Het ontwikkelen van een sociale kaart, de wens van het POP-team

HBO – Verpleegkunde, Hogeschool Arnhem & Nijmegen

12 november, 2018

Bas Langhout - 519647
Nikki Limpens – 561011

Docentbegeleider - Lidy Okkerman
Opdrachtgever - Tamara Hagen
Examinator - Nikki Klaessen

Projectcode - 1819_1ZidP_10

Colofon

Projectcode:	1819_1ZidP_10
Opdrachtgever:	Mw. T. Hagen *Verpleegkundig specialist in opleiding* *Radboud Universitair Medisch Centrum*
Docentbegeleider:	Mw. L. Okkerman *Docent Instituut Verpleegkundige studies* *Hogeschool van Arnhem en Nijmegen*
Examinator:	Mw. N. Klaessen *Docent Instituut Verpleegkundige studies* *Hogeschool van Arnhem en Nijmegen*
Studentonderzoekers :	Dhr. B. Langhout (519647) bas.langhout@hotmail.com Mw. N. Limpens (561011) NLD.limpens@student.han.nl
Onderwijsinstelling:	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen *Kapittelweg 33* *6525 EN Nijmegen*
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar:	2018-2019
Onderwijseenheid:	Zorginnovatie in de praktijk
Inleverdatum:	12 november 2018

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag ‘Het ontwikkelen van een sociale kaart, de wens van het POP-team ’. Dit onderzoek is uitgevoerd bij de teamleden van het POP-team uit het RadboudUMC te Nijmegen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de onderwijseenheid ‘Zorginnovatie in de Praktijk’, die onderdeel uit maakt van de voltijdopleiding hbo-verpleegkunde. De opdrachtgever van dit onderzoek is Mw. T. Hagen verpleegkundig specialist in opleiding werkzaam binnen het POP-team van het RadboudUMC te Nijmegen. Wij willen haar bedanken voor haar enthousiasme en ondersteuning gedurende het onderzoek.

Daarbij willen wij ook Mw. L. Okkerman, onze docentbegeleider van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen bedanken. Zij heeft ons ondersteund bij het uitvoeren van dit onderzoek en was te allen tijde bereikbaar voor ons.

Daarnaast gaat onze dank uit naar Roeland Kelia, docent van de Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, die onze tutor was gedurende deze periode. Hij heeft ons onderwezen in het doen van onderzoek en analyseren van onze onderzoeksresultaten.

Onze speciale dank gaat uit naar alle zorgprofessionals die de tijd en moeite hebben genomen om mee te doen aan dit onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier.

Bas Langhout & Nikki Limpens Studenten van de voltijdopleiding hbo-verpleegkunde

Nijmegen, 14 januari 2019

Samenvatting

Achtergrond

Het ontbreekt het Pediatrie Obstetrie Psychiatrie (POP) team aan een gedeeld overzicht van gespecialiseerde hulp en vrijwilligersorganisaties waardoor niet goed verwezen kan worden en er geen optimale nazorg voor vrouwen met psychiatrische problemen postpartum binnen de regio Nijmegen gegeven kan worden. Daarbij is het onduidelijk wat de wensen van het POP-team zijn ten aanzien van het ontwikkelen en gebruiken van een sociale kaart.

Doel

Het doel van dit onderzoek is dat het POP-team van het RadboudUMC inzicht krijgt over hoe een sociale kaart kan worden ontwikkeld en geborgd aan de hand van hun wensen zodat zij vrouwen met psychiatrische problemen postpartum kunnen verwijzen binnen de regio Nijmegen. Aan de hand van dit doel zullen aanbevelingen worden gedaan waarmee zij een sociale kaart kunnen gaan ontwikkelen.

Methode

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek dat uitgevoerd is in het tijdsbestek van zes maanden. Er is gewerkt met semigestructureerd interviews die afgenomen zijn binnen de teamleden van het POP-team die aan het onderzoek mee wilde doen. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd om vervolgens geanalyseerd te worden.

Resultaten

Het POP-team wenst digitale sociale kaart in de vorm van een website waardoor er online wijzigingen gedaan kunnen worden door het POP-team, al dan niet de organisaties zelf. Jaarlijks willen zij een check uitvoeren om te kijken of de informatie die in de sociale kaart staat nog actueel is en of er mogelijk nieuwe organisaties bij zijn gekomen. Binnen de sociale kaart wensen zij te zoeken op probleemgebieden. Daarbij willen zij het volgende graag zien, wachttijden, werkwijze van verwijzingen en welke diensten de organisaties kunnen leveren.

Conclusie

Het POP-team zal bij elkaar moeten zitten om erachter te komen wat zij gezamenlijk binnen de sociale kaart willen zien en hoe zij de werkwijze graag zien bij de sociale kaart. Verder onderzoek zal gedaan moeten worden naar de vormgeving van een sociale kaart, het actueel houden van een sociale kaart en hoe een sociale kaart voor patiënten gemaakt en geborgd kan worden.

Keywords

Sociale kaart, POP-team, zwangerschap, psychiatrie, verwijsproces, aanbod, vormgeving, actueel.

Inhoudsopgave

Colofon **2**
Voorwoord **3**
Samenvatting **4**
Inhoudsopgave **5**
Hoofdstuk 1 – Inleiding **7**
1.1 Probleemstelling 8
1.2 Doelstelling 8
1.3 Vraagstelling 8
1.4 Leeswijzer 8
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader **10**
2.1 Zoekstrategie 10
2.2 Het Radboud UMC 10
2.3 Werkzaamheden POP-poli 11
2.4 Patiënten doelgroep 12
2.5 Het verwijsproces 12
2.6 Sociale kaart 13
2.7 Verpleegkundige relevantie 14
Hoofdstuk 3 – Onderzoeksmethode **16**
3.1 Onderzoeksdesign 16
3.2 Doelpopulatie en steekproef 16
3.3 Dataverzameling en –analyse 16
3.4 Zorgvuldigheidseisen 17
3.5 Ethiek 18
Hoofdstuk 4 – Resultaten **19**
4.1 Totstandkoming onderzoekspopulatie 19
4.2 Aanbod 19
4.2.1 Behoefte sociale kaart 19
4.2.2 Problemen oplossen 20
4.2.3 Sociale kaart momenteel 20
4.2.4 Samenwerking 20
4.2.5 Probleemgebieden 21
4.3 Vormgeving 22
4.3.1 Hoe vormgeving 22
4.3.2 Zoeken 23
4.3.3 Gebruikers 23
4.4 Actueel 24
4.4.1 Werkwijze 24
4.4.2 Wie 24
4.4.3 Frequentie 25
4.5 Problemen 26
Hoofdstuk 5 – Discussie **27**
5.1 Resultaten ten opzichte van literatuur 27
5.1.1 Aanbod 27
5.1.2 Vormgeving 27
5.1.3 Zoeken 28

5.1.4 Gebruikers…… 28
5.1.5 Actueel…….. 28
5.1.6 Problemen…… 29
5.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek…….. 29
5.3 Praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid…… 30
Hoofdstuk 6 – Aanbevelingen…… 31
6.1 Praktijk…….. 31
6.1.1 Pop-team…….. 31
6.1.2 Uitvoering…… 31
6.2 Onderwijs…….. 32
6.3 Onderzoek…… 32
6.3.1 Creëren sociale kaart…… 32
6.3.2 Actueel houden sociale kaart…… 32
6.3.3 Sociale kaart patiënten…….. 32
Hoofdstuk 7 – Conclusie…… 33
7.1 Aanbod…….. 33
7.2 Vormgeving…….. 33
7.3 Actueel…….. 33
7.4 Conclusie…….. 34
Literatuurlijst…….. 35
Bijlage 1 – Schriftelijke rapportage zoekstrategie…….. 38
Bijlage 2 – Evidence tabel..... 49
Bijlage 3 – Ziektebeelden…….. 52
Bijlage 4 – Kenmerken sociale kaart analyse, Gelink en Verkoelen (2014)……...56
Bijlage 5 – Interviewguide…….. 57
Bijlage 6 – Projectplanning……... 63
Bijlage 7 – Codering…… 64
Bijlage 8 – Informed consent..... 65
Bijlage 9 – Verklaring geheimhouding……... 66
Bijlage 10 – Brief aan respondenten…… 68
Bijlage 11 – Herkomst literatuur uit boeken…….. 69

Hoofdstuk 1 - Inleiding

Ruim 1 op de 10 vrouwen krijgt last van psychiatrische problemen tijdens de zwangerschap of na de bevalling (Radboud UMC, z.d.). Deze problemen kunnen overal uit bestaan bijvoorbeeld postpartum psychose, postpartum depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en tocofobie. Daarnaast zijn er vrouwen die al psychiatrische problemen of een verstandelijke beperking hebben vóór de zwangerschap (LKPZ, z.d.). De problematieken die deze vrouwen ervaren kunnen een negatief effect hebben op het (ongeboren) kind, het verloop van de zwangerschap, de bevalling en de moeder-kindrelatie. Daarbij kunnen deze problemen invloed hebben op het psychosociale systeem en het dagelijkse functioneren van de desbetreffende vrouw. Hoe en waarbij deze vrouwen deze problemen ervaren verschilt per individu (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).

Om de zwangerschap voor vrouwen met psychiatrische problemen en/of een verhoogd risico daarop soepel te laten verlopen, is het belangrijk dat zij worden behandeld. Hiervoor wordt de eerstelijns -zorg geadviseerd om deze vrouwen te verwijzen naar een gecombineerde polikliniek voor psychiatrie en obstetrie (NTVG, 2006). Deze gecombineerde poli's worden ook wel POP-poli's genoemd. POP staat voor psychiatrie, obstetrie en pediatrie. Deze poli's bieden gezamenlijke zorg aan vrouwen met psychiatrische problemen gerelateerd aan zwangerschap. Wanneer de behandelperiode er bij deze poli op zit, maar de behandeling nog niet is afgerond óf de zorgvraag van de patiënt de deskundigheid van deze poli overtreft, is het belangrijk dat zij optimaal kan verwijzen naar een ketenpartner.

Voorwaarde voor een optimaal verwijsproces is het gebruiken van een up-to-date sociale kaart (Ruiter & Waardenburg, 2011). Een sociale kaart is volgens Gelink en Verkoelen (2014) "een overzicht van instellingen op het gebied van welzijn, gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. De sociale kaart verwijst naar instellingen die bepaalde hulp bieden met betrekking tot een bepaalde doelgroep". Een sociale kaart is dus een noodzakelijke handreiking voor zorgprofessionals, zodat zij de continuïteit en kwaliteit van zorg kunnen waarborgen (V&VN, 2012). Hier maken verschillende Nederlandse gezondheidszorginstellingen dan ook gebruik van. Zij doen dit op eigen wijze, bijvoorbeeld digitaal of op papier (Sociale kaart Nederland, z.d.; Gelink & Verkoelen, 2014). Hoewel het gebruiken van een sociale kaart een voorwaarde is om te verwijzen, zijn er genoeg instellingen in Nederland die nog geen gebruik maken van een sociale kaart.

Een POP-poli die nog geen gebruik maakt van een sociale kaart is die van het Radboud UMC. Het POP -team die deze poli sturing geeft, bestaat uit verschillende zorgprofessionals die nauw samenwerken om een optimaal zorgproces tot stand te brengen wat betreft de zorg voor vrouwen met psychiatrische problemen en zwangerschap (Radboud UMC, z.d.). Binnen deze POP-poli waar dit onderzoek gaat plaatsvinden, kan de behandelperiode starten vanaf het preconceptionele stadia, wat vervolgens tot maximaal één jaar postpartum kan duren, uitzonderingen daarbuiten gelaten (persoonlijke communicatie, 13 september 2018). De behandeling start met een intakegesprek gevoerd door de verpleegkundig specialist en psychiater. Vervolgens bepalen zij welke behandeling de cliënt nodig heeft en welke disciplines hierbij kunnen helpen. Deze behandeling verschilt per casus, zo kan een behandeling gericht zijn op psychofarmaca afbouwen of stoppen en zijn andere behandelingen zijn andere behandelingen in de vorm van gesprekken met een professionele hulpverlener (persoonlijke communicatie, 3 oktober 2018). Het goed kunnen verwijzen tijdens en na deze behandeling is belangrijk, omdat de patiënt op deze wijze op het juiste moment de juiste zorg kan ontvangen binnen haar behoeften en mogelijkheden (Ruiter & Waardenburg, 2011). Door een optimaal verwijsproces zullen vrouwen met psychiatrische problematieken na de zwangerschap dus tijdig de juiste hulp kunnen ontvangen, zodat de behandeling direct en effectief kan worden voortgezet.

Momenteel kunnen de zorgprofessionals van het POP-team in het Radboud UMC geen optimaal verwijsproces garanderen, omdat zij geen gebruik maken van een up-to-date sociale kaart. Daarbij heeft het POP-team onvoldoende inzicht in welke organisaties beschikbaar zijn en welke zorg deze organisaties kunnen leveren. Daarnaast heerst het probleem dat er veel aanbod is en dat de wijzigingen in dit aanbod niet inzichtelijk zijn. De organisaties die wel bekend zijn bij het POP-team hebben vaak lange wachttijden of vragen een eigen bijdrage van de patiënt die zij niet altijd hebben. Bovendien zijn de wensen van het POP-team ten aanzien van het vormgeven van een sociale kaart nooit eerder in kaart gebracht. Uiteindelijk komt er op deze manier geen compleet, actueel en gedeeld overzicht van alle professionals en hulpinstanties binnen regio Nijmegen tot stand. Tot slot beperkt dit het POP-team om aan enkele doelen van het innovatieve Radboud UMC te voldoen, bijvoorbeeld het toewerken naar een academisch medisch netwerk vanuit een universitair medisch centrum. Het in kaart brengen van de wensen van het POP-team ten aanzien van het vormgeven van de toekomstige sociale kaart is belangrijk, omdat hieruit de daadwerkelijke sociale kaart ontwikkeld kan worden en dus een overzicht van lokale informatie voor professionals kan ontstaan (Verbeek, 2013). Hierdoor zullen vrouwen met psychiatrische problematieken na de zwangerschap dus tijdig de juiste hulp kunnen ontvangen, zodat de behandeling direct en effectief kan worden voortgezet en de continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd blijven.

1.1 Probleemstelling

Er is geen gedeeld overzicht van gespecialiseerde hulp en vrijwilligersorganisaties voor zorgprofessionals van het POP-team van het Radboud UMC waardoor niet goed verwezen kan worden en er geen optimale nazorg voor vrouwen met psychiatrische problemen postpartum binnen de regio Nijmegen gegeven kan worden. Daarbij is het onduidelijk wat de wensen van het POP-team zijn ten aanzien van het ontwikkelen en gebruiken van een sociale kaart.

Het onderzoek zal zich richten op de zorg rondom de postpartum periode omdat de verwijzing naar de juiste nazorg volgens het POP-team de meeste problemen oplevert. Hierdoor is het onderzoek goed in te kaderen gezien de tijdsperiode van dit onderzoek die een half jaar bedraagt.

1.2 Doelstelling

Met betrekking tot de hierboven genoemde probleemstelling is het doel van dit onderzoek als volgt: "Veertien januari 2019 is in kaart gebracht hoe een sociale kaart kan worden ontwikkeld en geborgd naar de wensen van het POP-team van het Radboud UMC zodat zij vrouwen met psychiatrische problemen postpartum kunnen verwijzen binnen de regio Nijmegen".

1.3 Vraagstelling

Aan de hand van de geformuleerde probleem- en doelstelling is de volgende hoofdvraag geformuleerd om dit doel te kunnen realiseren:

Hoofdvraag: Hoe kan een sociale kaart worden ontwikkeld en geborgd die voldoet aan de wensen van het POP-team van het Radboud UMC om de verwijzing voor vrouwen met psychiatrische problemen postpartum binnen de regio Nijmegen te verbeteren?

1.4 Leeswijzer

Dit projectverslag bestaat uit zeven hoofdstukken. Hoofdstuk 1 is de bovenstaande inleiding. Hierin worden de bijbehorende probleem-, doel- en vraagstelling beschreven. Hoofdstuk 2 is het theoretisch kader. Hierin zal vanuit wetenschappelijke literatuur de relevante onderwerpen voor dit onderzoek worden toegelicht. Daarbij zal ook de verpleegkundige relevantie van dit onderzoek worden beschreven. Hoofdstuk 3 zal gaan over de methode van dit onderzoek. De methode beschrijft aan de hand van welk onderzoeksdesign dit onderzoek

zal worden uitgevoerd, onder welke populatie dit wordt uitgevoerd, de steekproef, hoe de data verzameld zal worden, hoe rekening zal worden gehouden met de zorgvuldigheidseisen en hoe is voldaan aan de ‘gedragscode onderzoek’ met de betrokken mensen in dit onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven. In hoofdstuk 5 worden de resultaten ter discussiegesteld en afgezet tegen literatuur. In hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gedaan en in hoofdstuk 7 worden conclusies beschreven. Daarna volgen de referenties, die op alfabetische volgorde zijn weergegeven. Tot slot volgen de bijlagen, waarin het volgende is opgenomen: een zoekstrategie, de evidence tabel, de projectplanning en het ingevulde formulier verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens.

Hoofdstuk 2 - Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal vanuit de literatuur verder worden ingegaan op de onderwerpen die in de inleiding aan bod zijn gekomen. Ook overige onderwerpen die relevant zijn voor dit onderzoek zullen in dit hoofdstuk worden besproken. Zo wordt ingegaan op de volgende onderwerpen: Het Radboud UMC, de werkzaamheden van de POP-poli, de patiënten doelgroep, het verwijsproces en de sociale kaart. Tot slot zal de relevantie voor de verpleegkundige beroepspraktijk worden toegelicht.

2.1 Zoekstrategie

Voor het zoeken van relevante wetenschappelijke literatuur is voornamelijk gebruik gemaakt van boeken en internetbronnen. Om enige relevante literatuur uit het gebruikte boek te bevestigen is er één wetenschappelijk artikel gevonden in de database "Pubmed", die recenter is dan het boek. Bij het gebruik van de internetbronnen is er kritisch gekeken naar de betrouwbaarheid van de bron, zo is er voornamelijk gebruik gemaakt van websites van zorginstanties. Tot slot zijn twee onderzoeken gebruikt afkomstig vanuit de database “HBO kennisbank”.

Voor het beschrijven van de onderwerpen ‘het verwijsproces’ en ‘de sociale kaart’ is gebruik gemaakt van de onderzoeken afkomstig vanuit HBO kennisbank. Deze onderzoeken gaan namelijk specifiek in op de vormgeving van de sociale kaart ten aanzien van bepaalde wensen en de relatie tussen de sociale kaart en het verwijsproces. Er is getracht zo breed mogelijk te zoeken naar literatuur op het gebied van deze onderwerpen. Dit is mede gedaan door samen met een bibliothecaresse van de HAN te sparren over mogelijke zoektermen en zoekstrategieën. Vervolgens is met de nieuw verkregen informatie naast HBO kennisbank gezocht in overige wetenschappelijke databanken, zoals PubMed en NAZ. Hieruit kwam helaas geen wetenschappelijke informatie gericht op ‘sociale kaart’ of de vormgeving ervan. Volgens een bibliothecaresse van de HAN (persoonlijke communicatie, 12 oktober 2018) en Gelink en Verkoelen (2014) is dit waarschijnlijk, omdat het begrip 'sociale kaart' een voornamelijk Nederlands begrip is. In de bijlagen zijn de verschillende zoekstrategieën uitgewerkt (bijlage 1). De onderzoeken die gebruikt zijn in dit onderzoek zijn weergeven in een evidence tabel (bijlage 2). Voor het beoordelen van het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een 'analyse schema kwantitatief onderzoeksartikel' aangeboden door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN, 2018). Voor het beoordelen van de kwalitatieve onderzoeken is gebruik gemaakt van het Qualitative Assessment and Review Instrument (QARI) (Hannes, 2010).

2.2 Het Radboud UMC

Het Radboud UMC is er als organisatie van overtuigd dat innovaties de sleutel zijn voor de toekomstige gezondheidszorg. Innovaties binnen een organisatie kunnen worden gedefinieerd als nieuwe ideeën, processen en diensten (Encyclo, z.d.). Het effectief doorvoeren van een innovatie vereist helderheid over de missie, kernwaarden en strategie die een organisatie nastreeft (Verhagen, 2016). Zo luidt de missie van het Radboud UMC: "To have a significant impact on healthcare". Het Radboud UMC wil deze missie bereiken door te blijven streven naar haar kernwaarden namelijk, het bieden van aantoonbare en onderscheidende kwaliteit van zorg, persoonsgerichte zorg, doelmatigheid en duurzaam netwerken. Daarnaast moet haar zorg innovatief, persoonsgericht, duurzaam en betaalbaar zijn. Door hier in nauwe samenwerking met haar netwerk naar te streven hoopt het Radboud UMC met én vóór de patiënt onderscheidend te zijn en dus een "significant impact on healthcare" te realiseren (Radboud UMC, 2018). Zoals hierboven beschreven kan en wil het Radboud UMC deze ambitie niet alléén realiseren. De organisatie is namelijk overtuigd van de kracht van een duurzame netwerksamenwerking. Een doel van het Radboud UMC is dus om vanuit een universitair medisch centrum toe te werken naar een academisch medisch netwerk, zodat onder andere verwijzingen naar externe hulpinstanties effectief kunnen plaatsvinden en er keuzes worden gemaakt wie welke zorg het beste kan leveren om zo van maximaal toegevoegde waarde te zijn voor iedere patiënt (Radboud UMC, z.d.).

2.3 Werkzaamheden POP-poli

Zoals hierboven genoemd is innovatie één van de kernwaarden van het Radboud UMC. Dit onderzoek draagt bij aan deze kernwaarde, omdat er nog geen sociale kaart binnen de POP-poli van het Radboud UMC bestaat. Bovendien draagt dit bij aan de kernwaarde duurzame netwerkvorming, want wanneer de sociale kaart in de nabije toekomst eenmaal is ontwikkeld, kan de professional via de sociale kaart zoeken naar instellingen en organisaties die aansluiten op de zorgvraag van de patiënt. Dit zal de professionals van het POP-team helpen in het verwijzen en het bieden van zorg op maat.

Het POP-team bestaat uit *één* verpleegkundig specialist, psychiater, gynaecoloog, maatschappelijk werker, kinderartsen en verloskundigen. Om inzicht te krijgen wie wat kan betekenen voor de patiënt worden de functies per specialisme hier kort omschreven. Het blijft natuurlijk wel zo dat deze specialismen nauw samenwerken om de beste zorg voor de patiënt te kunnen leveren.

- Verpleegkundig specialist: De verpleegkundig specialist is bevoegd om onder supervisie van een arts, zowel verpleegkundige als medische taken uit te voeren ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Zij is dus verantwoordelijk voor onder andere, het opstellen van een behandeltraject, het verrichten van voorbehouden handelingen en het verbinden van diverse zorgverleners in het behandelteam (V&VN, 2012).
- Psychiater: Een psychiater is een medisch specialist die zich op de eerste plaats bezighoudt met psychische klachten. Hij richt zich hierbij op diagnostiek, indicatiestelling, behandeling, functieherstel en preventie van psychiatrische aandoeningen. Hij is thuis op het gebied van interactie tussen lichaam en geest. Daarbij heeft de psychiater exclusieve bevoegdheid om binnen de wet BOPZ te handelen (KNMG, 2017).
- Gynaecoloog: De gynaecoloog richt zich op de voortplanting, de baring in al zijn facetten en op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen (NVOG, 2013).
- Maatschappelijk werker: *De maatschappelijk werker helpt mensen bij het verbeteren van participatie, autonomie en zelfredzaamheid binnen hun eigen sociale en maatschappelijke leefwereld.* Dit doet ze door te werken met de cliënt zelf maar ook met diens omgeving. Ook kan de maatschappelijk werker aan de omgeving van de cliënt werken om de omstandigheden van de cliënt te verbeteren (BPSW, 2016).
- Kinderarts: Een kinderarts houdt zich bezig met de tweede- en derdelijnszorg voor kinderen en adolescenten die ziekten en aandoeningen hebben aan organen en orgaansystemen. De bemoeienissen van de kinderarts kunnen starten bij de opvang van de prematuur en eindigen altijd na het 18e levensjaar. Zij heeft aandacht voor de lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. De kinderarts werkt curatief en preventief. Het hebben van een goede relatie met de ouders/verzorgers van het kind is belangrijk om zo goede participatie in de behandeling te kunnen bewerkstelligen (KNMG, z.d.).
- Verloskundigen: De verloskundige begeleidt de vrouw en het (ongeboren) kind in de preconceptie, prenatale, natale en postnatale periode (KNOV, 2014).

Patiënten kunnen bij de POP-poli komen door een verwijzing vanuit polikliniek Verloskunde en Gynaecologie, de polikliniek psychiatrie en de huisarts (de eerste lijn). De POP-poli van het Radboud UMC behandeld in de regel mensen wonend in regio Nijmegen en omgeving, waaronder Lent, Malden en Druten (persoonlijke communicatie, 3 oktober 2018). De patiënt kan terecht bij de POP-poli als zij zwanger is of wilt worden en psychiatrische klachten heeft, zij zwanger is of wilt worden en psychofarmaca gebruikt, zij in het verleden psychiatrische problemen heeft gehad, zij zwanger is en een eerstegraads familielid heeft met een psychiatrische ziekte, zij na de bevalling psychiatrische klachten krijgt of er bij haar gezin Jeugdzorg of andere begeleidende instanties betrokken zijn. De patiënt krijgt dan eerst een intakegesprek met de verpleegkundig specialist dat 2,5 tot 3 uur duurt. Vooraf moet zij een aantal vragenlijsten invullen. Tijdens het intakegesprek wordt er gevraagd naar de klachten

die zij heeft, de klachten die zij in het verleden heeft gehad en de situatie waarin zij nu zit. Daarbij is er aandacht voor het medicatiegebruik en lichamelijke klachten. De psychiater sluit tijdens het laatste half uur van het gesprek aan om kennis te maken en daarna de juiste behandeling te kiezen die bij de patiënt past (Radboud UMC, z.d.).

2.4 Patiënten doelgroep

Zwangerschap is een life-event wat door de meeste vrouwen als positief ervaren wordt. Toch is dit voor ruim één op de tien vrouwen niet het geval. Zij krijgen last van psychiatrische klachten tijdens de zwangerschap of na de bevalling (Radboud UMC, z.d.). Deze vrouwen kunnen voor behandeling terecht bij POP-poli's. Zoals in de inleiding is benoemd kan dit een negatief effect hebben op het (ongeboren) kind, het verloop van de zwangerschap, de bevalling en de moeder-kindrelatie. Bij een kinderwens of zwangerschap moet er rekening gehouden worden met de belangen van de (aanstaande) moeder en het (ongeboren) kind (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015). Het onderzoek van Osborne et al. (2018) gaat dieper in op de gevolgen van het hebben van een prenatale depressie voor het nageslacht. Er is een onderzoek gedaan bij 106 vrouwen, waarvan 49 vrouwen een prenatale depressie hadden en 57 vrouwen gezond waren. Zij hebben onderzocht wat de effecten van een prenatale depressie is op de stress reactie, vroege neuro-, cognitieve-, taal- en motorische ontwikkeling. Uit dit onderzoek is gebleken dat na twaalf maanden de kinderen van vrouwen met een prenatale depressie een hogere cortisol gehalte hebben en daardoor stress ervaren. De vroege neurologische ontwikkeling van de baby's van vrouwen met een prenatale depressie liep op gebied van regulatie van staat en oriëntatie achter ten opzichte van de baby's van de gezonde moeders. Ook was de zwangerschapsduur van vrouwen met een depressie gemiddeld acht dagen korter dan die van gezonde vrouwen. Op cognitief vlak is geen verschil vastgesteld. Het onderzoek geeft geen antwoord meer op de effecten van een prenatale depressie bij de moeder op de ontwikkeling van taal en motoriek bij het nageslacht. Dit onderzoek bevestigd voor een specifiek ziektebeeld de vastgestelde gegevens die Lambregtse-Van den Berg et al. (2015) geeft.

Zoals in de inleiding is beschreven zijn er verschillende psychiatrische klachten en ziektebeelden die kunnen voorkomen rondom de zwangerschap. De psychiatrische ziektebeelden die de POP-poli ziet zijn depressie, persoonlijkheidsstoornis, angststoornis, tocofobie, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), posttraumatische-stressstoornis (PTSS), verstandelijke beperking, autismespectrumstoornis (ASS), bipolaire stoornis, postpartum psychose en verslavingsstoornis. Een uitwerking van deze ziektebeelden is te vinden in bijlage 3. Hierin is omschreven wat de prevalentie is van de ziektebeelden, wat de symptomen hiervan zijn, wat de behandeling hiervan is en bij alle ziektebeelden is de link gelegd met de situatie rondom een zwangerschap. Het POP-team komt dus in aanraking met veel verschillende ziektebeelden en iedere casus is uniek. Daarom is het belangrijk voor het POP-team om een goed overzicht te hebben van de beschikbare zorginstanties en vrijwilligersorganisaties, om zo iedere vrouw zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen en verwijzen.

2.5 Het verwijsproces

Een goedlopende POP-poli moet samen met lokale en regionale instanties zorg kunnen afstemmen en daartussen 'optimaal' kunnen verwijzen (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015). Het begrip 'verwijzen' kan worden gedefinieerd als "naar iemand anders sturen" (Encyclo, z.d.). Volgens Ruiter en Waardenburg (2011) kan onder de procedure van verwijzen het volgende worden verstaan, "het verwijzen van een zorgvragende naar een ketenpartner". Een ketenpartner is "een andere zorgaanbieder die zorg verleent in samenhang met dan wel voorafgaand aan dan wel volgend op de zorg die de instelling zelf verleent en waarbij sprake is van een zekere mate van continuïteit van activiteiten" (Encyclo, z.d.).

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg kan zorg worden geleverd binnen behandelplaatsen en -niveaus, hiertussen kan worden verwezen. Behandelplaatsen waar zorg kan worden geleverd zijn; intramuraal, dit is in een instelling, bijvoorbeeld in een ziekenhuis; semimuraal, dit zit tussen intra- en extramuraal in, bijvoorbeeld dagbehandeling; extramuraal, dit is zonder opname, bijvoorbeeld bij een psycholoog of thuis. De behandelniveaus waar zorg kan worden geleverd zijn in de nulde lijn, dit is zorg zonder hulpvraag ofwel preventieve zorg die vaak geleverd wordt door gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD's). De eerste lijn, op dit niveau komt de hulpvraag het eerst aan bij bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten of eerstelijns-psychologen die zich als eerste over de hulpvraag zullen ontfermen. De tweede lijn, wanneer de zorg in de eerste lijn ontoereikend is en specialistische zorg noodzakelijk is, is een verwijzing voor specialistische zorg naar de tweede lijn noodzakelijk. Onder tweedelijnszorg vallen bijvoorbeeld ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Tot slot de derde lijn, wanneer hoog specialistische zorg noodzakelijk is volgt verwijzing naar topklinische zorg (Nictiz, z.d.).

In het onderzoek van Ruiter en Waardenburg (2011) worden een aantal randvoorwaarden genoemd waar gezondheidszorginstellingen aan moeten voldoen om een optimaal verwijsproces tot stand te laten komen. Een randvoorwaarde is het hebben van een complete, up-to-date sociale kaart, omdat deze een overzicht geeft van instellingen waar patiënten terecht kunnen. Hierdoor kunnen de zorginstellingen duidelijk communiceren naar de patiënt. Geen randvoorwaarde, maar wel noodzakelijk is dat de medewerkers kennis hebben van deze sociale kaart en weten hoe zij die moeten gebruiken. Tot slot is het belangrijk te weten dat wanneer een verwijzing is afgerond, of deze is geslaagd om eventueel de sociale kaart bij te werken.

2.6 Sociale kaart

Het aanbod van zorgvoorzieningen in een regio kan snel veranderen en up-to-date kennis hierover is van belang voor een goede verwijzing (V&VN, 2012). Om op de hoogte te zijn van verwijsmogelijkheden is het belangrijk dat er inzicht komt in het zorgaanbod dat een bepaalde regio rijk is. Dit wordt een sociale kaart genoemd. Een sociale kaart moet volgens Ruiter en Waardenburg (2011) de volgende informatie bevatten: het doel/de visie van de instelling, de werkwijze van de instelling, met wat voor problematiek een patiënt terecht kan bij de instelling, wie er werken bij de instelling, wat de kosten van de verschillende diensten van de instelling zijn en hoe ze worden betaald en indien mogelijk, wat een patiënt nodig heeft bij een eerste bezoek (bijvoorbeeld bewijs van inschrijving, geld, enzovoort). Om het verwijsproces optimaal te laten verlopen is het belangrijk dat de sociale kaart aan bovenstaande eisen voldoet. Op deze manier kan er op een juiste wijze, met én vóór de patiënt, overeengekomen worden wat de beste vervolgstap voor hem is. Dit versoepelt de procedure van verwijzen (Ruiter en Waardenburg, 2011).

De vormgeving van de 'ideale' sociale kaart staat niet tot nauwelijks beschreven in de literatuur. In het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) is hierom een sociale kaart analyse uitgevoerd. Dit onderzoek ging over het vormgeven van een sociale kaart voor wijkverpleegkundigen. Hierbij is gekeken naar de aspecten van verschillende sociale kaarten. Deze aspecten waren echter niet gebaseerd op literatuur, maar verkregen middels eigen onderzoek. Desondanks zijn deze aspecten wel relevant voor een analyse van sociale kaarten, omdat het op een systematische manier verschillende aspecten van sociale kaarten weergeeft. Dit hebben zij verwerkt in een schema dat is terug te vinden in bijlage 4 onder: 'schema Kenmerken sociale kaart analyse, Gelink en Verkoelen (2014)'. De resultaten uit deze analyse kunnen gebruikt worden in dit onderzoek, gericht op het ontwerp van een sociale kaart voor een ziekenhuis.

Door het naast elkaar leggen van de resultaten van de sociale kaart analyse en interviews van respondenten zijn punten naar voren gekomen waaraan het ontwerp van de sociale kaart uit het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) zou moeten voldoen. Deze sociale kaart moest onder andere digitaal én op papier beschikbaar zijn, de digitale versie van de

sociale kaart moest een zoekmachine bevatten om zo de voorzieningen snel te kunnen vinden. De voorzieningen die in de sociale kaart staan moesten voorzien zijn van meer informatie dan enkel contactgegevens en er zou uitleg moeten worden gegeven over het gebruik van de sociale kaart.

Daarnaast kwam uit de resultaten van de interviews dat er één eindverantwoordelijke zou moeten zijn voor het up-to-date houden van de sociale kaart. Het bijwerken van de sociale kaart zou volgens de respondenten moeten gebeuren zodra veranderingen plaatsvinden. Daarbij gaf het merendeel aan dat de ketenpartners die vermeld staan op de sociale kaart zelf hun veranderingen zouden moeten doorgeven aan de eindverantwoordelijke. Terugkijkend naar het POP-team ontbreekt bij hen de tijd om zelf de sociale kaart bij te werken. Hier zou een organisatie als Sociale kaart Nederland oplossing in kunnen bieden.

In het onderzoek van Ruiter en Waardenburg (2011) werd de onderzochte instelling onder andere aanbevolen om lid te worden van enkele digitale sociale kaarten, zodat de zorgprofessionals daar toegang tot en zicht krijgen op een breder scala aan verwijsmogelijkheden. Op het internet zijn meerdere accountancy organisaties te vinden die digitale sociale kaarten aanbieden en kunnen vormgeven naar de wensen van de betreffende zorginstelling. Sociale kaart Nederland is een dergelijke organisatie. Volgens account manager van Sociale kaart Nederland, Vincent Hoitink (persoonlijke communicatie, 4 oktober 2018) is het mogelijk om een digitale sociale kaart in te richten aan de hand van de wensen van het POP-team, die tevens ook te installeren is op de telefoon. Controleurs van Sociale kaart Nederland zullen dan jaarlijks, een aantal keer zorgen voor het up-to-date houden van organisaties en gegevens. Hier krijgen organisaties dan bericht van. Daarnaast zijn organisaties zelf ook vrij om mutaties en suggesties te melden.

2.7 Verpleegkundige relevantie

In het theoretisch kader is genoemd dat binnen het POP-team een verpleegkundig specialist werkzaam is. De verpleegkundig specialist is een zelfstandig werkende professional. Dit betekent dat zij binnen het behandeltraject fungeert als verbindende schakel voor alle betrokkenen binnen en buiten de zorgketen. Dit is noodzakelijk om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. Wanneer de zorgvraag van de patiënt de eigen deskundigheid overtreft is het als verbindende schakel belangrijk dat er kan worden verwezen. Daarvoor is het volgens de competenties uit het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist van belang dat zij kennis heeft van de sociale kaart van de eigen regio, de organisatie van zorg binnen de eigen regio en netwerken binnen en buiten de eigen setting (V&VN, 2012).

Net als de verpleegkundig specialist is het met betrekking tot de continuïteit en kwaliteit van de zorg noodzakelijk dat de verpleegkundige in samenwerking met collega's en overige professionals vorm kan geven aan het ontwikkelen van beleid over de grenzen van gezondheidszorgorganisaties. Daarvoor is het volgens de competenties uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige van belang dat zij de zorg rondom patiënten en organisaties kan coördineren, bekend is met (potentiële) samenwerkingspartners in de eigen regio en waar nodig kan verwijzen (V&VN, 2012).

Dit onderzoek is relevant voor verpleegkundigen, omdat ook zij de continuïteit en kwaliteit van zorg moet waarborgen. Hierbij zijn andere zorgprofessionals betrokken waarmee de verpleegkundige samenwerkt. Het is daarom van belang om kennis te hebben van de sociale kaart van de eigen regio. Het aanbod van zorgvoorzieningen in een regio kan snel veranderen en up-to-date kennis hierover is van belang voor een goede verwijzing. De uiteindelijk ontwikkelde sociale kaart zal de verpleegkundig specialist en verpleegkundige kennis bieden over de eigen regio. Door deze kennis up-to-date te houden voldoen zij aan de beroepsrol samenwerkingspartner. Dit zal hen ondersteunen bij de taak van het coördineren van de zorg rondom de patiënt, tussen disciplines en organisaties, om zo de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Ook zorgt dit voor kennis en zakelijk inzicht in

de bekostiging van zorg. Hierdoor voldoen zij aan de beroepsrol organisator. Een andere belangrijke beroepsrol is die van de reflectieve EBP-professional/reflectieve professional en praktijkonderzoeker. Dit onderzoek draagt bij aan deze beroepsrol doordat dit onderzoek bijdraagt aan het hebben van kennis van methoden van onderzoek, actuele thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied (V&VN, 2012).

De verpleegkundige en verpleegkundig specialist hebben overeenkomsten in taken, namelijk: het aanbieden van toegang tot de juiste zorg op het juiste moment, het organiseren van zorgprocessen ten behoeve van een betere beschikbaarheid en continuïteit van zorg, het beperken van de wachttijd voor de patiënt, het ondersteunen van patiënten en diens naasten bij het nemen van beslissingen inzake de behandeling, het vergroten van de kosteneffectiviteit en het gebruik maken van netwerken in en rond de gezondheidszorg om de zorgbehoefte van individuen en risicogroepen in kaart te brengen en verwijsmogelijkheden te benutten. In beide beroepsprofielen zijn deze taken terug te vinden onder de rol van de samenwerkingspartner, organisator en reflectieve EBP-professional/reflectieve professional en praktijkonderzoeker (V&VN, 2012). Het verschil tussen de beroepsprofielen en de laatst genoemde -rollen is dat het wat betreft de verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige stopt bij het ondersteunen van patiënten en diens naasten in het nemen van beslissingen inzake de behandeling, daar waar de verpleegkundig specialist zichzelf moet kunnen positioneren als zelfstandig behandelaar van de betreffende patiënten doelgroep.

Hoofdstuk 3 - Onderzoeksmethode

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een kwalitatief, beschrijvend onderzoek. Een kwalitatief onderzoek gaat om gegevens over de beleving, ervaringen of verwachtingen van de respondenten. Dit onderzoek behoort tot een kwalitatief onderzoek, omdat het gaat over de meningen en verwachtingen van het POP-team ten opzichte van het ontwikkelen van een sociale kaart. Het is een beschrijvend onderzoek omdat dit onderzoek zich richt op hoe een sociale kaart het beste ontwikkeld kan worden aan de hand van de wensen van het POP-team (Bakker & Van Buuren, 2014). Er wordt een beschrijving van deze wensen gegeven.

3.2 Doelpopulatie

De doelpopulatie zijn de mensen over wie er een uitspraak gedaan wordt (Bakker & Van Buuren, 2014). De doelpopulatie van dit onderzoek bestaat uit alle zorgprofessionals werkzaam binnen het POP-team van RadboudUMC. Volgens Tamara Hagen (persoonlijke communicatie, 25 oktober 2018) bestaat het POP-team uit negen zorgprofessionals. Dit zijn twee maatschappelijk werkers, twee verloskundigen, twee kinderartsen, één gynaecoloog, één verpleegkundige specialist in opleiding en één psychiater. Omdat dit negen zorgprofessionals zijn kon het onderzoek plaats vinden bij de gehele doelpopulatie, daarom is er geen steekproef opgesteld. De verpleegkundige specialist, Tamara Hagen, is onze opdrachtgever. Dit zorgt ervoor dat zij belang heeft aan dit onderzoek en dat zij vooraf al veel extra informatie heeft verkregen. Er is er echter voor gekozen om haar wel mee te nemen in dit onderzoek, omdat zij deel uitmaakt van het team en er zo het beste een beeld geschetst kan worden van de werkelijkheid. Bovendien weegt deze belangenverstrengeling niet op tegen de relevante informatie waarover zij beschikt. Wel is er bewust gekozen om mevr. Hagen als laatste te interviewen, zodat zij de onderzoekers niet kan beïnvloeden in andere interviews. Via de opdrachtgever werden de contactgegevens van de zorgprofessionals die in aanmerking kwamen voor dit onderzoek opgevraagd. De zorgprofessionals hebben voorafgaand aan dit onderzoek per mail een informatiebrief ontvangen die te vinden is in bijlage 10. In deze informatiebrief zijn de zorgprofessionals uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Daarbij staat in deze brief ook informatie over de onderzoekers, het onderwerp, het doel, plan van het onderzoek, gegevensverzameling en hoe er wordt omgegaan met vertrouwelijke gegevens.

3.3 Dataverzameling en -analyse

De gegevens zijn verzameld aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews boven een focusgroep omdat de kans te klein is dat het hele team bij een focusgroep aanwezig kan zijn. Dit omdat de zorg 24 uur per dag geleverd wordt door de kinderartsen en verloskundigen, de kans is te groot dat er een bevalling plaatsvindt waardoor zij weg moeten tijdens de focusgroep. Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews boven andere vormen omdat bij deze vorm van interviews onderwerpen vast liggen, maar er wel doorgevraagd kan worden binnen deze onderwerpen (Bakker & Van Buuren, 2014). Voor het correct doorvoeren van de dataverzameling is gebruik gemaakt van geluidsopnames tijdens de interviews. De interviewguide die gebruikt is, is te vinden in bijlage 5. Deze interviewguide is afgeleid uit die van het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014). De interviewguide van Gelink en Verkoelen (2014) is namelijk ontwikkeld na het methodisch uitvoeren van een sociale kaart analyse. De verschillende aspecten die hierbij naar voren kwamen zijn afkomstig van meerdere bestaande sociale

kaarten en zijn verkregen door middel van observatie en niet vanuit wetenschappelijke literatuur. Ondanks dat de aspecten niet op literatuur gebaseerd waren, zijn deze wel relevant, omdat het op een systematische manier verschillende aspecten van sociale kaarten weergeeft.

Voor het analyseren van de verzamelde data is er gebruik gemaakt van het vijf stappenplan beschreven door Bakker & Van Buuren (2014).

1. Er zijn transcripten gemaakt van alle interviews.
2. Deze transcripten zijn nagelezen en de belangrijke zaken zijn gemarkeerd.
3. Vervolgens is alle verkregen informatie gecodeerd om zo een overzicht te creëren.
4. Deze codes zijn vervolgens axiaal gecodeerd om zicht te krijgen op de samenhang tussen de informatie.
5. Tot slot is de informatie geïnterpreteerd en getoetst om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag.

3.4 Zorgvuldigheidseisen

Bij het uitvoeren van onderzoek is voldaan aan een aantal zorgvuldigheidseisen. Dit zijn validiteit en betrouwbaarheid. Bakker en Van Buuren (2014) beschrijven validiteit als "de mate waarin het resultaat van een onderzoek of meting de juiste weergave van de werkelijkheid is" (p. 256). Betrouwbaarheid is volgens Bakker en Van Buuren (2014) de mate waarin het resultaat van het onderzoek of de meting reproduceerbaar is. De onderzoekers hebben een aantal maatregelen in acht genomen om uiteindelijk een reproduceerbare en juiste weergave van de werkelijkheid te geven.

Volgens Migchelbrink (2009) wordt validiteit, betrouwbaarheid en het vertrouwen in de manier van werken tijdens het onderzoek bereikt door onder andere, de manier van werken te verantwoorden, nauwkeurig en zorgvuldig te werken, zelfcontroles in te bouwen, inhoudscontroles uit te voeren en te werken met triangulatie.

In dit hoofdstuk is met literatuur verantwoord waarom er gekozen is om het onderzoek op deze wijze uit te voeren. Dit verhoogt de betrouwbaarheid, omdat het zo voor anderen mogelijk wordt om dit onderzoek te volgen en herhalen. Vóór het afnemen van de interviews zijn zelfcontroles ingebouwd, de onderzoekers hebben namelijk geoefend met het afnemen van het interview met de docentbegeleider en elkaar en hebben hierop feedback ontvangen van elkaar. Gekozen is om het afnemen van de interviews te oefenen met de docentbegeleider zodat zij feedback kan geven aan de studentonderzoekers over hoe zij de vragen stellen, de inhoud van het interview en de opzet van het interview. De studentonderzoekers hebben met elkaar geoefend om feedback te geven op de manier van interviewen en om alvast bekend te worden met de interviewguide. Daarnaast is de interviewguide beoordeeld door experts om zo de validiteit te verhogen. Dit is gedaan door de opdrachtgever en psychiater van de POP-poli. De helft van het werk van de psychiater bestaat naast het werk op de POP-poli namelijk uit het doen van onderzoek. De studentonderzoekers hebben een standaard introductie voor het interview geschreven om ervoor te zorgen dat alle respondenten dezelfde informatie kregen voordat het daadwerkelijke interview begon. Dit verhoogd de betrouwbaarheid van het onderzoek. De interviews zijn opgenomen door middel van geluidsopnames. Hierdoor konden de interviews nauwkeurig worden verwerkt en geanalyseerd. Er heeft een inhoudelijke controle plaatsvinden door na te gaan of de bevindingen afkomstig uit de interviews overeenkomen met de wijze waarop de respondent het bedoelde. Dit wordt ook wel "memberchecking"

genoemd. Hierdoor wordt zekerheid vergaard door na te gaan of de bevindingen kloppen en of er dus wordt gemeten wat er moet worden gemeten. Bovendien verhoogt dit de betrouwbaarheid. De membercheck is via de mail gestuurd en de deelnemers hebben tot 21 december de tijd gehad om te reageren. In deze reactie konden zij vragen, opmerkingen of aanvullingen geven of noemen als zij het niet eens waren met de door de studentonderzoekers geïnterpreteerde informatie. Er is één reactie binnengekomen /en deze ging over de/betreffende spelling, dit komt doordat er in de membercheck gebruik is gemaakt van de letterlijke uitspraken van de deelnemers en dus spreektaal was. Er heeft triangulatie van onderzoekers plaatsgevonden. Dit betekent dat de onderzoekers onafhankelijk van elkaar de analyse van de transcripties hebben uitgevoerd om erachter te komen of tot dezelfde resultaten is gekomen. Bovendien zijn de uitgewerkte coderingen naar de docentbegeleider gestuurd en voorzien van feedback. De opdrachtgever heeft deze coderingen ook ingezien nadat haar eigen interview heeft plaatsgevonden. Dit heeft de betrouwbaarheid verhoogd. Een voorbeeld van de codering is te vinden in bijlage 7.

Tot slot zijn de onderzoekers nauwkeurig, zorgvuldig en respectvol te werk gegaan met de respondenten en de verkregen informatie. De gegevens van de respondenten zijn geanonimiseerd en voor deelname hebben de respondenten een informed consent ondertekend (bijlage 8). Bovendien is een "Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens" ondertekend door de onderzoekers en toegevoegd aan dit onderzoek (bijlage 9).

3.5 Ethiek

De onderzoekers hebben zich aan de "Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen" gehouden die gebaseerd is op wetgeving en gedragsregels (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2017). Aangezien de onderzoekers hebben gewerkt met persoonsgegevens die mogelijk te herleiden kunnen zijn tot de betreffende respondenten, hebben zij zich gehouden aan de gedragsregels en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) (Ministerie van Justitie, 2002). Om hieraan te voldoen, hebben de onderzoekers een ‘Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door de onderzoeker’ ondertekend en hebben zij deze verklaring inleveren bij de opdrachtgever (zie bijlage 9).

Hoofdstuk 4 - Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn voortgekomen uit de data-analyse van de verzamelde gegevens uit de interviews met de respondenten. De resultaten zijn opgedeeld in thema's en subthema's die zijn afgeleid uit de interviewguide. Zo zullen de resultaten per thema beschreven worden.

4.1 Totstandkoming onderzoekspopulatie

Zoals in de methode is beschreven bestaat het POP-team uit negen zorgprofessionals. Uiteindelijk hebben zes van de negen teamleden meegedaan aan het onderzoek, er zijn verschillende stappen ondernomen om de respons zo groot mogelijk te krijgen. Mondeling zijn met twee teamleden afspraken gemaakt voor de deelname aan het onderzoek. Op de eerste uitnodiging zijn twee reacties gekomen, één deelname en één afwijzing. Vervolgens is er een reminder gestuurd waarop vier reacties waren gekomen, waarvan drie voor mogelijke deelname, maar op dat moment waren er nog geen concrete afspraken gemaakt, en de andere was een afwijzing. Op dit moment waren er al drie weken verstreken sinds de eerste uitnodiging en was er nog maar één week tijd om het onderzoek uit te voeren. Er waren op dat moment drie respondenten, één afmelding en vijf non-respons. Vervolgens is gekozen om een laatste reminder te sturen en hierop zijn geen reacties gekomen. Tussentijds heeft één teamlid die afwezig was geantwoord dat zij op het moment dat zij terug was tijd had om mee te doen aan het onderzoek en zij heeft uiteindelijk ook deelgenomen. Na overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen om twee mensen op te bellen. De opdrachtgever was namelijk van mening dat zij een belangrijke schakel waren binnen dit onderzoek. Na telefonisch contact bleek dat één van de twee afwezig was tot begin januari en de ander heeft uiteindelijk deelgenomen aan het onderzoek. Tot slot heeft één laatste deelnemer ons doorgegeven dat zij kon en uiteindelijk heeft ook zij meegedaan aan het onderzoek.

In de beschrijving van resultaten zal geen onderscheid gemaakt worden tussen disciplines of werkveld aangezien dit geen meerwaarde heeft voor dit onderzoek. Het gaat over de wensen van het POP-team als geheel. Ook is er geen onderscheid gemaakt in werkervaring of hoelang de zorgprofessionals werkzaam zijn binnen het team, omdat de studentonderzoekers van mening zijn dat alle verkregen informatie waardevol is ongeacht de werkzame jaren binnen het team of de werkervaring van de respondent. Nieuwe werknemers kunnen namelijk komen met nieuwe inzichten, wat van toegevoegde waarde is voor het onderzoek. Daarom zijn relatief nieuwe teamleden ook geïnterviewd.

4.2 Aanbod

Het eerste thema wat aan bod kwam binnen het interview ging over het aanbod van de sociale kaart. Binnen dit thema zijn vragen gesteld over de behoefte aan een sociale kaart en verwachtingen ten opzichte van het hebben van een sociale kaart. Binnen dit thema zijn subthema's gemaakt die corresponderen met de gestelde vragen. De resultaten zullen dan ook aan de hand van deze subthema's omschreven worden.

4.2.1 Behoefte sociale kaart

De eerste vraag van het onderzoek was of men behoefte had aan een sociale kaart en waar deze behoefte lag. Deze vraag verschaft inzicht in wat een sociale kaart volgens het POP-team hen kan bieden. Alle respondenten gaven een soortgelijk antwoord waarin naar voren kwam dat zij behoefte hadden aan een sociale kaart, omdat zij momenteel geen overzicht hebben in welke organisaties er allemaal zijn en wat zij kunnen bieden.

"Ik heb nog steeds het gevoel dat er organisaties, hulpinstanties verwijzers zijn die mij niet bekend zijn… ik heb niet het overzicht over alle organisaties."

Ook gaven respondenten aan dat een sociale kaart kan helpen bij het tijdsprobleem wat men heeft. Ze gaven aan dat het vaak veel tijd kost om een juiste instelling te vinden die bij een specifieke hulpvraag van een cliënt kan helpen.

"Een helder goeie sociale kaart die maakt het wel een stuk makkelijker om snel te vinden waar je moet zijn, omdat de ziekenhuiswereld is een hectische wereld en heel vaak ontbreekt je de tijd om dan nog is een keer al die dingen uit te gaan zoeken."

4.2.2 Problemen oplossen

De vervolgvraag die gesteld werd was welke problemen een sociale kaart volgens hen kan oplossen. De studentonderzoekers kregen uiteenlopende antwoorden. Sommige antwoorden van de respondenten vulden elkaar aan en andere antwoorden waren geheel nieuwe inzichten. Enkele citaten worden hier uitgelicht wel zullen alle onderwerpen van de gegeven antwoorden hier besproken worden. Het antwoord wat vaker werd genoemd was het probleem van wachttijden en tijd te kort wat het team heeft.

"Idealiter zou je ook nog misschien iets kunnen toevoegen over of die zorg aangeboden wordt ook beschikbaar is omdat er nu bijvoorbeeld hele lange wachtlijsten zijn, want dan vind ik dat ook wel fijn om te weten."
"Nou tijd, het scheelt een hoop tijd dat we gewoon heel snel weten bij wie waar we moeten zijn. Dus het is snel inzichtelijk"

Verder werden er veel uiteenlopende antwoorden gegeven zoals het probleem op gebied van psyche, maatschappelijke problemen, verslaving, veilig thuis indicatie, dat de poli volloopt, onwetendheid en kennis tekort.

"De maatschappelijke kant met bijvoorbeeld huisvestingsproblemen, financiële problemen, financiële problemen in relationele aard, maar misschien ook gecombineerd daarin."
"Met name onwetendheid over bepaalde vormen van zorg."

Daarbij werden ook verschillende zaken genoemd die zouden verbeteren als men een sociale kaart zou gaan gebruiken. Dit ging zoal over het creëren van een juiste doorverwijzing, hulp dichterbij huis voor de cliënt, dat cliënten zelf in de sociale kaart kunnen zoeken voor gepaste zorg en dat het nieuwe inzichten zal geven.

"Voor de mensen zelf denk ik dan dus dat ze hulp dichter bij huis kunnen krijgen."
"Dingen waar ik helemaal niet aan gedacht heb kunnen ze mee helpen."

4.2.3 Sociale kaart momenteel

Vervolgens werd de vraag gesteld of men op dit moment gebruik maakte van een sociale kaart. Het merendeel gaf aan dit niet te doen, omdat er geen sociale kaart bestaat voor de doelgroep waar zij zorg aan verlenen. Veelal maakt men gebruik van kennis van collega's en instanties die zij al kennen en de contacten die zij daarbinnen al hebben.

"Nee, dat is heel erg omdat we dus maatschappelijk werk hier hebben en die vraag ik dus

voor alles."
"Meestal maak ik gebruik van de instanties die ik ken… Ik maak nou gewoon gebruik van mijn eigen ervaringen en waar ik tegenaan loop en wat ik gehaald heb ergens."

Eén respondent gaf aan het systeem Mind2care te gebruiken. De organisatie van Mind2care (z.d.) verteld op hun site het volgende over de vragenlijsten die zij gebruiken: "De Mind2Care vragenlijst is gemaakt om tijdens de zwangerschap te vragen naar hoe het met de zwangere cliënt gaat, zowel lichamelijk als psychisch. Op basis van de antwoorden van de cliënt krijgt zij, als het nodig is, een advies over begeleiding of behandeling tijdens de zwangerschap. De vragenlijst is wetenschappelijk getest. Alle zwangere vrouwen in Nederland kunnen de test invullen".

"Mind to care, dat is een digitale vragenlijst…. een uitslag krijgen en het mooie van dat hele systeem is dat als er specifieke kwetsbaarheden uitkomen, dan krijgen mensen ook direct tips om zich bij bepaalde zorgverleners te melden….. daar staan dan contactgegevens bij staan dan kunnen die mensen meteen contact daarmee opnemen."

4.2.4 Samenwerking

Ook werd de vraag gesteld hoe men verwachtte dat de samenwerking met andere organisaties verbeterd kan worden door gebruik te maken van een sociale kaart. Alle respondenten hebben op hun eigen manier aangegeven dat zij verwachten dat door een sociale kaart te gebruiken er bekendheid komt wie er allemaal zijn en wat zij doen en dat daardoor de lijntjes korter worden.

"Het is sowieso wel makkelijk als je überhaupt weet wie er zijn, waar kun je ze voor inzetten, waar heb je ze voor nodig, wat is hun doelgroep, dan is dat natuurlijk wel makkelijker inzetten en mee samenwerken."
"Dat misschien de lijntjes korter worden dat we elkaar beter leren kennen."

Men gaf ook aan dat hierdoor slechte verwijzingen zullen verminderen, dat de organisaties sneller zullen doorverwijzen en hun patiënten beter kunnen voorlichten.

"Slechte verwijzingen zul je ook minder hebben."
"Dat zij misschien hun patiënten al sneller kunnen aandragen."
"Dat ze hun patiënten misschien beter kunnen voorlichten."

4.2.5 Probleemgebieden

De laatste vraag die is gesteld binnen dit thema was voor welke probleemgebieden men dacht dat een sociale kaart een uitkomst kan bieden. Ook bij deze vraagstelling kregen de studentonderzoekers zeer uiteenlopende antwoorden. Wederom worden alleen de belangrijkste uitspraken uitgelicht, maar zullen wel alle gegeven antwoorden hier kort vermeld worden. De probleemgebieden die men aangaf gingen over verstandelijke beperking, psychische ziektebeelden, lichamelijke problemen, ondersteuning in het algemeen, opvoedingsproblemen, educatie, financiën, relaties, vluchtelingen, praktische hulp en combinaties hiervan. Respondenten gaven ook aan dat de hulp laagdrempelig moest zijn en kwalitatief goed.

"Ik denk mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een lichamelijke beperking mensen met verslavingsproblemen, mensen met financiële problemen,

combinaties, vluchtelingen ik denk als je het niet met een gouden lepel in je mond bent geboren dat een sociale kaart misschien wel hulp kan bieden."
"Je kunt ook denken aan problemen met de zorg voor kinderen."
"Wat zijn er voor voorzieningen die laagdrempelig ondersteuning bieden en dan ook nog kwalitatief eens een keer wat voorstellen."

4.3 Vormgeving

Het tweede thema gaat over de vormgeving van de sociale kaart. Vanuit dit thema zijn vragen beantwoord over hoe respondenten de sociale kaart wensen te zien en gebruiken.

4.3.1 Hoe vormgeving

Alle respondenten wensen een digitale sociale kaart. Zij wensen dat een digitale sociale kaart de vorm heeft van een website met linkjes, stroomdiagram of digitaal bestand en dat het eventueel mogelijk is dit aan het patiëntendossier toe te voegen. Er werd ook genoemd dat een digitale sociale kaart de gebruiker van enig gemak kan voorzien tijdens bijvoorbeeld een spreekuur.

"Digitaal heel graag…een site, iets wat je elke keer kan blijven vernieuwen en waar doorlinkjes zitten naar de organisaties en contactgegevens"

"Dan kan ik dat tijdens mijn spreekuur open zetten en door"

"Dat zou ik heel belangrijk vinden dat het altijd up to date informatie bevat met links en ik denk dat je met een internetpagina een mooi overzicht kunt creëren en makkelijk door kan klikken. Ik denk dat dat wel heel geschikt is eigenlijk. En dat je zou kunnen doorklikken naar de websites van de instelling en daardoor makkelijker kunt verwijzen misschien".

Een aantal respondenten lijkt een papieren versie van een sociale kaart prettig, bijvoorbeeld als geplastificeerde A4. Zij gaven echter de voorkeur aan een digitale sociale kaart, omdat dit hen makkelijker en beter up to date lijkt te houden dan een papieren sociale kaart en een up to date sociale kaart werd belangrijk bevonden. Uiteindelijk moet een sociale kaart volgens de respondenten snel inzichtelijk, efficiënt, simpel en actueel zijn.

"Ik vind zo'n papiertje natuurlijk wel handig maar ja dat houd je natuurlijk totaal niet up to date en ik vind een up to date sociale kaart wel echt belangrijk".

"Ik denk dat digitaal wel het mooist is, omdat me dat ook het makkelijkst up to date lijkt te houden".

Verder is er tijdens het interview een uitleg gegeven waar een sociale kaart vanuit de literatuur aan zou moeten voldoen. Vervolgens hebben de respondenten de vraag gekregen wat zij daarnaast nog graag zouden willen zien binnen de sociale kaart.
Ook in dit thema liepen de antwoorden uiteen en zijn de belangrijkste citaten uitgelicht. Respondenten gaven aan het volgende graag terug te willen zien binnen de sociale kaart: ervaringen van mensen, typering instelling, hoe er naar verwezen kan worden/wat er nodig is om naar te verwijzen, of er een wachttijd is, wat de wachttijd is en welke diensten een instelling niet kan leveren.

"Wie naar die organisatie kan verwijzen…dus dat ik weet wat moet ik organiseren om

mensen daar te krijgen".

"Want als Is die een fantastische instelling heeft maar die heeft een wachttijd van negen maanden dan heeft het voor mijn zwangere natuurlijk heel weinig zin. Dat zou ik er eigenlijk ook wel in willen hebben".

"Kosten weet ik niet of dat zo belangrijk is want er wordt natuurlijk veel vergoed weetje kosten vind ik alleen belangrijk van wat de eigen bijdrage is of dat het vrijwillig is".
"Vrijwilligersorganisaties zou ik ook wel heel graag in kaart willen brengen, want sommige mensen kunnen gewoon niet die eigen bijdrage betalen".

Daarnaast werd vanuit ervaring benoemd dat het belangrijk is de veiligheid en privacy van de patiënt te waarborgen bij het ontwikkelen, vormgeven dan wel gebruiken van een sociale kaart.

"Mensen willen hulp, maar zijn heel bang dat als ze in de picture zijn dat het neveneffect is dat bepaalde gegevens van hun ergens terecht komen wat ze eigenlijk helemaal niet gewild hadden".

Er werd genoemd dat het bij het ontwikkelen en vormgeven van een sociale kaart belangrijk is om rekening te houden met de privacy van patiënten en dat de ontwikkelaars zichzelf het volgende moeten afvragen:

"Hoe wordt er met die informatie omgegaan? Hoe veilig is de informatie die ze geven? Hoe veilig is die en kan die op bepaalde momenten tegen hen gebruikt worden? Wat gebeurd er met de informatie die ik aanlever? Dat vind ik wel belangrijk".

4.3.2 Zoeken

Het merendeel van de respondenten gaf aan binnen de sociale kaart graag te kunnen zoeken met steekwoorden op onderwerpen zoals, ziektebeelden en regio. Daarnaast werden verschillende onderwerpen zoals, soort psychiatrische problemen rondom de zwangerschap, soort aanbieder, financiën, psychosociale gezondheid en laagdrempelige ondersteuning in de wijk genoemd. Ook zouden respondenten de sociale kaart graag gegroepeerd zien op kwetsbaarheden.

"Het belangrijkste is denk ik wel op regio".
"Maar ook op niet-medische zoektermen bijvoorbeeld het blijf van mijn lijf-huis of kindermishandeling of financieel ofwel geldzorgen dat je het liefst gewoon steekwoorden hebt en dan heel breed".
"Ik denk met onderwerpen met name psychiatrie ouderschap, opvoeding, die combinaties, GGD die komt natuurlijk ook snel om de hoek".

4.3.3 Gebruikers

Op de vraag wie er gebruik zouden moeten kunnen maken van de uiteindelijke sociale kaart werd wisselend geantwoord. Soms werd deze vraag met retorische vraag beantwoord. Het merendeel van de respondenten ziet het liefst dat iedereen er gebruik van zou moeten kunnen maken. Hiermee bedoelen zij de zorgprofessionals van het POP-team, de zorgprofessionals buiten het POP-team en patiënten/cliënten. Door een deel van de

respondenten werd echter een nadeel en twijfel uitgesproken over het gebruik maken van de sociale kaart door zorgprofessionals buiten het POP-team en patiënten/cliënten. Er werd namelijk genoemd dat er een risico bestaat op een verkeerde manier van triage door zorgprofessionals buiten het POP-team. Daarbij werd er twijfel uitgesproken of de sociale kaart wel of niet door patiënten/cliënten gebruikt moet kunnen worden. Sommige respondenten benoemde dat in ieder geval de mensen die aan de POP-poli verbonden zijn er gebruik van moeten kunnen maken.

"Het liefst zou ik zeggen iedereen, maar daarmee bestaat het risico dat, dat niet op de goeie manier getrieerd wordt".
"Maar ik zou niet dat alle patiënten er ook in kunnen…Of misschien moet je het wel gewoon open maken...".
"Ik denk hulpverleners sowieso, maar ook voor patiënten vind ik ook oké, waarom niet voor patiënten?".
"Ik zou in ieder geval zeggen de mensen die aan de POP-poli verbonden zijn".

4.4 Actueel

Het derde en laatste thema ging over hoe de teamleden wensen dat de sociale kaart actueel gehouden moet worden. Er werden vragen gesteld over de werkwijze van het actueel houden, wie dit moest uitvoeren en de frequentie hiervan.

4.4.1 Werkwijze

De eerste vraag die gesteld werd aan de participanten binnen dit thema was hoe zij denken dat de sociale kaart actueel gehouden moet worden. De antwoorden hierop zijn uiteenlopend. Alle antwoorden zullen hier weer omschreven worden, maar niet alle citaten zullen worden gebruikt. Men gaf aan dat er gecheckt moest worden of alle informatie die op de sociale kaart staat nog wel klopt en dat dit kon gebeuren door op internet te zoeken of instellingen op te bellen. Verder gaven respondenten aan dat zij het prettig vonden als er via de website aanpassingen gedaan of opmerkingen geplaatst konden worden, dit door het POP-team maar bijvoorbeeld ook door de instellingen zelf. Ook werd genoemd dat dit goedkoop moest zijn.

"Zo'n rondje of zo'n oriëntatie op de regio dat zou je eigenlijk elk jaar opnieuw moeten doen... en daarmee dus ook de mensen die, of de organisaties die al op de sociale kaart staan moet benaderen om te kijken of daar niks in veranderd is."
"Dan zou je misschien als je het digitaal hebt daar een opmerking over plaatsen dat die voor iedereen dan toegankelijk is."
"Dat moet vooral ook niet teveel geld kosten, want dat hebben we hier nooit."

4.4.2 Wie

Vervolgens werd de vraag gesteld wie dit zou moeten doen. De meningen van de teamleden lopen uiteen van iemand uit het POP-team tot de instellingen zelf. Het merendeel van de participanten gaf aan dat iemand van buitenaf dit moest doen zoals de instellingen zelf, al dan niet met administratieve ondersteuning vanuit het POP-team, of stagiaires.

"Je zou natuurlijk ook zoiets kunnen maken dat de instelling daar zelf verantwoordelijk voor zijn want ik denk dat ze er zelf ook winst bij hebben als de zichtbaarheid groot is. Dus je kunt er wat dat betreft ook instellingen daar ook wel verantwoordelijkheid voor geven maar

dan nog heb je wel iemand nodig die het blijft coördineren, beheren."
"Wij hebben fantastische secretaresses die zouden dan voor een bepaald aantal FTE ingezet moeten worden voor POP-poli… Dan houd je de administratie bij mensen die er goed in zijn."
"Dat je elk jaar opnieuw stagiaires van de opleiding kan inschakelen die dan als een onderdeeltje van hun dingen die kaart actueel maken in dat jaar…. dat die studenten wel een vast aanspreekpunt hier hebben."

Verder gaven respondenten aan dat het iemand vanuit het POP-team moest zijn, echter wisten zij niet goed wie dit dan moest zijn. Zo gaven ze aan dat dit de persoon kon zijn die het gaat opzetten, al dan niet met ondersteuning van het volledige team, een toegewijd team, iemand die dit als aandachtsveld krijgt en de opdrachtgever gaf aan dat zij de aangewezen persoon kon zijn hiervoor.

"Ik zou bijna zeggen diegene die uiteindelijk alle organisaties in kaart heeft gebracht, die weet ook hoe die op dat overzicht komt… Ik denk ook dat we elkaar daarbij moeten helpen."
"Iemand die het specifiek als taak heeft om te zorgen dat het geupdate wordt."
"Ik ben natuurlijk de opdrachtgever dus het zou heel grappig zijn als ik dat zou gaan doen maar ja. Hoeveel tijd gaat me dat kosten? Maar goed ik wens dat wel, dus misschien moet ik dat dan gaan doen. "

4.4.3 Frequentie

Tot slot werd de vraag gesteld hoe vaak zij vonden dat dit alles moest gebeuren. Het merendeel gaf aan dat dit minimaal één keer per jaar moest gebeuren. Zij gaven aan dat dit zeker haalbaar is. Daarbij gaven zij aan dat het eraan lag wat er actueel gehouden moest worden en ze het liever vaker zouden willen doen.

"Dus ik denk dat je minstens nou 1x per jaar dat wat je gaat doen om het complete overzicht in kaart te brengen, dat je dat zou moeten herhalen."
"Het ligt eraan weetje wat er actueel gehouden moet worden gehouden."
"Het liefst natuurlijk vaker. Als je bijvoorbeeld ook kiest voor wachtlijsten dat soort dingen ook er integreren wat heel mooi zou zijn bijvoorbeeld voor psychologenpraktijken die affiniteit hebben met deze problematiek dan zou het mooi zijn ja dan heb je niks aan het één keer per jaar doen."

Verder gaven respondenten aan dat dit maandelijks moest gebeuren omdat er veel veranderd, of dat ze niet goed wisten hoe vaak dit zou moeten gebeuren.

"Als er iets nieuws is moet je het meteen toevoegen denk ik. Ik denk dat ik dat best regelmatig zou doen eigenlijk als er iets nieuws zou komen. Eén keer per maand ofzo."
"Ik zou het eigenlijk niet zo goed weten wat ik daarop voor antwoord moet geven."

4.5 Problemen

Tijdens de afsluiting van het interview hebben de studentonderzoekers gevraagd of de participanten nog problemen voorzien in bijvoorbeeld dit onderzoek of het ontwikkelen van een sociale kaart. Allen gaven aan dat zij op een of andere manier problemen voorzien. Zo

gaven participanten aan problemen te verwachten bij het ontwikkelen van een sociale kaart omdat dit veel tijd kost, veel werk is en ze niet weten wie dit moet gaan doen.

"Dat het heel veel tijd kost om dat uiteindelijk heel mooi in kaart te brengen en dat geldt dus ook voor het up to date houden ervan."
"Zeker voorzie ik problemen, want dat moet wel nog even gebeuren en het ligt er nu nog niet dus dat is wel echt een probleem dat is gewoon echt heel veel werk."
"Het probleem is denk ik een wie gaat het doen, wie gaat het onderhouden."

Ook worden problemen verwacht binnen de sociale kaart. Bijvoorbeeld dat regio Nijmegen te beperkt is, de inhoud goed afgebakend moet worden, maar ook volledig moet zijn en dat er een goede vormgeving is die voor iedereen prettig is.

"Eigenlijk vind ik regio Nijmegen te beperkt… dat we nog steeds voor de helft van onze patiënten langs het net vissen, omdat die niet in de regio Nijmegen wonen."
"Je moet denk ik wel afbakenen van wat wat er wel en niet op moet komen op de sociale kaart."
"Hoe volledig kun je een sociale kaart maken?"

Tot slot worden er problemen verwacht voor het actueel houden van de sociale kaart. Zoals dat instellingen niet actief updaten, er bezuinigingen komen voor bijvoorbeeld de secretaresses en dat de informatie gedeeld moet worden.

"Ja dat mensen dus niet hun gegevens updaten en dat secretaresses worden wegbezuinigd."
"Je zult informatie moeten delen en de een zal daar makkelijker in zijn dan de ander."

Hoofdstuk 5 - Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven in relatie met de literatuur en de uitvoering van het onderzoek. Hierbij zullen de sterktes en beperkingen van dit onderzoek besproken worden. Tot slot zal de praktische toepasbaarheid ter discussie gesteld worden.

5.1 Resultaten ten opzichte van literatuur

Zoals eerder in het projectplan een literatuursearch is uitgevoerd ter onderbouwing van het theoretisch kader, is dit nogmaals gedaan na codering van de resultaten. Hier kwam geen nieuwe wetenschappelijke informatie uit. In deze paragraaf zullen de resultaten worden afgezet tegen de literatuur. Hierbij zal dus niet elk thema kunnen worden afgezet tegen de literatuur, omdat nog niet overal literatuur over bekend is.

5.1.1 Aanbod

Uit de resultaten blijkt dat respondenten verwachten dat verschillende zaken zullen verbeteren als zij een sociale kaart gaan gebruiken. Dit ging over het creëren van een juiste doorverwijzing, hulp dichterbij huis voor de cliënt, dat cliënten zelf in de sociale kaart kunnen zoeken voor gepaste zorg en dat het nieuwe inzichten zal geven. Het onderzoek van Ruiter en Waardenburg (2011) bevestigt dit en komt overeen met de wensen van het POP-team. Daarnaast bleek uit de resultaten van dit thema dat een respondent momenteel al gebruik maakt van een soort sociale kaart genaamd Mind2care. Uit het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) is gebleken dat bij hun onderzoek ook een aantal respondenten waren die al gebruik maakten van een sociale kaart online, maar dat deze nog niet helemaal compleet was. De respondent van het POP-team gaf ook aan dat Mind2care niet als volledige sociale kaart te zien is.

Zoals uit de resultaten is gebleken hebben alle respondenten op hun eigen manier aangegeven dat zij verwachten dat de samenwerking met andere organisaties verbeterd kan worden door gebruik te maken van een sociale kaart. Zij verwachten dat dit doordat je weet wie er zijn, wat zij doen en elkaar (beter) leert kennen. Ruiter en Waardenburg (2011) bevestigen dit mits de sociale kaart aan de eisen voldoet zoals genoemd in het theoretisch kader. Daarbij stellen zij wel dat verwijzingen het beste verlopen wanneer je elkaar persoonlijk kent.

Tot slot bleek uit de resultaten van het thema aanbod uit het onderzoek dat de respondenten verwachten dat een sociale kaart oplossing kan bieden voor verschillende probleemgebieden als, verstandelijke beperking, psychische ziektebeelden, lichamelijke problemen, ondersteuning in het algemeen, opvoedingsproblemen, educatie, financiën, relaties, vluchtelingen, praktische hulp en combinaties hiervan. Het enigste wat met literatuur te bevestigen is, is dat het gebruiken van een sociale kaart het verwijsproces versoepelt, omdat er op deze manier, op een juiste wijze, met én vóór de patiënt, overeengekomen kan worden wat de beste vervolgstap voor hem is (Ruiter en Waardenburg, 2011). Mogelijk dat hierdoor ook bovenstaande probleemgebieden worden aangepakt.

5.1.2 Vormgeving

Gelink en Verkoelen (2014) geven aan dat het merendeel van de respondenten de sociale kaart het liefst digitaal én op papier beschikbaar heeft, omdat de papieren versie voor een bepaalde doelgroep prettig is die niet gemakkelijk met de digitale variant kan werken. Zij beschrijven dat het deel van de respondenten dat de sociale kaart het liefst digitaal beschikbaar heeft, dit graag in de vorm van een website te zien, omdat de respondenten overal gebruik maken van internet en er dan ook overal bij zouden kunnen. Uit de resultaten

van dit onderzoek blijkt dat het merendeel van de respondenten de sociale kaart graag digitaal beschikbaar heeft en net zoals in het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) dit graag zien in de vorm van een website met linkjes, omdat dit hen makkelijk in gebruik lijkt. Of een sociale kaart in de vorm van een website ook echt makkelijk in gebruik is, is niet met literatuur te bevestigen dan wel ontkrachten.

5.1.3 Zoeken

Wat betreft de manier van zoeken binnen de sociale kaart blijkt uit de resultaten dat het merendeel van de respondenten binnen de sociale kaart graag wenst te kunnen zoeken op onderwerpen zoals, ziektebeelden en regio. Daarnaast werden verschillende onderwerpen zoals, soort psychiatrische problemen rondom de zwangerschap, soort aanbieder, financiën, psychosociale gezondheid en laagdrempelige ondersteuning in de wijk genoemd. Ook zouden respondenten de sociale kaart graag ingedeeld zien op kwetsbaarheden. De respondenten uit Gelink en Verkoelen (2014) gaven aan dat de sociale kaart moet worden ingedeeld op wonen, zorg en welzijn én op discipline van de professional; deze respondenten gaven aan dat de indeling van wonen, zorg en welzijn goed is voor de sociale kaart, maar de indeling op discipline ook makkelijk zoekt in de sociale kaart. De respondenten uit Gelink en Verkoelen (2014) zijn echter wijkverpleegkundigen en zoeken graag op onderwerpen van toepassing op hun beroepsgebied, zoals ziektebeelden die bij hen in de wijken voorkomen. Vanuit de literatuur is verder nog niet bekend hoe een sociale kaart voor professionals van een POP-team het beste kan worden ingedeeld.

5.1.4 Gebruikers

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de respondenten het liefst ziet dat zowel zorgprofessionals als patiënten gebruik moeten kunnen maken van de sociale kaart. In Ruiter en Waardenburg (2011) zijn naast medewerkers ook cliënten geïnterviewd. Hieruit is gebleken dat ook cliënten een sociale kaart missen en dat om een goede keuze te kunnen maken voor een vervolginstelling, het belangrijk is dat zowel medewerkers als cliënten op de hoogte moeten zijn van de verwijsmogelijkheden die er zijn. Op deze wijze zal het profiel van de cliënt naast de vervolginstelling gelegd kunnen worden, om een goede match te kunnen maken. In dit onderzoek zijn echter geen patiënten/cliënten geïnterviewd. Bovendien gaat het in dit onderzoek over een andere patiëntendoelgroep, waardoor het nog onduidelijk is of zij ook behoefte hebben aan een sociale kaart en daarbij wat dan hun wensen zouden zijn ten aanzien van het ontwikkelen en borgen van een sociale kaart.

5.1.5 Actueel

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de respondenten graag een jaarlijkse oriëntatie op de regio ziet. Volgens de respondenten zouden dan de organisaties die op de sociale kaart staan moeten worden benaderd om te kijken of daar niets in veranderd is. Een andere optie die de participanten gaven was dat deze organisaties daar zelf verantwoordelijk voor moeten zijn. Volgens de respondenten zou dit gedaan kunnen worden door iemand van buitenaf, zoals de instellingen zelf al dan niet met administratieve ondersteuning vanuit het POP-team of stagiaires. Daarnaast zijn respondenten van mening dat ook iemand van het eigen team dit kan doen, echter weten zij dat dit veel tijd gaat kosten en weten zij niet goed hoe zij dit moeten doen. Bovendien lijkt het de respondenten handig als veranderingen digitaal aangegeven kunnen worden en een digitale sociale kaart lijkt volgens hen makkelijker up to date te houden dan een papieren sociale kaart. Volgens de respondenten uit Gelink en Verkoelen (2014) moet een update van de sociale kaart plaatsvinden zodra er verandering heeft plaatsgevonden en dat op deze manier kan de sociale kaart up to date

blijven. Dat het POP-team dit jaarlijks wilt heeft voornamelijk te maken met dat ze dit haalbaar vinden. De participanten gaven daarbij wel aan dat zij belangrijke informatie zoals wachttijden of financiering graag aangepast zien worden zodra daar een verandering in is.

5.1.6 Problemen

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten nogal wat problemen voorzien bij de ontwikkeling van een sociale kaart. Zij verwachten namelijk dat het ontwikkelen van een sociale kaart veel tijd en werk kost en dat ze niet weten wie dit moet gaan doen. Daarnaast wordt verwacht dat regio Nijmegen te beperkt is voor een sociale kaart en vragen de respondenten zich af hoe volledig je een sociale kaart kunt maken en hoe hierbij de privacy ten alle tijden kan worden gewaarborgd. Tot slot worden er problemen verwacht voor het actueel houden van de sociale kaart. Zoals dat instellingen niet actief updaten en dat er bezuinigingen komen voor bijvoorbeeld de secretaresses. Uit de resultaten van Gelink en Verkoelen (2014) bleek dat er een eindverantwoordelijke moet worden aangesteld en dat instellingen zich vervolgens zelf melden bij deze eindverantwoordelijke wanneer er een verandering heeft plaatsgevonden. De vraag is of dit ook werkt voor het POP-team.

5.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Zoals beschreven in het hoofdstuk resultaten hebben de studentonderzoekers verschillende stappen ondernomen voor de werving van respondenten. De studentonderzoekers hebben één week voor de start van het onderzoek een uitnodiging verzonden. De periode waarin het onderzoek plaats zou vinden bestond uit drie weken. Door de hoge non-respons zijn er stappen ondernomen zoals het sturen van meerdere reminders, mondelinge motivatie door de opdrachtgever en telefonisch contact. De vrijwilligheid van deelname is mogelijk geschaad door het versturen van meerdere reminders per mail en het telefonisch contact opnemen met respondenten. Dit is echter gedaan omdat drie weken na het versturen van de eerste uitnodiging er maar drie interviews gepland waren. Alleen in het geval van non-respons en in overleg met de opdrachtgever, zijn vervolgstappen zoals reminders en telefonisch contact genomen, zodat uiteindelijk een beter beeld van de werkelijkheid geschetst kon worden. Voor respondenten was het ten alle tijden duidelijk dat de keuze om deel te nemen aan het onderzoek geheel vrijblijvend was. Respondenten die besloten niet deel te nemen, hoefde hiervoor geen reden te geven. Zo zijn afwijzingen dan ook direct geaccepteerd en is alleen herhaaldelijk contact opgenomen bij non-respons.
Het is voor het onderzoek fijn dat het merendeel van het team heeft meegedaan aan het onderzoek. Er zal echter meegenomen moeten worden dat het team vrij klein is en de onderlinge samenwerking van groot belang is. Daarom zal het team er samen uit moeten komen wat voor hen het beste werkt met betrekking tot het ontwikkelen van een sociale kaart. Daarom kunnen er alleen aanbevelingen worden gedaan voor het team en zullen zij hier zelf mee verder aan de slag moeten gaan om uiteindelijk tot een plan te komen waar het hele team achter staat.

Sterk aan dit onderzoek is dat uitgezonderd van één discipline alle verschillende disciplines zijn geïnterviewd voor dit onderzoek. Hierdoor zijn er verschillende antwoorden verkregen, omdat deze disciplines antwoorden vanuit verschillende belangen. Dit gecombineerd met diversiteit aan leeftijd en werkervaring heeft gezorgd voor een diversiteit aan respondenten en resultaten.
Zoals is beschreven in de zorgvuldigheidseisen zijn er stappen ondernomen om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. De betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot door het opstellen van een interviewguide, daarbij een standaard introductie te

schrijven en tijdens het interview literatuur te gebruiken om helder te krijgen waar het over gaat. Zo werd de definitie van een sociale kaart uitgelegd en werd tussentijds verteld wat een sociale kaart volgens eerder onderzoek zeker moet bevatten. Door dit te doen hebben alle respondenten dezelfde informatie voor en tijdens het interview gekregen.

Een beperking van dit onderzoek was onder andere dat de studentonderzoekers geen ervaring hadden met het doen van onderzoek. Hierdoor zijn er tijdens het interview suggestieve vragen gesteld en is er mogelijk te weinig doorgevraagd. Dit kan van invloed zijn geweest op de resultaten. Daarom is gekozen om de antwoorden die voort kwamen uit suggesties van de studentonderzoekers niet mee te nemen of als minder belangrijke resultaten te beschouwen. Respondenten hadden namelijk al een eigen antwoord gegeven op de vraag, vervolgens gaven de studentonderzoekers ideeën om een reactie te krijgen van de respondenten. Deze reacties waren dan ook niet volledig afkomstig van de respondenten zelf. Ook was een beperking van het onderzoek de mogelijke tijdsdruk waarmee de respondenten zaten tijdens het interview. Vooraf is gekozen om één uur uit te trekken voor het afnemen van het interview. Dit zodat de respondenten rustig de tijd hadden om op alle vragen een antwoord te geven. Door de hoge non-respons en de ervaring uit de eerste interviews hebben de studentonderzoekers echter medegedeeld aan de respondenten dat het interview een kwartier tot half uur zou duren. Dit om de respons mogelijk te verhogen. Hierdoor kan het zijn dat respondenten gehaast waren tijdens het interview en dat dit invloed heeft gehad op de resultaten.

5.3 Praktische toepasbaarheid en generaliseerbaarheid

Dit onderzoek is tot op zekere hoogte generaliseerbaar voor de praktijk. De interviewguide die gebruikt is, is afgeleid uit de bevindingen van Gelink en Verkoelen (2014). De interviewguide die de studentonderzoekers hebben gebruikt is gericht op wensen omtrent het creëren van een sociale kaart en kan toegepast worden binnen elke setting. Wat niet generaliseerbaar is zijn de resultaten. De resultaten zijn specifiek van toepassing op de POP-poli van het RadboudUMC en zullen dan ook niet generaliseerbaar zijn voor andere poli’s of teams. Voor andere POP-poli’s in Nederland zullen deze resultaten ook niet generaliseerbaar zijn aangezien het nadrukkelijk gaat om de wensen van het POP-team in Nijmegen en een team ergens anders een andere wens kan hebben.

Hoofdstuk 6 - Aanbeveling

In dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gedaan worden voor het POP-team om te komen tot een goede sociale kaart die actueel te houden is. Deze aanbevelingen worden gedaan op basis van de gevonden uitkomst van dit onderzoek. Ook gaan we in op aanbevelingen voor verder onderzoek.

6.1 Praktijk

6.1.1 POP-team

Het POP-team gaf gedurende de interviews vaak uiteenlopende antwoorden. Ook als door de meerderheid één antwoord gegeven werd, werd dit nooit door het volledige team gedaan. Bijvoorbeeld het jaarlijks actueel houden, waarbij één respondent dit graag maandelijks zag gebeuren. Bovendien is niet het volledige team geïnterviewd. Het maken en gebruiken van een sociale kaart zal echter binnen het hele team moeten gebeuren. Daarom wordt aanbevolen om aan de hand van de gevonden resultaten uit dit onderzoek met het complete team samen te gaan zitten en te komen tot één gedeeld antwoord voortkomend uit de gebruikte interviewguide waar het hele team achter staat. De vragen gesteld in de interviewguide vormen namelijk de bouwstenen voor het maken en actueel houden van een sociale kaart aan de hand van de wensen van het POP-team. Vervolgens kunnen de antwoorden die uit deze bijeenkomst komen weer doorgevoerd worden voor het opstellen van een sociale kaart.

6.1.2 Uitvoering

Uit de resultaten is gebleken dat alle respondenten het creëren en bijhouden van een sociale kaart een grote en tijdrovende klus vonden. Het POP-team zag daarom ook niet goed voor zich hoe ze dit moeten gaan doen in de werkuren die zij hebben in combinatie met alle andere taken die zij hebben op de werkvloer. Daarom worden twee opties aanbevolen. Het gaat bij beide opties sterk om de wens die het POP-team hierbij heeft. Beide opties hebben voor- en nadelen en deze zullen dan ook overwogen moeten worden. Ten eerste wordt het aanbevolen om iemand van buitenaf dit te laten doen. Dit kan door te zoeken naar mogelijkheden waarbij studenten de sociale kaart gaan opzetten aan de hand van de bevindingen binnen dit onderzoek en de bevindingen van de aanbevolen bijeenkomst van het POP-team. Ook kan er gekeken worden naar vrijwilligers of een organisatie zoals Sociale Kaart Nederland. Eén respondent gaf tijdens het interview ook aan dat stagiaires het actueel houden van de sociale kaart zouden kunnen doen. Nadeel hiervan is dat, zoals respondenten genoemd hebben tijdens de interviews, de kans bestaat dat niet alle organisaties die het POP-team graag ziet op een sociale kaart ook daadwerkelijk daar op komen te staan. Zo kan Sociale kaart Nederland alleen organisaties op hun sociale kaart zetten die betalen (persoonlijke communicatie, 15 november 2018). De vraag is of vrijwilligersorganisaties dat kunnen en zullen doen. De andere aanbeveling is om het toch door het POP-team zelf te laten doen als zij dit als prettiger zullen ervaren. Respondenten gaven aan dat zij denken hier vaak te weinig tijd voor te hebben. Het is daarom van belang dat er met het hele team gekeken wordt wie bij kan en wilt dragen aan het ontwikkelen van een sociale kaart. Zij zullen zelf moeten kiezen of één persoon aandachtsvelder hiervan wordt of dat zij als team gezamenlijk allemaal een stuk van de sociale kaart gaan maken. Bij beide opties moet meegenomen worden dat het merendeel de sociale kaart graag online ziet. Er zal dus contact opgenomen moeten worden met mensen of organisaties die dit voor hen kunnen verwezenlijken. De eerste stap zou bijvoorbeeld kunnen zijn om contact op te nemen met het ICT van het RadboudUMC.

6.2 Onderwijs

Een aanbeveling voor het onderwijs is om studenten die binnen de gezondheids- of sociale sector studeren tijdens het onderwijs alvast kennis te laten maken met een sociale kaart. De studentonderzoekers was het namelijk vooraf nog niet bekend dat een dergelijke kaart bestond. Volgens het beroepsprofiel van de verpleegkundige moet de verpleegkundige voldoen aan de rol van samenwerkingspartner. Binnen deze rol moet de verpleegkundige kennis hebben van samenwerkingspartners binnen en buiten de zorg, actuele standaarden en handreikingen daarin, ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio (V&VN, 2012). De verpleegkundige kan van al deze zaken kennis verkrijgen door gebruik te maken van een sociale kaart.

6.3 Onderzoek

6.3.1 Creëren sociale kaart

Voor zover het de studentonderzoekers bekend is, zijn er buiten de onderzoeken die gebruikt zijn binnen dit onderzoek, geen onderzoeken bekend over het maken van een sociale kaart. Aanbevolen wordt dan ook om verder onderzoek te starten naar hoe een sociale kaart het beste kan worden vormgegeven. Er zijn namelijk veel facetten die het POP-team bijvoorbeeld graag terug zou willen zien binnen de sociale kaart die niet te zien waren binnen het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014). Verder onderzoek naar de vormgeving van een sociale kaart is noodzakelijk om de best mogelijke versie hiervan te ontwikkelen.

6.3.2 Actueel houden sociale kaart

De studentonderzoekers hebben geen literatuur kunnen vinden over het actueel houden van een sociale kaart. Dit is een belangrijk facet binnen het gebruiken van een sociale kaart. De wens voor het maken van een sociale kaart is ontstaan doordat er het voor de teamleden niet inzichtelijk is welke organisaties er zijn, er veel nieuwe organisaties bijkomen, wijzigingen zijn binnen organisaties en organisaties wegvallen. Daarom is het van groot belang dat een sociale kaart op een juiste manier actueel gehouden kan worden. Bovendien moet deze werkwijze efficiënt zijn zodat het niet te veel tijd kost. Het is dus van groot belang voor alle instellingen die willen werken met een sociale kaart dat er onderzoek gestart wordt naar hoe je een sociale kaart het beste actueel kan houden.

6.3.3 Sociale kaart patiënten

Als er door het POP-team gekozen wordt om de sociale kaart ook voor patiënten openbaar te stellen dan is het van belang dat er onderzoek gedaan wordt naar de wensen van hun patiëntendoelgroep. Het is van belang om te weten of deze patiënten behoefte hebben aan een dergelijke sociale kaart, maar ook wat zij prettig vinden in gebruik. Het is namelijk belangrijk dat de hele doelgroep optimaal gebruik kan maken van de sociale kaart. De doelgroep bestaat namelijk uit veel verschillende groepen. Mensen met een verstandelijke beperking zullen andere behoeftes en handvatten nodig hebben dan patiënten met autisme of een verslavingsstoornis.

Hoofdstuk 7 - Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven. Deze is gebaseerd op de resultaten en geeft antwoord op de hoofdvraagstelling die luidt:

"Hoe kan een sociale kaart worden ontwikkeld en geborgd die voldoet aan de wensen van het POP-team van het Radboud UMC om de verwijzing voor vrouwen met psychiatrische problemen postpartum binnen de regio Nijmegen te verbeteren?"

Om uitgebreider antwoord te geven op deze vraagstelling wordt antwoord gegeven binnen drie thema's, aanbod, vormgeving en actueel. Tot slot zal er één concluderend antwoord gegeven worden op de hoofdvraag.

7.1 Aanbod

De respondenten van dit onderzoek verwachten dat het volgende verbeterd kan worden door het gebruik maken van een sociale kaart: creëren van een juiste doorverwijzing, hulp dichterbij huis voor de cliënt, dat cliënten zelf in de sociale kaart kunnen zoeken voor gepaste zorg, dat het nieuwe inzichten zal geven en dat de samenwerking verbeterd kan worden doordat ze weten wie er zijn en wat zij doen. Het onderzoek van Ruiter en Waardenburg (2011) bevestigd dit en komt overeen met de wensen van het POP-team. Eén teamlid van het POP-team gaf aan al gebruik te maken van een soort sociale kaart, Mind2care, echter zoals ook bevonden is in het onderzoek van Ruiter en Waardenburg wordt dit niet als volledig ervaren. Tot slot verwachtte de respondenten dat een sociale kaart een oplossing kan bieden voor verschillende probleemgebieden van psychische ziektebeelden tot relaties. Ruiten en Waardenburg (2011) kan alleen bevestigen dat een sociale kaart het verwijsproces kan versoepelen. Waar een sociale kaart verder oplossingen voor kan bieden zal verder onderzocht moeten worden.

7.2 Vormgeving

Uit de interviews is gebleken dat het merendeel van de respondenten vindt dat de sociale kaart digitaal ontwikkeld moet worden. Het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) heeft ook bevonden dat er bij hun onderzoek voorkeur bestond voor het creëren van een digitale sociale kaart, echter wilden participanten in hun onderzoek dit ook in combinatie met een papieren sociale kaart. Het POP-team wilde het liefste dat er binnen de sociale kaart gezocht kon worden op onderwerpen zoals, wachttijd en probleemgebieden. Het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) had een gelijksoortige bevinding echter wilde participanten uit dat onderzoek onderwerpen gericht op hun werkveld in de wijk. Het merendeel van de teamleden van het POP-team was van mening dat naast zijzelf ook patiënten gebruik moeten kunnen maken van een sociale kaart. Ruiter en Waardenburg (2011) hebben binnen hun onderzoek ook patiënten geïnterviewd en het bleek dat de patiënten daar ook behoefte hadden aan een sociale kaart. Als het POP-team ervoor kiest om ook patiënten toegang te verlenen tot de sociale kaart zal er onderzoek gestart moeten worden naar de behoeften van de patiëntendoelgroep ten opzichte van een sociale kaart.

7.3 Actueel

Het merendeel van de respondenten vind een jaarlijkse oriëntatie op de regio haalbaar. Hierbij moet gecheckt worden of de informatie die op de sociale kaart staat nog klopt en of er nieuwe organisaties bij zijn gekomen. De meningen zijn verdeeld of zij dit zelf moeten doen of dat organisaties daar zelf verantwoordelijk voor zijn. Daarbij lijkt het respondenten prettig om digitaal wijzigingen door te geven. Dit lijkt hen makkelijker up to date te houden dan een

papieren sociale kaart. De respondenten waren ook van mening dat als er iets belangrijks wijzigt dit direct zichtbaar moet zijn binnen de sociale kaart. Het onderzoek van Gelink en Verkoelen (2014) geeft aan dat er een update van de sociale kaart moet plaatsvinden zodra er een verandering heeft plaatsgevonden.

7.4 Conclusie

Het concluderende antwoord op de hoofdvraag is als volgt. Voor de sociale kaart zelf bestaat er een voorkeur voor een digitale sociale kaart in de vorm van een website. Via deze website kunnen aanpassingen gedaan kunnen worden bij wijzigingen binnen de organisaties die hierop staan. Organisaties kunnen dit zelf doen, maar ook een aandachtsvelder van het POP-team kan hier verantwoordelijk voor zijn, al dan niet met ondersteuning van secretaresses of stagiaires. Wenselijk en haalbaar is dat jaarlijks nagegaan wordt of alle informatie die op de sociale kaart staat nog klopt en of er mogelijk nieuwe organisaties zijn. Verder moeten er tussentijds aanpassingen gedaan kunnen worden bij belangrijke zaken, denk aan wachttijden of veranderingen binnen de geleverde zorg. De sociale kaart zelf zal ingedeeld moeten worden op onderwerpen, bijvoorbeeld probleemgebieden en wachttijden. Welke onderwerpen dat precies zullen zijn moet het POP-team nog met elkaar gaan bespreken. Wat het POP-team verder graag terug wilt zien binnen de sociale kaart is zeer uiteenlopend van financiering tot privacy. Het POP-team zal samen moeten gaan zitten om erachter te komen wat zij gezamenlijk binnen deze sociale kaart willen zien en om hier afspraken over te maken. Dit zal gedaan moeten worden aan de hand van de resultaten. De sociale kaart die ontwikkeld zal worden voor het POP-team van het RadboudUMC kan ook gemaakt worden voor patiënten echter moet hier verder onderzoek naar worden gedaan.

Literatuurlijst

- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg.* Houten: Noordhoff.
- Bours, D., Eliens, D., & Strijbol, D. (2009). *Effectief verplegen 0, handboek voor evidence based verpleegkundig handelen.* Dwingeloo: Kavanah.
- BPSW. (2016). *Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.bpsw.nl/publicaties/beroepsprofiel-van-de-maatschappelijk-werker/
- Clijsen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G., Van Loenen, E., & Van Piere, M. (2015) *Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen* (2e druk). Amsterdam: Reedbusiness.
- Verwijzen. (z.d.). In *Nederlands woordenboek.* Geraadpleegd op 6 oktober 2018, van https://www.encyclo.nl/begrip/verwijzen
- Gelink, I., & Verkoelen, K. (2014). *Vinden en verbinden!* (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_han:oai:surfsharekit.nl:2b48e84c-fc94-4bb1-a109-86445097c1cc?q=sociale+kaart
- Hannes, K. (2010). Het Qualitative Assessment and Review Instrument (Qari) ter ondersteuning van synthesen van kwalitatief onderzoek. *KWALON, 45*(3), 35-44.
- Hermsen, P., Keukens, R., & Van der Meer, J. (2011) *Mensen met een verstandelijke beperking* (4e druk). Deventer: Van Tricht uitgeverij.
- Hersenstichting. (z.d.). *ADHD.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/adhd?gclid=EAIaIQobChMIlMurqrL23QIVgc13Ch1mfQ5kEAAYBCAAEgIxq_D_BwE
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018). Analyseschema kwantitatief onderzoeksartikel. Geraadpleegd op 9 november van, https://onderwijsonline.han.nl/elearning/lesson/zD82Y6N2
- Innovatie. (z.d.). In *Nederlands woordenboek.* Geraadpleegd op 11 september 2018, van https://www.encyclo.nl/begrip/Innovatie
- Ketenpartner. (z.d.). In *Nederlands woordenboek.* Geraadpleegd op 6 oktober 2018, van https://www.encyclo.nl/begrip/Ketenpartner
- KNMG. (z.d.) *Kindergeneeskunde.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.knmg.nl/web/file?uuid=0e6ffe32-8c01-4894-a51c-4cfbdd5f8fef&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=1613
- KNMG. (2017). *Psychiatrie.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/geneeskundestudie/beroepskeuze/overzicht-filmpjes/beroepskeuze-vervolgopleiding/psychiatrie-1.htm
- KNOV. (2014). *Beroepsprofiel verloskundige.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/1866/file/Beroepsprofiel_VERLOSKUNDIGE_02_02_2015.pdf
- Lambregtse-Van den Berg, M., Van Kamp, I., & Wennink, H. (Reds.). (2015). *Handboek psychiatrie en zwangerschap.* Utrecht: De Tijdstroom.
- LKPZ, (z.d.), *Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap.* Geraadpleegd op 13 september 2018, van https://www.lkpz.nl/
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP.
- Mind2Care. (z.d.) *De Mind2care vragenlijst.* Geraadpleegd op 23 december 2018, van https://www.mind2care.nl/
- *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. (2006). Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen. Geraadpleegd op 9 november 2018, van* https://www.ntvg.nl/artikelen/psychiatrische-stoornissen-bij-zwangeren-en-kraamvrouwen/volledig

- Nederlandse Vereniging voor Autisme. (2014). *CBS schatting prevalentie autisme: Wat betekenen deze cijfers?* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.autisme.nl/over-autisme/onderzoek-naar-autisme/prevalentiecijfers-over-autisme.aspx
- Nederlandse Vereniging voor obstetrie & gynaecologie. (2013). *BOEG.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.knmg.nl/web/file?uuid=6da20bb1-b9f5-4584-909e-41597703b17a&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=2002&elementid=153285
- Nictiz. (z.d.). *Zorgdomeinen.* Geraadpleegd op 4 oktober 2018, van https://www.nictiz.nl/overzicht-standaarden/zorgdomeinen/
- NVGzP. (2015). *De klinisch psycholoog beroepsprofiel.* Geraadpleegd op 11 oktober 2018, van https://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2017/10/Beroepsprofiel-Klinisch-Psycholoog-herdruk.pdf
- Osborne, S., Biaggi, A., Chua, T.E., Du Preez, A., Hazelgroce, K., Nikkheslat, N., … Pariante, C.M. (2018) *Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through oncreased meternal inflammation and cortisol in pregnancy: The Psychiatry Research and Motherhood – Depression (PRAM-D) Study.* Geraadpleegd op 8 november 2018, van https://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530(17)31631-1/fulltext
- Psychologenpraktijk Burgers. (z.d.) *Systeemtherapie.* Geraadpleegd op 11 oktober 2018, van https://www.gz-psycholoog.info/systeemtherapie/
- PsyQ. (z.d.). *Kun je medicijnen gebruiken in de zwangerschap?* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.psyq.nl/adhd/vragen/kun-je-medicijnen-gebruiken-in-de-zwangerschap
- Radboud UMC. (z.d.). *Naar een academisch medisch netwerk.* Geraadpleegd op 12 september 2018, van https://www.radboudumc.nl/over-het-radboudumc/strategie/academisch-medisch-netwerk
- Radboud UMC. (z.d.). *Polikliniek POP poli.* Geraadpleegd op 12 september 2018, van https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/poliklinieken/pop-poli
- Radboud UMC. (z.d.). *Polikliniek POP-poli*. Geraadpleegd op 13 september 2018, van https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/poliklinieken/pop-poli/voor-wie
- Radboud UMC. (2018). *Radboud UMC persoonsgericht en innovatief.* Geraadpleegd op 11 september 2018, van https://www.radboudumc.nl/getmedia/b6b088bf-76de-459e-a6ea-9a6830658f90/Radboudumc_strategiefolder_DEF.aspx
- Ruiter, H., & Waardenburg, M. (2011). *Van A naar Beter.* (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 6 oktober 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_che:oai:surfsharekit.nl:e5556bcf-aaf1-42fb-9686-84944651d9b9?q=doorverwijzen
- Snip, L., (2017). *Leidraad ASS en zwangerschap.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van http://www.lkhnederland.nl/wp-content/uploads/2017/09/Leidraad-ASS-en-zwangerschap.pdf
- Sociale kaart Nederland. (z.d). Geraadpleegd op 4 oktober 2018, van https://www.socialekaartnederland.nl/
- Verbeek, M. (2013). *De sociale kaart is onontbeerlijk in het Sociale Domein.* Geraadpleegd op 26 september 2018, van http://www.hetsocialedomein.nl/de-sociale-kaart-in-het-sociale-domein/
- Verhagen, P. (2016). *Ondernemen en innoveren in zorg en welzijn.* Bussum: Coutinho.
- Veringa, I. (2004). *Tokophobia.* Geraadpleegd op 2 oktober 2018, van https://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1341779382.pdf
- Volksgezondheidenzorg. (2011). *Prevalentie angststoornissen bevolkingsonderzoek.* Geraadpleegd op 27 september 2018, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/angststoornissen/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-angststoornissen-bevolkingsonderzoek

- Volksgezondheidenzorg. (2010). *Prevalentie van ADHD in bevolkingsonderzoek.* Geraadpleegd op 8 oktober 2018, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/adhd/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-van-adhd-bevolkingsonderzoek
- V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige.* Geraadpleegd op 27 september 2018, van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.* Geraadpleegd op 2 oktober 2018, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profiel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf

Bijlagen

Bijlage 1 - Schriftelijke rapportage zoekstrategie

Aan de hand van twee DDU's is een zoekstrategie opgezet.

DDU: Hoe kan een verwijsproces worden geoptimaliseerd?

DDU: Aan welke voorwaarden moet een sociale kaart voldoen?

A. Zoeken via HBO Kennisbank

Zoekterm: Sociale kaart

Aantal hits: 392

Zoekterm: Doorverwijzen

Aantal hits: 51

Er is hierbij eerst gekeken naar alle titels van de hits. Wanneer in de titel relevante begrippen voorkwamen is gekeken naar de samenvatting. Op basis hiervan zijn de gebruikte bachelorscripties gekozen.

B. Zoeken via NAZ

Zoekterm: Sociale kaart

Aantal hits: 68

Alle titels zijn gelezen en vanuit daar is beoordeeld of het mogelijk relevant is voor het onderzoek. Vervolgens zijn de samenvattingen en artikelen van de titels van de onderzoeken die overeen kwamen met hetgeen wat er gezocht werd gelezen, echter kwamen hier geen bruikbare artikelen uit.

C. Zoeken via Pubmed

Om aan te tonen dat er is gezocht binnen Pubmed en hier bij één opgestelde vraagstelling bruikbare artikelen zijn gevonden zijn hieronder drie zoekstrategieën uitgewerkt, waarvan de eerste aantoont hoe het gebruikte artikel is gevonden en daarna is aangetoond hoe er bij twee andere vraagstellingen niks is gevonden, aan de hand van het format van de HAN (2012).

ZOEKSTRATEGIE **(Uitleg)**	**RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE** **(Hier de uitwerking zetten)**
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	**Stap 1:** Wat is de invloed van een psychiatrische aandoening tijdens de zwangerschap op het nageslacht?

Stap 2:

PICO of DDU formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)

Stap 2:

P: psychiatrische aandoening tijdens de zwangerschap

I: de invloed

C: -

O: het nageslacht

Stap 3:

1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO of DDU:
2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen
3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden
4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc)
5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc)

PS: niet afbakenen op free-full text!

6. Bouw de search per zoekterm op

Stap 3:

1. Zoektermen

P: psychiatrische aandoening tijdens de zwangerschap, psychiatrie en/in combinatie met zwangerschap

I: de invloed

O: nageslacht, kind, baby.

2. Engelstalig

	Nederlands	**Engels**
P	psychiatrische aandoening tijdens de zwangerschap, psychiatrie en/in combinatie met zwangerschap	Mental disorder during the pregnancy, prichiatry and/combined with pregnancy
I	de invloed	The influence
O	nageslacht, kind, baby.	Offspring, Child, baby

3. Definities

P: Pregnancy

The status during which female mammals carry their developing young (EMBRYOS or FETUSES) in utero before birth, beginning from FERTILIZATION to BIRTH.
Year introduced: 1963

Mental Disorder

Psychiatric illness or diseases manifested by breakdowns in the adaptational process expressed primarily as abnormalities of

	thought, feeling, and behavior producing either distress or impairment of function. Year introduced: use pre-explosion 1974-1997 **Psychiatry** The medical science that deals with the origin, diagnosis, prevention, and treatment of mental disorders. **I:** Geen MesH, vrije term **influence** **O:** Geen MesH, vrije termen: **Offspring** **4. 5. 6. De zoekstring** Gekozen is voor de volgende zoekstring, omdat andere zoekstrings geen relevante artikelen opleverde: ((pregnancy[Title]) AND psychiatry[Title]) AND offspring[Title] Afgevallen zoekstrings: ((((pregnancy[Title/Abstract]) AND mental disorder[Title/Abstract]) OR psychiatry[Title/Abstract]) AND influence) AND offspring[Title/Abstract] ❼ 7 Hits, geen bruikbare artikelen. (((pregnancy[Title/Abstract]) AND mental disorder[Title/Abstract]) AND influence) AND offspring[Title/Abstract] ❼ 1 Hit, onderzoek bij ratten. (((pregnancy[Title/Abstract]) AND psychiatry[Title/Abstract]) AND influence) AND offspring[Title/Abstract] ❼ 1 Hit, ondezoek over het brein. (((pregnancy[Title]) AND mental disorder[Title]) AND influence) AND offspring[Title] ❼ 0 Hits (((pregnancy[Title]) AND psychiatry[Title]) AND influence) AND offspring[Title] ❼ 0 Hits ((pregnancy[Title]) AND mental disorder[Title]) AND offspring[Title] ❼ 0 Hits
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	**Search**

Stap 4A: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	**Stap 4A: search PubMed:** **Search** / **Hits** Pregnancy [MeSH] / 916897 Mental disorder / 1190865 psychiatry / 417041 influence / 928630 offspring / 64490 ((pregnancy[Title]) AND psychiatry[Title]) AND offspring[Title] / 1
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	**Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS** Geen selectiecriteria toegepast, wel is er gekeken naar de datum van het onderzoek wat 19 juli 2018 was. Hierdoor geeft het onderzoek nieuwe informatie omdat dit onderzoek pas is uitgevoerd. Bij overige zoekstrings is gezocht naar een artikel wat ging over de onderzoeksvraag, hierbij zijn geen artikelen gevonden die gingen over welke invloed het hebben van een psychiatrische aandoening tijdens de zwangerschap heeft op het nageslacht. Het was belangrijk dat het artikel hierover ging. Het mocht over een specifiek ziektebeeld gaan zoals bij het uiteindelijke gekozen artikel. Echter zijn in eerdere zoekstrings geen juiste artikelen gevonden.
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	**Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS** 1
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	**Stap 4D: FULL-TEXT** Het gevonden artikel beschikt over een full-text

Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	**Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN?** Het onderzoek geeft al aan dat er geen eerdere onderzoeken bij mensen is gedaan over dit onderwerp, daarom is en kon er ook niet verder gekeken worden naar andere onderzoeken hierover en daarom is hierover niks gevonden. Het onderzoek gaat over één effect van het hebben van een psychiatrische aandoening, namelijk hoe prenatale depressie de cortisol stress activiteit in het nageslacht beïnvloed. Het geeft daarom antwoord op een deel van de PICO. Er is geen algemeen onderzoek gedaan hierover, nog zijn er onderzoeken te vinden over andere ziektebeelden en de invloed op het kind aan de hand van de opgestelde PICO en het selectiecriteria dat het onderzoek na 2015 uitgevoerd moest zijn, zodat de verkregen informatie van toegevoegde waarde is op de informatie verkregen in de boeken. Het onderzoek betreft een prospectief longitudinaal observationeel onderzoek uitgevoerd onder 106 vrouwen in London, Engeland, King's College Hospital.

ZOEKSTRATEGIE **(Uitleg)**	**RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE** **(Hier de uitwerking zetten)**
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	**Stap 1:** Hoe kan een verwijsproces worden geoptimaliseerd?
Stap 2: PICO of DDU formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	**Stap 2:** D: - D: Verwijsproces U: Geoptimaliseerd, optimaliseren, verbeterd, verbeteren.

Stap 3:

1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO of DDU:
2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen
3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden
4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc)
5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc)

PS: niet afbakenen op free-full text!

6. Bouw de search per zoekterm op

Stap 3:

1. Zoektermen

Determinant: Verwijsproces

Uitkomst: Geoptimaliseerd, optimaliseren verbeterd, verbeteren.

2. Engelstalig

	Nederlands	**Engels**
Determi-nant	Verwijsproces	Referral process
Uitkomst	Geoptimaliseerd	Optimized

3. Definities

Referral and consultation [MeSH]

The practice of sending a patient to another program or practitioner for services or advice which the referring source is not prepared to provide.

Vrije termen

- Optimized/ to optimize
- Improved/ to improve

4. 5. 6. De zoekstring

(((((("Referral and Consultation"[Mesh])) AND optimized[Title/Abstract]) OR to optimize[Title/Abstract]) AND improved[Title/Abstract]) OR to improve[Title/Abstract]

RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE

Search

Stap 4A: SEARCH PUBMED

Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)

Stap 4A: search PubMed:

Search	**Hits**
Referral and Consultation [MeSH]	68978
Optimized	119431

to optimize	74906
Improved	825469
to improve	720425
(((((("Referral and Consultation"[Mesh])) AND optimized[Title/Abstract]) OR to optimize[Title/Abstract]) AND improved[Title/Abstract]) OR to improve[Title/Abstract]	16

Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	**Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS** Er is in deze zoekactie getracht om recente literatuur te vinden met de hoogste bewijslast. Daarom gaat de voorkeur naar systematische reviews over relevante literatuur met betrekking tot optimalisatie van het verwijsproces. De titels en abstracts van de artikelen zijn geanalyseerd op; of er in de titel 'systematic review' werd vermeld en op de woorden referral, consultation, optimized en improved. Zoals bij stap 4A te zien is, is hier in de searchbuilder ook naar gefilterd. De rest van de titels/abstracts vielen af.
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	**Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS** Drie van de zestien artikelen lijken aan de hand van de titel, abstract en datum geschikt voor dit onderzoek: **#1.** Unique Educational Opportunities for PCPs and Specialists Arising From Electronic Consultation Services. **#2.** Electronic consultation systems: worldwide prevalence and their impact on patient care-a systematic review. **#12.** Innovation in managing the referral process at a Canadian pediatric hospital. De rest van de gevonden artikelen gingen vooral over communicatie tussen zorgprofessionals binnen een setting en andere niet relevante onderwerpen. Bovendien waren de rest van de artikelen lang niet zo recent of van hoge bewijslast als het aantal

	geschikte titels zoals hierboven benoemd.
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	**Stap 4D: FULL-TEXT** Nummer een en nummer twee zijn in full-text beschikbaar.
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	**Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN?** **Artikelen**: **#1.** Unique Educational Opportunities for PCPs and Specialists Arising From Electronic Consultation Services. **#2.** Electronic consultation systems: worldwide prevalence and their impact on patient care-a systematic review. **Onderzoeksdesigns**: **#1** Review **#2** Systematic review **Landen**: **#1** Canadees onderzoek **#2** Engels/Frans onderzoek **Settings**: **Zowel #1 als #2** Gebaseerd op studies die onderzoek hebben gedaan naar de communicatie tussen de ‘primary care’ (ambulante zorg) en de ‘specialized care’ (zorg in het ziekenhuis). Na het grondig lezen van de artikelen is er gekozen om geen van de artikelen te gebruiken, omdat de artikelen vooral ingaan op het gebruik van eConsult. Dit is een digitale omgeving binnen een elektronisch patiëntendossier waarin kan worden verwezen en wat als zeer acceptabele manier van werken wordt beschouwd. Deze onderzoeken gingen echter niet

	in op de noodzaak van een sociale kaart/netwerk voor een 'goede' verwijzing of samenwerking.

ZOEKSTRATEGIE **(Uitleg)**	**RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE** **(Hier de uitwerking zetten)**
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	**Stap 1:** Aan welke voorwaarden moet een sociale kaart voldoen?
Stap 2: PICO of DDU formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	**Stap 2:** D: Een sociale kaart D: Aan voldoen U: Welke voorwaarden
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO of DDU: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) PS: niet afbakenen op free-full text! 6. Bouw de search per zoekterm op	**Stap 3:** **1. Zoektermen** **Domein:** Sociale kaart **Determinant:** Voldoen **Uitkomst:** Voorwaarden **2. Engelstalig** [table below] **3. Definities** **D:** Social Graph/ community resources.

	Nederlands	**Engels**
Domein	Sociale kaart	Social Graph/ community resources.
Determinant	Voldoen	Meet/ suffice.
Uitkomst	Voorwaarden	Terms/ requirements.

- Geen Mesh termen gevonden.

Vrije termen

- Social graph
- Community resources

D: Meet/ suffice.

- Geen Mesh termen gevonden

Vrije termen

- Meet
- Suffice

O: Terms/ requirements.

- Geen Mesh termen gevonden.

Vrije termen

- Terms
- Requirements

4. De zoekstring

(((((social graph[Title]) OR community resources[Title]) AND meet) OR suffice) AND terms[Title/Abstract]) OR requirements[Title/Abstract]

5. 6. Limits

- Publication dates: 5 years.
- Species: Humans
- Languages: English

RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	**Search**
Stap 4A: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	**Stap 4A: search PubMed:**

Search	**Hits**
social graph	837
community resources	39046
meet	94783
suffice	3857
terms	468957
requirements	175752
(((((social graph[Title]) OR community resources[Title]) AND meet) OR suffice) AND terms[Title/Abstract]) OR requirements[Title/Ab	175589

	stract]
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	**Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS** - Publication dates: 5 years. - Species: Humans - Languages: English gesorteerd op beste match.
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	**Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS** Doordat het gesorteerd is op beste match en er in de titels geen social graph of community resources voorkomt in de gevonden artikelen is geconcludeerd dat er geen bruikbare artikelen gevonden zijn voor de vraag “Aan welke voorwaarden moet een sociale kaart voldoen?”. Eerder is gezocht op smallere termen en dit leverde ook geen bruikbare artikelen op.
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	**Stap 4D: FULL-TEXT** x
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	**Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN?** x

Bijlage 2 - Evidence tabel

Mate van Bewijskracht	
Niveau 1A	Systematische literatuur onderzoek
Niveau 1B	Randomized Control Trial (RCT)
Niveau 2	Cohortonderzoek
Niveau 3	Patiënt-controleonderzoek
Niveau 4	Cross-sectioneelonderzoek
Niveau 5	Patiëntenserie
Niveau 6	Mening expert

Ladder van evidence (Bours, Eliens & Strijbol, 2009)

Niveau van evidence	**Publicatiejaar**	**Studiedesign**	**Auteur(s)**	**Populatie & Setting**	**Doel van het onderzoek**	**Resultaten**	**Conclusie**	**Resultaat beoordeling kwaliteit van het artikel**
4	2011	Kwalitatief, Beschrijvend onderzoek	H. Ruiter & M. Waardenburg	Oud cliënten van een stichting voor dak- en thuislozen, het personeel en ketenpartners van die stichting	Onderzoeken hoe een optimale procedure van verwijzen kan worden gerealiseerd	- Het personeel geeft aan een sociale kaart en kennis daarover te missen. - Het personeel en oud cliënten geven aan dat er bij het verwijzen een beeld moet worden gevormd van de cliënt en zijn wensen. - Ketenpartners van de stichting vangen grotendeels dezelfde doelgroep op wat een positief punt is bij het verwijzen naar deze partners. - Ketenpartners geven aan elkaar beter te wille leren kennen om zo de onderlinge communicatie te versterken.	Een optimale procedure van verwijzen kan worden gerealiseerd door: - Informatie over de cliënt zo compleet mogelijk uit te wisselen en te overleggen met de ketenpartner voordat er wordt verwezen.	QARI: 10

QARI: 10
Door de sociale kaart analyse en de interviews is tot een volgende conclusie gekomen; de sociale kaart moet een digitale en papieren versie bevatten. De indeling moet bestaan uit de categorieën wonen, zorg en welzijn, daarnaast moeten de voorzieningen ingedeeld worden per discipline of categorie voorziening. Per voorziening moet meer informatie komen dan enkel de contactgegevens. De digitale versie zou een zoekmachine moeten bevatten en er moet uitleg gegeven worden over het gebruik van de sociale kaart. Uit interviews bleek dat er één eindverantwoordelijke zou moeten komen voor het onderhoud van de sociale kaart. Maar de voorzieningen en personen moeten zelf hun veranderingen doorgeven aan de eindverantwoordelijke zodra er veranderingen plaatsvinden. Zo blijft de sociale kaart up to date.
Uit de sociale kaart analyse zijn kenmerken naar voren gekomen die een raamwerk kunnen vormen voor het opzetten van een sociale kaart. De volgende kenmerken zijn naar voren gekomen; de sociale kaart zou onafhankelijk moeten worden opgesteld, de sociale kaart is een op zichzelf staand systeem, de sociale kaart is opgezet in opdracht van een bepaald persoon/ organisatie, beschikbaar voor burgers en/of professionals, de sociale kaart richt zich op gemeente- en landelijk niveau, de informatie op de sociale kaart heeft een bredere focus dan alleen wonen, zorg en welzijn, meer informatie per zorgverlener dan alleen telefoon- en adresgegevens, consequente weergave, 6 rubrieken, alfabetische volgorde, de sociale kaart is digitaal beschikbaar, uitleg aan de gebruiker over het gebruik van de sociale kaart en de digitale sociale kaart bevat een zoekmachine. Vanuit deze punten is het raamwerk voor de sociale kaart opgezet. Door middel van het houden van interviews met de respondenten is gevraagd naar de vormgeving van de sociale kaart en hoe de sociale kaart up to date gehouden kan worden. Uit de resultaten met de respondenten blijkt dat de volgende punten belangrijk zijn voor het ontwikkelen van de sociale kaart: de sociale kaart moet zowel digitaal als op een papieren versie ontwikkeld worden, de indeling van de sociale kaart moet worden ingedeeld op wonen, zorg en welzijn én op discipline van de professional, de sociale kaart moet beschikbaar zijn voor professionals en burgers, er zou één eindverantwoordelijke voor het up to date houden van de sociale kaart. Een aantal respondenten geeft hierbij aan dat wijzigingen worden doorgegeven door de organisaties zelf. Deze organisaties geven dit door aan de eindverantwoordelijke van de sociale kaart, die dit dan aanpast. De update van de sociale kaart moet plaatsvinden nadat verandering heeft plaatsgevonden. De punten uit de analyse van de zes sociale kaarten en de punten die komen uit de interviews zijn naast elkaar gelegd en zo is het ontwerp voor de sociale kaart ontwikkeld. In de interviews is ook gevraagd aan de negen respondenten naar de invulling voor de sociale kaart voor de wijken Hatertse Hei en Sint Anna. De resultaten van deze vragen, de voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn, zijn de invulling voor het ontwerp sociale kaart. Uit interviews blijkt dat zes respondenten nog geen gebruik maken van een sociale kaart, acht geven aan dit wel te willen gaan doen in de toekomst. Zeven respondenten verwachten dat de sociale kaart de samenwerking ten aanzien van de eerstelijnszorg verbeterd wordt door gebruik van de sociale kaart van Hatertse Hei en Sint Anna. De sociale kaart zou volgens respondenten voor zowel professionals als bewoners van de wijken beschikbaar gesteld moeten worden.
Een sociale kaart ontwikkelen waar zorgprofessionals in de wijken Hatertse Hei en St. Anna in de gemeente Nijmegen gebruik van kunnen maken zodat de samenwerking ten aanzien van eerstelijnszorg wordt verbeterd
Sleutelfiguren uit de wijken hatertse hei en sint anna Wijkverpleging
I. Gelink & L. Verkoelen
Kwalitatief, Ontwikkelingsonderzoek
2014
4

De analyse is uitgevoerd aan de hand van het “Analyseschema kwantitatief onderzoeksartikel” afkomstig van Onderwijsonline. Hieruit is te concluderen dat het onderzoek van geode kwaliteit is, maar wel verbeterd had kunnen worden op doel- en vraagstelling (deze zijn niet expliciet uitgewerkt), het uitwerken van betrouwbaarheid, validiteit, sensiviteit/specificiteit over de gebruikte meetinstrumenten (dit ontbeekt), daarbij hebben zij geen aanbeveling ges chreven. Verder worden er geode en veel meetinstrumenten en analyse modellen gebruikt. De beperkingen van het onderzoek worden uitgebreid uitgelegd e nook tijdens de data-analyse zijn mogelijke beïnvloedende factoren meegenomen en beoordeeld.
- Het hebben van een prenatale depressive veroorzaakt een verkorte zwangerschapsduur en heeft invloed op de neurologische ontwikkelingen van het kind en het cortisol gehalte in het bloed van deze kinderen wat zorgt voor een verhoogde stress reactive.
- Vrouwen met een prenatale depressive hebben tijdens de zwangerschap een verhoogd gehalte aan cortisol en ontstekingswaarden in vergelijking met de gezonde groep vrouwen. - De zwangerschapsduur van vrouwen met een prenatale depressive is gemiddeld acht dagen korter dan die van gezonde vrouwen. - De baby’s van vrouwen met een prenatale depressive scoren lager op alle vlakken van de NBAS, een systeem om de neurologische ontwikkelingen van de baby’s te meten. Echter kunnen alleen de lagere scores bij regulaie van staat en oriëntatie toegewezen worden aan het hebben van een prenatale depressie bij de moeders. - De kinderen van vrouwen met een prenatale depressive hbeben bij de leeftijd van twee maanden een normal cortisol gehalte en functioneren, echter bij de leeftijd van twaalf maanden is er een verhoogde waarde van cortisol aanwezig wat zorgt voor een stressreactie. - Er is geen verschil gevonden in de cognitive van beide groepen. - De verschillen in de neurologische ontwikkeling en het cortisol stressgehalte van het nageslacht van vrouwen met een prenatale depressive in vergelijking met gezonde vrouwen is te linken met biologisch geprogrammeerde effecten.
In kaart brengen wat de gevolgen zijn op het nageslacht van moeders die een prenatale depressie hebben.
49 vrouwen met een prenatale depressive en 57 gezonde vrouwen. Gevolgd tijdens hun zwangerschap en na de bevalling is onderzoek gedaan bij hun nageslacht. Afkomstig uit het King;s College Hospital in Londen .
Oborne, S., Biaggi, A., Chua, T.E., Du Preez, A., Hazelgrove, K., Nikkheslat, N., Previti, G., Zunszain, P.A., Conroy, S., Pariante, C.M.
Prospectief longitudinal observationeel onderzoek.
2018
2

Bijlage 3 - Ziektebeelden

- Depressie: Tien tot 15% van de vrouwen krijgt last van een vorm van depressie rondom de zwangerschap. De hoofdsymptomen van depressie zijn een sombere stemming en/of een verlies van interesse en plezier. Daarnaast bestaan ook nog andere klachten zoals, vermoeidheid, slaapproblemen, verminderde eetlust of juist heel veel eten, concentratiestoornis, je mislukt voelen, rusteloosheid en gedachten om jezelf iets aan te doen of suïcidale gedachten. De symptomen van een depressie verschillen niet voor, tijdens of na een zwangerschap, wel kunnen er extra symptomen bij komen. De moeder kan een verminderde band ervaren met het kind, schuld- en insufficiëntie gevoelens ervaren en er kan eerder een sociaal isolement ontstaan. Uit onderzoek is gebleken dat er een verband bestaat tussen vroeggeboorte en depressie tijdens de zwangerschap. Een depressie tijdens of na de zwangerschap kan problemen geven in de ontwikkeling van het kind op gebied van het ontwikkelen van een moeilijker temperament, slaapproblemen, fysiologische afwijkingen, immunologische afwijkingen, en motorische, emotionele, gedragsmatige, cognitieve- en hechtingsproblemen. De behandeling van een depressie tijdens de zwangerschap verschilt niet van die van een normale depressie, wel zijn er een aantal zaken waar rekening mee moet worden gehouden. Niet alle antidepressiva kan gebruikt worden tijdens de zwangerschap, daarnaast moet er zo snel mogelijk gestart worden met de behandeling om de negatieve effecten van een depressie op de zwangerschap te verminderen (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).
- Persoonlijkheidsstoornissen: Tien tot 15% van de algemene bevolking heeft een persoonlijkheidsstoornis, onbekend is hoeveel hiervan zwanger raken (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015). De algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-5-classificatie zijn als volgt:

  A Er is een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van betrokkene wordt verwacht. Dit patroon komt op twee (of meer) van de volgende terreinen tot uiting; **1** cognities, **2** affectiviteit, **3** interpersoonlijk functioneren, **4** impulsbeheersing.
  B Het duurzame patroon is inflexibel en komt tot uiting in een breed scala van persoonlijke en sociale situaties.
  C Het duurzame patroon veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
  D Het patroon is stabiel en van lange duur, en het begin kan worden herleid tot op zijn laatst de adolescentie of de jongvolwassen leeftijd.
  E Het duurzame patroon kan niet beter worden verklaard als een uiting of gevolg van een andere psychische stoornis.
  F Het duurzame patroon kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening (Clijsen, Garenfeld, Kuipers, Van Loenen, & Van Piere, 2015).

  De behandeling van een persoonlijkheidsstoornis tijdens een zwangerschap verschilt niet met de standaard behandeling, wel zijn er extra punten om op te focussen. Zo moet de moeder voorbereid worden op het komende ouderschap en moet het ouderlijk reflectief functioneren worden bevorderd. Tijdens de behandeling moet de zorgverlener een neutrale positieve houding hebben tegenover de patiënt en de onderliggende oorzaken proberen te achterhalen (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).
- Angststoornis: twaalf en half procent van de vrouwen krijgt in haar leven last van een vorm van een angststoornis, onbekend is hoeveel hiervan zwanger raken (Volksgezondheidenzorg, 2011). De DSM-5 maakt onderscheid in verschillende soorten angststoornissen namelijk: een paniekstoornis, agorafobie, sociale-angststoornis, gegeneraliseerde-angststoornis, specifieke fobie, separatieangststoornis en selectief mutisme (Clijsen et al., 2015). De behandeling van angststoornissen rondom de zwangerschap is niet anders dan daarbuiten, wel zijn er zaken die extra aandacht nodig hebben. Zo moet er extra uitleg zijn over het te verwachten beloop van de angststoornis gedurende deze periode en de invloed van de zwangerschap op de keuze van de

behandeling. Er moet gekeken worden naar de psychofarmaca die de vrouw al dan niet kan gebruiken tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding. Hierbij moet een goede afweging gemaakt worden want een vrouw die met de medicatie stopt kan extra stress ervaren wat weer een negatieve invloed heeft op de zwangerschap, moeder en kind (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).

- Eetstoornissen: Zevenenhalf procent van de vrouwen voldoet tijdens de zwangerschap aan de criteria voor een eetstoornis (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015). Er zijn verschillende eetstoornissen zoals anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Anorexia nervosa wordt gekenmerkt door een verstoord lichaamsbeeld met intense angst om dik te worden en excessief diëten. Boulimia nervosa karakteriseert zich door herhaalde episoden van overeten gevolgd door compensatiegedrag zoals zelfopgewekt braken, laxeermiddelen misbruik of excessief sporten om gewichtstoename te vermijden. Eetbuistoornis kenmerkt zich door terugkerende episoden van significant meer voedsel eten in een korte tijdsspanne dan de meeste mensen zouden eten onder vergelijkbare omstandigheden met episoden gemarkeerd door gevoelens van controleverlies. Daarbij kan de persoon gevoelens van schuld, schaamte of afgunst hebben en wordt dit geassocieerd met duidelijk lijden, en het komt gemiddeld minimaal één keer per week gedurende drie maanden voor. Vrouwen die een eetstoornis hebben en zwanger raken kunnen de lichaamsveranderingen veelal aanvaarden, echter blijft het verstoorde zelfbeeld bestaan. Zij reduceren het braken en laxeermiddelen gebruik, echter gaan zij over op excessief bewegen. Er is geen overtuigend wetenschappelijk bewijs over wat een eetstoornis tijdens de zwangerschap met een baby kan doen, echter moet er wel rekening gehouden worden met zwangerschaps- en geboortecomplicaties. Postpartum kan een vrouw snel terugvallen in haar eetstoornis, door de grote belasting, druk, spanning en de lange periode waarin de vrouw alleen thuis is. De kinderen van moeders met (een voorgeschiedenis van) een eetstoornis hebben een groter risico op het krijgen van voedingsproblemen en psychische klachten. Tijdens de behandeling van vrouwen met een eetstoornis die zwanger willen worden of zwanger zijn is het belangrijk om haar te blijven motiveren voor de behandeling a.d.h.v. motiverende gespreksvoering en is het van belang om schuldgevoelens te reduceren. CGT (cognitieve gedragstherapie) is volgens onderzoek het meest doeltreffend voor zowel anorexia nervosa als boulimia nervosa. Bij anorexia nervosa wordt er gewerkt aan het opbouwen van een gezond eetpatroon met een gewichtsherstel. Vrouwen met boulimia nervosa moeten werken aan het opbouwen van een gezond eetpatroon met het stopzetten van het compensatiegedrag en de eetbuien. Beide kunnen gedragstherapie en partnerrelatietherapie krijgen. Als het ambulant niet succesvol genoeg is kunnen zij opgenomen worden (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).
- Tocofobie: Tocofobie betekend “vrees voor de bevalling” (Veringa, 2004). Twee tot 3% van de zwangere vrouwen heeft last van tocofobie (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015). Tocofobie kan zich uiten in nachtmerries over de geboorte, verminderde concentratie, niet kunnen functioneren in het dagelijks leven, paniekaanvallen en verschillende lichamelijke klachten. Het kan gepaard gaan met eetstoornissen, depressies, algemene pathologische vrees en vermijding van een natuurlijke bevalling. Vrouwen met tocofobie kunnen angst hebben om te overlijden tijdens de bevalling, baringspijn, kunstverlossing, spoedkeizersnede, voor hulpverleners of het krijgen van een zwaar gehandicapt kind (Veringa, 2004). Bij een vermoeden van extreme angst kan dit getest worden met de W-DEQ-vragenlijst, hiermee kan de hoeveelheid angst voor de bevalling in kaart gebracht worden. Tijdens de behandeling van tocofobie moet er rekening gehouden worden met de tijdsspanne tot aan de bevalling. Ook moet het aankomend ouderschap meegenomen worden in de behandeling en daarbij moet de partner betrokken worden bij de zorg. Tijdens de behandeling wordt er motiverende gespreksvoering gebruikt om de zwangere vrouw en haar partner van het nut van de behandeling en het belang van hun eigen inzet te overtuigen. De behandeling kan bestaan uit CGT, psycho-educatie in groepsvorm, gecombineerd met

ontspanningsoefeningen, mindfulness en haptotherapie, hier loopt nog onderzoek naar. Haptotherapie is een therapievorm waarbij de partner (in tegenstelling tot andere therapieën) intensief betrokken wordt. De combinatie van aandacht, informatie, hervormen van cognities en gerichte ontspanning is een veelgebruikte vorm van begeleiding (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).

- ‘Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Ongeveer 2,5% van de bevolking heeft ADHD in de kindertijd of als volwassene (Volksgezondheidenzorg, 2010). Mensen met ADHD hebben last van hyperactiviteit, impulsiviteit en/of problemen met aandacht (Hersenstichting, z.d.). Het voornaamste probleem waar vrouwen met ADHD die zwanger willen worden tegenaan lopen is het gebruik van medicatie. Het is nog onduidelijk wat het effect van methylfenidaat (zoals Ritalin, Concerta) is op het ongeboren kind en het wordt daarom afgeraden om dit te gebruiken. Ook amfetamines kunnen beter niet gebruikt worden tijdens de zwangerschap omdat daarvan bekend is dat het aangeboren afwijkingen en vroeggeboorte kan veroorzaken (PsyQ, z.d.). Er zal altijd met de psychiater overlegd moeten worden welke medicatie wel en niet mogelijk is volgens de laatste bevindingen en er kan dan ook door de psychiater gekeken worden naar eventuele alternatieven.
- Posttraumatische-stressstoornis (PTSS): Eén tot 3% van de vrouwen krijgt last van PTSS na de bevalling en 10 tot 30% van de vrouwen heeft een traumatische bevalling. PTSS wordt gekenmerkt door het meemaken van een zeer ingrijpende gebeurtenis en vier symptomen: herbelevingen, vermijding, negatieve- gedachten en stemming en overmatige waakzaamheid en prikkelbaarheid. De gevolgen van PTSS heeft niet alleen invloed op de moeder maar ook op de moeder-kind binding en de relatie met de partner. Vrouwen kunnen zich schuldig voelen en overmatig beschermend zijn naar hun kind of vinden het moeilijk om zich voldoende op hun baby te richten door de worsteling die zij hebben met hun trauma. Partners kunnen het moeilijk vinden om te begrijpen waarom de bevalling zo traumatisch is geweest of hebben zelf ook een hele nare ervaring gehad. De angst van de vrouwen om weer zwanger te raken of de pijn opnieuw te ervaren kan ook invloed hebben op de seksuele relatie. Voor de behandeling van PTSS is de meest effectieve behandeling EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) en CGT (LKPZ, z.d.).
- Verstandelijke beperking: Volgens de DSM-5 heeft men een verstandelijke beperking als het niveau van intellectueel functioneren duidelijk onder het gemiddelde ligt en als er gelijktijdige tekorten in of beperkingen van het aanpassingsgedrag zijn op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid. Daarbij moeten de beperkingen ontstaan zijn voor het achttiende levensjaar. De Wereldgezondheidsorganisatie schat in dat 1 tot 3% van de bevolking verstandelijk beperkt is (Clijsen et al., 2015). De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking bestaat uit ondersteuning en het waarborgen van continuïteit in zijn/haar leven omdat deze mensen vaak zelf niet zo goed in staat zijn om verhalen te vertellen en de juiste hulpvragen te stellen (Hermsen, Keukens, & Van der Meer, 2011).
- Autismespectrumstoornis (ASS): Eén tot 1,5% van de wereldbevolking heeft ASS (NVA, 2014). Er wordt gesproken van een spectrum, omdat autisme zich op verschillende manieren en in verschillende gradaties kan uiten. ASS is een aangeboren stoornis die beperkingen op kan leveren op alle gebieden gedurende het hele leven. De DSM-5 noemt voor het stellen van een diagnose dat er gedragssymptomen aanwezig moeten zijn op drie verschillende domeinen: beperkingen in de sociale interactie, een gestoorde communicatie en het hebben van herhalende stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten. Deze drie categorieën kunnen onderverdeeld worden in ernst waarbij 1 de minste beperkingen met zich meebrengt en 3 het meest (Clijsen et al., 2015). Als iemand met ASS zwanger wilt worden of is kan hier extra hulpverlening en aandacht voor nodig zijn. Het Leo Kannerhuis Nederland heeft een leidraad ontwikkeld

rondom zwangerschap en autisme. Hierin staan onderwerpen die tijdens de gesprekken tussen hulpverlener en patiënt aan bod kunnen komen om de patiënt voor te bereiden op de zwangerschap, bevalling en eerste tijd met een baby. Doordat ASS zich verschillend kan uiten moet er aandacht zijn voor de individuele patiënt en diens hulpvraag, om zo passende hulp te bieden (Snip, 2017).

- Bipolaire stoornis: Eén komma vier procent van de vrouwen krijgt last van een bipolaire stoornis in haar leven, onbekend is hoeveel vrouwen hiervan zwanger zullen raken (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015). Een bipolaire stoornis kenmerkt zich door manische symptomen of een afwisseling van episoden met voornamelijk manische of depressieve symptomen. Voor de behandeling hiervan wordt er al snel gekeken naar psychofarmaca in de vorm van stemmingsstabilisatoren. Ook kan de behandeling gericht zijn op psycho-educatie, het vergroten van de therapietrouwheid, CGT, interpersoonlijke therapie en sociaalritmetherapie, family focused treatment en elektroconvulsietherapie (ECT) (Clijsen et al, 2015).
- Postpartum psychose: Eén à 2 op de 1000 vrouwen krijgt hier last van na de zwangerschap. Deze ontstaat binnen vier weken na de bevalling. De eerste symptomen zijn al in de eerste week postpartum zichtbaar. Hierna zijn er symptoomvrije dagen en daarna ontstaan er bijvoorbeeld slaapstoornissen, prikkelbaarheid, ontremming en achterdocht. Na ongeveer een week ontstaan er psychotische verschijnselen, namelijk verwardheid, hallucinaties, wanen, een gestoorde realiteitsbeleving, maar ook een wisselend bewustzijn en symptomen van manie of depressie. Hierdoor verhoogt de kans op agressie tegen het kind en suïcide. Etiologische factoren voor het ontstaan van een postpartum psychose zijn het krijgen van een eerste kind, het hebben van een bipolaire stoornis waardoor er een genetische kwetsbaarheid is en slaapgebrek. Behandeling bij een postpartum psychose zal vrijwel altijd in de vorm van een opname zijn. Deze opname vindt bij voorkeur plaats in een moeder-baby unit zodat moeder en kind niet gescheiden worden. Zo snel mogelijk na opname moet er een algemeen lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek worden gedaan om fysieke oorzaken uit te sluiten. Verdere belangrijke aspecten van de behandeling zijn medicatie, structuur, het optimaliseren van de moeder-kind interactie en aandacht voor het sociale netwerk (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).
- Verslavingsstoornissen: Vijfendertig tot 52% van de vrouwen blijft alcohol drinken tijdens de zwangerschap, hiervan is onbekend hoeveel procent verslaafd is. Wel is bekend dat van de 1.4 miljoen zware drinkers ongeveer 10% verslaafd is, zij ervaren dagelijks onthoudingsverschijnselen en hebben alcohol nodig om zich normaal te voelen. Er zijn vrijwel geen cijfers bekend over het gebruik van drugs tijdens de zwangerschap. De elf criteria die de DSM-5 geeft voor een stoornis van het gebruik van middelen zijn als volgt:
  1 Gebruik in grote hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
  2 Persisterende wens of vergeefse pogingen om te minderen.
  3 Veel tijd steken in het middel.
  4 Hunkering naar het middel.
  5 Niet kunnen nakomen van verplichtingen door middelengebruik.
  6 Doorgaan met het middelengebruik ondanks sociale of interpersoonlijke problemen.
  7 Belangrijke activiteiten opgeven of minderen vanwege middelengebruik.
  8 Recidiverend gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
  9 Doorgaan met gebruik ondanks de wetenschap dat er een lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door het middel.
  10 Tolerantie.
  11 Onttrekkingssymptomen.

  Er is sprake van een stoornis wanneer minstens twee van deze symptomen binnen een periode van een jaar optreden met daardoor significante beperkingen of lijdensdruk. De algemene aspecten van behandeling van een verslaving tijdens een zwangerschap zijn als volgt. De vrouw moet vrijwillig mee willen werken aan de behandeling, wilt zij dit niet dan kan er uitgeweken worden naar de wet BOPZ en daarmee een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling aangevraagd worden. Vanaf 24 weken amenorroeduur

kan er een voorlopige ondertoezichtstelling bij Bureau Jeugdzorg aangevraagd worden. CGT en CRA (community reinforcement approach) zijn therapieën die zich richten op het verslavingsgedrag. Tijdens behandeling moet er ook aandacht zijn voor de psychosociale aspecten (Lambregtse-Van den Berg et al., 2015).

Bijlage 4 - Kenmerken sociale kaart analyse, Gelink en Verkoelen (2014)

Categorie	***Kenmerk***	***Beschrijving***
Aanbieder	Type aanbieder	Wat voor soort aanbieder is het? (non-commercieel, commercieel of semicommercieel)
	Context	Is de sociale kaart een op zichzelf staand systeem, of is de kaart een onderdeel van een bredere dienstverlening?
	Aanleiding	Wat is voor de aanbiedende organisatie de aanleiding om de sociale kaart aan te bieden?
Doelgroep	Doelgroep	Op welke doelgroep richt de sociale kaart zich? Burgers, zorgverleners of beiden?
	Regio	Op welke regio richt de sociale kaart zich? (micro, meso en macro niveau)
Inhoud	Algemene focus	Welke informatie is te vinden via de sociale kaart? (Wonen, zorg, welzijn en meer?)
	Informatie per voorziening	Welke informatie wordt per voorziening vermeld?
Vormgeving	Overzichtelijkheid	Is de sociale kaart overzichtelijk vormgegeven en is deze consequent?
	Rubrieken	Is er gebruik gemaakt van rubricering?
	Volgorde	Is er gebruik gemaakt van een bepaalde volgorde in de indeling? (alfabetische volgorde)
	Weergave	Hoe is de sociale kaart weergegeven? (papier of digitaal)
Gebruik	Gebruiksvriendelijkheid	Wordt er uitleg gegeven over het gebruikt van de sociale kaart?
	Navigatie en zoekmogelijkheden	Welke navigatiemogelijkheden zijn er? (overzichtpagina, zoekmachines, uitgebreid zoeken, enzovoort)
Beheer	Wijze van beheer	Op welke wijze is het mogelijk om de gegevens te beheren?

Bijlage 5 - Interviewguide

Introductie

Hallo ik ben *naam onderzoeker* en dit is *naam onderzoeker.* Wij zijn vierdejaars HBO verpleegkunde studenten aan de HAN hier in Nijmegen. Voor dit onderzoek willen wij u vragen of u het goed vind als er geluidsopnames gemaakt worden. *Antwoord geïnterviewde.* Oké dat is fijn, bedankt. De opnames zullen getranscribeerd worden en al deze uitgewerkte informatie zal anoniem worden verwerkt. Wij hopen dat u zich hierdoor vrij voelt om uw eigen mening duidelijk naar voren te laten komen. De geluidsopnamen zullen na het onderzoek worden vernietigd. Ook willen wij u vragen of u dit formulier wilt tekenen, dit is het formulier informed consent en hierin tekent u ervoor dat u toestemming geeft voor de verwerking van de informatie en zegt u dat wij u vooraf zorgvuldig te woord hebben gestaan. Lees het maar even rustig door. Zou u ook mondeling toestemming willen geven zodat het op de geluidsopnamen staat? . *Antwoord geïnterviewde.* Dankuwel, nu zal ik eerst uitleggen waar het onderzoek overgaat en waarom wij u interviewen. Vanuit de POP-poli psychiatrie is er een wens voor het creëren van een sociale kaart en deze wens is ons in september voorgelegd door de opdrachtgever van dit onderzoek, Tamara Hagen. Voor het maken van een sociale kaart is het als eerste stap van belang dat jullie wensen ten opzichte van het ontwikkelen van een sociale kaart inzichtelijk worden gemaakt. Dit gaat bijvoorbeeld over vormgeving, maar ook over hoe het actueel gehouden kan worden. Daar zal dit interview dan ook over gaan. Wij hebben een uur de tijd genomen voor dit interview, zodat u rustig de tijd heeft om antwoord te geven op alle vragen en niet hoeft te haasten. Ik zal het interview afnemen, *naam andere onderzoeker* kan mij aan vullen als hij/zij nog vragen of opmerkingen heeft. De resultaten van deze interviews zullen wij medio januari tijdens een POP overleg aan jullie presenteren. Daarbij willen wij nog zeggen dat er tijdens dit interview vragen worden gesteld over de situatie waarin u werkzaam bent als zorgprofessional. Als u tijdens het interview vragen heeft stel deze dan gerust. Heeft u voordat we beginnen nog vragen? . *Antwoord geïnterviewde.*

Topics	Subtopics	Vragen	Opmerkingen
Introductie		Voorstellen student onderzoekers	In intro
		Toestemming geluidsopnamen & informed consent opnemen Ik, (naam geïnterviewde) geef toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek en geef toestemming voor opname van dit interview.	In intro

		Onderwerp interview	**In intro**
		Doel interview (wensen rondom een sociale kaart in kaart brengen)	**In intro**
		Duur interview	**In intro**
		Resultaten interviews	**In intro**
		Tijdens het interview wordt gevraagd over de situatie waarin u werkzaam bent als professional op deze afdeling.	**In intro**
		Heeft u nog vragen?	**In intro**
	Persoonsgegevens geïnterviewde	Werk en functie - Wat is uw functie en binnen welke afdeling voert u deze functie uit? - Hoelang bent u werkzaam binnen deze afdeling? - Wat is uw relatie tot de POP-poli?	

Sociale kaart		Voordat we verdergaan wil ik graag de definitie die wij gebruiken van een sociale kaart uitleggen. Een sociale kaart is een wegwijzer binnen het sociaal domein, het is een overzicht van instellingen op het gebied van welzijn, gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. De sociale kaart verwijst naar instellingen die bepaalde hulp bieden met betrekking tot een bepaalde doelgroep.	
	Aanbod	1. Heeft u behoefte aan een sociale kaart in uw werkveld?	Waarom wel/niet? - Waar ligt die behoefte?
		2. Welke problemen kan een sociale kaart volgens u oplossen?	
		3. Maakt u op dit moment gebruik van een sociale kaart?	Doorvragen - Zo ja, wat kunt u daarover vertellen? - Zo ja, is de sociale kaart bruikbaar? - Zo nee, waarom niet? - Zo nee, hoe vindt u nu overige zorg- en vrijwilligersorganisaties

		4. Hoe denkt u dat samenwerking met de andere organisaties verbeterd kan worden door gebruik te maken van een sociale kaart?	
		5. Voor welke probleemgebieden kan een sociale kaart een uitkomst zijn?	Zo nodig voorbeelden geven - ziektebeelden - geld - woning
	Vorm-geving	6. Hoe zou volgens u de sociale kaart vormgegeven moeten worden?	Zo nodig voorbeelden geven - Digitaal - Papier
		7. Waar zou u graag op kunnen zoeken binnen de sociale kaart?	Zo nodig voorbeelden geven - Alfabetisch - Per sector

		8. Uit de literatuur blijkt dat een sociale kaart het volgende moet bevatten: Ten eerste moet het, het doel/de visie van de instelling bevatten, verder de werkwijze van de instelling, met wat voor problematiek een patiënt terecht kan bij de instelling, wie er werken bij de instelling, wat de kosten van de verschillende diensten van de instelling zijn en hoe ze worden betaald en indien mogelijk en tot slot ook nog wat een patiënt nodig heeft bij een eerste bezoek (bijvoorbeeld bewijs van inschrijving, geld, enzovoort). Wat zou u verder nog graag willen zien binnen de sociale kaart?	Zo nodig voorbeelden geven - wachttijd - locatie
		9. Wie zouden er volgens u gebruik moeten kunnen maken van de sociale kaart?	
	Actueel	10. Hoe zou de sociale kaart volgens u actueel gehouden moeten worden?	
		11. Wie zou dit moeten doen?	Zo nodig voorbeelden geven - iemand uit het team - andere organisatie
		12. Hoe vaak zou dit moeten gebeuren?	

Afsluiting		Voorziet u nog bepaalde problemen?	Zo nodig voorbeelden geven - In dit onderzoek - Het ontwikkelen van een sociale kaart
		Heeft de geïnterviewde nog vragen/aanvullingen?	
		Afronding interview, bedankt.	
		Informatie over verloop - Member check (reactie termijn) - Presentatie (medio januari)	
		Opname apparatuur uit	

Bijlage 6 – Projectplanning

Week	Activiteit	Aantal uur
Week 46	Uitnodiging versturen voor interviews & interviews inplannen Oefenen van interviews met docentbegeleider Start eerste interviews & uitwerking	2 1,5 8 tot 16
Week 47	Vervolg interviews & uitwerking Member check & nieuw verkregen informatie verwerken	32 8
Week 48	Vervolg interviews & uitwerking Member check & nieuw verkregen informatie verwerken	32 8
Week 49	Indien nodig laatste interviews Laatste member check & nieuw verkregen informatie verwerken Start data-analyse	0 tot 8 8 16
Week 50	Data-analyse Beschrijven resultaten (Hoofdstuk 4)	16 16
Week 51	Beschrijven discussie (Hoofdstuk 5) Beschrijven conclusie (Hoofdstuk 6) Indien mogelijk start beschrijven aanbevelingen (Hoofdstuk 7)	12 12 8
Week 52	Kerstvakantie. Indien nodig afmaken eerdere taken.	0 tot 10
Week 1	Kerstvakantie. Indien nodig afmaken eerdere taken.	0 tot 10
Week 2	Concept projectverslag af en vragen om feedback.	20
Week 3	Veertien januari, inleveren projectverslag en procesverslag. Maken van presentatie Maken van poster	1 10 4
Week 4	Binnenschoolse presentaties. [12 uur]	1

Bijlage 7 - Codering

In dit voorbeeld is geen volledige codering weergegeven in verband met privacy. Er zijn coderingen per subthema uit alle interviews gebruikt om de privacy te beschermen.

Code	Subthema	Thema	Citaat
Niet helder	Waar ligt de Behoefte	Aanbod	Nou ik heb niet helder wat uhh er allemaal te halen valt in de regio, regio Nijmegen en omstreken
Wachttijd	Probleem oplossen	Aanbod	je kan misschien ook, op het moment dat er een wachttijd ergens is me creatief laten denken waar een patiënt nog meer terecht zou kunnen komen,
Mind to care	Sociale kaart momenteel	Aanbod	mind to care, dat is een digitale vragenlijst…. een uitslag krijgen en het mooie van dat hele systeem is dat als er specifieke kwetsbaarheden uitkomen, dan krijgen mensen ook direct uhh, tips om zich bep, bij bepaalde zorgverleners te melden….. daar staan dan contactgegevens bij staan dan kunnen die mensen meteen contact daarmee opnemen.
Bekendheid wie wat	Samenwerking	Aanbod	het is sowieso wel makkelijk als je überhaupt weet wie er zijn, waar kun je ze voor inzetten, waar heb je ze voor nodig, wat is hun doelgroep, uhhh dan is dat natuurlijk wel makkelijker inzetten en mee samenwerken.
Lichamelijk	Probleemgebieden	Aanbod	nou problemen samenhangend, nou lichamelijke problemen samenhangend met de zwangerschap,
Digitaal	Hoe vormgeving	Vormgeving	ik denk dat het handig is om een digitaal bestand te hebben zodat je het makkelijk kan updaten
Onderwerp	Zoeken	Vormgeving	ik denk met onderwerpen met name uhm psychiatrie uhh ouderschap, opvoeding, die combinaties, GGD die komt natuurlijk ook snel om de hoek.
POP-team	Gebruikers	Vormgeving	in elk geval de mensen van het POP-team
Opmerkingen	Werkwijze	Actueel	dan zou je misschien toch het als je het digitaal hebt dat je daar toch een opmerking over kan plaatsen dat die voor iedereen dan toegankelijk is
Secretaresses	Wie	Actueel	Nou wij hebben fantastische secretaresses die zouden dan voor een bepaald aantal FTE dan ingezet moeten worden voor POP-poli… Dan houd je de administratie bij die mensen die er goed in zijn.
Jaarlijks	Hoe vaak	Actueel	ik denk sowieso dat je dat jaarlijks even dingen moet checken of de gegevens nog kloppen
niet actief updaten & bezuinigingen	Actueel	Problemen	Ja dat mensen dus niet hun gegevens updaten en dat secretaresses worden wegbezuinigd.

Bijlage 8 - Informed consent

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Bijlage 3: Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: .....

Verantwoordelijke onderzoeker: .....

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen het Instituut GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

Bijlage 9 - Verklaring geheimhouding

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	519647
Naam	Bas Langhout
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Geboortedatum	14-04-1995
Geboorteplaats	Nijmegen

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	15-10-2018
Handtekening	Bas Langhout.

Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen
Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij (FGGM)
Augustus 2018
Voor: Student-onderzoekers
Pagina 9 van 22
Authorisatie: FGGM

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	561011
Naam	Nikki Limpens
Opleiding	HBO - V
Geboortedatum	24-09-1998
Geboorteplaats	Venray

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	16-10-2018
Handtekening	

Bijlage 10 – Brief aan respondenten.

Het ontwikkelen van een sociale kaart, de wens van het POP-team

Geachte heer/mevrouw,

Wij willen u vragen om mee te doen aan een interview voor een wetenschappelijk onderzoek (zie titel) dat zal worden uitgevoerd binnen de POP-poli van het Radboud UMC. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door twee verpleegkunde studentonderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. U beslist nadrukkelijk zelf of u mee wilt doen. Voordat u deze beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten te komen over het onderzoek. Om deze reden ontvangt u deze brief, die u rustig door kunt lezen en met elkaar kunt bespreken. Heeft u naar aanleiding van deze brief nog vragen, dan kunt u deze altijd stellen aan de uitvoerende onderzoekers. Hun bereikbaarheidsgegevens staan onderaan deze brief vermeld.

Doel: Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen hoe een sociale kaart kan worden ontwikkeld en geborgd naar de wensen van het POP-team van het Radboud UMC zodat zij vrouwen met psychiatrische problemen postpartum kunnen verwijzen binnen de regio Nijmegen. Hieruit kan een uiteindelijke sociale kaart worden ontwikkeld en geborgd.

Wij willen benadrukken dat het onderzoek gericht is op de wensen van jullie als POP-team ten opzichten van het ontwikkelen van een sociale kaart. Wij zullen dan ook niet (kunnen) beginnen aan het ontwikkelen van een sociale kaart. Omdat wij graag willen weten wat de wensen zijn van het POP-team, is een respons met een zorgprofessional als u van grote waarde. Om deze reden willen wij u graag uitnodigen voor een interview. Het interview zal worden opgenomen a.d.h.v. audio apparatuur. De gegevens zullen volledig anoniem verwerkt worden. Wij verwachten dat dit maximaal één uur van uw tijd in beslag zal nemen. De interviews zullen worden afgenomen in de weken van 3 december t/m 20 december. U kunt zelf doorgeven welke dag en tijdstip u schikt. Wij zien graag uiterlijk 30 november een reactie van u tegemoet.

Na de afnamen van de interviews zullen wij het interview en onze interpretatie hiervan uitwerken en dit verslag zullen wij vervolgens naar u toe sturen, dit wordt memberchecking genoemd. Dit doen wij om te checken of onze interpretatie overeenkomt met wat u heeft willen zeggen. Heeft u a.d.h.v. dit verslag nog vragen of opmerkingen dan kunt u dit laten weten.

Wij willen nogmaals benadrukken dat de deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is en dat u zelf beslist of u wilt deelnemen. Als u besluit niet deel te nemen, respecteren wij die beslissing. U hoeft geen reden te geven waarom u niet deelneemt en de beslissing om niet deel te nemen zal geen invloed hebben op de rest van uw werkzaamheden binnen de POP-poli.

De onderzoeksresultaten zullen worden verwerkt en in januari 2019 gepresenteerd worden. De uitvoerende onderzoekers zijn Bas Langhout en Nikki Limpens. Bij hen kunt u altijd terecht als u naar aanleiding van deze brief, nog vragen heeft. Telefonisch zijn zij te bereiken op 06- 57029772 (Bas) of 06-81076485 (Nikki). Wanneer u uw vraag liever per e-mail opstuurt, kan dit naar bas.langhout@hotmail.com of nikkilimpens@hotmail.com. Wij streven ernaar om uw email binnen 24 uur te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Bas Langhout en Nikki Limpens

Bijlage 11 - Herkomst literatuur uit boeken

Auteur + Jaartal	**Herkomst**
Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014).	Eigen beheer.
Bours, D., Eliens, D., & Strijbol, D. (2009).	Eigen beheer.
Clijsen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G., Van Loenen, E., & Van Piere, M. (2015).	Eigen beheer.
Hermsen, P., Keukens, R., & Van der Meer, J. (2011).	Eigen beheer.
Lambregtse-Van den Berg, M., Van Kamp, I., & Wennink, H. (Reds.). (2015).	Via opdrachtgever, geleend bij studiecentra HAN.
Migchelbrink, F. (2009).	Eigen beheer.
Verhagen, P. (2016).	Eigen beheer.