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn studenten aan de HAN en doen onderzoek naar de ervaringen van de stakeholders met het ITZ-COPD. Met deze brief vragen wij u mee te doen aan dit onderzoek.

Wij vragen u om mee te doen, omdat u één van deze stakeholders bent. Uw contactgegevens hebben wij verkregen via Saskia van Diepenbeek. **Meedoen is vrijwillig.** U beslist dus zelf of u mee wilt doen of niet.

Om een goede beslissing te kunnen nemen, moet u eerst meer weten over het onderzoek. In deze brief krijgt u daarom informatie over wat het onderzoek inhoudt. Ook staat in deze brief uitgelegd wat meedoen betekent voor u.

Lees deze brief rustig door. **U hoeft niet meteen te beslissen of u meedoet of niet.** U kunt de inhoud van deze brief ook met uw partner, vrienden of familie bespreken. Besluit u om mee te doen? Dan vult u de toestemmingsverklaring in die u vindt in bijlage A.



Waarom dit onderzoek?

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, is in samenwerking met ZZG zorggroep en Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen het Intensieve Transmurale Zorgpad COPD (ITZ-COPD) ontwikkeld. Hierin wordt beschreven hoe het zorgproces voor patiënten met COPD, zowel in klinische setting als in de thuissituatie, wordt begeleid, wanneer er sprake is van recidiverende opnames in verband met COPD. Tijdens het zorgverleningsproces worden meerdere disciplines betrokken (stakeholders).

Dit traject is tussen de stakeholders nog niet formeel geëvalueerd. Op basis van evalueren en zelfreflectie kan zorg worden afgestemd en daardoor beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt. Door het ontbreken van adequate evaluaties tussen de stakeholders, kan men zich afvragen of de zorg die aangeboden wordt via het ITZ-COPD nog naar kwaliteitsmaatstaven wordt uitgevoerd.

In samenwerking met het CWZ en ZZG zorggroep is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Wat zijn de ervaringen van stakeholders met het intensief transmuraal zorgpad COPD?

Begin januari 2023 zal duidelijk worden wat de voordelen van het ITZ-COPD zijn en waar nog verbeterpunten liggen. Vanuit daar worden aanbevelingen gedaan hoe de kwaliteitszorg bevorderd kan worden. Zo zal er gericht zorg geleverd kunnen worden aan de COPD-patiënten in regio Nijmegen en omstreken.

Wat moet u doen als u meedoet?

U doet mee aan een (duo)-interview. Dit houdt in dat u samen met uw collega of alleen in gesprek gaat met twee studentonderzoekers over uw ervaringen met het ITZ-COPD. Om deel te nemen aan het interview wordt vereist dat u de toestemmingsverklaring in bijlage A heeft ondertekend en heeft opgestuurd. Dit gesprek wordt digitaal uitgevoerd, waarbij een video en geluidsopname worden gemaakt. Zou u hiervoor op de afgesproken tijd op een gesloten kamer willen zitten, zodat u openlijk uw ervaringen met ons kan delen. Het gesprek zal ongeveer 30 minuten duren.

Vervolgens gaan de studentonderzoekers het gesprek volledig uittypen. Dit uitgetypte gesprek (transcriptie) sturen wij naar u op. De vraag is of u deze uitwerking zorgvuldig wilt lezen en hierbij nog eventuele aan- of opmerkingen wilt noteren. Vervolgens kunt u uw handtekening hierop zetten en naar ons terugsturen.

Wat zijn de voordelen en nadelen voor u?

De voordelen van u zijn dat eventuele blokkades waar u tegen aanloopt tijdens het uitvoeren van het ITZ-COPD aan het daglicht zullen komen. Hierdoor kunnen gerichte plannen gemaakt worden en heeft het dus een positieve uitwerking op uw werk.

Een nadeel voor u zou zijn dat het gesprek en de member check wat van u tijd vraagt.

Wat als u niet mee wilt doen of wilt stoppen?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. **Als u niet wilt meedoen, dan vragen wij u dat ons te laten weten.** U hoeft niet te vertellen waarom u niet mee wilt doen. U hoeft hier niets voor te tekenen.

U kunt altijd stoppen met het onderzoek. U hoeft dan niet te vertellen waarom u wilt stoppen. Is het onderzoek nog niet begonnen, dan verwijderen wij uw gegevens. Stopt u terwijl het onderzoek al bezig is? Wij nemen de gegevens die tot dan toe zijn verzameld, dan niet meer mee in het onderzoek.

Wat gebeurt er met de verzamelde gegevens?

Voor dit onderzoek zijn uw **persoonsgegevens** nodig, bijvoorbeeld om contact met u op te kunnen nemen. Het gaat om uw naam en uw emailadres.

Daarnaast verzamelen wij ook andere gegevens van u: de **onderzoeksgegevens**. Dat zijn de gegevens die nodig zijn om de vragen van het onderzoek te beantwoorden. Het gaat hierbij om uw gedeelde mening en ervaringen benoemd tijdens het interview of later vanuit de member check.

Wij gaan **vertrouwelijk** met uw gegevens om. Dat betekent dat wij uw gegevens niet geven aan andere mensen ("derden"). Daarnaast verwerken wij uw gegevens onder pseudoniem. Hieronder staat uitgelegd wat dat betekent.

Pseudonimiseren betekent dat wij in de onderzoeksgegevens uw persoonsgegevens (zoals uw naam) vervangen door een code (de sleutel). Alleen met deze sleutel kunnen de onderzoeksgegevens aan u worden gekoppeld. De sleutel, het bestand met de persoonsgegevens en het bestand met de onderzoeksgegevens bewaren wij apart van elkaar op de beveiligde server van de HAN. Alleen het onderzoeksteam kan bij de sleutel en het bestand met de persoonsgegevens.

Wij bewaren de sleutel en uw persoonsgegevens maximaal 6 maanden. De onderzoeksgegevens bewaren wij maximaal 1 jaar op de beveiligde server van de HAN]. Alleen het onderzoeksteam kan bij deze gegevens komen. Na de bewaartermijn worden alle gegevens (persoonsgegevens en onderzoeksgegevens) vernietigd.

In rapporten over het onderzoek noemen wij altijd alleen de onderzoeksgegevens en niet uw persoonsgegevens.

Bij wie kunt u terecht met vragen?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Britt Hendriks, Manon Lieve, Puck Arendsen en Shanna Roelofs van HAN University of Applied Sciences.

Heeft u vragen over het onderzoek? Die kunt u altijd stellen aan de onderzoekers. Hieronder vindt u onze contactgegevens:

Onderzoekers: Britt Hendriks, Manon Lieve, Puck Arendsen en Shanna Roelofs.

Email: Kwaliteitsproject.han.itz@gmail.com

Goed om te weten

Heeft u klachten over de manier waarop de onderzoeker met u of met uw gegevens omgaat? U kunt dit met de onderzoeker zelf bespreken. Wilt u dit niet of helpt dit niet, dan kunt u bij klachten over het gedrag van de onderzoeker contact opnemen met de vertrouwenspersoon wetenschappelijke integriteit van de HAN: Richele Wind in Nijmegen (E: richele.wind@han.nl). Bij klachten over de manier waarop de onderzoeker met uw privacy omgaat, kunt u contact opnemen met de functionaris gegevensbescherming van de HAN (E: privacy@han.nl).

Hoe nu verder? Uw beslissing

Wij hopen dat u na het lezen van deze informatiebrief genoeg weet over het onderzoek. **Doet u mee aan ons onderzoek, wilt u dan de toestemmingsverklaring schriftelijk invullen en ondertekenen?** U kunt de toestemmingsverklaring vinden in bijlage A. Wij zouden graag het toestemmingsformulier ondertekend en gescand **voor 31 oktober** ontvangen via het volgende email-adres: Kwaliteitsproject.han.itz@gmail.com. Hopelijk tot ziens bij het interview!

Bijlagen

Bijlage A: Toestemmingsverklaring

Bijlage H: Planning

Week	Activiteiten	Afspraken
Week 1 (35) 29/8-4/9		
Week 2 (36) 5/9-11/9	6/9 Kennismaking met opdrachtgever Planning maken Gezamenlijke mail aanmaken	Probleemverheldering en planning sturen opdrachtgever op vrijdag 9/09
Week 3 (37) 12/9-18/9	Inleiding Vraagstelling Doel Aanleiding <i>Mails beantwoorden stakeholders</i> <i>Lezen documenten Saskia</i>	Voor zaterdag 17/09 opdrachtgever mailen doel en vraagstelling. Feedback vanuit de klas en leercoach op de inleiding
Week 4 (38) 19/9-25/9	Fiattering vraagstelling en doel Inleiding aanvullen Brainstorm theoretisch kader	<i>Fiatteringsgesprek 19/09 met opdrachtgever</i> <i>Inleiding voor Fiattering naar eerste examiner 23/09</i>
Week 5 (39) 26/9-2/10	Theoretisch kader Terugkomen op brainstorm Les literatuur opzoeken van Puck Mail update betrokkenen sturen	Feedback vanuit de klas en leercoach op het theoretisch kader. Proces in de projectgroep doornemen.
Week 6 (40) 3/10-9/10	Allen werken aan het theoretisch kader	<i>Vrijdag 7/10 theoretisch kader naar opdrachtgever sturen.</i>
Week 7 (41) 10/10-16/10	Methode schrijven + stappen hierin over de weken verdelen Eventueel start interview (voor controle uitvoerfase)	<i>Vrijdag 14/10 methode (tot dan toe) naar opdrachtgever sturen</i> Feedback vanuit de klas en leercoach op de methode.
Week 8 (42) 17/10-23/10	Interview vragen voorbereiden dinsdag Stakeholders mailen ter voorbereiding op interviews	<i>Dinsdag 18/10 interview vragen opsturen naar opdrachtgever.</i> <i>Donderdag 20/10 doorspreken voorbereiding op uitvoerfase en bespreken theoretisch kader met de opdrachtgever.</i>
Week 9 (43) 24/10-30/10	Herfstvakantie	
Week 10 (44) 31/10-6/11	Tentamenweek Interviews afnemen Mail update betrokkenen sturen	
Week 11 (45)	Interviews afnemen	Proces in de projectgroep doornemen.

7/11-13/11	Interviews verwerken Methode verder afmaken Evaluatie+ nieuwe afspraken maken	
Week 12 (46) 14/11-20/11	Coderen Resultaten verwerken	
Week 13 (47) 21/11-27/11	Speling (Resultaten verder uitwerken)	Donderdag 24 november 11.00 gesprek over verzamelde resultaten (presentatie aan opdrachtgevers). Feedback vanuit de klas en leercoach op de resultaten.
Week 14 (48) 28/11-4/12	Discussie schrijven Update mail betrokkenen sturen	Proces in de projectgroep doornemen.
Week 15 (49) 5/12-11/12	Conclusie en aanbeveling schrijven	Feedback vanuit de klas en leercoach op de discussie. <i>Donderdag 8/12 resultaten en discussie naar opdrachtgever sturen.</i>
Week 16 (50) 12/12-18/12	Speling (Denk aan samenvatting)	Feedback vanuit de klas en leercoach op de aanbevelingen, conclusie en samenvatting. <i>Dinsdag 13/12 aanbevelingen, samenvatting en conclusie naar opdrachtgever sturen.</i> Proces in de projectgroep doornemen. 15 december gesprek met opdrachtgevers. 11.00u
Week 17 (51) 19/12-25/12	Puntjes op de i, APA, spelling, opbouw en bijlage Update mail betrokkenen sturen	Alle stukken doorlopen, Feedback opdrachtgevers toepassen. Alle stukken samenvoegen. 23/12 eigen deadline
Week 18 (52) 26/12-1/1	Kerstvakantie	
Week 19 (1) 2/1-8/1	Kerstvakantie	
Week 20 (2) 9/1-15/1		DEADLINE 9-1-2023
Week 21 (3) 16/1-22/1		
Week 22 (4)	Presentaties	27 januari.