



Ervaringen met het Fasttrackproces bij de neuro-revalidatieafdeling van Archipel

Onderzoeksverslag afstudeerproject
16 mei 2025



HOGESCHOOL
MENS EN
GEZONDHEID

Auteur: Anniek Redeker (4156072)

Opleiding: Bachelor opleiding tot verpleegkundige

Opdrachtgever: Vera Hoesen

Begeleider: Hélène van den Nieuwenhoff

Examinator: Marianne Nieboer

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van mijn afstudeerproject. Het onderzoek heeft betrekking op het proces van Fasttrack-opnames en de ervaringen van betrokkenen bij Archipel Dommelhoef revalidatie 1.

Dit onderzoeksverslag is geschreven in het kader van mijn afstudeerproject voor de bacheloropleiding tot verpleegkundige aan de Fontys Mens en Gezondheid (FMG) in Eindhoven. Dit onderwerp is in opdracht van Archipel, in samenwerking met het CZE, gedurende de periode van september 2024 tot juli 2025.

Voor het verbeteren van zinsstructuur en spelling is gebruik gemaakt van ChatGPT, een geavanceerd taalmodel ontwikkeld door OpenAI. Dit hulpmiddel is ingezet om de leesbaarheid en helderheid van de tekst te verbeteren door het verbeteren van taalgebruik en suggesties te geven voor het herstructureren van zinnen (OpenAI, 2025).

Ik wil mijn scriptiebegeleider Hélène van den Nieuwenhoff van FMG bedanken door haar nauwe betrokkenheid, steun en uitgebreide feedback. Ook wil ik Marjan Hoeijmakers, ketencoördinator van het regionale CVA netwerk Eindhoven-de Kempen, bedanken voor het meedenken en haar openheid in het delen van informatie. Daarnaast wil ik Vera Hoesen, netwerkverpleegkundige van Archipel Dommelhoef, bedanken voor het meedenken en mogelijk maken van dit onderzoek. Als laatste wil ik alle deelnemers en betrokkenen bedanken die hebben meegedacht en meegeholpen om dit onderzoek tot stand te kunnen brengen.

Bedankt voor uw interesse en veel leesplezier.

Eindhoven, 16 mei 2025

Anniek Redeker

Samenvatting

Inleiding

Het Fasttrack-proces is een versneld opnameproces voor relatief mild-aangedane CVA-cliënten. Dit proces is 2021 ontstaan vanwege een doorstromingsprobleem vanuit het ziekenhuis. Tot dit onderzoek is het Fasttrack-traject enkel procesmatig onderzocht. Dit onderzoek focust op de ervaringen van het Fasttrack-proces door alle betrokkenen bij de geriatrische neuro-revalidatieafdeling van Archipel, zoals cliënten, naaste(n) en betrokken zorgprofessionals.

Methode

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve casestudie vanwege de focus op ervaringen en het belichten van verschillende perspectieven. Deelnemers waren geïnccludeerd als deelnemers van het Fasttrack-proces. De twee exclusiecriteria waren onvoldoende cognitieve mogelijkheden om een goed geïnformeerde beslissing te kunnen nemen over deelname aan het onderzoek en een afasie die de communicatie ernstig belemmert. Het onderzoek heeft bestaan uit observaties van de planbespreking en therapiemomenten en diepte-interviews met alle betrokkenen, waarbij de cliënt en naaste meerdere keren geïnterviewd zijn. Vervolgens is de data geanalyseerd aan de hand van de vijf stappen beschreven door Baarda (2019). Voorafgaand aan het onderzoek is in het ziekenhuis meegekeken met de multidisciplinaire intake, om een beeld te kunnen krijgen wat een cliënt voor opname bij een geriatrische neuro-revalidatieafdeling meemaakt.

Resultaten

In het onderzoek zijn uiteindelijk twee cliënten geïnccludeerd. De interactie tussen de cliënt en naaste en de fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist is geobserveerd tijdens zes therapiemomenten en bij de twee planbesprekingen de interactie tussen de aanwezige zorgprofessionals. Bij één van de twee cliënten is de naaste betrokken, bij de andere is de verpleegkundig specialist geïnccludeerd.

Er zijn vijf thema's uit de data-analyse naar voren gekomen. Zo bleek bij Fasttrack-cliënten een beperkte overdracht meegegeven te worden met het ontslag van de cliënt uit het ziekenhuis. Ook lagen de verwachtingen uit elkaar door een beperkte inlichting vooraf. Zo ervaren cliënten enkel behandelmomenten als therapie, in plaats van het gehele verblijf. Cliënten zijn niet goed op de hoogte van wat het Fasttrack-proces inhoudt wat ook invloed heeft op de ongelijke verwachtingen. Ook kwam de vraag naar boven of

Fasttrack of ambulante revalidatie een betere optie was. Uiteindelijk werd ook de vraag gesteld of een Fasttrack-cliënt überhaupt wel anders behandeld moet worden dan een reguliere opname. Als laatste kwam naar boven dat Fasttrack snel is, waardoor het veel organisatorische voordelen heeft.

Conclusie

De conclusie is dat het Fasttrack-proces vele positieve eigenschappen heeft. Zo is het proces efficiënt, doelgericht, financieel voordelig en goed voor het imago van Archipel. Echter zijn er ook verbeterpunten te behalen op het gebied van overdracht, informatievoorziening naar cliënten en naaste(n) voorafgaand aan en tijdens de opname bij Dommelhoef en verwachtingsmanagement. De late en beperkte overdracht zorgt voor onzekerheid en onduidelijkheid over het doel van de opname. Daarnaast zijn cliënten onbekend met het begrip Fasttrack, waardoor zij niet weten wat er van hen verwacht wordt. Afhankelijk van de opnamedag kunnen zij lang in onzekerheid zijn over het verloop van de opname.

Een goede cliëntselectie is essentieel om een efficiënt en effectief proces te kunnen garanderen. Door aandacht te besteden aan het verwachtingsmanagement, de informatievoorziening en de overdracht kan het Fasttrack-proces verder verbeterd worden.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten zijn vier concrete aanbevelingen geformuleerd. Zo zou snelle vooruitgang van cliënten in een eerder overlegmoment besproken kunnen worden om ervoor te zorgen dat cliënten die snel opknappen ook spoedig weer naar huis kunnen. Er zou een digitale overdracht gestuurd kunnen worden vóór 09:00 uur op de dag van opname, zodat het behandelteam zich kan voorbereiden op de opname om zo de efficiëntie van het Fasttrack-traject te vergroten. Er zou een Fasttrack-folder ontwikkeld en verspreid kunnen worden om meer duidelijkheid te creëren over het Fasttrack-proces bij cliënten en naaste(n). Als laatste zou het therapeutisch klimaat beter onder de aandacht gebracht kunnen worden bij zorgprofessionals, cliënten en naaste(n), zodat zij zich beseffen dat alles wat op een dag gebeurt onderdeel is van de revalidatie.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding.....	3
Methode	3
Resultaten	3
Conclusie	4
Aanbevelingen	4
1. Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding en probleemanalyse	7
1.2 Archipel.....	8
1.3 Archipel Dommelhoef revalidatie 1	9
1.4 Probleemschets.....	9
1.5 Onderzoeksvraag en doelstelling.....	10
2. Methode	11
2.1 Kwalitatieve casestudie	11
2.2 Selectie van deelnemers	11
2.3 Dataverzamelingstechnieken.....	12
2.3.1 Observaties	12
2.3.2 Diepte-interviews.....	12
2.4 Data-analysemethode	12
2.5 Kwaliteitsborging	13
2.6 Ethische verantwoording	14
3. Resultaten	15
3.1 Karakteristieken respondenten	15
3.2 Thema's	16
3.2.1 Beperkte overdracht	16
3.2.2 Verwachtingen liggen uit elkaar door beperkte inlichting vooraf.....	17
3.2.3 Fasttrack of ambulante revalidatie?	18
3.2.4 Moet een Fasttrack wel anders behandeld worden dan een reguliere opname?	19
3.2.5 Fasttrack is snel waardoor het veel organisatorische voordelen heeft.....	19
5. Discussie.....	21

5.1 Respondenten	21
5.2 Instrument.....	21
5.3 Onderzoeker.....	22
5.4 Analyse	23
6. Conclusie	24
7. Aanbevelingen	25
7.1 Aanbeveling 1: Bespreek snelle voortuitgang in ander afstemmingsoverleg	26
7.2 Aanbeveling 2: Digitale overdracht voor 09:00 uur op de dag van opname	27
7.3 Aanbeveling 3: Ontwikkel en verspreid een Fasttrack-folder	28
7.4 Aanbeveling 4: Verduidelijk het therapeutisch klimaat op de afdeling	29
Bibliografie	31
Bijlages	35
Bijlage 1: Informatiebrief	35
Bijlage 2: Toestemmingsformulier.....	37
Bijlage 3: Schema casestudie	38
Bijlage 4: Topiclijst observaties	39
Bijlage 5: Uiteindelijke topiclijst interviews	40
Bijlage 6: Narratief	41
Bijlage 7: Thema's.....	46
Bijlage 8: Verbeterpunten en prioritering volgens betrokkenen	49

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en probleemanalyse

Een cerebrovasculair accident (CVA) leidt veelal tot blijvende functionele, lichamelijke en psychische problemen, waardoor het dagelijks leven van de cliënt drastisch verandert (NHG-werkgroep, 2022). Snelle revalidatie na een CVA stimuleert de neuroplasticiteit (Coleman et al., 2017; Hara, 2015), waardoor verbindingen tussen hersendelen kunnen herstellen en hersenfuncties kunnen verbeteren. Een snelle revalidatie is dan ook bevorderlijk voor herstel van onder andere afasie en functioneel handelen, waarbij significante vooruitgang in herstel optreedt in de eerste drie maanden (Coleman et al., 2017; Van Berkel & Kamphuis, 2021; Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012; Faber et al., 2007).

Nadat de diagnose CVA is vastgesteld uit neurologisch onderzoek en een CT- of MRI-scan van de hersenen, wordt in het ziekenhuis vastgesteld welke fysieke en cognitieve problemen zijn ontstaan. Na eventuele acute behandelingen zoals een trombolysie, trombectomie of een dotter/stent-behandeling start de revalidatie (UMC Utrecht, z.d.). De context van een ziekenhuis is meer gericht op behandeling en zorg dan op revalidatie, waardoor samen met de hoge kosten van een ziekenhuisopname, een snelle overplaatsing naar een revalidatie-afdeling wenselijk is.

In 2021 waren de wachtlijsten voor opname in een revalidatiesetting in regio Eindhoven erg lang. Hierom hebben het Catharina Ziekenhuis Eindhoven (CZE) en de ouderenzorgorganisaties Vitalis en Archipel samen het Fasttrack-proces ontwikkeld om de doorstroom te verhogen voor relatief mild aangedane cliënten ten gevolge van een CVA. Later hebben het Máxima Medisch Centrum (MMC), Libra Revalidatie en Audiologie en Zorg in Oktober zich hier ook bij aangesloten. In de werkafspraken van het regionale CVA-netwerk (Marjan Hoeijmakers, persoonlijke communicatie, 1 oktober 2024) is vastgesteld dat deze cliënten een indicatie hebben voor multidisciplinaire geriatrie revalidatiezorg (GRZ) en dat wordt ingeschat dat zij binnen 30 dagen kunnen terugkeren naar de thuissituatie. Er kan sprake zijn van multimorbiditeit, maar er zijn geen ernstige cognitieve beperkingen of dementiële beelden die een snelle revalidatie belemmeren. Het Fasttrack-proces is net als de gehele GRZ gericht op herstel van functioneren en maatschappelijke participatie (De Vos et al., 2017; Archipelzorggroep, z.d.-d).

Het Fasttrack-proces heeft als voordeel dat de ziekenhuisbedden minder lang bezet blijven (Catharina ziekenhuis, 2021) en de cliënten snel met passende revalidatie kunnen starten. Het biedt hiermee 'de juiste zorg op de juiste plek' (Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018). Een Fasttrack-document van de ketencoördinator van het regionale CVA-

netwerk, Marjan Hoeijmakers (Persoonlijke communicatie, 1 oktober 2024) beschrijft het proces. Bij de multidisciplinaire intake in het ziekenhuis komen een fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist samen om te bepalen of een cliënt in aanmerking komt voor het Fasttrack-proces. Indien dat het geval is contacteert de neuroloog van het ziekenhuis in de oneven weken met de specialist ouderengeneeskundige (SOG) of verpleegkundig specialist (VS) van Archipel Dommelhoef en in de even weken met Vitalis om de opname te bespreken (Marjan Hoeijmakers, persoonlijke communicatie, 2 december 2024). De opname op de revalidatie-afdeling vindt veelal de dag erna plaats. Bij de opname op Dommelhoef wordt met cliënten en naaste(n) het hoofddoel van de revalidatie besproken en bij de latere multidisciplinaire planbespreking worden uitgebreidere revalidatiedoelen opgesteld en geëvalueerd.

Tussen 2022 en 2024 is het aantal Fasttrack-opnames jaarlijks gestegen, van ongeveer 50 opnames bij Dommelhoef in 2022, naar bijna 100 opnames in 2024 (Wendy Beekman, persoonlijke communicatie, 12 november 2024). Hoeveel cliënten daadwerkelijk binnen 30 dagen terug naar huis gaan is onduidelijk door het ontbreken van overzichtelijke registratiegegevens. Verder fluctueren de wachtlijsten voor ontslag vanuit het ziekenhuis naar de GRZ sterk en kwam vanuit het regionale CVA-netwerk de vraag om het proces vanuit verschillende perspectieven te evalueren en te kijken naar mogelijke verbeterpunten (Esther Dobbelsesteen, persoonlijke communicatie, 13 november 2024). Deze hulpvraag was de aanleiding voor dit project over het Fasttrack-proces van Archipel Dommelhoef.

1.2 Archipel

Archipel is een zorgorganisatie binnen regio Eindhoven met circa 2500 medewerkers, waar een combinatie wordt geboden van zorg, behandeling, wonen en/of welzijn, waarbij de cliënt de regie heeft (Archipelzorggroep, z.d.-a). Deze zorgorganisatie heeft eigen kracht, keuzevrijheid, een open dialoog, oplossingsgericht denken en het maken en nakomen van afspraken centraal staan (Archipelzorggroep, z.d.-f). Middels het generiek kwaliteitskompas besteedt Archipel specifiek aandacht aan kwaliteit. In dit kompas zijn respect, een open gesprek, de kracht van samen en ruimte voor professionele samenwerking belangrijk (Zorginzicht, 2024). Archipel biedt onder meer geriatrische revalidatiezorg (GRZ): kortdurende, multidisciplinaire zorg voor relatief laag belastbare ouderen bij wie sprake is van multimorbiditeit, gericht op herstel van functioneren en maatschappelijke participatie (De Vos et al., 2017; Archipelzorggroep, z.d.-c).

1.3 Archipel Dommelhoef revalidatie 1

De neurorevalidatie-afdeling 'revalidatie 1' beschikt over 24 éénpersoons cliëntenkamers waar voornamelijk cliënten verblijven met een CVA of niet-aangeboren hersenletsel (NAH), onder wie Fasttrack-opnames (Archipelzorggroep, z.d.-e). Op revalidatie 1 werkt een zelfsturend team met één helpende plus, twee verzorgenden IG, zes mbo-verpleegkundigen en één afgestudeerd hbo-verpleegkundige in een mbo-functie. Verder lopen er ongeveer twee leerlingen en twaalf tot zestien studenten stage.

Revalidatie 1 ondersteunt cliënten in het omgaan met de fysieke, emotionele en sociale gevolgen en uitdagingen na een CVA. Hierbij staan eigen regie behouden en het verbeteren van zelfmanagement centraal. Idealiter wordt de sociale omgeving van de cliënt betrokken bij het zorgproces. Er wordt gestreefd naar het leveren van veilige, kwalitatief hoogwaardige en persoonsgerichte zorg met de focus op "zelf doen" (Archipelzorggroep, z.d.-c).

1.4 Probleemschets

Fasttrack is in 2021 ontstaan, met name vanuit een doorstromingsprobleem van ziekenhuizen naar de GRZ voor mensen na een CVA. Tot nu toe is geen onderzoek gedaan naar hoe het proces wordt ervaren door cliënten zelf, zijn naaste(n) en betrokken ziekenhuis- en GRZ-medewerkers. Het is onbekend in hoeverre zij het 'de juiste zorg op de juiste plek' vinden en wat hun opvattingen zijn over de zorg in de betreffende zorgomgeving. Ook is onbekend wat cliënten vinden van het Fasttrack-proces en wat zij hierin graag anders zouden zien. Inmiddels lijkt het doorstromingsprobleem verminderd, alhoewel dit blijft fluctueren. Bij de samenwerkende zorgorganisaties is de vraag gesteld waar verbetering in de efficiëntie en de effectiviteit te behalen valt, passend bij de wensen en mogelijkheden van betrokkenen.

Om hier een begin aan te maken, wordt het onderzoek bij Archipel gestart, met de hoop dit later in de volledige keten te kunnen onderzoeken. Ook in Dommelhoef is tot dusver niet onderzocht hoe het Fasttrack-proces wordt ervaren en niet gezamenlijk gesproken over waar eventueel verbetermogelijkheden zijn. In de wandelgangen klinken zowel positieve als minder positieve geluiden, zoals medewerkers die Fasttrack-clients een prettige afwisseling vinden met zwaarder aangedane CVA-clients en frustraties bij zowel medewerkers als clients wanneer clients verwachten binnen twee dagen met ontslag te kunnen en deze wens onrealistisch blijkt. Het huidige onderzoek helpt bij het bespreekbaar maken van de ervaringen en mogelijke verbeterpunten.

1.5 Onderzoeksvraag en doelstelling

De onderzoeksvraag is als volgt:

“Hoe wordt het Fasttrack-proces – vanaf opname tot ontslag bij de neuro-revalidatieafdeling van Archipel Dommelhoef – ervaren door de cliënt, naaste(n) en de betrokken medewerkers van afdeling revalidatie 1?”

Het doel is als volgt:

In Juli 2025 hebben de bij het Fasttrack-proces betrokken zorgprofessionals van Archipel Dommelhoef inzicht in hoe het Fasttrack-proces vanaf opname tot ontslag bij de GRZ van Archipel Dommelhoef wordt ervaren door alle betrokkenen, inclusief cliënt en naaste(n). Vanuit dat inzicht wordt in juli 2025 minstens één gedragen en concreet advies gegeven ter bevordering van de doorontwikkeling van het Fasttrack-proces, zodat zij de efficiëntie en effectiviteit van het Fasttrack-proces kunnen bevorderen, op een manier die past bij de waarden, opvattingen en mogelijkheden van alle betrokkenen.

2. Methode

2.1 Kwalitatieve casestudie

Er is een beschrijvend kwalitatief onderzoek uitgevoerd vanwege de open onderzoeksvraag met de focus op ervaringen. Er is gekozen voor een casestudie omdat dit een fenomeen intensief en systematisch onderzoekt in een natuurlijke setting. Daarbij brengt een casestudie verschillende perspectieven diepgaand in kaart (Heale & Twycross, 2018; Carolan et al., 2016).

2.2 Selectie van deelnemers

De direct betrokkenen zijn geweest: de cliënt, zijn of haar eerste contactpersoon, betrokken disciplines, de contactverzorgenden/-verpleegkundigen, andere teamleden en de SOG of VS. Het inclusie criterium voor een geschikte cliënt is geweest dat deze vanuit het CZE of MMC via het Fasttrack-proces werd opgenomen bij de afdeling revalidatie 1 van Dommelhof. De twee exclusiecriteria zijn geweest: onvoldoende cognitieve mogelijkheden om een goed geïnformeerde beslissing te kunnen nemen over deelname aan het onderzoek en een afasie die de communicatie ernstig belemmert.

De onderzoeker heeft de nieuwe opnames in de gaten gehouden met behulp van collega's. Zodra een Fasttrack-opname gepland was, heeft de onderzoeker contact opgenomen met de afdeling om tijdens het opnamegesprek door de verpleegkundige die het opnamegesprek deed te laten beoordelen of de cliënt geschikt was en de informatiebrief en het toestemmingsformulier uit te delen. Zowel de SOG en de VS als de verpleging en verzorging van revalidatie 1 zijn van tevoren zowel schriftelijk als mondeling op de hoogte gesteld van de in-/exclusiecriteria.

Vervolgens heeft een geschikte cliënt een informatiebrief en toestemmingsformulier gekregen van de medewerker die het opnamegesprek heeft gevoerd (bijlage 1 & 2). De onderzoeker heeft dezelfde dag aanvullende mondelinge uitleg gegeven. Indien de cliënt bereid was tot deelname, heeft deze het toestemmingsformulier ondertekend en bij de onderzoeker ingeleverd.

Vervolgens zijn de resterende betrokkenen gevraagd deel te nemen. De eerste contactpersoon kreeg van de onderzoeker, in bijzijn van de cliënt, de informatiebrief en het toestemmingsformulier uitgereikt en extra mondelinge uitleg. Verder hebben de contactverzorgenden/-verpleegkundigen, betrokken disciplines en hoofdbehandelaar (SOG of VS) mondelinge en schriftelijke uitleg gekregen en zijn ze gevraagd om schriftelijke toestemming te geven.

Uiteindelijk heeft de onderzoeker ervoor gekozen om op dezelfde manier een tweede cliënt te includeren, inclusief betrokkenen, om zo de rijkdom en kwaliteit van de data van het onderzoek te vergroten.

2.3 Dataverzamelingstechnieken

Er zijn meerdere dataverzamelingstechnieken ingezet om het fenomeen in kaart te brengen, typerend voor een casestudie (Almutairi et al., 2014). Zo zijn er over enkele weken zowel meerdere observaties als interviews gepland en uitgevoerd bij diverse betrokkenen (bijlage 3).

2.3.1 Observaties

Er zijn ongestructureerde, directe en onverhulde observaties uitgevoerd waarbij de onderzoeker geen participerende rol heeft aangenomen (Hoegen et al., 2020). Er zijn observaties gedaan bij de planbespreking en therapiemomenten aan de hand van een topiclijst (bijlage 4). Aansluitend aan een observatie zijn eventueel nog enkele korte duidingsvragen gesteld. Van zowel de observaties als de antwoorden op de duidingsvragen zijn uitgebreide notities gemaakt.

2.3.2 Diepte-interviews

Er zijn diepte-interviews afgenomen om rijke en gedetailleerde informatie te verkrijgen over de ervaringen van de betrokkenen (Hoegen et al., 2020). Na observaties zijn ook diepte-interviews uitgevoerd. Per interview zijn de open vragen aangepast om de ervaringen van de betrokkene optimaal naar boven te halen. Wel is een topiclijst gemaakt (bijlage 5). Hierin staan de volgende onderwerpen: revalidatiedoelen, therapie, communicatie, verblijf, toewerken naar ontslag en algemene plus- en minpunten. De interviews zijn opgenomen en voorafgaand is hiervoor nogmaals mondeling om toestemming gevraagd.

2.4 Data-analysemethode

De geluidsopnames van de interviews zijn uitgeschreven tot een transcript. De interviewtranscripten en observatienotities zijn thematisch geanalyseerd volgens de vijf stappen beschreven door Braun en Clarke (2006). De data zijn verkend door lezen en herlezen (1). Relevante fragmenten zijn gecodeerd (2) en gethematiseerd (3). Vervolgens zijn de thema's herzien met een docentbegeleider (peer-review) om de verifieerbaarheid te vergroten (4). Daarna zijn de thema's gedefinieerd (5) en zijn er citaten aan gekoppeld.

Dit is vervolgens omgezet in een narratief verhaal, een geconstrueerd verhaal gebaseerd op de geanalyseerde data. Het narratief is teruggekoppeld in een groepsbijeenkomst met medewerkers van Dommelhoef die bij het Fasttrack-proces betrokken zijn geweest en de ketencoördinator van het regionale CVA-Netwerk. Deze professionals hebben de vraag gekregen om aan te geven in hoeverre het narratief realistisch en herkenbaar was en hebben de gelegenheid gekregen om de belangrijkste aspecten uit het narratief te selecteren en mee te denken over concrete verbeteracties.

2.5 Kwaliteitsborging

In dit onderzoek zijn verschillende technieken toegepast om de geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid te waarborgen (Hoegen et al., 2020).

De geloofwaardigheid van het onderzoek is vergroot door voorwerk te verrichten, zodat een beter beeld kon ontstaan van de ervaringen die cliënten mogelijk doormaken voorafgaand aan hun opname. Zo konden er gerichter vragen gesteld worden tijdens de interviews en kon er beter ingespeeld worden op de emoties van de cliënt. Hiervoor is de multidisciplinaire intake in het ziekenhuis geobserveerd, waarin tevens duidelijk is geworden hoe het besluit wordt genomen over welke cliënten in aanmerking komen voor Fasttrack. Daarnaast is één van de betrokkenen bij de intake benaderd.

De geloofwaardigheid is verder vergroot door middel van triangulatie, ofwel het gebruik van verschillende databronnen en invalshoeken (Baarda, 2019; Verhoeven, 2022). Ook is er een member-check uitgevoerd ter controle, schrapping en/of aanvulling van de gegevens (Hoegen et al., 2020; Baarda, 2019). Bij de interviews en observaties heeft deze member-check mondeling plaatsgevonden direct na het interview. Een extra member-check is uitgevoerd tijdens de eerdergenoemde groepsbijeenkomst, waarbij aanwezigen zijn gevraagd of zij het narratief herkenbaar vonden.

Daarnaast is de verplaatsbaarheid vergroot door te zorgen voor een 'thick description', oftewel een gedetailleerde beschrijving van de context en de deelnemers. Ook is triangulatie bevorderlijk geweest voor de verplaatsbaarheid (Hoegen et al., 2020).

De plausibiliteit is vergroot door middel van transparantie. Deze transparantie bestond uit een peer review met een docentbegeleider van de thematische analyse en de member-check (Hoegen et al., 2020). Ook het gebruik van inzichtelijke en getranscribeerde geluidsopnames is bevorderlijk geweest voor de plausibiliteit van het onderzoek.

De verifieerbaarheid is gewaarborgd door middel van de peer review, member-check en inzichtelijke datagegevens (Hoegen et al., 2020).

2.6 Ethische verantwoording

De onderzoeker heeft volgens de Nederlandse Gedragscode Wetenschappelijke Integriteit gehandeld (KNAW et al., 2018). Bij elk observatie- en interviewmoment is ingeschat of dit gepast is en geen schade heeft berokkend. Terugtrekking van het onderzoek is te allen tijde mogelijk geweest zonder opgaaf van redenen.

Naast de eerder beschreven informed consent procedure (2.2) is bij aanvang van elk dataverzamelingsmoment opnieuw mondeling om toestemming gevraagd en is ingeschat of de dataverzameling op dat moment geschikt was.

Geheimhouding is geborgd doordat gedurende het transcriberen direct de onderzoeksgegevens zijn geanonimiseerd. Daarnaast zijn in het narratief pseudoniemen gebruikt. Personen kunnen herleidbaar zijn voor betrokken anderen, dus bij gebruik van het onderzoeksverslag buiten Archipel, Fontys en het regionale CVA-Netwerk zullen de betrokkenen van tevoren om toestemming gevraagd worden.

Persoonsgegevens en audio-opnames zijn in een beveiligde omgeving bewaard tot uiterlijk één jaar na uitvoering van het onderzoek, waarna deze vernietigd worden.

Het plan van aanpak is beschouwd en goedgekeurd door de onderzoekscommissie van Archipel.

3. Resultaten

De resultaten zijn verwerkt in een narratief (bijlage 6) dat binnen het team besproken is. Het narratief is ontstaan op basis van de volgende resultaten.

3.1 Karakteristieken respondenten

Aan dit onderzoek hebben twee Fasttrack-cliënten deelgenomen. Bij één van de cliënten is ook de naaste betrokken. Bij beide Fasttrack-cliënten hebben een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, de contactverzorgende/-verpleegkundige en de verpleegkundige die het opnamegesprek heeft gedaan deelgenomen. Bij één cliënt heeft een SOG in opleiding, en bij de andere cliënt heeft een SOG deelgenomen. Bij één cliënt heeft ook de VS deelgenomen die de Fasttrack-opname heeft goedgekeurd.

De interactie tussen de cliënt en naaste en de fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist is geobserveerd tijdens zes therapiemomenten en bij de twee planbesprekingen de interactie tussen zorgprofessionals. Naar aanleiding van de observaties zijn er in totaal twaalf interviews uitgevoerd met de zorgprofessionals. Verder zijn er op zes momenten nog interviews gevoerd met cliënten, waarvan de helft in bijzijn van een naaste. Daarnaast is er bij de tweede cliënt een extra interview uitgevoerd met de verpleegkundig specialist (tabel 1). Alle interviews hebben tussen de vijf en vijftien minuten geduurd.

De eerste cliënt was een laagbegaafde vrouw van rond de 60 jaar, waardoor besloten is om de partner bij elk interview aanwezig te laten zijn. Bij opname was al twijfel of deze cliënt überhaupt naar de revalidatie had moeten gaan of uiteindelijk beter naar huis had gekund. Uiteindelijk heeft deze cliënt 8 dagen bij de GRZ verbleven.

De tweede cliënt was een dame van ongeveer 90 jaar die in een huis met trap woonde, met een betrokken dochter en een vriend met wie zij thuis elke dag contact had. Bij deze cliënt is gedurende opname de vraag gevallen of dit überhaupt wel een Fasttrack-opname was, gezien de ernstige slikproblematiek. Deze cliënt heeft uiteindelijk 15 dagen op de revalidatie verbleven.

Tabel 1*Overzicht dataverzameling*

Dag	Cliënt 1	Cliënt 2
1	Interview cliënt/naaste (C1/N1)	Interview opname V&V (V&V2) Interview cliënt (C2)
2	Observatie ergotherapie Interview ergotherapeut (E1)	
3	Interview opname V&V (V&V1)	
4	Observatie fysiotherapie Interview fysiotherapeut (F1) Observatie logopedie Interview logopedist (L1) Interview cliënt/naaste (C1/N1)	
5		
6		Interview cliënt (C2)
7	Observatie planbespreking Interview SOG in opleiding (SOG1) Interview CV'er (CV1)	Observatie planbespreking Interview CV'er (CV2)
8	Interview cliënt/naaste (C1/N1)	Interview SOG (SOG2) Interview VS (VS2)
9		Observatie logopedie Interview logopedist (L2) Observatie fysiotherapie Interview fysiotherapeut (F2)
10		Observatie ergotherapie Interview ergotherapeut (E2)
11-14		
15		Interview cliënt (C2)

3.2 Thema's

De analyse heeft geresulteerd in een thematisch antwoord op de onderzoeksvraag (bijlage 7). De vijf verkregen thema's staan hieronder beschreven.

3.2.1 Beperkte overdracht

In vergelijking met een reguliere opname is de overdracht bij Fasttrack in eerste instantie telefonisch tussen de neuroloog in het ziekenhuis en de SOG of VS van Archipel. De SOG van de tweede cliënt vond dit fijn om een gedetailleerder beeld te kunnen krijgen, mits degene in het ziekenhuis van alle relevante informatie op de hoogte is:

“De eerste triage is echt mondeling. Dat is aan de ene kant heel fijn omdat je kan doorvragen, en aan de andere kant moet je wel degene hebben met de juiste vragen en juiste antwoorden.” (SOG2)

De overdracht vanuit het ziekenhuis werd door diverse zorgprofessionals bij beide Fasttrack-cliënten als beperkt ervaren, zeker in vergelijking met reguliere opnames. Zo vonden de meeste zorgprofessionals dat de overdracht korter en later was, behalve de SOG van de eerste cliënt welke geen verschil ervaarde wanneer en hoe de medische overdracht binnenkwam tussen Fasttrack-opnames en reguliere opnames. Bij de tweede cliënt was de verpleegkundige overdracht in eerste instantie überhaupt niet meegekomen. Enkele zorgprofessionals gaven aan dat het fijn zou zijn de overdrachten een dag voor opname al te hebben, maar snapten ook dat dit niet altijd mogelijk is. Daarnaast werd in de overdracht bepaalde informatie gemist, zoals cognitie, klinimetrie en logopedische informatie.

“Ten opzichte van normale GRZ opnames worden de cliënten vaak daar wel gezien, de revalidanten, en het kan met Fasttrack zo zijn dat ze nog helemaal niet door de logopedist gezien zijn.” (L2)

3.2.2 Verwachtingen liggen uit elkaar door beperkte inlichting vooraf

Veel professionals gaven aan hogere verwachtingen te hebben bij Fasttrack-cliënten dan bij andere cliënten en het prettig te vinden dat van tevoren bekend is dat het zal gaan om een korte opnameduur zodat zij hier hun therapieën op kunnen aanpassen.

“Het is handig als je het van tevoren gewoon weet dat iemand opgenomen wordt met zeg maar dat kopje Fasttrack erbij.” (F1)

Echter gaven bijna alle zorgprofessionals ook aan dat beide cliënten niet wisten wat het Fasttrack-proces inhoudt of dat zij hier deel van uitmaakten. De eerste cliënt heeft ook specifiek benoemd niet te weten hoe lang de opnameduur zou zijn.

“Dat [de opnameduur, AR] wisten we eigenlijk niet. Dat had ik wel gevraagd en de dokter [in het ziekenhuis, AR] zei: ‘Dat kan ik niet 1-2-3 zeggen’.” (N1)

Beide cliënten hebben gedurende het hele proces regelmatig aangegeven graag naar huis te willen. Beide cliënten werden op een dinsdag opgenomen waardoor zij pas op maandag bij de planbespreking besproken zouden worden, waar gesproken zou worden over eventueel ontslag naar huis, waardoor ze lang in onzekerheid verkeerden over een voorlopige ontslagdatum. Het weekend voor de planbespreking kregen zij geen therapie, waardoor ze het gevoel hadden dat de opname geen meerwaarde had. Ook ervaren cliënten enkel behandelmomenten als therapie, in plaats van het gehele verblijf.

De tweede cliënt overschatte zichzelf, waardoor zij niet begreep waarom zij op de revalidatie moest blijven. De meeste professionals dachten dat een betere inlichting in het ziekenhuis ervoor had kunnen zorgen dat er meer begrip zou zijn voor de reden van opname. Bij de eerste cliënt lag de situatie wat complexer. Niet alleen de cliënt wilde graag naar huis, ook veel betrokken zorgprofessionals gaven aan niet goed te weten wat de cliënt op de revalidatie kwam doen. De betrokken zorgprofessionals van de eerste cliënt vonden de opname wel heel kort, waardoor er weinig tijd was om de cliënt goed in kaart te brengen.

“Als het heel Fast is, dan is het heel veel werk en dan wil iemand per se naar huis.” (F1)

3.2.3 Fasttrack of ambulante revalidatie?

Zoals hierboven al benoemd, wilden beide cliënten graag naar huis. Uit de observaties kwam naar boven dat de eerste cliënt bij elk geobserveerd therapiemoment heeft gevraagd wanneer zij naar huis mocht. Uit het opname-interview met deze cliënt bleek dat zij eigenlijk zelfs niet mee wilde met de ambulance.

“Ik wou met alle geweld naar huis maar dat mocht ik niet.” (C1)

Echter blijkt uit de observaties dat opname op de GRZ ervoor heeft gezorgd dat er extra kon worden gekeken naar cognitie, motoriek en neglect. Zo heeft de ergotherapeut de partner van mevrouw geholpen met het regelen van aanpassingen van de woning. Ook heeft een proefverlof plaatsgevonden om de veiligheid van het naar huis gaan te testen.

“Maar qua ergotherapie in de kracht in de handen en in de armen en medisch gezien heeft het wel degelijk geholpen dat ze hier beter onder controle was dan thuis.” (CV1)

De tweede cliënt wilde ook graag naar huis, echter zagen professionals bij deze cliënt wel het belang van opname vanwege de slikproblemen. Dit was uiteindelijk ook het enige dat ontslag nog belemmerde, bleek uit de observatie van de planbespreking.

De professionals waren bij beide cliënten verdeeld over de vraag of opname meerwaarde had. Dit kwam doordat de meningen van de zorgprofessionals verschilden of revalidatie in de thuissituatie of klinisch beter was.

“Leren in je eigen omgeving is natuurlijk wel het beste.” (E2)

“Klinische revalidatie; je bereikt daar wel sneller meer stappen mee.” (L2)

3.2.4 Moet een Fasttrack wel anders behandeld worden dan een reguliere opname?

De geïnterviewde therapeuten gaven procesverschillen aan tussen Fasttrack en reguliere opnames. Zo is er een kortere revalidatieduur, worden er vaker screenings dan uitgebreide onderzoeken gedaan en wordt de cliënt sneller gezien en indien nodig een hogere therapiefrequentie opgestart. De logopedist van de tweede cliënt benoemde dat zij altijd langsgaat bij een Fasttrack-client, terwijl zij bij een reguliere cliënt enkel langskomt wanneer logopedische betrokkenheid geïndiceerd is. De fysiotherapeut van de tweede cliënt benoemde het prettig te vinden om bij een Fasttrack-client snel functionele taken te kunnen gaan onderzoeken. Beide cliënten vonden de opnameduur nog steeds te lang. De eerste cliënt benoemde de hoge therapiefrequentie prettig te vinden.

“Ik denk dat je beter heel veel therapie kunt hebben, dan ben je snel in je eigen omgeving weer.” (C1)

De verpleegkundig specialist van de tweede cliënt was de enige die aangaf een Fasttrack-client niet anders te behandelen dan een reguliere opname. Zij benadrukte dat een Fasttrack-client net zoveel recht heeft op zorg als een reguliere opname en dat de focus zou moeten liggen op persoonsgerichte zorg.

“Ik denk dat dat bij een reguliere revalidant net zo snel moet gaan, hè. In principe moeten die ook gewoon binnen 2 werkdagen gezien worden om natuurlijk meteen van start te gaan.” (VS2)

3.2.5 Fasttrack is snel waardoor het veel organisatorische voordelen heeft

De meeste professionals benoemden het als voordeel dat Fasttrack een snel en kort traject is. Zij vonden dat het voordeel voor de cliënt is dat deze snel naar huis kan en het voor de organisatie een voordeel is dat er meer mensen geholpen kunnen worden. Een verpleegkundige van de eerste cliënt benoemde dat het Fasttrack-proces voor de organisatie financieel voordelig is en de SOG van de eerste cliënt benoemde dat het kunnen aanbieden van het product Fasttrack goed is voor het imago van de organisatie.

“Qua budget of in ieder geval qua kostenplaatje is Fasttrack wel lekker meegenomen.” (V&V1)

“Ik denk dat het wel een mooi extra product is wat je kunt bieden wat ook richting het ziekenhuis laat zien wat we allemaal doen.” (SOG1)

Daarnaast is Fasttrack volgens professional ook een leuke afwisseling met reguliere opnames.

“Als het echt een Fasttrack iemand is dan vind ik dat superleuk, want dat zijn vaak wel revalidanten die veel kunnen leren, die gemotiveerd zijn.” (E2)

5. Discussie

5.1 Respondenten

Het onderzoek is beperkt op het gebied van vertrouwelijkheid en herleidbaarheid, doordat het onderzoek is uitgevoerd binnen een kleinschalig team op één afdeling. Sim en Waterfield (2019) benadrukken dat respondenten kunnen worden herkend door middel van deductieve onthulling – een combinatie van specifieke uitspraken en contextuele details – ondanks dat zij geanonimiseerd zijn naar hun beroepsgroep. Hierdoor kan de vertrouwelijkheid in kleinschalig onderzoek geschaad worden. Saunders et al. (2014) leggen uit dat deze identificatie van invloed kan zijn op de openheid van respondenten tijdens interviews en daarmee op de inhoud van de verkregen data. Bij het huidige onderzoek zijn hiervoor geen indicaties, maar het is ook niet uit te sluiten.

Voor het huidige onderzoek is het waardevol gebleken om twee cliënten met betrokkenen te includeren, zodat toch alle perspectieven minimaal eenmaal vertegenwoordigd waren en veel perspectieven door verschillende personen vertegenwoordigd werden. Dit gaf rijke data. Door de flexibiliteit van het onderzoek kon bij de tweede cliënt een extra respondent geïncludeerd worden die niet direct betrokken was bij die cliënt, een verpleegkundig specialist. Deze persoon bracht unieke inzichten die anders mogelijk gemist waren. Hoegen et al. (2020) benadrukken het belang van een flexibele benadering in kwalitatief onderzoek. Tegelijkertijd ontstaat door flexibiliteit een asymmetrie in de dataverzameling. Bij één cliënt is de naaste betrokken en bij de andere niet. Hierdoor is bij één cliënt de informatie minder rijk, echter was de mantelzorger niet veel betrokken bij de opname, dus komt het wel overeen met hoe het traject is verlopen. In vervolgonderzoek zou het wenselijk zijn om het informele netwerk van cliënten meer te includeren om ieders perspectief nog beter in kaart te brengen.

5.2 Instrument

Het onderzoek is op ethisch verantwoorde wijze uitgevoerd, wat de geloofwaardigheid en bruikbaarheid versterkt (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Alle respondenten zijn vooraf geïnformeerd over het doel van het onderzoek en hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het maken van audio-opnames middels een informed consent (bijlage 2). De audio-opnames zijn beveiligd opgeslagen en na afronding van het onderzoek verwijderd. Alle namen zijn tijdens het transcriberen geanonimiseerd, waardoor de privacy van deelnemers is gewaarborgd.

De bruikbaarheid van casestudies wordt door sommige onderzoekers in twijfel getrokken. Verhoeven (2022) schrijft enerzijds dat casestudies interpretatief zijn, echter schrijft zij ook dat ze wel heel bruikbaar zijn, doordat generaliseerbaarheid geen doel is

in deze onderzoeksvorm. Zo is de herkenbaarheid van het narratief (bijlage 6) wel uitgevraagd en bevestigd. De conceptuele bruikbaarheid van het onderzoek is dan ook groot; de resultaten zijn weliswaar niet generaliseerbaar, ze hebben wel geleid tot een dialoog in het team en overeengekomen verbetervoorstellen. Gustafsson (2017) en Heale en Twycross (2018) benoemen dat een multiple-case studie, zoals dit onderzoek waarbij twee cliënten zijn gevolgd, vaak sterker en betrouwbaardere resultaten oplevert dan een single-case studie. Daarnaast heeft de methodentriangulatie geleid tot een grotere geloofwaardigheid en verplaatsbaarheid (Baarda, 2019; Verhoeven, 2022; Hoegen et al., 2020), doordat in de interviews gevraagd is naar ervaringen en in de observaties ook spontaan gedrag en wisselwerkingen zijn waargenomen, wat elkaar heeft aangevuld.

Dankzij de flexibiliteit van diepte-interviews was er veel ruimte voor eigen inbreng van respondenten (Verhoeven, 2022). Hierdoor zijn niet altijd alle onderwerpen uit de topiclijst even uitgebreid besproken. Echter was hierdoor ook ruimte om in te gaan op wat respondenten belangrijk vonden. Daarnaast hebben de open vragen het mogelijk gemaakt dat respondenten vrij en volledig konden vertellen vanuit hun eigen perspectief. Dit heeft gezorgd voor diepgang en diversiteit in de antwoorden (Evers, 2015). Uiteindelijk zijn er korte interviews uitgevoerd, waarbij het langste interview 16 minuten besloeg. Het langere tijd volgen van de cliënt heeft het mogelijk gemaakt dat de afzonderlijke interviews kort zijn gebleven terwijl er toch rijke data verkregen is.

5.3 Onderzoeker

Een bijkomende beperking ontstond door ziekte van de onderzoeker, waardoor bij de tweede cliënt een onderbreking van vier dagen in de dataverzameling heeft plaatsgevonden, waardoor zorgprofessionals rondom de cliënten niet op eenzelfde moment in het opnametraject geïnterviewd zijn. Hierdoor zijn diverse en aanvullende perspectieven verkregen, omdat er op verschillende momenten in het traject gereflecteerd werd op de ervaringen van respondenten. Dit heeft de rijkheid van de data vergroot, maar vraagt voorzichtigheid bij het interpreteren van conclusies.

De onderzoeker was onderdeel van het team en de revalidatie-omgeving die werd onderzocht. Greene (2014) noemt kennis over de omgeving en respondenten, natuurlijkere interactie en toegang tot informatie als belangrijke voordelen van onderzoek dat wordt uitgevoerd binnen de werkomgeving van de onderzoeker. Nadelen van dit soort onderzoek die Greene (2014) benoemt zijn dat de onderzoeker te subjectief en bevooroordeeld is, wat zowel belemmerend kan zijn als tot nieuwe inzichten kan leiden. Palaganas et al. (2017) benoemen het belang van reflexiviteit en de onmogelijkheid om volledig onafhankelijk van het onderzochte onderwerp te blijven met als gevolg het risico op vooroordelen. In het huidige onderzoek is aan deze reflexiviteit

tegemoetgekomen doordat de onderzoeker met de begeleiders sprak over haar eventuele vooringenomenheid. In vervolgonderzoek zou er gekeken kunnen worden naar een gezamenlijk onderzoek, waarbij één onderzoeker binnen de organisatie werkzaam is en één onderzoeker van buitenaf komt om van beiden de krachten te benutten en de gevaren te beperken.

5.4 Analyse

De toepassing van verschillende technieken heeft de geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid gewaarborgd (Hoegen et al., 2020). Het voorwerk (observeren van de multidisciplinaire intake in het ziekenhuis) heeft geleid tot inzicht in de ervaringen van cliënten voorafgaand aan de opname op de revalidatie zodat de onderzoeker zich beter kon inleven in de situatie van cliënten en naaste(n). Samen met triangulatie heeft dit bijgedragen aan de geloofwaardigheid van het onderzoek omdat zo beter doorgevraagd kon worden en de bevindingen van de observaties en interviews overeenkwamen. Door middel van 'thick description' is de verplaatsbaarheid vergroot omdat zo de context van het onderzoek duidelijk is omschreven. De plausibiliteit en verifieerbaarheid van het onderzoek zijn gewaarborgd door een peer review met een docentbegeleider van de thematische analyse waardoor de thema's beter verwoord konden worden.

De validiteit van het onderzoek is mede versterkt door member-checking. Vanwege de korte duur van de interviews is gekozen voor mondelinge member-checks, direct na het interview. Tijdens de mondelinge member-checks werden regelmatig aanvullingen gegeven door deelnemers en soms nuances aangebracht, die meegenomen zijn in de data-analyse. Het uiteindelijke narratief werd realistisch bevonden door deelnemers aan het onderzoek en anderen, wat tevens duidt op geloofwaardigheid van de resultaten. Volgens Zairul (2021) kunnen mondelinge member-checks effectief zijn, vooral bij kleinschalige en praktijkgerichte onderzoeken, al is er nog relatief weinig bewijs beschikbaar over de betrouwbaarheid van deze werkwijze. Desondanks worden member-checks algemeen erkend als een waardevolle methode om de geloofwaardigheid van kwalitatief onderzoek te waarborgen (Motulsky, 2021; Lloyd, Hyett & Kenny, 2024).

Samenvattend kan worden gesteld dat het onderzoek methodologisch verantwoord is uitgevoerd, met een aantal beperkingen die onvermijdelijk zijn bij praktijkgericht en kwalitatief onderzoek in een zorgomgeving. Door open reflectie op deze beperkingen en een zorgvuldige onderbouwing van keuzes, blijft de bruikbaarheid van de resultaten behouden.

6. Conclusie

In deze conclusie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag:

- *“Hoe wordt het Fasttrack-proces – vanaf opname tot ontslag bij de neuro-revalidatieafdeling van Archipel – ervaren door de cliënt, naaste(n) en de betrokken medewerkers van revalidatie 1?”*

Het onderzoek geeft inzicht in diverse positieve eigenschappen en verbeterpunten van het Fasttrack-proces, ondanks dat het een kleinschalig en context-gebonden onderzoek was. Uit dit onderzoek blijkt dat het Fasttrack-proces door betrokkenen wisselend wordt ervaren. Het Fasttrack-proces is zowel financieel voordelig, als goed voor het imago van Archipel. Zorgprofessionals waarderen het snelle en doelgerichte karakter, wat volgens hen bijdraagt aan een efficiëntere doorstroom en hogere kwaliteit van zorg bij goed geselecteerde Fasttrack-cliënten. Tegelijkertijd ervaren deze zorgprofessionals knelpunten op het gebied van overdracht, informatievoorziening naar de cliënt en zijn naaste(n) en verwachtingsmanagement. De overdracht bij opname is vaak beperkt en laat beschikbaar, wat leidt tot onzekerheid en onduidelijkheid over het doel van de opname.

Cliënten en naaste(n) blijken vaak onvoldoende geïnformeerd over het Fasttrack-traject. Dit leidt tot onduidelijkheid over de opnameduur en de planning van therapiemomenten, waardoor uiteindelijk gevoelens van frustratie ontstaan. Ook heeft de opnamedag invloed op hoe lang het duurt totdat een cliënt besproken wordt in een afstemmingsoverleg, waardoor een cliënt tot maximaal zes dagen in onzekerheid blijft. In beide casussen wilden de cliënten vroegtijdig naar huis, waarbij enerzijds de twijfel werd opgeroepen waarom opname überhaupt nodig was. Anderzijds werd getwijfeld over de geschiktheid van cliënten voor het Fasttrack-traject, zeker wanneer zich complexe problemen voordoen zoals cognitieve beperkingen of slikproblematiek.

De onderzoeksresultaten maken duidelijk dat het Fasttrack-proces verbeterd zou kunnen worden door een nauwkeurigere cliëntenselectie, tijdige en uitgebreidere overdracht vanuit het ziekenhuis en duidelijke informatievoorziening richting de cliënt en naaste voorafgaand aan en tijdens de opname. Deze casussen laten zien dat Fasttrack een waardevolle aanvulling is op de reguliere revalidatie, als randvoorwaarden zoals communicatie, afstemming en tempo zorgvuldig in de gaten gehouden worden.

Door meer aandacht te besteden aan verwachtingsmanagement, informatievoorziening en overdracht, kan het Fasttrack-proces niet alleen sneller, maar vooral ook doelgerichter en persoonsgerichter verlopen.

7. Aanbevelingen

Tijdens een ‘afstemmings- en realisatiebijeenkomst’ waren zestien aanwezigen, bestaande uit de ketencoördinator van het regionale CVA-netwerk, de netwerkverpleegkundige, verschillende behandelaren, en verpleging van afdeling revalidatie 1. De aanwezigen hebben aangegeven de situatie zoals beschreven in het narratief (bijlage 6) te herkennen. Zij hebben aan de hand van het narratief meegedacht over sterke en zwakke punten van het Fasttrack-proces (bijlage 8). Positief werd bevonden dat de cliënt op tijd aanwezig was en de papieren en medicatie goed overgekomen waren uit het ziekenhuis. Ook kwamen therapeuten snel langs en de behandeling sloot goed aan bij de noden en behoeften van de cliënt. Verder was er in het narratief een overleg of Fasttrack of revalidatie thuis een betere optie was en ging de cliënt binnen de vastgestelde tijd naar huis. Als laatste bleek dat het product Fasttrack goed was voor het imago van de organisatie en financieel voordelig was.

Ook werden er verbeterpunten aangegeven door de aanwezigen bij de bijeenkomst, omschreven als ‘wat ging er niet goed’ (bijlage 8). Na verzameling van alle verbeterpunten hebben de aanwezigen aangeduid wat de belangrijkste waren volgens hen, te zien met duimpjes (bijlage 8). De vier meest aangeduide verbeterpunten waren:

1. het duurt lang tot de planbespreking (maximaal 6 dagen),
2. de overdracht vanuit het ziekenhuis is beperkt en laat, omdat deze pas met de cliënt meekomt,
3. de verwachtingen van het revalidatietraject zijn bij de cliënt niet duidelijk
4. en de cliënt heeft het gevoel na een drukke eerste dag geen behandeling meer te krijgen in het weekend.

Als aanvulling bleek er nog een vijfde verbeterpunt te leven: het inschatten van cognitie in het ziekenhuis, waardoor er tegen de afspraak in ook mensen met een beperkte cognitie zoals dementie als Fasttrack-cliënt aangemeld worden. Echter is in de afstemmings- en realisatiebijeenkomst besloten dat dit een niet-oplosbaar probleem is, omdat door de korte ligduur in het ziekenhuis de cognitie niet altijd goed ingeschat kan worden.

De vier verbeterpunten zijn vervolgens één voor één besproken ten aanzien van effectieve oplossingsrichtingen, welke contextfactoren daarvoor bevorderend en belemmerend kunnen werken en welke acties door welke zorgprofessionals verricht kunnen worden. Eén van de aanbevelingen van het vierde verbeterpunt, het inzetten van een multidisciplinaire intake, bleek niet haalbaar, omdat dit al eerder is onderzocht. Wel hebben de behandelaren bij de bijeenkomst aangegeven dat zij elkaar vaker wilden proberen op te zoeken op de dag van opname om te kijken of therapieën gebundeld konden worden. Voor elk van de haalbare verbeteracties is na de bijeenkomst een aanbeveling uitgewerkt.

7.1 Aanbeveling 1: Bespreek snelle voortuitgang in ander afstemmingsoverleg

Tabel 2

Aanbeveling ander afstemmingsoverleg

Wat	Indien een snelle voortuitgang bij een cliënt gesignaleerd wordt deze cliënt eventueel in een eerder afstemmingsoverleg bespreken, zelfs als dit overleg van een andere afdelingsunit is welke op een andere dag valt.
Wie	Alle zorgprofessionals op de afdeling, inclusief verpleging en behandelaren kunnen zorgen voor agendering. Vanwege de onregelmatigheid van de zorg kan niet één persoon hiervoor verantwoordelijk gesteld worden en in sommige situaties – bijvoorbeeld bij zelfstandige cliënten - hebben behandelaren een beter beeld van cliënten dan verpleging.
Wanneer	Dit kan direct ingaan.
Hoe/actie	Zorg dat signalen van voortuitgang gedeeld worden met de contactverzorgende/-verpleegkundige of een ander die dit punt op de agenda kan zetten van het afstemmingsoverleg. Zorg ook dat de cliënt en naaste op de hoogte gebracht worden van wanneer de voortgang in het team besproken wordt, vraag om input vanuit hun perspectief en koppel nadien het resultaat van die bespreking aan hen terug.
Waarom	Eerder overleggen kan in sommige gevallen leiden tot eerdere besluitvorming, waardoor mogelijk het revalidatie-traject bespoedigd wordt en de cliënt eerder kan terugkeren naar huis. Franz et al. (2018) beargumenteren dat er bij neurorevalidatie betere persoonsgerichte zorg geleverd kan worden wanneer alle betrokkenen goed op de hoogte zijn van elkaars bevindingen. Ook Reeves et al. (2017) benadrukken het belang van regelmatig overleggen, al benoemen zij niet aan te kunnen geven hoe vaak interdisciplinaire communicatie het meest effectief is. Omdat bij Dommelhoef behandelaren en verpleging geen tijd hebben om hier extra overlegmomenten voor in te plannen, kan slechts gekeken worden binnen de reeds vastgestelde overlegmomenten. Het afstemmingsoverleg van de andere afdelingsunit valt op een andere dag – de ene op maandag en de andere op donderdag – waardoor dit overleg hiervoor benut kan worden.
Bevorderende factoren	- De flexibiliteit binnen het team kan bijdragen aan sneller schakelen. - Dit draagt bij aan kortdurende, doelgerichte zorg, wat aansluit op de visie van de GRZ bij Archipel en prettig is voor de cliënt.

Belemmerende factoren	- Momenteel ligt veel verantwoordelijkheid vooral bij contactverzorgenden/-verpleegkundigen en behandelaren; overige verpleging heeft geen toegang tot de agenda. - Vereist een versterking van het verantwoordelijkheidsgevoel bij iedereen voor het toewerken naar een effectieve en persoonsgerichte revalidatie. Het zal meerdere keren onder de aandacht gebracht moeten worden. - Dit vereist ook voorbereiding van behandelaren die niet direct betrokken zijn bij een cliënt om zich in te lezen in de cliënt en hier uitspraken over te kunnen doen.
Borging	Evalueren bij teamoverleg elke drie maanden of Fasttrack-cliënten nu op tijd besproken worden. Dit brengt het tevens nogmaals onder de aandacht. De ‘focusgroep kwaliteit’ – bestaande uit verpleegkundigen en de netwerkverpleegkundige – die zich bezighoudt met kwaliteitsverbetering op de afdeling, agendeert dit agendapunt en leidt de evaluatie.

7.2 Aanbeveling 2: Digitale overdracht voor 09:00 uur op de dag van opname

Tabel 3

Aanbeveling overdracht

Wat	Overleg met de ziekenhuizen tijdens een overleg van de werkgroep V&V vanuit het regionale CVA-netwerk of versturen van een digitale overdracht mogelijk is vóór 09:00 uur op de dag van opname. Zo is er wat tijd in Dommelhoef om de opname voor te bereiden.
Wie	Een verpleegkundige op de afdeling samen met de SOG of VS. Deze verpleegkundige heeft vrijwillig aangeboden dit op te pakken. De implementatie ligt bij de ziekenhuizen.
Wanneer	Voor 1 december 2025.
Hoe/actie	Onderzoek hoe een digitale overdracht technisch en procesmatig mogelijk is en stem de werkwijze en het tijdstip af met de andere betrokken instellingen.
Waarom	Een vroegtijdige overdracht kan bijdragen aan een efficiëntere start van het zorgproces. Kripalani et al. (2007) benadrukken het belang van een goede overdracht om de effectiviteit en continuïteit van zorg te waarborgen. Hesselink et al. (2012) benoemen dat een kennistekort, onbegrip en desinteresse redenen zijn voor een ineffectief en onveilig ontslag. In de ziekenhuizen wordt naar verwachting veelal in de nacht voorafgaande aan het ontslag de overdracht geschreven, waardoor 09:00 uur een haalbare tijd lijkt.

	Voor de ziekenhuizen is het handig om één procedure te hebben in het Fasttrack-proces, vandaar dat het prettig is om deze verandering in de hele keten door te voeren.
Bevorderende factoren	- Duidelijke informatie vooraf helpt bij betere triage en voorbereiding. - Dit verbetert de efficiëntie van de opname.
Belemmerende factoren	- Afhankelijk van de samenwerking en afspraken met de andere organisaties. - Dit vereist een investering in digitale en beveiligde communicatieprocessen.
Borging	Evalueren tijdens teamoverleg elke drie maanden of overdracht op tijd binnenkomt en dit terugkoppelen aan de ziekenhuizen. De evaluatie in Dommelhoef kan gelijktijdig met de evaluatie van de tijdigheid van het bespreken van cliënten zoals besproken in aanbeveling 7.1. Een verpleegkundige van de ‘focusgroep kwaliteit’ agendeert dit en leidt de evaluatie.

7.3 Aanbeveling 3: Ontwikkel en verspreid een Fasttrack-folder

Tabel 4

Aanbeveling Fasttrack-folder

Wat	Ontwikkel een duidelijke informatiefolder waarin het doel, de werkwijze en de verwachte duur van het Fasttrack-proces worden toegelicht. Bij voorkeur is deze folder implementeerbaar in de hele keten van het CVA Netwerk Eindhoven-De Kempen.
Wie	Een werkgroep van het regionale CVA-netwerk, idealiter de werkgroep verpleging in combinatie met de werkgroep artsen. Deze werkgroepen hebben ervaring met het Fasttrack-proces binnen de hele keten en kunnen zo een compleet beeld vormen over welke informatie belangrijk is voor de cliënt en zijn of haar naaste(n). Zij hebben ook zicht op de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep ten aanzien van lezen en begrijpen van schriftelijke informatie. De afdeling patiëntenvoorlichting vanuit de ziekenhuizen kan benaderd worden om mee te denken over de folder.
Wanneer	Agendeer tijdens eerstvolgende overlegmoment in het regionale CVA-netwerk en maak dan een planning.
Hoe/actie	De werkgroepen ontwikkelen gezamenlijk de folder. Zij betrekken hierbij de bij het netwerk van bekende ervaringsdeskundigen, zodat maximaal aangesloten kan worden bij eventuele cognitieve en visuele beperkingen van de doelgroep. Ook wordt rekening gehouden met lage gezondheidsvaardigheden. Na een test met enkele cliënten, wordt de folder definitief gemaakt en verspreid door de hele keten. Betrokken professionals worden op de hoogte gesteld via het regionale CVA-netwerk en interne communicatie.

	De folder kan ofwel in het ziekenhuis uitgereikt worden bij het besluit tot Fasttrack-opname, ofwel op de revalidatie direct bij opname. De folder kan ook op de website van het NAH Netwerk Zuidoost Brabant geplaatst worden zodat deze digitaal eenvoudig terug te vinden is.
Waarom	Cliënten en naaste(n) krijgen mondeling veel informatie; schriftelijke ondersteuning helpt om deze informatie beter te verwerken en terug te lezen. Weinman (1990), Grime et al. (2007) en Singh et al. (2012) benadrukken allen dat schriftelijke informatie een bijdrage levert aan kennis en het onthouden van informatie.
Bevorderende factoren	- Schriftelijke informatie ondersteunt een mondelinge informatieoverdracht. - De inhoud kan zorgvuldig worden afgestemd op welke informatie essentieel en passend is voor cliënten.
Belemmerende factoren	- Tijdsinvestering is nodig van betrokken professionals. - De effectiviteit is afhankelijk van of cliënten en naasten de folder daadwerkelijk lezen en raadplegen. - Als de folder in het ziekenhuis al wordt meegegeven, ontstaat het risico dat deze kwijtraakt in de verhuizing van het ziekenhuis naar de GRZ. Als de folder bij opname op de GRZ pas wordt gegeven, ontstaat het risico dat de folder vergeten wordt om te lezen door de hoeveelheid informatie en papieren die bij opname verstrekt worden.
Borging	Evalueer na drie maanden hoe de folder ontvangen wordt en of de informatie in de folder duidelijk is. Het is belangrijk om dit zowel met zorgprofessionals, als met cliënten en naaste(n) te evalueren. De werkgroep verpleging is eigenaar van de folder, zorgt voor evaluatie, past zo nodig tekst en vormgeving aan en zorgt voor verspreiding binnen het netwerk, inclusief de website.

7.4 Aanbeveling 4: Verduidelijk het therapeutisch klimaat op de afdeling

Tabel 5

Aanbeveling therapeutisch klimaat

Wat	Het therapeutisch klimaat op een revalidatie-afdeling is een omgeving waarin een cliënt zoveel mogelijk gestimuleerd wordt om zelf te werken aan herstel (Archipelzorggroep, z.d.-b). Maak zichtbaar dat revalideren verder gaat dan therapiemomenten, maar juist ook dagelijkse activiteiten omvat zoals, aankleden, de vaatwasser in- en uitruimen, tafel dekken en afruimen of zelf drinken en eten pakken.
------------	--

Wie	De 'focusgroep kwaliteit' of door hen gedelegeerd aan een geschikte werkgroep of onderzoeker.
Wanneer	Agendeer op het eerstvolgende overlegmoment van de 'focusgroep kwaliteit' en maak dan een concreet plan.
Hoe/actie	De 'focusgroep kwaliteit' onderzoekt hoe dit beter onder de aandacht gebracht kan worden bij zowel medewerkers als cliënten en naaste(n), bijvoorbeeld via posters of communicatie bij opname. De 'focusgroep kwaliteit' heeft inmiddels besloten om vanaf september hiervoor een student te vragen.
Waarom	Jansen et al. (2019) benoemen het therapeutisch klimaat als één van de elementen om goede geriatrische revalidatiezorg te kunnen leveren. Het therapeutisch klimaat kan motivatie en betrokkenheid bij de revalidatie bevorderen, vooral tijdens dagen zonder therapie zoals het weekend.
Bevorderende factoren	- Dit bevordert een cliëntgerichte en 24-uursrevalidatie. - Het kan eenvoudig verduidelijkt worden.
Belemmerende factoren	- Geen concreet uitvoeringsplan op dit moment, loopt risico op uitstel of afstel. - Medewerkers moeten dit actief uitdragen naar cliënten en hiervoor kan een gedragsverandering nodig zijn. - Het therapeutisch klimaat stimuleren is een constant aandachtspunt, waarbij sommige cliënten hier positief mee omgaan en andere niet.
Borging	Evalueer elke drie maanden tijdens de reeds bestaande huiskamergesprekken met cliënten hoe het therapeutisch klimaat wordt ervaren en wat er nodig is om het therapeutisch klimaat voor cliënten te verduidelijken. Deze evaluatie vindt plaats door de aandachtsvelder huiskamergesprekken. Evalueer ook tijdens de 'focusgroep kwaliteit' elke drie maanden hoe het therapeutisch klimaat wordt ervaren en of hier nog verbeteringen in mogelijk zijn. Evalueer elke zes maanden in het afstemmingsoverleg van beide afdelingsunits hoe het therapeutisch klimaat wordt ervaren en welke verbeteringen hier nog in te behalen vallen. Breng ook het therapeutisch klimaat goed onder de aandacht in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers en studenten.

Bibliografie

- Almutairi, A. F., Gardner, G. E., McCarthy, A. (2014). Practical guidance for the use of a pattern-matching technique in case-study research: A case presentation. *Nursing & Health Sciences*, 16, 239-244. <https://doi.org/10.1111/nhs.12096>
- Archipelzorggroep (z.d.-a). *Archipel, het gevoel van samen*. Geraadpleegd op 10 oktober 2024, van <https://www.archipelzorggroep.nl/over-archipel>
- Archipelzorggroep (z.d.-b). *Geriatrische revalidatie in Eindhoven binnen een therapeutisch klimaat*. Geraadpleegd op 11 mei 2025, van <https://www.archipelzorggroep.nl/zorg/geriatrische-revalidatie/therapeutisch-klimaat>
- Archipelzorggroep (z.d.-c). *Geriatrische revalidatie in het Centrum voor Revalidatie*. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.archipelzorggroep.nl/zorg/geriatrische-revalidatie>
- Archipelzorggroep (z.d.-d). *Gewoon waardevol leven – het verhaal van Archipel*. Geraadpleegd op 12 december 2024, van <https://www.archipelzorggroep.nl/over-archipel/ons-verhaal>
- Archipelzorggroep (z.d.-e). *Revalidatie na beroerte, herseninfarct, -bloeding*. Geraadpleegd op 8 oktober 2024, van <https://www.archipelzorggroep.nl/zorg/geriatrische-revalidatie/revalidatie-na-herseninfarct-bloeding>
- Archipelzorggroep (z.d.-f). *Visie Archipel: U bent in regie*. Geraadpleegd op 10 oktober 2024, van https://www.archipelzorggroep.nl/_asset/_public/PDF/ClientinRegie/Visie-Archipel-met-5-CIR-symbolen.pdf
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (3e druk). Noordhoff Uitgevers.
- Boeije & Bleijenbergh (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (3e editie). Boom uitgevers Amsterdam. Geraadpleegd op 30 april 2025, van https://www.boom.nl/media/21/9789024425945_inkijkexemplaar_analyseren_in_kwalitatief_onderzoek.pdf
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 77-101.
- Carolan, C. M., Forbat, L., Smith, A. (2016). Developing the DESCARTE-model: The Design of Case Study Research in Health Care. *Qualitative Health Research*, 26(5), 626-639. <https://doi.org/10.1177/1049732315602488>

- Catharina ziekenhuis (21 september 2021). *CVA-patiënten komen sneller op de juiste plek voor start revalidatie*. Geraadpleegd op 20 november 2024, van <https://www.catharinaziekenhuis.nl/cva-patienten-komen-sneller-op-de-juiste-plek-voor-start-revalidatie/>
- Coleman, E. R., Moudgal, R. Lang, K., Hyacinth, H. I., Awosika, O. O., Kissela, B. M., Feng, W. (2017). Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Current Atherosclerosis Reports*, 19(12), 59. <https://doi.org/10.1007/s11883-017-0686-6>
- De Vos, A. J. B. M., Van Balen, R., Gobbens, R. J. J., Bakker, T. J. E. M. (2018). Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 49(1), 12-21. <https://doi.org/10.1007/s12439-017-0232-6>
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. Boom uitgevers.
- Faber, E., De Bont, M., Beusmans, G. H. M. I., Eekma, H., Kapiteit, I., Van Nood, S., Raat, A. M. C., Vriezen, J. A., Wiersma, T. J. (2007). *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak CVA*. Geraadpleegd op 30 november 2024, van https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-04/LESA_Cerebrovasculair_accident_%28CVA%29.pdf
- Franz, S., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C. W. & Behrens, J. (2018). Inter-professional communication and interaction in the neurological rehabilitation team: a literature review. *Disability and Rehabilitation*, 42(11), 1607-1615. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1528634>
- Greene, M. J. (21 juli 2014). On the Inside Looking In: Methodological Insights and Challenges in Conducting Qualitative Insider Research. *The qualitative report*, 19(29), 1-13. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2014.1106>
- Grime, J., Blenkinsopp, A., Raynor, D. K., Pollock, K. & Knapp, P. (30 juli 2007). The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expectations*, 10(3), 286-298. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00454.x>
- Gustafsson, J. (12 januari 2017). *Single case studies v.s. multiple case studies: A comparative study*. Geraadpleegd op 8 mei 2025, van <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1064378/FULLTEXT01.pdf>
- Hara, Y. (2015). Brain plasticity and rehabilitation in stroke patients. *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi*, 82(1), 4-13, <https://doi.org/10.1272/jnms.82.4>
- Heale, R. & Twycross, A. (2018). What is a case study? *Evidence-based nursing*, 21(1), 7-8. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102845>

- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H. & Vernooij-Dassen, M. (25 november 2012). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66-74. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs066>
- Hoegen, P., Verhoef, J., Munten, G., Kuiper, C. (2020). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Boom.
- Jansen, M. M., Vos, W. & Luijckx, K. G. (2 augustus 2019). Development of an evaluation tool for geriatric rehabilitation care. *BMC Geriatrics*, 19, 206. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1213-0>
- Kennisnetwerk CVA Nederland (november 2012). *Zorgstandaard CVA/TIA*. Geraadpleegd op 30 november 2024, van https://kennisnetwerkcva.nl/quality_standards/zorgstandaard-cva-tia/
- KNAW, NFU, NWO, TO2 federatie, Vereniging Hogescholen, VSNU (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Geraadpleegd op 2 december 2024, van https://storage.knaw.nl/2023-02/Nederlandse-gedragscode-wetenschappelijke-integriteit_2018.pdf
- Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L. & Coleman, E. A. (12 oktober 2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2(5), 314-323. <https://doi.org/10.1002/jhm.228>
- Lloyd, N., Hyett, N. & Kenny, A. (2024). To member check or not to member check? An evaluation of member checking in an interpretive descriptive study. *International journal of qualitative methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241301383>
- Motulsky, S. L. (2021). Is member checking the gold standard of quality in qualitative research? *Qualitative Psychology*, 8(3), 389-406. <https://doi.org/10.1037/qup0000215>
- NHG-werkgroep (augustus 2022). *Beroerte*. Richtlijnen.nhg. Geraadpleegd op 20 november 2024, van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/beroerte#volledige-tekst>
- OpenAI. (2025). ChatGPT: Language model. Geraadpleegd op 1 april 2025, van <https://www.openai.com/chatgpt>
- Palaganas, E. C., Sanchez, M. C., Molintas, M. P. & Caricativo, R. D. (2 december 2017). Reflexivity in Qualitative Research: A Journey of Learning. *The Qualitative Report*, 22(2), 426-438. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2552>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (22 juni 2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare

- outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Saunders, B., Kitinger, J. & Kitinger, C. (23 september 2014). Anonymising interview data: challenges and compromise in practice. *Qualitative Research*, 15(5), 616-632. <https://doi.org/10.1177/1468794114550439>
- Sim, J. & Waterfield, J. (16 juli 2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*, 53, 3003-3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Singh, A., Marcus, N. & Ayres, P. (28 november 2012). The Transient Information Effect: Investigating the Impact of Segmentation on Spoken and Written text. *Applied Cognitive Psychology*, 26(6), 848-853. <https://doi.org/10.1002/acp.2885>
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek (4 januari 2018). *De juiste zorg op de juiste plek; Wie durft?*. Geraadpleegd op 14 mei 2025, van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/pdf>
- UMC Utrecht (z.d.). *Zorg en revalidatie na een herseninfarct*. Geraadpleegd op 20 november 2024, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/behandeling/zorg-en-revalidatie-na-een-herseninfarct/folder>
- Van Berkel, L., & Kamphuis, J. (13 oktober 2021). *CVA-patiënten zijn gebaat bij vroegtijdige, hoog-intensieve revalidatie*. Kennisplatformfysiotherapie. Geraadpleegd op 20 november 2024, van <https://www.kennisplatformfysiotherapie.nl/artikelen/npi-referaten/cva-patiënten-zijn-gebaat-bij-vroegtijdige-hoog-intensieve-revalidatie>
- Verhoeven (2022). *Wat is onderzoek?* (7e druk). Boom.
- Weinman, J. (1990). Providing written information for patients: psychological considerations. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(5). <https://doi.org/10.1177/014107689008300508>
- Zairul, M. (januari 2021). Can member check be verified in real time? Introducing ARC (Asking, record, confirm) for member checking validation strategy in qualitative research. *Engineering Journal*, 25(1), 245-251. <https://doi.org/10.4186/ej.2021.25.1.245>
- Zorginzicht (1 juli 2024). *Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'*. Geraadpleegd op 8 december 2024, van <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/generiek-kompas-samen-werken-aan-kwaliteit-van-bestaan>

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief

Geachte heer/mevrouw,

U ontvangt deze brief, omdat ik u wil vragen om mee te doen aan een onderzoek: De ervaringen van het Fasttrack-proces.

U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u deze beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Ik wil u daarom vragen deze brief rustig door te lezen.

Waar gaat het onderzoek over?

Het onderzoek gaat over de ervaringen rondom het Fasttrack-proces, waar u of uw naaste gebruik van maakt. Dit is een versneld proces om relatief mild aangedane CVA-revalidanten sneller te kunnen helpen en daarnaast de doorstroom vanuit het ziekenhuis te kunnen verhogen. Dit Fasttrack-proces houdt in dat er sneller een behandelplan gemaakt wordt en dat therapieën sneller opgestart worden, maar ook dat de therapiefrequentie hoger is. In dit onderzoek zal vanuit verschillende perspectieven gekeken worden naar dit proces om zo een totaalbeeld te kunnen vormen.

Waarom is dit onderzoek van belang?

Dit proces is in 2021 ontstaan om de wachtlijsten voor de geriatrische revalidatiezorg te beperken. Dit is de eerste keer dat er onderzoek gedaan wordt naar dit proces, waar u nu gebruik van maakt. Dit onderzoek is van belang om duidelijk te krijgen hoe het Fasttrack-proces vanuit alle betrokkenen wordt ervaren om zo in kaart te brengen welke aspecten goed verlopen en waar mogelijk nog verbetering in te behalen valt.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door middel van observaties bij therapieën. Daarnaast zal er minimaal één keer per week een gesprek komen met u als cliënt. Uw eerste contactpersoon zal ik ook een aantal keer willen spreken. Tijdens de gesprekken zal u gevraagd worden hoe u het proces ervaart maar is het woord vooral aan u om te vertellen waar u behoefte aan heeft met betrekking tot het Fasttrack-proces.

Deelname is vrijwillig

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, vragen wij u dit door te geven aan Anniek Redeker. U hoeft niet te vertellen waarom u niet wilt meedoen. Als u meedoet, kunt u dit aangeven bij Anniek Redeker. U krijgt dan een toestemmingsformulier wat u mag tekenen. De informatiebrief blijft in uw bezit.

Uw privacy wordt beschermd!

Voor de nauwkeurige verwerking van gegevens wordt van de gesprekken een geluidsopname gemaakt. Deze wordt daarna ook uitgetypt en geanonimiseerd. Bij de observaties worden nauwkeurige aantekeningen gemaakt. De opnames van de interviews en de uitgetypte en de observaties worden uitgewerkt. De opnames, uitgetypte tekst van de interviews en uitgewerkte observaties worden bewaard binnen een beveiligde omgeving van Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid. Voor dit onderzoek is het nodig dat uw persoonsgegevens worden verzameld en gebruikt, bijvoorbeeld om een verslag van de gesprekken naar u terug te kunnen sturen. De uitwerking van de gesprekken en observaties en het uiteindelijke adviesrapport zullen altijd geanonimiseerd worden, hierbij wordt nooit uw naam gebruikt.

Wanneer wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek zal uitgevoerd worden gedurende uw hele opname. Indien u hiervoor open staat kan ook nog een vervolginterview volgen ongeveer een week na uw ontslag bij de revalidatie.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

Na het onderzoek zullen in een presentatie aanbevelingen geformuleerd worden. Indien u dit interessant vindt is er de mogelijkheid om u op de hoogte te stellen van de resultaten van het onderzoek.

Heeft u vragen?

Besprek dit verzoek met uw naaste. Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker: Anniek Redeker. De onderzoeker is bereikbaar via +31623572120 of a.redeker@student.fontys.nl

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Onderzoek 'Ervaringen van het Fasttrack-proces'.

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ik kon vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven. Persoonsgebonden gegevens zullen in dit geval verwijderd worden.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn informatie en gegevens (geluidsopnames en notities van observaties) op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief beschreven staan.
- Ik weet dat de onderzoeker mijn gegevens die worden verzameld, kan inzien. Dit staat genoemd in deze informatiebrief.
- Ik geef toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek.

☐ Ja

☐ Nee

In te vullen door de deelnemer

Voornaam en achternaam deelnemer:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 3: Schema casestudie

Mocht de situatie daar aanleiding toe geven, kan afgeweken worden van deze planning. Zo kunnen de weken vrijer geïnterpreteerd worden, maar kan ook een extra interview ingepland worden wanneer hier aanleiding voor is.

Tabel 3.1

Schema casestudie

Betrokkenen	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Cliënt	Interview Observatie (bij therapie)	Observatie (ochtendzorg + ontbijt) Kort interview	Kort interview Observatie (bij therapie)	Interview
Naaste	Interview		Interview	
Betrokken disciplines	Observatie Kort interview (ter duiding observatie)		Observatie Kort interview (ter duiding observaties)	Interview
Arts, VS of SOG	Interview (na planbespreking)			Interview
Contact-verzorgende/-verpleegkundige	Interview			Interview
Plan-bespreking	Observatie			
V&V die opname doet	Kort interview ter verificatie opnamespullen compleet			

Bijlage 4: Topiclijst observaties

Er worden uitgebreide notities gemaakt ten aanzien van wat er gezien en gehoord wordt. Daarnaast worden aantekeningen gemaakt van gedachten op het moment van observatie waar later vragen over gesteld kunnen worden in een interview.

Topics:

- Revalidatiedoelen
 - o Omgang met revalidatiedoelen
 - o Naleven van de revalidatiedoelen
- Communicatie
 - o Interacties tussen cliënt en discipline
 - o Verloop van intercollegiaal overleg
- Afstemming van zorg
- Omgang met Fasttrack-proces
- Betrekken van mantelzorgers, vrijwilligers of technologie

Blauw: in observaties van therapiemomenten

Oranje: in observaties van planbespreking en eventuele afstemmingsoverleggen

Bijlage 5: Uiteindelijke topiclijst interviews

Deze topiclijst was een richtlijn. De openingsvraag werd bij interviews in ieder geval gesteld. Op basis van observaties en andere interviews konden bepaalde topics juist wel of niet aan bod komen en kon er afgeweken worden van de topiclijst.

Openingsvraag:

- Hoe gaat het hier nu?
- Hoe vindt u het gaan met betrekking tot de revalidatie?
- Hoe vind je het gaan met de revalidatie van dhr./mw. X.?

Topics:

- Revalidatiedoelen
 - o Wat zijn de revalidatiedoelen?
 - o Bekendheid
 - o Wordt het geëvalueerd en bijgesteld (z.n.)?
- Therapie
 - o Kwaliteit
 - o Aansluiting op revalidatiedoelen
 - o Therapiefrequentie in overeenstemming met belastbaarheid
- Communicatie
 - o In ziekenhuis over Fasttrack
 - o In ziekenhuis over Dommelhoef
 - o Met disciplines
 - o Overdracht vanuit het ziekenhuis volledig en tijdig
- Verblijf
 - o Meerwaarde?
- Toewerken naar ontslag
 - o Duidelijkheid over ontslag/revalidatiedoelen
 - o Duidelijkheid over VOD of inschatting ontslagtermijn
- Algemene problemen/pluspunten
- Is er iets waar we het nog niet over hebben gehad? Wat wil je nog toevoegen?
- Wil je nog ergens op terugkomen?

Blauw: Topics die enkel gesteld worden aan de cliënt en naaste

Geel: Topics die enkel gesteld worden aan betrokken zorgprofessionals

Bijlage 6: Narratief

Mevrouw Jansen, ofwel Nel, is een energieke, 74-jarige dame. Ze wandelt nog elke dag, past één keer per week op de kleinkinderen en woont samen met haar grote liefde, Ria. Op een normale woensdagmiddag eind februari is Nel samen met Ria een kopje koffie aan het drinken terwijl ze de krant leest. Dan slaat het noodlot toe. “Ik voel me ineens niet zo goed”, zegt Nel met trillende stem. Als zij opkijkt naar Ria, ziet haar partner dat Nels mond helemaal scheef hangt. In een televisieserie heeft Ria dit wel eens zien gebeuren en weet dat het foute boel is. “Ik bel 112.” zegt Ria resoluut. Nel vindt dit maar onzin, maar ziet aan het geschrokken gezicht van Ria dat zij geen keus heeft.

Aangekomen in het ziekenhuis, weet Nel niet meer precies wat er gebeurd is. De reis met de ambulance is als een waas aan haar voorbijgegaan. Ze wordt gehaast het ziekenhuis doorgereden en krijgt een CT-scan. Hieruit blijkt dat ze een herseninfarct heeft gehad. Terwijl een verpleegkundige in opleiding gespannen een infuus probeert aan te leggen, legt de senior verpleegkundige uit dat Nel een herseninfarct heeft gehad in de rechterkant van haar hersenen. Volgens de verpleegkundige verklaart dit waarom mevrouw haar linkerarm niet goed kan optillen, maar Nel vindt dit maar een gekke conclusie. Vanwege de ernst van haar infarct moet Nel 24 uur ter observatie op de neuro-afdeling verblijven. Later leest ze ergens dat het de ‘brain-care unit’ heet.

Op donderdagochtend komen er drie mensen binnen, die zich voorstellen als de fysiotherapeut, logopedist en ergotherapeut. Zij stellen Nel een aantal vragen over wat er is gebeurd. Ze leggen uit dat ze langs zijn gekomen om te kijken hoe het gaat met het praten en lopen. Ria geeft aan dat ze nog wat onverstaanbaar praat en af en toe moeilijk op haar woorden komt. Nel merkt het zelf nauwelijks. Alleen merkt ze dat ze steeds moet hoesten als ze iets probeert te drinken, dat vindt ze wel vervelend. Dan vraagt de fysiotherapeut haar om een stukje samen te gaan lopen. Ze staat op en wil snel weglopen, de fysiotherapeut snelt er achteraan. Nel heeft sinds ze met de ambulance is meegenomen niet meer op eigen benen gestaan, maar vind het verrassend goed gaan. Af en toe verliest ze een beetje haar evenwicht en dan moet ze zich vasthouden aan de muur, maar ze hoopt dat de fysiotherapeut dat niet ziet.

Na een uurtje komt de fysiotherapeut terug om te zeggen dat Nel morgen naar Dommelhoef mag, om te revalideren. “Hoezo, ik kan toch gewoon naar huis?” zegt Nel fronsend en ze kijkt naar Ria, zoekend naar steun. Ria kijkt met een medelevende blik en benoemt dat het toch misschien wel verstandig als zij het advies van de arts volgt.

In Dommelhoef krijgt de verpleegkundig specialist een telefoontje van de neuroloog. Mevrouw Jansen komt in aanmerking voor opname via Fasttrack, dus de verpleegkundig specialist geeft akkoord voor opname. De rapportage is kort maar krachtig: Fasttrack CVA re hemisfeer, facialisparesse waardoor spraak licht aangedaan, verminderde kracht links. Bij zo'n rapportage stelt de richtlijn, zoals afgesproken in het regionale CVA-netwerk, dat de verwachting is dat mevrouw binnen 30 dagen terug naar huis kan.

Lea, contactverzorgende van revalidatie 1, heeft op vrijdagochtend dienst. Bij de dagstart ziet ze dat er vandaag een nieuwe Fasttrack-opname komt, mevrouw Jansen. Die zet ze vast op de planbespreking van volgende week donderdag, want dan heeft ze CV-dag. De overdracht is natuurlijk nog niet binnen, dus ze kan zich nog niet voorbereiden. *“Ik zou dus graag zien eigenlijk dat er al een overdracht de dag voor opname zou komen.”* moppert Lea tegen een collega terwijl ze opstaat om de eerste mensen te gaan helpen. Na de ochtendzorg, om kwart over 10, belt de receptie dat mevrouw Jansen er is en benoemt dat ze een transportrolstoel mee moet nemen. Lea loopt naar beneden en ziet daar een vermoeide dame zitten met haar haar in de war en haar partner die moeite heeft om drie tassen vast te houden. *“Ik pak er wel één aan”,* knikt Lea vriendelijk. In de lift vertelt Lea op welke verdieping en welke kamer mevrouw verblijft. Op de kamer aangekomen overhandigt Ria een envelop en een tasje met medicijnen. In deze envelop zitten de verpleegkundige en medische overdracht en de medicatielijst. Ze bladert snel door de verpleegkundige overdracht heen en overhandigt de medische overdracht en medicatielijst aan de verpleegkundig specialist. Het is een **beperkte overdracht**, zoals gebruikelijk bij een Fasttrack-opname, vanwege de korte opnameduur in het ziekenhuis. Toch heeft ze nu geen tijd om hem rustig te lezen, ze moet immers het opnamegesprek in. Nel vraagt bij binnenkomst van Lea en de verpleegkundig specialist al wanneer zij naar huis mag. Bij het opnamegesprek komt de verpleegkundig specialist erachter dat Nel slikproblemen heeft en dus schakelt ze de logopedist in. Deze was toevallig al van plan om langs te komen met de lunch. *“Ten opzichte van normale opnames worden de cliënten vaak in het ziekenhuis wel gezien en kan het met Fasttrack zo zijn dat ze nog helemaal niet door de logopedist gezien zijn.”* vertelt de logopedist.

De hele vrijdag lopen er mensen in en uit Nels kamer. De een wil weten of links en rechts even sterk zijn, de ander wil met haar lopen en weer een ander wil dat ze van alles eet en drinkt. Aan het einde van de dag is ze helemaal gesloopt. En dan is het ineens stil. In het weekend komt er helemaal niemand langs. Geen therapeuten, geen gesprekken, geen schema. Alleen de verpleging die moppert als ze rondloopt, want dat mag ze niet alleen, zeggen ze. Elke keer komen ze haar rollator brengen, maar Nel vindt dat ze die helemaal niet nodig heeft. Ze snapt sowieso niet goed waarom ze hier verblijft. *“Wat doe ik hier eigenlijk?”* moppert ze tegen Ria als die op bezoek komt. *“Er gebeurt hier niks. Ik wil gewoon bij jou in bed slapen.”* Ria probeert geduldig uit te leggen dat het weekend is en dat de therapieën maandag pas weer starten, maar Nel

wil het niet horen. En dan nog dat eten. Brood zonder korst, avondeten dat eruitziet als een beige moes en de koffie? Die kan je met een lepel eten.

Maandag gebeurt er eindelijk weer wat. Nel zit al aangekleed in haar stoel als de fysiotherapeut binnenkomt. Ze lopen samen een stukje en de fysiotherapeut benoemt dat ze weer zelfstandig mag lopen, maar wel haar rollator mee moet nemen. Op de gang houdt ze zich eraan, omdat ze het gemopper van de verpleging zat is. Op haar kamer trekt ze haar eigen plan. Dinsdag komt de logopedist weer. Goed nieuws: ze mag weer normale koffie drinken. Niet dat dikke slijm weer, maar echt drinken. Wel in kleine slokken en met haar kin op haar borst. Nel vindt dat de logopedist niet zo moet zeuren. Maar het eten blijft een probleem. Nel is een gezellige prater, maar daardoor vergeet ze op te letten bij elke hap, waardoor het risico op verslikken groot blijft. Ze oefenen met zacht voedsel, maar dat gaat nog niet helemaal veilig. 's Avonds krijgt Nel dus weer dat gemalen eten voorgezet. Ze kijkt er beledigd naar. “Waarom krijg ik dít nou weer?” vraagt ze fel aan de verpleging. Het gesprek van eerder is ze alweer vergeten, of misschien heeft ze het gewoon niet willen horen.

Donderdag is de planbespreking. Hier zitten alle disciplines bij elkaar die allemaal een eigen specialisme hebben, om de revalidatiedoelen te bespreken. Ter sprake komt dat het bij het opnamegesprek van afgelopen vrijdag voor Nel en Ria allemaal wat onduidelijk was. Hoe lang zouden ze hier zijn? De 30-dagen-grens was bij hen onbekend. **De verwachtingen lijken uit elkaar te liggen door een beperkte inlichting vooraf.** Nel dacht na een paar dagen al wel naar huis te kunnen. Die hoop heeft ze sindsdien niet losgelaten, want bij elke therapie vraagt ze wanneer ze naar huis mag, beamen de verschillende therapeuten. De behandelaren vinden het ook lastig wanneer de verwachtingen niet duidelijk zijn. De fysiotherapeut benoemt nog dat het voor haar en de andere therapeuten handig is om van tevoren te weten dat het om een Fasttrack gaat. Echter is er ook wel eens twijfel of iemand wel echt past bij het Fasttrack-proces.

Bij de planbespreking komt ook de vraag naar voren of Nel überhaupt wel opgenomen had hoeven worden op de revalidatie-afdeling. Een opname kan enerzijds meer rust en een extra controlemoment bieden, anderzijds wil Nel vooral gewoon graag naar huis. Er ontstaat een discussie of revalidatie intramuraal of in de thuissituatie beter is. De ergotherapeut benoemt: *“Leren in je eigen omgeving is natuurlijk wel het beste.”*, waar de logopedist op reageert: *“Klinische revalidatie; je bereikt daar wel sneller meer stappen mee.”* De arts vestigt de aandacht op de tijd en de urgentie om door te gaan. De twijfel of **Fasttrack of ambulante revalidatie** passender was voor Nel blijft.

Ook bij de arts ontstaat twijfel over het Fasttrack-proces in de bredere zin. Het is prettig dat Nel snel gezien wordt en vlotter naar huis kan, maar tegelijkertijd ontstaat de vraag of dit ten koste gaat van persoonsgerichte zorg. In vergelijking met een reguliere opname ligt het tempo bij Fasttrack hoger, en worden er vaker screenings gedaan dan

uitgebreide onderzoeken. Maar **moet een Fasttrack wel anders behandeld worden dan een reguliere opname?**

Waar staat Nel nu? Fysiotherapeutisch gezien is Nel klaar om naar huis te gaan. Ze loopt veilig, zelfs zonder rollator gaat het redelijk en traplopen is ook geen probleem meer. De ergotherapeut is nog bezig met de laatste praktische puntjes: een douchestoel en een tweede trapeleuning. Dat stemt ze verder af met Ria. De logopedist twijfelt nog. Het slikken verloopt nog niet veilig. Het kan nog verbeteren, met veel tijd en therapie, maar als dat niet genoeg is, moet er nog veel energie gestoken worden in voorlichting. Niet alleen aan mevrouw zelf, maar ook aan haar omgeving. Vrijdagavond staat er nog een therapiemoment gepland. Daar hangt veel vanaf. De logopedist wil dat moment nog even afwachten gezien de vooruitgang die Nel nu al heeft geboekt, voordat een voorlopige ontslagdatum vastgesteld kan worden.

Vrijdagavond doet Nel het eigenlijk heel goed, volgens de logopedist. Ria heeft haar dan ook streng toegesproken en gezegd dat Nel pas naar huis mag als zij in stilte kan eten en hier zich goed op kan concentreren. De logopedist observeert aandachtig. Ze ziet een mevrouw die wil, die zich inspant en een vrouw die - voor heel even - haar babbels inslikt bij elke hap. Een zachte warme maaltijd en brood met korst verlopen veilig. De logopedist ziet dan ook geen bezwaren meer voor terugkeer naar huis mits mevrouw nog eerstelijns logopedie krijgt en koppelt dit terug aan de arts. Maar dan gaat Nel weer het weekend in. En weer gebeurt er niets. Geen therapie, geen gesprek. “Waarom mag ik niet gewoon vandaag naar huis?” moppert ze tegen Ria en ieder ander die in de buurt komt. Maandagochtend is de kogel door de kerk. Nel mag donderdag naar huis. Ze springt bijna een gat in de lucht. De donkere wolk boven haar hoofd verdwijnt en ze zit weer vol motivatie. De ergotherapeut helpt Ria nog met de laatste details voor thuis. De logopedist schrijft een verwijzing voor logopedie aan huis en de arts stuurt het ontslagrecept naar de eigen apotheek van Nel en Ria.

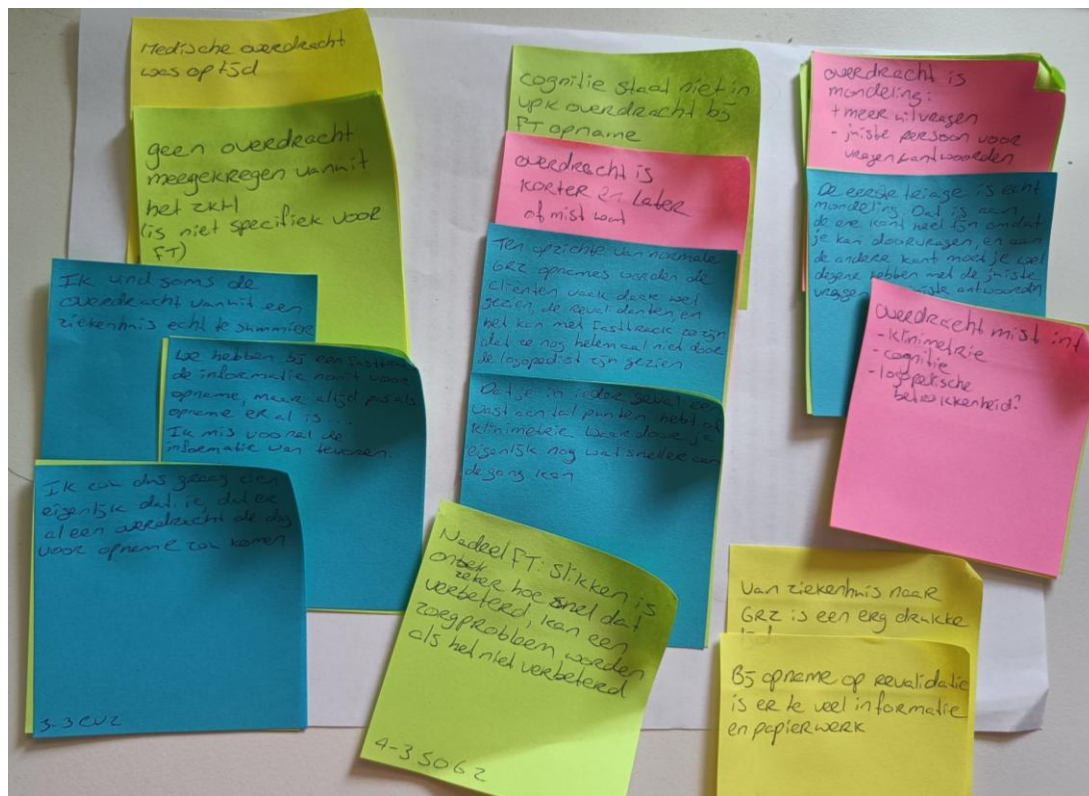
Nel is al bijna onderweg naar huis, maar haar casus komt bij de planbespreking toch nog even op tafel. De vraag wordt gesteld wat iedereen vindt van het Fasttrack-proces in het algemeen. “*Qua budget of in ieder geval qua kostenplaatje is Fasttrack wel lekker meegenomen.*” benoemt de verpleegkundige. Klopt, beaamt de arts. “*Ik denk dat het wel een mooi extra product is dat je kunt bieden; wat ook richting het ziekenhuis laat zien wat we allemaal doen.*” voegt de arts nog toe. **Fasttrack is snel waardoor het veel organisatorische voordelen heeft**, concludeert de ergotherapeut. Maar het is niet alleen voor de organisatie goed. “*Als het echt een Fasttrack iemand is dan vind ik dat superleuk, want dat zijn vaak wel revalidanten die veel kunnen leren, die gemotiveerd zijn.*” sluit de ergotherapeut het gesprek af.

Na de lunch staan Nel en Ria bij de unitpost, jas aan en tasje in de hand. De verpleegkundige vraagt hoe ze het verblijf heeft gevonden. Dat Fasttrack vond ze maar lang duren, moppert Nel. “Het is maar vanuit welk perspectief je het bekijkt.” grapt de verpleegkundige. Ria bedankt de verpleegkundige nog voor de goede zorgen en drukt haar een envelop toe met een kaartje en een bijdrage voor de afdelingspot. Op vrijdagochtend zitten Nel en Ria buiten op het balkon. Het is lekker zonnig en erg warm voor maart. De krant ligt nog onaangeraakt op tafel, twee kopjes verse koffie ernaast, terwijl Ria en Nel met geknepen ogen de zon in zich opnemen. “Thuis is toch wel het fijnst.” zucht Nel. Ria knikt en rust haar hoofd op Nels schouder. “Dat vind ik nou ook.”

Bijlage 7: Thema's

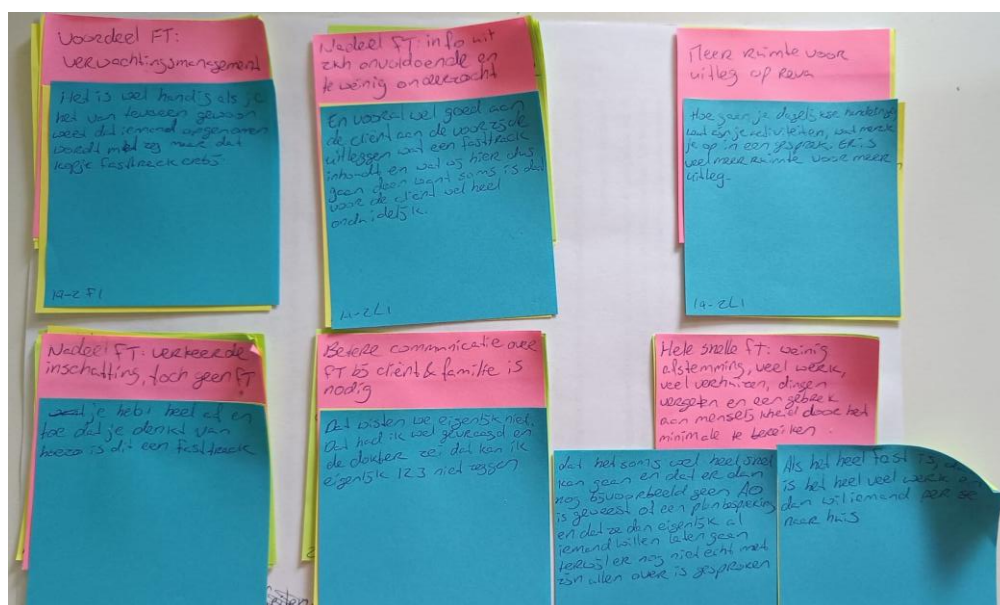
Figuur 7.1

Beperkte overdracht



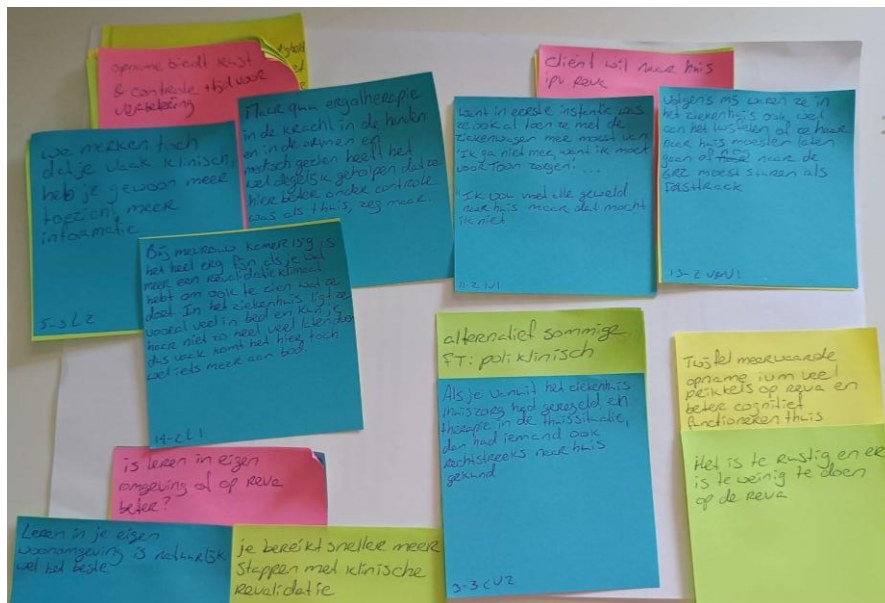
Figuur 7.2

Verwachtingen liggen uit elkaar door beperkte inlichting vooraf



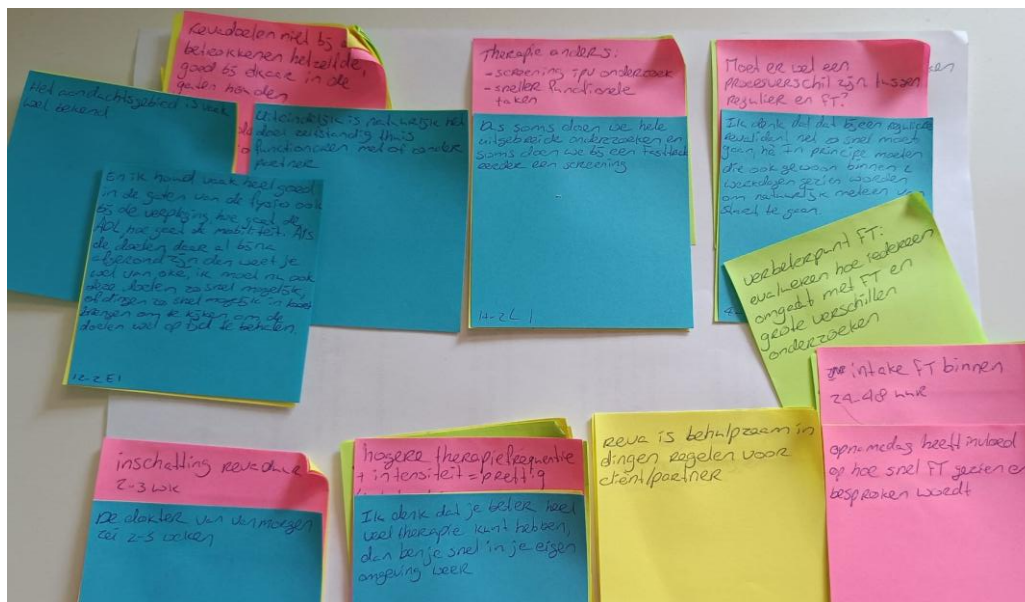
Figuur 7.3

Opname als Fasttrack of ambulant?



Figuur 7.4

Fasttrack heeft andere kenmerken dan regulier maar moet dat wel?



Figuur 7.5

Fasttrack is snel waardoor het veel organisatorische voordelen heeft

FT = sneller

En dat er ook snel een behandelplan is, maar echt binnengaan is, maar een behandelplan is, want ook mensen bespreken. Dus dusdanig is het proces, kan ook wel wat sneller gaan.

5-3-22

FT is goed voor de organisatie (financieel imago)

the budget of in ieder geval een kostenplaatje is vastgesteld, het kan wel meegenomen dat ze van disciplines terug krijgen

13-2-2017

In dit proces dat het proces is, maar er kan gestaan zijn, dat je kunt bedenken, dat om de reden het proces is, het is een wat is allemaal doen

17-2-2017

FT is kort bereikt:
- meer mensen helpen
- client snel naar huis

Dat je snelle doorstroming op de afdeling hebt en dat je ook meerdere consultants kan helpen in lokale BD.

13-2-2017

FT = minder complex / overtuigingskracht
minder aanpak
Lage verandering van gestructureerd

Want als je alleen maar ommezing patienten hebt, ben je alleen maar bezig aan het doen en niet aan het resultaat. En dus ik denk dat dat voor de goede afdeling ook een stuk meerwaarde heeft.

Als het echt een fast track is, iemand is dan veel is dat super leuk, want dat is vaak wel de mensen die heel kunnen zijn, die gestructureerd zijn.

Bijlage 8: Verbeterpunten en prioritering volgens betrokkenen

Figuur 8.1

Positieve punten, verbeterpunten en prioritering vanuit ‘afstemmings- en realisatiebijeenkomst

Wat ging er goed?	Wat ging er niet goed?
Alle papieren + medicatie zijn compleet ♡ 5	Verwachtingen waren niet duidelijk bij cliënt. ♡ 10
Therapieën sluiten direct aan bij mw haar noden/behoefte ♡ 3	Te laat info over slikklachten ♡ 0
Uitleg dat Nel een cva heeft gehad ♡ 0	Beperkte overdracht ♡ 6
Disciplines die snel aanwezig zijn bij opname. ♡ 1	Op dag 1 zijn het heel erg veel indrukken als iedereen apart langskomt, dit is er vermoeiend. Contrast met weekend is erg groot ♡ 11
Nel is optijd aanwezig bij dommelhoef - 10:15 uur ♡ 3	Vraagtekens bij cognitie, of karakter? ♡ 3
Redelijk snel vrij geven van het zelfstandig lopen ♡ 1	Er lopen veel mensen in en uit Nels kamer ♡ 1
Multidisciplinair overleg of FT of revalidatie in thuissituatie een betere optie is ♡ 3	Vrijdag opname, donderdag pas afstemming ♡ 11
MD intake paramedici ZH ♡ 1	Mogelijk te weinig uitleg 'therapeutisch klimaat' ♡ 3
Fasttrack was ook echt een fasttrack ♡ 0	Brain care unit? Niet helder voor Nel en Ria ♡ 0
	In het weekend niks te doen, geen revalidatie assistent? ♡ 3
	Communicatie lijkt stroef te verlopen, Nel lijkt geen besef te hebben wat het proces voor haar precies inhoudt ♡ 2
	Nel vond het lang duren ♡ 0
	Nel ervaart "gemopper" ♡ 0
	30 dagen grens was onbekend ♡ 0
	Mist Aandacht ziekte inzicht, lijkt gebrekkig ♡ 1
	Beter luisteren naar wensen en behoeften van Nel en dit doorspelen aan disciplines ♡ 1
	Werd de juiste info op het juiste moment gegeven? ♡ 0

Tabel 8.2*Verbetervoorstellen vanuit 'afstemmings- en realisatiebijeenkomst*

"wat ging er niet goed?"	Verbetervoorstel/actie	Door wie
Verwachtingen waren niet duidelijk bij cliënt	Fasttrack-folder	CVA keten
Op dag 1 zijn het heel erg veel indrukken als iedereen apart langskomt, dit is erg vermoeiend. Contrast met weekend is erg groot	Multidisciplinaire intake -> al onderzocht, niet planbaar Elkaar meer opzoeken op dag van opname wel mogelijk Direct revalidatie-assistent inschakelen Therapeutisch klimaat -> uitleg bij opname -> afspraken goed bekijken	Bestaande 'Focusgroep kwaliteit', inbrengen door [naam collega]
Vrijdag opname, donderdag pas afstemming	Bespreken op ander afstemmingsoverleg (op maandag of donderdag)	V&V of discipline
Beperkte overdracht	Uitgebreidere overdracht niet mogelijk Voor 9:00 overdracht digitaal Testen van interdisciplinaire intake eerder krijgen	[naam collega] + arts of VS
Aandacht voor cognitie?	Niet-oplosbaar Cognitie = contra-indicatie, maar toch wordt iemand soms aangemeld met bijvoorbeeld dementie	