

Mijn persoonlijk herstel

Onderzoek naar de zelfregie van CVA-cliënten
bij het ZZG Herstelhotel

Mandy Wijnen
6-6-2014



Contactgegevens

Lectoraat Neurorevalidatie	Sandra Jellema Projectleider & onderzoeker Sandra.Jellema@han.nl 024 353 1286 HAN (kamer B1.02) Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
ZZG Herstelhotel	Olaf van den Berk Projectleider & fysiotherapeut O.vandenberk@zzgzorggroep.nl 024 366 5777 ZZG Herstelhotel Boslaan 218 6561 LE Groesbeek
Afstudeerbegeleider	Nique van Overbeek Coach & begeleider Nique.vanoverbeek@han.nl HAN (kamer D5.09) Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
Auteur	Mandy Wijnen Onderzoekstudent Toegepaste Psychologie Mandywijnen@outlook.com Studentnummer: 479674
Plaats	Nijmegen
Datum	10 juni 2014

**Dit onderzoeksverslag is in afstemming met begeleiding van Sandra Jellema en Olaf van den Berk tot stand gekomen.*

Voorwoord

Bij het tot stand komen en ontwikkelen van dit onderzoek zijn een aantal mensen betrokken geweest, die het bedanken waard zijn. Het was een heel proces waarbij de hulp van anderen soms nodig was. Daarom wil ik graag de belangrijkste betrokkenen kort bedanken voor hun medewerking.

Ten eerste wil ik de opdrachtgever Sandra Jellema bedanken, voor haar ondersteuning, meedenken en kritische feedback. Daarnaast bedank ik Olaf van den Berk voor het meelopen op de afdeling, het introduceren in het ZZG Herstelhotel, het selecteren van de cliënten voor de interviews en voor de kritische feedback.

Tevens bedank ik Nique van Overbeek en mijn medestudenten, in het bijzonder Cindy Willems en Angelina van Wegberg, die me geholpen hebben wanneer ik vragen had en voor de feedback die ze gegeven hebben op het gehele traject. Ook wil ik Mart Broekkamp en Maud Jansen bedanken voor de prettige samenwerking bij het ontwikkelen en afnemen van de interviews en het online groepsgesprek.

Ten slotte de cliënten en professionals die meegewerkt hebben bij de interviews en het groepsgesprek. Zonder hen was het onderzoek er niet geweest. Ik wil hen daarom bedanken voor de tijd en moeite die ze gestoken hebben in mijn onderzoek.

Nogmaals bedankt voor iedereen die me geholpen heeft in dit proces!

Mandy Wijnen
Juni 2014

De inhoudsopgave

1. Samenvatting	5
2. De inleiding	6
2.1 ZZG Herstelhotel	6
2.2 Eigen herstel	7
2.3 Zelfregie	7
2.4 EHealth	8
2.5 Het doel	9
2.6 De onderzoeksvraag	9
2.7 Onderzoeksopzet	9
2.8 Vooruitblik onderzoeksverslag	9
3. De methode van onderzoek	10
3.1 Veldonderzoek	10
3.2 Interviews	10
3.2.1 Onderzoekspopulatie	10
3.2.2 Meetinstrument	11
3.2.3 Ervaringen tijdens interview	13
3.2.4 Data analyse	13
3.3 Groepsgesprek	13
3.3.1 Onderzoekspopulatie	14
3.3.2 Meetinstrument	14
3.3.3 Data analyse	15
3.4 Schematisch overzicht	16
4. Resultaten	17
4.1 Deelvraag 1	17
4.1.1 Zelf bepalen	17
4.1.2 Behandelen op een gelijkwaardig niveau	17
4.2 Deelvraag 2	17
4.2.1 Kennis over herstellen	18
4.2.2 Ziekte-inzicht	18
4.2.3 Vertrouwen in eigen vaardigheden	18
4.3 Deelvraag 3	18
4.3.1 Oefeningen voor herstel	18
4.3.2 Omgeving	19
4.4 Deelvraag 4	19
4.4.1 Interactie met anderen	19
4.4.2 Ondersteuning voor de cliënten	20

5. Conclusie	21
6. Aanbevelingen	23
6.1 Ondersteuning	23
6.2 EHealth	23
6.3 Revalidatieklimaat	24
6.4 Schematisch overzicht	25
7. Discussie	26
7.1 Doelgroep	26
7.2 Ziekte-inzicht	26
7.3 Non-respons	27
7.4 Vervolgonderzoek	27
8. Literatuurlijst	29
9. Bijlagen	33
9.1 Informatiebrief interview	33
9.2 Toestemmingsformulier interview	34
9.3 Interviewschema	35
9.4 Codeerformat	36
9.5 Uitnodigingsbrief groepsgesprek	37
9.6 Flyer groepsgesprek	38
9.7 Informatiebrief groepsgesprek	39
9.8 Toestemmingsformulier groepsgesprek	40
9.9 Stappenplan inschrijven forum	41
9.10 Schema groepsgesprek	43

1. Samenvatting

Dit onderzoek is gestart vanuit de vraag van het lectoraat Neurorevalidatie en het ZZG Herstelhotel te Groesbeek. Het ZZG Herstelhotel wil namelijk buiten de therapieën activiteiten aanbieden voor CVA-cliënten, waarvoor ze gemotiveerd zijn. Daarnaast willen de professionals middelen en mogelijkheden kennen om de zelfregie van de cliënten te stimuleren. Dit doel is behaald door antwoord te geven op de onderzoeksvraag: *'hoe kan het ZZG Herstelhotel de zelfregie van de CVA-cliënten (65+) stimuleren, gedurende het revalidatietraject, om buiten de therapie-uren te werken aan het herstel?'* Om antwoord te geven op deze onderzoeksvraag zijn er semigestructureerde interviews afgenomen bij de CVA-cliënten. Daarnaast heeft er een online groepsgesprek plaatsgevonden met verschillende disciplines werkend bij het ZZG Herstelhotel.

Er is gebleken dat de CVA-cliënten meer behoefte hebben aan autonomie, zodat ze zelf kunnen bepalen wat ze buiten de therapieën doen om te werken aan hun herstel. Doordat de cliënten volgens de professionals een verminderd ziekte-inzicht hebben, vinden zij dat ondersteuning nodig is bij het uitvoeren van activiteiten. Daarnaast hebben de cliënten meer vertrouwen nodig in hun eigen kunnen, hierin kunnen de begeleiders een belangrijke rol spelen. Ten slotte willen de cliënten zoveel mogelijk bezig zijn met hun herstel, maar hebben ze te weinig kennis over herstelbevorderende activiteiten. Vanuit deze conclusies zijn er drie aanbevelingen gedaan. De eerste aanbeveling is gericht op ondersteuning voor de cliënten om buiten de therapieën te werken aan hun herstel, de tweede op het inzetten van eHealth en de derde op het betrekken van de cliënten bij het doen van dagelijkse activiteiten.

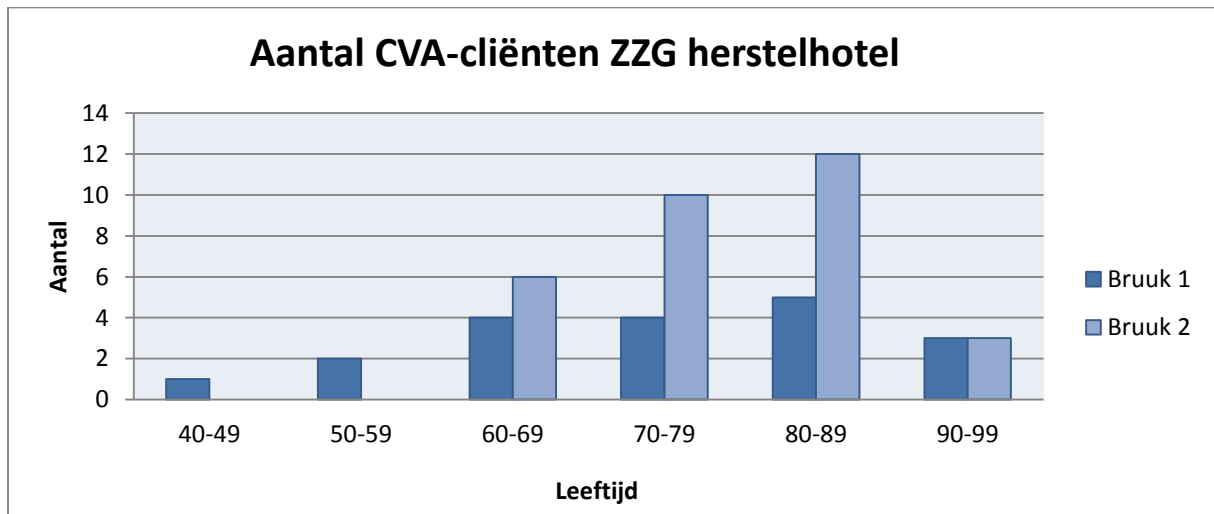
** Overal waar in dit onderzoek 'hij' geschreven staat kan ook 'zij' gelezen worden.*

2. De inleiding

Het is zeker niemand ontgaan dat de vergrijzing steeds meer toeneemt. Het aantal 65-plussers loopt op van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogtepunt van 4,7 miljoen in 2041 (Duin & Stoeldraijer, 2012). De doelgroep ouderen (65+) heeft meer kans op het krijgen van een beroerte (een ander woord voor beroerte is CVA (Cerebro Vasculair Accident)). Hierdoor neemt het aantal CVA-cliënten dat in aanmerking komt voor een revalidatietraject toe (Bos, Visser-Meily, & Exel, 2007). De revalidatiecentra moeten rekening houden met deze verandering, waardoor er mogelijk een andere aanpak nodig is. Een mogelijkheid is het stimuleren van de zelfregie bij de cliënt. Jedeloo & Leenders (2010) veronderstellen dat zelfregie ertoe leidt dat cliënten beter in staat zijn beslissingen te nemen over hun leven, waardoor minder professionele ondersteuning nodig is. Omdat het stimuleren van zelfregie bij de cliënten leidt tot minder professionele ondersteuning, is dit een mogelijkheid om de stijging van het aantal CVA-cliënten in de revalidatiecentra zo goed mogelijk te laten verlopen.

2.1 ZZG Herstelhotel

Eén van de revalidatiecentra in Nederland is het ZZG (Zorggroep Zuid Gelderland) Herstelhotel te Groesbeek, een onderdeel van de ZZG Zorggroep. Het ZZG Herstelhotel is een revalidatiecentrum gespecialiseerd in geriatrische revalidatie. Bij dit revalidatiecentrum vindt de uitvoering van dit onderzoek plaats. Bij het ZZG Herstelhotel komen cliënten om te revalideren en te herstellen na een zware operatie, een gebroken heup of een CVA. “Het ZZG Herstelhotel is opgezet volgens de principes van ‘healing environment’, een omgeving waarin mensen zich prettig voelen en die het herstel en welbevinden van mensen ten goede komt en stress vermindert” (ZZG Herstelhotel, 2014). Dit onderzoek is gericht op de afdeling Bruuk 1 en 2 (lees verder in dit onderzoek ‘Bruuk’), waar CVA-cliënten komen om te revalideren en herstellen. De onderstaande tabel (2.1) geeft een overzicht van het aantal CVA-cliënten binnen het ZZG Herstelhotel op de afdeling Bruuk. Zoals te zien in onderstaande tabel is er een stijging van CVA-cliënten vanaf 60 jaar en een piek tussen de 80-89 jaar.



Bron: patiëntpopulatie, ZZG herstelhotel, februari 2014

Tabel 2.1

Het ZZG Herstelhotel begeleidt en behandelt cliënten tijdens het revalidatietraject met verschillende disciplines, zoals een psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, specialist ouderen geneeskunde en verpleegkundige. Het ZZG Herstelhotel staat voor professionaliteit, respect voor privacy, gastvrijheid en persoonlijke aandacht (ZZG Herstelhotel, 2014). Het ZZG Herstelhotel streeft deze uitgangspunten na zodat de cliënten in staat zijn gesteld om binnen ‘een zo kort mogelijke tijd’ hun gewenste resultaat te behalen (ZZG Herstelhotel, 2014). Om de cliënten binnen ‘een zo kort

mogelijke tijd' hun gewenste resultaat te laten behalen, zeggen Maclean & Pound (2000) dat het belangrijk is om gedurende het revalidatietraject optimaal aan te sluiten bij de persoonlijke motieven en drijfveren van de cliënten.

2.2 Eigen herstel

Uit eerder onderzoek binnen het ZZG Herstelhotel, blijkt dat de CVA-clënten zelf weinig bezig zijn met het werken aan hun herstel buiten de therapie-uren (Hoeijmakers, Marcelis, & Stoter, 2013). Dat onderzoek vult eerdere onderzoeken aan, die gehouden zijn bij CVA-clënten. Uit observatieonderzoeken die de laatste 30 jaar gehouden zijn, blijkt dat CVA-clënten gedurende het revalidatietraject het grootste deel van de tijd psychisch inactief zijn (Janssen, et al., 2013). Hieruit blijkt dat de cliënten in de eerste maanden van hun revalidatieproces te weinig bezig zijn met hun eigen herstel¹. Aangezien in deze periode het meeste herstel optreedt, zijn juist deze eerste maanden na het krijgen van een CVA cruciaal (Pool, Heuvel, Ranchor & Sanderman, 2004). De CVA-clënten bij het ZZG Herstelhotel hebben naast hun therapieën, tijd om zelf met hun herstel aan de slag te gaan. De CVA-clënten doorlopen gemiddeld een revalidatietraject van 6 tot 7 weken, waarin ze per week gemiddeld 4 à 5 uur therapie hebben.

Om de CVA-clënten te stimuleren met hun eigen herstel bezig te zijn, wil het ZZG Herstelhotel buiten de therapie-uren activiteiten voor de cliënten aanbieden. Het ZZG Herstelhotel streeft ernaar de zelfregie van de CVA-clënten te stimuleren, maar een probleem is dat de professionals niet weten welke middelen ze daarvoor het beste kunnen aanbieden voor de cliënten. Daarnaast werkt iedere cliënt op zijn eigen manier aan zijn herstel. Zo kan een cliënt handelen vanuit redenen die intern gericht zijn (interesses, belangen en waarden) of vanuit externe redenen (beloning en/of erkenning) (Thow, Rafferty & Kelly, 2008). Op welke manier de cliënt handelt kan verschillende gevolgen hebben voor het leren en de persoonlijke ervaring (Thow, Rafferty & Kelly, 2008). Het is daarom belangrijk dat de professionals inzicht krijgen in de wensen van de CVA-clënten om te werken aan hun eigen herstel en de mogelijkheden/middelen die de zelfregie van de CVA-clënten kunnen stimuleren.

Janssen et al. (2013) beweren dat wanneer de activiteiten gericht zijn op cognitieve en sociale activiteiten, het herstel van de cliënten mogelijk versneld. Het ZZG Herstelhotel streeft naar het aanbieden van activiteiten op vier verschillende gebieden (sociaal, cognitief, fysiek en vaardigheden), waarvoor de CVA-clënten ook daadwerkelijk gemotiveerd zijn. Door de activiteiten te laten aansluiten bij de motivatie van de CVA-clënten, neemt de mate van zelfregie toe (Brink, 2012). Andersom geldt ook dat wanneer een cliënt zelf meer kan en mag bepalen over hoe en wanneer hij iets doet, zijn motivatie toeneemt (Wesdorp, Hooft, Duinkerken, & Geuns, 2010). Hierbij is waarschijnlijk sprake van wederzijdse beïnvloeding.

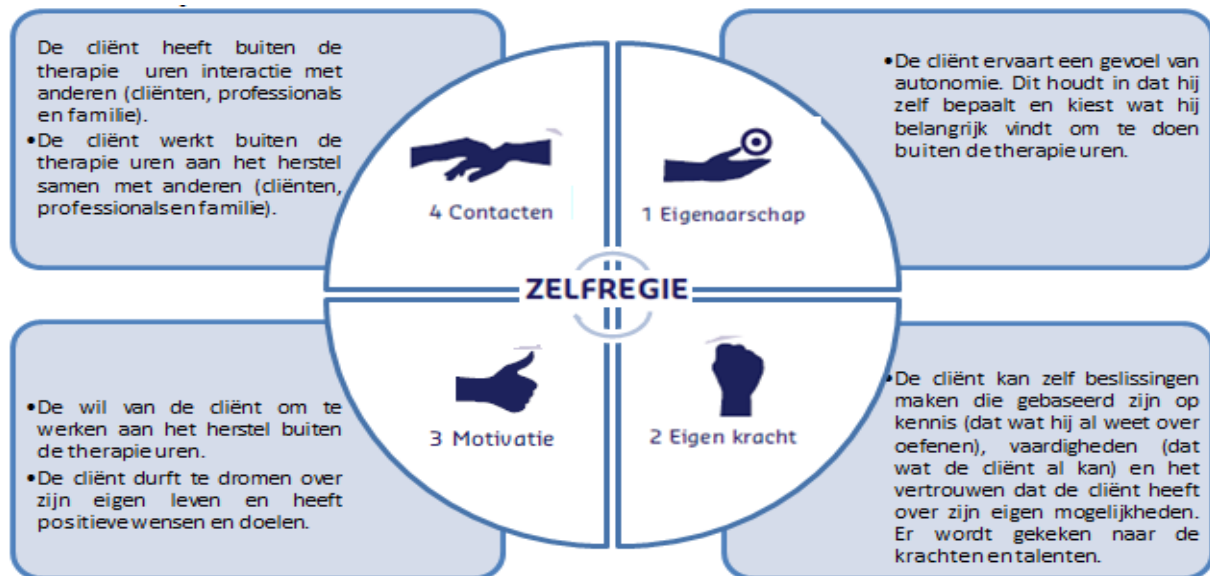
2.3 Zelfregie

Een centraal begrip binnen dit onderzoek is zelfregie. Om te zorgen voor eenduidigheid binnen dit onderzoek is het begrip zelfregie verder geoperationaliseerd. De kern van zelfregie is 'zelf bepalen' en de kernvraag die daarbij hoort is 'wat wil ik?' (Brink, 2013). Concreet betekent zelfregie: "het zelf beslissen over hoe het leven eruit ziet met eventuele (professionele) ondersteuning daarbinnen" (Brink, 2012). Gekeken naar het ZZG Herstelhotel houdt zelfregie in dat de cliënt zelf beslist over de

¹ Herstel binnen dit onderzoek houdt in dat de cliënt leert binnen een zo kort mogelijke tijd weer activiteiten te doen die hij belangrijk vindt. Daarnaast leert de cliënt in een later stadium de beperkingen horende bij een CVA in het dagelijks leven te aanvaarden.

activiteiten die hij uitvoert buiten de therapie uren, waarbij de cliënt eventueel ondersteuning krijgt van anderen (professionals, cliënten of familie). Belangrijk om hierbij te onthouden is dat het ZZG Herstelhotel de zelfregie van de CVA-clients ook kan stimuleren wanneer een cliënt ondersteuning nodig heeft (Poll, 2012; Brink, 2013). De CVA-clients hoeven niet in staat te zijn om alles zelf te doen, anderen kunnen de cliënten juist ondersteunen in hun eigen keuzes (Poll, 2012).

De belangrijkste leidraad bij zelfregie is 'motivatie', daarnaast zijn 'eigen kracht', 'contacten met anderen' en 'eigenaarschap' belangrijke hulpbronnen (Brink, 2012). In de onderstaande tabel (2.2) zijn deze dimensies, die vanuit de literatuur zijn opgesteld, verder uitgewerkt (Poll, 2012; Brink, 2013; Brink, 2012; Brink, Lucassen, Middelaar & Poll, 2012).



Tabel 2.2

Het ZZG Herstelhotel kan aansluiten bij deze begrippen, zodat ze de zelfregie bij de cliënten kunnen stimuleren. Voor het begrip 'eigenaarschap' houdt dit in dat de CVA-clients bij het ZZG Herstelhotel zoveel mogelijk de ruimte hebben om eigen keuzes te maken (Poll, 2012). Bij het aspect 'eigen kracht', is het belangrijk dat de professionals de krachten van de cliënten herkennen en benutten (Hendriksen-Favier, Nijnsens & Rooijen, 2012). Dit houdt voor het ZZG Herstelhotel in dat de professionals of begeleiders ingaan op verrichtingen die al goed gaan en niet de aandacht richten op verrichtingen die niet goed gaan. Om aan te sluiten bij de motivatie van de CVA-clients kunnen de professionals of begeleiders bij het ZZG Herstelhotel proberen om de drijfveren te achterhalen door te onderzoeken wat iemands levenszin geeft (Poll, 2012; Maclean & Pound, 2000). Door deze drijfveren te achterhalen kan het ZZG Herstelhotel activiteiten aanbieden die aansluiten bij de motivatie van de cliënten, waardoor de mate van zelfregie toeneemt (Brink, 2012). Ten slotte houdt het begrip 'contacten' in dat het ZZG Herstelhotel het (sociale) netwerk van de cliënten zoveel mogelijk kan betrekken wanneer de CVA-clients werken aan hun herstel (Poll, 2012). Betrokkenheid van anderen bij het doen van activiteiten, zijn van belang voor sneller en volledig herstel (Kubina, Dubouloz, Davis, Kessler & Egan, 2013).

2.4 EHealth

De ZZG Zorggroep experimenteert op dit moment met thuiszorgtechnologieën en zorg op afstand (ZZG Zorggroep, 2013). Om deze reden kan het ZZG Herstelhotel de mate van zelfregie bij de cliënten vergroten door ze gebruik te laten maken van eHealth (Baardman, Booys, Heldoorn, & Meulmeester, 2009). Bij het gebruik van eHealth heeft de cliënt namelijk de keuze uit applicaties die zich kunnen

richten op verschillende functies zoals spierwerking, cognitief functioneren, mobiliteit, communicatie, relaties en vrije tijd (Broeksma, 2013). EHealth is een opkomend begrip binnen de zorgsector. “EHealth is het gebruik van nieuwe informatie en communicatietechnologie, met name internettechnologieën, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (Baardman, et al., 2009). In de revalidatiezorg is eHealth voor een deel nog in ontwikkeling en tot nu toe benutten de revalidatiecentra dit nog onvoldoende (Dorresteijn, 2014). Dit geldt mogelijk ook voor het ZZG Herstelhotel, hier maken ze nog geen gebruik van eHealth.

2.5 Het doel

Om de zelfregie van de CVA-cliënten te stimuleren, is het belangrijk dat ze de juiste instrumenten krijgen zodat ze ook daadwerkelijk de regie kunnen nemen (Baardman, et al., 2009). Aangezien de professionals van het ZZG Herstelhotel niet precies weten wat ze kunnen aanbieden, is het doel van dit onderzoek: vanaf 10 juni weten de professionals van het ZZG Herstelhotel wat de CVA-cliënten gedurende het revalidatietraject motiveert om zelf te werken aan hun herstel en kennen ze middelen/mogelijkheden om de zelfregie van de cliënten te stimuleren.

2.6 De onderzoeksvraag

Dit onderzoek geeft antwoord op de onderzoeksvraag: *hoe kan het ZZG Herstelhotel de zelfregie van de CVA-cliënten (65+) stimuleren, gedurende het revalidatietraject, om buiten de therapie-uren te werken aan het herstel?* De deelvragen horende bij de hoofdvraag zijn:

1. Wat hebben de CVA-cliënten op het gebied van eigenaarschap nodig buiten de therapie-uren, om te werken aan hun herstel?
2. Wat hebben de CVA-cliënten op het gebied van eigen kracht nodig om te werken aan hun herstel, buiten de therapie-uren?
3. Wat hebben de CVA-cliënten nodig om buiten de therapie-uren gemotiveerd te zijn om te werken aan hun herstel?
4. Wat hebben de CVA-cliënten nodig op het gebied van contacten om buiten de therapie-uren te werken aan hun herstel?

2.7 Onderzoekopzet

Voor het verkrijgen van de data zijn er interviews afgenomen bij de cliënten van de Bruuk om erachter te komen wat de cliënten motiveert, om de zelfregie te bevorderen. Daarnaast is er een online groepsgesprek gehouden met de professionals. Bij dit groepsgesprek is vanuit verschillende perspectieven besproken hoe de professionals de zelfregie kunnen stimuleren bij de CVA-cliënten. Hierover is meer te lezen in het volgende hoofdstuk ‘de methode van onderzoek’.

2.8 Vooruitblik onderzoeksverslag

Het volgende hoofdstuk, de methode van onderzoek, beschrijft op welke manieren en bij welke doelgroep er onderzoek gedaan is. De uitkomsten van deze gegevens zijn verwerkt in hoofdstuk 4 ‘resultaten’. Vanuit de resultatensectie zijn in het daaropvolgende hoofdstuk de conclusies beschreven en deze conclusies zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 6 ‘aanbevelingen’. Hierin staan de aanbevelingen vanuit het onderzoek voor het ZZG Herstelhotel. Daarna volgt het hoofdstuk ‘discussie’, dit gaat over de kritische opmerkingen bij het uitvoeren van het onderzoek. Als afsluiting van het onderzoeksverslag zijn de literatuurlijst en bijlagen weergegeven.

3. De methode van onderzoek

In dit onderzoek is in kaart gebracht wat de CVA-cliënten motiveert om de zelfregie te bevorderen, gericht op het herstel buiten de therapie-uren. Hierdoor is er sprake van een beschrijvend onderzoek (Donk & Lanen, 2011). Om te komen tot de uitkomsten van het onderzoek zijn er een aantal fases doorlopen. De eerste fase bestond uit het doen van literatuuronderzoek gevolgd door de volgende fase waarin veldonderzoek gedaan is. De stappen die gemaakt zijn tijdens het veldonderzoek staan hieronder verder beschreven.

3.1 Veldonderzoek

Bij het veldonderzoek zijn er interviews afgenomen en vond er een groepsgesprek plaats bij de professionals. Het veldonderzoek is uitgevoerd in samenwerking met twee onderzoeksstudenten van de opleiding ergotherapie aan de HAN, omdat er multidisciplinair overeenkomst was tussen beide onderzoeken. Er is gekozen om op dit vlak samen te werken om de cliënten en de professionals zo min mogelijk te belasten. Daarnaast is er op deze manier kennis vanuit verschillende disciplines samengevoegd, wat voor een bredere kijk bij het veldonderzoek zorgde. Er is uitsluitend bij het verkrijgen van data samengewerkt. Het analyseren van de verkregen data gebeurde gescheiden van elkaar zodat elke discipline uiteindelijk zijn eigen draai gaf aan de uitkomsten van het onderzoek.

Aangezien de doelgroep bij de interviews en het online groepsgesprek verschilde, is dit hoofdstuk opgedeeld in verschillende paragrafen. Eerst komen de interviews aan bod en daarna het online groepsgesprek.

3.2 Interviews

Bij de interviews komt achtereenvolgend de onderzoekspopulatie, een precieze beschrijving van het meetinstrument, de ervaringen die van belang waren gedurende de interviews en de gebruikte analyse methode aan bod.

3.2.1 Onderzoekspopulatie

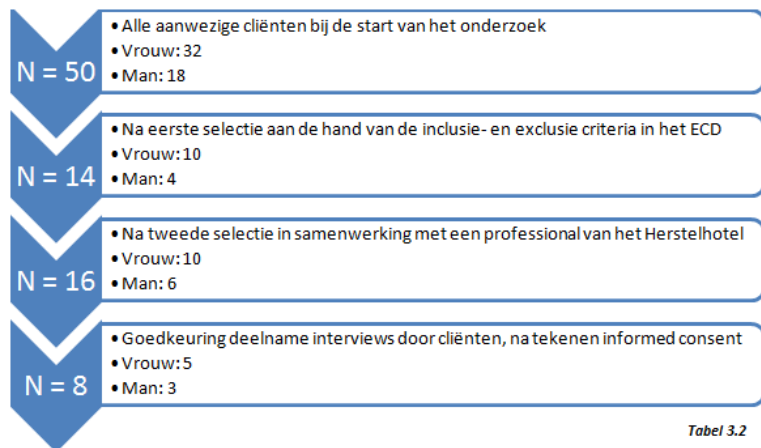
De interviews zijn afgenomen bij CVA-cliënten gedurende het revalidatietraject binnen het ZZG Herstelhotel op de afdeling 'de Bruuk'. De leeftijd van de geïnterviewde cliënten was vanaf 65 jaar. De cliënten zijn geselecteerd vanuit het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) aan de hand van vooropgestelde inclusie- en exclusiecriteria (tabel 3.1). Door het opstellen van deze criteria kan in een volgend onderzoek dezelfde doelgroep geïnterviewd worden, wat de betrouwbaarheid verhoogd (Brinkman, 2008). De cliënten zijn op een selecte wijze, doelgericht geselecteerd (Verhoeven, 2011).

Inclusie criteria	Exclusie criteria
In het cliëntdossier staat genoteerd dat de reden van opname bij de cliënt een CVA is.	De cliënt is jonger dan 65 jaar.
De cliënt geeft door middel van een ondertekend informed consent toestemming om deel te nemen aan het interview.	Naar mening van de hoofdbehandelaar, heeft de cliënt in ernstige mate last van een taal(begrip)stoornis.
De cliënt verblijft al minimaal 2 weken in het ZZG Herstelhotel zodat de cliënt bekend is met de gang van zaken gedurende het revalidatietraject.	

Tabel 3.1

Nadat de cliënten geselecteerd zijn vanuit het ECD, heeft een professional de geselecteerde cliënten nog eens beoordeeld aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria. Na de selectie is er een mail

gestuurd naar de cliëntbegeleiders van de geselecteerde cliënten met daarin een informatiebrief voor de cliënt (bijlage 9.1). De geselecteerde cliënten zijn persoonlijk benaderd door de interviewer. Tijdens deze benadering is er uitleg gegeven over het interview en zijn de vragen van de cliënten beantwoord. Wanneer de cliënten instemde met deelname aan het interview, ondertekende de cliënt en de onderzoeker een informed consent (bijlage 9.2). Er zijn in totaal 8 interviews afgenomen. Zie onderstaand schema (tabel 3.2) voor het overzicht van de selectieprocedure. Er was een non respons van 8 cliënten. Deze non respons had een aantal redenen. Na extra controle door logopedie



stagiaries, waren er 4 cliënten die beschikte over te geringe communicatiemogelijkheden om deel te nemen aan het interview. Daarnaast waren 2 cliënten overgeplaatst naar een verpleeghuis en dus niet meer aanwezig op afdeling de Bruuk bij het ZZG Herstelhotel. Ten slotte waren er 2 cliënten die geen behoefte hadden aan deelname aan een interview.

3.2.2 Meetinstrument

Gedurende het onderzoek zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. Deze interviews zijn face-to-face afgenomen omdat er via deze benadering ruimte was om moeilijke vragen toe te lichten (Baarda, Goede & Kalmijn, 2010). Daarnaast waren de non-verbale reacties van de geïnterviewde zichtbaar en was er meer tijd voor het afnemen van de interviews dan dat er bijvoorbeeld bij een telefonische benadering zou zijn (Baarda, 2009). Door semigestructureerde interviews af te nemen is er flexibel ingespeeld op de onderzoekssituatie en op de informatie die de cliënten gaven (Baarda, Goede, & Kalmijn, 2010). Hiervoor is gekozen omdat de motieven van de cliënten centraal stonden tijdens de interviews. De interviews hadden een non-directieve stijl omdat de interviewer de interviews liet leiden door de inbreng van de geïnterviewde (Hulshof, 2007). De interviewer was verantwoordelijk voor de thema's en diepgang tijdens het interview (Hulshof, 2007). Om op een doelgerichte manier te werk te gaan, zijn deze thema's van te voren opgesteld in de vorm van een interviewschema (bijlage 9.3). Om structuur te creëren tijdens het interview, is het interviewschema op een systematische manier vormgegeven door te beginnen met een inleiding, gevolgd door de kern en uiteindelijk het slot (Fischer, & Julsing, 2009). Er is eerst een proefinterview afgenomen bij één cliënt. Dit proefinterview is meteen getranscribeerd en geanalyseerd. Dit analyseren is multidisciplinair gedaan, waarnaar vragen in het interviewschema aangepast zijn. Tijdens deze aanpassing zijn de vragen concreter geformuleerd. Hierdoor is de betrouwbaarheid van het interviewschema verhoogd (Verhoeven, 2011). Hierna zijn er geen aanpassingen meer gedaan, waardoor bij elk interview dezelfde vragen afgenomen zijn. Dit verhoogde de interne validiteit van de verkregen antwoorden (Verhoeven, 2011).

Inleiding

De inleiding (bijlage 9.3) zorgde ervoor dat de geïnterviewde een duidelijk en volledig beeld kreeg van wie hem ging interviewen, wat de aanleiding was van het interview en wat het uiteindelijke doel van het interview was (Fischer, & Julsing, 2009). Daarnaast had de inleiding als doel om te wennen

aan de situatie en een prettige sfeer te creëren (Baarda, Goede & Meer, 2007). Deze prettige sfeer kwam onder andere tot uiting doordat de geïnterviewde en de interviewer in een hoek van 90 graden zaten, zodat de geïnterviewde de mogelijkheid had om weg te kijken en zich niet geforceerd hoefde te voelen als oogcontact vermeden wilde worden (Wiertzema & Jansen, 2004). Om voor een veilige sfeer te zorgen waren de interviews afgenomen op de kamers van de geïnterviewde.

Kern

De kern (bijlage 9.3) van het interview is door middel van de literatuur, die ook gebruikt is bij de operationalisering van het begrip zelfregie, tot stand gekomen. De vier factoren (eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten) die een rol spelen bij het begrip zelfregie zijn gebruikt als topics. Doordat de topics gebruikt zijn horende bij het begrip zelfregie, is er daadwerkelijk gemeten wat er beoogd werd te meten tijdens de interviews wat de validiteit verhoogde (Brinkman, 2008). Deze topics zijn ontworpen om ervoor te zorgen dat bij alle interviews dezelfde thema's besproken werden en om de belangrijkste pijlers van het begrip zelfregie te meten (Baarda, Goede, & Meer, 2007). Bij het interviewschema is elk nieuw topic ingeleid door een van te voren opgestelde open beginvraag. Om enige structuur te bieden is er naast een open beginvraag, een open doorvraag opgesteld. Het interviewschema zorgde voor houvast tijdens de afname van de interviews. Omdat de interviews zijn geleid door de inbreng van de geïnterviewde, konden de volgorde van de topics per interview verschillen (Hulshof, 2007).

Om ervoor te zorgen dat de interviewer een bruikbaar antwoord kreeg tijdens het interview, is er gebruik gemaakt van een aantal gesprekstechnieken (Fischer, & Julsing, 2009). Wanneer de geïnterviewde een vraag niet begreep is de vraag de eerste keer letterlijk herhaald, als de geïnterviewde de vraag nog niet voldoende begreep is de vraag verder toegelicht. De interviewer heeft na elk antwoord de tijd genomen om na te denken over het antwoord. Dit is gedaan door te bedenken of het antwoord bruikbaar, volledig, relevant en duidelijk was (Fischer, & Julsing, 2009). Wanneer dit niet het geval was is de gesprekstechniek doorvragen ingezet. Een andere gesprekstechniek die ingezet is, is het laten vallen van stiltes zodat de geïnterviewde de tijd gegund is om verder te praten. Daarnaast maakte de interviewer gebruik van luisteren waarbij er oogcontact gemaakt is met de geïnterviewde en de interviewer knikte en 'humde' gedurende het interview. Om te controleren of de interviewer de antwoorden begreep is er in eigen woorden een samenvatting gegeven en gevraagd om bevestiging. De houding die de interviewer aannam was neutraal, open en geïnteresseerd. Dit houdt in dat gedurende het interview geen mening gegeven is over wat de geïnterviewde vertelde, terwijl de armen en benen los van elkaar zijn gehouden en de interviewer licht voorovergebogen zat (Wiertzema & Jansen, 2004). Deze bovenstaande aspecten zijn multidisciplinair besproken, zodat elke onderzoeker gedurende het interview op dezelfde manier de vragen stelde, wist waarop gelet moest worden en eenzelfde houding aannam. Dit verhoogde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Verhoeven, 2011).

Slot

Het doel van het slot (bijlage 9.3) was om de geïnterviewde op een duidelijke manier in te lichten over wat er met de gegevens gebeurde. Om ervoor te zorgen dat het interview volledig afgesloten is en er geen vragen of meningen bleven liggen, heeft de interviewer gevraagd of er nog opmerkingen of overige vragen waren. Tot slot is de geïnterviewde hartelijk bedankt voor deelname. Op deze manier is het interview goed afgesloten (Fischer, & Julsing, 2009).

3.2.3 Ervaringen tijdens interviews

De volgende twee factoren waren van invloed op de uitkomsten van de interviews. Bij één interview was familie aanwezig, die graag hun mening wilde uitten. Deze mening was niet altijd positief en beïnvloedde de antwoorden van de geïnterviewde. Dit is zoveel mogelijk ingeperkt door duidelijk aan te geven dat de familie eventueel na het interview nog hun mening kon geven. Daarnaast had een geïnterviewde moeite om tot de kern van het verhaal te komen, waardoor er vaak niet concreet geantwoord is. Hierbij is zoveel mogelijk doorgevraagd.

3.2.4 Data-analyse

De gegevens van de interviews zijn op een multidisciplinaire manier verkregen. Na elk interview was er een terugkoppeling waarin opvallendheden zijn besproken en antwoorden met elkaar zijn vergeleken. Op deze manier zijn de interviews op dezelfde manier afgenomen. Dit verhoogde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Verhoeven, 2011). Alle interviews zijn opgenomen met een opnameapparaat en na afloop is elk interview getranscribeerd (Satink & Erp, 2009). Dit is letterlijk getranscribeerd, wat betekent dat alle woorden, inclusief de 'hummen', lange stiltes en 'uh' uitgetypt zijn, om zoveel mogelijk interpretatie te voorkomen. De geschreven transcripties zijn opgedeeld in betekenisvolle fragmenten. Deze fragmenten zijn in een Excel bestand (bijlage 9.4) gezet. Er is met behulp van een codeerformat geanalyseerd (Satink & Erp, 2009). Over elk fragment is een samenvattende zin geschreven. Deze samenvattende zinnen zijn helemaal rechts in de kantlijn geplaatst. Nadat de fragmenten en samenvattende zinnen in Excel stonden, zijn er labels gemaakt. Dit is gedaan volgens het thematisch en open coderen (Satink & Erp, 2009). Doordat er thematisch gecodeerd is in een codeerformat, is er gemeten wat beoogt werd te meten, dit verhoogde de validiteit (Brinkman, 2008). De labels die gebruikt zijn voor het 'wat' zijn vanuit de literatuur opgesteld, hierbij is gebruik gemaakt van de operationalisering van het woord zelfregie. Dit zijn dezelfde vier begrippen die als topics bij het interviewschema gebruikt zijn, namelijk eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten. Bij de labels zijn deze vier begrippen verder opgedeeld, zodat er specifiek gecodeerd is. Het 'wat' bestaat uit activiteiten op vier verschillende gebieden (cognitief, sociaal, vaardigheden, fysiek). Deze gebieden zijn onderzocht door de ergotherapiestudenten. De labels voor het 'wie' en het 'hoe' zijn vanuit de interviews opgesteld. Zo zijn personen die vaak door de cliënten genoemd zijn verdeeld over de labels. Daarnaast is bijgehouden hoe de cliënt sprak over een bepaald onderwerp, deze manieren van spreken zijn ondergebracht als labels bij het 'hoe'. Er is multidisciplinair gecodeerd, waardoor de betrouwbaarheid van de analyse is verhoogd (Boeije, 2012). Ten slotte is er gezocht naar patronen, waaruit de resultaten zijn ontstaan. Dit analyseren van patronen is in samenwerking met een mede onderzoeker gedaan waardoor de betrouwbaarheid verhoogd is (Boeije, 2012). Er is gekozen om volgens de vraagpatroonanalyse te werken zodat er gekeken is naar patronen en niet naar de geïnterviewde als individu.

3.3 Groepsgesprek

Naast het afnemen van de interviews bij de cliënten, heeft er een online groepsgesprek via een forum plaatsgevonden bij de professionals. Achtereenvolgend staat de onderzoekspopulatie beschreven, vervolgens het meetinstrument en tot slot de data analyse.

3.3.1 Onderzoekspopulatie

Het online groepsgesprek bestond uit 15 stagiaires en professionals werkend als ergotherapeut, fysiotherapeut, verzorgende, verpleegkundige, psycholoog en logopedist binnen het ZZG Herstelhotel op de afdeling 'Bruuk'. Er is gekozen voor een groepssamenstelling met verschillende disciplines, zodat er vanuit meerdere perspectieven antwoord gegeven is op de gestelde vragen. Dit verhoogde de validiteit van de verkregen antwoorden (Donk & Lanen, 2011). Bij de selectie is er een uitnodigingsbrief via de mail naar alle professionals gestuurd (bijlage 9.5). Daarnaast zijn er flyers opgehangen in het ZZG Herstelhotel om de aandacht van de verschillende professionals te trekken om deel te nemen aan het groepsgesprek (bijlage 9.6). De professionals hebben één week de tijd gehad om zich aan te melden voor het groepsgesprek. Hierbij is er sprake geweest van zelfselectie (Verhoeven, 2011). De professionals die wilde deelnemen, hebben individueel een mail ontvangen (bijlage 9.7). In deze mail stond uitleg over hoe ze zich moesten aanmelden voor het groepsgesprek (bijlage 9.9). Daarnaast hebben de deelnemende professionals een informed consent formulier ondertekend (bijlage 9.8). Door het tekenen van het informed consent formulier hebben de professionals toestemming gegeven om deel te nemen aan het groepsgesprek.

3.3.2 Meetinstrument

Gedurende dit onderzoek heeft er een online groepsgesprek plaatsgevonden via een forum. Er is gekozen voor een asynchroon online groepsgesprek. Dit houdt in dat de professionals zelf konden bepalen waar, wanneer en hoeveel tijd zij wilde besteden aan het beantwoorden van de vragen en dus wilde deelnemen aan de discussie (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). De belangrijkste reden dat hiervoor gekozen is, is dat de professionals hun eigen tijd konden indelen. Daarnaast hadden de professionals meer tijd om over de vragen na te denken en was er een hogere opkomst dan dat er bij een normale focusgroep verwacht wordt (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Om op een doelgerichte manier te werk te gaan, is er van tevoren een checklist opgesteld (bijlage 9.10). Om de anonimiteit van de professionals te waarborgen is er bij het inloggen alleen de discipline en een random getal benoemd, dat de professional van tevoren via de mail toegestuurd kreeg. Anderen konden niet zien wie wat heeft gezegd en de professionals konden dus openlijk hun mening geven, dit verhoogde de betrouwbaarheid (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Doordat elke professional een unieke inlogcode had, was het alleen voor de onderzoekers zichtbaar welke professional antwoord gaf. Hierdoor waren de gegeven antwoorden alleen afkomstig van de professionals die zich vooraf opgegeven hadden, dit verhoogde de betrouwbaarheid (Baarda, Goede & Kalmijn, 2010). Daarnaast is de validiteit verhoogd doordat er van tevoren aangegeven is dat er geen goede of foute antwoorden waren, hierdoor zijn sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk ingeperkt (Verhoeven, 2011). Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat de kwaliteit van online verkregen data niet verschilt van data verkregen door middel van een face-to-face groepsgesprek (Tates, 2010). Het online groepsgesprek is gestart in de tweede week van de interviews, om eerst een open mening van de professionals te krijgen.

Inleiding

Het online groepsgesprek is opgedeeld in een inleiding, kern en slot (bijlage 9.10). De inleiding had als doel om de professionals kennis te laten maken met het forum, kort toe te lichten wat het doel was en te wennen aan de situatie. Deze inleiding heeft plaatsgevonden op de eerste dag, zodat er genoeg tijd was voor iedereen om zich in te lezen en voor te bereiden.

Kern

De kern is vormgegeven door een van tevoren opgestelde checklist, waarin de hoofdvragen en eventuele doorvragen vooraf opgesteld stonden. Deze checklist (bijlage 9.10) vormde de leidraad gedurende het groepsgesprek. Doordat de geplaatste vraag vanuit de checklist niet meer veranderde, gaf iedere professional op exact dezelfde vraag antwoord. De vragen waren voor iedere professional hetzelfde, wat de betrouwbaarheid verhoogde (Brinkman, 2008). Deze checklist is opgesteld vanuit de onderzoeksvraag. Hierdoor kwam tijdens het groepsgesprek het begrip zelfregie aan bod. Door gebruik te maken van dezelfde thema's als in de interviews die opgesteld waren vanuit de literatuur, is er ook bij het groepsgesprek gemeten wat er beoogd werd te meten. Dit verhoogde de validiteit (Brinkman, 2008). Gedurende het groepsgesprek is er gebruik gemaakt van een aantal technieken. Zo is er gebruik gemaakt van de trechtersvolgorde, waarbij algemene vragen eerst gesteld zijn en dan de meer specifieke vragen (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Zo is er de eerste dagen ingegaan op wat de professionals zelf voor ideeën hadden over de aspecten waar rekening mee gehouden moest worden en daarna specifiek op het begrip zelfregie. De vragen zijn op een open manier geformuleerd (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). De moderator (degene die de vragen postte) ging op een interactieve en sturende wijze te werk, wat de kwaliteit en kwantiteit van de gegevens bevorderde (Groenland, 2001). Dit is gedaan door het stellen van doorvragen, wanneer antwoorden niet duidelijk waren en meer concretisering behoefde (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Het doorvragen is op een gerichte manier gedaan, door eerst samen te vatten en dan de doorvraag te stellen. Naast doorvragen is er eventueel ook om toelichting gevraagd, wat tot meer diepgang leidde (Groenland, 2002). Wanneer er onduidelijkheden waren bij de professionals is dit kort toegelicht. Gedurende het groepsgesprek had de moderator een attente en actieve houding, wat tot uiting kwam doordat de moderator persoonlijke feedback gaf over de inbreng. Dit werkte motiverend en had positieve effecten op de productiviteit van de professionals (Groenland, 2002).

Slot

Het slot had als doel om het online groepsgesprek in samenwerking met de professionals af te sluiten. Hierbij is er een duidelijke samenvatting gegeven van de uitkomsten uit het groepsgesprek. Tevens is er gevraagd of er iets anders was wat de professionals graag hadden willen zeggen (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Ten slotte zijn de professionals hartelijk bedankt voor hun deelname.

3.3.3 Data analyse

Aangezien het groepsgesprek via een online forum plaatsvond, waren alle antwoorden al uitgeschreven. Aangezien de data rechtstreeks toegankelijk was voor analyse en de mate van interpretatie ingeperkt is, is de validiteit en betrouwbaarheid van de data verhoogd (Boeije, 2012; Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Deze antwoorden zijn per deelvraag geordend in een Word bestand, zodat er een duidelijk overzicht ontstond. Hierbij stond in de eerste kolom de vraag en daarachter de antwoorden (Donk & Lanen, 2011). Zo ontstond er per persoon één kolom, waarin alle antwoorden per deelvraag stonden beschreven. Er was een laatste kolom waarin de onderwerpen samenvattend beschreven stonden, om zo te kijken welke thema's er bij meerdere deelvragen naar voren kwamen (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Er is vraag na vraag geanalyseerd wat de belangrijkste thema's waren. Hiervan zijn pakkende citaten opgeschreven. Op deze manier is er geanalyseerd volgens de methode horizontaal vergelijken (Donk & Lanen, 2011). Gedurende dit analyseproces hebben mede onderzoekers de resultaten gecheckt en van commentaar voorzien, dit verhoogde de betrouwbaarheid van het analyseren (Verhoeven, 2011; Boeije, 2012).

3.3 Schematisch overzicht

Tijdens het verzamelen van de data is er zowel gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten, verschillende doelgroepen als meerdere onderzoekers. Hierbij is er sprake van brontriangulatie, methodische triangulatie en onderzoekertriangulatie (Donk & Lanen, 2011). Hierdoor is de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten verhoogd (Verhoeven, 2011). Daarnaast is er gedurende het gehele onderzoek feedback verkregen van professionals en draagvlak gecreëerd, waardoor er vanuit meerdere perspectieven inzicht verworven is. Dit verhoogde de validiteit van het onderzoek (Donk & Lanen, 2011).

In onderstaand schema (tabel 3.4) staat schematisch per deelvraag welk meetinstrument gebruikt is, welke doelgroep onderzocht is, wanneer de deelvraag beantwoord is en welke analysemethode gebruikt is. Dit geeft een schematisch overzicht van wat hierboven besproken is.

Deelvraag	Methode	Doelgroep	Wanneer	Analysemethode
Deelvraag 1	Interview & groepsgesprek	Cliënten & professionals	02-04-2014 t/m 11-04-2014 08-04-2014 t/m 13-05-2014	Vraagpatroon & horizontaal vergelijken
Deelvraag 2	Interview & groepsgesprek	Cliënten & professionals	02-04-2014 t/m 11-04-2014 08-04-2014 t/m 13-05-2014	Vraagpatroon & horizontaal vergelijken
Deelvraag 3	Interview & groepsgesprek	Cliënten & professionals	02-04-2014 t/m 11-04-2014 08-04-2014 t/m 13-05-2014	Vraagpatroon & horizontaal vergelijken
Deelvraag 4	Interview & groepsgesprek	Cliënten & professionals	02-04-2014 t/m 11-04-2014 08-04-2014 t/m 13-05-2014	Vraagpatroon & horizontaal vergelijken

Tabel 3.3

4. Resultaten

De resultaten van de interviews en het groepsgesprek zijn in dit hoofdstuk per deelvraag beschreven. Bij elke deelvraag zijn zowel de antwoorden van de cliënten als professionals weergegeven.

4.1 Deelvraag 1

In het antwoord op de eerste deelvraag: ‘wat hebben de CVA-clienten op het gebied van eigenaarschap nodig buiten de therapie-uren, om te werken aan hun herstel?’ zijn de volgende resultaten naar voren gekomen.

4.1.1 Zelf bepalen

Op één cliënt na, geven alle cliënten aan dat ze de invulling buiten de therapie-uren zelf willen bepalen. De cliënten zijn het met elkaar eens dat dit vooral geldt wanneer er activiteiten aangeboden worden. **“Ze moeten zelf kunnen beoordelen of het de moeite waard is om daar naartoe te gaan”** (cliënt 320, p.31). Dit betekent dat de cliënten zelf willen bepalen of de activiteit bijdraagt aan hun herstel. Hierbij zijn door de cliënten wat opmerkingen gemaakt. Ze willen zelf kunnen bepalen of ze wel of niet deelnemen aan de activiteiten, hoe vaak ze daaraan deelnemen en of ze dit alleen of met andere cliënten doen.

Opvallend is dat één cliënt hier een andere mening over heeft. **“Een ander mag gerust bepalen wat ik moet doen, als ik er maar de tijd voor heb”** (cliënt 306, p.25). De cliënt vindt het niet nodig om zelf te bepalen wat hij buiten de therapie-uren doet, zolang het wel in overleg gebeurt. De cliënt heeft behoefte aan enige inspraak. In samenhang hierop hebben sommige cliënten volgens de professionals de neiging om teveel te leunen op het hotelconcept. De professionals geven hierover aan dat het hotelconcept in sommige opzichten botst met het revalidatieconcept. Hierdoor laten sommige cliënten zich teveel leiden door wat de professionals zeggen in plaats van dat ze zelf keuzes maken.

4.1.2 Behandelen op een gelijkwaardig niveau

De meerderheid van de cliënten wil op een gelijkwaardig niveau behandeld worden door de professionals. De cliënten hebben het gevoel dat de professionals niet voldoende aansluiten bij wat de cliënten willen. **“Die therapie geven zijn er volledig van overtuigd dat hun weten hoe het moet”** (cliënt 205, p.1). Uit de interviews blijkt dat de professionals de cliënten niet dom moeten houden. De cliënten willen dat de professionals op een normaal niveau met ze communiceren.

Tegenstrijdig is het gegeven dat de professionals aangeven dat ze op dit moment zoveel mogelijk aansluiten bij de wensen en doelen van de cliënten, door dit vooraf te inventariseren. Ook onderling zijn de professionals tegenstrijdig als het gaat over aansluiten bij de wensen en doelen van de cliënten. Eén professional geeft namelijk aan dat hij altijd zijn mening geeft over haalbare activiteiten, waarbij hij wel uitgaat van de wil van de cliënt. **“De uiteindelijke keuze is aan de cliënt”** (ergotherapie51). Alle professionals laten de uiteindelijke keuze aan de cliënt, waarbij sommige professionals wel eerst hun mening geven. Toch is er één professional die aangeeft de doelen wel in een realistisch kader te willen plaatsen.

4.2 Deelvraag 2

De onderstaande resultaten zijn naar voren gekomen in antwoord op de tweede deelvraag: ‘wat hebben de CVA-clienten op het gebied van eigen kracht nodig om te werken aan hun herstel, buiten de therapie-uren?’.

4.2.1 Kennis over herstellen

De meerderheid van de cliënten geeft aan niet op de hoogte te zijn van activiteiten die ze buiten de therapie-uren kunnen doen, om te werken aan hun herstel. **“Ik zou het niet weten. Ik zou niet weten wat je kan doen om vlugger te herstellen”** (respondent 306, p.24). Naast de activiteiten die ze vanuit de therapie meekrijgen, weten de cliënten niet wat ze kunnen doen om aan hun herstel te werken. De professionals zijn het hiermee eens. Volgens de meeste professionals moeten de cliënten en hun sociale netwerk, goed advies en eventueel een voorlichting krijgen over de mogelijkheden. Daarnaast vindt één professional ook dat de cliënten en hun sociale netwerk voorlichting moeten krijgen over de beperkingen die horen bij een CVA om onnodige risico's te voorkomen.

Eén cliënt geeft aan dat hij buiten de therapie uren aan handenarbeid doet en bijvoorbeeld kettingen maakt met anderen. Opvallend is dat uit de interviews blijkt dat de andere cliënten hiervan niet op de hoogte zijn.

4.2.2 Ziekte-inzicht

De meeste cliënten vertellen dat ze inzicht hebben in de handelingen die ze wel of niet meer kunnen verrichten. Wanneer ze zelf iets niet kunnen, vragen ze hulp van bijvoorbeeld een verpleegkundige. Toch wil de meerderheid van de cliënten proberen zoveel mogelijk zelfstandig te doen, eventueel met ondersteuning van een hulpmiddel.

De professionals zijn tegenstrijdig op het gebied van ziekte-inzicht bij de cliënten. Fysiotherapie⁴³ zegt: **“Het lastige in deze setting is dat er vaak een grote invloed van verminderd ziekte-inzicht is, hierdoor komt het voor dat er irreële wensen en verwachtingen bij de cliënt liggen”**. Volgens de professionals is er bij de cliënten sprake van een verminderd ziekte-inzicht, waardoor ze vaker het sociale netwerk van de cliënten erbij betrekken. De professionals willen om deze reden enige inspraak hebben bij de activiteiten die de cliënten gaan uitvoeren.

4.2.3 Vertrouwen in eigen vaardigheden

Wanneer er bij de cliënten gevraagd wordt naar vaardigheden, valt het op dat alle cliënten vooral ingaan op de vaardigheden die ze niet meer kunnen uitvoeren. **“Ik denk dat het niet vertrouwd is om mij buiten te laten lopen”** (respondent 205, p.5). De cliënten vertrouwen nog niet op hun eigen kunnen. Alle cliënten streven naar een doel en de meerderheid van de cliënten vindt het niet motiverend als een therapeut zegt dat het herstel van een lichaamsdeel niet meer verder zal vorderen.

Uit het online groepsgeprek komt niet naar voren of de professionals de cliënten wel of niet motiveren bij het uitvoeren van vaardigheden. Wel geven de professionals aan dat wanneer de cliënten ondersteund gaan worden bij het uitvoeren van de activiteiten buiten de therapie uren, deze ondersteuners de cliënten dienen te prikkelen en stimuleren.

4.3 Deelvraag 3

Om antwoord te geven op de derde deelvraag: *‘wat hebben de CVA-clianten nodig om buiten de therapie-uren gemotiveerd te zijn om te werken aan hun herstel?’*, zijn de volgende resultaten naar voren gekomen.

4.3.1 Oefeningen voor herstel

De meerderheid van de cliënten wil het liefst zoveel mogelijk bezig zijn met oefeningen, zolang dat hun herstel bevordert. Hierbij willen de cliënten dat er variatie is in de oefenmogelijkheden. Het

werken aan hun herstel moet niet altijd zo formeel zijn. “Doe dat niet te geleerd en niet het moet allemaal educatief verantwoord zijn, dat interesseert ze geen fluit. Je moet het in de schaduw van iets anders kunnen brengen” (respondent 320, p.31). Dit betekent dat de cliënten willen werken aan hun herstel, maar niet altijd door middel van oefeningen die ze krijgen bij de therapieën. De cliënten geven aan dat ze ook graag op een speelse manier aan hun herstel willen werken. De professionals zijn het met deze meerderheid van de cliënten eens. Zij vinden namelijk ook dat wanneer er activiteiten aangeboden worden, deze veranderbaar moeten zijn. Volgens de professionals kunnen de activiteiten dan per cliënt verschillen.

Eén cliënt is tegenstrijdig over het herstellen van zijn vaardigheden. Op de vraag of hij weer wil leren vaardigheden uit te oefenen, antwoordt hij: “Nou, dat zie ik niet zitten. Ik zie hier liever de basis, de mensen bij mekaar” (respondent 411, p.34). De cliënt bedoelt dat hij liever in contact is met anderen dan dat hij werkt aan zijn eigen herstel. Het thema contacten staat bij de resultaten van de vierde deelvraag verder beschreven.

4.3.2 Omgeving

Wanneer het gaat over de mogelijkheden binnen het ZZG Herstelhotel, geeft de meerderheid van de cliënten aan dat ze graag dingen willen doen die ze voorheen thuis ook deden. Het gaat om activiteiten die binnen het ZZG Herstelhotel niet mogelijk zijn. “Nouja gewoon mijn eigen leventje oppakken waar ik mee bezig was. Gezellig thuis dingen doen waar ik dan zin in heb” (respondent 207, p.20). De cliënten ervaren dat het ZZG Herstelhotel te weinig lijkt op de thuissituatie, ze kunnen hier niet de dingen uitvoeren die ze thuis wel kunnen doen.

Dit komt ook overeen met wat de professionals zeggen over het hotelconcept. Volgens de professionals botst het hotelconcept in sommige opzichten met het revalidatieconcept. Fysiotherapie⁴³ zeg: “Op dit moment is de afdeling een weinig stimulerende omgeving voor cliënten om zelfstandig activiteiten te ondernemen”. De professional zegt dat de cliënten binnen het ZZG Herstelhotel te weinig stimulatie hebben om zelfstandig activiteiten te ondernemen. Een voorbeeld dat een professional hiervoor noemt is dat het restaurant geen onderdeel is van revalidatie, terwijl de meeste cliënten thuis wel weer eten moeten maken.

4.4 Deelvraag 4

Om antwoord te geven op de vierde deelvraag: *‘wat hebben de CVA-clients nodig op het gebied van contacten om buiten de therapie-uren te werken aan hun herstel?’*, zijn de volgende resultaten beschreven.

4.4.1 Interactie met anderen

De wens die bij elke cliënt terugkomt is het hebben van sociale contacten. Wanneer het gaat over contacten binnen het ZZG Herstelhotel met andere cliënten is er sprake van ambivalentie bij de cliënten. De meeste cliënten geven aan dat ze aan de ene kant meer behoefte hebben aan contact met andere cliënten en aan de andere kant wel genoeg contacten hebben met andere cliënten. De lichamelijke klachten die de cliënten hebben spelen een rol als het gaat om contact met andere cliënten. “Contacten zou leuk zijn als ik minder pijn zou hebben, die pijn houdt zoveel tegen” (respondent 319, p.16). De cliënten ervaren soms teveel pijn of klachten om in contact te zijn met andere cliënten. Iedere cliënt heeft namelijk zijn eigen problemen. Door deze problemen vindt de meerderheid van de cliënten het soms niet fijn om met andere cliënten te praten. Een reden die de cliënten noemen is dat ze het niet prettig vinden als er teveel over ziektes wordt gepraat. Wanneer

het gaat om het contact dat de cliënten hebben met de professionals, zijn ze daar tevreden over. De cliënten vinden dat ze met de professionals genoeg contact hebben. Daarentegen geven de cliënten aan wanneer ze in contact zijn met de professionals, deze professionals ervaring nodig hebben in het werken met ouderen.

4.4.2 Ondersteuning voor de cliënten

De cliënten zijn tegenstrijdig als het gaat over de ondersteuning. De ene helft van de cliënten zegt dat ze niet meer behoefte hebben aan ondersteuning van de professionals dan dat ze op dit moment krijgen, terwijl de andere helft wel meer ondersteuning van de professionals wil. **“Ik probeer het altijd zelf zeg ik altijd, maar ja dat kan niet altijd”** (respondent 207, p.19). De cliënten die nog zoveel mogelijk zelfstandig kunnen, proberen dit ook. De cliënten die in mindere mate zelfstandig zijn, zouden juist meer ondersteuning willen hebben. Wanneer de cliënten gevraagd wordt of ze ondersteuning willen als er meer activiteiten aangeboden worden, zouden ze dat wel allemaal willen. De reden hiervoor is dat ze dan meer kunnen oefenen en samen met anderen aan hun herstel werken.

Tussen de cliënten en professionals ontstaat er enige tegenstrijdigheid. De professionals zijn het er allemaal over eens dat de cliënten meer ondersteuning nodig hebben buiten de therapie uren. **“Ik denk dat het belangrijk is dat er ondersteuning komt voor CVA-clieënten, zodat ze ook gerichte keuzes kunnen maken”** (ergotherapie51). Hierbij willen de professionals dat er meer ondersteuning komt wanneer er meer activiteiten aangeboden gaan worden buiten de therapie-uren. Volgens de professionals speelt het sociale netwerk een belangrijke rol gedurende de revalidatie. De professionals zouden het om die reden fijn vinden als het sociale netwerk een ondersteunende rol kan aannemen bij het uitvoeren van activiteiten.

5. Conclusie

Het doel van dit onderzoek is om de professionals inzicht te geven in wat de CVA-cliënten gedurende het revalidatietraject motiveert om zelf te werken aan hun herstel. Ook kennen ze middelen/mogelijkheden om de zelfregie van de cliënten te stimuleren. Dat doel is bereikt door antwoord te geven op de onderzoeksvraag: *‘hoe kan het ZZG Herstelhotel de zelfregie van de CVA-cliënten (65+) stimuleren, gedurende het revalidatietraject, om buiten de therapie-uren te werken aan het herstel?’* Vanuit de resultaten zijn onderstaande conclusies getrokken.

Uit de resultaten blijkt dat de CVA-cliënten behoefte hebben aan autonomie, zodat ze zelf kunnen bepalen wat ze buiten de therapie-uren doen om te werken aan hun herstel. Doordat de cliënten op dit moment niet geheel de mogelijkheid hebben om zelf te bepalen wat ze buiten de therapie-uren doen, neemt de motivatie van de cliënten af (Wesdorp et al., 2010). Op dit moment zeggen de professionals aan te sluiten bij de wensen en doelen van de cliënten, waardoor ze de cliënten op deze manier motiveren (Maclean & Pound, 2000). De professionals vinden dat de CVA-cliënten een beperkt ziekte-inzicht hebben, waardoor de professionals hun mening geven aan de cliënten over de haalbaarheid van het uitvoeren van activiteiten. Daarentegen herkennen de cliënten het verminderd ziekte-inzicht vaak niet bij zichzelf. Om die reden is het lastig voor de cliënten om de regie te nemen als hun initiatieven tegengehouden worden door de professionals, het werkt voor de cliënten namelijk beter als ze zelf ervaren wat ze kunnen (Kubina, et al., 2013). De cliënten hebben nu het gevoel dat de professionals het beter weten. Ondanks dat de cliënten volgens Poll (2012) zoveel mogelijk de ruimte nodig hebben om eigen keuzes te kunnen maken, wordt dit door de professionals bij het ZZG Herstelhotel nog niet altijd gedaan.

Doordat de cliënten volgens de professionals een beperkt ziekte-inzicht hebben, vinden zij dat ondersteuning voor de cliënten bij het uitvoeren van activiteiten een pre is. De cliënten zijn het hierover eens, zolang ze maar kunnen werken aan hun herstel. De professionals en begeleiders kunnen ook de zelfregie stimuleren bij cliënten die ondersteuning nodig hebben, het is belangrijk om dit te onthouden (Brink, 2013). Uit de interviews blijkt dat de cliënten meer vertrouwen in hun eigen kunnen nodig hebben. Gekeken naar de ondersteuning kan geconcludeerd worden dat de professionals en begeleiders een rol kunnen spelen bij het herkennen van de cliënt zijn krachten (Hendriksen-Favier, et al., 2012). Naast ondersteuning is interactie met andere cliënten, die dezelfde interesses hebben, een belangrijke dimensie van contacten (Kubina, et al., 2013). Dit komt ook terug in de resultaten waaruit geconcludeerd kan worden dat de cliënten meer behoefte hebben aan interactie met andere cliënten.

De cliënten hebben de behoefte om zoveel mogelijk oefeningen te doen die bijdragen aan hun herstel. Oefenen in deze eerste periode na het krijgen van een CVA is cruciaal, omdat juist in deze periode het meeste herstel optreedt (Pool, et al., 2004). Het is op dit moment voor de cliënten nog niet mogelijk om buiten de therapie-uren, naast de oefeningen die vanuit de therapie meegegeven worden, te werken aan hun herstel. Geconcludeerd kan worden dat het revalidatieklimaat binnen het ZZG Herstelhotel nog niet helemaal geschikt is. De professionals zeggen dat de cliënten teveel leunen op het hotelconcept, terwijl de cliënten zeggen dat ze binnen het ZZG Herstelhotel niet de activiteiten kunnen doen die ze voorheen thuis deden. Juist de activiteiten die de cliënten thuis deden en het leven ‘zin geven’ zijn belangrijke factoren, omdat deze factoren de cliënten motiveert om te werken aan hun herstel (Maclean & Pound, 2000; Poll, 2012). Daarnaast willen de cliënten

zoveel mogelijk zelfstandig werken aan hun herstel, zonder professionele hulp, eventueel met ondersteuning van hulpmiddelen. Sommige cliënten krijgen op dit moment nog niet de juiste hulpmiddelen of instrumenten, waardoor ze nog niet helemaal de regie kunnen nemen (Baardman, et al., 2009). Ten slotte blijkt uit de resultaten dat de cliënten geen kennis hebben over herstelbevorderende activiteiten en de mogelijkheden die het ZZG Herstelhotel aanbiedt om te werken aan hun herstel. Het is wel belangrijk dat de cliënten kennis hebben over herstelbevorderende activiteiten, omdat ze dan pas zelf beslissingen kunnen maken (Brink, 2012).

Door deze conclusies hebben de professionals van het ZZG Herstelhotel inzicht in de wensen van de cliënten en de mogelijkheden om buiten de therapie uren de zelfregie van de cliënten te stimuleren. Om het praktijkprobleem verder op te lossen zijn er vanuit deze conclusies in het volgende hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor het ZZG Herstelhotel.

6. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusies zijn onderstaande aanbevelingen gedaan voor het ZZG Herstelhotel. Nadat de drie aanbevelingen zijn beschreven volgt er een schematisch overzicht waarin een tijdsplanning, horende bij de aanbevelingen, weergegeven is.

6.1 Ondersteuning

Uit de conclusie blijkt dat de cliënten ondersteuning nodig hebben bij het werken aan hun herstel buiten de therapie-uren. Om deze reden is de eerste aanbeveling gericht op de ondersteuning voor de cliënten. Het betreft drie bijeenkomsten waarin het sociale netwerk van de cliënt en de cliënt zelf een belangrijk rol spelen. Door gebruik te maken van het sociale netwerk van de cliënt, wordt er aangesloten bij het beleid van de ZZG Zorggroep (ZZG Zorggroep, 2013). Deze bijeenkomsten bestaan uit elementen die ook terugkomen bij een Eigen Kracht Conferentie (Lieshout, Goorhuis & Verduin, 2012). Om die reden hoeft er bij elke bijeenkomst slechts één professional en vijf mensen uit het sociale netwerk aanwezig te zijn. Deze professional neemt een bescheiden rol in (Groot, Jong & Schout, 2013). Dit houdt in dat de cliënt samen met zijn sociale netwerk een plan voor de toekomst formuleert. Het blijkt uit de literatuur dat cliënten na een revalidatietraject, wanneer ze weer thuis komen, in een ‘zwart gat’ terecht komen omdat het echte revalideren pas thuis begint (Turner, Fleming, Ownsworth & Cornwell, 2008). Dit zwarte gat kan mogelijk vermeden worden door tijdens het revalidatietraject al bezig te zijn met hoe de cliënt in de toekomst samen met zijn sociaal netwerk kan werken aan zijn herstel. Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat deze ondersteuning blijft zolang als nodig is en dat het sociale netwerk de cliënt gedurende de ondersteuning motiveert om te werken aan zijn herstel (Kubina, et al., 2013).

Bij de bijeenkomsten zijn maximaal zeven personen aanwezig, dit is inclusief de cliënt en de professional. Bij het samenstellen van de sociale netwerkgroep is het belangrijk dat er een gemengde groep wordt gemaakt, dit biedt namelijk de beste vooruitzichten bij het behalen van het opgestelde plan (Groot, et al., 2013). Tijdens deze bijeenkomsten staan de wensen en motieven van de cliënten centraal. Niet de professional, maar de cliënt staat in het middelpunt. Mensen zijn namelijk zelf het beste in staat oplossingen voor hun problemen te bedenken en op deze manier de regie in eigen handen te houden (Groot, et al., 2013). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat het voor de cliënt beter werkt wanneer hij zelf zijn doel opstelt zodat hij risico's neemt om dat doel te bereiken (Kubina, et al., 2013). Het blijkt namelijk dat het voor de cliënt beter werkt om zelf te ervaren wat hij (nog) kan (Kubina, et al., 2013). Het is belangrijk dat er tijdens deze bijeenkomsten bekrachtigd wordt wat er al goed gaat bij de cliënt. Op deze manier kunnen de cliënten positief gestimuleerd raken om samen met anderen aan hun herstel te werken. Omdat er tijdens deze bijeenkomsten uitgegaan wordt van de wensen, motieven, krachten en kunnen van de cliënt, richten deze bijeenkomsten zich op het versterken van de zelfregie (Lieshout, et al., 2013).

6.2 EHealth

Zoals uit de conclusie blijkt hebben de cliënten meer kennis nodig over herstelbevorderende activiteiten en de mogelijkheden die het ZZG Herstelhotel aanbiedt. De ZZG Zorggroep experimenteert op dit moment al met thuiszorgtechnologie (bijvoorbeeld iPads), daarom is het een mogelijkheid om eHealth ook te introduceren binnen het ZZG Herstelhotel (ZZG Zorggroep, 2013). Daarnaast komt terug uit de inleiding dat het inzetten van eHealth een mogelijkheid is om de

zelfregie van de cliënten te vergroten, omdat de cliënten meer keuzemogelijkheden hebben (Baardman, et al., 2009). Door eHealth te gebruiken kunnen in het revalidatietraject verschillende mogelijkheden ingezet worden en kunnen de cliënten kennis krijgen over herstelbevorderende activiteiten en de mogelijkheden die het ZZG Herstelhotel aanbiedt. Een optie binnen de eHealth is het aanbieden van een filmpje waarin iemand uitleg geeft over herstelbevorderende activiteiten. Via deze manier kunnen de cliënten kennis vergaren. Het blijkt namelijk dat cliënten vaak maar maximaal 50% onthouden van wat een professional heeft verteld (Timmer, 2011). Tevens blijkt uit onderzoek dat schriftelijk voorlichtingsmateriaal vaak niet geschikt is voor CVA-clieënten, omdat het beter werkt om pictogrammen/filmpjes te gebruiken (Ponds, Heugten, Fasotti & Wekking, 2012). Daarnaast kan deze online informatie de mantelzorgers ondersteunen, zodat ook zij inzicht hebben in de herstelbevorderende activiteiten (Timmer, 2011). Een filmpje is ook toegankelijk op elk moment en voor iedereen (Schalken, et al., 2010). Cliënten die niet meer goed kunnen zien hebben de mogelijkheid om te luisteren en cliënten die niet goed kunnen horen kunnen ondertiteling lezen. Op deze manier krijgt de cliënt begrip en weet hij wat hij kan doen om te werken aan zijn herstel. “Voor de cliënt leidt meer begrip tot een sterker gevoelde verantwoordelijkheid voor zijn gezondheidszorg, meer tevredenheid over de zorgverlening en toegenomen kwaliteit van leven” (Timmer, 2011).

Daarnaast kunnen de cliënten door het gebruik van eHealth een overzicht krijgen van de mogelijke activiteiten die het ZZG Herstelhotel aanbiedt. Pas als de cliënt weet welke mogelijkheden er zijn, kan hij zelf bepalen wat hij wil doen om aan zijn herstel te werken. De cliënt bepaald hierin zelf wat hij buiten de therapie-uren doet om te werken aan zijn herstel, waardoor hij er in principe zelf verantwoordelijk voor is dat hij werkt aan zijn herstel (Brink, 2012). Dit sluit aan bij het beleid van de ZZG Zorggroep, dat zegt dat autonomie belangrijk is voor de ervaren kwaliteit van leven (ZZG Zorggroep, 2013). Een voordeel van eHealth is dat een overkoepelende begeleider op de hoogte kan blijven van de activiteiten die de cliënt uitvoert. Dit kan wanneer er een programma ontwikkeld wordt waarbij de cliënt kan bijhouden welke activiteiten hij gedaan heeft. Vooral bij de doelgroep CVA-clieënten, waarbij sommige cliënten een verminderd ziekte-inzicht hebben, is het een voordeel als een begeleider zicht heeft op de activiteiten die de cliënt uitvoert.

6.3 Revalidatieklimaat

Tot slot blijkt uit de resultaten dat het revalidatieklimaat binnen het ZZG Herstelhotel op dit moment niet helemaal geschikt is voor de cliënten, om zelfstandig aan hun herstel te kunnen werken buiten de therapieën. Door de bovenstaande aanbevelingen door te voeren, komt hier al verandering in. Desondanks is er nog één aspect waarover een aanbeveling gedaan wordt aan het ZZG Herstelhotel om het revalidatieklimaat zo optimaal mogelijk te maken. De cliënten hebben er namelijk baat bij als ze binnen het ZZG Herstelhotel activiteiten kunnen uitvoeren waar ze thuis ook weer mee te maken krijgen, zodat ze thuis niet ineens tegen deze problemen aanlopen (Eilander, Belle-Kusse & Vrancken, 2006). Het ZZG Herstelhotel kan de cliënten wekelijks betrekken bij het bereiden van de maaltijden, boodschappen doen, het tuinieren, producten verbouwen, klussen, wassen of schoonmaken. Met een deel van deze activiteiten oefenen de cliënten tijdens de ergotherapie, maar deze aanbeveling is erop gericht dat de cliënten deze activiteiten ook kunnen uitvoeren buiten de therapieën. De cliënt bepaalt hierin zelf waar hij aan mee wil werken, om zo de zelfregie van de cliënt te stimuleren (Brink, 2013). Wanneer de activiteiten van groot belang zijn voor de cliënt, zal hij de motivatie vinden om er ook echt voor te gaan (Kubina, et al. 2013). De ZZG Zorggroep vindt ook dat de zingeving van de cliënt voorop staat (ZZG Zorggroep, 2013). Het ZZG Herstelhotel dient wel rekening te houden met de

mogelijkheden van de cliënten, hulpmiddelen en aanpassingen zorgen namelijk voor een hoger zelfstandigheidsgevoel (Limburg, Hijdra & Cools, 1999). Zo kan bijvoorbeeld de hoogte van het aanrecht of de plantenbakken aangepast worden zodat het voor elke cliënt toegankelijk is. Daarnaast is het een idee om een winkeltje in de buurt van het ZZG Herstelhotel te creëren, zodat dit goed bereikbaar is.

De cliënten kunnen dit met ondersteuning van het sociale netwerk of eventueel de cliëntbegeleider doen, daarnaast kunnen de cliënten met elkaar samenwerken. Wanneer de cliënten samenwerken, hebben ze meer interactie met elkaar. Het blijkt uit de conclusie dat de cliënten hier ook behoefte aan hebben.

6.4 Schematisch overzicht

In onderstaand schema (6.1) staan de aanbevelingen samengevat. Hierbij staat beschreven wie het gaat implementeren en uitvoeren, voor wanneer het afgerond moet zijn en het plan kan starten.

Aanbeveling	Wie?	Wanneer?
Het ondersteunen van de cliënten, door middel van bijeenkomsten waarin het sociale netwerk van de cliënten betrokken wordt.	Het implementatieplan stelt de Toegepaste Psychologie onderzoeker op. Een professional met affiniteit en expertise op het gebied van CVA-clieñten en hun sociale netwerk, kan de bijeenkomsten leiden.	Het plan is 23 juni 2014 afgerond. De bijeenkomsten kunnen vanaf 27 juli 2014 starten.
Het inzetten van eHealth waarbij er een filmpje gemaakt wordt over herstelbevorderende activiteiten en de mogelijkheden die het ZZG Herstelhotel aanbiedt.	Onderzoeksstudenten kunnen het filmpje maken, als het getest is kunnen zij hier een implementatieplan voor schrijven.	Het plan is 2 februari 2015 afgerond. Het filmpje kan ingezet worden vanaf 2 maart 2015.
Het ontwikkelen van een eHealth programma waarbij de cliënten een duidelijk overzicht hebben van de aangeboden activiteiten. Hierbij heeft een overkoepelende professional inzicht in de activiteiten die de cliënt uitvoert.	ICT studenten kunnen een dergelijk programma ontwikkelen, hierbij kunnen de resultaten uit het onderzoek van de ergotherapiestudenten gebruikt worden. Een manager kan dit programma implementeren.	Het plan is 2 februari 2015 afgerond. Het programma kan ingezet worden vanaf 9 februari 2015.
De cliënten meer betrekken bij het doen van dagelijkse activiteiten.	Het sociale netwerk of de cliëntbegeleider kan de cliënten ondersteunen, tevens proberen de cliënten met elkaar samen te werken. Een ergotherapiestudent kan onderzoeken welke aanpassingen voor de cliënten nodig zijn.	Het plan over de aanpassingen is 29 september 2014 afgerond. De aanpassingen zijn 5 januari 2015 doorgevoerd.

Tabel 6.1

7. Discussie

In dit hoofdstuk is een kritische reflectie op het onderzoek beschreven. Daarnaast staan er adviezen voor vervolgonderzoek geformuleerd.

7.1 Doelgroep

Bij het afnemen van de interviews zijn alleen de cliënten geïnterviewd die op het gebied van cognitief functioneren geschikt waren om interviews af te nemen. De hoofdbehandelaar heeft aangegeven welke cliënten een ernstige taal(begrip)stoornis hebben. Dit betekent dat door het hanteren van dit exclusie criterium een groot deel van de cliënten (34 van de 46) niet heeft kunnen deelnemen aan het onderzoek. De groep cliënten die afgevallen is kan wel belangrijk zijn bij de uiteindelijke uitkomsten van het onderzoek, omdat ook deze groep behoort tot CVA-clieënten in het ZZG Herstelhotel. De onderzoekers zullen dan nog eens kritisch naar de inclusie- en exclusiecriteria moeten kijken, zodat ze deze criteria kunnen aanpassen om bij herhalend onderzoek een grotere doelgroep te bereiken. Bij de doelgroep CVA-clieënten met een taal(begrip)stoornis, is het waarschijnlijk moeilijk om een semigestructureerd interview af te nemen. Hierdoor is het nodig om voor een andere onderzoeksmethode te kiezen. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende methoden:

- Het afnemen van een gestructureerde vragenlijst (Belle & Zadoks, 2005). Deze vragenlijst kunnen de onderzoekers samen met de cliënten invullen. Eventueel is het mogelijk dat er een mantelzorger bij aanwezig is, om de cliënt te helpen bij het beantwoorden van de vragen.
- Aangezien communicatie voor 7% verbaal en 93% non-verbaal plaatsvindt, kunnen de onderzoekers werken met afbeeldingen en gebaren (Belle & Zadoks, 2005). De onderzoeker stelt een vraag en de cliënt kan deze beantwoorden door een of meerdere afbeeldingen aan te wijzen. Ook hier is het een mogelijkheid om de mantelzorger erbij te betrekken.
- Wanneer het mogelijk is, kunnen de cliënten hun antwoorden met behulp van een computer typen (Belle & Zadoks, 2005). Dit is natuurlijk wel afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt. In hoeverre dit een optie is, zal ingeschat moeten worden door de onderzoekers.

Het is een idee om het ontwikkelen van deze onderzoeksmethode in samenwerking met een logopedie stagiaire of logopedist te doen, aangezien zij meer kennis hebben over verschillende communicatiemogelijkheden (Ponds, et al., 2012; Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2009). Doordat de doelgroep CVA-clieënten met een taal(begrip)stoornis niet meegenomen is in dit onderzoek, zijn alleen de meningen van de CVA-clieënten met een hogere mate van zelfredzaamheid verzameld. Het is daarom de vraag in hoeverre er uitspraken gedaan kunnen worden over de gehele afdeling 'Bruuk' van het ZZG Herstelhotel. De conclusies zijn in ieder geval geldig voor de CVA-clieënten die voldoen aan de beschreven inclusie- en exclusiecriteria in het hoofdstuk 3 'de methode van onderzoek'.

7.2 Ziekte-inzicht

Zoals de professionals al eerder aangaven in het online groepsgesprek, kunnen de CVA-clieënten een verminderd ziekte-inzicht hebben (Eilander, Belle-Kusse & Vrancken, 2006; Ponds, et al., 2012; Kessels, Ponds, Spikman & Zandvoort, 2012). In dit onderzoek kan verminderd ziekte-inzicht voornamelijk van invloed zijn geweest op antwoorden van de cliënten, waarbij ze hun eigen capaciteiten moesten inschatten (Kessels et al., 2012). Aangezien de cliënten geïnterviewd zijn en

niet geobserveerd, kan de onderzoeker niet inschatten in hoeverre deze antwoorden overeenkomen met de praktijk (Ponds, et al., 2012). Tijdens het afnemen van de interviews is er geprobeerd om mantelzorgers aanwezig te laten zijn, omdat zij vaak beter kunnen inschatten wat de cliënt wel en niet meer kan (Kessels, et al., 2012). Doordat dit op korte termijn geregeld moest worden, was het niet haalbaar om de mantelzorgers bij de interviews aanwezig te laten zijn. Daarom is het voor herhalend onderzoek een idee om de mantelzorgers bij het interview te betrekken. Hierbij dienen de onderzoekers wel rekening te houden met de emotionele overbelasting van de mantelzorger of andere onderliggende (relatie) problemen (Kessels, et al., 2012). Een tegenstrijdig punt waar de onderzoekers rekening mee dienen te houden is dat de mantelzorgers te hoge verwachtingen kunnen hebben van de cliënten (Ponds, et al., 2012). Wanneer hiervan sprake is dienen de mantelzorgers geïnformeerd te worden over de gevolgen van hersenletsel en mogelijke herstelbevorderende activiteiten, om de verwachtingen bij te stellen (Ponds, et al., 2012). Hierbij kan eHealth, dat eerder beschreven is bij de aanbevelingen, een rol spelen.

7.3 Non-respons

Gedurende het online groepsgesprek waren er een aantal professionals die weinig tot niet reageerden op de gestelde vragen. Tijdens het onderzoek is er een aantal keer een reminder en een algemene mail gestuurd naar alle professionals met de mededeling dat er weer een nieuwe vraag online stond. Desondanks waren er een aantal professionals die niet reageerden, waarschijnlijk bleef het contact voor deze professionals te oppervlakkig. Er is namelijk niet, net zoals bij een normaal groepsgesprek, fysiek contact (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011).

Bij herhaling van dit onderzoek kunnen de onderzoekers deze non-respons op een aantal manieren verminderen:

- Voor aanvang van het online groepsgesprek kunnen de onderzoekers een agendapunt bij een (of meerdere) vergadering(en) zijn. Bij deze vergadering(en) kunnen de onderzoekers zich voorstellen en uitleg geven over het doel van het onderzoek. Tevens is dit een goede gelegenheid om de professionals uit te nodigen voor deelname aan het online groepsgesprek, aangezien er sprake is van persoonlijk contact (Bethlehem, 2008).
- Wanneer het online groepsgesprek gestart is, kunnen de onderzoekers het contact met de professionals onderhouden (Bethlehem, 2008). Dit contact kan onderhouden worden door bij meerdere vergaderingen aanwezig te zijn en kort de vorderingen te bespreken. Daarnaast kunnen de onderzoekers de professionals die niet reageren persoonlijk benaderen, zodat ze meer in het proces betrokken raken en het contact persoonlijker blijft.

7.4 Vervolgonderzoek

Om eHealth binnen het ZZG Herstelhotel te introduceren is vervolgonderzoek nodig. De precieze inhoud van het filmpje is namelijk nog niet bekend. De vormgeving van het programma dient nog ontwikkeld te worden en daarnaast is het nog niet duidelijk in welke mate het inzetten van eHealth de zelfregie verhoogd. Onderzoekers kunnen dit vervolgonderzoek doen door middel van een effectmeting (Verhoeven, 2011). Bij het doen van dit vervolgonderzoek kunnen de onderzoekers een aantal stappen doorlopen:

1. De onderzoekers nemen eerst een test af door middel van observatie of een zelfvragenlijst.
2. Vervolgens oriënteren de onderzoekers zich op herstelbevorderende activiteiten die mogelijk zijn bij het ZZG Herstelhotel en de mogelijkheden die het ZZG Herstelhotel aanbiedt.

3. Aan de hand van deze gegevens maken de onderzoekers een filmpje waarin ze uitleg geven over herstelbevorderende activiteiten en de mogelijkheden die het ZZG Herstelhotel aanbiedt.
4. Deze eHealthmethode kunnen de onderzoekers testen bij de op dat moment aanwezige CVA-cliënten. De mate waarin de zelfregie toeneemt kan door middel van dezelfde observatie of zelfvragenlijst beoordeeld worden, als bij de eerste test. Wanneer de mate van zelfregie toeneemt uit dit zich doordat de cliënten meer aan hun herstel werken buiten de therapie uren.
5. Wanneer blijkt dat het inzetten van eHealth positieve effecten heeft gericht op sneller herstellen, kunnen de onderzoekers deze methode implementeren in het ZZG Herstelhotel.

Naast het maken van een filmpje is het de bedoeling dat ICT studenten een programma maken waarin de mogelijke activiteiten die het ZZG Herstelhotel aanbiedt overzichtelijk staan weergegeven. De activiteiten die als uitkomsten uit het onderzoek van de ergotherapiestudenten (waarmee samengewerkt is gedurende dit onderzoek) komen, kunnen hiervoor gebruikt worden. De werking van dit programma kan na een half jaar geëvalueerd worden door middel van een evaluatieformulier. EHealth is niet geschikt voor elke CVA-cliënt, hij moet namelijk een zekere cognitieve creativiteit hebben (Eilander, et al., 2006). Hiermee dient rekening gehouden te worden. Dit kan gedaan worden door de cliënten te ondersteunen bij het bijhouden van de activiteiten die ze gedaan hebben of door aanwezig te zijn bij het afspelen van een filmpje. De mogelijkheden van eHealth zijn besproken bij het vorige hoofdstuk 6 'aanbevelingen'.

8. Literatuurlijst

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Goede, M. de, & Kalmijn, M. (2010). *Basisboek enquêteren* (3^e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers

Baarda, B., Goede, M. de, & Meer, J. van. (2007). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (2^e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baardman, J., Booy, M. de, Heldoorn, M., & Meulmeester, M. (2009). *Zelfmanagement 2.0 over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen*. Gedownload op 28 februari 2014 van, <http://www.zelfmanagement.com/downloads/541/visiedocument-zelfmanagement-2.0.pdf>

Belle, P. van, & Zadoks, J. (2005). *Methodisch ondersteunen van mensen met hersenletsel: Greep op je leven met 'hooi op je vork'*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.

Bethlehem, J. (2008). *Wegen als correctie voor non-respons*. Gedownload op 19 mei 2014 van, <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/3BFBFEC4-FA4B-4A9D-8034-DD553F813BC1/0/200805x37pub.pdf>

Boeijs, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Bos, T. van den, Visser-Meily, A., & Exel, J. van. (2007). Optimalisering van de zorg aan CVA-patiënten in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap* (50), 792-796.

Brink, C., Lucassen, A., Middelaar, M., & Poll, A. (2012). *Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties*. Gedownload op 24 februari 2014 van, <http://www.movisie.nl/publicaties/methoden-instrumenten-zelfregie-0>

Brink, C. (2012). *Werken vanuit zelfregie? Wat houdt het in?* Utrecht: MOVISIE.

Brink, C. (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*. Gedownload op 24 februari 2014 van, <http://www.movisie.nl/publicaties/zelfregie-eigen-kracht-zelfredzaamheid-eigen-verantwoordelijkheid-begrippen-ontward>

Brinkman, J. (2008). *Beroep op onderzoek: van doelgerichte onderzoekopzet tot toepasbare conclusie* (2^e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.

Broeksma, A. (2013). Apps dragen bij aan revalidatie. *Meer leren van revalidanten*, 19 (3) 16-17.

Eilander, H., Belle-Kusse, P. van, & Vrancken, P. (2006). *Hersenletsel: achtergronden en aanpak: ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.

Donk, C. van der., & Lanen, B. van. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Dorresteyn, M. (2014, Januari 28). *ICT: Nieuws*. Geraadpleegd op 22 februari 2014, Opgehaald van Zorgvisie: <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Nieuws/2014/1/E-health-onvoldoende-benut-in-revalidatiezorg-1452631W/>

Duin, C. van, & Stoeldraijer, L. (2012). *Bevolkingsprognose 2012-2060: Langer leven, langer werken*. Gedownload op 10 februari 2014 van, <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/DB34C87D-823D-49B4-AE3A-A3DE66CDCB1A/0/2012bevolkingprognoselangerlevenlangerwerken.pdf>

Fischer, T., & Julsing, M. (2009). *Onderzoeksvaardigheden*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

Groenland, E. (2002). *Online kwalitatief marktonderzoek: Theoretische en conceptuele uitdagingen*. Gedownload op 3 maart 2014 van, <http://www.moaweb.nl/kenniscentrum/jaarboeken/archief-jaarboeken-moa/2002/jaarboek-2002-03.pdf/view>

Groot, N., Jong, G. de, & Schout, G. (2013). Sociale netwerken bij eigen kracht-conferenties. *Journal of Social intervention: Theory and Practice*, 22 (3) 65-84.

Hendriksen-Favier, A., Nijens, K., & Rooijen S. van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Hoelijmakers, A., Marcelis, M., & Stoter, I. (2013). *CVActief: Hoe actief zijn CVA-patiënten van afdeling de Bruuk binnen het ZZG Herstelhotel Dekkerswald uitgedrukt in tijd gedurende een dag en welke activiteiten voeren ze uit?* (Afstudeeropdracht) Nijmegen: ZZG Herstelhotel en HAN.

Hulshof, M. (2007). *Leren interviewen*. Houten: Wolters-Noordhoff.

Janssen, H., Ada, L., Bernhardt, J., McElduff, P., Pollack, M., Nilsson, M., Spratt, N. (2013). An enriched environment increases activity in stroke patients undergoing rehabilitation in a mixed rehabilitation unit: a pilot non-randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, 1-8.

Jedeloo, S., & Leenders, J. (2010). *ZorgBasics: Zelfmanagement*. Den Haag: Boom Lemma.

Ketelaar, P., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). *Groepen in focus: in vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.

Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & Zandvoort, M. van. (2012). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Kubina, L., Dubouloz, C., Davis, C., Kessler, D., & Egan, M. (2013). The process of re-engagement in personally valued activities during the two years following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 35 (3) 236-243.

Lieshout, H. van, Goorhuis, M., & Verduin, M. (2012). *Methodebeschrijving Eigen Kracht-conferentie*. Gedownload op 22 mei 2014 van, <http://www.movisie.nl/esi/eigen-kracht-conferentie>

Limburg, M., Hijdra, A., & Cools, H.J.M. (1999). *Cerebro vasculaire aandoeningen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Maclean, N., & Pound, P. (2000). A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science & Medicine*, 495-506.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2009). *Dysartrie*. Opgehaald van Logopedie: <http://www.logopedie.nl/site/dysartrie>

Poll, A. (2012). *Werken vanuit zelfregie: hoe pak ik dat aan?* Utrecht: MOVISIE.

Ponds, R., Heugten, C. van, Fasotti, L., & Wekking, E. (2012). *Neuropsychologische behandeling*. Amsterdam: uitgeverij Boom.

Pool, G., Heuvel, F., Ranchor A. van, & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Satink, T., & Erp, M. van. (2009). *Handleiding: Transcriptie, Selectie van fragmenten, Coderen van fragmenten, Gebruik van databanken*. Gedownload op 3 maart 2014 van, <https://online.han.nl/sites/8-iss-tpn-afst/jan%2013-14/bronnen.aspx?RootFolder=%2fsites%2f8%2dISS%2dTPN%2dAFST%2fjan%2013%2d14%2fDocumenten%2fhandleidingen&FolderCTID=&View=%7b1E85C8BB%2d65F4%2d4C12%2d9E15%2d4F98DE336A85%7d>

Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van, Hoogenhuyze, C. van, Meijer, E., ... Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening: hoe onpersoonlijke contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tates, K. (2010). Online focusgroepgesprekken als methode van dataverzamelen. *KWALON: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 15(2), 40-46.

Thow, M., Rafferty, D., & Kelly, H. (2008). Exercise motives of long-term phase IV cardiac rehabilitation participants. *Physiotherapy* (94), 281-285.

Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Turner, B., Fleming, J., Ownsworth, T., & Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation* 30 (16), 1153-1176.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4^e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Wesdorp, P., Hooft, E. van, Duinkerken, G., & Geuns, R. van. (2010). *Het heft in eigen hand: Sturen op zelfsturing*. Gedownload op 10 februari 2014, van <http://onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/u0er81n2/het-heft-in-eigen-hand-sturen-op-zelfsturing.pdf>

Wiertzema, K., & Jansen, P. (2004). *Basisprincipes van communicatie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

ZZG Herstelhotel. (2014) *Patiëntenpopulatie februari 2014 CVA-cliënten Bruuk 1 en 2 ZZG herstelhotel* (tabel) Groesbeek.

ZZG Herstelhotel. (2014). *Leerwerkplaats ZZG Herstelhotel: Multidisciplinaire samenwerking en onderzoek in de praktijk* (informatiehandleiding) Groesbeek.

ZZG Zorggroep. (2013) *Vertrouwen in eigen kunnen* (Koersdocument 2013 – 2017) Groesbeek.

9.1 Informatiebrief interview

Beste heer/mevrouw,

Op dit moment zijn wij bezig met een praktijkgericht onderzoek op afdeling Bruuk binnen het ZZG Herstelhotel. Wij zijn drie studenten aan de HAN, waarvan twee van ons ergotherapie studeren en een studente toegepaste psychologie studeert. De komende tijd zullen wij regelmatig op afdeling Bruuk te vinden zijn.

Voor ons onderzoek nemen wij interviews af met bewoners die op afdeling Bruuk revalideren na een CVA te hebben doorgemaakt. We hopen dat u er daar een van zal zijn! Hieronder zal een korte omschrijving van ons onderzoek gegeven worden. Deze zal tijdens het interview mondeling verder toegelicht worden.

Doel

Uit eerder onderzoek is gebleken dat bewoners ervaren dat er te weinig activiteiten tussen de therapieën door aangeboden wordt. Wij voeren een vervolgonderzoek uit, waarbij wij op zoek zijn naar mogelijke activiteiten die aangeboden kunnen worden buiten de therapie om. Hierbij zullen wij ons richten op activiteiten die het herstel zullen bevorderen. Het is van groot belang de wensen van u als bewoner mee te nemen binnen ons onderzoek. Dit willen wij middels deze interviews te weten komen.

Wat is de meerwaarde voor u?

Met de gegevens die we uit de interviews met u halen, willen we bekijken wat we hier naast de therapie kunnen aanbieden aan activiteiten. Hoe meer bewoners meedoen aan ons onderzoek, hoe betrouwbaarder het eindproduct zal worden. Meninge, ervaringen en wensen zijn van grote waarde binnen ons onderzoek. Uiteindelijk worden er naar aanleiding van uw inbreng verschillende activiteiten opgezet, waaraan u vervolgens kunt deelnemen.

We hopen dat we u voldoende geïnformeerd hebben en dat u bereidt bent deel te nemen aan ons onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Mandy Wijnen, Mart Broekkamp en Maud Jansen

9.2 Toestemmingsformulier interview

Op dit moment loopt er een onderzoek binnen het ZZG Herstelhotel op uw afdeling. Gedurende dit onderzoek wordt er gekeken naar wat cliënten die revalideren van een CVA nodig hebben om buiten de gebruikelijke therapie uren te werken aan het herstel. Het doel van dit onderzoek is om een activiteit/product te ontwikkelen voor cliënten zoals u, dat ook daadwerkelijk aansluit bij uw wensen. Om dit doel te realiseren worden er interviews afgenomen. Tijdens deze interviews, van ongeveer 45 minuten, worden er vragen gesteld over bijvoorbeeld uw ervaringen binnen het ZZG herstelhotel en uw wensen op het gebied van herstel buiten de therapie uren.

In te vullen door de deelnemer

Hierbij verklaar ik op een duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het interview. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het interview alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Daarnaast zijn mijn vragen naar tevredenheid beantwoord.

Ik ga akkoord met het opnemen van het interview op een geluidsapparaat. Het opgenomen interview wordt uitsluitend gebruikt voor het verwerken van de gegevens en zal 4 weken na afname van het interview gewist worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit interview. Wanneer ik het interview te belastend vind, of om een andere reden niet meer deel wil nemen, heb ik het recht om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: _____ **Datum:** _____

Handtekening deelnemer: _____

In te vullen door onderzoeker

Hierbij verklaar ik zowel een mondelinge als een schriftelijke toelichting gegeven te hebben op het onderzoek én het interview. Ik heb de vragen van de deelnemer beantwoord en zal daarnaast resterende vragen beantwoorden. Alle gegeven die worden verkregen tijdens het onderzoek zullen met zorgvuldigheid worden verwerkt en uw mening blijft ten alle tijden anoniem.

Naam onderzoeker: _____ **Datum:** _____

Handtekening onderzoeker: _____

9.3 Interviewschema

Inleiding

De onderzoeker stelt zich voor en geeft uitleg over het interview. Tevens geeft de onderzoeker uitleg over wat er met de interviewgegevens gebeurt en wordt kort het toestemmingsformulier besproken. Om de cliënt te laten wennen aan de situatie stelt de onderzoeker eerst wat feitelijke vragen. Voordat het interview begint beantwoordt de onderzoeker eventuele vragen van de cliënt.

Kern

Topic	Hoofdvraag	Doorvraag	Kernwoorden
Motivatie	Als u kijkt naar uw wensen, wat zou u dan graag willen buiten de therapie uren om te werken aan uw herstel? (Wat is voor u herstel?)	Wat lijken u leuke en zinvolle activiteiten om te doen buiten de therapie uren om te werken aan uw herstel?	Positieve doelen, dromen, activiteiten, wensen
Contacten	Wat zou u graag willen op het gebied van (sociale) contacten buiten de therapie uren?	Wat zou u wensen op het gebied van ondersteuning buiten de therapie uren, van (1) professionals, (2) familie en (3) andere cliënten?	Interactie met anderen
Eigenaarschap	Wat vindt u belangrijk buiten de therapie uren?	Welke mogelijkheden zouden er voor u moeten zijn zodat u zelf kunt bepalen wat u buiten de therapie uren wil doen om te werken aan uw herstel?	Ruimte, activiteiten, ondersteuning
Eigen kracht	Wat zijn uw krachten/talenten (waar bent u echt goed in) als het gaat om herstel?	Wat heeft u nodig om meer vanuit uw eigen kracht te kunnen werken aan het herstel buiten de therapie uren?	Positieve stimulatie, middelen, ruimte, ondersteuning

Slot

De onderzoeker geeft een korte samenvatting van de besproken onderwerpen en vraagt of de cliënt nog iets wil aanvullen. Als afsluiting vraagt de onderzoeker of de cliënt een samenvatting wil van de resultaten en bedankt de cliënt voor deelname aan het interview.

9.4 Codeerformat

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP			
1	nu zelf aan de slag met cd			WIE							Wat							Zelfregie										HOE algemeen																	
2				Clïënt	Mantelzorger	Andere cliënten	Familie	Vrienden/kennissen	Zorgverleners	Overige	Activiteiten: Cognitief	Activiteiten: Fysiek	Activiteiten: Vaardigheden	Activiteiten: Sociale contacten	Ervaringen	Eigenaarschap: zelf bepalen	Eigenaarschap: zelf kiezen	Eigenaarschap: gevoel autonomie	Beslissingen: kennis	Beslissingen: vaardigheden	Beslissingen: vertrouwen eigen mogelijkheden	Motivatie: de wil	Motivatie: dromen	Motivatie: positieve wensen	Motivatie: positieve doelen	Contacten: interactie	Contacten: ondersteuning	Contacten: samenwerken	Slechte relatie	Goede relatie	Boos	Blij	Niet tevreden	Tevreden	Probleem	Oplossing	Conflict	Harmonie	Erbij neerleggen	Idee	negatief	Teleurgesteld			
3	bro	f	tekstfragment	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	samen
	205	1																																											

9.5 Uitnodigingsbrief groepsgesprek

Beste medewerkers,

We hebben uw hulp hard nodig! Zoals u waarschijnlijk al gemerkt heeft zijn wij op dit moment bezig met een (praktijkgericht) onderzoek op afdeling Bruuk binnen het ZZG Herstelhotel. Het doel van ons onderzoek is om activiteiten te ontwikkelen die aangeboden kunnen worden buiten de therapie uren om. Het is namelijk gebleken dat cliënten deze tijd vaak niet nuttig besteden. De activiteiten zijn gericht op bevordering van het herstel van de CVA cliënt.

Om tot deze activiteiten te komen zijn we opzoek naar de meningen van cliënten en u als professional. We willen uw mening en die van andere professionals inventariseren door middel van een online focusgroep. Dit houdt in dat u reageert op stellingen en vragen beantwoord. Dit online groepsgeprek zal vanaf 07-04-2014 tot en met 13-05-2014 plaatsvinden. In deze periode zit u niet vast aan ingeplande momenten, maar heeft u de vrijheid om zelf te bepalen op welke momenten u wilt reageren op onze gestelde vragen.

Door deel te nemen aan ons onderzoek draagt u bij aan het verbeteren van de zorg die het ZZG Herstelhotel kan leveren aan de cliënt. Hoe meer professionals meedoen aan ons onderzoek, hoe betrouwbaarder het eindproduct zal worden. Meninge, ervaringen en wensen zijn van grote waarde binnen ons onderzoek.

We hopen u voldoende geïnformeerd te hebben. Wilt u vóór woensdag 2 april een mailtje sturen waarin u aangeeft of u deel wilt nemen of niet. Het email adres is: poherstelhotel@outlook.com. Ook voor vragen kunt u hier bij terecht. Zodra alle deelnemers bekend zijn volgt er meer informatie.

Met vriendelijke groet,

Mandy Wijnen (toegepaste psychologie), Mart Broekkamp en Maud Jansen (ergotherapie)

9.6 Flyer groepsgeprek

Wij zijn drie studenten aan de HAN, waarvan twee van ons ergotherapie studeren en één studente toegepaste psychologie studeert. De komende tijd zullen wij regelmatig op afdeling Bruuk te vinden zijn.



E.E.I.

Enriched Environment
Investigators

Uit eerder onderzoek is gebleken dat bewoners ervaren dat er te weinig activiteiten tussen de therapieën door aangeboden wordt. Wij voeren een vervolgonderzoek uit, waarbij wij op zoek zijn naar mogelijke activiteiten die aangeboden kunnen worden buiten de therapie om. Hierbij zullen wij ons richten op activiteiten die het herstel zullen bevorderen.

Binnen 18 weken is afdeling Bruuk van ZZG Herstelhotel in Groesbeek geadviseerd over activiteiten die tussen de therapieën door aangeboden kunnen worden, om het herstel te bevorderen.

Voor goede resultaten zijn wij op zoek naar ervaringen en meningen van zowel bewoners als therapeuten. Uw inbreng is waardevol voor ons onderzoek! Mogelijk zullen we ook u benaderen voor deelname aan ons onderzoek. We hopen dat u hier voor open staat.

Activiteiten buiten therapieën om herstel te bevorderen Uw hulp is van groot belang!

Namen Onderzoekers
Mandy Wijnen, Mart Broekkamp en Maud Jansen

Contactadres voor eventuele vragen/opmerkingen : mart_broekkamp@live.nl
Ook lopen we regelmatig over de afdeling. Spreek ons gerust aan!

9.7 Informatiebrief groepsgesprek

Beste medewerker van het ZZG Herstelhotel,

Kort geleden heeft u zich opgegeven voor deelname aan ons onderzoek. Bedankt hiervoor! Door deel te nemen draagt u bij aan het verbeteren van de zorg die het ZZG Herstelhotel kan leveren aan de cliënt.

Hoe werkt het?

We willen uw mening en die van andere professionals inventariseren door middel van een online groepsgesprek. Dit houdt in dat u reageert op stellingen en vragen beantwoord. Voor het houden van dit groepsgesprek is een forum aangemaakt.

<http://pohan.boards.net/>

Voordat u daadwerkelijk deel kunt nemen aan ons onderzoek zult u zich moeten registreren voor dit forum. Deze registratieprocedure is noodzakelijk voor het veilig verzamelen van gegevens en om uw privacy te kunnen waarborgen. In de bijlage kunt u het document; "Registratie handleiding" vinden. Wij willen u vragen om deze stap voor stap te doorlopen. Deze registratie zal ongeveer 5 tot 10 minuten duren. In de handleiding staat bij stap 7 dat u een persoonlijk nummer van ons heeft ontvangen.

Uw persoonlijke nummer is: **[Hier forumcode uit deelnemerslijst invullen]**

Ook kunt u in de bijlage een toestemmingsformulier vinden. Hierin staat nogmaals kort beschreven wat de aard, methode, doel en belasting van het online groepsgesprek is. Ook wordt kort beschreven hoe wij omgaan met verkregen gegevens. Als u akkoord gaat willen wij u vragen om deze zo spoedig mogelijk te tekenen en te retourneren naar poherstelhotel@outlook.com.

Mochten er nog vragen of onduidelijkheden zijn dan kunt u altijd contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Maud Jansen, Mandy Wijnen, Mart Broekkamp

PS: Mocht u niet de mogelijkheid kunnen vinden om het toestemmingsformulier online te retourneren, dan kunnen wij het bij u op het ZZG Herstelhotel ophalen. Als dit het geval is willen wij u vragen om contact met ons op te nemen.

9.8 Toestemmingsformulier groepsgeprek

Op dit moment loopt er een onderzoek binnen het ZZG herstelhotel op uw afdeling. Gedurende dit onderzoek wordt er gekeken naar wat cliënten die revalideren van een CVA nodig hebben om buiten de gebruikelijke therapie uren te werken aan het herstel. Het doel van dit onderzoek is om een activiteit/product te ontwikkelen voor cliënten, dat ook daadwerkelijk aansluit bij de wensen van de cliënten. Om dit doel te realiseren zijn er interviews afgenomen bij de cliënten. Naast de meningen van de cliënten, zijn de meningen van de professionals ook waardevol voor de uitkomsten van het onderzoek. Daarom vindt er gedurende 4 weken een online groepsgeprek plaats, waarmee u gemiddeld ongeveer 10 minuten per dag bezig bent. Idealiter bekijkt u dagelijks het forum. De daadwerkelijke tijd die u aan dit onderzoek kwijt bent heeft u zelf in de hand. Gedurende dit online groepsgeprek worden er stellingen en vragen gesteld die u geheel anoniem in kunt vullen.

In te vullen door de professional

Hierbij verklaar ik op een duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het online groepsgeprek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het online groepsgeprek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Daarnaast zijn mijn vragen naar tevredenheid beantwoord.

Ik ga akkoord met het opslaan van de gegeven antwoorden gedurende het online groepsgeprek.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit online groepsgeprek. Wanneer ik het online groepsgeprek te belastend vind, of om een andere reden niet meer deel wil nemen, heb ik het recht om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: _____ **Datum:** _____

Handtekening deelnemer: _____

In te vullen door onderzoeker

Hierbij verklaar ik zowel een mondelinge als een schriftelijke toelichting gegeven te hebben op het onderzoek én het online groepsgeprek. Ik heb de vragen van de professional beantwoord en zal daarnaast resterende vragen beantwoorden. Het opgeslagen groepsgeprek wordt uitsluitend gebruikt voor het verwerken van de gegevens. Alle gegevens die worden verkregen tijdens het onderzoek zullen met zorgvuldigheid worden verwerkt en uw mening blijft ten alle tijden anoniem.

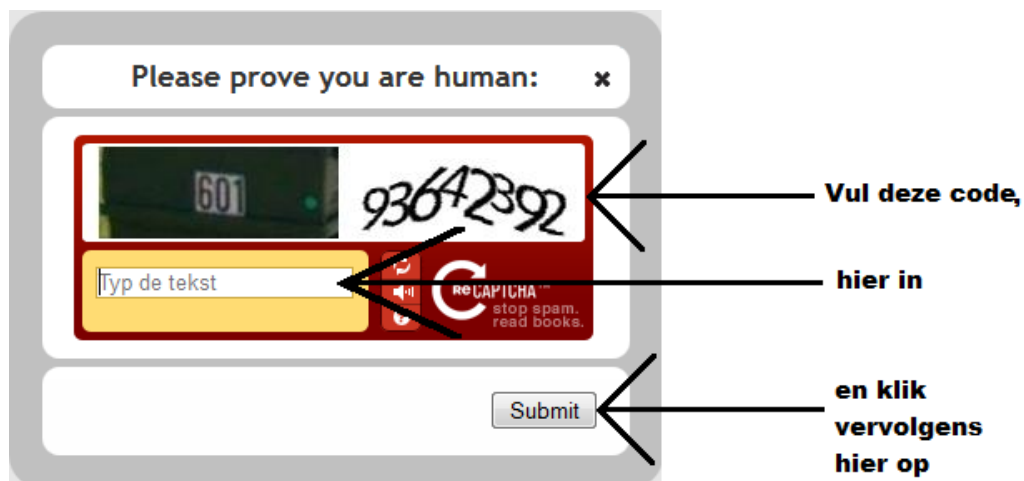
Naam onderzoeker: _____ **Datum:** _____

Handtekening onderzoeker: _____

9.9 Stappenplan inschrijven forum

Voordat u gebruik kunt maken van het forum en deel kunt nemen aan ons onderzoek zult u zich moeten registreren. Ter ondersteuning kunt u onderstaand stappenplan gebruiken om gemakkelijk en snel deze aanmeldingsprocedure doorlopen en voltooien.

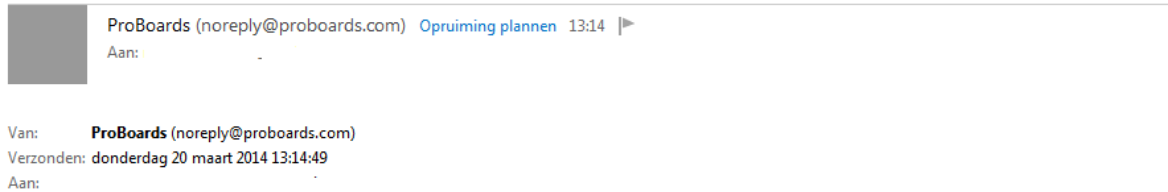
1. Ga naar pohan.boards.net
2. Klik op Register
3. Klik op de zin: 'enter your email here..' → en vul uw email adres in dat u wenst te gebruiken.
4. Klik op continue
5. Maak een wachtwoord aan bij "create password"
6. Herhaal het wachtwoord bij "Verify password"
7. Bij "your name" typt u de naam van uw discipline in en het nummer dat u van ons heeft gekregen. (Bijvoorbeeld: Ergotherapie123)
8. Vul niet uw eigen geboorte datum in, zorg er wel voor dat de datum die u invult u ouder maakt dan 13 jaar. (Dit vanwege anonimiteit)
9. Vul bij gender allemaal Male in (dit in verband met privacy en anonimiteit)
10. Als u alles hebt ingevuld klikt u weer op continue
11. Vul onder "Forum username" dezelfde naam in als bij stap 7
12. Bij "Terms of service Agreement" vinkt u het hokje aan
13. Vervolgens klikt u op Continue
14. Onderstaande afbeelding zal vervolgens in beeld komen



15. Gelukt! Uw account is aangemaakt. Nog een paar stappen en u kunt aan de slag.
16. Het forum zal nu vragen om uw account te activeren. Om dit te doen opent u de zojuist ontvangen email van ProBoards.

17. -----

ProBoards Forum Account Created



Thank you for creating your forum account at P.O. Herstelhotel!

Your activation key is: **rEGsvwrXUGh377gVhckuzrq01inzqKEg**
<https://login.proboards.com/activation/5772811?id=4342361&key=rEGsvwrXUGh377gVhckuzrq01inzqKEg>

You can log in with your username or email address when visiting this forum:
<http://pohan.boards.net>

Kopieer deze code,

18. -----

pohan.boards.net

Activate

Your account has been created!

Please check your email for your activation key. Enter your activation key to continue.

[Resend Activation Email](#)

EMAIL Change Email

mar.broekkamp@student.han.nl

ACTIVATION KEY

vrXUGh377gVhckuzrq01inzqKEg

en plak de code in deze balk

Activate ➔

19. Zodra u de code heeft gekopieerd en geplakt klikt u op Activate.

20. Als alles klopt komt er nu in beeld dat het registreren voltooid is. Er wordt vermeld dat u nog een korte bevestigingsmail krijgt. Als u vervolgens op Continue klikt word u doorverwezen naar het forum.

Mocht u vragen of problemen hebben kunt u mailen naar: poherstelhotel@outlook.com

9.10 Schema groepsgesprek

Introductie

Informatie plaatsen over het begrip zelfregie binnen het ZZG Herstelhotel en het doel van het onderzoek beschrijven.

Kern

Hoofdvraag	Doel	Tijdsperiode
Met welke aspecten dient, volgens u, rekening te worden gehouden als het gaat om het ontwikkelen van activiteiten voor CVA-patiënten tussen de therapieën door?	Inzicht krijgen in mogelijkheden van de CVA-cliënten bij het uitvoeren van activiteiten.	Vraag online gezet op 9-4-2014 en afgerond op 16-4-2014.
Hoe stimuleren jullie als professionals op dit moment de zelfregie van de CVA-cliënten?	Inzicht verkrijgen in de manier hoe de professionals op dit moment de zelfregie stimuleren.	Vraag online gezet op 6-5-2014 en afgerond op 13-5-2014.
Hoe zouden jullie in de toekomst de zelfregie van de CVA-cliënten kunnen stimuleren, gekeken naar de 4 factoren van zelfregie?	De professionals met mogelijke ideeën laten komen, zodat hier bij aangesloten kan worden in het onderzoek. Hierdoor wordt er draagvlak gecreëerd met de professionals	Vraag online gezet op 6-5-2014 en afgerond op 13-5-2014.

Afronding

Als afronding komt er één afsluitende vraag op het forum waarin alle professionals hun laatste gedachten, vragen of opmerkingen kunnen plaatsen. Zodra iedereen dit gedaan heeft zal het forum gesloten worden voor de professionals. Er zal uitgelegd worden dat het forum dan alleen nog beschikbaar is voor het onderzoeksteam.