

Onderzoeksprotocol

Handvatten voor de toepassing van het Active Recovery Triad (ART) model in de dagelijkse zorg: ontwikkeling van een scholingsaanbod voor leren in de praktijk

INLEIDING

Lange tijd werd herstel in de langdurige ggz niet als vanzelfsprekend of zelfs onhaalbaar gezien. De afgelopen jaren is er echter steeds meer aandacht voor herstelgerichte zorg binnen 24-uurs voorzieningen in de langdurige ggz [1-3]. In de periode tussen 2014 en 2016 werd een nieuw zorgmodel ontwikkeld om herstelgerichte zorg in de langdurige ggz in de triade vorm te geven: het Active Recovery Triad (ART) model [4, 5]. Het ART model beoogt kwaliteit van zorg te verbeteren en zo passende, herstelondersteunende zorg te bieden aan cliënten met ernstige psychische aandoeningen, die vaak al een lange tijd zijn opgenomen. Het acroniem van ART; Actief, heRstel (Recovery) en Triade, representeert de drie kernuitgangspunten. Het zorgproces van ART bestaat uit zeven stappen: de intake, het maken en behouden van contact met de cliënt, een zorgafstemmingsgesprek, contact (maken en behouden) met naasten, kennismaken met herstel voor de cliënt en naasten, in kaart brengen van zorgbehoeften, krachten en wensen van de cliënt en naasten, en het persoonlijke herstelplan. De uitgangspunten en van het ART model en het zorgproces van ART zijn uitgewerkt in het ART werkboek. Door middel van de ART monitor kunnen teams evalueren in hoeverre zij de principes van het ART model in de praktijk toepassen [6].

Uit ons implementatie onderzoek bij 18 ggz-instellingen en RIBWs [6] blijkt dat zorgverleners en betrokken cliënten en naasten positief zijn over de inhoud en visie van het ART model. Echter, uit ons onderzoek blijkt ook, op basis van audits, terugkoppelingen en groepsinterviews met zorgverleners (inclusief ervaringsdeskundigen), dat zorgverleners behoefte hebben aan concrete handvatten hoe zij de uitgangspunten van het ART model in de praktijk moeten brengen. Bovendien kwam in dit onderzoek naar voren uit interviews met cliënten en naasten, dat ook zij behoefte hebben aan een meer eenduidige ART-werkwijze van zorgverleners. Tot op heden is er echter geen scholing of training beschikbaar die hulpverleners dergelijke concrete handvatten biedt. Wij komen dan ook tot de volgende centrale onderzoeksvraag: Hoe kunnen we zorgverleners concrete handvatten geven om het ART model in de praktijk te kunnen toepassen?

Centrale doelstelling

De centrale doelstelling van dit actieonderzoek is om in co-creatie een scholingsaanbod te ontwikkelen waarmee we hulpverleners handvatten geven om het ART model in de praktijk te kunnen toe passen, waarbij leren in de praktijk centraal staat. In dit actieonderzoek maken we onderscheid tussen vier subdoelen:

1. Inventariseren van praktijkvoorbeelden en barrières in het toepassen van ART. We gebruiken hiertoe de resultaten van eerder onderzoek als startpunt om cruciale ingrediënten te destilleren. Dit is tevens input voor de doorontwikkeling van het ART model.
2. Ontwikkelen van een scholingsaanbod in co-creatie met cliënten, naasten en zorgverleners. We verwerken de cruciale ingrediënten voor het praktisch toepassen van het ART model in de inhoud van het scholingsaanbod, welke we in een pilot zullen gebruiken en evalueren.

3. Zorgverleners in de praktijk leren het ART model op een goede en eenduidige wijze toe te passen. Een centrale rol in de ontwikkeling van het scholingsaanbod is weggelegd voor experts op het gebied van onderwijsontwikkeling (MBO/HBO/WO). Met hun kennis en inzichten zullen we onderzoeken welke vorm het meest passend is om het leren in de praktijk optimaal te stimuleren.
4. Het ontwikkelde scholingsaanbod breed implementeren om de verandering richting herstelgericht werken volgens het ART model en dus het leveren van meer passende zorg aan cliënten en hun naasten te kunnen bewerkstelligen. Om landelijke implementatie te stimuleren en zo een duurzame verandering in de praktijk te bewerkstelligen, zullen we eveneens een bondig implementatieplan opstellen dat organisaties helpt bij de implementatie en borging van het scholingsaanbod.

CO-CREATIE EN SAMENWERKING MET BETROKKENEN

De inbreng van betrokkenen is op verschillende manieren georganiseerd:

- **Kerngroep:** De kerngroep is verantwoordelijk voor de dagelijkse uitvoering van het actieonderzoek. De kerngroep is uitgebreid met drie co-onderzoekers die het triadisch perspectief in het onderzoek representeren; een familie ervaringsdeskundige, een ervaringsdeskundige en een verpleegkundige.
- **Projectgroep:** De projectgroep heeft een belangrijke rol in alle fasen van het onderzoek als het gaat om advies vanuit de perspectieven die zij vertegenwoordigen. De kerngroep heeft bekeken welke stakeholders nodig zijn voor het huidige project en heeft, vanuit het reeds bestaande landelijke ART netwerk en daarbuiten, diverse representanten van deze stakeholders uitgenodigd deel te nemen aan de projectgroep. De projectgroep bestaat uit ervaringsdeskundigen, familie ervaringsdeskundigen, zorgverleners, onderwijskundigen en (actie)onderzoekers. Daarmee vertegenwoordigen de betrokkenen in de projectgroep niet alleen de verschillende perspectieven in de triade, maar ook het geluid vanuit verschillende organisaties die zijn aangesloten bij het landelijke ART netwerk. Om te garanderen dat elk perspectief altijd is vertegenwoordigd in bijeenkomsten van de projectgroep en het geluid van de diverse perspectieven vanuit verschillende ggz organisaties wordt meegenomen, hebben wij bewust gekozen voor een grote projectgroep.
- **Onderwijsadviesgroep:** De onderwijsadviesgroep heeft een adviserende rol in de ontwikkeling en evaluatie van het scholingsaanbod. Zij zullen daarom met name een belangrijke rol spelen in de tweede fase (de ontwikkelingsfase) en de derde fase (de pilotfase) van het actieonderzoek. Deze onderwijsadviesgroep bestaat uit representanten vanuit acht verschillende MBO en HBO onderwijsinstellingen (verpleegkunde, zorg en welzijn en onderwijsinnovatie). Twee leden van deze onderwijsadviesgroep (Charlotte Wunderink en Hanke Korpershoek) zitten tevens in de projectgroep wegens hun zorginhoudelijke expertise en kennis omtrent onderwijsinnovaties en zullen representanten zijn van de onderwijsadviesgroep in de projectgroep.
- **Klankbordgroep:** De klankbordgroep heeft een adviserende rol op afstand. Zij houden de grote lijnen van het onderzoek in de gaten en zien tevens toe op de inhoudelijke doorontwikkeling van het ART model. De klankbordgroep bestaat uit de auteurs van het ART werkboek die niet

betrokken zijn als projectgroeplid, te weten: Tom van Mierlo (bestuurder bij Reinier van Arkel), Bram Berkvens (directeur bij GGz Breburg), Bert Stavenuiter (directeur Ypsilon) en Jaap van Weeghel (emeritus hoogleraar rehabilitatie).

Samenvattend, de rol van de kerngroep is de dagelijkse uitvoering van het actieonderzoek in gelijkwaardige samenwerking. De rol van de projectgroep is advisering vanuit de perspectieven die zij vertegenwoordigen tijdens alle fasen van het actieonderzoek. De rol van de onderwijsadviesgroep is advisering in de ontwikkeling en evaluatie van het scholingsaanbod. De rol van de klankbordgroep is het in de gaten houden van de grote lijnen van het actieonderzoek en toezien op de inhoudelijke doorontwikkeling van het ART model

PLAN VAN AANPAK

Het huidige onderzoek bouwt voort op eerder onderzoek naar het ART model en vindt plaats in samenwerking met het lerende netwerk wat we reeds rondom het ART model hebben opgezet. Voor het onderzoek zullen we gebruik maken van "user centered design". Dit is een vorm van actieonderzoek waarin, in co-creatie met de eindgebruikers en gebruik makend van zowel theoretische als praktijkkennis, een product wordt ontwikkeld [7]. In dit geval is het product een "scholingsaanbod". Het onderzoek beslaat vier fasen en in elk van deze fasen werken we nauw samen met cliënten, naasten en zorgmedewerkers van deze organisaties. Samengevat bestaat fase 1 uit het inventariseren van goede praktijkvoorbeelden en barrières. In focusgroepen en interviews met cliënten, naasten en zorgmedewerkers brengen we het praktisch handelen in kaart. De resultaten van deze eerste fase vormen input voor fase 2, waarin we het scholingsaanbod in co-creatie met cliënten, naasten, zorg- en onderwijsprofessionals zullen ontwikkelen. Op basis van focusgroepen ontwikkelen we de inhoud van het scholingsaanbod en middels creatieve brainstormdagen en in samenwerking met experts op het gebied van onderwijsontwikkeling zullen we bepalen wat de meest passende vorm is voor het scholingsaanbod. In fase 3 testen we een prototype van het scholingsaanbod in de praktijk, en zullen we deze evalueren en waar nodig aanpassen. Ook stellen we op basis van de opgedane ervaringen een implementatie- en disseminatieplan op. In fase 4 zullen we het eindproduct verder verspreiden. Hieronder volgt een beschrijving per fase en vermelden we per fase op welk van deze doelen de nadruk ligt.

FASE 1 (10 maanden): Het inventariseren van goede praktijkvoorbeelden en barrières.

Vorbereiding

In eerdere onderzoeksprojecten naar de validatie van de ART monitor, de implementatie van het ART model (2017-2019) en de effecten van het ART model op herstel en kwaliteit van herstelondersteunende zorg (2020-2022) hebben 18 organisaties actief deelgenomen. Binnen elke organisatie is er een centrale contactpersoon en meerdere getrainde auditoren die een centrale rol hebben gespeeld in het voorgaande onderzoek. Binnen alle organisaties heeft één team deel genomen welke onder andere meerdere ART audits heeft ontvangen. Zo weten we op basis van dit onderzoek veel over de toepassing van het ART model in de praktijk, waar dit goed gaat en welke barrières er nog geslecht moeten worden. Voor het huidige onderzoeksproject zullen we deze organisaties opnieuw benaderen voor deelname aan dit onderzoek. Bovendien zijn ook veel instellingen die in een eerdere

fase van ART nog niet deelnamen aan het onderzoek, inmiddels wel bezig met de implementatie van het ART model. Ook deze andere organisaties zullen we benaderen voor deelname aan het huidige onderzoek. We vragen alle organisaties één team (hetzelfde team als in het eerdere onderzoek mag, maar hoeft niet) te selecteren voor actieve deelname aan het actieonderzoek. We vragen alle deelnemende organisaties ook commitment te geven voor brede implementatie van het te ontwikkelen scholingsaanbod door het uiteindelijk ontwikkelde scholingsaanbod ook werkelijk te gaan gebruiken. Om cliënten en naasten te werven binnen de deelnemende teams zullen we begeleiders en behandelaren voorlichten en vragen om cliënten en naasten persoonlijk uit te nodigen. Onze ervaring is dat deze aanpak de werving zal vergemakkelijken omdat er al een relatie bestaat tussen cliënt, naaste en hulpverlener.

Selecteren van items uit de ART monitor over het praktisch handelen

In eerder onderzoek naar het ART model kregen we middels een gevalideerde modelgetrouwheidsschaal, de ART monitor, inzicht in de mate waarin cruciale onderdelen van ART (geformaliseerd in 48 items) geïmplementeerd waren bij de deelnemende teams. Deze uitkomsten (publicatie in voorbereiding) vormen het startpunt voor het huidige onderzoek. We zullen de projectgroepleden, samen met nog één representant vanuit hun achterban, uitnodigen voor een online werksessie, met als doel een selectie te maken van items uit de ART monitor die betrekking hebben op één of meerdere van de “zeven stappen van het zorgproces” uit het ART model.

Vervolgens zullen wij op basis van de data uit ons eerdere onderzoek voor elk van de zeven “stappen” kijken welke teams hoog scoorden (>4, op een schaal van 1 t/m 5) op bijbehorende items uit de ART monitor en tevens kijken welke teams zelf aangaven dat dit een ontwikkelpunt voor hen is. Zo kunnen we een inventarisatie maken welke teams goede kandidaten zijn om goede praktijkvoorbeelden en barrières op te kunnen halen.

Inventariseren goede praktijkvoorbeelden en barrières

In twee focusgroepen met zorgverleners (inclusief (familie)ervaringsdeskundigen) werkzaam in de teams die hoog scoren op de geselecteerde ART monitor items, zullen we een inventarisatie maken van goede praktijkvoorbeelden. Op deze manier hopen we inzicht te krijgen hoe deze teams de elementen uit het ART model in de praktijk hebben vormgegeven. Vervolgens organiseren we twee focusgroepen met zorgverleners (inclusief (familie)ervaringsdeskundigen) werkzaam in de teams die aangaven dat zij een of meerdere van de geselecteerde ART monitor items als ontwikkelpunt zagen of barrières ervaren op een of meerdere van deze onderwerpen. Om voldoende tijd en ruimte te hebben voor discussie, zullen we per focusgroep niet alle geselecteerde ART monitor items aan bod laten komen, maar steeds ongeveer de helft. Zo komen er in elke focusgroep ongeveer drie of vier van de zeven stappen uit het ART zorgproces aan bod. De focusgroepen worden met goedkeuring van de deelnemers opgenomen (geluidsopname) voor de analyse.

Middels semigestructureerde interviews vragen we van elk deelnemend team minimaal één cliënt, een naaste en een zorgverlener naar hun ervaringen met de goede praktijkvoorbeelden en barrières. Uitgaande van 18 deelnemende teams komen we uit op een aantal van minimaal 54 interviews. We zullen inventariseren wat zij vinden van de werkwijzen van hun zorgverleners, of zij vinden dat werkwijzen verder aangescherpt moeten worden en zo ja of zij ideeën hebben hoe deze aanpassingen

er uit zouden kunnen zien en/of welke kennis/vaardigheden zorgverleners nodig hebben. Daarbij zullen we ook aandacht hebben voor diversiteit, in het bijzonder de rol van man-vrouw verschillen en cultuurverschillen in de zorg. De interviews worden met goedkeuring van de deelnemers opgenomen (geluidsopname) voor de analyse. Cliënten en naasten krijgen voor hun deelname aan het project vergoedingen in de vorm van VVV-bonnen en eventuele reiskosten worden eveneens vergoed.

De focusgroepen en interviews worden getranscribeerd. Middels thematische analyse zullen we voor elk van de zeven stappen uit het ART zorgproces thema's, goede praktijkvoorbeelden en barrières in kaart brengen als input voor fase 2.

FASE 2 (12 maanden): Het ontwikkelen van een scholingsaanbod.

Samenstellen van de inhoud van het scholingsaanbod

In drie focusgroepen komen we tot een eerste voorstel ten aanzien van de inhoud van het scholingsaanbod, op basis van de resultaten uit de interviews en focusgroepen uit fase 1. In deze focusgroepen zullen (familie) ervaringsdeskundigen en zorgverleners van de deelnemende teams, samen met onderzoekers en onderwijsprofessionals de uitkomsten van fase 1 vertalen naar concrete handvatten die kunnen worden opgenomen in het scholingsaanbod. Om te garanderen dat alle zeven stappen van het ART zorgproces aan bod komen, zullen weer per focusgroep ongeveer de helft van de items (dus ongeveer drie of vier stappen van het ART zorgproces) centraal staan. De focusgroepen worden met goedkeuring van de deelnemers opgenomen (geluidsopname) voor de analyse.

Vormgeven van het scholingsaanbod

In twee creatieve brainstormdagen zullen we de basis leggen voor een passende vorm voor het scholingsaanbod. Cliënten, naasten, zorgverleners, onderzoekers, onderwijsprofessionals (o.a. op het gebied van onderwijsinnovatie en digitale mogelijkheden in onderwijs) en creative professionals (bv. vormgevers, websdesigners, social designers) worden uitgenodigd voor deze creatieve brainstormdagen om in co-creatie de vorm van het scholingsaanbod te bepalen. In de eerste bijeenkomst vindt er een open brainstorm plaats over de vorm van het scholingsaanbod. De resultaten van deze eerste brainstormbijeenkomst zullen we verwerken en samenvatten in een aantal overstijgende mogelijke vormen (aantal is afhankelijk van de uitkomsten van deze eerste dag). Tijdens de tweede brainstormdag beogen we de uiteindelijke vorm te bepalen. Omdat we de ontwikkeling in co-creatie met cliënten, naasten, zorgprofessionals, onderwijsprofessionals en vele anderen willen uitvoeren en bovendien bouwen op datgene wat we in fase 1 ophalen, kunnen we op het moment van het schrijven van deze aanvraag nog geen verwachtingen uitspreken over de specifieke vorm van het scholingsaanbod. Uit onze ervaring in eerder onderzoek blijkt dat dergelijke brainstormdagen kunnen leiden tot 'out of the box' denken en tot verrassende resultaten kunnen leiden, door de diverse expertise die we samenbrengen [8]. Wel kunnen we een belangrijke voorwaarde formuleren voor de vorm van het scholingsaanbod, namelijk 'situated learning' [9]. Dat wil zeggen dat zorgverleners het scholingsaanbod niet naast het dagelijks werk dienen te volgen, maar dat de training/scholing tijdens en in de omgeving van het dagelijks werk plaats vindt en reflectie binnen het team stimuleert. Het scholingsaanbod moet dus laagdrempelig en makkelijk in gebruik zijn. Zo kan het scholingsaanbod eveneens een aanvulling zijn op reeds bestaande vormen van scholing die bijvoorbeeld specifiek gericht zijn op één rehabilitatiemethodiek. Een dergelijke vorm zal de haalbaarheid en toepasbaarheid van het scholingsaanbod vergroten.

Bij de organisatie van de brainstormdagen is een specifieke rol weggelegd voor experts op het gebied van onderwijsontwikkeling (MBO/HBO/WO), die we betrekken vanuit de kennisinstellingen waar leden van de projectgroep werken en het bredere netwerk van de projectgroeleden. We beogen een vertegenwoordiging vanuit verschillende onderwijsomgevingen en onderwijsinstellingen, om zo veel mogelijk te kunnen aansluiten bij de verschillende opleidingsniveaus. Zij zullen actief meedenken in de aanbiedingsvorm van het scholingsaanbod. Wanneer het scholingsaanbod elementen bevat die digitale vaardigheden vraagt, zullen we nadrukkelijk aandacht besteden aan digitale ongelijkheid, bijvoorbeeld door de verwerving van digitale vaardigheden te verweven in de training. Een inspirerend voorbeeld is de Virtual Reality scholing ontwikkeld door Cosis (RIBW) om zorgverleners te leren hoe zij op een herstelondersteunende manier cliënten kunnen begeleiden [10]. Dergelijke scholingsvormen zijn echter kostbaar en tijdrovend, wat een substantieel risico is voor de kansen op brede implementatie en verspreiding in de klinische praktijk.

Ontwikkeling van een toetsbaar prototype voor het scholingsaanbod

Op basis van de input uit de focusgroepen over de inhoud en de input uit de creatieve brainstormdagen over de vorm, zal de projectgroep een eerste prototype van het scholingsaanbod ontwikkelen. Afhankelijk van de specifieke vorm zullen we hierin tevens de samenwerking zoeken met experts op het betreffende gebied (zie ook begroting). Van alle deelnemende teams zullen vijf teams in deze fase (delen van) het prototype uittesten en evalueren. Teams kunnen zich hiervoor aanmelden, waarbij we kijken naar diversiteit van teams betreffen de regio. Daarnaast is het belangrijk dat er een kartrekker binnen deze teams bereid is het voortouw te nemen in het uitproberen van het prototype.

Met behulp van de PDSA-cyclus (Plan, Do, Study, Act) evalueren we dit eerste prototype op cyclische wijze [11]. Dit houdt in dat de vijf bovengenoemde teams gedurende een periode van zes maanden (delen van) het prototype van het scholingsaanbod gebruiken en geregeld feedback geven. Doordat we op de voet volgen wat er gebeurt, kunnen we indien nodig aanpassingen direct doorvoeren, zodat het product aansluit bij de wensen en behoeften van de eindgebruikers in de praktijk. De teams gaan vervolgens weer opnieuw aan de slag met het aangepaste prototype. Middels deze cyclische evaluatie zullen we in een periode van zes maanden een 'toetsbaar prototype' ontwikkelen waar alle vijf teams tevreden over zijn en wat klaar is voor de volgende fase. In een interview met alle vijf de teams zullen we de verwachtingen ten aanzien van het scholingsaanbod uitvragen voordat zij aan de slag gaan met het eerste prototype. Dit interview herhalen we als het toetsbare prototype klaar is om zo een indruk te krijgen van de mate waarin het product aan de vooraf gestelde verwachtingen voldoet.

FASE 3 (8 maanden): Pilot met het prototype van het scholingsaanbod.

In deze pilot zullen we evalueren of het scholingsaanbod resulteert in praktisch leren. Bovendien zullen we in deze fase de brede implementatie voorbereiden.

In deze fase vragen we vijf nieuwe teams het uiteindelijk ontwikkelde toetsbare prototype uit fase 2 te gebruiken gedurende een periode van zes maanden. We zullen elk van deze vijf teams koppelen aan een van de vijf teams (bij voorkeur uit dezelfde regio) die betrokken waren in het ontwikkelproces uit fase 2. We zullen zorgverleners van deze deelnemende teams vragen in het gebruik specifiek aandacht

te hebben voor de vorm, inhoud, de aansluiting bij het praktisch handelen in de praktijk en implementatie van het scholingsaanbod. We verwachten na deze pilotfase te weten of het scholingsaanbod 1) voldoet aan de doelstelling van praktisch leren en 2) goed implementeerbaar is. Voorafgaand en aan het einde van de pilotfase, zullen we middels interviews in alle vijf de teams vragen naar de verwachtingen (voormeting) en ervaringen (nameting). Zo krijgen we een gedegen beeld het scholingsaanbod, de opgedane ervaringen met het scholingsaanbod en de inhoud, vorm en implementeerbaarheid van het product.

Ten slotte zullen we middels focusgroepen in de triade (met zorgverleners, ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen, aantal focusgroepen tot saturatie bereikt is) ervaringen met het prototype van het scholingsaanbod samenbrengen. Daarnaast interviewen we van elk van deze vijf een cliënt en een naaste, om te inventariseren of zij vinden dat de werkwijzen van hun zorgverleners is veranderd de afgelopen 6 maanden. Op basis van deze focusgroepen en interviews zullen we het prototype waar nodig aanpassen en op basis van de opgedane ervaringen komen tot een bondig en handzaam implementatie- en disseminatieadvies, dat organisaties kunnen gebruiken ter ondersteuning van de verdere implementatie van het scholingsaanbod in de praktijk.

FASE 4 (6 maanden): Brede implementatie van het scholingsaanbod.

In deze fase zullen we zorgverleners in de langdurige ggz helpen herstelgericht te werken volgens het ART model en de resultaten van het actieonderzoek gebruiken voor de doorontwikkeling van het ART model en werkboek.

Deelnemende teams koppelen ter bevordering van implementatie

De teamkoppels uit fase 3, waarin het prototype van het scholingsaanbod is uitgetest en geïmplementeerd, zullen worden gekoppeld aan een van de overgebleven 6 deelnemende teams. Zo ontstaan trio's van teams met een diversiteit aan ervaringen in het proces van ontwikkeling, evaluatie en tenslotte implementatie. Bij voorkeur koppelen we drie teams in dezelfde regio aan elkaar. De teams die een actieve rol hebben gespeeld in de ontwikkel en de pilotfase zullen de nieuwe teams ondersteunen in de implementatie van het scholingsaanbod. Op deze manier versterken we het lerende netwerk en bevorderen we de samenwerking tussen teams uit verschillende organisaties.

Brede implementatie van het scholingsaanbod in het netwerk

Deze fase van brede implementatie en verankering van de innovatie is van cruciaal belang om het veranderdoel (zorgverleners in de langdurige ggz helpen herstelgericht te werken volgens het ART model) te bereiken. We vragen dan ook voor aanvang van het onderzoek commitment van de deelnemende organisaties voor brede implementatie van het scholingsaanbod. Dit wil zeggen dat we tijdens het actieonderzoek het ontwikkelde scholingsaanbod verder verspreiden binnen de overige teams van deelnemende organisaties, dus teams die niet deelnamen aan fase 1-3 (soms wel 15 teams per organisatie). Daarmee garanderen we brede implementatie in een groot deel van het ART netwerk. Bovendien zullen we het scholingsaanbod beleggen bij Stichting HIC&ART voor de borging, jaarlijkse evaluatie en aanpassingen op basis van actuele ontwikkelingen in de praktijk. Zo kunnen we het scholingsaanbod blijvend onder de aandacht brengen, bijvoorbeeld door de jaarlijkse platformbijeenkomsten en tijdens het eveneens jaarlijkse HIC&ART congres. We zullen tijdens deze

bijeenkomsten ook steeds ruimte maken voor discussie en evaluatie van het scholingsaanbod, waardoor we zorgen dat de inhoud van het scholingsaanbod up to date blijft en tevens blijft voldoen aan de behoeften van zorgverleners. Aangezien het grootste deel van de ggz instellingen die langdurige ggz zorg bieden zijn aangesloten bij Stichting HIC&ART, kunnen we hiermee vele zorgverleners in de langdurige ggz bereiken. Daarnaast verspreiden we het scholingsaanbod in breder verband, door aan te sluiten bij andere netwerken in de langdurige ggz, via lectoraten van hogescholen, beroepsopleidingen en de praktijkopleiders van diverse beroepsgroepen (ervaringsdeskundigen, verpleegkundigen, psychologen en psychiaters, waar ook de onderwijsadviesgroep een belangrijke rol in speelt) in ggz instellingen. Tenslotte dragen de resultaten van dit actieonderzoek bij aan de doorontwikkeling van het ART model zelf en vormen de resultaten input voor een update of herziening van het ART werkboek.

KERNGROEP, PROJECTGROEP EN KLANKBORDGROEP

Huidig actieonderzoek wordt uitgevoerd door de kerngroep, in nauwe samenwerking met en advisering van de projectgroep. Hieronder een beschrijving van de betrokkenen.

De Kerngroep:

- Dr. Yolande Voskes (hoofdaanvrager) is universitair docent bij afdeling Ethiek, Recht en Humaniora (ERH) van Amsterdam UMC, senior onderzoeker bij GGz Breburg en Tranzo, Tilburg University. Ze doet al ruim 15 jaar onderzoek naar onvrijwillige zorg en herstel in de ggz, o.a. in de vorm van actieonderzoek. Ze ontwikkelde samen met collega's uit de ggz belangrijke zorgmodellen waaronder High en Intensive Care (HIC) en Active Recovery Triad (ART). Ze heeft ruime ervaring als docent, is divisiecoördinator onderwijs binnen Amsterdam UMC, heeft de basis kwalificatie onderwijs (BKO) en de senior kwalificatie onderwijs (SKO) behaald en is onlangs genomineerd voor de van Duijn Schouten prijs (VU onderwijsprijs).
- Dr. Lieke Zomer (projectleider) is post-doc onderzoeker en docent bij de afdeling ERH van het Amsterdam UMC. Zij is gepromoveerd op het onderzoek naar het ART model en doet in dit kader al vanaf 2017 onderzoek naar het ART model in samenwerking met 18 ggz organisaties. Daarnaast werkt zij als beleidsmedewerker bij Altrecht.
- Dr. Lisette van der Meer (mede-projectleider) is universitair docent aan de afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen en hoofdonderzoeker bij Lentis, cluster ART Zuidlaren. Bij Lentis heeft zij een onderzoeksgroep opgezet gericht op rehabilitatie en herstel, zij is een van de auteurs van het ART werkboek en lid van de landelijke onderzoeksgroep van ART. Zij heeft veel ervaring in het opzetten en uitvoeren van grote (multicenter) onderzoeken in de langdurige ggz en het doen van 'user centered design' (actie)onderzoek. Zij heeft ruime ervaring als docent en richt zich op de verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk.

De projectgroep:

De projectgroepleden representeren diverse perspectieven in het onderzoek, namelijk:

- Ervaringsdeskundigen: Irene Farag (Dimence) en Hilde Kortman (Cosis).
- Familie ervaringsdeskundigen: Marjon Huiting (Lentis) en Arie Kars (Antes/Parnassia groep).

- Zorgverleners: Mieke van Boxtel (verpleegkundig specialist – Reinier van Arkel), Eveline Duimelaar (teamleider – GGz Breburg), Inge Goverde (klinisch psycholoog i.o. – Reinier van Arkel), dr. Mariken de Koning (psychiater en senior onderzoeker – Mentrum/Arkin) en Corine Timmer (IRB expert – Cosis).
- Management, kwaliteit en onderwijs: dr. Charlotte Wunderink (manager ART – Lentis en Lector – Hanzehogeschool Groningen), Isabelle de Harder (programma manager ART, psycholoog en veranderkundige – Lentis), Gijs Kok (verpleegkundige en management trainee – GGz Breburg), dr. Neis Bitter (adviseur zorgontwikkeling – GGZ Rivierduinen), Lenneke Docter (adviseur kennis, kwaliteit en onderzoek – Cosis), prof.dr. Hanke Korpershoek (adjunct hoogleraar – Rijksuniversiteit Groningen en directeur - GION onderwijs/onderzoek).

REFERENTIES

1. Holloway, F., S. Kalidindi, H. Killaspy, and G. Roberts, *Enabling Recovery: the principles and practice of rehabilitation psychiatry*. 2015, London: The Royal College of Psychiatrists.
2. Slade, M., M. Amering, and L. Oades, *Recovery: an international perspective*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2008. **17**(2): p. 128-137.
3. Projectgroep Plan van Aanpak EPA, *Over de Brug*. 2014, Kenniscentrum Phrenos: Utrecht.
4. van Mierlo, T., et al., *De kunst van ART. Werkboek Active Recovery Triad*. 2016, Utrecht: De Tijdstroom.
5. Zomer, L.J., et al., *The Active Recovery Triad (ART) Model: a New Approach in Dutch Long-term Mental Health Care*. *Frontiers in Psychiatry*, 2020. **11**: p. 1169.
6. Zomer, L.J.C., et al., *The Active Recovery Triad monitor: evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings*. *BMC psychiatry*, 2022. **22**(1): p. 1-12.
7. Cooper, A., R. Reimann, D. Cronin, and C. Noessel, *About face: the essentials of interaction design*. 2014: John Wiley & Sons.
8. Van der Meer, L., et al., *Targeting personal recovery of people with complex mental health needs: the development of a psychosocial intervention through user-centered design*. *Frontiers in Psychiatry*, 2021. **12**: p. 635514.
9. Abma, T.A., *Situated learning in communities of practice: Evaluation of coercion in psychiatry as a case*. *Evaluation*, 2007. **13**(1): p. 32-47.
10. Cosis, *Herstel ondersteunende zorg ontdekken met Virtual Reality! Online beschikbaar via: <https://www.cosis.nu/alles-over-cosis/actueel/nieuws/herstel-ondersteunende-zorg-ontdekken-met-virtual-reality>*. 2022.
11. Taylor, T.L., et al., *A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems*. *BMC Psychiatry*, 2009. **9**: p. 55.