

Onderzoeksverslag

“Een onderzoek naar het inzetten van methoden om de betrokkenheid van mantelzorgers binnen de Omswaai te vergroten.”

Naam studenten: Leonie Bijlholt, Anita Dijkstra
Student codes: 288519, 342842
Opleiding: HBO Verpleegkunde
Onderdeel: Afstudeeronderzoek U3
Osiriscode: HVDB16AFOU3
Studiejaar: 2016/2017
Opdrachtgever: Talant, kliniek de Omswaai te Beetsterzwaag,
Tonny Vos
Docentbegeleider: Siemen van der Meulen

Mantelzorgers van patiënten met een verstandelijke beperking en psychiatrische klachten komen veel met professionele hulpverleners in aanraking. Het gebrek aan betrokkenheid, afstemming of overleg en het daarbij komende gevoel uitgesloten te worden, lijkt voor veel mantelzorgers een extra belasting met zich mee te brengen. Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen aan behandelkliniek de Omswaai om de betrokkenheid van de mantelzorgers te vergroten. De centrale vraag binnen dit onderzoek luidt als volgt: *“Welke methoden kunnen zorgverleners toepassen om de betrokkenheid van de mantelzorgers van patiënten die behandeld worden op de Omswaai, te vergroten?”*

Om antwoord op de centrale vraag van het onderzoek te kunnen geven, is kwalitatief onderzoek gedaan dat onderverdeeld is in twee fasen. Om te onderzoeken welke evidence based methoden bestaan over dit onderwerp, is in fase 1 gebruik gemaakt van deskresearch aan de hand van een literatuurstudie. Dit heeft geresulteerd in twee mogelijk toepasbare methoden: de Triadekaart en psycho-educatie. In fase 2 is, na het bepalen van de in- en exclusiecriteria, een willekeurige steekproef van vijf mantelzorgers en vijf zorgverleners opgesteld. Middels semigestructureerde interviews is aan de hand van een topiclijst onderzocht waar mantelzorgers behoefte aan hebben met betrekking tot het contact met zorgverleners van hun naasten. De Triadekaart en psycho-educatie zijn aan alle respondenten voorgelegd om te onderzoeken of deze methoden ingezet kunnen worden om het gevoel van betrokkenheid te vergroten. Na afname van alle interviews is de data woordelijk getranscribeerd en middels Atlas-ti geanalyseerd.

Uit deze data-analyse komt naar voren dat binnen de Omswaai geen eenduidig beleid is om mantelzorgers te betrekken bij het behandelproces. De frequentie en inhoud van contactmomenten hangt mede af van de persoonlijke begeleider van de patiënt. Deze begeleider voelt zich niet altijd bekwaam in zijn communicatievaardigheden. Op korte termijn komt de rol van de systeemtherapeut te vervallen; respondenten geven aan dat zij dit gegeven als een kwaliteitsachteruitgang zien. Ook is onduidelijk wat de contactgegevens van de Omswaai zijn en welke rol de verschillende disciplines tijdens het behandelproces vervullen. De betrokkenheid van de plaatsende instantie wordt voornamelijk vanuit de zorgverleners onvoldoende ervaren. De Triadekaart zal het gevoel van betrokkenheid vergroten, mits deze aangepast wordt aan de behandelsetting van de Omswaai. De psycho-educatie wordt ook als positief beoordeeld. Respondenten geven aan deze twee methoden niet los van elkaar te willen zien.

Eén van de onderzoekers is werkzaam op de Omswaai. Hier is tijdens het afnemen van de interviews rekening mee gehouden. Deze onderzoeker had uitsluitend een observerende rol. Niet alle betrokken disciplines op de Omswaai namen deel aan het onderzoek. Hierdoor kan niet bevestigd worden of ook behandelaren de Triadekaart en psycho-educatie als goede methoden beoordelen. Er is voor beide methoden een bepaald denkvermogen nodig vanuit mantelzorgers. Vanwege het uitsluiten van mantelzorgers met een verminderd verstandelijk vermogen kan niet vastgesteld of de Triadekaart en psycho-educatie voor deze groep mantelzorgers een meerwaarde heeft voor het gevoel van betrokkenheid.

Op basis van de resultaten wordt aan de Omswaai aanbevolen om a.) de Triadekaart te implementeren waarin psycho-educatie is verweven, b.) een informatiebrochure op te stellen met daarin contactgegevens en rolverdeling van zorgverleners, c.) de rol van de systeemtherapeut te herzien, d.) zorgverleners scholing aan te bieden om communicatieve vaardigheden te versterken en tenslotte e.) vervolgonderzoek te laten uitvoeren naar de verminderde betrokkenheid bij plaatsende instanties.

Voorwoord

De scriptie die voor u ligt, is het resultaat van ons praktijkonderzoek voor de Bachelor opleiding Verpleegkunde van de Hanzehogeschool Groningen. Het afgelopen half jaar hebben wij ons verdiept in het onderzoeksonderwerp van deze scriptie: welke methoden kunnen zorgverleners toepassen om de betrokkenheid van mantelzorgers van patiënten die behandeld worden op de Omswaai, te vergroten? Het maken van deze scriptie was voor ons een uitdaging waarin we veel hebben geleerd over de ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers. De informatie die we hebben verkregen vanuit een literatuurstudie, maar vooral ook vanuit de interviews met mantelzorgers en zorgverleners zijn voor ons onderzoek van grote waarde geweest. Wij willen alle mantelzorgers en zorgverleners die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek dan ook hartelijk danken voor hun eerlijkheid en openheid. Het onderzoek is in opdracht van de Omswaai uitgevoerd, van wie Tonny Vos onze directe opdrachtgever was. Wij willen Tonny in het bijzonder bedanken voor haar ondersteuning. Vanuit de Hanzehogeschool hebben wij van Siemen van der Meulen veel feedback en ondersteuning mogen ontvangen. Wij zijn hem dankbaar voor zijn kritische vragen, adviezen en zijn actieve rol als begeleidend docent.

Leonie Bijlholt en Anita Dijkstra, 22 juni 2017

Inhoudsopgave

	Samenvatting	
	Voorwoord	
	Inleiding	5
1.	Methodologie	7
1.1	Vraagstelling	7
1.2	Deelvragen	7
1.3	Doelstelling	7
1.4	Definiëring van begrippen	7
1.5	Onderzoeksdesign	8
1.6	Populatie en steekproef	9
1.7	Meetinstrumenten	9
1.8	Ethische verantwoording	10
1.9	Data verzameling	11
1.10	Data-analyse	12
1.11	Validiteit en generaliseerbaarheid	13
1.12	Betrouwbaarheid	13
2.	Resultaten	15
2.1	Resultaten vanuit de literatuurstudie	15
2.1.1	Triadekaart	16
2.1.2	Wetenschappelijke onderbouwing Triadekaart	16
2.1.3	Psycho-educatie voor familieleden	17
2.1.4	Wetenschappelijke onderbouwing psycho educatie	17
2.2	Resultaten interviews mantelzorgers	18
2.3	Resultaten interviews zorgverleners	23
3.	Discussie	28
3.1	Belangrijkste resultaten	28
3.1.1	Triadekaart	28
3.1.2	Psycho educatie	29
3.2	Beperkingen en sterke punten van het onderzoek	29
3.3	Implicaties van het praktijkonderzoek	31
4.	Conclusie	32

5.	Aanbevelingen	33
	Literatuurlijst	35

Bijlagen

Bijlage 1: Flowchart

Bijlage 2: Topiclist

Bijlage 3: Antiplagiat verklaring

Bijlage 4: Save Assignment

Inleiding

Mantelzorgers van patiënten met een verstandelijke beperking en psychiatrische klachten komen veel met professionele hulpverleners in aanraking. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2012) komt naar voren dat deze mantelzorgers zich door de hulpverleners niet gezien en niet erkend voelen. Het gebrek aan betrokkenheid, afstemming of overleg en het soms daarbij komende gevoel uitgesloten te worden, lijkt voor veel mantelzorgers van patiënten met een verstandelijke- en psychische beperking een extra belasting met zich mee te brengen.

Bij de herziening van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) werd vastgesteld dat de onderlinge betrokkenheid in de Nederlandse samenleving lijkt af te brokkelen. Mensen voelen zich niet langer verantwoordelijk voor elkaar en doen sneller een beroep op professionele zorg en ondersteuning. Mede hierdoor dreigen de kosten voor professionele zorg te hoog te worden en is het nodig het zorgstelsel in Nederland te herzien (TK, 2003/2004). Het belangrijkste uitgangspunt hierbij is, dat er meer ondersteuning wordt gevraagd van de informele steunstructuur: de mantelzorger. In Nederland geven jaarlijks ruim vier miljoen volwassenen hulp aan hun partner, familie, vriend of buur die hulp nodig heeft vanwege onder andere een psychische- en of verstandelijke beperking (Mezzo, 2016).

Uit onderzoek van het Centraal en Cultureel Planbureau blijkt dat de groep mantelzorgers voor mensen met een verstandelijke- en psychische beperking niet positief is over de samenwerking met professionele hulpverleners (Wittenberg et al, 2012). Als reden worden eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners, weinig informatie over de stoornis en niet op de hoogte zijn van de consequenties van de stoornis genoemd waardoor de mantelzorger zwaarder belast wordt. Daarbij wordt aangegeven dat mantelzorgers van mening zijn dat zij onvoldoende geïnformeerd worden over de behandelprocedure. Volgens dit onderzoek kan een betere samenwerking met de professional ook de belasting van de mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrisch ziektebeeld aanzienlijk verminderen. Dit zal uitmonden in een sterker steunsysteem voor de patiënt. Daarbij laat onderzoek zien dat goede ondersteuning van familie en naasten van mensen met een psychiatrische problematiek een positief effect heeft op het verloop van deze problematiek (Aben et al, 2009; Bijma & Hutschemaekers, 2007; Fox et al, 2008; Kwekkeboom & Te Poel, 2010).

Wanneer mensen opgenomen worden in een behandelkliniek kunnen mantelzorgers van de patiënt een belangrijke rol in de behandeling spelen. Een goede samenwerking tussen zorgverleners en mantelzorgers is daarom belangrijk. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld dat mantelzorgers van patiënten met een borderline stoornis een positieve invloed hebben op het beloop van de stoornis (Hoffman et al, 2005). Bij mensen die zijn opgenomen met een paniekstoornis heeft een adequate houding van naasten een positieve invloed op de effectiviteit van de behandeling voor de patiënt (Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, 2009). Mantelzorgers spelen dus een belangrijke rol in het behandelproces.

De Omswaai te Beetsterzwaag is een behandelkliniek voor mensen met een verstandelijke beperking en een bijkomend psychiatrisch beeld. Sinds januari 2017 maakt de Omswaai onderdeel uit van Talant/Alliade.

De ambitie van Alliade is: "Samen verder, want samen kom je verder dan alleen. Samen verder met cliënten, maar ook met mantelzorgers".

Alliade geeft aan de positie van de mantelzorger steviger te willen positioneren. “Wij zijn samen verantwoordelijk dat onze cliënten het goed bij ons hebben” (Alliade, 2016). Door reorganisatie in 2017 wordt opnieuw gekeken naar de werkprocessen die gehanteerd worden op de Omswaai, met als belangrijkste doel het bewerkstelligen van een optimale communicatie binnen de triade: patiënt, familie en zorgverleners. Reden voor deze doelstelling is volgens de systeemtherapeut van de Omswaai een bestaande ontevredenheid onder mantelzorgers over hun betrokkenheid tijdens het behandelproces van hun naasten die in de kliniek verblijft. Daarnaast benoemen zorgverleners van de Omswaai dat zij behoefte hebben aan een eenduidige methode die zij kunnen toepassen om de mantelzorgers adequaat te betrekken bij het behandelproces van hun patiënten.

Vanwege de bestaande onvrede onder de mantelzorgers en de behoefte aan een eenduidige methode onder de zorgverleners, kwam een vraag vanuit de organisatie of onderzoek gedaan kon worden naar passende methoden die ingezet kunnen worden om de mantelzorgers bij het behandelproces te betrekken. De doelstelling van de organisatie is een kwaliteitsverbetering tot stand brengen door de mantelzorgers actief te betrekken bij het behandelproces van hun naasten.

De centrale vraag binnen dit onderzoek luidt als volgt: “Welke methoden kunnen zorgverleners toepassen om de betrokkenheid van de mantelzorgers van patiënten die behandeld worden op de Omswaai, te vergroten?”

In de periode februari tot en met juni 2017 is er onderzoek gedaan door middel van literatuurstudie en praktijkonderzoek met als doel aanbevelingen doen aan de Omswaai over welke methoden een bijdrage kunnen leveren om mantelzorgers beter te betrekken bij het behandelproces van patiënten die zijn opgenomen.

1. Methodologie

1.1 Vraagstelling

De centrale vraag binnen dit onderzoek luidt als volgt: “Welke methoden kunnen zorgverleners toepassen om de betrokkenheid van de mantelzorgers van patiënten die behandeld worden op de Omswaai, te vergroten?”

1.2 Deelvragen

Er zijn drie ondersteunende deelvragen opgesteld om antwoord te kunnen geven op de centrale vraag:

1. Welke evidence based methoden zijn ontwikkeld om mantelzorgers te betrekken bij het zorgproces van hun naasten met een verstandelijke beperking die behandeld wordt vanwege psychische problematiek?
2. Waar hebben mantelzorgers behoefte aan met betrekking tot het contact met de zorgverleners van hun naasten?
3. Op welke manier willen mantelzorgers van de Omswaai betrokken worden bij het behandelproces van hun naasten?

1.3 Doelstelling

De doelstelling komt voort uit de behoefte van de mantelzorgers van patiënten die opgenomen zijn op de Omswaai om betrokken te worden bij het behandelproces en de behoefte vanuit de organisatie en betrokken zorgverleners aan een methode om dit tot stand te brengen.

De doelstelling van dit onderzoek luidt als volgt: “Aanbevelingen doen aan de Omswaai over welke methoden een bijdrage kunnen leveren om mantelzorgers beter te betrekken bij het behandelproces van patiënten die zijn opgenomen.

1.4 Definiëring van begrippen

Mantelzorger: mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Mantelzorgers zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen (Centrummantelzorg, 2017). In dit onderzoek wordt met mantelzorger het volgende bedoeld: de mantelzorger die betrokken is bij een patiënt die is opgenomen voor behandeling op de Omswaai.

Patiënt: een patiënt van de Omswaai is iemand aan wie paramedische hulp wordt verleend door middel van behandeling. Deze patiënten hebben zowel een verstandelijke beperking als een (vermoedelijk) psychiatrisch ziektebeeld.

Methoden: geheel van op theorieën gebaseerde wijze die wordt gebruikt om een bepaald doel te bereiken (Van Dale, z.d.).

Verstandelijke beperking: een ontwikkelingsstoornis waarbij de verstandelijke vermogens niet normaal ontwikkelen en meestal een gemiddeld niveau niet zal bereiken (American Psychiatric Association, 2013).

Psychiatrisch ziektebeeld: stoornissen op het gebied van denken, gedrag en emoties (American Psychiatric Association, 2013).

Verpleegkundige: op de Omswaai werken verpleegkundigen als persoonlijk begeleider, deze is gedurende de opname van de patiënt eerst verantwoordelijk voor de verpleegkundige taken voor één of twee opgenomen patiënten op de Omswaai.

Zorgverleners: onder zorgverleners worden alle bij de opgenomen patiënt betrokken disciplines verstaan. Dit zijn (psychiatrisch) verpleegkundigen, artsen, GZ-psychologen, psychiaters en systeemtherapeuten en betrokken leidinggevenden.

(Maatschappelijk) Steunsysteem: georganiseerd netwerk van mensen, diensten en voorzieningen, waarvan mensen met een verstandelijke en/of psychiatrische beperking zelf deel uitmaken en die hen op vele manieren ondersteunen bij hun sociale participatie (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2010).

Plaatsende instantie/ woonvoorziening: de instantie waar de patiënt woont of tijdelijk verblijft en die de patiënt aanmeldt voor crisis/behandeling opname.

Ysis: Multi disciplinair elektronisch patiëntendossier rapportage systeem dat gebruikt wordt op de Omswaai (GeriMedica, 2017).

1.5 Onderzoeksdesign

Het onderzoek heeft een kwalitatief design en bestond uit twee fasen. Fase 1: een inventariserende literatuurstudie en fase 2: semigestructureerde interviews met mantelzorgers en zorgverleners van de opgenomen patiënten op de Omswaai.

Fase 1: voor dit onderzoek is in fase 1 gestart met een literatuurstudie. Hierin is onderzocht wat er in de literatuur bekend is over evidence based methoden die mantelzorgers betrekken bij het behandelproces van hun naasten met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek. Deze literatuurstudie was inventariserend van aard. Vanuit de verkregen informatie in deze literatuurstudie is gekeken welke methoden het best aansluiten bij de behoefte van mantelzorgers om meer betrokken te worden bij het behandelproces van hun naasten.

Fase 2: kwalitatief onderzoek is gericht op het verzamelen van informatie over wat er leeft over een te bepalen onderwerp. Kwalitatief onderzoek kan gezien worden als verzamelnaam voor verschillende stromingen en tradities van onderzoek, waarbij het doel is inzicht te geven in de sociale wereld zoals die aan ons voordoet (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2005). Kwalitatief onderzoek wordt uitgevoerd in het werkveld. Voor dit onderzoek betrof dit kliniek de Omswaai. Het voordeel van kwalitatief onderzoek is de open benadering van het onderzoek. Er is een mogelijkheid om in te spelen op situaties, organisaties en personen. Dit sloot goed aan bij de doelgroep mantelzorgers, die centraal stonden in de onderzoeksvraag. Een bijkomend voordeel van kwalitatief onderzoek is dat het dicht bij de werkelijkheid staat. In dit onderzoek hebben de meningen en opvattingen van mantelzorgers en zorgverleners over de betrokkenheid van mantelzorgers bij het behandelproces op de Omswaai een cruciale rol gespeeld. Het bewijs kan geen logische onontkoombare conclusie opleveren, maar een conclusie die aannemelijk is en een zekere waarschijnlijkheid heeft. Het onderzoek is interpretatief van aard (Verhoeven, 2016).

Er is gekozen voor een beschrijvend onderzoek omdat situaties zijn beschreven vanuit het gezichtspunt van de betrokken mantelzorgers en zorgverleners. De vraagstelling is hierdoor

ook beschrijvend. Het gaat om een open vraagstellingen en ,in het verlengde daarvan, om open onderzoeksvragen (Baarda et al, 2005).

1.6 Populatie en steekproef

In dit onderzoek bestond de populatie uit alle mantelzorgers en zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten op de Omswaai. Dit betrof vijftig zorgverleners en minimaal achttien mantelzorgers, uitgaande van een volledige opnamebezetting. Omdat dit een te grote populatie betrof, is gekozen voor een steekproef. Een steekproef is een al dan niet willekeurige selectie uit de populatie die de mogelijkheid heeft om aan het onderzoek mee te doen (Verhoeven, 2016). Om de steekproef te bepalen, is gebruik gemaakt van inclusie- en exclusiecriteria welke zichtbaar zijn gemaakt in tabel 1.1. Bij het vaststellen van de inclusie- en exclusiecriteria is rekening gehouden met de ethische verantwoording.

Tabel 1.1

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Mantelzorgers van patiënten die tijdens het onderzoek opgenomen zijn op de Omswaai	Mantelzorgers van patiënten waarvan bekend is dat zij tijdens het onderzoek met ontslag gaan.
Zorgverleners die minimaal drie maanden werkzaam zijn op de Omswaai.	Mantelzorgers waarvan bekend is dat zij een verstandelijke beperking hebben.
	Mantelzorgers waarvan betrokken zorgverleners vermoeden dat deelname aan het onderzoek hen zou kunnen schaden.
	Zorgverleners die minder dan drie maanden werkzaam zijn op de Omswaai.
	Mantelzorgers waarbij na inhoudelijke uitleg over het onderzoek het vermoeden is dat zij niet weten waarvoor zij toestemming geven.
	Zorgverleners die direct betrokken zijn bij het onderzoek: systeemtherapeut is opdrachtgever.

Vijf van de uiteindelijke respondenten zijn zorgverleners op de Omswaai; de overige vijf respondenten zijn mantelzorgers. De overgebleven mantelzorgers zijn willekeurig benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. De vijf zorgverleners zijn ook willekeurig benaderd en hebben verschillende functies, te weten: drie verpleegkundigen, één plaatsing coördinator en één activiteitenbegeleider.

1.7 Meetinstrumenten

Voor het beantwoorden van alle deelvragen in fase 1 is gebruik gemaakt van deskresearch aan de hand van een literatuurstudie. Op deze manier kan op macroniveau onderzoek gedaan worden naar al bestaande documenten over dit onderwerp. Er worden bestaande gegevens verzameld, gegevens van andere onderzoekers (Verhoeven, 2016). Om effectief te zoeken naar bruikbare literatuur is gebruikt gemaakt van verschillende databanken zoals Cochcrane, Google Scholar, bibliotheek en bestaande archieven van kliniek de Omswaai.

Een ander meetinstrument dat gebruikt is in fase 2 van het onderzoek, is het semigestructureerd interview. Bij een semigestructureerd interview ligt de bevragingsmethode open. De eigen inbreng in de vorm van ervaringen en gevoelens zijn belangrijk om een goed beeld te verkrijgen. Om enig structuur in de interviews aan te brengen, is gebruik gemaakt van een topiclijst. Dit is een van tevoren vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die in de loop van het interview aan de orde moeten komen (Michelbrink, 2016). De topics waren onder andere afkomstig uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2012). Daarnaast is in overige literatuur gezocht naar topics die aansloten bij de gestelde onderzoeksvraag en deelvragen. Na het vaststellen van de Triadekaart en de psycho-educatie vanuit de literatuurstudie is de topiclijst aangepast op deze twee methoden.

De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van de steekproeven, die in paragraaf 1.6 staan beschreven. Deze interviews zijn gebruikt om antwoord op de laatste twee deelvragen te krijgen, met als uiteindelijk doel inzicht te krijgen in de mening van mantelzorgers en zorgverleners over de uit fase 1 gekozen methoden. Voorafgaand aan de interviews is er door de onderzoekers aan de hand van de topiclijst een proef interview afgenomen om te bepalen of de topiclijst antwoord kan geven op de deelvragen en de uiteindelijke onderzoeksvraag. Aan de hand van dit proefinterview is ervoor gekozen om optionele vragen toe te voegen aan de topiclijst. Na negen van de tien interviews is een reflectiemoment voor de onderzoekers ingebouwd. Na de eerste twee interviews kwam de rol van de systeemtherapeut als nieuwe topic naar voren. De eerste twee respondenten brachten deze topic tijdens het interview naar voren. Aan de hand van dit gegeven is deze topic toegevoegd tijdens de verdere interviews. Er is specifiek naar de rol van de van de systeemtherapeut gevraagd en naar de ervaring die de respondenten met deze discipline hebben. Aan de hand van de vooraf opgestelde topiclijst zijn in totaal tien respondenten geïnterviewd.

1.8 Ethische verantwoording

Bij de voorbereiding en het benaderen van de steekproef is rekening gehouden met de zes ethische onderzoeksprincipes: het niet-schadenprincipe, het redelijkheidsprincipe, het autonomieprincipe, het toestemmingsprincipe (informed consent), het privacyprincipe en tot slot transparantie en controleerbaarheid van het onderzoek (Michelbrink, 2016). Rekening houdende met de ethische onderzoeksprincipes zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld alvorens de mantelzorgers en zorgverleners zijn benaderd.

Bij de start van ieder interview is kort door de eerste onderzoeker uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en de rolverdeling van de twee onderzoekers tijdens het interview. Ook is voorafgaand aan ieder interview aangegeven dat er een verslag zal worden opgemaakt met hierin de onderzoeksresultaten. De onderzoekers hebben bij alle mensen uit de steekproef aangegeven dat zij persoonlijke citaten terug zouden kunnen lezen in het onderzoeksverslag, dit verslag zal hen nadien ook worden toegezonden. Hiernaast is nog uitleg gegeven over de wijze van uitwerken van de interviews en wijze waarop de transcripties worden geanonimiseerd. Aan alle zorgverleners en mantelzorgers is toestemming gevraagd om het interview op te nemen met behulp van audio-apparatuur. Daarbij is uitleg gegeven over de duur van het bewaren van deze gegevens en het vernietigen hiervan na sluiting van het onderzoek. De interviews zijn individueel afgenomen; twee mantelzorgers zijn als echtpaar geïnterviewd. Acht interviews zijn op een rustige locatie op de Omswaai afgenomen; twee interviews zijn afgenomen bij mantelzorgers thuis.

1.9 Data verzameling

Tijdens dit onderzoek zijn op twee verschillende manieren data verzameld. In fase 1 van het onderzoek is middels deskresearch data verzameld om evidence based methoden te zoeken. Om effectief te zoeken naar bruikbare literatuur over methoden om mantelzorgers te betrekken bij het behandelproces, is gezocht in verschillende databanken op de zoektermen omschreven in tabel 1.2. Op deze wijze is de kans op bruikbare artikelen vergroot. Er is onder andere gezocht op Google Scholar, Springerlink en Cochrane Library naar bruikbare artikelen. Ook werd gericht gezocht naar richtlijnen op V&VN en Trimbos.

Tabel 1.2

Deelonderwerp	Zoektermen/synoniemenmatrix
Mantelzorger	Caregiver Support system
Verstandelijke beperking	Mental healthcare Mental hospital Mental institution Mental health service
Betrokkenheid	Involve Involvement
Methoden Methode en Interventies	Methods Methodology Methodologies

Vooraf is een lijst opgesteld met inclusie- en exclusiecriteria om de zoekstrategie te bepalen; zie tabel 1.3.

Tabel 1.3

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Fulltext, kosteloos beschikbaar	Fulltext tegen betaling
Nederlands-, Engelstalige artikelen	Artikelen in een andere taal dan Nederlands of Engels.
Recente artikelen (vanaf 2007)	Artikelen uit een eerder jaartal dan 2007
Het artikel bestaat uit een logische opbouw	De opbouw van het artikel is onlogisch
Bestaande richtlijnen	Grijze literatuur

Binnen Cochrane en Google Scholar is met behulp van zoekzinnen gezocht naar aanvullende literatuur. Met de zoekzin: mantelzorger+verstandelijke beperking+betrokkenheid+methoden zijn uiteindelijk twee bruikbare artikelen gevonden. In bijlage 1 is in een flowchart de zoekstrategie verwerkt.

In fase 2 is door middel van semigestructureerde interviews data verzameld. Totaal zijn tien respondenten geïnterviewd aan de hand van de vooraf gestelde topiclijst. Er is gekozen om de eerste onderzoeker de interviews af te laten nemen. Reden hiervoor is de werkrelatie die de tweede onderzoeker met de Omswaai heeft. De rol van de tweede onderzoeker tijdens de vraagstellingen in de interviews was uitsluitend observerend. Halverwege het interview heeft de tweede onderzoeker uitleg gegeven over de twee methoden (Triadekaart en psycho educatie). Daarnaast was zij verantwoordelijk voor de besturing van de opname-apparatuur.

De interviews met de mantelzorgers namen gemiddeld 40 minuten in beslag. De interviews met de zorgverleners duurden gemiddeld 25 minuten. Tijdens de interviews met de mantelzorgers werd veelal dieper ingegaan op ervaringen uit het verleden. Hierdoor was de duur van deze interviews gemiddeld langer dan die van de zorgverleners. De interviews zijn opgenomen met behulp van opname-apparatuur. Na afloop van de interviews zijn de opnames nogmaals beluisterd en binnen drie dagen woordelijk getranscribeerd. Zowel de opname-apparatuur als de woordelijke transcripties worden bewaard totdat het onderzoek is afgesloten.

1.10 Data-analyse

De verkregen meetgegevens zijn op kwalitatieve wijze geanalyseerd. De gegevens uit de literatuurstudie en de gegevens uit de interviews, zijn geanalyseerd door middel van de gefundeerde theoriebenadering (Verhoeven, 2016). Door middel van gefundeerde theoriebenadering wordt kennis opgedaan op een bepaald terrein. In dit geval het sociaal netwerk en wordt hierover een theorie ontwikkeld (Verhoeven, 2016). De gefundeerde theoriebenadering heeft een inductief karakter: er is gezocht naar een bepaalde structuur in de verkregen data.

Er is gewerkt middels een inductieve analyse. Woorden, zinnen en passages in de transcriptie van de interviews zijn geïdentificeerd op aspecten om de betrokkenheid van mantelzorgers op de Omswaai te vergroten, met behulp van de vooraf opgestelde topiclijst. De verkregen gegevens van de respondenten zijn, met behulp van ATLAS-ti, samengevat in families en codes en schematisch in kaart gebracht. Door een waardering en volgorde aan deze begrippen te geven, ontstaat een structuur. Deze vorm van analyseren wordt exploratie genoemd (Verhoeven, 2016). Dit is gedaan met behulp van de volgende stappen:

- Fragmenteren: de verkregen gegevens worden doorgenomen en vervolgens verdeeld in kleine fragmenten. Hieruit wordt duidelijk welke informatie van belang is voor het beantwoorden van de deelvragen.
- Coderen: aan elk fragment wordt een code toegekend. Op deze manier kan het materiaal samengevat worden.
- Groeperen: de fragmenten met dezelfde code worden bij elkaar gezet. Zo wordt er ordering aangebracht waardoor er beter geanalyseerd kan worden.
- Structuren: er wordt gekeken naar verbanden tussen de fragmenten. Het kan voorkomen dat de informatie in de verschillende fragmenten overeenkomt. Deze fragmenten worden gesorteerd en wordt zo tot een samenhangend geheel gebracht.
- Concluderen: er wordt teruggekeken naar de vraag en of er antwoord gegeven kan worden aan de hand van de gevonden en geanalyseerde gegevens. Indien er nog informatie mist die relevant is voor het beantwoorden van de vraag, zal opnieuw informatie verzameld moeten worden (Heerink, Pinkster & van der Werf, 2009).

De resultaten van het praktijkonderzoek zijn beschreven met de vooraf opgestelde topiclijst: ervaring, rol mantelzorger, informatie, rol zorgverlener, contact, Triadekaart en psycho-educatie. Daarnaast is er gekeken naar de rol van de systeemtherapeut, welke tijdens de interviews als nieuwe topic is meegenomen. De verkregen informatie is opgedeeld in de rol van mantelzorger en de rol van zorgverlener om zo de verschillen of overeenkomsten in kaart te brengen.

1.11 Validiteit en generaliseerbaarheid

De validiteit (geldigheid) van een meetinstrument geeft aan in hoeverre zo'n meetinstrument meet wat er mee bedoeld wordt te meten. Deze validiteit wordt onderverdeeld in interne- en externe validiteit (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2012). In dit onderzoek is gekozen voor dataverzameling door middel van semigestructureerde interviews. Door het stellen van open vragen en hierbij goed door te vragen op de topics, kan dieper worden ingegaan op het onderwerp waardoor verkregen gegevens een geldig antwoord geven op de onderzoeksvraag (Baarda et al, 2005). Het bewijs kan geen logische onontkoombare conclusie opleveren, maar een conclusie die aannemelijk is en een zekere waarschijnlijkheid heeft. Het onderzoek is interpretatief van aard (Verhoeven, 2016). Alle betrokken respondenten hebben tijdens de interviews vanuit hun ervaringen en gevoelens gesproken. Zij hebben kritische uitspraken gedaan over de verschillende topics die bevraagd zijn. Tijdens de interviews is de topiclijst leidend geweest, waardoor er tijdens alle interviews een structuur ingebouwd is. Echter kan nooit met alle zekerheid aangetoond worden dat alle respondenten tijdens de interviews volledig transparant zijn geweest in hun antwoorden en uitspraken. Dit kan de validiteit van het onderzoek beperken.

De externe validiteit wordt door Saunders et al. (2011) generaliseerbaarheid genoemd. Bij dit onderzoek is het de vraag of de onderzoeksresultaten toepasbaar zijn op andere onderzoekssituaties binnen de organisatie. Het doel van dit onderzoek is niet het produceren van een theorie of model die naar alle populaties binnen de organisatie generaliseerbaar is. In dit onderzoek is getracht vast te stellen hoe de Omswaai mantelzorgers kan betrekken bij deze specifieke doelgroep. Er is specifiek gekeken of de Triadekaart en de psycho-educatie toepasbaar zijn binnen een crisis/behandelsetting als de Omswaai. De uitkomsten van dit onderzoek zullen niet volledig generaliseerbaar zijn met bijvoorbeeld een woongroep. Dit omdat de nadruk bij een dergelijke woongroep op het "wonen" ligt en bij een setting als de Omswaai ligt de nadruk op "behandeling".

1.12 Betrouwbaarheid

De volgende voorwaarden zijn gebruikt om de betrouwbaarheid van het onderzoek te optimaliseren. Hierin zijn tevens de zwakke punten van het onderzoek benoemd met daarin verantwoording voor bepaalde keuzes:

- Door de homogeniteit van de topiclijst is de betrouwbaarheid vergroot. De vragen zijn zo gericht mogelijk op het thema gesteld. Dit verkleint de kans op toeval.
- Er wordt tijdens de interviews gebruik gemaakt van opname-apparatuur. Op deze wijze kunnen de afgenomen interviews letterlijk teruggeluisterd worden door zowel de onderzoekers als de respondenten. Zo wordt er op toegezien dat er geen interpretaties in de uitkomsten beschreven worden.
- Voorafgaand aan de daadwerkelijke interviews is een proefinterview afgenomen om de topiclijst te beoordelen en eventueel de interviewstrategie aan te passen.
- Na negen van de tien interviews is een reflectie moment ingebouwd. Na één interview was dit vanwege de planning van één respondent niet haalbaar. Tijdens de reflectie heeft de tweede onderzoeker de eerste onderzoeker van feedback voorzien om de objectiviteit tijdens de interviews vast te stellen. De onderzoekers beoordeelden kritisch elkaars werk om de kwaliteit van de resultaten te verhogen.
- De audio-opnames van de interviews worden getranscribeerd in een verslag waarin de feitelijke woorden worden overgenomen (Saunders, Lewis, Thornhill, Booij & Verckens, 2011). Hierna worden de interviewverslagen teruggestuurd naar de

betreffende respondenten om uit te kunnen sluiten dat er geen interpretaties in de interviewverslagen zijn opgenomen. Vanwege tijdsdruk zijn de interviewverslagen niet naar de respondenten teruggestuurd voor beoordeling. Dit kan de betrouwbaarheid van de analyse beperken.

- De data-analyse zal zo snel mogelijk na het interview plaatsvinden (Baarda, et al, 2011). Na ieder interview wordt binnen 48 uur het gesprek exact overgenomen op papier. Hierbij zijn de vragen vanuit de topiclist het uitgangspunt. Alle vragen uit de topiclist en de daarop volgende antwoorden worden volledig uitgetypt. Het is niet na alle interviews haalbaar om de interviews binnen 48 uur te transcriberen. Bij twee interviews heeft dit proces binnen 72 uur plaatsgevonden.
- Een indicatie van betrouwbaarheid, in het bijzonder stabiliteit, wordt verkregen door na dataverzameling enige tijd later dezelfde gegevens nogmaals te bekijken en te analyseren. Als de resultaten in hoge mate gelijk zijn, is dit een indicatie voor betrouwbaarheid (Baarda, et al, 2011).
- Het “ruwe” materiaal wordt bewaard op een USB-stick voor eventuele herbeoordeling (Verhoeven, 2011).
- Vanwege organisatorische beperkingen is het niet haalbaar geweest om de zorgverleners volgens de hiërarchische lijn te interviewen. Daarnaast kon de systeemtherapeut niet deelnemen aan het onderzoek vanwege haar directe betrokkenheid bij het onderzoek in de rol van opdrachtgever.
- De tweede onderzoeker is werkzaam binnen Talant, de Omswaai als begeleider. De rol van de tweede onderzoeker was tijdens de interviews uitsluitend observerend om beïnvloeding te voorkomen.
- Na het transcriberen van de interview opnames hebben beide onderzoekers afzonderlijk van elkaar de gegevens geanalyseerd. Eén onderzoeker heeft dit handmatig gedaan en de andere onderzoeker heeft de analyse met behulp van Atlas-ti gedaan. Hierna hebben de onderzoekers elkaars analyse beoordeeld op objectiviteit en juistheid, waarna de analyses tot één geheel zijn gemaakt.

2. Resultaten

In paragraaf 2.1 staan de resultaten vanuit de inventariserende literatuurstudie beschreven. In paragraaf 2.2 staan de resultaten beschreven die afkomstig zijn vanuit de interviews met mantelzorgers en zorgverleners.

2.1 Resultaten vanuit de literatuurstudie

Wanneer de mantelzorgers hun rol in het herstelproces gepast vervullen dan is een goede samenwerking en contact met de hulpverlener waar de patiënt op dat moment verblijft belangrijk (Bransen, Paalvast & Slaats, 2014). De patiënt ondervindt hierin directe steun van de familie (Tiemens & Mierlo van, 2012). Mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening zijn vaak ernstiger belast dan andere mantelzorgers. Hierdoor hebben naasten soms meer nodig dan voorlichting en informatie, bijvoorbeeld omdat er sprake is van bijvoorbeeld overbelasting, een gering gevoel van grip op de situatie, angst of schuldgevoel. Uit onderzoek van Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (2012) komt naar voren dat mantelzorgers communicatie en betrokkenheid belangrijk vinden bij de zorgsituatie. Ook wordt afstemming over de hulp aan zorgvragers als positief gezien. Mantelzorgers ervaren bureaucratie, bijvoorbeeld slechte toegankelijkheid en het groot aantal doorverwijzingen als negatief. Hierdoor hebben zij het idee dat ze veel zelf moeten uitzoeken. Ook gebrek aan samenwerking tussen diverse professionals zien mantelzorgers als belemmerend. Wittenberg (2014) concludeert hieruit onder andere dat mantelzorgers beter betrokken zouden moeten worden bij de behandeling van zijn/haar naasten. Alle betrokken professionals (van zowel de plaatsende als de ontvangende instantie) van de patiënt kunnen hierin een rol in spelen. De rol van een systeemtherapeut wordt specifiek aanbevolen in de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten met psychische problematiek welke ontwikkeld is door Trimbos (2016). De resultaten van het onderzoek van het SCP bevestigen tevens de vraag van familieorganisaties om een familiebeleid en een structurele rol van familieleden in de zorg voor en opvang van mensen met een verstandelijke beperking en/of psychisch ziektebeeld te ontwikkelen.

In de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten (Trimbos, 2016) staan acht interventies beschreven welke ingezet kunnen worden om de betrokkenheid bij mantelzorgers te vergroten. Vijf van deze interventies zijn psycho-educatie bij verschillende ziektebeelden als omgaan met mensen met depressie, borderline, schizofrenie, preventief adviesgesprekken over psychische klachten, en de interventies psychische problemen in de familie. De zesde interventie is de Triadekaart. De andere twee interventies zijn Brussencursus (het voorkomen van psychische problematiek bij broers en zussen) en Multi-Familie Groepen Deze interventies kunnen worden toegepast binnen de Nederlandse GGz. De research op evidence bases methoden om mantelzorger te betrekken bij het behandelproces zijn hier op gebaseerd. Binnen deze module en aanbevolen interventies van deze module is gezocht aan de hand van een snowballsearch (Encyclo, 2017). Met een snowballsearch wordt in de publicatie gezocht naar documenten of artikelen waarin ook weer verwijzingen staan. De verwijzingen en acht interventies zijn beoordeeld op bruikbaarheid voor dit onderzoek. Hieruit zijn twee op dit moment actuele, methodes geselecteerd. De Triadekaart en de psycho-educatie. Omdat de Omswaai uitgaat van kortdurende opnames waardoor het verloop groot is, zijn de Brussencursus en Multi-Familie Groepen geen passende interventies voor deze specifieke doelgroep en zijn om deze reden niet meegenomen in de beschrijving van de resultaten.

2.1.1 Triadekaart

De Triadekaart is een familiekaart en is ontwikkeld door Ypsilon, een vereniging voor familie en naasten van patiënten met schizofrenie. Deze Triadekaart kan ook worden ingezet voor andere doelgroepen binnen de langdurige GGZ, bijvoorbeeld bij mensen met een dubbele diagnose als een verstandelijke beperking en een psychiatrisch ziektebeeld (Trimbos, 2012). Het doel van de Triadekaart is een optimale behandeling voor de opgenomen patiënt. Mantelzorgers geven aan niet altijd te weten wat hun inbreng zou kunnen zijn tijdens een opname van hun naasten en welke hulp zij zelf eventueel nodig hebben om deze zorg te kunnen geven. De Triadekaart is een hulpmiddel om de samenwerking tussen hulpverleners en familie inzichtelijk te maken, om met elkaar in gesprek te komen, maakt concreet wat naastbetrokkenen wel én niet aan de zorg bijdragen, maakt duidelijk welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben en geeft door de tijd heen een beeld van het verloop (Trimbos, 2017; Ypsilon, 2017).

Bij de opname van de patiënt wordt familie uitleg gegeven over de Triadekaart en wordt gevraagd of zij het prettig vinden om de Triadekaart te gebruiken. Wanneer de patiënt geen toestemming geeft voor contact met de familie wordt de Triadekaart niet ingezet en worden mondelinge afspraken gemaakt. De Triadekaart is opgedeeld in twee delen; de inventarisatie en tips voor vervolg.

In deel 1 geven familie en/of naasten en/of hulpverleners, afzonderlijk van elkaar, voorafgaand aan het triadegesprek aan wat zij bespreekbaar willen maken. Voorbeelden van vragen in dit deel zijn onder andere: signaleren van lichamelijke problemen, stimuleren van sociale contacten, regelen van passende huisvesting et cetera. Deel 1 bestaat uit ongeveer vijftig vragen. Echter is het niet altijd nodig om alle vijftig vragen te beantwoorden omdat ze niet allemaal van toepassing hoeven te zijn op een specifieke situatie. Tijdens het triadegesprek worden de ingevulde lijsten naast elkaar neergelegd en kan worden bekeken voor welke taken afstemming nodig zijn.

In deel 2 worden de gemaakte afspraken in het triadegesprek vastgelegd en worden er actiepunten vastgesteld voor het vervolg gesprek, welke onderwerpen hebben nog nadere afstemming nodig en bij welke taken is ondersteuning nodig en wanneer er weer een gesprek is. De inbreng van de Triadekaart is een continu proces.

2.1.2 Wetenschappelijke onderbouwing Triadekaart

De Triadekaart wordt beoordeeld als een goed onderbouwde theorie. Dit houdt in dat doelgroep, doelen, aanpak en aanpak degelijk zijn beschreven. De werkzaamheid van de interventies is onderbouwd met modellen, theorieën of literatuur. De Triadekaart wordt geadviseerd om in te zetten om mantelzorgers te betrekken binnen het zorgtraject (Trimbos, 2016). Betrokkenen geven aan het een goed instrument te vinden om familie en naasten uit te nodigen hun zorgen te delen en een goede samenwerking op te bouwen. Busschbach, et al (2009) heeft bij veertig mantelzorgers de Triadekaart getoetst en gemiddeld werd de Triadekaart met een 7,8 gewaardeerd. De Triadekaart wordt in ongeveer vijftientig instellingen gebruikt (Ypsilon, 2017). De Triadekaart is opgenomen in de Richtlijn Psychiatrie (2012). Binnen de generieke module wordt de Triadekaart geadviseerd als interventie in te zetten om mantelzorgers te betrekken binnen het zorgtraject. Op dit moment loopt een groot landelijk onderzoek naar de werkzaamheid van de Triadekaart bij de instellingen waar deze kaart al wordt gebruikt (Trimbos, 2016).

2.1.3 Psycho-educatie voor familieleden

Psycho-educatie is een methode in de hulpverlening aan mensen met een chronische beperking waarbij uitleg en kennis wordt gegeven door behandelaars over bepaalde psychische ziektebeelden aan patiënten en/of hun netwerk over hun aandoening/beperking en de wijze waarop daar mee om gegaan kan worden. Psycho-educatie kan zowel groepsgewijs als individueel worden toegepast. Psycho-educatie richt zich op verschillende ziektebeelden binnen de GGZ. Voorbeelden hiervan zijn omgang met borderline, depressie, schizofrenie, autisme.

Psycho-educatie wordt gebruikt als interactieve kennisoverdracht, erkenning van last en lijden, vergroten van de draagkracht door aanleren van vaardigheden, emancipatie en het aanmoedigen van onderlinge sociale steun. In eerste instantie is psycho-educatie vanuit preventief oogpunt ontwikkeld als ondersteuningsonderdeel voor familieleden maar kan ook voor patiënten worden ingezet (Erp, Place, Michon, 2009).

De doelstelling van psycho-educatie is het vergroten van de draagkracht door het vergroten van probleemoplossende- en stressverlagende vaardigheden. Psycho-educatie bestaat uit:

- Voorlichting aan familie zodat zij op basis van goede informatie zorg en steun kunnen bieden
- Verminderen van de draaglast door erkenning van de last
- Vergroten van de draagkracht door probleemoplossende- en stressverlagende vaardigheden aan te leren
- Verbetering van de balans tussen draaglast en draagkracht door het bevorderen van onderlinge sociale hulp (Trimbos, 2009).

Tijdens de psycho-educatie kunnen verschillende onderwerpen aan bod komen zoals informatie over de ziekte, oorzaken, beloop, prognose, behandelingsmogelijkheden, communicatie, omgaan met en afhankelijkheid van de zorgverlening, medicatie, et cetera. Een gz-psycholoog of systeemtherapeut kan de psycho-educatie opzetten met familie van een opgenomen patiënt wanneer hier behoefte aan is. Verpleegkundigen, systeemtherapeuten en behandelaars kunnen deze educatie geven aan betrokkenen (Trimbos, 2009).

2.1.4 Wetenschappelijke onderbouwing psycho-educatie

Een meta-analyse van Pfammatter, et al (2006), laat zien dat psycho-educatie aan familieleden leidt tot minder terugval en opnames en betere medicatietrouw. Bij een effectonderzoek naar de psycho-educatie cursus 'Omgaan met schizofrenie'; is de conclusie dat de cursus een positief effect heeft op de belasting op zowel de korte als langere termijn. De cursus is effectief ongeacht leeftijd, geslacht en aard van de relatie. Bransen & van Mierlo (2007) concluderen dat het om een effectieve interventie gaat. Trimbos (2016) beschrijft in de generieke module psycho-educatie als een goed onderbouwde theorie. Dit houdt in dat doelgroep, doelen, aanpak en aanpak degelijk beschreven zijn. De werkzaamheid van de interventie is onderbouwd met modellen, theorieën of literatuur. Binnen deze module wordt psycho-educatie geadviseerd als interventie om in te zetten om mantelzorgers te betrekken binnen het zorgtraject.

2.2 Resultaten interviews mantelzorgers

In deze paragraaf wordt aan de hand van tabellen inzichtelijk gemaakt hoeveel respondenten een positieve of negatieve mening hebben bij verschillende topics. Er is uitgegaan van het totaalbeeld over een bepaalde topic bij het invullen van de tabellen. Dit betekent niet dat respondenten uitsluitend positieve of negatieve uitspraken over een bepaalde topic hebben gedaan.

Ervaring betrokkenheid:

Tabel 2.1: Ervaring betrokkenheid van mantelzorgers bij het behandelproces op de Omswaai

Aantal respondenten	Ervaren een positieve betrokkenheid	Ervaren een negatieve betrokkenheid
5	2	3

De ervaring van betrokkenheid bij het behandelproces wordt verschillend ervaren door mantelzorgers. Twee van de geïnterviewde mantelzorgers zijn tevreden over de betrokkenheid vanuit de Omswaai. Zij geven aan betrokken te worden door middel van contactmomenten tijdens een bezoek aan hun naaste of voelen zich betrokken doordat ze het gevoel hebben altijd te kunnen bellen naar zorgverleners. Ook wordt het initiatief vanuit de Omswaai als positief ervaren, omdat dit vergroot het gevoel van betrokkenheid vergroot:

*“Ik heb wel het gevoel dat als er iets is wat wij moeten weten dan horen wij dat wel.
Het voelt allemaal wel heel vertrouwd voor mij.”*

“Ik vond het heel hartelijk en positief dat ik vanaf het moment dat patiënt opgenomen werd direct gebeld en bevraagd werd over ons contact, hoe vaak we contact hebben en hoe ik dingen zag. Er werd echt even contact met mij gelegd.”

De overige drie mantelzorgers zijn ontevreden over de betrokkenheid. Zij geven aan contact te missen tijdens de behandeling van hun naasten. Twee van deze mantelzorgers worden niet uitgenodigd voor evaluatiegesprekken. Hierdoor ontvangen zij geen enkele informatie over de behandeling en voortgang van de patiënt, terwijl hier wel behoefte aan is. Deze mantelzorgers geven aan geen familieband te hebben met de patiënt, maar juist de rol van mantelzorger op zich nemen omdat er geen of slechte familiecontacten zijn.

“De hele communicatie met hier dat laat eigenlijk te wensen over. Iedereen is aardig genoeg, ja daar ligt het niet aan. Maar ze realiseren zich niet dat je op de hoogte gehouden wilt worden. Dan duurt het weer zeven weken voor je weer wat hoort.”

“Toen X hier eerder was, toen was er een psychiater die belde meteen op na twee weken om te vertellen hoe het ging en dat vond ik heel fijn om even te horen. Nu had ik na zeven weken nog niets van de psychiater gehoord, toen kregen we hier wel een gesprek, een evaluatiegesprek maar daar was de psychiater niet bij.”

“Ik denk wel dat het intensiever kan, dat we veel meer gebruik van elkaar kunnen maken.”

“Als je gewoon met elkaar op 1 lijn kan zitten, als je weet wat er op de Omswaai is gezegd zodat je dat ook weer terug kan geven aan X, dan heb je gewoon een win-winsituatie.”

De mantelzorgers die uitgenodigd worden voor de evaluatiegesprekken voelen een grotere betrokkenheid in vergelijking met de mantelzorgers die hier niet voor uitgenodigd worden.

Rol mantelzorger:

Respondenten geven aan dat hun rol voornamelijk bestaat uit er voor hun naasten zijn. Daarnaast is voor hen informatie vanuit de Omswaai belangrijk, met name om in hun rol als mantelzorger op bepaalde uitspraken van patiënten in te kunnen spelen. Hierdoor hebben ze het gevoel dat ze onderdeel zijn van hun naasten en hen op hun manier kunnen begeleiden. Informatie of inzicht in het dagelijks leven binnen de Omswaai is belangrijk voor twee mantelzorgers.

“Nu weet ik zo weinig van X, het is je kind maar je weet zo weinig van de vulling van de dagen, wel dat het bepaalde momenten op de dag minder goed gaat, maar geen specifieke dingen. Daar zou ik ook graag meer over willen weten.”

“Het zou wel goed zijn, even een telefoontje of mailtje over X te krijgen wanneer er dingen zijn, bijvoorbeeld met dat het even niet goed met X gaat, of X zit een beetje in de put. Dan weten we dat, mochten we een paar dagen niets van X horen zeg maar.”

“Hem het gevoel geven dat hij het gevoel heeft dat hij iemand is.”

Daarnaast is er één respondent die aangeeft dat zorgverleners niet lijken te begrijpen dat je als ouder op de hoogte wil blijven van de ontwikkeling van je kind.

Informatie:

Tabel 2.2: Informatievoorziening vanuit de Omswaai naar mantelzorgers

Aantal respondenten	Ervaren een positieve informatievoorziening	Ervaren een negatieve informatievoorziening
5	1	4

Vier respondenten zijn ontevreden over de informatievoorziening. Alle respondenten geven aan dat ze graag informatie willen over de behandeling. Ze geven aan het prettig te ervaren wanneer ze via persoonlijk contact, telefoon of e-mail op de hoogte worden gehouden hoe het met hun naasten gaat. Voorbeelden zoals algemene gemoedstoestand, medicatie, overplaatsing naar een andere afdeling op de Omswaai en behandelmethoden worden genoemd. De zorginhoudelijke informatie als wijzigingen in medicatie of het behandelplan willen zij graag in eerste instantie van de behandelaar ontvangen. Als sterk verbeterpunt wordt vanuit drie respondenten aangegeven dat het een meerwaarde heeft om bij aanvang van de behandeling belangrijke informatie te verstrekken over bijvoorbeeld de contactpersonen, telefoonnummers en de rol en bereikbaarheid van zorgverleners.

“Dat ik wilde bellen en eerst op zoek moest naar een nummer, want daar was ook geen informatie over. En dan ga je bellen en dan is er niemand te bereiken. De volgende dag had ik iemand te pakken en dan krijg je een juist telefoonnummer, ja dat is niet handig.”

“Al met al weten we nu niet bij wie we terecht kunnen voor vragen, toen zei een medewerker: neem maar contact op met het contactpersoon, maar ja wie is dat?”

Ook informatievoorziening over de stand van zaken rondom ontwikkelingen wordt gemist zoals één respondent aangeeft:

“We hebben een hele lezing gehad over Ass-wijzer, iedereen was er vol van. We hebben daar veel moeite voor gedaan: boeken aangeschaft en bestudeerd. Ik heb de laatste drie maanden niets meer over de Ass-wijzer gehoord.”

Rol zorgverlener:

De rol van de zorgverlener is niet altijd duidelijk voor de respondenten. Ze weten niet goed bij wie ze terecht kunnen voor vragen. De persoonlijk begeleider is niet altijd aanwezig wanneer zij contact opnemen met de Omswaai of ze hebben vragen die alleen beantwoord kunnen worden door de persoonlijk begeleider. De rol van de (persoonlijk) begeleider mag meer naar voren komen volgens twee respondenten:

“Bijvoorbeeld met de mensen als een persoonlijk begeleider of mensen die X veel meemaken daar hebben we niet zoveel persoonlijk contact mee”.

Eén respondent geeft aan dat de Omswaai een behandelsetting is en geen woonsetting en dat maakt ook een verschil in de rol van de zorgverlener volgens deze respondent. Daarentegen geeft een andere respondent aan vanwege het weinige contact met betrokken zorgverleners niet altijd het vertrouwen te hebben in hun beweegredenen:

“Soms vraag ik me weleens af, begrijpen ze het hier wel goed en observeren ze X hier wel goed”?

Systeemtherapeut:

Vier respondenten geven aan dat zij de rol van de systeemtherapeut als zeer positief hebben ervaren. Deze betekent veel voor mantelzorgers op het gebied van mentale ondersteuning en begeleiding. Mantelzorgers ervaren met name de tijd die de systeemtherapeut voor hen heeft als positief. Dit geeft hen het gevoel dat er ruimte is om hun ervaringen te delen. Hierdoor ervaren zij meer steun en betrokkenheid vanuit de Omswaai.

“Oh geweldig, die is heel betrokken. Die is heel geïnteresseerd, die voelt mee. Daar kan je ook je ei kwijt. Ze is hier een paar keer geweest en neemt dan alle tijd, alle tijd neemt ze.”

“Zij is hier ook een keer een hele ochtend geweest om over bewindvoering en zo te praten en dat vind ik heel fijn. Ik ben daar heel tevreden over.”

“Ik vond dat heel prettig, ik praat me dan helemaal leeg. Door al die jaren heen, het was echt een gevecht. Van het kastje naar de muur en dan is het goed om ergens te kunnen praten.”

“Toen X hier eerder zat hadden we een soort maatschappelijk werker om mee te praten, dat hebben we nou niet. Vond ik wel heel belangrijk toen. Toen kon je je verhaal kwijt.”

Contact:

Tabel 2.3: Tevredenheid over contact

Aantal respondenten	Ervaren een positief contact met zorgverleners	Ervaren een negatief contact met zorgverleners
5	2	3

De respondenten geven aan dat het contact met de Omswaai minimaal is. Zij zouden graag meer contact met de zorgverleners willen hebben over bijvoorbeeld veranderingen in

medicatie, behandeldoelen en omgang met de patiënt. Sommige respondenten hebben wekelijks telefonisch contact met de zorgverleners; anderen niet. Eén respondent geeft aan zelf contact op te nemen met de Omswaai als er contact nodig is. Alle respondenten geven aan dat ze via hun naasten veel informatie krijgen, maar deze is volgens de respondenten niet altijd betrouwbaar. Drie respondenten geven aan op momenten wanneer het minder goed gaat met hun naasten, ze vaker contact willen met de zorgverlener.

“maar in wat X zegt is X niet altijd even betrouwbaar, het is altijd maar de vraag wat er precies van klopt. Dat is soms wel lastig.”

Eén van de respondenten geeft aan elke week gebeld te worden door de persoonlijk begeleider van de plaatsende instantie. Op deze manier krijgt deze mantelzorgers wekelijks een update van de situatie. Deze lijn is in het verleden zo afgesproken en is naar tevredenheid. Voornamelijk persoonlijk contact tijdens bezoekenmomenten wordt gemist bij drie respondenten.

Triadekaart:

Tabel 2.4: mening over inzet van de Triadekaart

Aantal respondenten	Positief over de Triadekaart	Negatief over de Triadekaart
5	4	1

Tabel 2.5: moment van invullen van de Triadekaart

Aantal respondenten	Voor opname invullen (eventueel door/met de plaatsende instantie)	Bij start van de opname invullen
5	2	3

Tabel 2.6: welke zorgverlener(s) moet(en) betrokken zijn bij het invullen van de Triadekaart

Aantal respondenten	Persoonlijk begeleider	Behandelaar (psychiater)	Plaatsende instantie
5	5	4	2

De Triadekaart wordt als praktisch hulpmiddel gezien door vier mantelzorgers. Eén mantelzorger geeft aan dat het voor anderen praktisch kan zijn maar voor de persoonlijke situatie waarin deze mantelzorger zich bevindt zal het geen meerwaarde hebben. Met name het gegeven dat mantelzorgers een vast moment met de Omswaai hebben om afspraken te maken en vast te leggen, wordt als eenduidig argument aangegeven. Daarnaast geven mantelzorgers ook aan dat er punten in de Triadekaart staan die voor hen van belang zijn, maar die vanwege de hectiek vaak worden vergeten. Vaste afspraken over contactmomenten en de frequentie van het contact willen drie mantelzorgers graag meenemen in de Triadekaart.

“Ik denk dat het een heel mooi systeem is wat zeker werkbaar is, je moet ook niet uitvinden wat al bestaat.”

“Hartstikke goed, dat je gewoon duidelijkheid hebt van beide kanten.”

“Als die afstemming er zou kunnen zijn, kun je daar een hele hoop winst mee halen en hoe vaak je dan contact moet hebben hangt ook weer af per cliënt, dat verschilt.”

De plaatsende instantie zou voorafgaand aan een (geplande) opname al informatie in kunnen vullen op de Triadekaart. Veelal worden de psychiater en de (persoonlijk) begeleider als eerste zorgverleners genoemd die betrokken moeten worden bij het bespreken en invullen van de Triadekaart. De kaart kan volgens twee mantelzorgers al (gedeeltelijk) voor de opname ingevuld worden. De overige drie mantelzorgers geven aan dat zij dit bij de start van de opname willen doen.

“Ja, ik zou dat in het begin van de opname doen, want dan voel je je als mantelzorger ook gelijk meegenomen in dat proces. Het idee dat je erbij betrokken wordt.”

Als aandachts- of verbeterpunten noemen mantelzorgers de hoeveelheid aan punten die op de Triadekaart staan. Sommige punten zijn volgens hen niet relevant voor een behandelsetting als de Omswaai. Eén mantelzorger geeft ook aan dat het verschil tussen een woonlocatie en een behandelkliniek wel zichtbaar moet blijven.

“Het lijkt mij onmogelijk om alles wat er op de woonvorm gebeurt, om dat hier te integreren. In het ziekenhuis kan ook niet alles zoals het thuis is (...) Je zit hier niet voor niks en het mag ook duidelijk zijn dat het hier anders is.”

Psycho-educatie:

Tabel 2.7: mening over inzet van Psycho-educatie

Aantal respondenten	Positief over Psycho-educatie	Negatief over psycho-educatie
5	5	0

Tabel 2.8: welke zorgverlener(s) moet(en) betrokken zijn bij de psycho-educatie

Aantal respondenten	Persoonlijk begeleider	Behandelaar (psychiater)	Plaatsende instantie (als ontvanger)	Systeemtherapeut
5	3	2	2	3

De eerste indruk van alle respondenten na de uitleg van psycho-educatie, is positief. Zij geven aan open te staan voor uitleg over verschillende ziektebeelden. Twee respondenten geven aan dat psycho-educatie ook op de plaatsende instantie zou moeten worden ingezet om, volgens hen, op die manier duidelijkheid voor de patiënt te creëren. Respondenten geven aan graag psycho-educatie te willen over het sociaal emotioneel functioneren, ziektebeelden en hoe om te gaan met specifieke klachten van hun naaste.

“Maar je moet het nu nog zelf gaan zitten opzoeken op het internet, dan kom je op een heleboel dingen. Maar dit soort voor de hand liggende dingen dat moet je eigenlijk hier verteld worden. En zeker in het begin.”

Daarnaast geven zij aan graag psycho-educatie te willen ontvangen van de (persoonlijk) begeleider(s), psychiater en/of systeemtherapeut. Het onderwerp van de educatie is hierbij bepalend. Daarnaast wordt de plaatsende instantie door twee respondenten genoemd. Deze respondenten zijn van mening dat de plaatsende instantie in bepaalde situaties ook een

ontvanger van psycho-educatie zou moeten zijn. Hier is in het verleden een positieve ervaring in geweest:

“Maar waar X nu woont daar konden ze in het begin helemaal niet met hem omgaan, maar dat hebben ze van hier geleerd. Altijd advies van hier naar hun toe. Ja dat was geweldig”.

Alle respondenten hebben in het verleden al dan niet bewust ervaring met psycho-educatie opgedaan. Vanuit deze ervaringen geven mensen ook de meerwaarde voor hen als mantelzorgers aan.

“Vroeger wisten we helemaal niks. Nu weten we bijvoorbeeld; we mogen niet onverwachts bij X komen. Dan deden we dat en begon X te vloeken en zo. Nu weten we dat. En als we drie uur zeggen dan moeten we niet om vier uur komen, dat soort dingen weten we nu allemaal.”

2.3 Resultaten interviews zorgverleners

Ervaring betrokkenheid:

Tabel 2.3.1: Ervaring betrokkenheid van mantelzorgers bij het behandelproces op de Omswaai

Aantal respondenten	Ervaren een positieve betrokkenheid	Ervaren een negatieve betrokkenheid
5	2	3

De ervaring met het betrekken van de mantelzorgers wordt door de vijf geïnterviewde zorgverleners wisselend ervaren. Zij geven onder andere aan dat dit te maken heeft met de specifieke setting van de Omswaai en het ontbreken van mantelzorgers. Daarnaast geven zij ook aan dat wanneer mantelzorgers zelf een assertieve houding hebben, zij eerder betrokken worden bij de behandeling. Ook wordt het ontbreken van een duidelijk beleid rondom dit onderwerp als oorzaak genoemd. De respondenten geven wel allen aan dat een eenduidige methode wenselijk is om de betrokkenheid te vergroten. Ook wordt benoemd dat betrokken mantelzorgers een meerwaarde zijn voor zowel de patiënt als de Omswaai zelf.

“Maar bij een ouder die zich niet zoveel laat horen zul je het telefoontje misschien niet plegen, terwijl zij het ook waarderen.”

“Bij mantelzorgers denk ik aan iedereen rondom een patiënt, dus ook bezoekvrijwilligers, vrienden. Zij maken deel uit van iemands leven en zij zien patiënten ook in een andere omgeving, dus daar kunnen we veel informatie weg halen.”

“Vaak heb je een bepaalde methode om ze te betrekken, maar dat hebben wij dus niet.”

“Ik vind dat de informatie die ouders bijvoorbeeld geven niet altijd goed gebruikt wordt, dat is zonde, terwijl het er wel toe doet.”

“Het hangt er denk ik ook vanaf welke pb-er iemand heeft. Het zou niet zo moeten zijn maar het is wel zo. Er liggen geen vaste afspraken. En de ene pb-er zal er wat meer om denken dan de andere. En je hebt natuurlijk ouders die zelf bellen voor informatie of opmerkingen.”

Rol mantelzorger:

De mantelzorger wordt in alle interviews door zorgverleners als een belangrijke aanvulling omschreven. De mantelzorger kan informatie over de patiënt geven die een aanvulling kan zijn op de behandeling. Niet alle mantelzorgers van opgenomen patiënten hebben bemoeienis met de patiënt gedurende opname. Dit is ook afhankelijk van het verstandelijk vermogen van mantelzorgers volgens de respondenten. Daarnaast hebben mantelzorgers in het verleden al veel meegemaakt met de patiënten. Dit kan volgens zorgverleners ook een reden zijn van een verminderde betrokkenheid. In alle interviews wordt aangegeven dat de rol van de mantelzorger ook beïnvloed kan zijn door wetgeving. De rechten van de patiënt worden meermaals benoemd: wanneer een patiënt wilsbekwaam is dan is zijn of haar mening leidend.

“Hoe ik de rol van de mantelzorger zou willen zien? Die kan een verlengstuk zijn van wat wij hier doen.”

“Ik vind dat ze echt een aanvulling kunnen zijn. Wij kunnen er ook heel veel informatie weg halen.”

Informatie:

Tabel 2.3.2: Informatievoorziening vanuit de Omswaai naar mantelzorgers

Aantal respondenten	Ervaren een positieve informatievoorziening	Ervaren een negatieve informatievoorziening
5	2	3

Tijdens de interviews wordt aangegeven dat er geen eenduidigheid is in de informatievoorziening aan mantelzorgers. Er wordt aangegeven dat dit per pb-er verschilt omdat hierover geen vaste afspraken zijn. De respondenten geven aan dat zij als tussenpersoon fungeren wat betreft vragen die op behandelniveau liggen, zij geven de vragen van ouders vaak aan de behandelaar door. Alle mantelzorgers worden wel uitgenodigd voor evaluatiegesprekken. Dit is afhankelijk van de opnameduur en of zij het eerste contactpersoon zijn. Hierbij kan de wet- en regelgeving een rol spelen. Een voorbeeld hiervan is dat een curator in beeld is en de familie geen bemoeienis mag of heeft met de patiënt. Ook geeft één zorgverlener aan dat er van mantelzorgers verwacht wordt dat zij ook zelf contact opnemen wanneer zij meer informatie willen over bepaalde zaken.

“Maar er ligt ook een stukje bij de ouder of verwant. Als ze meer informatie willen dat ze dan ook zelf aan de bel trekken en zelf een gesprek regelen met een psychiater of met een behandelaar om de gang van zaken door te nemen.”

Rol zorgverlener:

Zorgverleners geven aan dat de reorganisatie in januari 2017 veel onduidelijkheid heeft gebracht. Voorheen verliepen processen beter en lagen er duidelijke afspraken. Hierdoor was de rolverdeling van de zorgverleners ook duidelijk voor iedereen. De plaatsende instantie mag volgens de respondenten een assertievere rol spelen. Zij blijven de eerstverantwoordelijke voor de patiënt.

“Volgens mij is het zo dat er sinds januari ook wel wat veranderd is. Bijvoorbeeld de contacten met ouders verlopen niet helemaal zoals we dat voorheen deden. (...) Het is nu wel onduidelijk welke medewerker de familie moet bellen en dan belt er niemand met familie over bijvoorbeeld het verloop van de behandeling. Dus er kan wel weer wat structuur in komen; dat zit er nu niet in volgens mij.”

Systeemtherapeut:

De systeemtherapeut kwam tijdens een interview met de eerste zorgverlener als topic naar voren. Alle respondenten geven aan dat er op de Omswaai behoefte is aan een dergelijke discipline. De rol van de systeemtherapeut wordt door iedereen gezien als een meerwaarde voor zowel mantelzorgers als begeleiders van de Omswaai. Hij heeft een ondersteunende functie tijdens complexe situaties en bij het in kaart brengen van mantelzorgers. Het vertrek van de huidige systeemtherapeut zien de respondenten als een vermindering van kwaliteit voor de Omswaai.

“De systeemtherapeut maakte voorheen ook wel een familieschets. Dan werd echt de hele familie uitgesplitst en inzichtelijk gemaakt van hoe de familiecontacten verlopen.”

“Soms zijn er toch wel complexe situaties hier. Al is het alleen om ook te sparren van wat kunnen we daarmee, of heb jij nog ideeën.”

“De systeemtherapeut kon ook wat dingen van ons wegnemen. Als je bijvoorbeeld boze familieleden had, dan kon zij daartussen gaan zitten en de gesprekken aangaan waardoor wij wat uit de linie werden gehouden. Zodat je ook op een andere manier de relatie goed kon houden met die familie.”

“Daar moet je echt iemand voor hebben die daar de tijd voor neemt. Die bij ouders thuis komt of die...ik schrok ervan dat ze over drie weken al vertrekt!”

Contact:

Tabel 2.3.3: Tevredenheid over contact met mantelzorgers

Aantal respondenten	Ervaren een positief contact met mantelzorgers	Ervaren een negatief contact met mantelzorgers
5	1	4

Volgens de respondenten bestaat er geen eenduidig beleid omtrent contactmomenten met mantelzorgers. Alle respondenten geven het belang van goede contacten en vaste afspraken hierover aan. Ook zijn zij allen bereid om hierin te investeren. Het gevoel van onbekwaamheid in gesprekstechnieken is volgens een respondent ook oorzaak van verminderde contactmomenten.

“Ik heb wel het idee dat mensen het heel belangrijk vinden om met de mantelzorgers contact te onderhouden.”

“Ik denk dat door de lijntjes kort te houden en regelmatig contact te hebben dat dat voordelen kan hebben.”

Triadekaart:

Tabel 2.3.4: mening over inzet van de Triadekaart

Aantal respondenten	Positief over de Triadekaart	Negatief over de Triadekaart
5	4	1

Tabel 2.3.5: moment van invullen van de Triadekaart

Aantal respondenten	Voor opname invullen (eventueel door/met de plaatsende instantie)	Bij start van de opname invullen
5	2	3

Tabel 2.3.6: welke zorgverlener(s) moet(en) betrokken zijn bij het invullen van de Triadekaart

Aantal respondenten	Persoonlijk begeleider	Behandelaar (psychiater)	Plaatsende instantie
5	2	1	2

De eerste indruk van alle respondenten is dat de Triadekaart een handig hulpmiddel is om de betrokkenheid van de mantelzorgers te vergroten. Eén respondent ziet nadelen in de Triadekaart. Deze respondent geeft aan dat de Triadekaart op zich een goed hulpmiddel kan zijn, maar dat de verwerking en uitvoering van de kaart beperkingen op kan leveren.

“Als je afspraken maakt dan moet je er ook zeker van zijn dat je er als zorgverlener aan kunt houden, dat kan nog wel eens moeilijk worden. En in hoeverre hebben mantelzorgers inspraak in bepaalde zaken?”

“Ik denk dat je hieruit mooi kan filteren wat belangrijk is voor de mantelzorger. Maar ook waar hij bij betrokken is bij de patiënt, dat je daar dus gericht gebruik van kunt maken”

Een andere respondent geeft aan dat de Triadekaart een drempelverlagend effect kan hebben op de betrokkenheid van de mantelzorger.

“Er staan veel onderwerpen in die ingezet kunnen worden op de Omswaai. Om te toetsen waar mantelzorgers behoefte aan hebben”.

Niet alle punten in de Triadekaart zijn relevant op de Omswaai en respondenten geven aan dat de lijst wellicht moet worden aangepast.

Respondenten geven aan deze kaart vóór de behandeling in te laten vullen door de mantelzorger en te bespreken met de persoonlijk begeleider en/of behandelaar.

“Maar ik denk wel dat het voor een gewone begeleider lastig is om dit hele proces in één te maken om die afspraken, soms moet je het ook behandelniveau en dan kun je wel allemaal dingen zeggen maar je hebt niet de bevoegdheid daar iets over te zeggen”.

Andere respondenten benoemen dat de plaatsende instantie hier ook bij betrokken kan worden omdat daar al veel informatie beschikbaar is. Wel moeten de mantelzorgers niet

worden overgeslagen in dit proces. De plaatsende instantie zou vooraf informatie kunnen aanleveren. Bij een opnamegesprek kan de aangeleverde informatie dan met de mantelzorger besproken worden. Hierbij kan tevens gekeken worden of de bestaande afspraken binnen de woonsetting waar de patiënt vandaan komt, ook kunnen worden overgenomen binnen de setting op de Omswaai.

Psycho-educatie:

Tabel 2.3.7: mening over inzet van Psycho-educatie

Aantal respondenten	Positief over Psycho-educatie	Negatief over psycho-educatie
5	5	0

Tabel 2.3.8: welke zorgverlener(s) moet(en) betrokken zijn bij de psycho-educatie

Aantal respondenten	Persoonlijk begeleider	Behandelaar (psychiater)	Plaatsende instantie (als ontvanger)	Systeemtherapeut
5	5	4	3	2

Alle respondenten geven aan dat psycho-educatie belangrijk is gedurende de opname. Bij een kort durende crisisopname van 3 weken is dit volgens de respondenten niet altijd nodig of haalbaar. Psycho-educatie kan volgens de respondenten de betrokkenheid vergroten en inzicht geven in het psychiatrisch ziektebeeld.

“Ik denk wel dat wanneer je een stukje informatie krijgt je daardoor ook bepaalde angsten weg kunt halen of dat je ze daarmee het gevoel geeft: het ligt niet aan jou.”

“Ik denk ook dat ze daardoor bepaalde reacties van patiënten beter begrijpen: waarom doet iemand zo en dat het gewoon met een bepaald ziektebeeld te maken heeft.”

De respondenten geven aan dat het ook wenselijk is om de psycho-educatie in zetten bij de plaatsende instantie. Respondenten geven aan dat het geven van psycho-educatie voor een gedeelte door hen gedaan kan worden, door de behandelaar of door de systeemtherapeut. Dit is afhankelijk van het onderwerp van de educatie en of dit binnen hun kennisgebied ligt.

Zorgverleners geven aan dat hun voorkeur uit gaat naar een combinatie van de aangepaste Triadekaart en psycho-educatie.

“Volgens mij moet je geen keuze maken maar moet je gewoon dit allebei in je arsenaal hebben want dit is gewoon heel belangrijk om in het begin al duidelijk te hebben. Wie staat er om de patiënt heen, welke informatie kunnen zij jou bieden maar ook welke informatie hebben zij nog van ons nodig.”

“Volgens mij moet je én de Triadekaart én de psycho-educatie doen.”

3. Discussie

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het onderzoek, de uitkomsten van het onderzoek worden in kaart gebracht en er wordt kritisch gekeken naar zowel beperkingen als de sterke punten in het onderzoek.

3.1 Belangrijkste resultaten

In een landelijk onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2012) komt naar voren dat mantelzorgers van patiënten met een verstandelijke- en psychische beperking zich niet betrokken voelen bij de zorg rondom hun naasten. Het gebrek aan betrokkenheid, afstemming of overleg en het soms daarbij komende gevoel uitgesloten te worden, lijkt voor veel mantelzorgers van patiënten met een verstandelijke- en psychische beperking een extra belasting met zich mee te brengen.

Ook mantelzorgers van patiënten die zijn opgenomen op de Omswaai voelen onvoldoende betrokkenheid bij het behandelproces. Oorzaak hiervan is de minimale informatievoorziening, de geringe contactmomenten en de onduidelijkheid over de betrokken zorgverleners. Een enkele mantelzorger ervaart de betrokkenheid wel als positief; bij deze respondenten was het eigen initiatief in het verkrijgen van informatie en contactmomenten groot. We spreken hier van assertieve mantelzorgers. Met name mantelzorgers die zelf ervaring hebben binnen het vakgebied geven aan dat er weinig kennisuitwisseling plaatsvindt. Zorgverleners geven aan dat er een verminderde betrokkenheid is vanuit de Omswaai. Oorzaak hiervan is het ontbreken van een eenduidige werkafpraak binnen de kliniek. Begeleiders die zich bekwaam voelen in het contact met mantelzorgers nemen sneller contact op met mantelzorgers. Het gevoel van betrokkenheid onder mantelzorgers kan hierdoor worden gezien als zorgverlener afhankelijk. Er is behoefte aan een duidelijk beleid rondom contactmomenten en informatievoorziening. Wanneer bij de start van een opname al contact wordt gelegd, kan de rol van de mantelzorger direct in kaart worden gebracht en kunnen er naar behoefte afspraken over contact en informatievoorziening worden gemaakt. Daarnaast kan er duidelijkheid worden gecreëerd voor mantelzorgers over de rol van de betrokken zorgverleners. Door respondenten wordt het advies meegegeven om een opnamebrochure te maken die bij de start van een opname aan de betrokken mantelzorgers aangereikt kan worden. De rol van de systeemtherapeut wordt als zeer positief ervaren. Mantelzorgers geven hierin als belangrijkste redenen: gehoord worden, van zich af kunnen praten, hulp en ondersteuning bij organisatorische zaken zoals bewindvoering aanvragen. Ook zorgverleners ervaren de aanwezigheid van een systeemtherapeut als positief. Deze kan de complexere gesprekken met mantelzorgers voeren en een verbinding vormen tussen mantelzorgers en zorgverleners. Er wordt tijdens het onderzoek door respondenten aangegeven dat de functie van systeemtherapeut op korte termijn komt te vervallen, wat als een verlies voor de Omswaai wordt gezien.

3.1.1 Triadekaart

Zowel mantelzorgers als zorgverleners zijn positief over de inzet van de Triadekaart. Hierbij wordt wel specifiek benoemd dat niet alle punten binnen de bestaande Triadekaart aansluiten bij de behandelsetting op de Omswaai. De Triadekaart zoals deze nu is vormgegeven, zal moeten worden aangepast aan een kaart die volledig aansluit bij de Omswaai. Wat als positief wordt gezien zijn het direct inzichtelijk krijgen van de behoeften van mantelzorgers en inzicht verkrijgen in wie nu exact de betrokken mantelzorgers van de patiënt zijn. Zorgverleners geven aan dat zij een beperking zien in de daadwerkelijke

uitvoerig van de Triadekaart. Er zal een duidelijk beleid moeten worden afgesproken waarin wordt opgenomen wanneer de Triadekaart wordt ingevuld en welke zorgverleners erbij betrokken moeten worden. Ook moet een beleid worden afgesproken wie er vervolgens verantwoordelijk is voor de contacten ten aanzien van de Triadekaart: welke zorgverlener onderhoudt de contacten met de mantelzorger. Tevens is de vraag of de Triadekaart wel binnen het bestaande Ysis systeem kan worden geïmplementeerd. Vanuit het interviews komt naar voren dat alle betrokken professionals, dus ook die vanuit de plaatsende instantie, hier een rol in kunnen spelen. Vanuit de respondenten wordt aangegeven dat de contacten met plaatsende instanties vaak niet optimaal verlopen, hoewel hier wel behoefte aan is. Dit zal een beperking op kunnen leveren bij de uitvoering van de Triadekaart.

3.1.2 Psycho-educatie

Alle betrokkenen binnen de steekproef zijn positief over het inzetten van psycho-educatie. Uit de data-analyse komt naar voren dat op kleine schaal al psycho-educatie wordt gegeven. Dit gebeurt door verschillende zorgverleners en op verschillende niveaus. Mantelzorgers en zorgverleners geven aan dat de psycho-educatie nog geen vanzelfsprekendheid is. Er is geen duidelijk beleid over de inzet van psycho-educatie. Dit wordt voornamelijk gevoelsmatig ingezet of op nadrukkelijk verzoek van de mantelzorger zelf. Gedurende het behandelproces wordt volgens de respondenten niet specifiek gevraagd of er behoefte is aan psycho-educatie. Er worden casussen benoemd waarin psycho-educatie wordt gegeven maar men lijkt zich hier niet altijd bewust van te zijn. Een verbeterpunt welke herhaaldelijk naar voren wordt gebracht door zowel zorgverleners als mantelzorgers is het inzetten van psycho-educatie richting de plaatsende instantie. Er wordt door één van de respondenten aangegeven dat hiervoor een project in de opstartende fase is. Er is nog geen duidelijke uitspraak door de respondenten gedaan wie de psycho-educatie zou moeten geven. Dit lijkt afhankelijk te zijn van de problematiek en welke behoefte er bestaat onder de mantelzorgers. Alle betrokken disciplines worden afzonderlijk of gecombineerd benoemd. Hierbij speelt ook ervaring van zorgverleners een rol alsmede het gevoel van bekwaamheid. Zorgverleners geven aan dat bepaalde educatie eerder wordt aangenomen van een psychiater of systeemtherapeut.

3.2 Beperkingen en sterke punten van het onderzoek:

Er zijn weinig (recente) evidence based methoden te vinden om de betrokkenheid van mantelzorgers te vergroten binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg en psychiatrie. De Triadekaart en psycho-educatie worden beschreven als goed onderbouwd. De Trimbos stelt dat psycho-educatie effectief is in het verlagen van de ervaren belasting van naasten. Deze interventies zijn beoordeeld door de erkenningscommissie Langdurige GGz (Trimbos, 2017).

Het doel van dit onderzoek is niet het produceren van een theorie die of een model dat voor alle populaties binnen de organisatie generaliseerbaar is. Getracht is vast te stellen welke methoden kunnen worden toegepast om de betrokkenheid van mantelzorgers te vergroten op de Omswaai, bij deze specifieke doelgroep. De resultaten van dit onderzoek zijn om deze reden niet generaliseerbaar naar andere doelgroepen binnen Talant/Alliade. Omdat niet alle zorgverleners, die binnen de steekproef vielen, konden deelnemen aan het onderzoek, is de generaliseerbaarheid van dit onderzoek verkleind.

Vooraf was besloten dat de resultaten van de transcripties aan de respondenten zouden worden voorgelegd ter controle of beschrijvingen en interpretaties gescheiden zijn gehouden.

Door tijdsgebrek is besloten dit uit te stellen en eventuele veranderingen in het onderzoek daarna te verwerken. Een mogelijk gevolg hiervan is dat er vertekening is ontstaan bij het beschrijven van de resultaten. Om dit gevolg te beperken is veelvuldig gebruik gemaakt van citaten afkomstig uit de interviews.

Een beperking van dit onderzoek is dat bij het selecteren van de mantelzorgers is gebleken dat niet alle mantelzorgers open stonden om deel te nemen aan het onderzoek, of dat de familierelatie en/of persoonlijke situatie te complex was om deze mantelzorgers voor het interview te benaderen. Ook is het voorgekomen dat mantelzorgers niet wilden deelnemen omdat ze op dat moment geen bemoeienis op de Omswaai hadden omdat hun naasten met ontslag gingen. Om deze reden is er voor gekozen om mantelzorgers, na overleg met zorgverleners binnen de Omswaai, telefonisch te benaderen. In totaal zijn acht mantelzorgers benaderd waarvan vijf positief reageerden om deel te nemen aan het onderzoek.

Mantelzorgers met een verminderd verstandelijk vermogen zijn niet meegenomen in de steekproef. Hier is voor gekozen omdat er een bepaald denkvermogen en zelfreflectie vereist wordt om deel te nemen aan het onderzoek. Daarbij waren de onderzoekers van mening dat het ethisch niet verantwoord was om deze mantelzorgers deel te laten nemen aan het onderzoek. Vanwege deze keuze is niet vast te stellen of implementatie van de onderzochte methoden de betrokkenheid van mantelzorgers met een verminderd verstandelijk vermogen vergroot.

Er zijn vanuit de hiërarchische lijn zes zorgverleners geselecteerd. Logistiek was het niet mogelijk om de behandelaren te interviewen. Daarnaast was het vanwege de objectiviteit niet mogelijk om de systeemtherapeut te interviewen vanwege de directe betrokkenheid bij het onderzoek. Na vijf interviews bij de zorgverleners was er sprake van datasaturatie, vanuit de laatste twee interviews met zorgverleners kwam er geen nieuwe informatie meer naar voren. Om deze reden zijn in totaal vijf mantelzorgers en vijf zorgverleners geïnterviewd.

De tweede onderzoeker is werkzaam op de Omswaai waardoor de rol van onderzoeker en zorgverlener dichtbij elkaar kwam te liggen. Hierover is vooraf gediscussieerd om de rol van de tweede onderzoeker tijdens de interviews vast te stellen. De tweede onderzoeker had tijdens de interviews een observerende rol. Voorafgaand aan de interviews is benoemd welke rol de onderzoekers hadden tijdens het interview en gaven respondenten aan dat de rolverdeling duidelijk was. Ondanks de aanwezigheid van onderzoeker twee tijdens de interviews hebben de onderzoekers het idee dat de respondenten een eerlijk beeld geschetst hebben. Alle respondenten hebben open en eerlijk de vragen uit de topiclist beantwoord waardoor een duidelijk beeld is ontstaan over de verschillende topics.

Door de uitnodiging aan mantelzorgers om deel te nemen aan het onderzoek en de daarbij behorende interviews kan het gevoel van betrokkenheid worden vergoed. Dit kan een vertekend beeld geven in de uitkomsten van het onderzoek. Mantelzorgers kunnen positief reageren op aangereikte methoden omdat er een sterke behoefte bestaat aan betrokkenheid en informatievoorziening. Wetende dat deze beperking aanwezig kon zijn, is er tijdens de interviews extra doorgevraagd op deze methoden en de nadelen van de methoden.

3.3 Implicaties van het praktijkonderzoek:

- Mantelzorgers krijgen een gevoel van erkenning door middel van de interviews. Daarbij hebben de interviews hen inspraak gegeven in de aanbevelingen naar kliniek de Omswaai. Hierdoor worden mantelzorgers meer betrokken bij het behandelproces.
- Voor kliniek de Omswaai is door dit onderzoek inzichtelijk gemaakt waar mantelzorgers behoefte aan hebben met betrekking tot contact met de zorgverlener. Op welke manier mantelzorgers betrokken willen worden bij het behandelproces en welke methoden hiervoor kunnen worden ingezet door zorgverleners.
- Kliniek de Omswaai krijgt door het lezen van de resultaten inzicht in de beperkingen die een onduidelijk beleid aangaande betrokkenheid van mantelzorgers met zich mee brengt.
- Kliniek de Omswaai krijgt inzicht in de mogelijk in te zetten methoden en heeft inzichtelijk welke beperkingen deze methoden met zich mee brengen.

4. Conclusie

Aan het begin van dit praktijkonderzoek is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Welke methoden kunnen zorgverleners toepassen om de betrokkenheid van mantelzorgers van patiënten die behandeld worden op de Omswaai, te vergroten?”

Er zijn drie ondersteunende deelvragen gesteld om antwoord te kunnen geven op de centrale vraag:

1. *Welke evidence based methoden zijn ontwikkeld om mantelzorgers te betrekken bij het zorgproces van hun naasten met een verstandelijke beperking die behandeld wordt vanwege psychische problematiek?*

Geconcludeerd kan worden aan de hand van de resultaten vanuit zowel de literatuurstudie als het praktijkonderzoek dat de Triadekaart en de psycho-educatie goede methoden zijn om in te zetten op de Omswaai.

2. *Waar hebben mantelzorgers behoefte aan met betrekking tot het contact met de zorgverleners van hun naasten?*

Vanuit de respondenten wordt significant aangegeven dat er behoefte is aan regelmatige contactmomenten. Dit kan zowel persoonlijk, telefonisch als per e-mail zijn. Mantelzorgers hebben daarnaast behoefte aan informatie over het behandelproces. Ook willen zij informatie over de betrokken zorgverleners en hun rol tijdens de behandeling van hun naaste. Daarnaast missen zij basis informatie bij de start van de opname zoals contactgegevens. Mantelzorgers hebben behoefte aan een spraakbaken; een persoon aan wie zij hun verhaal kwijt kunnen. Hierbij wordt structureel de systeemtherapeut genoemd.

3. *Op welke manier willen mantelzorgers van de Omswaai betrokken worden bij het behandelproces van hun naasten?*

Mantelzorgers geven aan dat zij middels een Triadekaart concrete afspraken kunnen maken met zorgverleners. Zij kunnen kenbaar maken welke wensen zij ten aanzien van hun betrokkenheid hebben. Andersom geven ook zorgverleners aan beter te kunnen voorzien in de behoefte van de mantelzorgers door het gebruik van de Triadekaart. Mantelzorgers willen bij de start van de opname al kenbaar kunnen maken waarover zij geïnformeerd willen worden, waar zij ondersteuning in nodig hebben of zelf ondersteuning in kunnen bieden. Er is op verschillende niveaus behoefte aan psycho-educatie onder mantelzorgers. Enkelen willen educatie over het ziektebeeld van hun naasten, waar anderen behoefte hebben aan inhoudelijke educatie met betrekking tot het behandelplan. Allen geven aan inzicht te willen hebben in de motivatie achter een behandelplan en hun eventuele aandeel hierin.

Er kan geconcludeerd worden dat zowel de Triadekaart als de psycho-educatie de betrokkenheid van mantelzorgers zullen vergroten.

5. Aanbevelingen

Vanuit de resultaten en de beschreven conclusie worden in onderstaand hoofdstuk aanbevelingen gedaan aan de Omswaai om de betrokkenheid van hun mantelzorgers te vergroten.

1. Implementeren Triadekaart en psycho-educatie

Om de betrokkenheid van mantelzorgers bij het behandelproces op de Omswaai te vergroten dient een eenduidige methode te worden ingevoerd bestaande uit de Triadekaart in combinatie met psycho-educatie. Zowel mantelzorgers als zorgverleners zijn positief over beide methoden. Ter voorbereiding op de implementatie van beide methoden is het wenselijk dat een werkgroep wordt opgesteld waarin het multidisciplinaire team vertegenwoordigd is. Daarnaast is het raadzaam om minimaal één mantelzorger plaats te laten nemen in deze werkgroep. Hierdoor zijn de mantelzorgers direct betrokken bij het proces en kunnen zij input geven. Binnen de werkgroep zal besproken moeten worden hoe de Triadekaart aangepast kan worden aan de wensen en behoeften van zowel zorgverleners als mantelzorgers van de Omswaai. Ook zal er door deze werkgroep een beleid met betrekking tot het moment en de wijze van invullen en bespreken van de Triadekaart gesteld moeten worden. Psycho-educatie dient een vast onderdeel van de Triadekaart te worden. Door de psycho-educatie te verweven met de Triadekaart kan er op een vast moment tijdens de opname van de patiënt besproken worden of er bij de mantelzorgers behoefte is aan psycho-educatie. Daarnaast kan direct in kaart worden gebracht welke zorgverlener het meest geschikt is om de psycho-educatie te verzorgen. In de uiteindelijk op de Omswaai aangepaste Triadekaart moeten afspraken over de wijze- en frequentie van contactmomenten ingebouwd worden. Daarbij zal ook beschreven moeten worden welke discipline verantwoordelijk is voor welke punten binnen de Triadekaart.

2. Informatiebrochure invoeren

Een informatiebrochure die bij opname van een patiënt aan zijn of haar mantelzorgers wordt uitgereikt, zal veel onduidelijkheid bij mantelzorgers wegnemen. In deze informatiebrochure zullen in ieder geval contactgegevens en informatie over de Omswaai opgenomen moeten worden. Daarnaast is aan te raden om ook de rolverdeling en de verantwoordelijkheden van alle betrokken disciplines hierin te beschrijven. Dit geeft mantelzorgers meer openheid om contact op te nemen met de Omswaai wanneer er vragen zijn. De informatie brochure kan ook opgestuurd worden naar de plaatsende instantie. Deze informatiebrochure kan meegenomen in worden door de werkgroep zoals genoemd bij aanbeveling 1. Hierdoor kunnen alle betrokken disciplines de benodigde informatie in de brochure verwerken en kan er vanuit de mantelzorgers meegedacht worden over de informatiebehoefte die zij hebben.

3. Herziening rol systeemtherapeut

Bij de mantelzorgers bestaat behoefte aan een luisterend oor en mentale ondersteuning. De rol van de systeemtherapeut wordt hierin als zeer positief ervaren. Daarnaast geven zorgverleners aan dat de systeemtherapeut ook een belangrijke verbinding kan zijn tussen zorgverleners op afdelingsniveau en mantelzorgers. Juist deze discipline zal op korte termijn komen te vervallen. De Omswaai zal moeten kijken naar een nieuwe invulling voor deze wegvallende discipline. Dit om te voorkomen dat deze ondersteuning voor mantelzorgers volledig weg valt en hierdoor het gevoel van betrokkenheid bij mantelzorgers juist zal verminderen.

4. Scholing communicatieve vaardigheden

Zorgverleners geven aan dat het contact tussen hen en mantelzorgers mede afhankelijk is van het gevoel van bekwaamheid in gespreksvoering. Naast het invoeren van een vaste methode zullen zorgverleners zich ook bekwaam moeten voelen in hun communicatievaardigheden. Hiervoor is een scholing in verschillende communicatie technieken noodzakelijk. Niet bij alle zorgverleners zal hier een direct behoefte liggen. Echter is het wel aan te raden om hier één lijn in te trekken. Dit om te voorkomen dat de communicatie vanuit zorgverleners naar mantelzorgers verschillend wordt uitgevoerd. In deze scholing kan tevens de communicatie over de Triadekaart en psycho-educatie meegenomen worden.

5. Vervolgonderzoek naar oorzaak verminderde betrokkenheid plaatsende instanties

De plaatsende instantie moet een grotere rol gaan spelen tijdens de opname van hun patiënten op de Omswaai. Vanuit de respondenten komt naar voren dat er behoefte is aan een duidelijke rolverdeling. Ook wordt specifiek door zorgverleners aangegeven dat na opname van de patiënt op de Omswaai er minimaal contact en betrokkenheid is vanuit de plaatsende instanties. Om te onderzoeken wat de oorzaak is van de verminderde betrokkenheid vanuit de plaatsende instanties zal vervolgonderzoek moeten plaatsvinden. Daarnaast zal onderzocht moeten worden welke interventies nodig zijn om het contact en betrokkenheid te verbeteren. In figuur 5.1 is inzichtelijk gemaakt welke aanbevelingen door middel van de invoering van een werkgroep gerealiseerd kunnen worden.

Figuur 5.1



Literatuurlijst:

Aben, J., Van Kouwen, J., Melissen, L., Vries, I. de., Roos, M. (2009). *Familie in beeld terugdringen van dwang en drang. Verslag van een studiedag*. Breda: z.n.

Alliade. (2016). Samen verder 2013-2016. Geraadpleegd op april, 04, 2017 van www.alliade.nl.

American Psychiatric Association, 2013. Beknopt overzicht van de criteria DSM-5 (vert. M.W. Hengeveld). Meppel: Boom. (Oorspr. *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric Association, Arlington).

Baarda, D., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Bijma, M. & Hutschemaeker, G. (2007). Samenwerken voor minder dwang. Een onderzoek naar de bijdrage van familie- en systeemleden aan het verminderen van dwangtoepassing. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 734-743.

Bransen, E., Mierlo, F., van. (2007). *Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie. Een onderzoek naar de uitvoering, effectiviteit en implementatie van de psycho-educatie cursus in de preventieve GGz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bransen, E., Paalvast, M., Slaats, M. (2014). *De kracht van naasten ontsluiten*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 40(1), 20-33.

Busschbach, J.T., van., Wolters, K.J.K., Boumans, H.P.A.T. (2009). *Betrokkenheid in kaart gebracht*. Groningen:Ypsilon

Centrummantelzorg. (2017). *Voor- organisaties*. Opgeroepen op februari 03, 2017 van www.centrummantelzorg.

Dassen, TH.W.N., Keuning, F.M., Jansen, G.J., Jansen, W.S. (2012). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort: Thiememeulenhoff.

Encyclo (2017). Sneeuwbalmethode, geraadpleegd op juni 19, 2017 van www.encyclo.nl/lokaal/11110.

Erp, N., van., Place, C., Michon, H. (2009) *Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies*. Trimbos instituut Utrecht.

Fox, H., Haenen, J., Meyer, A. & Veen, P. van. (2008). Cliënt, familie en hulpverlener. Over het belang van samenwerking. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel van Mensen met Psychische Beperkingen*, 3, 35-43.

GeriMedica. (2017). Geraadpleegd op juni 14, 2017 van www.germedica.nl.

Heerink, M., Pinkster, S. & Werf, M.B. van der. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: een praktische inleiding*. Pearson Benelux B.V.

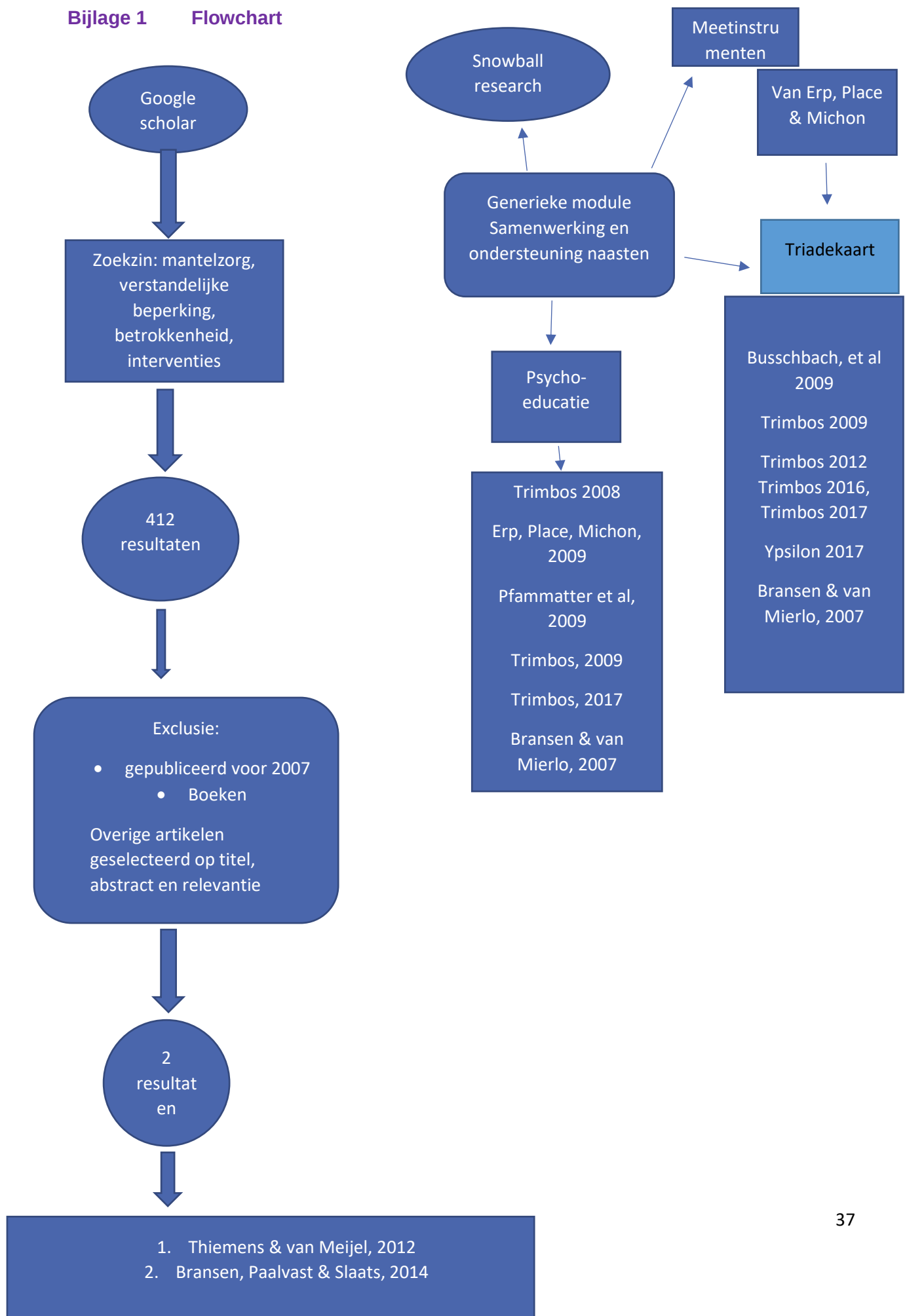
Hoffman, P.D., Frusetti, A.E., Buteau, E. e.a (2005). *Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder*. Family Process, 44, 217-225

Kwekkeboom, R. & Poel, Y. te. (2010). *Familie als bondgenoot, op zoek naar duurzame zorg*. Utrecht: Movisie.

Macnee, C.L., & McCabe, S. (2008). *Understanding Nursing Research: Reading and Using Research in Evidence-Based Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.72.

- Mezzo (2016). *Mantelzorg in cijfers*. Opgehaald op maart 28, 2017 van www.mezzo.nl
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.
- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. (2017). *Handreiking maatschappelijke steunsystemen*. Geraadpleegd op april 04, 2017 van www.platformggz.nl
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven/Den Haag: Uitgeverij Acco.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Geraadpleegd op mei 03, 2017 van www.nvvp.nl
- Pfammater, M., Janghan, UM., Brenner, HD. (2006). *Efficacy of psychosocial therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyse*. Schizophr Bull. 32 (Suppl. 1): S64-80.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J.P. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearsons Education Benelux.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2012). *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*.
- TK (2003/2004). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29538, nr. 1.
- Trimbos (2009). *Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies*. Geraadpleegd op april 20, 2017 van www.platformggz.nl
- Trimbos (2012). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten*. Geraadpleegd op juni 02, 2017 van www.trimbos.nl
- Trimbos (2016). *Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Geraadpleegd op april 20, 2017 van kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- Trimbos (2017). *Triadekaart*. Geraadpleegd op april 19, 2017 van erkendeinterventiesggz.trimbos.nl
- Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal. (z.d.). Geraadpleegd op april 04, 2017 van <http://www.vandale.nl>
- V&VN (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. Opgehaald op maart 30, 2017 van www.venvn.nl
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. (5^e druk). Amsterdam: Boom.
- Wittenberg, Y., Kwekkeboom, M. & Boer, A. de (2012). *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*. Den Haag/Amsterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau/ Hogeschool van Amsterdam.

Bijlage 1 Flowchart



Bijlage 2 Topiclist**Interview mantelzorgers**

Topics	Optionele vragen
Ervaring	1. wat zijn uw ervaringen tijdens voorgaande opnames (bij andere organisaties) van uw naaste? 2. hoe ervaart u uw betrokkenheid tijdens het behandelproces van uw naaste? 3. bent u tevreden over de wijze waarop u wordt betrokken bij het behandelproces van uw naaste?
Rol mantelzorger	1. kunt u vertellen hoe u uw eigen rol als mantelzorger ziet tijdens de behandeling van uw naaste? 2. op welke wijze zou u zelf graag invulling willen geven aan uw rol als mantelzorger?
Informatie	1. in hoeverre wordt u geïnformeerd over de behandeling en het proces van uw naaste? 2. in welke mate vindt u dat u inspraak heeft in de behandeling en het proces? 3. in welke mate zou u inspraak willen hebben in de behandeling en het proces? 4. bent u voldoende op de hoogte van de problematiek van uw naaste?
Rol zorgverlener	1. hoe zou u willen dat de Omswaai u betreft tijdens het behandelproces van uw naaste? 2. op welke wijze wordt u momenteel betrokken bij het behandelproces van uw naaste? 3. welke verbetering zou u hier graag in zien?
Contact	1. waar ontstaat het contact met de zorgverleners binnen de Omswaai momenteel uit? 2. op welke wijze zou u graag contact willen onderhouden met de zorgverleners van de Omswaai?

	3. welke frequentie zal dit contact voor u moeten hebben? 4. hoe belangrijk is 1 vast aanspreekpunt binnen de Omswaai voor u?
Triadekaart	1. wat is uw eerste indruk van de triadekaart? 2. denkt u dat het inzetten van de triadekaart uw betrokkenheid als mantelzorger zal vergroten? 3. denkt u dat de triadekaart een bijdrage kan leveren aan een duidelijke afstemming tussen u, uw naaste en de zorgverleners? 4. wat ontbreekt er naar uw mening aan de triadekaart? / welke aanpassing(en) zou u graag zien? 5. met welke zorgverlener(s) zou u het contact m.b.t. de triadekaart willen voeren?
Psycho-educatie	1. wat is uw eerste gedachte bij psycho-educatie? 2. denkt u dat het inzetten van psycho-educatie uw betrokkenheid als mantelzorger zal vergroten? 3. denkt u dat psycho-educatie een bijdrage kan leveren aan een duidelijke afstemming tussen u, uw naaste en de zorgverleners? 4. wat ontbreekt er naar uw mening aan psycho-educatie? / welke aanpassing(en) zou u graag zien? 5. met welke zorgverlener(s) zou u het contact m.b.t. de psycho-educatie willen voeren?
Systeemtherapeut	1. welke ervaring heeft u in het contact met de systeemtherapeut? 2. welke meerwaarde heeft de rol van de systeemtherapeut voor u gehad?

Interview zorgverleners

Topics	Optionele vragen
Ervaring	1. wat zijn uw ervaringen m.b.t mantelzorgers en de betrokkenheid tijdens het behandelproces (binnen andere organisaties)? 2. hoe ervaart u de betrokkenheid van mantelzorgers tijdens het behandelproces binnen de Omswaai? 3. bent u tevreden over de wijze waarop u mantelzorgers betreft bij het behandelproces van uw patiënten?
Rol mantelzorger	1. kunt u vertellen hoe u de rol van de mantelzorger ziet tijdens de behandeling van uw patiënten? 2. op welke wijze betreft u mantelzorgers bij het behandelproces van uw patiënten?
Informatie	1. in hoeverre worden mantelzorgers geïnformeerd over de behandeling en het proces van hun naaste? 2. in welke mate vindt u dat mantelzorgers inspraak hebben in de behandeling en het proces van hun naaste? 3. bent u voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de mantelzorgers om een rol te vervullen in het behandelproces?
Rol zorgverlener	1. hoe zou u mantelzorgers willen betrekken tijdens het behandelproces van uw naaste? 2. op welke wijze worden zij momenteel betrokken bij het behandelproces? 3. welke verbetering zou u hier graag in zien?
Contact	1. waar ontstaat het contact met de mantelzorgers van patiënten binnen de Omswaai momenteel uit? 2. op welke wijze zou u graag contact willen onderhouden met deze mantelzorgers?

	3. welke frequentie zal dit contact voor u moeten hebben? 4. denkt u dat 1 vaste zorgverlener als aanspreekpunt meerwaarde heeft voor mantelzorgers?
Triadekaart	1. wat is uw eerste indruk van de triadekaart? 2. denkt u dat het inzetten van de triadekaart de betrokkenheid van mantelzorgers zal vergroten? 3. denkt u dat de triadekaart een bijdrage kan leveren aan een duidelijke afstemming tussen u, de patiënt en de mantelzorgers? 4. wat ontbreekt er naar uw mening aan de triadekaart? / welke aanpassing(en) zou u graag zien? 5. met welke zorgverlener(s) zouden het contact m.b.t. de triadekaart moeten voeren?
Psycho-educatie	1. wat is uw eerste gedachte bij psycho-educatie? 2. denkt u dat het inzetten van psycho-educatie de betrokkenheid van de mantelzorgers zal vergroten? 3. denkt u dat psycho-educatie een bijdrage kan leveren aan een duidelijke afstemming tussen u, de patiënt en de mantelzorgers? 4. wat ontbreekt er naar uw mening aan psycho-educatie? / welke aanpassing(en) zou u graag zien? 5. welke zorgverlener(s) zouden het contact m.b.t. de psycho-educatie moeten voeren?
Systeemtherapeut	1. welke ervaring heeft u in het contact met de systeemtherapeut? 2. welke meerwaarde heeft de rol van de systeemtherapeut voor u gehad?

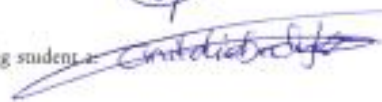
Bijlage 3 Antiplagiaat verklaring

**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences

Bijlage 3: Anti-plagiaatverklaring (tegelijk met het product- en processverslag in te leveren)

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

(plaats) Zuidbroek
(datum) 22-06-2017

Naam student 1: <u>L. Bylholt</u>	Handtekening student 1: 
Naam student 2: <u>A. Dijkstra</u>	Handtekening student 2: 
Naam student 3:	Handtekening student 3:
Naam student 4:	Handtekening student 4:

share your talent. move the world.

View SafeAssignment

You have already completed this SafeAssignment. Below are your results.

Assignment Information

Name	Description
Afstudeeronderzoek(Draft)	Safeassignment voor afstudeeronderzoek U3

Submitted Work

Student ID	Student Name	Text	File	Matching	SA Report	Date Submitted
	Anita Dijkstra A			12%		do, jun 22, 2017, 11:21 AM

View Grade

Grade	Points Possible	Weight
	0	0.0

Instructor's Feedback

Comments	Currently Attached File
No feedback from instructor	No feedback uploaded

← OK