

Samenwerken aan herstel



Een procesevaluatie van de inzet van de Interdisciplinaire Cognitieve
Behandeling methode bij Revalidatiecentrum Roessingh



Kyra Smienk - 311921
Toegepaste Psychologie



Roessingh
Centrum voor Revalidatie

Afstudeeronderzoek

Procesevaluatie van de inzet van de Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling methode bij
Revalidatiecentrum Roessingh

Student	Kyra Smienk
Studentnummer	311921
Opleiding	Toegepaste Psychologie
Hoofdstroom	Neuropsychologie
Datum	1 juli 2016
Plaats	Enschede
Organisatie	Revalidatiecentrum Roessingh (Enschede)
Opdrachtgevers	Karen Meeske – Leoni Vlutters
Saxion	
Eerste begeleider	Janneke Jolij
Tweede begeleider	Alice Klaver

Samenvatting

In september 2014 is bij Revalidatiecentrum Roessingh in Enschede een nieuwe interdisciplinaire behandelmethode van start gegaan. Deze methode, Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling, is ontwikkeld door Revalidatie Friesland. De ICB methode wordt ingezet bij cognitief ernstig aangedane patiënten die in hun revalidatieproces belemmerd worden door cognitieve stoornissen. Het bevordert de interdisciplinaire samenwerking tussen behandelaren van verschillende disciplines en geeft handvatten om patiënten een gelijkvormige, gestructureerde behandeling aan te bieden.

De doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in het uitvoeringsproces van deze behandelmethode in een nieuwe context: bij Roessingh. Dit wordt gedaan in de vorm van een procesevaluatie. Bij deze procesevaluatie zijn de sterke en zwakke kanten van het uitvoeringsproces onderzocht zoals deze worden ervaren door de behandelaren die met de ICB methode werken.

Voor dit exploratieve onderzoek is een nieuwe digitale vragenlijst ontwikkeld die afgenomen is bij 45 behandelaren van verschillende disciplines binnen de sector neurologie bij Roessingh. De vragenlijst meet verschillende aspecten van de uitvoering van de ICB methode: de programma integriteit, de mening over behandelactiviteiten en werkbaarheid, de voorwaardenscheppende doelen, het bereik en de succes- en faalfactoren.

Uit de resultaten blijkt dat een aantal onderdelen van de uitvoering van de ICB methode volgens de behandelaren naar wens verlopen. Er is volgens de behandelaren door de inzet van de ICB methode een meer gelijkvormige benaderingswijze naar patiënten toe. De ICB methode heeft ervoor gezorgd dat de behandelaren handvatten hebben om met cognitief ernstig aangedane patiënten te kunnen werken en deze patiënten hebben baat bij de inzet van de ICB methode; de strategieën beklijven beter en de behandeldoelen worden beter behaald. Over het algemeen zijn de behandelaren positief over de inzet van de ICB methode. Zij voelen zich voldoende betrokken bij het uitvoeringsproces.

Een aantal onderdelen van het uitvoeringsproces verdienen nog aandacht. Behandelaren ervaren over het algemeen dat ze (nog) te weinig ervaring hebben in de uitvoering van de ICB methode en er wordt moeite ervaren met het vertalen van de behandelplannen naar een praktische uitvoering. Er wordt volgens behandelaren te weinig tijd gegeven voor de werkzaamheden behorende tot de ICB. De methode wordt mede door deze moeilijkheden volgens de behandelaren niet consequent uitgevoerd. Er is bij behandelaren behoefte aan meer overleg over en begeleiding bij het uitvoeren van de ICB methode. Bovendien voelt de groep verpleegkundigen zich niet voldoende betrokken bij de inzet van de methode.

Er is aan Roessingh geadviseerd om tegemoet te komen aan de behoefte van behandelaren aan meer kennis en ervaring, door de patiëntgroep te vergroten. Dit kan gerealiseerd worden door meer patiënten een ICB indicatie te geven en meer scholing aan te bieden over de praktische inzet van de ICB methode. Bovendien wordt aangeraden om de behandelaren meer tijd te geven voor het uitvoeren van de ICB methode en voor het houden van meer interdisciplinaire overleggen. Hierdoor kan de consequente, gelijkvormige uitvoering van de ICB behandeling verbeterd worden. Tot slot zijn aanbevelingen gedaan om de groep verpleegkundigen meer bij het ICB traject te betrekken.

Verklarende woordenlijst

CBP	Cognitief Behandelplan. Document behorende tot de ICB methode waarin behandeldoelen en strategieën staan toegelicht die gebruikt worden in de behandeling van revalidanten (Spikman et al., 2014).
Cognitieve functie	Het geheel van processen die bij het opnemen en verwerken van informatie betrokken zijn (Kessels, Eling, Ponds, Spikman, & van Zandvoort, 2012).
Cognitieve stoornissen	Door hersenbeschadiging optredende verstoring van verstandelijke functies zoals aandacht, waarneming, taal, redeneren en geheugen (Kessels et al., 2012).
CVA	Cerebrovasculair accident. Incident waarbij acuut problemen met de doorbloeding van de hersenen plaatsvinden (Kessels et al., 2012).
Ernstig cognitief aangedane patiënten	Patiënten die door de ernst van hun cognitieve klachten verminderd leerbaar zijn en hierdoor verhinderd worden in hun herstel/revalidatie.
Effectevaluatie	Een evaluatie die gericht is op uitkomstmaten, resultaat en effectiviteit van een interventie of behandeling bij de doelgroep (Migchelbrink, 2012).
Evaluatie onderzoek	Onderzoek met als doel het beoordelen van de effecten en de effectiviteit van bijvoorbeeld een interventie, beleid, behandeling of een geleverde dienst (Robson, 2011).
ICB methode	Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling methode. Een door Revalidatie Friesland ontwikkelde behandelmethode voor de behandeling van cognitieve stoornissen (Spikman et al., 2014).
Interdisciplinair	Samenwerking waarbij professionals van verschillende disciplines een gemeenschappelijk doel nastreven (Buntinx & Bijwaard, 2004).
Multidisciplinair	Als er mensen met verschillende beroepen bij betrokken zijn (Segen, 2012).
NAH	Niet aangeboren hersenletsel. Schade aan de hersenen, ontstaan in de loop van het leven (Hersenstichting, 2016).
Procesevaluatie	Een evaluatie die gericht is op het uitvoeringsproces van een interventie of behandeling (Kok, Molleman, Saan, & Ploeg, 2015).
Revalidatie	Medische en sociale zorg om iemand, die door ziekte of letsel te maken heeft met functieverlies, weer zo goed mogelijk te leren functioneren (Ponds, van Heugten, Fasotti, & Wekking, 2010).

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie van Kyra Smienk die is geschreven ter afronding van de opleiding Toegepaste Psychologie. Het onderzoek dat wordt beschreven is uitgevoerd in opdracht van Revalidatiecentrum Roessingh in collegejaar 2015-2016.

Tijdens mijn stage bij Revalidatiecentrum Roessingh ben ik erg enthousiast geraakt over de revalidatiezorg. De manier waarop professionals (van verschillende achtergronden) met veel zorg en aandacht patiënten helpen herstellen van soms heftig letsel vind ik bijzonder. Ik ben dan ook erg blij dat ik met dit onderzoek mogelijk een steentje bij heb kunnen dragen aan het optimaliseren van deze 'tak van sport'.

Dit onderzoek zou niet in deze vorm tot stand zijn gekomen zonder de hulp van anderen. Allereerst wil ik mijn opdrachtgevers Karen Meeske en Leoni Vlutters hartelijk bedanken voor het vertrouwen dat ze in mij gesteld hebben. Verder groot woord van dank aan mijn begeleidster Janneke Jolij voor de vele adviezen, feedback en ondersteuning die ze mij gegeven heeft. Ik wil Alice klaver en de medestudenten van de afstudeerklas bedanken voor hun hulp en vooral hun feedback.

Ook woord van dank aan mijn vrienden en familie voor de emotionele ondersteuning en dank aan de gemeenteleden van de Christengemeente Joshua voor hun gebed.

In het bijzonder bedank ik mijn man Guido. Zonder zijn liefde, geduld en humor had het mij veel meer moeite gekost om de fysieke en mentale tegenslagen die ik tijdens de uitvoering van het onderzoek tegenkwam te boven te komen.

Enschede, 2016

Kyra (ten Thij-) Smienk

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 – Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Onderzoeksvraag.....	9
1.3 Doelstelling.....	9
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	11
2.1 De ICB methode.....	11
2.2 Evaluatie onderzoek	12
2.2.1 Oorsprong evaluatie onderzoek bij gedragsinterventies	12
2.2.2 Het doel van evaluatie onderzoek.....	12
2.2.3 De uitvoering van evaluatie onderzoek.....	13
2.2.4 Soorten evaluatie onderzoek	13
2.3 Procesevaluatie	14
2.4 Inhoud van procesevaluatie onderzoek	14
2.4.1 De behandeling wordt uitgevoerd volgens plan	15
2.4.2 Mening over activiteiten en werkbaarheid	15
2.4.3 Voorwaardenscheppende doelen	15
2.4.4 Bereik.....	16
2.4.5 Succes- en faalfactoren	16
2.5 Onderzoekopbouw en hypothesen	16
2.5 Conceptueel model	16
Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode	17
3.1 Onderzoeksmethode.....	17
3.2 Onderzoeksdoelgroep	17
3.3 Onderzoeksinstrument.....	17
3.3.1 Inhoud van de enquête vragen	18
3.4 Procedure	19
3.5 Analyse	19
Hoofdstuk 4 – Resultaten	20
4.1 Uitvoering en Respons.....	20
4.2 Resultaten.....	20

4.2.1 Deelvraag 1 – Wordt de ICB methode uitgevoerd zoals deze ontwikkeld is.....	20
4.2.2 Deelvraag 2 – Beoordeling behandelactiviteiten en werkbaarheid.....	22
4.2.3 Deelvraag 3 – De voorwaardenscheppende doelen	24
4.2.4 Deelvraag 4 – Het bereik van de ICB methode.....	24
4.2.5 Deelvraag 5 – De succes- en faalfactoren	25
Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen	28
5.1 Conclusies	28
5.1.1 Deelvraag 1 - Wordt de ICB methode uitgevoerd zoals deze ontwikkeld is	28
5.1.2 Deelvraag 2 - Beoordeling behandelactiviteiten en werkbaarheid.....	28
5.1.3 Deelvraag 3 - De voorwaardenscheppende doelen	29
5.1.4 Deelvraag 4 - Het bereik van de ICB methode	29
5.1.5 Deelvraag 5 - De succes- en faalfactoren	30
5.1.6 Hoofdvraag – Hoe verloopt het uitvoeringsproces van de ICB methode bij Roessingh	30
5.2 Discussie	31
5.3 Aanbevelingen	33
5.3.1 De rol van een Toegepast Psycholoog (TP'er)	35
Literatuurlijst	36
Bijlage I – Uitnodigingsmail	
Bijlage II – Eigen werk verklaring.....	
Bijlage III – Evaluatie van de opdrachtgever	
Bijlage IV – Aangeleverde stellingen	
Bijlage V – Digitale vragenlijst	

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding beschreven van het onderzoek. De geformuleerde onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen worden beschreven, en tenslotte worden de opdrachtgever en de doelstelling van het onderzoek toegelicht.

1.1 Aanleiding

In Nederland lopen jaarlijks naar schatting 160.000 mensen hersenschade op door een hersenziekte of een vorm van niet-aangeboren hersenletsel, bekend als NAH (Hersenstichting, 2016). Veelvoorkomende aanleidingen voor het oplopen van hersenletsel zijn het ondergaan van een cerebrovasculair accident (CVA) of het oplopen van traumatisch hersenletsel. Respectievelijk krijgen jaarlijks 41.000 Nederlanders te maken met een CVA en 85.000 Nederlanders met traumatisch hersenletsel (Kessels et al., 2012). Een deel van de patiënten overlijdt. Dit aantal wordt echter steeds kleiner door betere zorg, waardoor het aantal patiënten dat moet leren leven met de gevolgen van het letsel ieder jaar toeneemt (Koopman, Vaartjes, van Dis, Visser, & Bots, 2014). Deze gevolgen lopen sterk uiteen en zijn afhankelijk van de hersengebieden die zijn aangedaan. In de meeste gevallen gaat het om uitval in cognitieve functie. Dit kan binnen alle mogelijke functiedomeinen voorkomen en er kan een combinatie zijn van uitval op meerdere cognitieve functies (Kessels et al., 2012).

Een deel van de patiënten functioneert door deze klachten niet (voldoende) meer om zelfstandig te zijn, waarna ze doorverwezen worden naar verpleeghuizen en/of revalidatiecentra. Bij traumatisch hersenletsel is dit het geval bij 10% van de patiënten (Ribbers, 2007). Het is van belang dat deze patiënten kwalitatieve zorg ontvangen die hen kan helpen zelfstandig(er) te leren functioneren in de maatschappij, zodat zij in de toekomst minder hulpbehoevend zijn. Een manier om dit te doen is het inzetten van een multidisciplinair behandelteam (Ponds et al., 2010). Door het inzetten van een dergelijk behandelteam kan een patiënt gelijktijdig gespecialiseerde hulp ontvangen voor de verschillende cognitieve of lichamelijke functies die aangedaan zijn, waardoor een holistische behandeling gegeven wordt (Cicerone et al., 2000).

Het effectief multidisciplinair samenwerken is voor behandelaren binnen de revalidatiezorg niet altijd een gemakkelijke opgave. Om deze samenwerking te optimaliseren is er vanuit Revalidatie Friesland een nieuwe behandelmethode samengesteld: Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling (of ICB) (Spikman et al., 2014). Deze methode wordt ingezet bij revalidanten die in hun revalidatieproces belemmerd worden door (ernstige) cognitieve stoornissen. Volgens de ICB methode is het van belang dat deze revalidanten door behandelaren van verschillende disciplines op een gelijkvormige manier behandeld en benaderd worden. De ICB methode helpt multidisciplinaire behandelteams om dit te realiseren en op deze manier interdisciplinair samen te werken.

Het doel van de ICB methode is tweedelig. Ten eerste zorgt de methode ervoor dat de behandelaren allemaal dezelfde inhoudelijke begrippen kennen en gebruiken die te maken hebben met cognitieve stoornissen, beperkingen en de daarbij horende cognitieve behandeling om zo inhoudelijk op één lijn te komen (Spikman et al., 2014). Ten tweede is de ICB methode bedoeld om medewerkers handvatten te geven om op een gelijkvormige en constructieve manier met ernstig cognitief aangedane revalidanten te kunnen werken (Spikman et al., 2014).

In september 2014 is revalidatiecentrum Roessingh in Enschede begonnen met de inzet van de ICB methode. Inmiddels is het grootste deel van het personeel dat werkzaam is binnen de sector neurologie bij Roessingh geschoold in deze behandelmethode. De ICB wordt momenteel in de praktijk ingezet. De methode is succesvol opgestart en over het algemeen zijn behandelaren en revalidanten tevreden (Tubantia, 2016). Nu de methode meer dan een jaar in gebruik is genomen beginnen er vragen te komen vanuit het management en de revalidatieartsen over het uitvoeringsproces en het verloop van de ICB. Zij vragen zich af of de methode door de medewerkers op een juiste en effectieve wijze wordt ingezet. Ze willen weten of de methode de medewerkers daadwerkelijk helpt om op een eenduidige manier betere revalidatiezorg te bieden aan revalidanten met ernstige cognitieve beperkingen. Kortom, ze vragen zich af of de methode op een juiste manier vertaald is naar de praktijk binnen Roessingh.

Deze vertaalslag is pas gemaakt wanneer de ICB methode succesvol en effectief ingezet wordt. Hierbij is het essentieel dat alle betrokken behandelaren de methode goed begrijpen, deze op een juiste manier inzetten en er effectief mee werken (Ponds et al., 2010). Om te achterhalen of hieraan voldaan wordt, is informatie nodig over het uitvoeringsproces van de ICB methode bij Roessingh. Deze informatie is momenteel niet bekend, omdat er geen vorm van follow-up plaatsvindt na afloop van de aangeboden scholing. Bovendien is onbekend hoe het werken met de ICB methode door de behandelaren ervaren en gewaardeerd wordt. Er is een evaluatie nodig over het uitvoeringsproces van de ICB methode vanuit het oogpunt van de behandelaren om deze informatie te verkrijgen.

De evaluatie van de inzet van de ICB methode bij Roessingh is van grote klinische relevantie voor zowel Roessingh, de behandelaren als de revalidanten. Het revalidatiecentrum heeft tijd en geld gestoken in de implementatie, de scholing van werknemers en de uitvoering ervan. Wanneer de ICB methode goed functioneert kan het revalidatiecentrum rendement zien op deze investering en kwaliteitszorg garanderen. Voor behandelaren is het van belang dat de doelen van de ICB methode gerealiseerd worden zodat zij optimaal interdisciplinair samen kunnen werken en ook daadwerkelijk de handvatten krijgen om beter met de desbetreffende revalidanten te kunnen werken. Hierdoor wordt de zorg verbeterd, wat van groot belang is voor de revalidanten die het betreft. Gezien het toenemende aantal patiënten is het van belang dat deze groep optimale zorg ontvangt.

De projectgroep die de methode heeft aangedragen en de kar heeft getrokken bij de implementatie ervan, heeft niet de middelen en de tijd om een onderzoek op te zetten om deze evaluatie uit te voeren. Dit is de reden dat er extern hulp is gezocht bij het beantwoorden van bovengenoemde vragen.

De resultaten van de evaluatie zullen duidelijk maken welke processen momenteel goed functioneren en welke minder goed functioneren. Op basis van deze resultaten worden aanbevelingen gedaan om de inzet van de ICB methode binnen Roessingh waar nodig te verbeteren en te optimaliseren. Het doel hiervan is het optimaliseren van de interdisciplinaire samenwerking ten behoeve van de behandelaren en uiteindelijk het verbeteren van de zorg die geboden wordt aan de ernstig cognitief aangedane revalidanten.

1.2 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van het onderzoek zoals deze voortvloeit uit bovengenoemde problematiek luidt:

Hoe verloopt het uitvoeringsproces van de Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling methode bij revalidatiecentrum Roessingh volgens de behandelaren?

Om deze vraag te beantwoorden wordt een evaluatie uitgevoerd die zich richt op het uitvoeringsproces. Een evaluatie als deze wordt aangeduid met de term procesevaluatie. Deze vorm van evaluatie kan in kaart brengen hoe de medewerkers hun werkzaamheden binnen de ICB methode uitvoeren en ervaren (Kok et al., 2015; Movisie, 2014). Aangezien de behandelaren ervaringsdeskundigen zijn over de manier waarop de ICB methode functioneert is het van belang om de procesevaluatie vanuit hun perspectief uit te voeren.

Bij de procesevaluatie zal gebruik gemaakt worden van de evaluatiemethode zoals deze wordt beschreven in 'Handboek Preffi 2.0' (Kok et al., 2015). Deze methode beschrijft zes hoofdonderwerpen van een succesvolle procesevaluatie. De meest relevante onderwerpen zijn in overleg met de opdrachtgever uitgekozen en vormen de basis van de hieronder geformuleerde deelvragen.

De hoofdvraag wordt beantwoord door de volgende vijf deelvragen:

1. In welke mate wordt volgens de behandelaren de ICB methode uitgevoerd zoals deze ontwikkeld is?
2. Hoe worden de behandelactiviteiten van de ICB beoordeeld door de behandelaars?
3. Zijn alle voorwaardenscheppende doelen gerealiseerd volgens de behandelaars?
4. Wat is het bereik van de ICB methode volgens de behandelaars?
5. Wat zijn de succes- en faalfactoren van de ICB methode volgens de behandelaars?

1.3 Doelstelling

Opdrachtgever

Revalidatiecentrum Roessingh is gespecialiseerd in revalidatiekundige behandeling en zorg. Er zijn behandelprogramma's voor allerlei diagnosegroepen. Doelgroep van Roessingh is revalidanten; mensen met verschillende aandoeningen waar revalidatie bij gewenst is. Hierbij is te denken aan mensen met een aangeboren afwijking, een ziekte of een ongeval (Roessingh, 2016).

Er zijn in dit primaire proces verschillende disciplines werkzaam. Deze disciplines (en corresponderende 'afdelingen') zijn: bewegingsagogie, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, psychologie, verpleging, medische hulp, maatschappelijk werk en activiteiten therapie. Iedere discipline verricht de eigen activiteiten en/of therapieën die van belang zijn binnen het revalidatieproces van de patiënt. De verschillende disciplines worden bij het revalidatieproces betrokken wanneer deze relevant zijn voor de klachten van de patiënt.

Roessingh bestaat uit vier organisatorische eenheden, de zogenaamde sectoren (Roessingh, 2015). Een sector bestaat uit behandelaars, revalidatieartsen en verpleging/verzorging. Elke eenheid wordt aangestuurd door een procesmanager en een medisch coördinator. Elke sector bestaat uit een aantal patiëntenstromen die gekoppeld zijn aan een bepaalde diagnose of doelgroep. Binnen deze sectoren zijn de verschillende disciplines werkzaam die binnen Roessingh aanwezig zijn. De verschillende sectoren zijn: Sector 1: Kinderrevalidatie, Sector 2: Orthopedie en Pijn, Sector 3: Neurologie en Sector 4: Roessingh Arbeid. Alleen behandelaars binnen sector 2 werken met de ICB methode, aangezien binnen deze sector volwassen revalidanten voorkomen die cognitief ernstig beperkt zijn.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de manier waarop het uitvoeringsproces verloopt van de ICB methode bij revalidatiecentrum Roessingh volgens de behandelaren. Er wordt onderzocht welke processen bij de uitvoering van de ICB methode volgens de behandelaren goed lopen en welke processen minder goed lopen. De sterke en zwakke kanten van het gebruik, de uitvoering en het effect worden hiermee aan het licht gebracht.

Op basis van de resultaten van de procesevaluatie en informatie die bij het onderzoek wordt verzameld worden aanbevelingen gedaan om de inzet van de behandelmethode te verbeteren en optimaliseren. Op basis van deze aanbevelingen zullen, waar nodig, door de psychologen en de werkgroep cognitieve revalidatie (opdrachtgevers) veranderingen uitgevoerd worden om de inzet van de ICB methode te verbeteren. Er wordt bovendien uitgezocht voor welke processen de medewerkers meer ondersteuning, begeleiding en eventueel scholing nodig hebben, zodat hierin voorzien kan worden.

De onderzoeksgegevens worden gepresenteerd aan alle medewerkers die werken met de behandelmethode om zo ook aan hen het overzicht te geven over het uitvoeringsproces van de methode onder directe collega's en collega's binnen andere disciplines. De resultaten zijn bestemd voor intern gebruik, aangezien het alleen medewerkers van Roessingh betreft.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal relevante en verdiepende literatuur aan bod komen die het theoretische kader vormen van het onderzoek. Hierbij wordt gekeken naar de ICB methode. Vervolgens wordt de oorsprong van evaluatie onderzoek besproken (doel, definitie, vorm, en de soorten evaluaties). Hierna wordt ingegaan op de procesevaluatie waarmee een opzet wordt gevormd voor het onderzoeksdesign en het conceptuele model.

2.1 De ICB methode

De ICB methode is een behandelmethodie die wordt ingezet om cognitief ernstig aangedane patiënten beter te kunnen behandelen binnen de revalidatiezorg.

Binnen revalidatiecentra is er sprake van behandeling van revalidanten door multidisciplinaire behandelteams. Dit houdt in dat een team behandelaren van verschillende beroepen tegelijk werkt aan de revalidatie van een patiënt, maar dat de werkzaamheden van deze behandelaren elkaar inhoudelijk niet overlappen. Zij spreken hun eigen taal en formuleren hun eigen doelen (Segen, 2012). Toch zijn er cognitieve klachten (bijvoorbeeld geheugenklachten) die een impact hebben op alle losse behandelingen, terwijl zij als op zichzelf staande klachten niet (direct) behandeld worden.

De ICB methode introduceert voor het eerst een interdisciplinaire manier van samenwerken die dit probleem aanpakt. Bij een interdisciplinaire behandelmethodie worden er door behandelaren gezamenlijke overkoepelende doelen geformuleerd. In de realisatie van deze doelen draagt iedereen afzonderlijk zijn steentje bij. Men verliest hierbij wel autonomie (Buntinx & Bijwaard, 2004).

Door het gebruik van de ICB methode wordt in eerste instantie nadruk gelegd op het feit dat alle behandelaren dezelfde taal spreken, door inhoudelijk dezelfde begrippen te hanteren voor de cognitieve stoornissen, beperkingen en mogelijke behandelingen (Spikman et al., 2014). Deze zijn in het ICB methode handboek (Spikman et al., 2014) per cognitief functiedomein weergegeven, wat zorgt voor een soepelere interdisciplinaire samenwerking.

Verder biedt de ICB methode handvatten om ook daadwerkelijk met de cognitief ernstig aangedane patiënten te kunnen werken om de behandeldoelen te behalen. Het is bij deze patiënten van belang om instructiemethoden toe te passen die aansluiten bij de specifieke cognitieve klachten (Moore Sohlberg & Turkstra, 2011). Deze behandelstrategieën worden door de ICB methode aangeboden en worden in de praktijk ingezet door het gebruik van een op maat gemaakt Cognitief Behandelplan (CBP). Hierbij wordt eerst de mate van cognitieve beperking bepaald door observaties van alle betrokken behandelaren. Vervolgens worden de doelen en strategieën door een psycholoog geformuleerd.

Door de beperkte leerbaarheid van de patiënten en de verscheidenheid van behandelingen (en behandelaren) die de patiënten ondergaan is het van belang dat zij context onafhankelijk leren (Ponds et al., 2010). Dit wordt volgens de ICB methode bereikt door gestructureerde en vooral gelijkvormige behandeling toe te passen. Alle behandelaren behoren het CBP dus op een gelijke manier in te zetten.

2.2 Evaluatie onderzoek

Het huidige onderzoek is een procesevaluatie over implementatie van de ICB methode bij Roessingh. Onderstaand wordt de oorsprong van evaluatie onderzoek, het doel ervan, de uitvoering en de soorten evaluatie onderzoek toegelicht.

2.2.1 Oorsprong evaluatie onderzoek bij gedragsinterventies

Bij het ontwikkelen en invoeren van een nieuwe interventie of behandelmethode zoals de ICB methode is het van belang om op planmatige wijze te werk te gaan. Een dergelijke aanpak zorgt voor een interventie die gesteund is op wetenschappelijk onderzoek en theorie met een basis in de realiteit van de beroepspraktijk (Brug, van Assema, & Lechner, 2012).

Voor deze planmatige aanpak zijn er door de jaren heen meerdere modellen ontwikkeld die stapsgewijs aangeven welke handelingen ondernomen moeten worden om een interventie vorm te geven en in te kunnen voeren. Al deze modellen geven het belang aan van een evaluatiefase. Green & Kreuter (2005) ontwikkelden begin jaren negentig het PRECEDE/PROCEED model. In de PROCEED fase van dit model wordt de ontwikkelde interventie na afloop van de implementatie uitgebreid geëvalueerd. Dit wordt gedaan om te onderzoeken of binnen het ontwikkeling- en implementatieproces alles naar wens verlopen is en of het gewenste effect is bereikt. Brug et al. (2012) hebben dit model vervolgens gebruikt als basis voor hun Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering. In dit model wordt in tegenstelling tot het PRECEDE/PROCEED model aangemoedigd om bij alle uit te voeren stappen een evaluatie uit te voeren, om zo meer controle te behouden op het ontwikkelingsproces.

Bij de ontwikkeling van een behandelmethode in de gezondheidszorg worden veelal dezelfde stappen ondernomen als bij de ontwikkeling van een algemene interventie. Ook voor dit doel zijn modellen ontwikkeld. Bijvoorbeeld door Wilson, Herbert, & Shiel (2003). Zij beschrijven het 11 stappen model aan de hand waarvan een behandelmethode kan worden opgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd. Deze methode wordt specifiek ingezet bij het ontwikkelen van neuropsychologische behandelingen binnen de revalidatiezorg (Ponds et al., 2010). Ook bij dit model is er een fase van evaluatie die voorafgaat aan eventuele wijziging en bijstelling, om zo de behandeling passend en effectief uit te kunnen voeren.

Kok et al. (2015) hebben in hun *Handboek Preffi 2.0* de voorgenoemde modellen gebundeld. Dit leverde een overzichtelijk model op over de ontwikkeling en implementatie van een interventie of behandelmethode. Dit Preffi 2.0-model geeft een helder overzicht van de te nemen stappen en geeft handvatten om deze stappen uit te voeren. De stappen zijn respectievelijk: analyse, interventie keuze en ontwikkeling, implementatie en evaluatie. Hierbij slaat de evaluatiefase ook terug op alle eerder ondernomen stappen.

Bovengenoemde modellen onderstrepen het belang van evaluatie bij het ontwikkelen en implementeren van interventies en behandelingen. Dit maakt een evaluatie onderzoek een onmisbare stap bij de implementatie van de ICB methode bij Roessingh.

2.2.2 Het doel van evaluatie onderzoek

Het doel van evaluatie onderzoek is het beoordelen van de effecten en de effectiviteit van bijvoorbeeld een interventie, beleid, behandeling of een geleverde dienst. Binnen de gezondheidszorg wordt bij een evaluatie onderzoek regelmatig gesproken over 'programma evaluatie' (Robson, 2011). Door evaluatie wordt de kwaliteit van de interventie bepaald en de waarde ervan voor de doelgroep die het betreft (Kok et al., 2015).

Men vergelijkt resultaten met het vooraf gestelde doel, gaat na hoe succesvol de interventie was en vooral waarom.

De belangrijkste reden voor het houden van evaluatie onderzoek is het verantwoorden van de ingevoerde interventie, behandeling of beleid. Het invoeren hiervan kost geld en menskracht; het is van belang voor alle betrokken partijen dat de interventie oplevert wat het ten doel heeft (Brug et al., 2012; Kok et al., 2015; Robson, 2011; Swanborn, 2007). Een gebrek aan (financiële) middelen binnen de sociale sector zorgt ervoor dat er een kritische blik wordt gericht op nieuwe, maar ook bestaande interventies. Men wil efficiënte en effectieve interventies kunnen garanderen, om te voorkomen dat deze ontwikkelde interventies niet langer ondersteund worden (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004).

Hiernaast rijst ook een ethische kwestie. Interventies zijn gericht op het bevorderen van gezondheidsgedrag. Het is van belang om uit te zoeken of mensen niet onnodig belast worden, of dat er eventuele negatieve neveneffecten plaatsvinden. Bovendien moet voorkomen worden dat er valse hoop geboden wordt over het effect van een interventie (Brug et al., 2012; Robson, 2011).

Verder worden evaluaties vooral gebruikt om het ontwikkelingsproces van interventies en behandelingen aan te scherpen. Door sterke en zwakke kanten te onderzoeken kan men leren dit proces in de toekomst te verbeteren. Ook de interventie/behandeling die het betreft kan aangepast en verbeterd worden door informatie die voortkomt uit een degelijk evaluatie onderzoek (Brug et al., 2012; Kok et al., 2015). De kracht van evaluatie onderzoek is dat de resultaten ervan de uitvoeringspraktijk kunnen beïnvloeden (Migchelbrink, 2012).

2.2.3 De uitvoering van evaluatie onderzoek

Evaluatieonderzoek valt als onderzoekstype binnen het praktijkgericht onderzoek (Migchelbrink, 2012).

Migchelbrink (2012) beschrijft praktijkgericht onderzoek met de volgende kenmerken: het is toegepast van aard en levert een bijdrage aan verbetering van de beroepspraktijk. Door deze kenmerken vormt het een tegenhanger van theoretisch onderzoek. De manier waarop dit onderzoek uitgevoerd wordt is aan discussie onderhevig. Er is een groep wetenschappers die benadrukt dat praktijkgericht onderzoek (en daarmee evaluatie onderzoek) niet gericht hoeft te zijn op de technieken en methodieken van sociaal onderzoek, juist door het toegepaste karakter (Cronbach, 1982). De andere groep benadrukt dat het nog steeds om wetenschappelijk onderzoek draait, met alle verplichtingen in werkwijze die daarbij van toepassing zijn (Campbell, 1969; Swanborn, 2007).

2.2.4 Soorten evaluatie onderzoek

Er zijn verschillende benaderingen om evaluatie onderzoek te betrekken bij het planningsproces van een nieuwe interventie of behandeling. Hierbij kunnen evaluaties gehouden worden bij ieder stap in het proces, of alleen nadat de interventie of behandeling is geïmplementeerd (Swanborn, 2007). Het is gebruikelijk in de beroepspraktijk om, net als binnen huidig onderzoek, alleen een evaluatie onderzoek uit te voeren na afloop van de implementatie. Kok et al. (2015) geven hierbij aan dat men door het houden van een evaluatie onderzoek grip probeert te krijgen op het effect, het uitvoeringsproces en de context waarin het effect wordt behaald. Deze vorm van evaluatie is grofweg opgedeeld in twee hoofdonderdelen die onder andere benoemd worden door Migchelbrink (2012): effectevaluatie en procesevaluatie. De effectevaluatie is gericht op uitkomstmaten, resultaat en effectiviteit van de interventie bij de doelgroep. De procesevaluatie brengt in kaart hoe het uitvoeringsproces verloopt bij de personen of instanties die de interventie of behandeling

uitvoeren. Deze twee vormen van evaluatie kunnen elk apart van elkaar uitgevoerd worden. Het combineren van de twee geeft echter een duidelijker beeld van de waarde en kwaliteit van de interventie (Brug et al., 2012; Kok et al., 2015; Migchelbrink, 2012; Swanborn, 2007). In het huidige onderzoek is er sprake van een procesevaluatie; er wordt gekeken naar het uitvoeringsproces en niet naar het effect bij de doelgroep.

2.3 Procesevaluatie

Bij een procesevaluatie wordt uitgezocht hoe succesvol een ontwikkelde interventie of behandeling zijn vertaalslag heeft gemaakt naar de beroepspraktijk (Migchelbrink, 2012; Robson, 2011). Voor Roessingh betekent dit dat wordt onderzocht hoe succesvol de (bij Revalidatie Friesland ontwikkelde) ICB methode is vertaald naar de behandelingspraktijk. Het doel van een procesevaluatie is het in kaart brengen van de sterke en zwakke kanten van de uitvoering van een interventie. Hiermee poogt men een goed beeld te krijgen van de verschillende aspecten van het project. Deze informatie zorgt vervolgens voor een leerervaring die kan zorgen voor een verbetering van deze interventie (Kok et al., 2015). Ook kan deze informatie helpen bij het oplossen van eventuele problemen die zich voortdoen bij de uitvoering van de interventie (Movisie, 2014). Binnen het huidige onderzoek betekent dit dat gekeken wordt naar wat er goed gaat, en wat er minder goed gaat in het verloop en de uitvoering van de ICB methode. Alle problemen die hierbij aan het licht komen krijgen de kans om opgelost te worden en de processen die niet goed verlopen kunnen aangepakt en verbeterd worden. Op deze manier kan het gebruik van de ICB methode geoptimaliseerd worden, zodat de beoogde doelen van de ICB methode beter behaald kunnen worden.

Wanneer duidelijk is op welke manier het uitvoeringsproces verloopt, kan men het eventuele effect ook beter duiden en verklaren. Het proces dat plaatsvindt tussen het plan en het resultaat wordt namelijk belicht (Robson, 2011). Hierdoor is het houden van een procesevaluatie een erg nuttige stap om te nemen voorafgaande aan een effectevaluatie (Kok et al., 2015; Movisie, 2014; Swanborn, 2007). Vaandrager, Wagemakers, & Saan (2010) beargumenteren zelfs dat er geen gedegen onderzoek plaats kan vinden in het kader van gedragsverandering wanneer er niet naar de context wordt gekeken waarin deze gedragsverandering plaatsvindt. Het uitvoeringsproces is een deel van deze context.

Een procesevaluatie kan gehouden worden op het moment dat een nieuw ontwikkelde interventie in gebruik genomen wordt. Dit kan op basis van een proefperiode, of direct na officiële ingebruikname (Kok et al., 2015; Swanborn, 2007). Het proces kan ook geëvalueerd worden nadat de interventie al langere tijd ingezet wordt. In dat geval dient de evaluatie als een periodieke update of voor het borgen van de interventie (De Lange & Chênevert, 2009; Kok et al., 2015; Rossi et al., 2004). Tenslotte is het aanbevolen om deze vorm van evaluatie in te zetten wanneer een bestaande interventie onder nieuwe omstandigheden uitgevoerd wordt, waar binnen dit onderzoek sprake van is (Kok et al., 2015; Rossi et al., 2004).

2.4 Inhoud van procesevaluatie onderzoek

Kok et al. (2015), hebben in *Handboek Preffi 2.0* de hoofdthema's samengebracht voor een volledige procesevaluatie. Deze hoofdonderwerpen zijn overgenomen uit eerder ontwikkelde methoden als PRECEDE/PROCEED (Green & Kreuter, 2005) en literatuur over evaluatie onderzoek (Rossi et al., 2004; Swanborn, 2007). Een volledige procesevaluatie geeft inzicht in:

1. De mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan.
2. De beoordeling van activiteiten en materialen door gebruikers en behandelaren.
3. De mate waarin voorwaardenscheppende doelen zijn gerealiseerd.
4. Het bereik van de interventie.
5. De eventuele onvoorziene omstandigheden en neveneffecten.
6. De succes- en faalfactoren.

Bovengenoemde vragen hebben de basis gevormd voor de geformuleerde deelvragen van dit onderzoek, om een zo volledig mogelijke procesevaluatie uit te voeren (zie paragraaf 1.2). Alleen het vijfde hoofdonderdeel zal binnen dit onderzoek niet meegenomen worden vanwege de minder grote relevantie voor Roessingh. Kok et al. (2015) geven in een normeringsstelsel aan dat er sprake is van een sterke evaluatie wanneer minimaal vijf van de zes vragen beantwoord worden. Hoe deze hoofdonderwerpen vertaald zijn naar inhoudelijke onderwerpen binnen dit onderzoek wordt beschreven in de volgende paragrafen.

2.4.1 De behandeling wordt uitgevoerd volgens plan

Het eerstgenoemde hoofdthema (en de eerste deelvraag) is gericht op het feit dat een procesevaluatie in beeld brengt of een interventie uitgevoerd wordt volgens plan. Omdat de ICB methode voortkomt uit evidence based methoden is dit van nog groter belang. De interventie is in dit geval geconstrueerd volgens methoden die eerder bewezen effect hebben geleverd. Wanneer de interventie op een andere manier wordt uitgevoerd dan ontworpen kan dit beoogde effect teniet gedaan worden.

De interventie van de ICB methode is gericht op de manier waarop behandelaren van verschillende disciplines met revalidanten omgaan. De ICB methode steunt op het principe dat revalidanten door verschillende behandelaren op een systematische en vooral eenduidige manier benaderd worden (Spikman et al., 2014). Om het beoogde effect te behalen zal er in het geval van de ICB methode niet alleen gekeken moeten worden of de methode in vorm en inhoud in zijn geheel uitgevoerd wordt zoals deze ontworpen is, er zal ook bekeken moeten worden of alle behandelaren dit op een eenduidige manier doen. Het onderzoek hiernaar wordt ook wel aangeduid door het begrip 'programma integriteit' en wordt al langer ingezet binnen jeugdzorg en het justitiële kader (De Lange & Chênevert, 2009; Kleiman, 2013).

2.4.2 Mening over activiteiten en werkbaarheid

Bij dit thema wordt onderzocht hoe de activiteiten die horen bij de inzet van de ICB methode worden ervaren door de behandelaren die hier in de praktijk mee werken. Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar de mate waarin behandelaren inzicht hebben in het verloop van de ICB methode en hun rol hierin. Ook wordt gekeken of het inzetten van de methode oplevert wat het zou moeten doen, of het lukt om de methode daadwerkelijk uit te voeren, en de mate van positiviteit over- en betrokkenheid bij de inzet van de ICB methode.

2.4.3 Voorwaardenscheppende doelen

Wanneer niet aan basisvoorwaarden is voldaan om de methode succesvol in te zetten, zal de uitvoering ervan moeilijkheden opleveren. Bij dit onderdeel is van belang aan deze voorwaarden is voldaan bij Roessingh. Deze voorwaarden zijn volgens Kok et al. (2015) beleid en strategie, menskracht en

deskundigheid, methoden en materialen, kennis, steun bij partners, samenwerking en communicatie en leiderschap. In overleg met de opdrachtgever zal binnen dit onderzoek ingegaan worden op tijd, kennis en vaardigheden en communicatie.

2.4.4 Bereik

Bij dit onderdeel wordt gekeken naar de doelgroep. Er wordt gekeken of de juiste patiënten worden bereikt, of zij representatief zijn en of er eventueel patiënten afgevallen zijn (en waarom). Al deze onderwerpen komen binnen dit onderzoek aan bod.

2.4.5 Succes- en faalfactoren

Bij dit onderdeel wordt onderzocht welke onderdelen en processen succesvol zijn in de inzet van de interventie, wat er minder succesvol is en wat er beter zou kunnen. Binnen dit onderzoek zullen de behandelaren de mogelijkheid krijgen om input te geven over dit onderwerp.

2.5 Onderzoeksofbouw en hypothesen

Binnen dit onderzoek is er sprake van een bestaande behandelmethod (de ICB method) die is ingevoerd in een nieuwe context; bij Roessingh in Enschede. Er is geen informatie beschikbaar uit eerder evaluatie onderzoek over de ICB method bij revalidatiecentrum Roessingh in Enschede of over de ICB methodiek op zichzelf. Het onderzoek is hierdoor exploratief van aard zodat er geen basis is waarop hypothesen opgesteld kunnen worden.

Voor het beantwoorden van de deelvragen is een nieuw meetinstrument (vragenlijst) ontworpen die inhoudelijk ingaat op het uitvoeringsproces van de ICB method bij Roessingh.

2.5 Conceptueel model

Op basis van de Preffi 2.0 method (Kok et al., 2015) en de gekozen onderwerpen van de procesevaluatie over de ICB method bij Roessingh is een conceptueel model opgesteld (zie figuur 1). Deze geeft de inhoudelijke opbouw van het onderzoek weer.



Figuur 1.

Conceptueel model procesevaluatie van de ICB method bij Roessingh

Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode toegelicht en wordt de onderzoeksdoelgroep beschreven. Het onderzoeksinstrument wordt inhoudelijk toegelicht en tenslotte worden de procedure en de analyses behandeld.

3.1 Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een surveyonderzoek. Hierbij zal de dataverzameling plaatsvinden door middel van een nieuw ontwikkelde digitale internet enquête die inhoudelijk aansluit bij het uitvoeringsproces van de ICB methode. Met een digitale enquête kan er op een gemakkelijke, snelle en goedkope manier bij veel respondenten data verzameld worden (Verhoeven, 2011). Bovendien is er bij surveyonderzoek sprake van gestandaardiseerd onderzoek. De vraagstelling staat vast en is gelijk voor de hele steekproef (Verhoeven, 2011).

Om op de meest passende manier informatie te krijgen voor het beantwoorden van de deelvragen is er bij de enquête gebruik gemaakt van zowel open als gesloten vragen. Dit betekent dat er zowel sprake is van kwantitatieve als kwalitatieve meetmethoden. De keuze voor deze beide soorten vraagstelling ligt in het feit dat er bij procesevaluatie onderzoek veel waarde wordt gehecht aan zowel kwantificeerbare informatie als de inhoudelijke inbreng van de onderzoekspopulatie (Swanborn, 2007). Deze inbreng zou beperkt worden wanneer het onderzoek alleen uit gesloten vragen zou bestaan.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit de medewerkers van revalidatiecentrum Roessingh in Enschede, die scholing hebben betreffende het gebruik van de ICB methode en werkzaam zijn binnen de volwassen revalidatie in de sector neurologie. Alleen binnen deze sector worden revalidanten volgens de ICB methode behandeld. De groep die benaderd is om deel te nemen aan het onderzoek bestaat uit 91 personen. Onder deze groep vallen verpleegkundigen, revalidatie artsen en de behandelaren van de verschillende afdelingen bij Roessingh. Dit zijn de afdelingen: activiteitentherapie, arbeid, bewegingsagogie, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en psychologische dienst.

De verwachting is dat het onderwerp van het onderzoek een groot aantal medewerkers zal aanspreken omdat zij revalidanten behandelen volgens de ICB methode. Door deze relevantie zal de motivatie hoog zijn om hun medewerking te verlenen. Er zijn tot nu toe echter weinig revalidanten volgens de ICB methode behandeld, waardoor een aantal medewerkers zich misschien geremd zal voelen om hun mening te geven in deze vragenlijst.

3.3 Onderzoeksinstrument

Voor dit onderzoek is een digitale enquête geconstrueerd via de website SurveyMonkey (SurveyMonkey, 2016). De vragen zijn geformuleerd vanuit de eerder beschreven hoofd- en deelvragen van het onderzoek die voortkomen uit Handboek Preffi 2.0 (Kok et al., 2015). Hierbij is ook rekening gehouden met de richtlijnen voor een procesevaluatie en programma integriteit zoals beschreven door het NJI (De Lange & Chênevert, 2009) en Movisie (Movisie, 2014). De inhoud van deze vragen is mede bepaald door de behandeldoelen en processen van de ICB methode (Spikman et al., 2014). Het samenstellen van de enquête

is gebeurd in samenwerking met de opdrachtgever om optimaal aan te sluiten bij de terminologie en de uitvoeringspraktijk van revalidatiecentrum Roessingh.

3.3.1 Inhoud van de enquête vragen

De structuur van de vragenlijst is gevormd door de volgorde van de deelvragen van het onderzoek. Hieronder volgt per deelvraag de omschrijving van de vraagstelling en antwoordmogelijkheden. De vragenlijst is toegevoegd in bijlage V. Bij elke enquêtevraag is aangegeven tot welke deelvraag deze behoort.

De vragenlijst begint met een aantal demografische gegevens en vraagt de behandelaren binnen welke discipline en welk team zij werkzaam zijn en hoeveel ICB patiënten zij behandeld hebben. Deze gegevens worden bevraagd om duidelijkheid te krijgen over het feit of de respondentengroep representatief is voor de verschillende teams en afdelingen binnen Roessingh.

Deelvraag 1

Voor het bepalen van de programma integriteit van een interventie of behandeling wordt gemeten in welke mate de methode ingezet wordt zoals deze ontworpen is (De Lange & Chênevert, 2009; Kleiman, 2013). Zo ook bij het meten van de programma integriteit van de ICB methode. De inhoud van de vraagstelling bij dit onderdeel is gericht op de werkmethode van de ICB methode zoals geformuleerd door de ontwikkelaars (Spikman et al., 2014). Er wordt in de vragenlijst gemeten of alle behandelactiviteiten horende bij een behandeling uitgevoerd worden, om te meten of het gehele behandeltraject aangehouden wordt. Behandelaars krijgen in de vragenlijst alle behandelactiviteiten van de ICB methode te zien. Bijvoorbeeld: 'Eindverslaglegging en overdracht'. Per handeling zijn de antwoordmogelijkheden als volgt: 1= Wordt (mede) door mij uitgevoerd, 2= Wordt door een ander/anderen uitgevoerd, 3= Wordt niet uitgevoerd, 4= Weet ik niet. Dit onderdeel bestaat uit vijftien items (behandelactiviteiten).

Er worden bij deze deelvraag ook drie stellingvragen gesteld over de procedure van een succesvolle uitvoering. Bijvoorbeeld: 'De ICB methode wordt binnen een vastgesteld tijdspad uitgevoerd'. De antwoordmogelijkheden bij deze vragen kunnen gegeven worden op een vijfpunt likert schaal met antwoordmogelijkheden: 1= Helemaal mee oneens, 2= Beetje mee oneens, 3= Neutraal, 4= Beetje mee eens, 5= Helemaal mee eens.

Deelvraag 2

De vraagstelling van dit onderdeel is gericht op de ervaring van de medewerkers in het werken met de ICB methode. Vragen zijn gericht op de manier waarop de behandelmethode voor hen in de praktijk functioneert. Binnen dit onderdeel komen verschillende hoofdonderwerpen aan bod. Deze onderwerpen zijn: In welke mate is er inzicht in het verloop van de ICB methode (en eigen rol hierin), Wat heeft de methode opgeleverd en lukt het om de ICB methode uit te voeren. De antwoordmogelijkheden zijn geformuleerd volgens de eerder benoemde likert schaal. Tenslotte wordt in een schaalvraag (van 1 tot 10) gevraagd in welke mate de behandelaren positief zijn over het werken met de ICB methode en hoe betrokken zij zich voelen bij het behandelen van patiënten volgens de ICB methodiek.

Deelvraag 3

Dit onderdeel is gericht op de voorwaardenscheppende doelen van de ICB methode. Deze doelen zijn: voldoende tijd, voldoende kennis en vaardigheden en goede communicatie. Verder is gevraagd naar de behoefte aan meer kennis en begeleiding bij de uitvoering van de behandeling. De vragen bij dit onderdeel zijn geformuleerd als stellingen en kunnen volgens de eerder benoemde likert schaal beantwoord worden.

Deelvraag 4

De vragen bij deze deelvraag zullen gericht zijn op het bereik van de methode. Er wordt gevraagd of volgens de behandelaren de juiste patiënten behandeld zijn, of zij representatief waren en of er patiënten afvielen. De vragen zijn wederom geformuleerd in de vorm van stellingen met de antwoordmogelijkheden volgens de eerder benoemde likert schaal. Er wordt de mogelijkheid gegeven om middels een open vraag opmerkingen te plaatsen bij de stellingen.

Deelvraag 5

De vragen naar de succes- en faalfactoren zijn open vragen. Er wordt gevraagd welke processen van de ICB methode positief mee hebben gewerkt aan het resultaat, wat de valkuilen en barrières waren en wat er volgens de behandelaren verbeterd kan worden. Er wordt hierbij gevraagd om maximaal drie onderwerpen te benoemen.

3.4 Procedure

Het onderzoek bestaat uit een digitale internet enquête. De uitnodiging e-mail (bijlage I) met de weblink naar de vragenlijst is onder de behandelaren verspreid door de management secretaresse op 17 april 2016. Bij revalidatiecentrum Roessingh hebben alle medewerkers een werk e-mailadres, dat veelvuldig gebruikt wordt voor onderlinge communicatie. De verwachting is dat veel medewerkers actief gebruik maken van dit e-mailadres en dus de uitnodiging voor de vragenlijst tijdig hebben ontvangen en gezien. Voordeel is ook dat de medewerkers op een zelfgekozen tijdstip deel konden nemen aan het onderzoek.

Het nadeel van een digitale uitnodiging is het feit dat de medewerkers ook gemakkelijker het verzoek om deel te nemen konden negeren. Een week na deze e-mail is een herinnering mail gestuurd. De week hierna is een rondgang geweest tijdens verschillende pauzemomenten om medewerkers op verschillende afdelingen persoonlijk aan te spreken en aan te moedigen om deel te nemen. In de vierde week is er een laatste herinnering e-mail verstuurd. De opdrachtgevers hebben tijdens overleggen collega's aangemoedigd om deel te nemen.

3.5 Analyse

Om de deelvragen te beantwoorden zal gebruik gemaakt worden van beschrijvende statistiek, namelijk de analysetoetsen voor: frequentie, gemiddelde en standaarddeviatie. Hierbij worden ook verschillende demografische groepen (de verschillende disciplines en afdelingen) met elkaar vergeleken. De antwoorden op de open vragen worden kwalitatief geanalyseerd.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Hierbij wordt eerst de respons behandeld. Hierna worden de resultaten per deelvraag weergegeven.

4.1 Uitvoering en Respons

De uitvoering van het onderzoek is verlopen volgens plan. Van de 91 benaderde medewerkers hebben 48 personen medewerking verleend aan het onderzoek (53% van de populatie). Binnen deze groep hebben drie respondenten alleen demografische gegevens ingevuld in de vragenlijst. De gegevens van deze respondenten zijn niet meegenomen in de analyses. Hiermee komt de totale respondentengroep uit op 45 personen (49% van de populatie), waarvan 7 mannen en 38 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 39,2jaar; SD = 10,9. Het team waarbinnen de medewerkers functioneren (CVA, NAH of beide), het aantal ICB patiënten die zij behandeld hebben en de disciplines waarbinnen zij werkzaam zijn is weergegeven in tabel 1. De categorieën in tabel 1 staan niet in verhouding tot elkaar, maar zijn apart weergegeven om de totale samenstelling van de groep (en daarmee de generaliseerbaarheid van de resultaten) weer te geven.

Tabel 1.

Demografische kenmerken en functiegegevens van respondenten

Geslacht		Team		Aantal ICB patiënten		Discipline				
Aantal				0:	3	Verpleging:	8	MW ^{*a}	2	
			CVA:	26	1-4:	26	Ergotherapie	8	ACT ^{*b}	1
	Man:	7	NAH:	11	5-8:	14	Fysiotherapie	7	Arbeid	1
	Vrouw:	38	Beide:	8	9-12:	1	Logopedie:	7	BA ^{*c}	1
					>12:	1	Psychologie:	5		
							Arts:	3	Onbekend	2

^{*a} Maatschappelijk Werk, ^{*b} Activiteitentherapie, ^{*c} Bewegingsagogie

4.2 Resultaten

Voor het beantwoorden van de deelvragen zijn de gemiddelde scores berekend van de stellingvragen uit de vragenlijst. De antwoordmogelijkheden bij deze vragen zijn als vijfpunt schaal berekend van 1=helemaal mee oneens tot en met 5= helemaal mee eens. Gezien bij dit onderzoek een nieuwe vragenlijst is gebruikt zijn er geen normscores voor de gemiddelde uitkomsten van deze stellingvragen. Binnen dit onderzoek worden de volgende normeringen gebruikt voor de gemiddelde beoordelingen: 1 tot en met 1,99 = laag, 2 tot en met 2,99 = benedengemiddeld, 3 tot en met 3,99 = bovengemiddeld en 4 tot en met 5 = hoog.

4.2.1 Deelvraag 1 – Wordt de ICB methode uitgevoerd zoals deze ontwikkeld is

De uitvoering van de ICB methode moet verlopen volgens een bepaalde procedure. De mate waarin volgens de behandelaren deze procedure wordt gevolgd is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2.

Uitvoeringsprocedure van de ICB methode

	Gemiddelde beoordeling	Standaarddeviatie
Uitvoering van de ICB methode in een vast tijdsad	3,50	0,90
Gestructureerde inzet van de ICB methode	3,48	1,11
Gelijkvormige uitvoering van de behandelmethoden	3,47	0,96

De gemiddelde beoordeling van de gehele procedure is bovengemiddeld 3,48 (SD= 0,76).

De behandelaren beoordelen de inhoudelijke onderdelen van de procedure bovengemiddeld. Deze gemiddelden zijn echter rond het schaal midden met een brede spreiding, waaruit blijkt dat de meningen hierover zijn verdeeld. Zes behandelaren merken op dat het moeilijk te bepalen is of er buiten de eigen discipline op een gelijkvormige manier wordt gewerkt.

Uitvoering van de behandelactiviteiten

Tabel 3 geeft een overzicht van de behandelactiviteiten die behoren tot de ICB. Hierbij wordt weergegeven hoeveel behandelaren aan hebben gegeven dat zij deze activiteit zelf uitvoeren, dat de activiteit volgens hen door een ander wordt uitgevoerd, dat de activiteit volgens hen niet wordt uitgevoerd, of dat zij het niet weten.

Tabel 3.

Uitvoering behandelactiviteiten

	Wordt door mij uitgevoerd	Wordt door een ander uitgevoerd	Wordt niet uitgevoerd	Weet ik niet
Observatie en inventarisatie van de beperkingen	41	3	-	1
Diagnostiek binnen eigen discipline om beperkingen te bepalen	31	11	2	1
Bespreking geschiktheid van patiënt voor inzet ICB methode	24	17	-	4
Formulering van behandeldoelen	26	18	-	1
Opstellen van een ICB cognitief behandelplan	18	26	-	1
Patiënt informeren over inhoud cognitief behandelplan	8	35	-	2
Familie van de patiënt informeren over inhoud/verloop van CBP	7	33	-	5
Behandeling volgens het cognitief behandelplan	41	2	-	2
Verslaglegging over voortgang behandeling binnen eigen discipline m.b.v. ICB	35	4	4	2
Bespreking van de voortgang van de ICB	37	5	1	2
Bijstelling ICB behandeldoelen of methoden	25	19	-	1
Officiële afronding van de behandeling	8	28	2	7
Eindevaluatie van de behandeling	11	23	6	5
Formulering adviezen voor verdere behandeling en nazorg	18	23	-	4
Eindverslaglegging en overdracht	18	21	1	5

Bij alle bevraagde behandelactiviteiten is door behandelaren aangegeven dat deze wordt uitgevoerd (door henzelf of door een ander). Dit ondersteunt de aanname dat alle behandelactiviteiten uitgevoerd worden bij Roessingh en dat het gehele ICB behandeltraject wordt gevolgd. Er is echter enige discrepantie tussen de antwoorden die de behandelaren gegeven hebben bij een aantal behandelactiviteiten. Er zijn een aantal behandelactiviteiten die volgens sommige behandelaren helemaal niet worden uitgevoerd of waarvan het voor een aantal behandelaren onbekend is wie deze uitvoert, bijvoorbeeld de 'eindevaluatie van de behandeling' (zie tabel 2).

4.2.2 Deelvraag 2 – Beoordeling behandelactiviteiten en werkbaarheid

Inzicht in de methode

De behandelaren beoordelen hun mate van inzicht in het verloop van de ICB methode hoog met een gemiddelde score van 4,39 (SD=0,77; n=44). Voor deze gemiddelde score zijn drie items van de vragenlijst samengenomen door de gemiddelde scores van deze items samen te voegen tot één gemiddelde score. De aparte items gaan over inzicht in het gehele proces van de ICB, inzicht in de eigen rol hierin en het begrijpen van de inhoud van de behandelplannen.

De combinatie van deze items wordt gemaakt omdat deze inhoudelijk binnen het algemene thema 'inzicht in de methode' vallen en op gelijke wijze variëren. De samenvoeging geeft daarmee een goede indruk van de gemiddelde beoordeling van de algemene mate van inzicht.

Omdat de drie items inhoudelijk over verschillende onderdelen van de ICB methode gaan is de mate van homogeniteit tussen de vragen eigenlijk niet relevant. Omdat er een samengesteld thema wordt weergegeven is toch de Cronbach's alpha berekend om de combinatie te verantwoorden. De Cronbach's alpha bij dit thema is $\alpha = 0,85$.

Succesvolle uitvoering

De mate waarin het de behandelaren lukt om met het plan te werken wordt bovengemiddeld beoordeeld met een gemiddelde score van 3,61 (SD=0,78; n=42). Dit is een samengestelde schaal van vijf items van de vragenlijst die inhoudelijk over verschillende aspecten van de behandeling gaan maar algemeen genomen vallen onder het bovengenoemde thema en op gelijke wijze variëren. Cronbach's alpha is $\alpha = 0,89$ (wederom is homogeniteit door inhoudelijke verschillen niet relevant, maar wel berekend omdat er sprake is van een samengesteld thema).

Wanneer naar de individuele items gekeken wordt valt op dat de mate waarin het lukt om observaties uit te voeren, als hoogste binnen dit thema, bovengemiddeld wordt beoordeeld (gemiddelde= 3,92; SD=0,95; n=37) en de mate waarin het lukt om het cognitief behandelplan toe te passen binnen de eigen behandeling, als laagste binnen dit thema, bovengemiddeld (gemiddelde=3,46; SD=0,99; n=37).

Wat het werken met de ICB methode heeft opgeleverd voor behandelaren en patiënten

In tabel 4 is een overzicht weergegeven van de behandelprocessen die verbeterd zouden moeten worden door de inzet van de ICB methode. Behandelaren hebben beoordeeld in welke mate de verbetering bij Roessingh is bereikt.

Tabel 4.

Wat heeft de inzet van de ICB methode opgeleverd

	Gemiddelde beoordeling	Standaarddeviatie
De patiënten hebben baat bij het gebruik van de ICB methode	4,41	0,82
De ICB methode heeft handvatten gegeven om beter met ernstig cognitief aangedane patiënten te kunnen werken	4	0,97
Patiënten behalen beter hun behandeldoelen	3,93	0,80
Patiënten behalen sneller hun behandeldoelen	3,75	0,81
Behandelcontact verloopt efficiënter	3,7	1,00
Minder vaak overleg nodig met interdisciplinaire collega's	3,23	1,10

Alle behandelprocessen worden van bovengemiddeld tot hoog beoordeeld. Er is wel onderscheid te zien in de mate waarin volgens de behandelaren het voordeel is behaald binnen Roessingh, zo hebben vooral de patiënten baat bij het gebruik van de methode (4,41), en hebben behandelaren handvatten gekregen om met deze patiënten te werken (4). In mindere mate is er efficiënter behandelcontact (3,7), en minder overleg nodig met interdisciplinaire collega's (3,23). Behandelaren hebben bij de ruimte voor opmerkingen aangegeven dat juist in de beginfase van de inzet van de ICB methode interdisciplinair overleg gewenst is om 'alle neuzen dezelfde kant op te krijgen'. Alle processen bij elkaar genomen tot een totaalscore van het thema geeft een bovengemiddelde beoordeling van 3,83 (SD=0,67), $\alpha=0,83$. Deze combinatie wordt gemaakt omdat de vragen binnen een algemeen thema valt. De homogeniteit is door de inhoudelijke verschillen niet relevant, maar door het gecombineerde thema wel berekend.

Mate van positiviteit en betrokkenheid

In tabel 5 staan de gemiddelde cijfers die zijn gegeven voor de mate van positiviteit over het werken met de ICB methode en de mate van betrokkenheid bij de behandeling van patiënten volgens de ICB methodiek. Tijdens de analyse is door de onderzoeker een verschil opgemerkt tussen behandelaren behorende tot verschillende disciplines in de mate van positiviteit en betrokkenheid. Hoewel de onderzoeksvraag hier niet op is gericht zijn de verschillen dusdanig opvallend dat ook voor een aantal disciplines het gemiddelde cijfer apart is weergegeven.

Tabel 5.

Mate van positiviteit en betrokkenheid

	Aantal (n)	Gemiddelde positiviteit	SD	Gemiddelde betrokkenheid	SD
Totaal	38	7,1	1,61	6,6	2,27
Ergotherapie	5	8,2	0,84	8,4	0,89
Psychologie	5	7,8	0,84	8,4	1,34
Logopedie	6	7,8	1,47	7,3	0,52
Fysiotherapie	5	6,8	1,30	6,6	1,52
Verpleging	8	5,5	2,2	5,1	2,75

De totale groep geeft voldoende voor de mate van positiviteit voor de mate van betrokkenheid. Opvallend is dat de behandelaren binnen de discipline verpleging gemiddeld lagere cijfers geven bij beide onderwerpen dan de totale groep en de andere disciplines. Ook is bij de totaalscore een grote spreiding te zien. Dit geeft weer dat de gegeven cijfers sterk uiteen liggen, en de meningen verdeeld zijn.

4.2.3 Deelvraag 3 – De voorwaardenscheppende doelen

De gemiddelde beoordelingen over mate waarin volgens de behandelaren is voldaan aan de verschillende voorwaardenscheppende doelen staat in tabel 5.

Tabel 5.

Beoordeling over voorwaardenscheppende doelen

	Gemiddelde beoordeling	Standaarddeviatie
Realistische doelen in het cognitief behandelplan*	4,02	0,9
Voldoende kennis en vaardigheden voor de uitvoering ICB*	3,93	0,82
Verloop van de communicatie over de ICB**	3,46	1,02
Behoefte aan meer scholing of begeleiding**	3,31	1,07
Voldoende tijd voor uitvoering werkzaamheden ICB*	3,24	1,06

* $n=42$, ** $n=40$

In tabel 5 is zichtbaar dat alle onderdelen bovengemiddeld tot hoog worden beoordeeld door de behandelaren. Hierbij is onderscheid te zien in de mate waarin men van mening is dat de verschillende voorwaardenscheppende doelen worden gerealiseerd. De mate waarin de behandeldoelen realistisch zijn (4,02; SD=0,9) en de aanwezigheid van voldoende kennis en vaardigheden (3,93; SD=0,82) worden als hoogste beoordeeld. Het verloop van de communicatie (3,46; SD=1,02) en de mate waarin voldoende tijd is voor de uitvoering van de werkzaamheden (3,24; SD=1,06) worden net bovengemiddeld beoordeeld, met een brede spreiding, waardoor aangegeven wordt dat men hier minder positief over is. Bovendien is binnen de ruimte voor opmerkingen bij dit gedeelte van de vragenlijst door meerdere behandelaren aangegeven dat er momenteel geen/te weinig communicatie plaatsvindt over de uitvoering van het CBP.

Op te merken is dat de behoefte aan meer scholing en begeleiding een negatieve formulering is betreffende het feit of deze begeleiding en scholing aanwezig is. De bovengemiddelde beoordeling (3,31; SD=1,07) geeft aan dat er nog niet voldoende in deze behoefte wordt voorzien.

Bij een aantal onderdelen die weergegeven zijn in de tabel is sprake van een samengestelde score van verschillende items van de vragenlijst. Dit zijn 'voldoende kennis en vaardigheden' (5 items), 'verloop van de communicatie' (2 items), 'behoefte aan meer scholing en begeleiding' (2 items) en 'voldoende tijd' (4 items). Deze individuele items verschillen inhoudelijk van elkaar, maar vallen onder de algemene thema's zoals ze zijn weergegeven in tabel 5. Door de inhoudelijke verschillen wordt niet uitgegaan van homogeniteit binnen de thema's.

4.2.4 Deelvraag 4 – Het bereik van de ICB methode

De gemiddelde beoordeling van de behandelaren over het bereik van de ICB methode staat in tabel 6.

Tabel 6.

*Bereik van de ICB methode**

	Gemiddelde beoordeling	Standaarddeviatie
De ICB patiënten waar mee is gewerkt waren geschikt voor de inzet van de ICB	4,21	0,81
Alle patiënten die het nodig hebben ontvangen behandeling volgens de ICB methode	3,03	1,05
Er zijn patiënten geweest die niet bij de ICB gebaat waren	2,47	1,2
Er zijn patiënten geweest bij wie het niet lukte het cognitief behandelplan uit te voeren door hun cognitieve beperkingen	2,62	0,98

**n=38*

De beoordeling van het bereik van de ICB methode waarbij alle onderdelen zoals weergegeven in tabel 6 samen genomen zijn is bovengemiddeld (3,43; SD=0,63; n=38; $\alpha = 0,43$). Voor de berekening van deze samengestelde gemiddelde beoordeling zijn de antwoorden bij de stellingen met een negatieve formulering gehercodeerd. De samengestelde score is gemaakt omdat de vragen binnen een algemeen thema vallen (het bereik) en op gelijke wijze variëren. De homogeniteit is door de inhoudelijke verschillen niet relevant, maar wel berekend.

De geschiktheid van de gekozen patiënten wordt hoog beoordeeld (4,21; SD=0,81). Dit is een samengestelde score van 2 items uit de vragenlijst. Het feit dat alle geschikte patiënten ook daadwerkelijk bereikt worden (3,03; SD=1,05) is net bovengemiddeld beoordeeld. Deze vraag heeft een grote spreiding, wat aangeeft dat een heel aantal behandelaren van mening zijn dat meer patiënten een indicatie zouden moeten krijgen. De negatieve stellingen (3 en 4) worden benedengemiddeld beoordeeld. Deze stellingen bevragen in welke mate er patiënten 'niet behandelbaar' waren. De negatieve beoordeling lijkt aan te geven dat de ICB patiënten gemiddeld genomen volgens de behandelaren wel bij de methode gebaat waren en dat er volgens de behandelaren weinig patiënten uitvielen vanwege te ernstige cognitieve klachten.

4.2.5 Deelvraag 5 – De succes- en faalfactoren

De antwoorden die door de behandelaren gegeven zijn bij de vragen naar succes- en faalfactoren en verbeterpunten zijn gecategoriseerd in algemene thema's. Per algemeen thema is bijgehouden hoeveel antwoorden hier inhoudelijk op aansloten. Hierbij geldt: hoe vaker een thema is genoemd, hoe relevanter deze is binnen het uitvoeringsproces van de ICB methode. De thema's met de meest gegeven antwoorden zijn weergegeven in de tabellen. De volledige lijst met antwoorden is op te vragen bij de onderzoeker.

Succesfactoren

Het meest genoemde thema is de gelijke benaderingswijze en gelijke afstemming over de behandeldoelen en strategieën. Gevolg van deze succesfactor is volgens de behandelaren dat de samenwerking tussen collega's bevordert wordt, men spreekt dezelfde taal en gaat voor dezelfde doelen. De strategieën bekijken meer bij de patiënten.

Het tweede meest genoemde punt is de scholing betreffende de ICB methode. Goede punten hierbij waren volgens behandelaren dat de scholing gelijk is voor iedereen en dat deze goed vormgegeven is met praktijkvoorbeelden.

In tabel 7 staat een overzicht van de meest voorkomende antwoorden.

Tabel 7.

*Succesfactoren bij de inzet van de ICB methode**

	Aantal keer genoemd
Een gelijke benaderingswijze naar de patiënt toe, meer afstemming over behandeldoelen en strategieën	11
De scholing over de ICB methode (de ICB cursus)	7
Goed gestructureerde team overleggen, goede communicatie	6
Het werken met het cognitief behandelplan	6
De patiënten vinden het prettig en hebben er baat bij	4

**Respons is n=26*

Faalfactoren

De meest genoemde faalfactor is de uitvoering van het CBP binnen de eigen behandeling (discipline). Het lukt de behandelaren niet om de inhoud van het CBP om te zetten naar handelingen tijdens het behandelcontact. Men weet niet hoe de strategieën ingezet moeten worden. Bovendien is (tweede faalfactor) er ook te weinig tijd voor de uitvoering van verschillende activiteiten die horen bij de inzet van de ICB methode.

In tabel 8 is een overzicht van de meest voorkomende antwoorden.

Tabel 8.

*Faalfactoren bij de inzet van de ICB methode**

	Aantal keer genoemd
Het uitvoeren van het CBP tijdens het behandelcontact en vertaling van plan naar praktijk binnen eigen discipline lukt niet	16
Te weinig tijd om het CBP naar behoren uit te voeren	10
Er zijn te weinig patiënten waardoor de methode niet is ingebed	4
Er is te weinig overleg met alle relevante collega's over individuele patiënten	4

* *Respons is n=26*

Verbeterpunten

Het meest genoemde verbeterpunt door de behandelaren is het opdoen van meer ervaring met de methode door meer patiënten volgens de methode te behandelen. De meeste behandelaren hebben simpelweg te weinig ICB patiënten behandeld om zich de methode goed eigen te maken. Men wil hiernaast (tweede punt) dat er meer aandacht komt voor opfriscursussen waarbij actuele casussen worden besproken, om te leren over het inzetten van de methode in de praktijk en binnen de eigen discipline.

In tabel 9 staan de meest voorkomende antwoorden weergegeven.

Tabel 9.

*Verbeterpunten bij de inzet van de ICB methode**

	Aantal keer genoemd
Meer ervaring opdoen met de methode door meer patiënten met ICB methode te behandelen (vaker doen)	12
Meer opfriscursussen waarbij (actuele) praktijk casussen worden besproken	10
Meer overlegmomenten met alle relevante behandelaren om de interdisciplinaire uitvoering meer gelijkvormig te krijgen en meer teamafstemming te bereiken	9
Betere planning met meer tijd (directe en indirecte tijd) voor het integreren van de ICB in de eigen behandeling	9

**Respons is n=31*

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden worden in dit hoofdstuk de conclusies besproken zoals deze voortkomen uit de eerder weergegeven resultaten. De beperkingen van het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek worden behandeld. Tenslotte worden er op basis hiervan praktische aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever.

5.1 Conclusies

De conclusies worden per deelvraag weergegeven, tenslotte wordt de hoofdvraag beantwoord.

5.1.1 Deelvraag 1 - Wordt de ICB methode uitgevoerd zoals deze ontwikkeld is

Behandelactiviteiten

Vanuit de resultaten is te concluderen dat volgens de behandelaren alle behandelactiviteiten uitgevoerd worden bij Roessingh. Hierdoor kan ook geconcludeerd worden dat de gehele ICB methode van begin tot eind uitgevoerd wordt zoals aangegeven in de handleiding.

Er zijn een aantal behandelactiviteiten omtrent de verslaglegging, eindevaluatie en afronding van de behandeling die volgens een aantal van de behandelaren bij Roessingh helemaal niet worden uitgevoerd. Reden voor deze discrepantie kan zijn dat de behandelaren die aangeven dat ze deze activiteit uitvoeren hier een ander idee bij hebben. Zo zouden behandelactiviteiten ook in het kader van de eigen (niet ICB-) behandeling uitgevoerd kunnen worden. Bovendien lijkt het erop dat een aantal behandelaren niet op de hoogte zijn van alle behandelactiviteiten. Te concluderen is dat bij een aantal van de behandelactiviteiten voor niet alle behandelaren duidelijk is wie deze uitvoert en hier verantwoordelijk voor is, maar voor de meerderheid is het wel duidelijk.

Wijze van uitvoering

Gemiddeld genomen geven de behandelaren aan dat de uitvoering van de ICB methode in een vast tijdsplan plaatsvindt, dat deze gestructureerd verloopt en dat alle collega's de ICB methode op een gelijke wijze uitvoeren. Deze mening wordt niet sterk onderschreven (de beoordelingen komen niet ver boven het schaal midden uit). De grote spreiding bij deze antwoorden geeft aan dat de meningen hierover verdeeld zijn.

5.1.2 Deelvraag 2 - Beoordeling behandelactiviteiten en werkbaarheid

Inzicht in de ICB methode

Uit de resultaten blijkt dat de behandelaren hun inzicht in de methode hoog inschatten. Dit betekent dat zij zelf inschatten dat ze weten hoe de methode in elkaar zit, wat hun eigen rol is bij de inzet van de ICB methode en wat er bedoeld wordt met de inhoud van het CBP.

Succesvolle uitvoering

De behandelaren beoordelen de mate waarin het lukt om met de ICB methode te werken bovengemiddeld, hierbij is een hogere beoordeling voor het observeren van de patiënten en een lagere beoordeling voor het toepassen van de methode binnen de eigen behandeling. Er valt te concluderen dat het de behandelaren gemiddeld genomen lukt om met de ICB methode te werken en het CBP uit te voeren.

Wat het werken met de ICB methode heeft opgeleverd

Uit de resultaten blijkt dat de methode volgens de behandelaren heeft opgeleverd wat het zou moeten opleveren. Volgens de behandelaren hebben vooral de patiënten baat bij het gebruik van de ICB methode. De methode geeft ook de behandelaren handvatten om beter met de patiënten te kunnen werken. Iets minder positief is men over het feit dat er minder vaak overleg nodig zou zijn met interdisciplinaire collega's (zelfstandig kunnen werken met de methode). Dit wordt wel bovengemiddeld beoordeeld maar heeft een grote spreiding (de meningen zijn verdeeld).

Mate van positiviteit en betrokkenheid

De behandelaren hebben gemiddeld een voldoende gegeven voor de mate waarin ze positief waren over het werken met de ICB methode. Dit betekent dat de behandelaren gemiddeld genomen positief zijn. Er was bij deze vraag wederom een brede spreiding, de meningen zijn verdeeld. Zo viel op dat behandelaren van de discipline verpleging gemiddeld een lager cijfer hebben gegeven dan behandelaren van andere disciplines.

De behandelaren hebben ook een voldoende gegeven voor de mate waarin ze zich betrokken voelen bij de behandeling van patiënten volgens de ICB methode. Men voelt zich redelijk betrokken. De spreiding bij deze vraag is erg groot waardoor duidelijk is dat de meningen sterk verdeeld zijn op dit gebied. Hierbij valt weer op dat de behandelaren van de discipline verpleging een veel lagere beoordeling (onvoldoende) geven dan de andere disciplines en zich dus niet betrokken voelen. De ICB methode is in veel behandelactiviteiten specifiek gericht op de disciplines ergotherapie, psychologie en logopedie (Spikman et al., 2014). Dit zou er mede voor kunnen zorgen dat behandelaren binnen deze disciplines een grotere mate van positiviteit betrokkenheid ervaren. Er is verder onderzoek nodig om hier met meer zekerheid uitspraken over te kunnen doen.

5.1.3 Deelvraag 3 - De voorwaardenscheppende doelen

Uit de resultaten blijkt dat bij Roessingh volgens de behandelaren aan bijna alle bevestigende voorwaardenscheppende doelen wordt voldaan, behalve de begeleiding en extra scholing.

Dit betekent dat volgens de behandelaren de behandeldoelen van het CBP realistisch zijn en dat er voldoende kennis en vaardigheden aangeleerd zijn. Minder positief is men over de communicatie naar wens verloopt en over de hoeveelheid tijd die zij krijgen om hun ICB behandelactiviteiten uit te voeren. In de resultaten is te zien dat behandelaren behoefte hebben aan meer scholing en begeleiding, waardoor geconcludeerd kan worden dat in dit voorwaardenscheppende doel momenteel te weinig wordt voorzien.

5.1.4 Deelvraag 4 - Het bereik van de ICB methode

Uit de resultaten is te concluderen dat volgens de behandelaren de juiste patiënten worden bereikt en dat zij geschikt zijn voor de methode. Er vallen (bijna) geen patiënten uit wanneer zij een ICB indicatie krijgen. De mate waarin alle patiënten worden bereikt die behandeling met de ICB methodiek nodig hebben wordt door veel behandelaren betwijfeld, er zouden volgens hen meer patiënten een indicatie kunnen krijgen.

5.1.5 Deelvraag 5 - De succes- en faalfactoren

Succesfactoren

De behandelaren hebben aangegeven dat door de invoering van de ICB methode er een meer gelijkvormige benaderingswijze naar de patiënt toe is ontstaan. Dit komt mede doordat de scholing betreffende de inzet van de ICB methode gelijk was voor iedereen en inhoudelijk goed vormgegeven met praktijkvoorbeelden. Hierdoor kunnen de aangeleerde strategieën meer inslijpen en beklijven. Dit is prettig voor de patiënten, zij hebben hier baat bij in hun revalidatieproces. Er is in de samenwerking tussen collega's meer gelijkvormigheid en afstemming, mede doordat de team overleggen goed georganiseerd en gestructureerd zijn. Men spreekt dezelfde taal en werkt aan dezelfde doelen. Hierdoor is de ontwikkeling van het cognitief behandelplan een proces dat goed verloopt.

Faalfactoren

Het volgen en uitvoeren van het CBP levert voor een aantal behandelaren problemen op. Iedere behandelingsessie, therapie of behandelsetting is verschillend, en een gelijkvormige behandelstrategie aanhouden is hierbij lastig. De vertaalslag van een plan op papier naar het gebruik van een strategie in de praktijk (binnen de eigen discipline) kost een aantal behandelaren moeite, en hier is te weinig overleg over met collega's. Door het geringe aantal patiënten hebben een aantal behandelaren het gevoel dat de methode te weinig ingebed raakt in de dagelijkse gang van zaken. Er is bovendien te weinig tijd om het CBP in zijn geheel naar behoren uit te voeren. Ook is er sprake van wisselende therapeuten binnen disciplines die niet consequent zijn in de uitvoering van het CBP, mede omdat niet iedereen op de afdeling op de hoogte is van een ICB indicatie.

Verbeterpunten

De behandelaren hebben aangegeven dat er vooral behoefte is aan meer kennis en ervaring. De inzet van de ICB methode zou beter verlopen wanneer er meer ervaring opgedaan wordt met de werkzaamheden door meer patiënten een indicatie te geven om volgens de ICB methode behandeld te worden. De kennis zou ook vergroot kunnen worden in de vorm van meer scholing en opfriscursussen. De behandelaren willen meer overleg momenten om van elkaars bevindingen over een actuele patiënt leren, elkaar hierin te ondersteunen en om meer afstemming te krijgen over de uitvoering. Tenslotte is er meer tijd nodig in de planning voor de werkzaamheden omtrent de ICB methode.

5.1.6 Hoofdvraag – Hoe verloopt het uitvoeringsproces van de ICB methode bij Roessingh

Uit de resultaten blijkt dat een aantal onderdelen van de uitvoering van de ICB methode volgens de behandelaren naar wens verlopen. Zo lijkt het erop dat alle behandelactiviteiten behorende tot het ICB traject uitgevoerd worden. Het uitvoeringsproces voldoet redelijk aan de gestelde eisen.

Er is door de ICB methode een meer gelijkvormige benaderingswijze naar patiënten toe. Men spreekt dezelfde taal. De ontwikkeling van het CBP verloopt naar wens, en de doelen die hierin geformuleerd worden zijn realistisch. Het lukt behandelaren redelijk om deze ook te gebruiken. De ICB methode heeft

ervoor gezorgd dat de behandelaren handvatten hebben om met cognitief ernstig aangedane patiënten te kunnen werken. De voorwaardenscheppende doelen worden grotendeels gerealiseerd. Vooral over de scholing (ICB cursus) zijn de behandelaren positief. Behandelaren geven aan inzicht te hebben in de methode. Bij de inzet van de ICB worden de juiste patiënten bereikt en deze vallen niet uit wanneer zij een indicatie gekregen hebben. De patiënten hebben baat bij de inzet van de ICB methode; de strategieën beklijven beter en de behandeldoelen worden beter behaald. Over het algemeen zijn de behandelaren positief over de inzet van de ICB methode. Zij voelen zich voldoende betrokken bij het uitvoeringsproces. Ondanks deze positieve punten zijn er ook onderdelen in de uitvoering van de ICB methode die (nog) niet naar wens verlopen. Zo is er onduidelijkheid onder de behandelaren over welke behandelaren voor welk onderdeel van het proces verantwoordelijk zijn. Behandelaren ervaren over het algemeen dat ze te weinig ervaring hebben in de uitvoering van de ICB methode en er wordt moeite ervaren met het vertalen van de behandelplannen naar een praktische uitvoering. Er wordt structureel te weinig tijd ervaren voor de werkzaamheden die behorende tot de ICB. De methode wordt mede door deze moeilijkheden niet consequent (als in: door iedereen elke keer) uitgevoerd. Er is bij behandelaren behoefte aan meer overleg over, en begeleiding bij, het uitvoeren van de ICB methode. Bovendien voelt de groep verpleegkundigen zich niet voldoende betrokken bij de inzet van de methode.

Alles bijeengenomen is te concluderen dat de uitvoering van de ICB methode nog verder geoptimaliseerd kan worden. Door het gebrek aan tijd en kennis is de uitvoering nog niet consequent genoeg om geheel te functioneren zoals deze ontwikkeld is. De behandelaren lijken positief over de methodiek van de ICB zelf, maar minder positief over de uitvoeringsprocedure en de samenwerking.

5.2 Discussie

In deze paragraaf worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de methode van het onderzoek en de geconstrueerde vragenlijst. De gevolgen van deze beperkingen worden besproken, gekoppeld aan suggesties voor vervolgonderzoek.

Onderzoeksmethode

Bij dit onderzoek is sprake van één meetmethode/onderzoeksinstrument (digitale vragenlijst) die afgenomen is bij één doelgroep (behandelaren). Echter Robson (2011), Rossi et al (2004) en Swanborn (2007) geven aan dat een volledig beeld gevormd kan worden van het gehele uitvoeringsproces wanneer er sprake is van meerdere meetmethoden waaronder vragenlijsten, interviews, observaties van werkzaamheden en desk research naar verslaglegging en documentatie. Bij eventueel vervolgonderzoek zouden interviews gehouden kunnen worden met behandelaren en betrokken patiënten over de behandelde onderwerpen. De uitvoering van het CBP bij verschillende disciplines zou geobserveerd kunnen worden en er zou onderzocht kunnen worden hoe de documentatie van de ICB methode verloopt. Op deze manier zou er een volledig beeld worden gevormd van het uitvoeringsproces en meer verdieping kunnen zijn over de meningen en behoeften van de behandelaren en patiënten dan bij dit onderzoek geweest is. Bij deze onderzoeksmethodes zouden wel meetinstrumenten geconstrueerd moeten worden, gezien er bij de ontwikkeling van de ICB methode geen rekening is gehouden met volgend evaluatie onderzoek.

Onderzoeksdoelgroep

Belangrijk om op te merken is dat de behandelaren nog niet veel ervaring hebben kunnen opdoen met het uitvoeren van de ICB methode omdat de meerderheid minder dan 5 cliënten had. Dit kan een effect hebben op de antwoorden die gegeven zijn. Wanneer men beperkt ervaring heeft met een behandelmethode leggen ervaringen met individuele gevallen, die niet per se representatief zijn, onevenredig veel gewicht in de schaal. Wanneer er slechts één slechte ervaring is geweest met de ICB methode zal desbetreffende behandelaar een sterk negatieve mening kunnen hebben over het gebruik van de methode. Door de grootte van de groep heeft dit mogelijk effect gehad op de algehele resultaten.

Doordat de ICB methode redelijk recent is ingevoerd (twee jaar) is moeilijk in te schatten in hoeverre antwoorden representatief zijn voor de ICB methode. Wanneer een methode nog niet lang gebruikt wordt kan het inzetten ervan voor de behandelaren nog meer tijd en moeite kosten. Suggestie voor vervolgonderzoek is het afnemen van het onderzoek wanneer de medewerkers meer ervaring op hebben kunnen doen met de methode om zo meer beeld te krijgen van het effect van de ICB methodiek zelf op de behandeling.

Steekproef en externe validiteit

De respons van het onderzoek was 49% van de populatie. Swanborn (2007) geeft aan dat er bij evaluatie onderzoek een minimumrespons van 45% nodig is om externe validiteit te behalen. De verschillende disciplines en teams waren gelijkmatig vertegenwoordigd in de respondentengroep. Geconcludeerd wordt dat de externe validiteit (generaliseerbaarheid) is behaald, al is het nooit zeker of de resultaten niet anders waren wanneer alle behandelaren deelgenomen hadden aan het onderzoek. Doordat de vragen inhoudelijk gericht zijn op de behandelaren bij Roessingh (en daarmee het proces zoals deze bij Roessingh uitgevoerd wordt) zijn de onderzoeksresultaten alleen bruikbaar om uitspraken te doen over het gebruik van de ICB methode bij Roessingh.

Meetinstrument

Ten eerste heeft de keuze voor een digitale vragenlijst beperkingen opgeleverd. Er is geen controle geweest op de omgeving waarin de respondenten zich bevonden tijdens het invullen van de vragenlijst. Mogelijk was er sprake van afleiding, tijdsdruk of beïnvloeding van collega's. In de gegevens van de survey website (SurveyMonkey, 2016) is aangegeven dat enkele deelnemers het onderzoek meerdere uren open hadden staan. Bij nieuw gebruik van deze vragenlijst zou in het e-mailbericht met de weblink betere informatie gegeven moeten worden over de duur van het invullen (deze was bij veel behandelaren langer dan de aangegeven 10 tot 15 minuten).

Inhoudelijk zijn alleen de vragen over de behandelactiviteiten verplicht gemaakt. Hiervoor is gekozen omdat bij deze vragen een 'weet ik niet' antwoordoptie gegeven werd. De overige vragen konden (net als in een schriftelijke vragenlijst) overgeslagen worden wanneer deze niet relevant waren. Ook was er door de opmaak van het lijstgedeelte 'lukt het om de behandeling uit te voeren' niet duidelijk dat de hoofdvraag beantwoord moest worden, niet alleen de subvragen over genoeg tijd en genoeg kennis en vaardigheden. Gevolg van de bovengenoemde punten is geweest dat uit onzorgvuldigheid of bewuste keuze een aantal vragen overgeslagen zijn. Hierdoor zijn er bij de resultaten een heel aantal missende scores, waardoor de

resultaten van deze vragen wellicht minder representatief zijn voor de populatie. Mogelijk kunnen bij toekomstig gebruik van de vragenlijst meer vragen verplicht gemaakt worden.

Een aantal respondenten heeft de lijst niet afgemaakt. Onbekend is waarom dit het geval was. In de opmerkingen is door twee behandelaren genoemd dat zij te weinig ervaring hadden opgedaan met de ICB methode om een gefundeerde mening te geven. Niet alle vragen bleken relevant voor alle deelnemers aan het onderzoek, aangezien niet alle respondenten een uitgebreid behandeltraject doorlopen met patiënten. In vervolgonderzoek zou hier eventueel een 'overslaan' optie geconstrueerd moeten worden.

De vragen over de behandelactiviteiten waren niet duidelijk genoeg geformuleerd. Het ging om behandelactiviteiten die exclusief in het kader van de ICB methode uitgevoerd worden. Mogelijk hebben respondenten de activiteiten als binnen hun eigen behandeling geïnterpreteerd (bijvoorbeeld de evaluatie van de behandeling). Onduidelijk is dus of deze activiteiten in het kader van de ICB methode ook uitgevoerd worden.

Door de vele demografische gegevens die bevestigd werden is de anonimiteit van de respondenten mogelijk beperkt. Er was wel de optie om deze vragen over te slaan.

Tenslotte was er in het dataverzameling programma niet duidelijk weergegeven of bepaalde respondenten de lijst meerdere malen hebben ingevuld (of halverwege zijn gestopt en later opnieuw begonnen). Mogelijk is de mening van twee respondenten (gelijke demografische gegevens) dubbel vertegenwoordigd.

Bovengenoemde punten moeten bij eventueel hergebruik van de vragenlijst aangescherpt worden.

Resultaten en conclusies

De resultaten en conclusies moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zo is er over het geheel genomen een relatief grote spreiding in de antwoorden. Dat wil zeggen dat de meningen verdeeld zijn op bepaalde punten. Onbekend is op welke manier de respondenten de 'Neutraal' optie hebben geïnterpreteerd. Men kan dit gezien hebben als het schaal midden, maar ook als de optie 'ik weet het niet/heb er geen mening over'. Hierdoor is onduidelijk hoe de schalen precies geïnterpreteerd kunnen worden.

5.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen worden gedaan op basis van de resultaten die naar voren zijn gekomen binnen het onderzoek.

Kennis en ervaring

De behoefte aan meer kennis en ervaring is één van de belangrijke verbeterpunten. Roessingh wordt aanbevolen om in overweging te nemen om meer patiënten een indicatie te geven. Echter, de tijd (en het geld) dat een ICB traject kost zou nadelig kunnen zijn voor de organisatie en voor de wachtlijsten. De aanbeveling is hier om waar mogelijk wat meer 'randgeval patiënten' toch een indicatie te geven om zo de patiëntengroep iets te vergroten. Bovendien zou de inzet van de ICB methode ook minder ernstig cognitief aangedane patiënten ten goede komen door de interdisciplinaire samenwerking en de behandelstrategieën.

Een andere optie om tegemoet te komen aan de behoefte aan meer kennis en ervaring is het houden van opfriscursussen of workshops. Behandelaren hebben aangegeven veel te hebben gehad aan een recente workshop. De aanbeveling is om deze workshops frequenter te maken en hierbij actuele casussen te

gebruiken, zodat alle medewerkers het gehele proces van hun patiënten meekrijgen. Voor behandelaren die betrokken zijn bij de casus is het een goed moment om afstemming te krijgen over hoe de behandeling vorm kan krijgen in de praktijk om zo de gelijkvormige behandeling te bevorderen. Deze cursussen kunnen afwisselend zijn in lengte en diepgang. Zo kan er alleen een patiënt 'gepresenteerd' worden om op deze manier de keuzes die er zijn gemaakt in de behandeling toe te lichten en praktijkvoorbeelden te geven over de behandeling. Dit kan afgewisseld worden met bijeenkomsten waarbij behandelaren zelf aan de slag gaan met het benoemen van de cognitieve stoornissen en mogelijke oplossingen en behandelstrategieën.

Tijdsinvestering

Er wordt aangeraden om op dit moment meer indirecte tijd te nemen voor overleg en interdisciplinaire afstemming. Behandelaren hebben aangegeven dat door hun gebrek aan ervaring er meer overleg en begeleiding nodig is bij de uitvoering van het CBP. Er is momenteel nog te weinig communicatie over dit onderwerp. Ook de consequente uitvoering is momenteel nog niet aanwezig. Wellicht kunnen er aparte overlegmomenten georganiseerd worden die standaard ingepland worden in het kader van een actuele patiënt. Wanneer het werken met de methode meer ingesleten is zal deze tijd minder nodig zijn, al is het vinden van afstemming met collega's altijd van belang. Aangeraden wordt om in de toekomst deze overleggen meer te integreren met bestaande overleggen. Bovendien zou er bij elke patiënt een 'contactpersoon' uit de disciplines logopedie, ergotherapie of psychologie (hoofdbehandelaren) verbonden kunnen worden die het vaste aanspreekpunt is voor vragen of moeilijkheden.

De behandelaren ervaren dat er te weinig tijd is in de standaard planning om de werkzaamheden behorende tot de ICB methode goed uit te kunnen voeren. Het ICB behandeltraject kost meer tijd dan een standaard behandeling, en Roessingh wordt aangeraden om deze tijd te gaan investeren. Mogelijk kan hiervoor eerst geïnventariseerd worden hoeveel extra tijd er volgens de behandelaren nodig is voor de werkzaamheden waar zij momenteel te weinig tijd voor krijgen. Een investering in tijd kan mogelijk patiënten opleveren die in de toekomst minder hulpbehoevend zijn en minder zorg nodig hebben. Er wordt vanuit financieel oogpunt aanbevolen om de zorgverzekeringen hierbij te betrekken om meer geld ter beschikking te hebben voor een ICB behandeling.

Betrokkenheid van de behandelaren

Uit het onderzoek is gebleken dat niet alle behandelaren op de hoogte zijn wie, waarvoor verantwoordelijk is. Aangeraden wordt om het geplastificeerde overzicht van de ICB behandelactiviteiten weer meer onder de aandacht te brengen. Bovendien is het advies om de behandelactiviteiten die eventueel niet uitgevoerd worden bij Roessingh toch proberen te integreren, om zo de patiënten een zo volledig mogelijke cognitieve behandeling aan te bieden.

Tenslotte is er het punt van de beperkte betrokkenheid onder de behandelaren van de discipline verpleging. Aangeraden wordt om hier aandacht aan te geven, gezien het vele contact dat deze groep heeft met de ICB patiënten. Verpleegkundigen zijn onmisbaar in het gehele proces, en hun bijdrage is van groot belang. Het verplegend personeel lijkt hier niet sterk van overtuigd. Aangeraden wordt om dit feit vanuit de hoofdbehandelaren meer over te brengen, door meer aandacht te geven aan het aandeel dat

verpleegkundigen hebben in het behandelproces. Er kan meer tijd te genomen worden om deze groep behandelaren te ondersteunen bij de uitvoering van het CBP. Dit kan door meer gericht te oefenen met het CBP of door specifieke scholing die toegespitst is op de werkzaamheden die door verpleegkundigen uitgevoerd worden. Bovendien moet het CBP volgens verpleegkundigen meer geïntegreerd worden in het verpleegplan. Dit kan gedaan worden door een hoofdbehandelaar in samenwerking met behandelaren van de afdeling verpleging hier tijd voor te geven in de planning. Advies is om het verplegend personeel actiever te betrekken bij overleg momenten.

Wanneer onbekend is welke patiënten een ICB indicatie hebben voor de verpleging of de behandelaren bij groepssessies, zou hiervoor een visuele geheugensteun gemaakt kunnen worden aan het bed, op de map van de patiënt of digitaal in het elektronisch patiëntenbestand.

Vervolgonderzoek

In het kader van vervolgonderzoek wordt aangeraden om (wanneer de ICB methode wat langer in gebruik is) zowel de procesevaluatie te herhalen als een effectevaluatie te houden (in de vorm van een longitudinaal single case onderzoek bij meerdere patiënten) bij een aantal patiënten. Hierbij wordt aangeraden om de vragenlijst die bij dit onderzoek gebruikt is te verbeteren aan de hand van de genoemde zwakke punten (zie discussie). Eventueel kunnen er in vervolgonderzoek ook meer onderzoeksmethoden ingezet worden voor een vollediger beeld van het uitvoeringsproces. Op deze manier kan dit uitvoeringsproces bijgehouden en verantwoord worden en kan onderzocht worden of de patiënt er bij gebaat is.

5.3.1 De rol van een Toegepast Psycholoog (TP'er)

Allereerst zou het vervolgonderzoek of een herhaling van deze procesevaluatie en de effectevaluatie plaats kunnen vinden door een TP'er. Vooral het effectevaluatie onderzoek is beter door een intern onderzoeker vorm te geven die hier tijd voor heeft/krijgt.

De actuele casus bijeenkomsten zouden voorbereid en geleid kunnen worden door een TP'er. Wanneer deze medewerker opgeleid is binnen de ICB methode, zou hij/zij in samenwerking met de psycholoog de workshop inhoudelijk voor kunnen bereiden en tijdens de bijeenkomst de overleggen leiden. Hier kan een ondersteunende rol naar de psychologen toe gespeeld worden. Daarnaast kan de TP'er de verpleegkundigen ondersteunen. Dit kan bijvoorbeeld door hulp bij de integratie van de ICB methode in het verpleegplan en de praktische uitvoering van de ICB behandelstrategieën.

Bij de uitvoering van de ICB methode zou een TP'er in de eerste plaats de psychodiagnostiek uit kunnen voeren. Het gehele neuropsychologisch onderzoek kan door een TP'er afgenomen, en gerapporteerd worden om op deze manier meer duidelijkheid te krijgen over de aard van de cognitieve klachten.

Vervolgens zouden er in trainingssessies strategieën aangeleerd kunnen worden aan de ICB patiënten.

Literatuurlijst

- Brug, J., van Assema, P., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (8th ed.). Assen: Van Gorcum.
- Buntinx, W. H. E., & Bijwaard, M. (2004). *Professionaliteit in de zorg voor mensen met functiebeperkingen – Kenmerken, rol, voorwaarden*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Campbell, D. T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409–429.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0027982>
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., & Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 81, 1596–1615.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2000.19240>
- Cronbach, L. J. (1982). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Lange, M. I., & Chênevert, C. (2009). *Borgen van interventies: onderhouden en monitoren van de uitvoering*. Retrieved from <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Onderhoudenborging/nji-Borgenvaninterventies.pdf>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. (4th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Hersenstichting. (2016). Cijfers over patiënten. Retrieved February 26, 2016, from <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/cijfers-over-patienten>
- Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & van Zandvoort, M. (redactie). (2012). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kleiman, W. M. (2013). *Advies Programma-integriteit gedragsinterventies*. Den Haag.
- Kok, H., Molleman, G., Saan, H., & Ploeg, M. (2015). *Handboek Preffi 2.0: Voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Utrecht: CBO.
- Koopman, C., Vaartjes, I., van Dis, I., Visser, M. C., & Bots, M. L. (2014). *Hart-en vaatziekten in Nederland 2014 Cijfers over kwaliteit van leven, ziekte en sterfte*. Den Haag.
- Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (16th ed.). Amsterdam: SWP.
- Moore Sohlberg, M., & Turkstra, L. S. (2011). *Optimizing cognitive rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Movisie. (2014). *Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies*. Retrieved from [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Databank/Factsheet procesevaluatie.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Databank/Factsheet%20procesevaluatie.pdf)
- Ponds, R., van Heugten, C., Fasotti, L., & Wekking, E. (redactie). (2010). *Neuropsychologische behandeling*. Amsterdam: Boom.
- Ribbers, G. M. (2007). Traumatic brain injury rehabilitation in the Netherlands: dilemmas and challenges. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(4), 234–238. <http://doi.org/DOI:10.1097/01.HTR.0000281839.07968.32>
- Robson, C. (2011). *Real world research* (3rd ed.). Chichester: Wiley.
- Roessingh. (2015). Organisatiestructuur RCR. Retrieved January 10, 2016, from http://www.roessingh.nl/downloads/Organogram_RCR_2015-12.pdf
- Roessingh. (2016). Over Roessingh. Retrieved January 10, 2016, from <http://www.roessingh.nl/over-roessingh>
- Rossi, P. H., Lipsey, W. M., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. (7th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Segen, J. C. (2012). *Concise dictionary of modern medicine*. New York: McGrawHill Professional Publishing.
- Spikman, J., van der Kaaden, D., Koene, E., van Os, L., Westerhof-Evers, M., & Herben-Dekker, M. (2014). *Handboek Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling* (2nd ed.). Beetsterzwaag: Revalidatie Friesland.
- SurveyMonkey. (2016). SurveyMonkey. Retrieved April 8, 2016, from <https://nl.surveymonkey.net/home/>

- Swanborn, P. G. (2007). *Evalueren* (2nd ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Tubantia. (2016, January 25). Patiënten en behandelaars Roessingh tevreden over nieuwe behandeling. *Tubantia*. Enschede. Retrieved from <http://www.tubantia.nl/regio/enschede-en-omgeving/enschede/pati%C3%ABnten-en-behandelaars-roessingh-tevreden-over-nieuwe-behandeling-1.5660054>
- Vaandrager, L., Wagemakers, A., & Saan, H. (2010). Evidence in gezondheidsbevordering. *Tsg*, 88(5), 271–277. <http://doi.org/10.1007/BF03089623>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4th ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Wilson, B. A., Herbert, C. M., & Shiel, A. (2003). *Behavioural approaches in neuropsychological rehabilitation: Optimising rehabilitation procedures*. Hove: Psychology Press.

Afbeelding van voorpagina verkregen via:

<http://fundraisingcoach.com/2012/12/27/put-together-the-pieces-of-the-donor-retention-project-in-2013/>