

## University of Groningen

### Samen veranderen is samen leren

Kromme, N.M.H.; Ahaus, Kees; Gans, Reinold O.B. ; van de Wiel, Harry

*Published in:*

Kwalon. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Kromme, N. M. H., Ahaus, K., Gans, R. O. B., & van de Wiel, H. (2020). Samen veranderen is samen leren: Een participatief actieonderzoek naar de rol van de internist bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. *Kwalon. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 25(3), 15-28.

#### **Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

#### **Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## ESSAY, DEBAT EN DIALOOG

*Deze rubriek is een forum voor debat over kwesties die betrekking hebben op kwalitatieve methodologie. Wie een idee heeft voor een thema of een reactie wil leveren op een eerder verschenen bijdrage, vragen wij contact op te nemen met Fred Wester: f.wester@maw.ru.nl.*

## Samen veranderen is samen leren

### Een participatief actieonderzoek naar de rol van de internist bij het bevorderen van een gezonde leefstijl

*Nicolien Kromme, Kees Ahaus, Rijk Gans & Harry van de Wiel\**

#### Inleiding<sup>1</sup>

Veranderen van leefstijl mag een veelbelovend middel zijn om klachten en kosten in de zorg te verminderen, het gaat bepaald niet vanzelf. Ondanks veel goede bedoelingen en de nodige voorlichting valt menigeen al snel terug in oude gewoonten. Duurzaam veranderen vraagt blijkbaar om een exploratieve aanpak waarin het samen leren veranderen met directbetrokkenen vooropstaat. Een dergelijke aanpak biedt tevens inzicht in de dilemma's en uitdagingen die er spelen, waardoor er gedragen keuzes kunnen worden gemaakt, wat uiteindelijk effectiever zal zijn dan het klassieke diagnose-receptmodel.

Participatief actieonderzoek leent zich goed voor een dergelijke gezamenlijke zoektocht waarin samen exploreren en leren wat veranderd moet en kan worden, vooropstaan. Dit artikel beschrijft de eerste drie fasen van een kwaliteitsproject met een participatief actieonderzoek-design (looptijd 1,25 jaar). Het exploreert hoe internisten en patiënten aankijken tegen de rol van de internist bij het bevorderen van een gezonde leefstijl en wat daarin hoe verbeterd kan worden. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- aanleiding en aanloop tot het project;
- methode: participatief actieonderzoek;
- ervaren uitdagingen en dilemma's;
- slotbeschouwing.

\* Drs. Nicolien Kromme is bestuurs- en organisatiekundige en werkt als stafadviseur voor de afdeling Interne Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen. E-mail: n.m.h.kromme@umcg.nl. Prof. dr. ir. Kees Ahaus is hoogleraar Health Services Management & Organisation en sectieleider bij Erasmus School of Health Policy & Management te Rotterdam. Prof. dr. Rijk Gans is hoogleraar en afdelingshoofd Interne Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Prof. dr. Harry van de Wiel is hoogleraar Gezondheidspsychologie bij het Wenckebach Instituut van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

## Aanleiding en aanloop tot het project

### *Probleemstelling*

Internisten zien op hun spreekuur veel patiënten met (een combinatie van) veelvoorkomende chronische ziekten als diabetes, HIV, hypercholesterolemie, hypertensie, nierfalen en overgewicht. Deze ziekten zijn vaak mede het gevolg van een ongezonde of riskante leefstijl, zoals weinig bewegen, ongezond eten, roken, gebruik van alcohol en/of drugs, of van slecht slapen en/of stress. Inzetten op een gezondere leefstijl wordt dan ook als belangrijk onderdeel van de behandeling gezien naast en/of ter vervanging van medicamenteuze behandeling. Doel hiervan is verdere schade aan de gezondheid te verminderen en het welbevinden te vergroten. Samen met andere zorgprofessionals hebben artsen een belangrijke rol bij het stimuleren van chronisch zieke patiënten om zo gezond als wenselijk te leven en het samen met de patiënt kiezen van passende interventies (KNMG, 2015). Het is de vraag of internisten en patiënten voldoende kennis, vaardigheden, tijd en ondersteuning hebben om die rol adequaat gestalte te kunnen geven (WRR, 2017).

### *Praktijksetting*

In het voorjaar van 2018 vond een *invitational conference* plaats voor internisten werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) over preventie en leefstijl bij complexe problematiek. Tijdens de conferentie ontstond vooral discussie over de rol en de verantwoordelijkheid van de internist. Dit leidde onder andere tot de aanbeveling om de motivatie/attitude van internisten ten aanzien van (hun rol in) het bevorderen van een gezonde leefstijl breder in kaart te brengen, en om casuïstiek en daarbij passende leefstijlinterventies te ontwikkelen. Het advies was om ook de financieringsaspecten (vergoeding interventies voor de patiënt en tijd van de dokter) niet te vergeten en in te zetten op het vergroten van kennis en vaardigheden, en op de ontwikkeling van tools en (modellen voor) samenwerking met de patiënt en alle betrokkenen in de zorgketen.

### *Projectvoorstel en doelen*

Ter voorbereiding is de wetenschappelijke literatuur over het bevorderen van een gezonde leefstijl in het consult van de internist door de onderzoeker samengevat. Verder zijn zorgprofessionals en/of wetenschappers geraadpleegd en is deelgenomen aan expertmeetings over preventie en leefstijl. Voorzien van deze kennis is een stafmeeting van internisten belegd. Hieruit kwam een kwaliteitsproject met een participatief actieonderzoek-design voort met de volgende doelen:

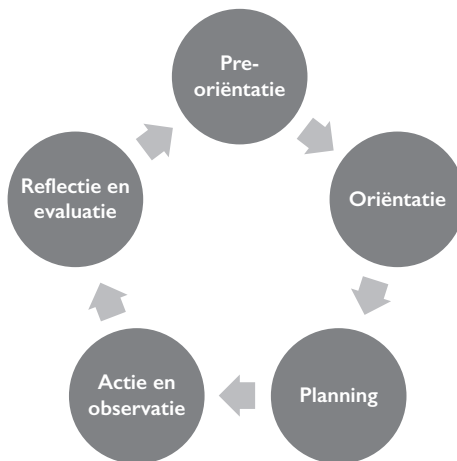
- inventariseren hoe internisten en patiënten aankijken tegen het bevorderen van een gezonde leefstijl van de patiënt in het poliklinisch consult en de rol van de internist hierbij;
- ontwikkelen van effectieve gespreksstrategieën/tools voor het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- identificeren van pilots en nagaan hoe hierin verbeteringen toegepast kunnen worden.

## Methodie: participatief actieonderzoek<sup>2</sup>

De benadering van actieonderzoek van Van Lieshout et al. werd als leidraad genomen omdat zij de onderzoekscyclus hebben toegespitst op de gezondheidszorgsetting en de relationele processen van betekenisgeving die daarin plaatsvinden (Van Lieshout, Jacobs & Cardiff, 2017). De gerichtheid op het veranderproces past bovendien goed bij de vaak complexe zorgpraktijk (NPHF, 2015). Doel is om een betere praktijksituatie voor alle betrokkenen (stakeholders) te creëren door hen te betrekken bij het onderzoek. De cyclische onderzoeksstructuur bestaat uit vijf projectfasen, die leidraad vormen voor de opzet en planning van de activiteiten (zie figuur 1).

Dit project omvat de eerste drie fasen: pre-oriëntatie, oriëntatie en planning. De opgedane inzichten tijdens deze fasen worden hier besproken. Op basis daarvan zullen vervolgstappen worden genomen. We doen dit aan de hand van de acht principes waarmee onderzoekers volgens Van Lieshout rekening moeten houden bij het ontwerp van het onderzoek (Van Lieshout et al., 2017, p. 22<sup>3</sup>):

1. cyclische structuur – er zijn cycli van verkennen, plannen, doen, observeren en reflecteren;
2. participatie – iedereen die wil én een bijdrage kan leveren, participeert;
3. persoonsgerichtheid – er is sprake van een ethische en persoonsgerichte benadering;
4. contextualiteit – er wordt gewerkt in en met de context;
5. reflexiviteit – er wordt reflectief gehandeld;
6. diverse vormen van kennis – meerdere vormen en bronnen van kennis worden gewaardeerd;
7. bevorderen van transformatie – er wordt gestreefd naar het transformeren van de huidige situatie;
8. kritische toetsing in publieke ruimtes – de studie en uitkomsten worden openbaar gemaakt.



*Figuur 1 Onderzoeksfasen (naar Van Lieshout et al., 2017)*

## Ervaren dilemma's en uitdagingen<sup>4</sup>

### 1 Cyclische structuur

'er zijn cycli van verkennen, plannen, doen, observeren en reflecteren' (Van Lieshout et al., 2017, p. 22)

Van Lieshout et al. (2017) beschrijven de onderzoekscyclus in vijf fasen (zie tabel 1). Actiecycli komen vooral voor in de actiefase: 'Er wordt een actieplan opgesteld, actie(s) uitgevoerd, geobserveerd wat dit oplevert door systematische dataverzameling en -analyse, en dan gereflecteerd op de betekenis hiervan voor toekomstige actie(s) en/of praktijkvoering' (Van Lieshout et al., 2017). Dat betekent niet dat in de andere fasen niet systematisch gewerkt wordt, zoals ook in dit project. Wel waren de activiteiten vooral exploratief van aard.

**Tabel 1 Onderzoeksfasen (basisstructuur actieonderzoek naar Van Lieshout et al., 2017, p. 43)**

Fase	Focus
1. Preoriëntatie	Eerste informatieverzameling
2. Oriëntatie	Identificeren van hiaat tussen wenselijke en werkelijke situatie en welk concreet handelingsgedrag veranderd moet worden <i>Deelvraag – dataverzameling – dataverwerking</i>
3. Planning	Uitkomsten oriëntatiefase bespreken met actieonderzoeksgroep en geprioriteerde acties uitwerken
4. Actie en observatie	Acties uitzetten in de praktijksetting <i>Actie 1: Deelvraag – dataverzameling – dataverwerking</i> <i>Actie 2: Deelvraag – dataverzameling – dataverwerking</i> .....
5. Reflectie en evaluatie	Reflectie op: 1) verandering in de praktijk, 2) wat geleerd en 3) welke kennis gegenereerd
[Discussie]	Vergelijking uitkomsten reflectie met recente literatuur en voorstel vervolgcycli/aanbevelingen

In de *pre-oriëntatiefase* is het projectvoorstel geschreven en vond afstemming plaats met diverse experts en de onderzoeksbegeleiders. Dit leidde tot bijstellen van het projectvoorstel.

In de *oriëntatiefase* hield de onderzoeker interviews met internisten en patiënten en vond afstemming plaats over de selectieprocedure en interviewopzet. De interviews werden opgenomen op audiotape, getranscribeerd en geanalyseerd. Hierna maakte de onderzoeker leesbare interviewverslagen en stuurde deze binnen vier weken toe aan de geïnterviewden met het verzoek eventuele onjuistheden of aanvullingen aan te geven. Dit leverde weinig respons en derhalve weinig aanpassingen op. Voorts maakte de onderzoeker een analyse van de interviews per subspeci-

alisme wanneer er ten minste vijf internisten van een subspecialisme geïnterviewd waren. Dit resulteerde in een verslag en vervolgens in de presentatie van de bevindingen op een stafvergadering van respectievelijk de endocrinologie, vasculaire geneeskunde, infectieziekten en nefrologie (feedbackbijeenkomst genoemd). De feedback leidde in wisselende mate tot aanvullende discussie over de bevindingen. Een *overall* samenvatting van de interviews werd gepresenteerd op een stafvergadering voor alle internisten. Daarna gaven vier internisten (één per subspecialisme) aan dat ze interesse hadden in een pilot.

In de *planningsfase* wordt – gegeven de uitkomsten van de oriëntatie – momenteel de actiefase voorbereid. Hiertoe organiseerde de onderzoeker eerst een zogenaamde ‘co-creatie’-bijeenkomst. Vervolgens spraken de vier internisten in wisselende samenstelling over hun visie en aanpak en vormde één van hen de werkgroep pilot nierfalen. Geleidelijk aan begonnen de thema’s zich uit te kristalliseren.

Hoewel het plan was om alle feedbackbijeenkomsten afgerond te hebben vóór de co-creatiebijeenkomst, organiseerde de onderzoeker de feedbackbijeenkomst met patiënten evenwel hierna. De onderzoeker gaf voorrang aan de co-creatiebijeenkomst om de actiebereidheid van de vier internisten te kunnen honoreren.

De onderzoeker signaleerde al met al een spanningsveld tussen enerzijds het voeren van een strakke, efficiënte projectplanning en anderzijds pragmatisch en flexibel zijn, en probeerde hierin een balans te vinden.

**Tabel 2 Projectplanning eerste drie onderzoeksfasen**

2018	2019												2020			
Pre-oriëntatie	Oriëntatiefase							Planfase								
	jan	febr	mrt	april	mei	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	jan	febr	mrt	
Invitational Conference																
Literatuurstudie																
Experts/stakeholders gesprekken/meetings																
Projectplan schrijven en indienen																
Medisch Ethische toetsing																
			Interviews internisten			Interviews patiënten										
		Analyse interviews internisten + rapportages														
					Analyse interviews patiënten + rapportages											
				Feedbackbijeenkomsten internisten									Feedbackbijeenkomst patiënten			
										Startbijeenkomst (pilots) zorgverleners + patiëntenvertegenwoordigers						
									Verkenkende overleggen m.b.t. pilot 1 en 2							
														Teamdag pilot 1		

## 2 Participatie

‘de belanghebbenden die een bijdrage willen leveren, hebben de mogelijkheid op verschillende wijzen en/of niveaus te participeren’ (ibid., p. 22)

In dit project organiseerden we participatie op diverse niveaus. Er werden een werkgroep van drie internisten en een werkgroep van twee patiëntvertegenwoordigers en een adviseur patiëntenparticipatie ingesteld, die fungeerden als klankbord voor de onderzoeker. De werkgroepleden dachten actief mee over de opzet en gaven advies. De internistenwerkgroep bijvoorbeeld ondersteunde de keuze voor interviews en besliste mee dat er van vier verschillende poliklinieken patiënten geworven zouden worden voor een interview (de diabetes-, HIV-, nierfalen- en vasculaire polikliniek). De patiëntenwerkgroep adviseerde bijvoorbeeld over de stijl en inhoud van patiëntbrieven en het doen van proefinterviews en participeerde in de co-creatiebijeenkomst ter voorbereiding op het doen van pilots. De onderzoeksbegeleiders richtten zich op het onderzoeksproces als geheel.

De participatie van patiënten en internisten kreeg vorm tijdens de interviews en de feedbackbijeenkomsten in de vorm van consultatie, meedenken, respectievelijk feedback geven en enige discussie. Gaandeweg werd besloten ook enkele diabetesverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten te interviewen omdat patiënten ook bij hen op de poli komen. Dit leverde vergelijkbare informatie op qua opvattingen over het belang van een gezonde leefstijl en wat belangrijk is of moeilijk in het gesprek. Patiënten motiveren voor een gezonde leefstijl zien de verpleegkundigen meer dan internisten als hun taak. Ze hebben er ook iets meer tijd voor.

Doel van de co-creatiebijeenkomst was onder andere om ambities en doelen voor het doen van pilots te verkennen. Wat betreft de participatie richtte de onderzoeker zich in eerste instantie op de vier internisten die interesse hadden in een pilot en de patiëntvertegenwoordigers. Dat in de werkgroep pilot nierfalen ook een verpleegkundige betrokken werd, leidde ertoe dat de onderzoeker in tweede instantie ook in gesprek ging met de diabetesverpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten van de HIV-poli en aan hen vroeg wie wilde participeren in de co-creatiebijeenkomst. De diabetesverpleegkundigen gaven vervolgens aan dat zij de diëtisten ook als essentiële partners zagen. Dit stelde de onderzoeker voor het dilemma van ruimte geven aan versus het begrenzen van participatie (gegeven het onderzoeksdoel en de tijdsinvestering). De onderzoeker (h)erkende echter het belang van participatie van de diëtisten, maatschappelijk werkenden en fysiotherapeuten en ging ook met enkele van hen in gesprek, evenals met hun leidinggevendenden. De gesprekken lieten de interesse en betrokkenheid van deze disciplines zien.

## 3 Persoonsgerichtheid

‘een persoonsgerichte ethische benadering conform de wet- en regelgeving persoonsgebonden onderzoek is primair uitgangspunt en is gericht op het goed verlopen van de relationele processen’ (ibid., p. 22)

Het project is door de Medisch Ethische Commissie (METc) gekenmerkt als niet-



WMO-plichtig. Het projectvoorstel is vervolgens voor kwaliteitstoetsing (qua inhoud en procedure *informed consent*) aangeboden aan de Wetenschapscommissie van Interne Geneeskunde en goedgekeurd.

Binnen dit project streefden we naar een ethische, persoonsgerichte, relationele benadering die gekenmerkt wordt door open communicatie, vertrouwen, respect voor elkaars inbreng, reflectie en uitwisseling. Coenen duidt deze benadering, waarbij het gaat om participatie, wederkerigheid en wederzijds leren, aan met de term ‘wederkerige adequaatheid’ (Coenen, 1987). Dit betekent dat het niet alleen belangrijk is dat betrokkenen het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt en hun mening wordt gerespecteerd, maar ook dat de onderzoeker let op signalen. Bijvoorbeeld of er voldoende sprake is van participatie of wat de gevolgen zijn van het onderzoek voor de interesses en belangen van belanghebbenden. De hierboven geschetste manier waarop participatie bij de co-creatiebijeenkomst tot stand kwam, is hiervan een voorbeeld. Een ander voorbeeld is dat een van de patiëntvertegenwoordigers na afloop van de co-creatiebijeenkomst aangaf dat het ‘allemaal wel erg snel ging’. Aangezien er niet direct gelegenheid was hierop uitvoerig in te gaan, zocht de onderzoeker naderhand telefonisch contact met de patiëntvertegenwoordiger om dit te bespreken. Punt bleek niet alleen de snelle organisatie van de co-creatiebijeenkomst, alsof de actiefase al was begonnen, maar ook de sterke focus op de rol van de internist terwijl andere zorgprofessionals al veel aandacht hebben voor de leefstijl van de patiënt. De onderzoeker onderkende dat de co-creatiebijeenkomst snel plaatsvond. Ze gaf aan dat de rol van de internist leidend was geweest en ze de actiegerichtheid van de internisten wilde honoreren. Het gesprek met de patiëntvertegenwoordiger liet zien dat dit niet zo vanzelf sprak. Het spanningsveld verdween niet geheel, maar het gesprek gaf de onderzoeker wel het vertrouwen dat de onderlinge relatie voldoende open was om hierop zo nodig terug te komen.

#### 4 Contextualiteit

‘er wordt rekening gehouden met de sociale context op individueel, zorg- en organisatieniveau’ (ibid., p. 22)

Uitgangspunt in dit type sociaalwetenschappelijk onderzoek is dat mensen sociale wezens zijn en dat de context altijd een rol speelt in ons handelen en de interactie tussen mensen, en het geven van betekenis daaraan (Coenen, 1987). Bijvoorbeeld, op een stafvergadering waar internisten binnen het eigen subspecialisme feedback konden geven op de interviews, bleek dat een internist anders reageerde dan in het interview. Behalve dat men beïnvloed kan worden door anderen, kunnen allerlei interne en externe factoren maken dat men de ene keer anders reageert dan de andere keer.

Op organisatieniveau speelt dat men in een universitair medisch centrum kan spreken van een complex speelveld (patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs & opleiding) met veel spelers, wat uitdagingen stelt aan de regievoering. Er liepen bijvoorbeeld zowel binnen de afdeling Interne Geneeskunde als in het UMCG meer projecten die gericht waren op een gezonde leefstijl van patiënten. De onderzoeker ging

hiermee om door in de eerste plaats contact te zoeken met onderzoekers en projectleiders die binnen de Interne Geneeskunde actief waren op het gebied van leefstijlgeneeskunde<sup>5</sup> om na te gaan wat we aan elkaar konden hebben. Dit leidde tot inspirerende gesprekken waarin kennis en praktijken werd uitgewisseld en deels ook tot samenwerking met de projectleider van het leefstijldashboard. Daarnaast zorgde de onderzoeker ervoor om op de hoogte te zijn van UMCG-brede activiteiten door onder andere bijeenkomsten bij te wonen en contact te zoeken met projectleiders en door verantwoordelijken op beleidsniveau te informeren over het eigen project.

## 5 Reflexiviteit

‘er wordt expliciet stilgestaan bij de gang van zaken, het proces, inclusief het eigen handelen daarin’ (ibid., p. 22)

De onderzoeker vervulde in dit project de rol van ‘forens tussen drie verschillende werelden’: de zorgpraktijk, de onderzoekspraktijk en de organisatiepraktijk (Van Lieshout et al., 2017). Dit betekende dat de onderzoeker vooral pendelde tussen de werkgroep van internisten, de werkgroep van patiëntvertegenwoordigers, de onderzoeksbegeleiders en de opdrachtgevers. Het voordeel van deze werkwijze was dat er per kleine groep gemakkelijk overleg gepland kon worden, ook al kostte dit de onderzoeker zelf meer tijd aan overleg en verslaglegging. Dat de onderzoeker de enige was die alles kon overzien en dat er geen directe afstemming was tussen de verschillende groepen, kan als nadeel worden gezien. De onderzoeker trachtte dit te ondervangen door zaken op inhoud te verbinden en af te stemmen, door iedereen op de hoogte te houden over de voortgang van de acties en door gaandeweg ook meer reflectie op het proces te initiëren. Om het proces te kunnen blijven volgen en verifieerbaar te maken, maakte ze verslagen van overleggen en logboeknotities.

Wat een punt zou kunnen zijn, is dat de onderzoeker verschillende motieven had om dit project te doen slagen. Enerzijds wilde ze helpen bij verbetering van de klinische praktijk door een gedegen aanpak waarin het betrekken van zorgprofessionals en patiënten centraal staat. Anderzijds wilde ze de resultaten van de interviews ook benutten voor haar promotieonderzoek naar productieve interacties tussen internisten en patiënten. Hoewel de onderzoeker het gebruik van de data voor meer doelen opgenomen had in de *informed consent*-informatie en ze dit soms nog eens aankaartte, leidde dit niet tot verdere vragen. Mogelijk was dit ook geen punt doordat de onderzoeker zich primair richtte op de doelen binnen dit actieonderzoek.

Een ander punt is dat de onderzoeker door haar eerdere werk als stafadviseur goed bekend was met het onderzoeksveld en hierdoor een ‘insider’-perspectief had. Dit had als voordeel dat de samenwerkingsrelatie die met sommige internisten eerder was opgebouwd, gemakkelijk kon worden opgepakt. Mogelijk nadeel was dat de nieuwe rol van actieonderzoeker hierdoor onvoldoende uit de verf kwam. Dat de onderzoeker nu en dan de aandacht richtte op haar rol, leidde er niet toe dat ook de rol van de werkgroepleden aan de orde kwam. De feedback richtte zich op de in-

houd en de te volgen acties en de reflectie betrof ook het proces, maar nauwelijks het doen van actieonderzoek en ieders rol daarin.

## 6 *Meerdere vormen van kennis*

‘het verzamelen, delen, waarderen en kritisch bevragen van kennis uit diverse bronnen biedt de mogelijkheid van elkaar te leren en tot co-creatie’ (ibid., p. 22)

In de feedbackbijeenkomsten met internisten lag het accent op het bespreken van de bevindingen uit de interviews, het krijgen van feedback en het gesprek op gang brengen. Binnen het ene subspecialisme bleek meer ruimte voor uitwisseling te zijn en/of meer discussie te ontstaan dan bij het andere. De latere feedbackbijeenkomst met patiënten waarop ook twee internisten waren uitgenodigd om hun plannen toe te lichten, bood de gelegenheid om in te gaan op de bevindingen en de ervaringen van patiënten en verbeterideeën uit te wisselen. In de co-creatiebijeenkomst gingen de deelnemers aan twee digitale tafels in gesprek over hun ambities, doelen, strategieën en resultaten voor het doen van een pilot. De rol van de begeleiders was om hen kritisch te bevragen en hen zo nodig te helpen prioriteren. Wat opviel, was dat niet alleen de geïnterviewde patiënten en internisten vergelijkbare aanbevelingen voor praktijkverbetering gaven, maar ook dat de deelnemers aan de co-creatiebijeenkomst tot vergelijkbare prioriteiten kwamen.

Kennis uit de wetenschappelijk literatuur en van experts zoals over effectieve gespreksvoering, positieve gezondheid en veranderstrategieën, kwam aan de orde in overleggen ter voorbereiding op het doen van pilots.

De uitdaging in de pilots (actiefase) is om kennis over effectieve leefstijlinterventies te benutten inclusief kennis over gedragsverandering en effectieve communicatie. Andere waarden en (onderzoeks)perspectieven zullen ook moeten worden meegenomen in de discussie over wat effectief is. Lastig punt hierbij is dat klinici moeten afwijken van de Randomized Clinical Trial (RCT), de gouden standaard, omdat de complexe werkelijkheid van leefstijlverandering om andere manieren van onderzoek vraagt (Molema, Van Erk, Van Winkelhof, Van 't Land & Kiefte-de Jong, 2019; NPfO, 2015). Als alternatief wordt gedacht aan het opzetten van cohortonderzoek waarbinnen diverse domeinen in kaart worden gebracht en gemonitord. Essentieel daarbij is dat met inbreng van patiënten wordt nagegaan wat relevante uitkomsten zijn, en dat ook wordt gekeken naar het effect van de communicatie en samenwerking met patiënten en tussen professionals.

## 7 *Bevorderen van transformatie*

‘er wordt gestreefd naar het transformeren van de huidige situatie’ (ibid., p. 22)

Uit de interviews met internisten bleek dat de potentieel grote gezondheidswinst die behaald kan worden, een stimulans voor hen is om een gezonde leefstijl te bespreken met patiënten, maar dat er ook belemmeringen zijn. Ze gaven aan dat gedragsverandering moeilijk is, door vele factoren wordt beïnvloed en vaak niet blijvend succesvol is. Verder brachten ze naar voren dat ze weinig tijd en deels

onvoldoende kennis van effectieve interventies hebben en deels ook onvoldoende gespreksvaardigheden om gedragsverandering te bespreken. Ook dat ze weinig zicht hebben op waar goede interventies plaatsvinden en dat er onvoldoende samenwerking is met onder meer de huisartsen. Zowel internisten als patiënten gaven aan dat de patiënt in principe verantwoordelijk is voor zijn leefstijl. Wel is er verschil in welke mate patiënten hiervoor aandacht vragen van de internist, en in hoeverre internisten zich hiervoor verantwoordelijk voelen. Terwijl sommigen de nadruk legden op de autonomie en keuzevrijheid van de patiënt, legden anderen de nadruk op de verantwoordelijkheid die de arts heeft voor leefstijlmanagement en dat daarin nog meer gedaan kan worden.

Tijdens de co-creatiebijeenkomst bleek dat er bij de deelnemers een groeiend besef is dat er wezenlijke veranderingen nodig zijn in de zorg. De ziekte staat niet meer centraal, maar hoe de patiënt hiermee omgaat en in staat is zelf de regie te nemen. De uitdaging is om een gezamenlijke visie op gezondheid te ontwikkelen (Haverkamp, Verweij & Stronks, 2017; Huber, Van Vliet & Boers, 2016) evenals een gezamenlijke visie op de aanpak. Deelnemers noemden als onderdeel daarvan: leefstijl als vast en integraal onderdeel van de behandeling, samen beslissen, een goede infrastructuur (zorgplan, zorgtraject) en integrale (keten)zorg.

## 8 *Kritische toetsing in publieke ruimtes*

‘plan, methode, voortgang en resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd met als doel een kritische dialoog aan te gaan’ (ibid., p. 22)

Het is een uitdaging om bevindingen die zijn opgedaan tijdens dit onderzoek, al in een vroeg stadium te delen, niet alleen met belanghebbenden, maar ook met een breder publiek. Voordeel hiervan is dat dit aanzet tot vroegtijdige explicitering en reflectie. In september 2019 zijn de resultaten van de interviews met internisten plenair gepresenteerd op een conferentie van de European Association for Communication in Healthcare in Leiden. In december 2019 zijn methodische dilemma’s gepresenteerd op de KWALON-najaarsconferentie in Rotterdam. Beide conferenties boden de onderzoeker de gelegenheid tot het ontvangen van feedback en het voeren van een kritische dialoog met buitenstaanders, wat stimuleerde tot verdere reflectie en ook tot deze publicatie.

## **Slotbeschouwing**

### *Samenvatting*

Dit project betrof de eerste drie fasen van een actieonderzoekscyclus. Wat betreft de *cyclische structuur* (1) werd een spanningsveld ervaren tussen het voeren van een efficiënte planning – tijdig doorlopen van de onderzoekscyclus – versus pragmatisch en flexibel zijn. Het *participatieprincipe* (2) leidde in de planningsfase tot het dilemma: ruimte geven versus grenzen stellen aan de deelname aan de co-creatiebijeenkomst. Een ander spanningsveld betrof de snelheid waarmee de co-creatiebijeenkomst werd gehouden en de focus daarbij op de rol van de internist. Hierop

acteren liet zien dat participatie en *persoonsgerichtheid* (3) nauw met elkaar zijn verbonden. Door signalen op te pakken en in gesprek te gaan werden zaken bespreekbaar gemaakt en zo mogelijk opgelost. *Contextualiteit* (4) is inherent aan het proces van betekenisgeving op individueel interactieniveau en zorgt voor uitdagingen in een complexe organisatie als een universitair medisch centrum waarin veel leefstijlprojecten lopen. *Reflexiviteit* (5) is een voorwaarde om te kunnen leren. Hoewel de reflectie in dit project toenam naarmate het proces vorderde, lag het accent op de inhoud en het proces en minder op het leerproces en ieders rol daarin. Het principe *meerdere vormen van kennis* (6) laat zien dat het een uitdaging is om alle bronnen – inclusief de wetenschappelijke – te benutten en alternatieven te vinden voor onderzoek naar de complexe aard van leefstijlverandering. Dat *bevorderen van transformatie* (7) een uitdaging is, beseften ook de deelnemers aan de co-creatiebijeenkomst. Belangrijk was een gezamenlijke visie te ontwikkelen, niet alleen op gezondheid maar ook op een integrale aanpak van leefstijl in het consult en in de zorg(keten). *Kritische toetsing in publieke ruimtes* (8) in een vroege fase, tot slot, stimuleerde de onderzoeker en onderzoeksbegeleiders tot kritisch nadenken over het actieonderzoekproces tot dusver.

#### *Discussie en aanbevelingen*

Actieonderzoek biedt een kritisch fundament voor een participatieve en reflectieve methode, maar stelt de actieonderzoeker in de zorgpraktijk voor grote uitdagingen. Veel tijd is er niet om af te wijken van de plannen en ruimte te geven aan participatie, en voor het schaken op en schakelen tussen de verschillende niveaus. Een adequate afspiegeling van patiënten is niet eenvoudig te realiseren en in dit geval is het de vraag of twee patiëntvertegenwoordigers in de werkgroep voldoende waren. Zorgverleners zijn verder druk met hun werk en vaak gericht op de inhoud en concrete acties. Dat maakt het lastig om tijd te vinden voor dialoog en discussie over het proces van gezamenlijk leren en reflectie daarop (Van Lieshout et al., 2017). We willen monitoring en reflectie daarom in de onderzoekscyclus zichtbaar maken, mede omdat dit belangrijk is voor de wetenschappelijke kwaliteit. Ook denken we dat de naam ‘planning’ voor fase 3 de lading onvoldoende dekt. Juist in deze fase zijn discussie en reflectie heel belangrijk. Coenen (1987) noemt het niet voor niets de discussiefase waarin het gaat om thematiseren van de problematiek en te komen tot de keuze voor de belangrijkste thema’s (‘exemplaar’) voor actie (Coenen, 1987). We stellen daarom voor om in het midden van de onderzoekscyclus de cirkel Monitoring en reflectie (Coughlan & Coughlan, 2002) toe te voegen en ‘Planning’ te veranderen in: Discussie en themakeuze, en wellicht ‘Oriëntatie’ in: Exploratie. Planning en implementatie kunnen onderdeel zijn van de actie- en observatiefase (zie figuur 2).

Een punt is of gezamenlijke reflectie op alle niveaus mogelijk is, aangezien veel gedrag onbewust en/of routinematig is. Wierdsma (2012) spreekt daarom van de ‘plek der moeite’ wanneer waarden en het zelfbeeld in het geding zijn (Wierdsma, 2012, p. 459). Verder is innoveren en zeker wanneer het gaat om het transformeren van het klassieke diagnose-receptmodel naar een actief participatiemodel een veelomvattend proces dat niet alleen veel inzet en tijd vergt voordat het wat ople-



***Figuur 2 Aangepaste onderzoekscyclus***

vert (Ilinca et al., 2012), maar ook een andere mentaliteit vraagt van betrokkenen. Een belangrijke succesfactor is dat professionals van elkaar leren én dat de organisatie leert. Alleen zo worden op de lange termijn significant betere resultaten behaald (Senge, 1990). De gecombineerde inzichten van organisatiewetenschappers en klinici kunnen hierbij van pas komen (Edmondson, 1996; Heineman, Welker, Doting, Liefers & Brilstra, 2011). Het multilevel innovatiemodel illustreert dat men op meer borden tegelijk moet schaken (Joore & Brezet, 2015) en dat op ieder niveau andere succescriteria gelden. Waar het gebruikers en verbeteraars van producten of diensten gaat om zaken als werkzaamheid en service, richten bestuurders zich vooral op zaken als duurzaamheid en toegankelijkheid. Om innovaties in de praktijk succesvol te laten zijn, moet aan de voorwaarden op alle niveaus worden voldaan. Dat is geen sinecure, temeer daar bijvoorbeeld een complexe context om een andere communicatieve en organisatorische aanpak vraagt dan een simpele context (Snowden & Boone, 2007).

## **Noten**

1. We danken Ida Miedema van de Diabetesvereniging Nederland, en Annemieke Visser, werkzaam bij Gezondheidswetenschappen, UMCG, voor het kritisch doorlezen en geven van feedback.
2. Participatief actieonderzoek is praktijkgericht sociaalwetenschappelijk onderzoek dat zijn fundament heeft in de kritische theorie. Uitgangspunt is dat onderzoekers en 'onderzochten' samen deel uitmaken van het onderzoeksproces en samen leren veranderen/vernieuwen (Coenen, 1987). Het veranderen van de praktijk is in dit type onderzoek niet gescheiden van kennis vergaren over de praktijk. Actieonderzoek verschilt daarmee van de – in de gezondheidszorg gebruikelijke – empirische analyti-

sche benadering en lijkt op implementatieonderzoek. Het verschil is dat implementatieonderzoek gericht is op het toepassen van evidence-based uitkomsten terwijl actieonderzoek gericht is op het hele veranderproces en wie daarin en hoe betrokken worden als co-designers, co-evaluatoren of co-onderzoekers en op het genereren van kennis en gezamenlijk leren (Casey, O'Leary & Coghlan, 2018).

3. De paginanummers waarnaar verwezen wordt, komen uit de e-book-versie van het boek van Van Lieshout et al. Deze wijken iets af van de papieren versie daar e-books blijkbaar geen paginanummers laten zien, alleen de bladzijden uit een boek tellen.
4. De aanvullende uitleg onder de principes conform Van Lieshout et al. is in het kader van deze rapportage her en der wat aangepast en in dat geval cursief weergegeven.
5. Leefstijlgeneskunde is het onderzoek naar en de toepassing van leefstijlinterventies in de curatieve gezondheidszorg, als onderdeel van de geneeskundige behandeling van ziekten, zie: <https://lifestyle4health.nl/over-lifestyle4health/#wat-is-leefstijlgeneskunde>.

## Literatuur

- Casey, M., O'Leary, D., & Coghlan, D. (2018). Unpacking action research and implementation science: Implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1051-1058. doi:10.1111/jan.13494
- Coenen, H.M.J. (1987). *Handelingsonderzoek als exemplarisch leren: Een bijdrage aan de fundering van de methodologie van handelingsonderzoek*. Groningen: Konstapel.
- Coghlan, P., & Coghlan, D. (2002). Action research for operations management. *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2), 220-240. doi:10.1108/01443570210417515
- Edmondson, A.C. (1996). Three faces of Eden: The persistence of competing theories and multiple diagnoses in organizational intervention research. *Human Relations*, 49(5), 571-595.
- Haverkamp, B., Verweij, M., & Stronks, K. (2017). 'Gezondheid': Voor iedere context een passend begrip? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 95(6), 258-263. doi:10.1007/s12508-017-0070-5
- Heineman, E., Welker, G.A., Doting, M.H.E., Liefers, N.H., & Brilstra, S. (2011). Kan een UMC op organische wijze veranderen? *Kwaliteit in Zorg*, 29(3), 4-8.
- Huber, M., Vliet, M. van, & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(A7720), 1-5.
- Ilinca, S., Hamer, S., Botje, D., Espin, J., Mendes, R.V., et al. (2012). All you need to know about innovation in healthcare: The 10 best reads. *International Journal of Healthcare Management*, 5(4), 193-202. doi:10.1179/2047971912Y.0000000018
- Joore, P., & Brezet, H. (2015). A multilevel design model: The mutual relationship between product-service system development and societal change processes. *Journal of Cleaner Production*, 97, 92-105. doi:10.1016/j.jclepro.2014.06.043
- KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde). (2015). *Preventie en gezondheidsbevordering: Een beroepsgroep overstijgende aanpak*. Utrecht.
- Lieshout, F. van, Jacobs, G., & Cardiff, S. (2017). *Actieonderzoek: Principes voor verandering in zorg en welzijn* (e-book). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Molema, H., Erk, M. van, Winkelhof, M. van, Land, K. van 't, & Kiefte-de Jong, J. (2019). *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneskunde*. Den Haag: Lifestyle4Health.
- NPHF (Federatie voor Gezondheid). (2015). *Onderzoeksbeleid met open vizier: Actieagenda projectgroep onderzoeksbeleid*. Utrecht.

- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.
- Snowden, D.J., & Boone, M.E. (2007). A leaders framework for decision making. *Harvard Business Review*, 85(11), 69-76.
- Wierdsma, A. (2012). Plek der moeite. In M. Ruijters & R. Simons (Eds.), *Canon van het leren: 50 concepten en hun grondleggers* (pp. 457-469). Deventer: Kluwer.
- Witkamp, R., Navis, G., Boer, J., Plat, J., Assendelft, P., et al. (2017). *Kennissynthese: Voeding als behandeling bij chronisch zieken* (in opdracht van ZonMw).
- WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid). (2017). *Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag.