

Met de voeten in de klei!

CO-CREATIE IN ONDERZOEK: EEN VOORBEELD VAN ACTIEONDERZOEK IN DE ZORG

Het zorglandschap verandert ingrijpend. Zorgorganisaties moeten oplossingen bedenken voor lastige vraagstukken waar veel verschillende partijen bij betrokken zijn. Steeds vaker is er sprake van verandertrajecten waarvan de uitkomsten onzeker zijn. Tegelijkertijd wil men de resultaten laten zien en borgen in de organisatie. Traditionele onderzoeksmethoden, waarin de vraag leidend is, het ontwerp vaststaat en de database voor de uitkomsten al is ingericht, passen daar niet bij. Actieonderzoek lijkt een veelbelovend en inspirerend alternatief. Vilans en MCC Flevoland pakten de handschoen op.

Door: R. Pel, J. Haan, B. Dame en W. Bultink

Actieonderzoek is niet nieuw. Het ontstond in de jaren veertig van de vorige eeuw vanuit de culturele antropologie en de sociologie. Kenmerken van dit type onderzoek zijn:

- de onderzoeker observeert en interpreteert niet alleen, maar neemt ook deel aan de interventie: 'kennis door ingrijpen';
- de onderzoeker en de onderzochte werken nauw samen. Zo ontstaat een wisselwerking tussen kennis over de problematiek én over het onderzoeksproces;
- het levert twee soorten resultaten op: de leefwereld van cliënt en zorgmedewerker verandert en er is meer kennis aanwezig;
- het vindt plaats in het 'hart' van de praktijk op verzoek van, in ontwerp met en in gedeelde uitvoering met (bijvoorbeeld) de zorgorganisatie. Veranderingen worden daardoor beter geborgd.

Wanneer kies je voor actieonderzoek?

Actieonderzoek is geschikt voor integrale verbetertrajecten waarbij het implementeren van de verandering een onderdeel is van het onderzoeksproces. Vaak gaat het om complexe situaties waarbij verschillende perspectieven betrokken zijn en je van tevoren niet kunt inschatten welke kant het opgaat. Situaties moeten wendbaar zijn omdat in de loop van het onderzoek veranderingen optreden. Actieonderzoek wordt bij voorkeur (eerst) op kleine schaal uitgevoerd en leent zich minder voor grote aantallen deelnemers.

Hoe werkt het?

De organisatie (de praktijk) definieert het probleem en ontwerpt samen met de onderzoeker het 'onderzoeksdesign'. Belangrijk is dat dit in het 'hier en nu' plaatsvindt. Dus: niet terugblikken en geen resultaten voor de langere termijn benoemen. Zowel de onderzoeker als de organisatie gaan direct met de veranderingen aan de slag en passen nieuwe kennis direct toe. Na elke cyclus worden de uitkomsten en leerervaringen in kaart gebracht. Interventies in de tweede cyclus worden pas vastgesteld als de eerste cyclus is geëvalueerd en zijn misschien anders dan je van tevoren dacht.

Gegevens verzamelen

De kern van het onderzoek bestaat uit het grondig bestuderen van de huidige situatie. Wat is het probleem? Wie zijn erbij betrokken? Hoe werken zij samen? Dat betekent dat de methode die je gebruikt om gegevens te verzamelen nooit alleen kwantitatief kan zijn. Die methode moet nauwkeurig worden afgestemd op de organisatie. Dat kan door:

- de huidige situatie te beschrijven en analyseren door documentanalyse, veldobservatie en interviews;
- naar concrete oplossingen te zoeken via interviews, focusgroepen, feedback en evaluatiesessies;
- agogisch getinte methoden te gebruiken om gegevens te verzamelen (combinatie van informatieverzameling en ondersteunen van mensen).

Voordelen

Onderzoekers krijgen toegang tot omgevingen, perspectieven en informatie die niet altijd via traditionele onderzoeksmethoden te bereiken zijn. Daardoor zijn de veranderingen na actieonderzoek relevant voor alle betrokkenen, vaak langdurig van karakter, toepasbaar in de specifieke context van de betrokken organisatie(s) en goed geborgd.

Keerzijden

De intensieve samenwerking tussen de organisatie en de onderzoeker kent ook keerzijden. Het respecteren van elkaars kennis en ideeën en het delen van 'macht' kan in de praktijk las-

tig zijn. De onderzoeker wordt ‘ondergedompeld’ in de zorgpraktijk. Dit kan ertoe leiden dat het eigen perspectief verloren gaat. Alle betrokkenen moeten het aankunnen om met de onzekerheden van het onderzoek om te gaan. Angst om de complexiteit recht in de ogen te zien, leidt soms tot terugval in oude, hiërarchische patronen: ‘de onderzoeker zal wel zeggen hoe het moet’. Bovendien: de resultaten van actieonderzoek zijn lokaal vaak heel goed bruikbaar, maar stuiten in andere situaties op weerstand. Het ‘not invented here’-probleem.

De praktijk: MCC Flevoland

MCC Flevoland is een samenwerkingsverband van regionale zorgaanbieders: ziekenhuis, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Het werkgebied omvat de gemeenten Noordoostpolder, Urk, Dronten, Zeewolde en Lelystad. MCC Flevoland is begin 2014 gestart met ‘Coalities om de mens’, een project waarin zij palliatieve patiënten en hun naasten volgen om te onderzoeken hoe de zorg voor deze groep beter kan. Uit onderzoeken en signalen blijkt dat deze zorg vaak tekortschiet doordat professionals, patiënt en naaste geen team vormen. Afzonderlijk doen ze het goede maar de samenhang ontbreekt. Patiënt en naaste worden niet automatisch bij het zorgproces betrokken. MCC Flevoland wil een werkwijze ontwikkelen die hier antwoord op biedt.

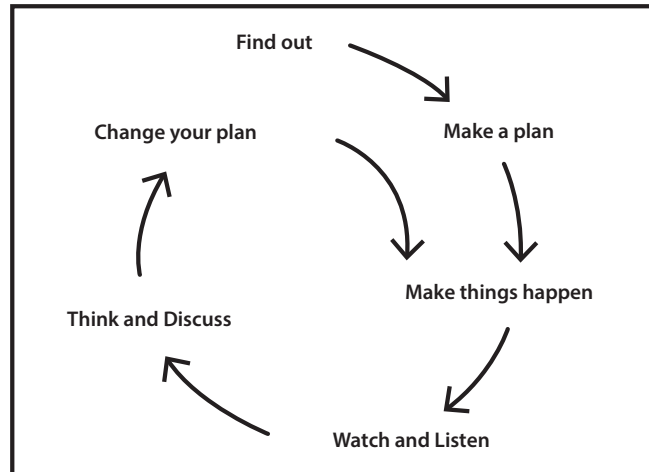
Aanpak

MCC Flevoland heeft Vilans gevraagd de resultaten van het project te monitoren. In het voorjaar van 2014 hebben zij gewerkt aan een onderzoeksopzet die zo goed mogelijk aansluit bij de doelstelling van het project en de dagelijkse praktijk. De organisatie wilde dit doen met actieonderzoek. In dit geval heel geschikt omdat de doelstelling van het project het ontwikkelen en borgen van een nieuwe werkwijze is. Het implementeren van de verandering maakt dus deel uit van het onderzoeksproces. Bovendien gaat het om een complex vraagstuk waarvan de uitkomsten slechts deels vaststaan. Omdat het resultaat – een nieuwe werkwijze – aan het eind van de onderzoeksperiode geïmplementeerd en geborgd moet zijn, hebben we gekozen voor een kort cyclisch proces met meerdere loops (cycli).

Wat we willen weten

Het actieonderzoek moet inzicht geven in en bijdragen aan:

- meer eigen regie van patiënt en naaste;
- meer gezamenlijke besluitvorming;
- teamvorming van professionals, patiënt en naaste(n).



Figuur 1. Voorbeeld van cyclus binnen actieonderzoek

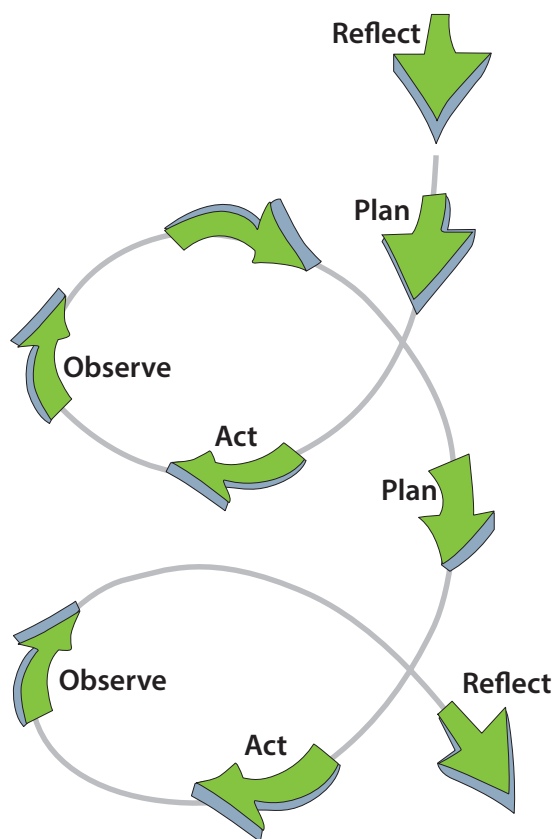
Samen met de zorgcoördinatoren hebben we een aantal gevalideerde vragen bepaald als leidraad bij het gesprek met patiënten. Deze eerste opzet hebben we aan het team van zorgcoördinatoren en aan een aantal patiënten voorgelegd. Hun reacties en opmerkingen hebben we verwerkt. In juli 2014 zijn we gestart met het onderzoek. Zorgcoördinatoren volgen met de gevalideerde vragen en persoonlijke gesprekken patiënten en hun naasten, uiteindelijk tien. Hun bevindingen vormen de basis voor mogelijke interventies en/of aanpassingen van interventies.

Het perspectief van de professional

In het voorjaar van 2014 hebben we een korte digitale vragenlijst als nulmeting voorgelegd aan de werkgroep van zorgcoördinatoren en overige hulpverleners. De projectgroep van MCC Flevoland heeft een grote rol gehad in de vormgeving van deze vragenlijst die onder andere is gebaseerd op het OntwikkelingsModel voor Keten zorg (Minkman, 2011) en de Team Climate Inventory (Agrell en Gustafson, 1994). Vilans heeft de resultaten van de nulmeting gepresenteerd aan de werkgroep. Op een later moment in het proces, nadat de eerste loop is afgerond, zal de organisatie deze meting herhalen en de resultaten vertalen naar interventies die in de tweede loop kunnen worden ingezet. Dit draagt bij aan het lerend vermogen van de organisatie.

Waar staan we nu?

We zijn nu halverwege de eerste loop. Het blijkt moeilijk om patiënten erbij te betrekken. De belangrijkste reden is dat we ze in een vroeg stadium (met een prognose tussen een half jaar en een jaar) willen includeren. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de ‘surprise question’: het zou het me niet verbazen als deze patiënt binnen



Figuur 2. Schematische weergave van een kort cyclisch proces met twee loops

een jaar overlijdt. Dit is echter een nieuwe werkwijze, waarvan implementatie tijd kost. De resultaten van de eerste loop zijn pas na 10 tot 15 patiënten te verwachten. Ook omdat er meerdere bezoeken van de zorgcoördinatoren nodig zijn om de gegevens te verzamelen.

Toch kunnen we al lering trekken uit het proces:

- De patiënt heeft zijn team (zorgverleners uit nulde, eerste en tweede lijn en naasten) momenteel niet 'in beeld'.
- De patiënt is, ook in de palliatieve behandelingsfase, gericht op de poliklinische zorg van het ziekenhuis.
- Vroege markering door de tweede lijn en vervolgens samenwerking met de nulde en de eerste lijn komen nog weinig voor.
- Ziekenhuis en eerste lijn spreken verschillende talen.

In een eerste scholing hebben we aandacht besteed aan een gezamenlijke taal en elkaar leren kennen zodat we samen kunnen optrekken naar patiënt en naaste. Gaandeweg het project bieden we scholing aan, aangepast aan de behoefte van de werkgroep en de betrokken hulpverleners.

Gezamenlijke reflectie

De positie van de onderzoeker is bepalend voor de mate van betrokkenheid van de onderzoeker bij de organisatie. In overleg met MCC Flevoland koos Vilans voor de rol van externe auditor. Dat betekende dat de onderzoekers van Vilans niet in de dagelijkse praktijk aanwezig waren, maar wel in nauwe afstemming met de zorgcoördinatoren de onderzoeksopzet inrichtten. De interviews met patiënten werden allemaal door de zorgcoördinatoren uitgevoerd. We zijn benieuwd op wat voor manier deze invulling de resultaten van het onderzoek beïnvloedt en hoe we daar in de toekomst vorm en inhoud aan willen en kunnen geven. Wat vooral opvalt, is dat de werkgroep positief is en gemotiveerd om te werken aan verbetering. De start van de eerste loop heeft wel meer tijd gekost dan voorzien. De gedeelde regie op zowel de inhoud als het proces levert veel op, maar vraagt ook wederzijdse aanpassingen in tempo.

Literatuur

- Agrell, A. en R. Gustafson, The Team Climate Inventory (Tci) and Group Innovation – A Psychometric Test on A Swedish Sample of Work Groups, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 1994 June, 143-151.
- Boonstra, J.J., *Lopen over water: Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*, Vossiuspers AUP, 2000.
- Brydon-Miller, M., Greenwood, D. en P. Maguire, Why action research? *Action research*, 1 (1), 2003, 9-28.
- Fals-Borda, O., Some basic ingredients. In O. Fals-Borda & A. Rahman (eds.), *Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action research*, Apex Press, New York, 1991, p. 3-12.
- Kidd, S.A. en M.J. Kral, Practicing participatory action research, *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 2005, p. 187.
- MCC Flevoland, *CQ meting palliatieve zorg onder nabestaanden*, 2013, COPD patiëntvolgend, 2013 & casuïstiek palliatieve sedatie 2013.
- Migchelbrink, F.G.H.M., *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*, Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2007.
- Minkman, M., *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care*, Kluwer, Deventer, 2011.
- Reason, P. en W.R. Torbert, The action turn: Toward a transformational social science, *Concepts and Transformation*, 6 (1), 2001, p. 1-37.
- Smith (1997) in: S.A. Kidd en M.J. Kral, Practicing participatory action research, *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 2005, p. 187.
- Strien, P.J. van, Naar een methodologie van het praktijkdenken in de sociale wetenschappen, *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 30, 1975, p. 601-619.
- Zuber-Skerrit, O. en M. Fletcher, The quality of an action research thesis in the social sciences, *Quality Assurance in Education*, 15 (4), 2007, p. 413-436.

Informatie over de auteurs

Willine Bulsink liep tijdens het onderzoek stage bij Vilans.

Bea Damen is projectleider van het regionaal zorgprogramma palliatieve zorg en netwerk ouderen.

Janneke Haan is programmamedewerker bij Vilans.

Ruth Pel is programmamedewerker bij Vilans en promovendus bij het AMC.