AFSTUDEEROPDRACHT OPLEIDING LOGOPEDIE

De kracht van de overdracht

Een verkenning naar de mogelijkheden van een uniforme paramedische gegevensoverdracht binnen de CVA Zorgketen Haaglanden

Auteur:	Dionne van der Waal
Studentnummer:	0835931
Onderwijsinstelling:	Hogeschool Rotterdam
Begeleider:	S. Twilt
In opdracht van:	E. te Mebel
Locatie:	Sophia Revalidatie Westeinde, Den Haag

Voorwoord

Met dit eindverslag loop ik bijna tegen het einde aan van mijn studie Logopedie. De rol van het onderzoek is in die periode gegroeid van minimaal tot een verplicht onderdeel in het vierde jaar. Omdat dit het eerste jaar is waarin het onderzoek verplicht werd, was de organisatie niet optimaal. Toch heeft mij dat niet gehinderd in de uitvoering van het onderzoek.

Ik kan stellen dat ik van afgelopen onderzoeksperiode veel heb geleerd. Wat ik als belangrijkste les beschouw, is de mogelijkheid tot aanpassen en doorgaan. Aanpassen aan de kloof tussen mijn verwachtingen vooraf en de uiteindelijke resultaten. Zo bleek ik met een onderbouwde onderzoeksmethode onvoldoende te hebben gekeken naar de haalbaarheid. Met als resultaat: een lege focusgroep bijeenkomst. Voor mij zit de grootste uitdaging in het vooraf anticiperen op deze kloof. Door mij volgende keer beter te verplaatsen in de werksetting, relevantie van het onderwerp, motivatie en haalbaarheid, voorkom ik grote tegenvallers in het onderzoek.

Door mijn onderzoeksbegeleider, Sione Twilt, heb ik de deadlines iets naar voren kunnen schuiven. Zij heeft, ondanks de drukte, mijn werk vroeg en snel na kunnen kijken. Daarvoor wil ik haar bedanken. Ook wil ik Marleen Goumans, lector van het kenniscentrum voor Zorginnovatie, bedanken voor haar begeleiding als onderdeel van het Honours Programma. Ik heb drie maal gebruik kunnen maken van haar ervaring als onderzoeker. Ik heb veel gehad aan haar aanwijzingen en bevestiging dat het de goede kant op ging.

Verder bedank ik Monique Bergsma voor de samenwerking met haar als coördinator van de CVA Zorgketen. Zij heeft mij gestimuleerd het onderzoek grootschalig aan te pakken zodat ik de kans kreeg om een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering binnen de keten. Tot slot wil ik mijn stagebegeleidster Emmely te Mebel bedanken als opdrachtgever. Zij heeft mij het vertrouwen gegeven om met een dergelijk onderzoek aan de slag te gaan. Ik vond het erg interessant om via haar in aanraking te zijn gekomen met de overdracht binnen de CVA-Zorgketen Haaglanden.

Dionne van der Waal
Rotterdam, juni 2014

Samenvatting

In Nederland houden verschillende instellingen zich bezig met een deel van de zorg voor de patiënt met een beroerte (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Een CVA zorgketen (ook wel stroke service) verbindt de bij de patiënt betrokken zorgverleners binnen een regio. Een keten kan alleen goed functioneren als de zorgonderdelen op elkaar aansluiten doordat de zorgverlener adequate gegevens over de patiënt overbrengt naar de volgende schakel (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Toch blijkt er, ondanks dat er al jaren in zorgketens wordt gewerkt, nog steeds grote behoefte te zijn aan verbetering van de informatie-uitwisseling. Deze behoefte aan verbetering werd ook aangegeven door paramedische behandelaren binnen de CVA Zorgketen Haaglanden.

Met dit kwalitatieve onderzoek zijn de mogelijkheden voor een uniforme paramedische overdracht binnen de CVA Zorgketen Haaglanden verkend. Het doel van het onderzoek was inzicht verkrijgen in de huidige situatie, wensen en behoeften rondom de gegevensoverdracht door de paramedische disciplines. Op basis van een literatuurstudie is inzicht gekregen in een stroke service en het belang van een adequate gegevensoverdracht. In samenwerking met Stichting Transmurale Zorg Haaglanden is een kwalitatief onderzoek opgezet. De coördinatoren van de betrokken instellingen in de Zorgketen zijn geïnstrueerd een schriftelijke survey te verspreiden onder hun team. In totaal zijn er dertien respondenten van zes verschillende instellingen op deze wijze bevraagd. De bevraging bestond uit open antwoordmogelijkheden. Drie respondenten zijn persoonlijke bevraagd. De antwoorden zijn verwerkt middels een kwalitatieve, beschrijvende samenvatting. Hierna zijn er middels een Mindmap, categorieën binnen deze beschrijving geformuleerd. Zo is duidelijk geworden welke resultaten met elkaar samenhingen en welke tegenstrijdigheden bevatten.

Uit de resultaten is gebleken dat de paramedische disciplines heel wisselend tegenover een paramedische gegevensoverdracht staan. De instellingen die de overdrachten verzenden (meestal de paramedici uit de ziekenhuizen) blijken over het algemeen tevreden. Zij hebben geen behoefte aan het aanpassen van de overdracht. Een groot deel van de instellingen die de overdrachten zouden moeten krijgen, geven aan dat deze overdrachten niet worden ontvangen. Indien een overdracht wel aankomt is deze vaak te laat of onvolledig. Deze paramedici hebben behoefte aan verbetering van de gegevensoverdracht. Opvallend is dat de verzendende paramedici denken dat als de overdracht niet zou voldoen, het zou worden aangegeven door de ontvangende behandelaar. De ontvangende paramedici blijken dit echter niet te melden bij de vorige behandelaar. De afstand tussen de schakels lijkt groot. De behandelaren die regelmatig naar elkaar overdragen zijn niet altijd met elkaar bekend en er wordt, onder andere hierdoor, weinig gecommuniceerd.

De CVA Zorgketen kan bepaalde stappen zetten om de afstand tussen de schakels te dichten. Het wordt aanbevolen om inzicht te creëren binnen de betrokken partijen wat betreft de overdracht. Bijvoorbeeld door het bijhouden binnen een bepaald tijdbestek met welke frequentie er wordt overgedragen naar een volgende instelling en hoe vaak een gegevensoverdracht wordt ontvangen. Het herstarten van een werkgroep rondom de gegevensoverdracht lijkt van meerwaarde. Hierbinnen kunnen de betrokken partijen regionale afspraken maken waar ieder zich in kan vinden. Tevens wordt aanbevolen om de behandelaren kennis met elkaar te laten maken, bijvoorbeeld middels netwerkbijeenkomsten of kleine werkgroepen.

Inhoudsopgave

Voorwoord **2**

Samenvatting **3**

1. Inleiding **5**
1.1 Aanleiding 5
1.2 Relevantie 5
1.3 Doel- en vraagstelling 5
1.4 Leeswijzer 6

2. Achtergrond **7**
2.1 De CVA Zorgketen 7
2.1.1 Falende overdracht 7
2.1.2 Inhoud van de overdracht 8

3. Methode **9**
3.1 Onderzoeksgedeelte 9
3.2 Dataverzameling 9
3.3 Onderzoekspopulatie 9
3.4 Analyse 9

4. Resultaten **11**
4.1 Huidige situatie CVA Zorgketen 11
4.2 Tevredenheid huidige situatie CVA Zorgketen 12
4.2.1 Analyse per discipline 12
4.2.2 Analyse per soort instelling 13
4.3 Ideaalsituatie overdracht 13
4.4 Formulier 15

5. Discussie **16**
5.1 Discussie 16
5.2 Reflectie 16

6. Conclusie en aanbevelingen **17**
6.1 Beantwoording van de hoofdvraag 17
6.2 Aanbevelingen 17

Literatuurlijst **19**

Bijlage 1: Vragenlijst onderzoek **21**

Bijlage 2: Onderdeel Mindmap analyse resultaten **22**

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp van dit onderzoek nader toegelicht. Allereerst wordt de aanleiding beschreven in paragraaf 1.1. Daarna wordt ingegaan op de relevantie van het onderzoek voor de beroepsgroep logopedie. Aansluitend worden in paragraaf 1.2 de doel- en vraagstellingen geformuleerd. Tot slot wordt de opbouw van het verslag beschreven in paragraaf 1.3.

1.1 Aanleiding

Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken (TMZ) coördineert de CVA Zorgketen Haaglanden. Deze keten streeft ernaar “een patiënt de juiste zorg, op de juiste plaats op het juiste moment te geven, zodat iemand de keten doorloopt in een zo goed mogelijke conditie” (Stichting TMZ z.j.). Hierbinnen is een netwerk van zorgverleners voortdurend bezig dit proces te verbeteren door te kijken naar mogelijkheden voor de samenwerking. Zo is er drie jaar geleden geprobeerd de paramedische disciplines(logopedie, fysiotherapie en ergotherapie) die aangesloten zijn bij de CVA Zorgketen, overdrachtsafspraken met elkaar te laten maken. Er is toen een overdrachtsformulier ontwikkeld om op uniforme wijze gegevens over de patiënt over te dragen naar de volgende behandelaar. De laatste stap, de pilot, is niet van de grond gekomen. Het formulier is niet ingezet door de paramedici, mogelijk omdat het draagvlak ontbrak.

Nu hebben collega’s in het werkveld aangegeven dat zij toch behoefte hebben aan verbetering van de gegevensoverdracht. Iedere behandelaar lijkt nog op eigen wijze over te dragen en relevante gegevens blijken onvoldoende beschikbaar. De CVA Zorgketen heeft ook baat bij een advies omtrent de toepassing van de overdrachtsafspraken van drie jaar geleden. De coördinator van deze keten vraagt zich af of er op dit moment wel draagvlak is voor de implementatie van een uniform overdrachtsformulier.

1.2 Relevantie

De IGZ constateerde in de Staat van de Gezondheid in 2011 dat er een aantal knelpunten voordoen in de uitwisseling van patiëntinformatie binnen verschillende regio’s (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2011). Met de resultaten uit dit onderzoek kunnen de paramedische behandelteams van andere ketens hun voordeel doen. Afhankelijk van de uitkomsten kan er worden geïnventariseerd of de problemen landelijk zouden moeten worden aangepakt. Bijvoorbeeld het ontwikkelen van een landelijke standaard, in plaats van regionale initiatieven.

In het multidisciplinaire behandeltraject van ouderen heeft de logopedist een belangrijke rol. De collega’s in Nederland kunnen aan het denken worden gezet door de uitkomsten van het onderzoek. Zij hebben ten slotte allen te maken met het ontvangen en verzenden van gegevens en veel problemen zullen hen bekend voorkomen. Verder houden ook logopedisten in de eerste lijn zich bezig met de zorg voor ouderen. Zij zijn vaak een derde schakel en krijgen ook patiënten van een vorige behandelaar aangemeld, of dragen zelf over naar een collega. De resultaten van het onderzoek zijn ook voor deze werksetting bruikbaar. Tot slot kunnen de resultaten ook voor alle andere werksettings relevant zijn. Er is namelijk zeer beperkte informatie beschikbaar in de literatuur over de gegevensoverdracht. Zo wordt bijvoorbeeld in de richtlijn “Logopedische Verslaglegging (NVLF, 2009) wel de verslaglegging als ondersteuning bij de gegevensoverdracht aan andere bij de zorg betrokken hulpverleners beschreven, maar niet hoe deze overdracht dient te gebeuren.

1.3 Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is de mogelijkheden voor een uniforme paramedische gegevensoverdracht op dit moment te verkennen. Dit door inzicht te krijgen in de huidige situatie, wensen en behoeften van de paramedische disciplines die zijn aangesloten bij de Zorgketen om Stichting TMZ te kunnen adviseren over eventuele verbeteringen. Daarnaast is het een doel om te achterhalen of de overdrachtsafspraken van drie jaar geleden nog steeds voldoen aan de huidige wensen van de paramedici. Deze doelstellingen leiden tot de volgende vraagstelling:

Hoe staan de paramedische disciplines (logopedie, ergotherapie en fysiotherapie) die zijn aangesloten bij de CVA Zorgketen Haaglanden, tegenover een extramurale uniforme paramedische overdracht ten opzichte van de huidige manier van overdragen?

1.4 Leeswijzer

Het eindverslag is verdeeld in verschillende hoofdstukken. Allereerst wordt de achtergrond van het onderzoek weergegeven in hoofdstuk 2. Deze bestaat uit informatie over zorgketens en gegevensoverdracht, gebaseerd op de literatuurstudie. In hoofdstuk 3 wordt de methode van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 4 volgt een beschrijving van de resultaten met in hoofdstuk 5 de discussie en in hoofdstuk 6 de conclusie en aanbevelingen. In de bijlage is de vragenlijst en de uitkomsten opgenomen.

2. Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt de achtergrond van het onderzoek beschreven. De informatie is afkomstig uit een literatuurstudie. Er volgt eerst een beschrijving van de zorgketens binnen Nederland. Vervolgens wordt het belang van de communicatie beschreven en de knelpunten binnen de gegevensoverdracht. Tot slot wordt beschreven hoe een adequate gegevensoverdracht vorm zou moeten krijgen.

2.1 De CVA Zorgketen

De zorg voor de patiënt met een beroerte is oorspronkelijk in Nederland versnipperd. Dit betekent dat verschillende instellingen zich bezighouden met een klein deel van de zorg voor de patiënt (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). Een CVA zorgketen (ook wel stroke service) verbindt de bij de patiënt betrokken zorgverleners. Het is “een regionale keten van zorgverleners die gezamenlijk als netwerk integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling waarborgen voor patiënten met een beroerte in alle fasen van de aandoening” (Minkman & Huijsman, 2005). Uit een uitgebreide systematische review van gerandomiseerde studies (Stroke Unit Trialists’ Collaboration, 2009) is gebleken dat CVA-patiënten die georganiseerde intramurale zorg in een stroke unit ontvingen, na een jaar meer kans hebben om onafhankelijk thuis te wonen. Ook volgens de richtlijn “Revalidatie na een beroerte” (2001) zijn er aanwijzingen (bewijssterke niveau 3) dat een regionale stroke service leidt tot hogere effectiviteit en daarmee tot betere functionele gezondheidsuitkomsten.

Een zorgketen kan alleen goed functioneren als de zorgonderdelen goed op elkaar aansluiten. Hieraan wordt bijgedragen als iedere schakel op het juiste moment adequate gegevens over de patiënt overbrengt naar de volgende schakel (Commissie CVA-Revalidatie, 2001). De juiste gegevensoverdracht kan volgens de richtlijn “Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte” (2008) ook tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leiden. Volgens de Rotterdamse Afasie Therapie Studie Groep (2013) kan het tijdswinst geven, verdubbelingen of hiaten voorkomen en bijdragen aan de uniformiteit van zorg. Wetenschappelijk onderzoek naar de doelmatigheid en effecten van gegevensoverdracht in een keten is niet beschikbaar.

2.1.1 Falende overdracht

Er hebben diverse regionale initiatieven plaatsgevonden voor een adequate gegevensoverdracht tussen verschillende disciplines en instellingen binnen een CVA- Zorgketen. Voorbeelden zijn POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer) en de Transmurale Zorgbrug (de Blok, et al., 2012). Daarnaast is op landelijk niveau in een samenwerking met het veld, experts en Het Nationaal ICT instituut in de Zorg (NICTIZ) gewerkt aan de realisatie van een daadwerkelijk CVA-keteninformatiesysteem (Reuser, Goossen, & Meijer 2004). In 2008 blijkt echter dat in geen één zorgketen dit systeem draait. Ook blijkt uit de richtlijn “Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte” (2008) dat er dan nog steeds grote behoefte is aan verbetering van de informatie-uitwisseling.

Het NIVEL heeft met Vilans, EMGO+ VUmc en Kiwa Prismant na onderzoek geconcludeerd dat veel standaarden rondom de informatieoverdracht ontbreken (de Blok, et al. 2012). Daarnaast ontbreken ook zorginhoudelijke afspraken over de informatie-uitwisseling (wie, wat en wanneer). De informatie die wel overgedragen wordt is hierdoor niet altijd relevant voor de ontvangende zorgverlener. De overdracht is bijvoorbeeld onvolledig, soms onleesbaar, bevat geen eenduidig taalgebruik of komt te laat aan (van Duivendijk, 2012). Een overdracht die later dan een dag na de transfer bij de volgende behandelaar komt is meestal nutteloos (Rotterdamse Afasie Therapie Studie Groep, 2013). De gegevens zijn namelijk bedoeld om de zorgverlener te informeren vóór het eerste cliëntcontact. Door deze knelpunten heeft de ontvanger op dat moment geen goed totaalbeeld van de toestand van de patiënt. Ondanks de initiatieven om de informatieoverdracht te verbeteren en het feit dat er nu al jaren aan de ketenzorg wordt gewerkt, schiet de communicatie tussen behandelaren te kort. Hierdoor is de zorg en de behandeling in de verschillende instellingen en fasen van de aandoening is niet altijd aansluitend op de voorgaande behandeling.

2.1.2 Inhoud van de overdracht

In veel publicaties en veldnormen wordt wel genoemd dat er informatieoverdracht moet plaatsvinden, maar niet hoe dit dient te gebeuren, tussen welke instellingen en welke informatie overgedragen dient te worden (de Blok, et al., 2012). Daarom is overeenstemming over de wijze van overdracht belangrijk. Er kan worden gekozen voor een overdracht middels een transmuraal formulier, in schriftelijke of digitale vorm, afzonderlijk per discipline of via een CVA-keteninformatiesysteem (van Venrooy & van der Gronden, 2006). Digitale ontwikkelingen verankeren zich steeds meer in de zorg. Dat digitale communicatie voordelen biedt, blijkt uit het onderzoek van Bhabra, Mackeith, Monteiro, & Pothier (2007). Zij concluderen dat het gebruik van een digitaal formulier met invulvelden voor belangrijke patiëntgegevens, gegevensverlies tijdens de overdracht voorkomt. Dit onderzoek richtte zich alleen op het medisch personeel binnen een instelling.

De samenwerkende partners dienen zelf te bepalen welke gegevens noodzakelijk zijn voor het verlenen van goede zorg en daarmee in aanmerking komen voor uitwisseling. Toch bestaat nog de kans dat tegenstrijdige informatie wordt geleverd als meerdere zorgverleners deze overdrachten gaan schrijven. Middels de uniforme werkwijze van een standaard staan alle belangrijke gegevens bij elkaar en ontstaat er geen onduidelijkheid door verschillende manieren van registreren. Het IGZ denkt aan landelijke standaarden en eventueel toezicht hierop. Zolang er nog geen landelijke standaard is ontwikkeld lijkt het raadzaam om op regionaal niveau duidelijke afspraken tussen de zorgverleners te laten maken.

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek beschreven. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de keuze voor het onderzoek, gevolgd door de dataverzameling in paragraaf 3.2. De onderzoekspopulatie wordt toegelicht in paragraaf 3.3. In paragraaf 3.4 volgt de analyse.

3.1 Onderzoeksgedeelte

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. Om de mogelijkheden voor een paramedische overdracht te verkennen is het van belang om ideeën, achtergronden, weerstanden, motieven en beweegredenen op te sporen. Een kwalitatief onderzoek richt zich op deze aspecten. Het geeft inzicht in hoe mensen denken over een bepaald onderwerp (Rijksoverheid, z.j.).

3.2 Dataverzameling

Oorspronkelijk was het de bedoeling om een focusgroep te organiseren. In een focusgroep krijgen deelnemers de gelegenheid hun mening te geven over een reeks van onderwerpen (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004). Zij kunnen ervaringen delen over de bestaande werkwijze en meedenken over eventuele verbeterpunten. Door de beperkte responsiviteit is uiteindelijk een kleinschaliger kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Deze data is via twee verschillende methoden verzameld.

Het eerste deel van het onderzoek bestond uit een korte schriftelijke survey. De onderzoekspopulatie is via het eigen netwerk van de CVA Zorgketen benaderd met het verzoek om deel te nemen aan deze survey. Hierin werden systematisch vragen gesteld om de meningen en het gedrag van de participanten te inventariseren. Er werden hen 10 schriftelijke vragen voorgelegd, bestaande uit open antwoordmogelijkheden. Het tweede deel van onderzoek bestond uit een telefonische en persoonlijke bevraging. Deze participanten zijn geselecteerd naar aanleiding van de responsiviteit van de vragenlijsten. In de bevraging kregen zij dezelfde vragen voorgelegd als de personen die aan de schriftelijke survey hebben deelgenomen. Bij deze tweede groep respondenten kon echter worden doorgevraagd wanneer onduidelijke antwoorden werden gegeven, wat de bruikbaarheid van de antwoorden vergroot. De vragen (zie bijlage 1) werden zowel mondeling als schriftelijk aan de respondenten voorgelegd.

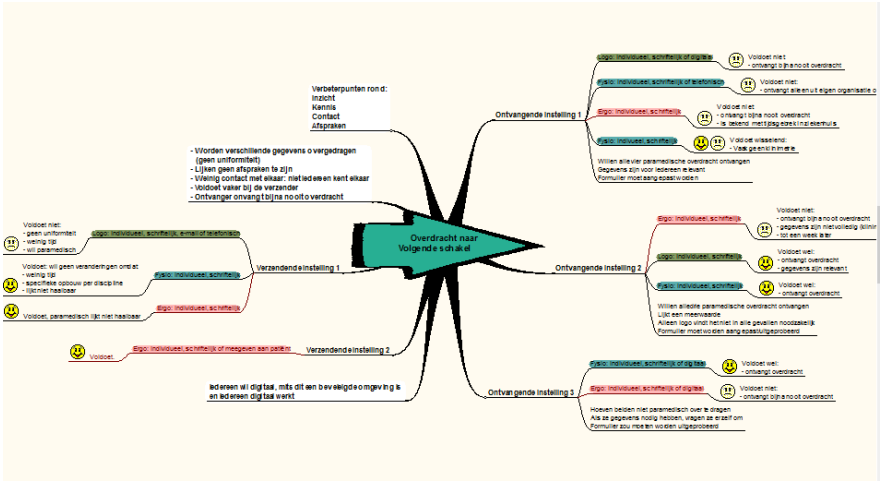
3.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoeksvraag richt zich op de paramedische disciplines binnen de CVA Zorgketen. Er zijn twaalf instellingen bij deze Zorgketen aangesloten. Niet iedere instelling heeft een paramedisch behandelteam. In totaal kwamen zeven instellingen in aanmerking voor deelname. Het onderzoek heeft zich gericht op de paramedische disciplines: logopedie, fysiotherapie en ergotherapie. De overige disciplines die werkzaam kunnen zijn in de instellingen zijn buiten beschouwing gelaten. Ieder behandelteam binnen deze instellingen heeft een coördinator die als contactpersoon optreedt binnen de CVA Zorgketen. De vragenlijsten zijn per e-mail gestuurd naar deze coördinatoren door de coördinator van de CVA Zorgketen Haaglanden. De coördinatoren hebben deze vragenlijsten onder de aandacht gebracht bij het paramedisch team. Hierna hebben verschillende behandelaren, namens hun discipline, de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd.

3.4 Analyse

In het onderzoek is gewerkt met gerichte en open vragen. Deze zijn opgesteld aan de hand van de informatie behoefte van Stichting Transmurale Zorg, om zo met een passend advies te komen. De vragen zijn toegepast in een schriftelijke vragenlijst (bijlage 1) en mondelinge bevraging. De gegevens zijn op de volgende manier verwerkt: Allereerst zijn de ingevulde vragenlijsten verzameld. Vervolgens zijn per vraag de antwoorden onder elkaar beschreven. De antwoorden zijn gerangschikt per locatie en per discipline. Vervolgens is aan de hand van deze gegevens een samenvattende beschrijving van de antwoorden gegeven. Deze is om privacy redenen niet opgenomen in het verslag. Op basis van de rangschikking is geprobeerd na te gaan waarmee die verschillen samenhangen. Bij opvallende resultaten zijn voorzichtig conclusies getrokken. Omdat alleen een kwalitatieve, verhalende

resultaatbeschrijving per vraag niet volstond, is er geprobeerd binnen de gegevens categorieën te onderscheiden. Aan de hand van de literatuur is eerst de meest ideale wijze van overdragen, onderbouwd met literatuur, op papier geschetst. Vervolgens zijn de resultaten verwerkt aan de hand van deze situatie in een grote Mindmap (bijlage 2). Hierna zijn in deze Mindmap verbanden en tegenstrijdigheden gezocht. Hierdoor is duidelijk geworden in hoeverre de antwoorden van de respondenten samenhingen of verschillen bevatten. In figuur 1 is, ondanks de slechte leesbaarheid, een deel van deze Mindmap opgenomen om een beeld te scheppen.



Figuur 1: Mindmap analyse resultaten

Aan de van de bevindingen in de Mindmap zijn de volgende categorieën geformuleerd:

- Huidige situatie van de gegevensoverdracht
- Voldoet de huidige situatie bij de paramedici?
- Ideaalsituatie volgens de paramedici
- Voldoen de afspraken van drie jaar geleden aan deze ideale situatie?

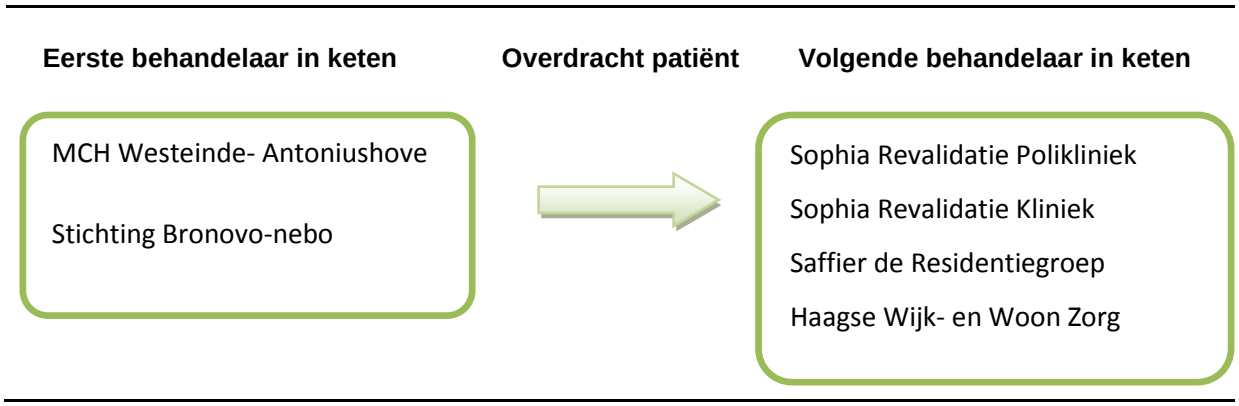
Uiteindelijk is middels deze categorieën een kwalitatieve beschrijving gegeven van de resultaten. Enkele opvallende gegevens zijn ingevoerd in Excel en omgezet in een tabel. Deze dienen enkel om meer overzicht te creëren in het verslag.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. In verband met de privacy wordt alleen een overzicht van de instellingen gegeven en de disciplines genoemd. Paragraaf 4.1 geeft de huidige wijze van overdragen weer. Paragraaf 4.2 beschrijft of de huidige wijze van overdragen voldoet. Aansluitend volgt in paragraaf 4.3 hoe de gegevensoverdracht volgens de paramedici vorm zou moeten krijgen. Tot slot gaat paragraaf 4.4 kort in op de meningen wat betreft de overdracht afspraken van drie jaar geleden.

4.1 Huidige situatie CVA Zorgketen

Allereerst is het interessant om een beeld te krijgen van hoe de gegevensoverdracht er op dit moment uitziet binnen de CVA Zorgketen Haaglanden. In onderstaande figuur is te zien welk onderdeel van de CVA Zorgketen in kaart is gebracht. In totaal zijn 13 behandelaren meegenomen in dit onderzoek.



Figuur 2: Overzicht onderzocht deel Zorgketen

De eerste kolom bevat het MCH en Bronovo ziekenhuis. Deze instellingen zijn in de meeste gevallen het begin van de keten en worden vanaf nu “verzendende instellingen” genoemd. Vanaf binnenkomst wordt de patiënt na ongeveer drie tot zes dagen overgedragen naar de volgende instelling. De patiënt komt dan aan in instellingen zoals Sophia Revalidatie, Saffier de Residentiegroep of het HWWZ. Deze worden vanaf nu “ontvangende instellingen” genoemd. Binnen deze instellingen verblijft de cliënt gedurende een langere periode om te revalideren. De volgende keten, vaak de eerste lijn, is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Uit de respons is gebleken dat er door zowel de verzendende instellingen als de ontvangende instellingen bijna altijd schriftelijk en monodisciplinair wordt overgedragen. Er zijn geen digitale informatiesystemen in werking. Ook zijn er geen paramedische teams die gezamenlijk overdragen. Er doen zich kleine verschillen voor binnen de verschillende disciplines en/of instellingen. Zo wordt er bij de verzendende instellingen de overdracht in enkele gevallen met de patiënt meegegeven. Het komt ook voor dat een behandelaar telefonisch of via e-mail gegevens overdraagt. Er moet dan wel een e-mailadres bekend zijn en/of een nummer om naar toe te bellen, wat niet altijd het geval blijkt.

Iedere behandelaar hanteert een eigen opbouw bij de gegevensoverdracht naar de volgende behandelaar. Deze opbouw is bij de een uitgebreider dan bij de ander. De verzendende instellingen hebben over het algemeen minder uitgebreide anamnese en/of behandelgegevens tot hun beschikking. Iedere respondent heeft gemeen dat in ieder geval de beginsituatie, het beloop van de therapie en de eindsituatie in de overdracht worden opgenomen. Sommige behandelaren vullen dit aan met de gehele anamnese, medische gegevens en reden van consult. Behalve de overlappende gegevens is er geen uniformiteit wat betreft de gegevensoverdracht. Eén logopedist heeft aangegeven niet te weten of de overgedragen gegevens wel altijd *relevant* zijn voor de volgende behandelaar.

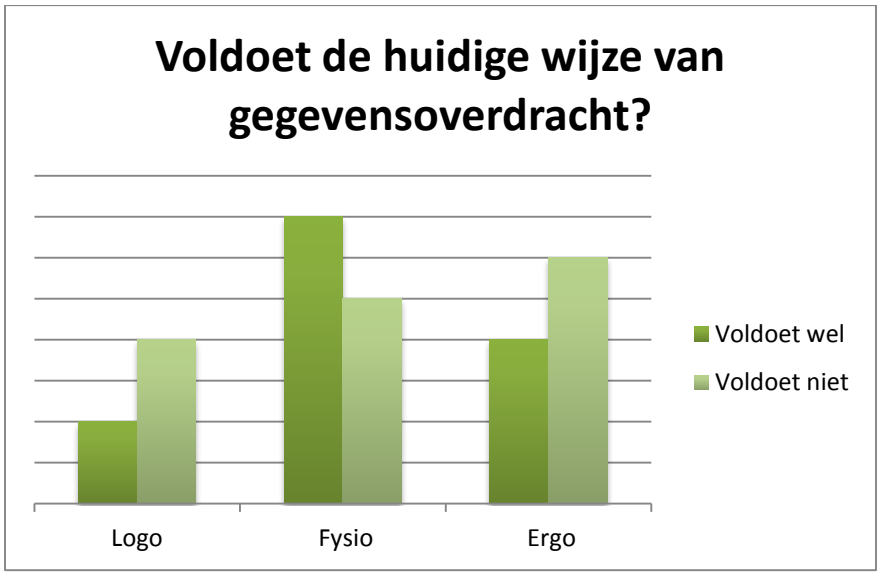
4.2 Tevredenheid huidige situatie CVA Zorgketen

Vervolgens is nagegaan of de huidige wijze van overdragen voldoet. De reacties op deze vragen zijn het meest uitlopend. Van de 13 respondenten gaven er zes aan dat de huidige manier van overdragen niet voldoet, één behandelaar had wisselende ervaringen en de overige zes waren tevreden. De bevindingen worden per soort instelling beschreven en per discipline.

4.2.1 Analyse per discipline

In deze paragraaf volgt de analyse per discipline. Het gaat hier om de overdracht tussen dezelfde discipline, naar de andere instelling. In onderstaande tabel is opgenomen hoeveel behandelaren per discipline tevreden zijn met de gegevensoverdracht en hoeveel niet. Daaronder volgt een toelichting.

Tabel 1: Tevredenheid respondenten



Logopedisten

De huidige manier van overdragen voldoet bij één van de drie logopedisten. *"Over het algemeen krijg ik een logopedisch verslag vanuit het ziekenhuis. Deze geeft voldoende informatie."* De logopedist die niet tevreden is geeft aan altijd over te dragen, maar uniformiteit in de werkwijze te missen. Zij heeft tevens veel te weinig tijd om over te dragen. Soms hoort zij pas heel kort van te voren dat iemand met ontslag gaat of zelfs achteraf. De andere logopedist die niet tevreden is, ontvangt bijna nooit een overdracht vanuit het ziekenhuis. In het verleden vroeg zij zelf herhaaldelijk om de overdracht bij de vorige behandelaar.

Fysiotherapeuten

De fysiotherapeuten lijken de meest tevreden beroepsgroep wat betreft het ontvangen en versturen van de gegevensoverdracht. Van de vijf respondenten voldoet deze overdracht er volgens drie altijd, bij één wisselend en bij één niet. De tevreden fysiotherapeuten geven aan geen behoefte te hebben aan verandering. *"Vanuit de fysiotherapie voldoet deze manier van overdragen, dus iedere discipline afzonderlijk."* Eén fysiotherapeut geeft aan niet tevreden te zijn omdat de overdracht nauwelijks wordt ontvangen. De andere ontvangende fysiotherapeut krijgt meestal wel de gegevensoverdracht van de vorige behandelaar, maar deze wordt niet altijd als relevant ervaren. Er missen vaak gegevens, zoals de klinimetrie.

Ergotherapeuten

Bij de ergotherapeuten voldoet de huidige overdracht bij slechts twee van de vijf respondenten. Hierbij is het opvallend dat alleen de twee ergotherapeuten uit de verzendende instellingen tevreden zijn. Zij geven aan dat ze worden nagebeld als de overdracht niet voldoet. De ontvangende ergotherapeuten zijn niet tevreden. De drie respondenten geven aan bijna nooit een overdracht te ontvangen. Wanneer

deze wel wordt ontvangen komt deze vaak te laat binnen *"Er staan ook wel goede dingen in de overdracht, aandachtspunten voor de behandeling bijvoorbeeld, maar het is een beetje mosterd na de maaltijd."* Soms is de overdracht onvolledig. De testgegevens worden dan gemist. Opvallend is, is dat een ergotherapeut niet precies weet of de ergotherapeut altijd betrokken is geweest bij de behandeling in de vorige instelling. "*Ik heb eigenlijk ook niet echt een beeld van of bij bijvoorbeeld elk ziekenhuis ook een ergotherapeutische behandeling is."* Zij is niet bekend met de collega's uit het ziekenhuis. De ergotherapeut uit de verzendende instelling geeft ook aan niet met alle ergotherapeuten bekend te zijn in de volgende keten. Het zou volgens haar wel makkelijker zijn om hen te kennen, want dan kan de overdracht direct aan de ergotherapeuten worden gericht in plaats van aan de instelling.

4.2.2 Analyse per soort instelling

In onderstaande tabel is opgenomen hoeveel behandelaren per soort instelling tevreden zijn met de gegevensoverdracht en hoeveel niet. Daaronder volgt een toelichting per soort instelling.

Tabel 2: Tevredenheid respondenten per soort instelling

	Voldoet volgens paramedici	Voldoet niet volgens paramedici
Verzendende instellingen	3	1
Ontvangende instellingen	3	6

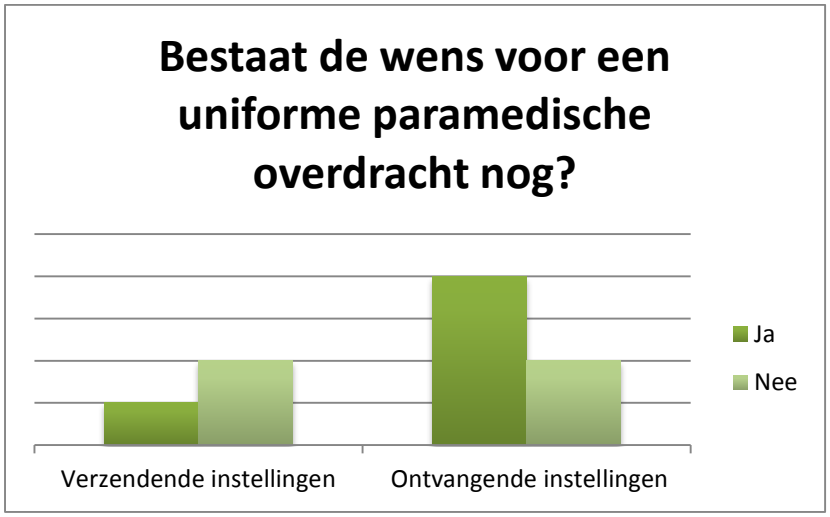
Binnen de eerste instellingen uit de keten voldoet de schriftelijke, monodisciplinaire overdracht bij het grootste deel van de respondenten. *"Ja het voldoet. Er wordt gestreefd om in de diagnostische fase/ziekenhuisfase een volledig beeld te krijgen en deze over te dragen."* Slechts één behandelaar geeft aan uniformiteit te missen en een paramedische overdracht te willen. De overige disciplines van de verzendende instellingen willen de overdracht niet veranderen. Volgens hen is er beperkte tijd om over te dragen en is het daarom wenselijk dat er per disciplines, zo vlug mogelijk, een overdracht wordt geschreven. Ook is de opbouw van de overdracht zo specifiek dat het prettig is om dit op eigen wijze te doen. Enkele behandelaren denken gebeld te worden als de overdracht niet voldoet bij de volgende behandelaar. *"Wanneer er onduidelijkheid of vragen zijn worden wij gebeld."*

Binnen de ontvangende instellingen voldoet de manier van overdragen bij slechts een kwart van de respondenten. Zes behandelaren geven aan te weinig een overdracht te ontvangen. Indien deze wel wordt ontvangen is deze niet altijd volledig of relevant. Ook komt de overdracht vaak niet tegelijk met de patiënt. Drie behandelaren zijn wel tevreden. Zij ontvangen vaak een overdracht en deze wordt als relevant ervaren. Eén behandelaar heeft wisselende ervaringen. Enkele ontvangende behandelaren geven aan dat de overdracht niet voldoet, maar dat ze dit ook niet laten weten aan de vorige behandelaar. *"Ik zit nu ook te denken van ja waarom neem ik dan ook geen contact op. Ja, omdat ik ze niet ken en omdat ik gewoon m'n schema heb op de dag en altijd gewend ben een intake op een bepaalde manier te doen."*

4.3 Ideaalsituatie overdracht

Vervolgens is bekeken hoe deze paramedische disciplines zouden willen gaan overdragen binnen de CVA Zorgketen. Allereerst is gekeken of de overdrachtsafspraken van drie jaar geleden nog up-to-date zijn. Toen was afgesproken om gezamenlijk, met alle paramedische disciplines over te dragen. In onderstaande tabel is aangegeven of binnen de verzendende en ontvangende instellingen de wens bestaat om middels een uniforme paramedische overdracht over te dragen. Er hebben negen behandelaren gereageerd op deze vraag.

Tabel 3: Behoefte aan uniforme paramedische overdracht respondenten



Zoals eerder vermeld in paragraaf 4.3.2. willen de verzendende instellingen de overdracht niet veranderen. Slechts één behandelaar geeft aan wel een gezamenlijke overdracht te willen. Van de ontvangende instellingen geeft het grootste deel aan wel gezamenlijk gegevens te willen ontvangen en overdragen. Zij denken dat het handig is om alle informatie van elkaar te kunnen inzien voordat er wordt begonnen met de intake. Voor twee behandelaren hoeft het niet paramedisch. "*Nee, dit vinden wij niet noodzakelijk, als we informatie van elkaar willen, dan krijgen we dat wel.*"

Vorm
In totaal willen zes van de negen respondenten volgens een standaard formulier gaan werken. Het is vervolgens de vraag hoe deze uniforme paramedische overdracht dan vorm zou moeten gaan krijgen. Hier had iedere respondent een andere mening over. De volgende opties werden genoemd:

- een formulier met alleen maar invulvelden, in verband met de tijd;
- een gedetailleerd formulier met zo min mogelijk ja/nee mogelijkheden;
- een kort en bondig formulier;
- een gestructureerd formulier;
- een formulier ingedeeld volgens het ICF-model met standaard klinimetrie; en
- een formulier ingebouwd in een digitaal systeem (zoals POINT) zien waar iedere discipline kan inloggen.

De respondenten zijn het met elkaar eens dat de overdracht heel praktisch toepasbaar moet zijn. Een gestructureerde overdracht met relevante gegevens is vereist. Overigens is het opvallend dat de disciplines die in paragraaf 4.3.1. aangaven wel tevreden zijn over de huidige wijze van overdragen, ook meedenken over dit onderwerp. Slechts één respondent is consequent in zijn antwoorden en geeft aan *geen* paramedische overdracht te willen.

Betrokkenen
Een andere vraag is welke disciplines bij deze paramedische overdracht betrokken zouden moeten worden. Hierop reageerden elf respondenten. Negen respondenten geven aan dat *alle* betrokkenen therapeuten hun gegevens in deze overdracht kwijt moeten kunnen. Het gaat dan dus ook om de verpleging, diëtist, maatschappelijk werkster, psychologe etc. De vraag vanuit een respondent is wel hoe haalbaar dat is. "*Hoe uitgebreid wordt het dan? En hoe haalbaar om al die gegevens te verzamelen uit rapportages en MDO's?*" Eén respondent geeft aan alleen de fysiotherapeut, logopedist en ergotherapeut te willen betrekken. Wederom blijft er één respondent consequent in zijn antwoorden en wil alleen monodisciplinair overdragen.

4.4 Formulier

Drie jaar geleden is een uniform paramedisch overdrachtsformulier ontwikkeld. De respondenten zijn bevraagd of dit formulier voldoet aan hun ideaalsituatie en hoe dit formulier dan zou moeten worden ingezet. De reacties op het formulier zijn erg wisselend. Twee respondenten geven aan dat het formulier niet voldoet. De één wil niet paramedisch overdragen en de ander vindt het formulier veel te lang en tijdrovend door de lege invulvelden. "*Het 'nieuwe' paramedische formulier is m.i. niet goed werkbaar. Er is geen logische volgorde, per discipline, om je informatie in te kunnen zetten."* Vijf respondenten zien het formulier wel als een meerwaarde, waarvan twee een aantal aanpassingen verwachten. De drie overige respondenten willen eerst het formulier uitproberen. Op de vraag hoe het formulier moet worden ingezet geven de meesten aan digitaal te willen overdragen omdat het veel tijd scheelt. Dit moet dan wel in een beveiligde omgeving kunnen.

5. Discussie

In het hoofdstuk discussie worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de bevindingen uit de literatuur. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een reflectie op de het onderzoek en de beperkingen.

5.1 Discussie

De richtlijn “Revalidatie na een beroerte” van de Commissie CVA-Revalidatie (2001) beschrijft hoe een stroke service behandelaren binnen verschillende instellingen met elkaar verbindt. Maar de keten kan pas goed functioneren als behandelaren op het juiste moment adequate gegevens van patiënten over dragen. Uit dit onderzoek blijken een aantal beperkingen in dit proces. Volgens de ontvangende instellingen vindt er onvoldoende overdracht van gegevens plaats. De verzendende instellingen geven daarentegen aan wel over te dragen. Het is nog onduidelijk waar(door) deze discrepantie ontstaat

Vervolgens wordt er binnen de richtlijn gesproken over het juiste moment van overdragen. Uit een eerder onderzoek is gebleken dat verslaglegging vaak te laat bij de behandelaar in het vervolgtraject aankomt (van Venrooy & van der Gronden, 2006). De resultaten uit dit onderzoek bevestigen dit. Als reden wordt aangedragen het gebrek aan tijd. Van Venrooy & van der Gronden (2006) concludeerden in hun onderzoek dat er zorginhoudelijke afspraken ontbreken over wie en welke gegevens moeten worden uitgewisseld. In dit onderzoek zijn ook geen afspraken wat betreft de overdracht naar voren gekomen. Hierdoor blijken niet alle gegevens relevant te zijn voor de ontvanger. Uit de richtlijn “Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte” (2008) volgt dat er binnen diverse Zorgketens grote behoefte is aan verbetering van de informatie-uitwisseling. Toch blijkt uit het onderzoek dat de helft van de respondenten wel tevreden is over de huidige manier van gegevensoverdracht. Het gebrek aan afspraken, standaarden en communicatie wordt door hen niet genoemd.

5.2 Reflectie

Er zijn bij het beschouwen van de resultaten een aantal belangrijke punten van aandacht.

Een eerste beperking van het onderzoek is dat er halverwege is gewisseld van onderzoeksmethode. Oorspronkelijk was er gekozen voor een focusgroep om te discussiëren, meningen te verzamelen en de dynamiek in de groep te onderzoeken. Omdat er te weinig respons was op deze bijeenkomst is er gekozen voor een schriftelijke en persoonlijke bevraging. Deze methode is minder geschikt geweest omdat de mening van het individu minder belangrijk is voor dit onderzoek. Met de huidige onderzoeksmethode zijn vooral de verschillen in de antwoorden opgevallen. De onderliggende processen zijn niet boven tafel gekomen.

Een tweede beperking van het onderzoek zou kunnen zijn dat de vragenlijst die is ingevuld niet was bedoeld als schriftelijke survey. Het was oorspronkelijk de bedoeling dat deze diende als inventarisatie op de locatie van de respondent. Omdat er een hoge respons was wat betreft het terugsturen van de vragenlijst, is er toch gekozen deze te analyseren voor het onderzoek.

Een laatste beperking gaat over de aspecten objectiviteit en subjectiviteit. Allereerst is mijn eigen betrokkenheid binnen de CVA Zorgketen groot. Ik ben zelf werkzaam in een instelling waar nauwelijks overdrachten worden ontvangen. Mijn ervaringen en die van mijn collega’s kunnen invloed hebben gehad op de uitvoering van mijn onderzoek en de resultaatbeschrijving. Daarnaast beschikt dit onderzoek niet over ‘harde bewijzen’ en kan de subjectieve beleving van de respondenten een rol hebben gespeeld in de antwoorden. De toon van het onderzoek kan enige gevoeligheid hebben veroorzaakt. Het was niet de bedoeling om de individuele werkwijze van de behandelaren te beoordelen. Dit kan echter wel zo zijn overgekomen door de persoonlijke bevraging en hierdoor mogelijk sociaal wenselijke antwoorden hebben uitgelokt.

Tot slot mag worden benadrukt dat gezien de omvang van het onderzoek en de complexiteit toch in zeer korte tijd, interessante resultaten zijn behaald.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk zal de centrale vraagstelling definitief beantwoord worden, waarna aanbevelingen voor de praktijk volgen.

6.1 Beantwoording van de hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek was: *Hoe staan de paramedische disciplines (logopedie, ergotherapie en fysiotherapie) die zijn aangesloten bij de CVA Zorgketen Haaglanden, tegenover een extramurale uniforme paramedische overdracht ten opzichte van de huidige manier van overdragen?*

Om deze vraag te beantwoorden is eerst onderzocht hoe de huidige situatie van overdragen eruit ziet en of deze voldoet. De tegenstrijdige informatie die op dat gebied is gevonden, maakt het moeilijk om de hoofdvraag te beantwoorden. Uit het onderzoek is gebleken dat de beleving wat betreft de gegevensoverdracht niet overeenkomt binnen de verzendende en ontvangende instellingen. De verzendende respondenten zijn over het algemeen tevreden over de huidige manier van overdragen. Zij beschrijven hun werkwijze en noemen als beperking voornamelijk het gebrek aan tijd. Een groot deel van de ontvangende instellingen geeft echter aan dat zij vaak geen overdrachten ontvangen.

Uit het onderzoek is gebleken dat er geen sprake is van uniformiteit wat betreft het overdragen. Werkafspraken lijken te ontbreken. De gegevens die worden overgedragen zijn hierdoor niet altijd relevant of volledig voor de ontvanger. Opvallend is dat de verzendende instellingen verwachten bericht te krijgen als de overdracht niet voldoet. De ontvangende behandelaren geven dit echter niet aan bij de vorige behandelaren. Een belemmerende factor hierbij is dat niet alle behandelaren bekend zijn met elkaar en zo ook lastig contact met elkaar kunnen opnemen.

Ondanks deze bevindingen geeft de helft van de respondenten aan dat de huidige manier van overdragen voldoet. Zij zijn niet enthousiast over een geïntegreerde paramedische overdracht. Redenen voor het behouden van de monodisciplinaire overdracht worden genoemd: gebrek aan tijd; logistiek gezien niet haalbaar; noodzaak aan behandelspecifieke informatie binnen de overdracht en andere mogelijkheden om elkaars informatie in te zien. De andere helft van de respondenten staat wel positief tegenover een uniforme paramedische overdracht. Het meteen kunnen inzien van gegevens van alle betrokken behandelaren heeft een meerwaarde omdat dan een zo volledig mogelijk beeld van de patiënt kan worden gevormd. Het reeds ontwikkelde formulier (wat niet is geïmplementeerd) zou kunnen voldoen aan deze behoeften. Dit formulier vereist wel een aantal aanpassingen.

Concluderend kan worden gezegd dat de paramedische disciplines heel wisselend tegenover een uniforme paramedische overdracht staan. Het gebrek aan inzicht in de huidige stand van zaken wat betreft de overdracht maakt dit antwoord niet geheel betrouwbaar. Wanneer de verzendende instellingen beter op de hoogte waren van het gebrek aan overdrachten ‘aan de andere kant’ hadden zij wellicht anders geantwoord. De verzendende en ontvangende instellingen lijken ver uit elkaar te staan, kennen elkaar niet altijd en er is beperkte communicatie. Wellicht is dit ook de oorzaak van het falen van de overdrachtsafspraken drie jaar geleden. Indien het uniforme overdrachtformulier op dit moment wordt ingevoerd, kan worden verwacht dat dit initiatief weer faalt. De oplossing voor het dichten van de afstand tussen de schakels zou daarom elders moeten worden gezocht.

6.2 Aanbevelingen

Omdat niet duidelijk is waardoor de overdracht wel wordt verstuurd, maar niet wordt ontvangen, lijkt het raadzaam om inzicht bij de betrokkenen te creëren. Als deze stap wordt overgeslagen kan het inzetten van een uniform paramedische formulier alsnog falen. Twee werkwijzen worden aanbevolen: Middels een kwantitatief onderzoek en/of het (her)organiseren van een focusgroep. In het kwantitatief onderzoek kan worden vastgelegd hoe vaak er daadwerkelijk wordt overgedragen en hoe vaak een overdracht niet wordt ontvangen. Door de cijfers te vergelijken kan iedereen een betere indruk krijgen van de werkelijke situatie. In het herorganiseren van de focusgroep zouden de reacties van de respondenten op de bevindingen veel informatie kunnen geven over onderliggende processen.

Een volgende aanbeveling is het (her)opstarten van een werkgroep voor het verbeteren van de overdracht. In deze werkgroep lijkt het raadzaam om iedere locatie te vertegenwoordigen. Middels halfjaarlijkse bijeenkomsten kunnen werkafspraken worden gemaakt binnen deze werkgroep. Daarnaast kan de groep zich bezighouden met het ontwikkelen van een uniform formulier. De afspraken kunnen worden gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek. Belangrijk is om een middenweg te kiezen waar het merendeel van de behandelaren zich in kan vinden. Omdat niet iedereen zich hierin zal kunnen vinden is het van belang dat een passende werkwijze wordt gevonden, de behandelaren waar nodig inschikken en bereid zijn zich aan de afspraken te houden. Daarnaast is gebleken dat veel instellingen aangeven niet bekend te zijn met de vorige en/of volgende behandelaar in het traject. Dit zorgt ervoor dat minder gemakkelijk met elkaar contact kan worden opgenomen. Het lijkt daarom van grote meerwaarde dat de behandelaren gaan kennismaken en/of netwerken in de werkgroep of tijdens ketenzorg-bijeenkomsten.

Wat betreft de beroepsgroep voor logopedisten lijkt het aan te bevelen om op regionaal en lokaal niveau de behoeften rondom te overdracht te inventariseren. Er blijkt vaak in een bepaalde routine te worden gewerkt waardoor er weinig ruimte over is voor communicatie over dergelijke onderwerpen. Dit terwijl veel partijen niet tevreden blijken te zijn en de oplossing niet heel ingrijpend hoeft te zijn. Middels werkgroepen kunnen gedachten en ideeën worden uitgewisseld om vervolgens heldere afspraken te maken. Deze kunnen per doelgroep verschillen.

Literatuurlijst

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010) *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO.* Vereniging van Hogescholen. Op 7 april opgehaald van: http://nl.scribd.com/doc/99068889/Gedragscode-praktijkgericht-onderzoek-HBO

Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro, P., & Pothier, D. (2007) *An Experimental Comparison of Handover Methods.* Annals of The Royal College of Surgeons of England , 298-300.

Blok de, C., Vat, L., Soest-Poortvliet, M. van, Pieter, D., Minkman, M., Bruijne, M., de (2012) *Onderzoek naar overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT.* Utrecht: NIVEL.

CBO, K. v. (2008) *Richtlijn beroerte.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie.

Commissie CVA-Revalidatie (2001) *Revalidatie na een beroerte.* Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

Health Quality Ontario. (2013) *Electronic Tools for Health Information Exchange.* Archive of "Ontario Health Technology Assessment Series" , 1-76.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011) *Staat van de gezondheidszorg.* Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Utrecht

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2004) Handleiding focusgroepen

Minkman, M., & Huijsman, R. (2005). *Naar optimale CVA-ketenzorg in Nederland.* Utrecht: CBO.

Nictiz & NPi. (2009). *Informatievoorziening in de paramedische zorg.*

Nictiz (2010) *E-overdracht in de care, een inventarisatie*. Den Haag: Nictiz in samenwerking met V&VN en ActiZ

PWC (2010) *Verantwoorde informatieoverdracht in de zorg.* Achtergrondstudie ten behoeve van de staat van de gezondheidszorg 2011: informatieoverdracht in twee zorgketens

Reuser L, Goosen W, Meijer R. (2004) *Op weg naar een CVA-keteninformatiesysteem volgens landelijke standaarden.* 10e EPD symposium Amsterdam. NTMA 2004; **116:** 41-44. *Op 10 maart opgehaald van:* http://www.amdas.nl/docs/12cva_keteninfosysteem_artikel_NVMA.pdf

Rijksoverheid (z.j.) *Kwalitatief onderzoek.* Op 6 april opgehaald van: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor professionals/communicatieonderzoek/kwalitatief-onderzoek

Rotterdamse Afasie Therapie Studie Groep. (2013). *Protocol Ketenzorg Afasie na Beroerte.* Rotterdam.

Stichting Transmurale Zorg Haaglanden (z.j.) Geraadpleegd op 11 maart 2014 van http://transmuralezorg.nl/denhaag-activiteiten/activiteit/CVA-Zorgketen/5

StrokeUnit Trialists' Collaboration (2009) *Organised inpatient (strokeunit) care for stroke.*Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.

Trachtenberg, M. & Ryvicker, M. (2011) *Research on transitional care: from hospital to home.* Home.Healthc.Nurse, 29, 645-651.

Venrooy, A., van & Gronden, B., van der (2006) *Ketenzorg als gezamenlijk leerproces.* Business process magazine , 34-38.

Wegener- Sleeswijk, B. (2012) *Schrijfwijzer opleiding logopedie.* Hogeschool Rotterdam, Instituut voor Gezondheidszorg.

Wouters, E. & Van Zaalen, Y. (2012) *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Bijlage 1: Vragenlijst onderzoek

1) Op welke wijze worden gegevens overgedragen, door jouw team, naar de volgende behandelaar in de keten?

2) Welke gegevens worden er nu overgedragen, door jouw team, naar de volgende behandelaar?

3) Indien van toepassing: Op welke wijze worden gegevens *door de vorige* behandelaar overgebracht naar jouw team?

4) Voldoet de huidige manier van gegevens overdragen en gegevens ontvangen? Waarom wel/niet?

5) Bestaat de wens om de hele paramedische overdracht (logo, ergo en fysio bij elkaar) in 1 formulier te hebben nog steeds?

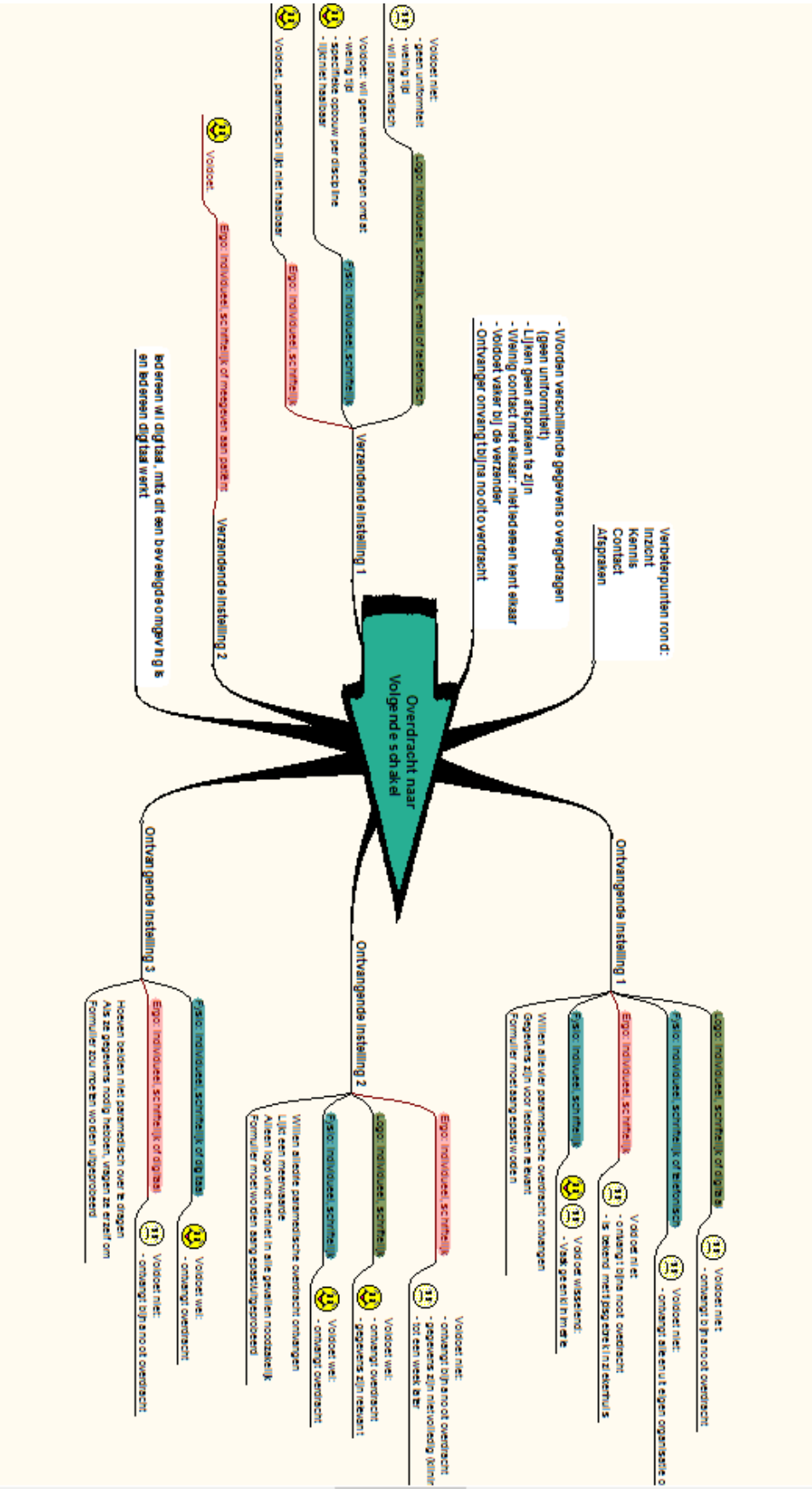
6) Hoe zou een werkzame gegevensoverdracht er volgens jouw team uit zien?

7) Welke disciplines zouden volgens jouw team bij deze gegevensoverdracht betrokken moeten worden?

8) Op welke wijze zou jouw team gegevens willen overdragen en ontvangen?

Drie jaar geleden is er door de CVA Zorgketen een uniform paramedisch overdrachtsformulier ontwikkeld. Deze is terug te vinden in de bijlage.

9) Voldoet dit formulier (nog) aan de behoeften van jouw team?

10) Wat zijn eventuele verbeterpunten voor het overdrachtsformulier?

Bijlage 2: Onderdeel Mindmap analyse resultaten