



Bron: <https://www.cwz.nl/>

Hoe het systeem kan bijdragen aan een geslaagd ontslag in de behandeling van patiënten op de PAAZ.

Opdrachtgever: Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ)
Afdeling: Psychiatrische Afdeling van het Algemeen
Ziekenhuis (PAAZ)

Uitvoerende studenten: Noortje Brouns
Stef Fleurkens
Wouter de Haan
Yvon Bevers

Begeleider organisatie: Merel Dijkhuizen
Begeleider opleiding: Jeroen Bruggemann

Inhoudsopgave

1-Algemene inleiding	3
2-Probleemanalyse	3
2.1-Aanleiding tot onderzoek	4
2.2-De onderzoeksorganisatie	5
2.3-Probleemstelling	5
2.4-Centrale vraag	6
2.5-Deelvragen	6
2.6-Doelstelling	7
2.7-Begripsbepaling / definities	7
2.8-Relevantie van het onderzoek en beoogd projectresultaat	7
2.9-Literatuuranalyse	8
3-Methode van onderzoek	9
4-Resultaten	11
5-Conclusie	32
6- Aanbevelingen	33
7 Discussie	34
8-Literatuurlijst	36
9-Bijlagen	
9.1 5xW+H Analyse	
9.2 Multi causaal model	
9.3 Observaties MDO	
9.4 Interviewplanning	
9.5 Interview vragen	
9.6 Transcripties interviews	
9.7 Eerste analyse interviews	
9.8 Individuele enquêtes	

1-Algemene inleiding

Dit onderzoeksproject komt voort uit onze opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (hierna te noemen HAN). In het kader van de onderwijseenheid 'Onderzoek en Innovatie' willen wij als beginnend maatschappelijk werker een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling en professionalisering van ons beroep.

In september 2016 zijn wij van start gegaan met een onderzoek op de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (hierna te noemen PAAZ) van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (hierna te noemen CWZ) te Nijmegen. Op de PAAZ van het CWZ werd door de medisch maatschappelijk werker opgemerkt dat problemen tussen patiënt en belangrijke personen uit zijn omgeving niet altijd werden gesignaleerd. Deze problematiek werd niet structureel in kaart gebracht en het systeem werd niet betrokken bij de behandeling van de patiënt. Dit terwijl het wel een voorwaarde is voor een geslaagde behandeling. De definitie van het systeem staat in de begrippenlijst beschreven.

Wij zijn het onderzoek gestart met een oriëntatiefase. Tijdens deze oriëntatiefase hebben er gesprekken met de medisch maatschappelijk werker plaatsgevonden om het praktijkprobleem te verhelderen. De vraagstelling en doelstelling zijn aan de hand van de probleemanalyse geformuleerd. Aansluitend hierop hebben wij een plan van aanpak geschreven. Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn de conclusie en aanbevelingen opgesteld. Het onderzoek eindigen wij met een discussie, hierin stellen wij de sterke kanten en verbeterpunten van het onderzoek ter discussie. Het onderzoek is opgezet aan de hand van de theorie van Migchelbrink (2012). Het gehele onderzoek is in overleg met het CWZ en de HAN structureel geëvalueerd en aangepast waar nodig.

Doordat onderzoek in de jaren tachtig heeft aangetoond dat veel psychische stoornissen een erfelijke component hebben, zijn behandelaars de familie minder gaan zien als veroorzaker van de problematiek. Met als gevolg dat er meer aandacht kwam voor psychiatrische patiënten (Van Lier, 2005). Door psycho-educatie te geven aan familieleden over hoe ze met de patiënt om moeten gaan, is de kwaliteit van leven van de patiënt verbeterd en de kans op terugval verminderd (Schene, 1986). Door vermaatschappelijking in de zorg is de druk voor de naaste omgeving van de patiënt aantoonbaar verhoogd (Kerseboom, 1997; Kwekkeboom, 2000; Van Poppel en van den Akker 2002; Geelen 2003). In 1984 is de eerste familieorganisatie in de GGZ ontstaan genaamd Ypsilon. De familieorganisaties brengen de positie van familie onder de aandacht. Het sociale systeem van de patiënt kan terecht bij de organisaties voor advies, lotgenotencontact en trainingen.

Tegenwoordig wordt de familie van de patiënt steeds belangrijker. Uit onderzoek blijkt dat thuis wonen voor de patiënt alleen mogelijk is wanneer de familie als eerste vangnet fungeert (Koops en Kwekkeboom, 2005). Hierdoor hebben instellingen binnen de GGZ in toenemende mate aandacht voor familie van de patiënt (Van Lier, 2005). Binnen een participatiesamenleving wordt het systeem van de patiënt nog belangrijker. Om aan te sluiten bij deze maatschappelijke ontwikkelingen zijn wij tot de volgende onderzoeksvraag gekomen: "Op welke wijze kan het betrekken van het systeem een bijdrage hebben aan een geslaagd ontslag van patiënten op de PAAZ van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis?"

2-Probleemanalyse

Uit gesprekken met de medisch maatschappelijk werker zijn er signalen naar voren gekomen die de aanleiding zijn tot dit onderzoek. Deze signalen komen vanuit verschillende casuïstiek voort en geven richting aan ons onderzoek.

Om meer informatie te krijgen over systeemwerk hebben wij gebruik gemaakt van een kleine literatuurstudie. Aan de hand van de 5xW+H methodiek (zie bijlage 9.1) van Migchelbrink (2012) wordt het praktijkprobleem geanalyseerd. In deze methode wordt er specifiek gekeken naar de volgende vragen: Wat het probleem is, wie het probleem heeft, waarom het een probleem is, waar het probleem zich voor doet, wanneer het een probleem is en hoe het probleem is ontstaan (Migchelbrink, 2012).

Daarnaast hebben wij gebruik gemaakt van het Multi Causaal Model (zie bijlage 9.2). Het Multi Causaal Model analyseert oorzaken op drie niveaus namelijk het niveau van de Persoon (micro), het niveau van de Omgeving (meso) en het niveau van de Maatschappij (macro), afgekort als POM (Verharen, 2011, p.47).

2.1-Aanleiding tot onderzoek

Het betrekken van het systeem bij een behandeling van een patiënt is ongeveer vijf jaar geleden aan de orde geweest op de PAAZ in het CWZ. Het is destijds als speerpunt gesteld. Het is onbekend waarom dit speerpunt is blijven liggen. Sinds de medisch maatschappelijk werker is bijgeschoold tot systeemspecialist is het onderwerp, het betrekken van het systeem binnen de behandeling van een patiënt, in 2016 weer onder de aandacht gekomen op de PAAZ. Er is nu meer kennis over het belang van het betrekken van het systeem en vaardigheden en competenties zijn verkregen om dit beter te doen. De maatschappelijk werker signaleert dat er wel veranderingen zijn doorgevoerd zoals familieleden vaker uitnodigen bij visitegesprekken. Echter, de daadwerkelijke systeemproblematiek wordt niet structureel herkend of aangepakt.

Wekelijks is er een multidisciplinair overleg (hierna te noemen MDO) binnen de PAAZ waarin verschillende disciplines samenkomen en klinische opnamen van de PAAZ worden besproken. Aanwezig is een psychiater tevens hoofdbehandelaar, de assistent geneeskunde niet in opleiding (hierna te noemen AGNIO, de huisarts in opleiding (hierna te noemen HAO), coassistenten, verpleegkundigen, creatief- en beeldend therapeuten, de psycholoog en de medisch maatschappelijk werker tevens systeemspecialist. In dit overleg signaleert de maatschappelijk werker met regelmaat dat er problemen in het systeem van de patiënt niet adequaat worden opgemerkt. Zo komt het voor dat deze problematiek in het systeem te laat wordt opgemerkt wat gevolgen kan hebben voor het herstel van de patiënt binnen de behandeling. Zo zijn er casussen door de medisch maatschappelijk werker genoemd waarin het systeem niet of nauwelijks in beeld is. In deze voorbeelden kwam het voor dat de thuissituatie escaleert wanneer de patiënt met verlof is.

Uit een casus bleek dat vlak voor het moment van ontslag de patiënt en zijn systeem nog niet aan ontslag toe waren. Er speelden nog zaken in de relationele of gezins sfeer die de terugkomst van de patiënt belemmert. Het systeem gaf aan bij het maatschappelijk werk dat er weinig afstemming met de familie is geweest omtrent het ontslag van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is het laat aanvragen van thuiszorg wanneer een patiënt met ontslag gaat. Het systeem gaf aan bij het maatschappelijk werk dat er te weinig afstemming met de familie is geweest. Dit is zowel voor patiënt als voor het systeem een draaglast wat niet ten goede komt van het herstel van de patiënt. De maatschappelijk werker is van mening dat, wanneer het systeem eerder vollediger in kaart zou zijn gebracht, problemen binnen het systeem eerder in de behandeling gesignaleerd kunnen worden. Hierdoor kunnen problemen eerder aangepakt worden waardoor de patiënt en zijn systeem beter voorbereid zijn op het ontslag.

Er zijn in de GGZ veel veranderingen gaande. Het is belangrijk dat instellingen en organisaties goed aansluiten bij zowel maatschappelijke- als GGZ ontwikkelingen. Het systeemwerk of het betrekken van een sociaal systeem wordt steeds belangrijker, omdat er steeds meer van het sociale systeem verwacht wordt in onze participatiemaatschappij. Ook heeft men in de GGZ te maken met de verplaatsing van de klinische behandeling naar ambulante behandeling. Om ambulant te kunnen behandelen is het van belang om het systeem in beeld te hebben. (Koops en Kwekkeboom, 2005).

Sinds 2011 is de ambulantisering binnen de GGZ toegenomen. Ambulantisering is meer dan alleen het verminderen van intramurale voorzieningen. Ambulantisering betekent voornamelijk een andere manier van kijken naar wat iemand nodig heeft om een zo goed en 'normaal' mogelijk leven te kunnen leiden (GGZ Nederland, 2016). Omdat het aanbod intramurale plaatsen in 2020 naar verwachting een derde minder zal zijn dan in 2008 zal er steeds meer ambulant behandeld gaan worden. De intramurale behandeling zal dan goed moeten aansluiten op de in te zetten ambulante behandeling omdat hier in de toekomst het accent op ligt. Bedoeld wordt bijvoorbeeld het op tijd aanvragen van thuiszorg en zorgen voor sociale controle vanuit het systeem. Ook in het CWZ is de ambulantisering op de PAAZ merkbaar doordat de klinische opname verkort is naar een maximale duur van drie maanden. Voorheen werd er door de PAAZ geen eenduidige maximale opname duur gehanteerd. Patiënten gaan nu eerder met ontslag. Voorheen was er meer tijd om een patiënt en het systeem voor te bereiden op het ontslag. Een gevolg hiervan is dat de patiënt minder stabiel is bij ontslag als voorheen. Daarom is het gewenst om het systeem vroeg in de behandeling te betrekken zodat er direct gewerkt kan worden aan het verminderen van de draaglast en het vergroten van de draagkracht van het systeem. Er wordt verwacht dat wanneer er een betere aansluiting is met de landelijke ambulantisering van de

GGZ wanneer het systeem eerder en effectiever betrokken wordt. De PAAZ wil onderzocht hebben hoe zij hierop het beste kunnen aansluiten.

Naast een verkorte opname is er ook een specialisatie terug te zien op de PAAZ. Door de afbraak in de intramurale zorg wordt er landelijk minder klinisch behandeld en moeten de bestaande opname afdelingen zich specialiseren. Deze specialisatie is ook terug te zien op de PAAZ. In het CWZ hebben ze zich gespecialiseerd door de komst van de medisch psychiatrische unit (hierna te noemen MPU) (Dijkhuizen, 2016). Vanaf 2015 is er sprake van verandering van de doelgroep door de komst van de MPU. Op de MPU verblijven patiënten met een lichamelijke aandoening bij wie sprake is van ernstige psychiatrische problematiek. De problematiek van de patiënten is gecompliceerder geworden omdat naast de psychiatrische problematiek ook sprake is van lichamelijke klachten. Door de toename van complexiteit in combinatie met de verkorte behandelduur wordt het systeem steeds belangrijker. De draaglast van het systeem kan hierdoor vergroten. Hierdoor lijkt professionele hulp van groter belang om het systeem te kunnen ondersteunen en de draagkracht te vergroten (tijdschriftvoorpsychiatrie.nl, z.d.).

2.2-De onderzoeksorganisatie; beschrijving van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en de te onderzoeken afdeling

Het CWZ is één van de Samenwerkende Topklinische ziekenhuizen van Nederland (STZ-ziekenhuizen). Het bieden van goede patiëntenzorg is de primaire taak, maar daarnaast vindt ook opleiding, onderwijs en onderzoek plaats. Het CWZ heeft 28 medisch specialismen, acht paramedische afdelingen en vijf specifieke afdelingen. Psychiatrie is één van de 28 specialismen (Zorgkaartnederland.nl, z.d.).

Ons onderzoek richt zich op de psychiatrische verpleegafdeling (A14, de PAAZ), waar patiënten klinisch zijn opgenomen. Op de PAAZ verblijven patiënten met psychiatrische klachten, soms in combinatie met somatische en somatoforme klachten (psychische aandoening waarbij iemand fysieke klachten ervaart zonder medische oorzaak). De afdeling beschikt over 16 bedden met 2 overbedden, ook wel noodbedden genoemd. Ons onderzoek heeft onder andere als doel om voor verschillende disciplines binnen het team van de PAAZ inzichtelijk te krijgen op welke wijze zij het systeem inzetten bij de behandeling van een patiënt. Het team bestaat uit een psychiater tevens hoofdbehandelaar, de AGNIO, de HAIIO, coassistenten, verpleegkundigen met achtergrond somatiek, verpleegkundige met achtergrond psychiatrie, beeldend-, activiteiten- en psychomotorische therapeuten, de psycholoog en de medisch maatschappelijk werker tevens systeemspecialist.

HAIIO en AGNIO's zijn afdelingsartsen en verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken. Zij behandelen zelfstandig, gesuperviseerd door de psychiater (CWZ, z.d.). Bij opname bepaalt de behandelend psychiater, in overleg alle met boven genoemde zorgverleners en de patiënt wat een passende behandeling is. Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld. In het behandelplan staat zowel de reden als het doel van de opname beschreven. De verschillende therapieën vormen onderdeel van het behandelplan. Regelmatig wordt het behandelplan geëvalueerd tijdens het MDO, waarbij het gehele behandelteam aanwezig is (CWZ, z.d.). Binnen de opname van patiënten ligt de nadruk op stabilisatie van de problematiek en afstemming van medicatie.

2.3-Probleemstelling; wat is concreet het probleem, voor wie is het een probleem, waar gaat het onderzoek een antwoord op geven

De maatschappelijk werker signaleert dat de medewerkers op de PAAZ niet structureel voldoende inzicht hebben in het functioneren van het systeem van de patiënt waardoor systeemproblematiek niet altijd gesignaleerd wordt of aangepakt. Met functioneren bedoelen wij; de draagkracht en/of de draaglast en de mogelijke onderhoudende en/of luxerende factoren (uitlokkende factoren) in het systeem die van invloed kunnen zijn op de problematiek van de patiënt.

Daarnaast wordt er door de maatschappelijk werker opgemerkt dat het systeem onvoldoende betrokken wordt bij de behandeling en/of ontslagprocedure. De maatschappelijk werker verhelderde dit aan de hand van een casus waarbij een patiënt naar huis zou gaan. Het systeem van desbetreffende patiënt kwam in opstand, omdat er niet was gecommuniceerd wat er nodig was om de patiënt met kwaliteit van leven naar huis te laten gaan. Er bleek meer zorg thuis nodig te zijn waardoor het ontslag werd uitgesteld en de maatschappelijk

werker deze zorg kon aanvragen. Uit deze casus blijkt dat door onvoldoende afstemming met het systeem de ontslagprocedure kan vertragen.

Het risico bestaat dat wanneer systeemproblemen onopgelost blijven dit een geslaagde terugkeer van de patiënt naar zijn oude omgeving in de weg kan staan. Wanneer de problematiek van de patiënt samenhangt met problemen binnen het systeem, blijft de patiënt in een vicieuze cirkel hangen wat de het herstelproces niet ten goede komt. Het systeem van de patiënt kan belangrijk zijn voor sociale steun. Sociale steun is belangrijk in het herstelproces van een patiënt. Een tekort aan sociale steun kan leiden tot een sociaal isolement van de patiënt wat stress oplevert. Door gebrek aan sociale steun vanuit het systeem kan het systeem een draaglast worden voor de patiënt wat niet ten goede komt in zijn herstelproces. Daarom is het van belang ervoor te zorgen dat het systeem als draagkracht fungeert (Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L., 2003).

Naast de patiënt heeft ook het systeem er baat bij wanneer het betrokken wordt bij de behandeling. Het Trimbos Instituut deed onderzoek naar de ervaringen van mantelzorgers binnen de psychiatrie. Een mantelzorger maakt deel uit van het systeem. Uit deze beschrijvingen wordt duidelijk dat de problematiek van de patiënt ook een grote stempel op het leven kan drukken van het systeem. "Mensen voelen zich verplicht voor hun verwanten te zorgen, terwijl dit voor hen soms teveel wordt. Het verloop van de ziekte is vaak onvoorspelbaar, sommige patiënten erkennen zelf niet dat ze ziek zijn en kunnen er zich heftige situaties voordoen" (Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Wanneer het systeem overbelast raakt wordt de sociale steun richting patiënt minder. De patiënt kan zich hierdoor schuldig gaan voelen, wat de draaglast vergroot. In de GGZ richtlijn, opgesteld door het Trimbos Instituut, wordt aangeraden aandacht te hebben voor het onderwerp schuldgevoel zowel binnen het systeem als bij de patiënt (ggzrichtlijnen.nl, 2008).

Dit onderzoek beschrijft de meerwaarde van het betrekken van het systeem bij de behandeling van een patiënt en hoe dit kan worden toegepast op de PAAZ. Daarnaast brengt het onderzoek in kaart welke plaats het systeem heeft in de huidige werkwijze van de medewerkers van de PAAZ. Het onderzoek geeft weer hoe belangrijk het betrekken van het systeem door verschillende disciplines wordt ervaren en wat hiervoor de beweegredenen zijn. Het onderzoek brengt in kaart wat de huidige kennis en visie is over het betrekken van het systeem bij de werknemers. Daarnaast geeft dit onderzoek antwoord weer waar eventueel verbeterpunten liggen en wie de verantwoordelijkheid heeft om het systeem te betrekken bij een behandeling.

Probleemstelling

Ondanks dat het systeem steeds belangrijker wordt door maatschappelijke factoren, wordt door het medisch maatschappelijk werk gesignaleerd dat het systeem niet structureel wordt betrokken en systemische factoren die van invloed zijn op klachten van patiënt niet altijd worden erkend of herkend op de PAAZ van het CWZ.

2.4-Centrale vraag

Vraagstelling

Op welke wijze kan het betrekken van het systeem bijdragen aan een geslaagd ontslag van patiënten op de PAAZ van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis?

2.5-Deelvragen

Deelvragen

- *Deelvraag 1:* In hoeverre is er aandacht voor het systeem bij het behandelproces op de PAAZ van het CWZ?
- *Deelvraag 2:* Wat zijn belangrijke determinanten die invloed hebben op de keuze om wel of niet het systeem te betrekken op de PAAZ van het CWZ?

2.6-Doelstelling; verwijzing naar het eindpunt waar de onderzoeksactiviteiten op zijn gericht

Doelstelling

1. Helder krijgen of en hoe het betrekken van het systeem van een patiënt op de PAAZ van het CWZ meerwaarde kan hebben.
2. Het in kaart brengen van de plek die het systeem heeft in de werkwijze van de medewerkers van de PAAZ van het CWZ.

2.7-Begripsbepaling / definities

Het systeem:

*De socioloog Hendrix (Hendrix, 1997) geeft de volgende definitie van het systeem: "Een groepering van mensen met wie één persoon min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van noodzakelijke levensbehoeften." Hierbij geeft hij aan, dat de leden van het systeem meestal geen groepen zijn, in de zin dat ze elkaar kennen of dezelfde normen en waarden delen, maar over het algemeen zijn de leden uit een systeem afkomstig uit verschillende groepen met verschillende rollen.

**Partner, kinderen, vrienden, familie, collega's, burens etc.

Medisch Maatschappelijk werker:

De Medisch maatschappelijk werker biedt mensen ondersteuning en begeleiding en kan adviseren bij psychosociale problemen die samen hangen met ziekte, behandeling en ziekenhuisopname (CWZ.nl, z.d.).

Systeem specialist:

Het Nederlands kwaliteitsregister voor systeemspecialisten (2016) omschrijft de systeemspecialist als volgt: "De systeemspecialist is opgeleid in een breed spectrum van kennisgebieden zoals de systeemtheorie, communicatiewetenschappen en heeft algemene kennis van psychopathologie, ontwikkelingspsychologie, ervaringsgerichte en lichaamsgerichte psychotherapie. De verdieping en onderbouwing van het handelen wordt gevoed vanuit de filosofie. De systeemspecialist weet deze kennisgebieden met elkaar te verbinden en is lenig in het toepassen van deze kennis in complexe sociale verhoudingen en contexten"(tencysysteemtherapie.nl, z.d.).

De medisch maatschappelijk werker wordt in dit verslag ook aangeduid als systeemspecialist. Het betreft dezelfde persoon.

Mantelzorger:

"De hulp bij het dagelijks functioneren, die vrijwillig en onbetaald wordt verleend aan personen uit het sociale netwerk die - door welke oorzaak dan ook - vrij ernstige fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen hebben" (Timmermans, 2003).

2.8-Relevantie van het onderzoek en beoogd projectresultaat; relevantie voor Canisius / onderwijs / praktijk van sociaal werk en waar moet het resultaat aan voldoen

Relevantie voor het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis:

- Het onderzoek levert de PAAZ inzicht in de werkwijzen van de medewerkers vanuit de verschillende disciplines van de PAAZ.
- Het onderzoek maakt inzichtelijk voor de PAAZ waar verbeterpunten liggen ten aanzien van het betrekken van het systeem bij de behandeling van een patiënt.
- Het onderzoek maakt de visie en ideeën van de verschillende disciplines op de PAAZ kenbaar.
- Het onderzoek maakt het voor de PAAZ mogelijk hun werkwijze aan te laten sluiten op de maatschappelijke ontwikkelingen wat betreft het systeem betrekken in de GGZ.
- Het onderzoek biedt de PAAZ een aanbeveling hoe de verbeterpunten aan te kunnen pakken.
- Het onderzoek laat de kwaliteit van de zorg wat betreft het betrekken van het systeem toenemen.

Relevantie voor het onderwijs

- Doormiddel van dit onderzoek leveren wij een bijdrage aan verdere ontwikkeling en professionalisering van het maatschappelijk beroep.

Relevantie voor praktijk van het sociaal werk

- Het onderzoek is bruikbaar voor andere klinische settingen binnen de GGZ, die ook het systeem betrekken bij de behandeling van een patiënt.

2.9-Literatuuranalyse

Het belang van een sociaal systeem in het algemeen

Uit onderzoek (Hortulanus, 2003) blijkt dat sociale relaties doorslaggevend zijn voor het gevoel van het persoonlijk welbevinden van de patiënt. Een steunend systeem is van belang voor psychosociaal kwetsbare mensen. Dit voorkomt de opbouw van stress, geeft structuur en bescherming bij recidive.

Wilken en Den Hollander (2012) hebben onderzocht welke behoefte een systeem kan vervullen. Hieruit kwam naar voren dat een sociaal systeem bijdraagt aan affectieve behoeftes, behoefte aan aansluiting (erbij horen), behoefte aan stabiliteit en de behoefte aan materiële en instrumentele middelen. Het sociale systeem heeft invloed op het bevorderen van maatschappelijke betrokkenheid en deelname van het sociale verkeer. Hierdoor kunnen verschillende sociale rollen vervuld worden waardoor er waardering kan worden verkregen (Brettschneider en Wilken, 2007).

Meerwaarde van het systeem betrekken op de PAAZ van het CWZ

Van Lier heeft in 2005 onderzoek gedaan naar de behoeftes van de familie van een patiënt binnen de GGZ. De familie maakt onderdeel uit van een systeem van een patiënt. Uit het onderzoek is gebleken dat de familie van een patiënt behoefte heeft aan informatie, voorlichting en deskundigheidsbevordering maar ook behoefte heeft aan emotionele steun, praktische ondersteuning of een tijdelijke overname van zorg. Het systeem wil een goede samenwerking met hulpverleners (Van Lier, 2005).

Het is belangrijk voor de hulpverlening om aan de behoefte van het systeem van de patiënt te voldoen. Door goede informatie te verstrekken aan het systeem en te werken aan deskundigheidsbevordering kan het systeem het gedrag van de patiënt verklaren. Dit kan zorgen voor meer begrip vanuit het systeem voor bizar of onverklaarbaar gedrag. Door het bieden van emotionele, praktische ondersteuning of een tijdelijke overname van zorg kan er preventief gewerkt worden aan het voorkomen van overbelasting van het systeem. Uit de literatuur blijkt namelijk dat er een kans bestaat dat het systeem overbelast raakt. Door het systeem te betrekken bij behandeling kan overbelasting van familie gesignaleerd worden. Eventueel kan er voor de mantelzorger uit het systeem hulp ingeschakeld worden zodat de mantelzorger niet door overbelasting wegvalt. De patiënt heeft hierdoor een grotere kans om zijn sociale netwerk te behouden wat de draagkracht van de patiënt behoudt of vergroot. Door de draagkracht te vergroten en de draaglast hiermee te verminderen wordt de kans op opname kleiner (ggzrichtlijnen.nl, 2008.).

Het is van belang om het systeem, indien aanwezig, te betrekken bij de behandeling. Enerzijds gaat het er om de familie/naasten te betrekken bij de behandeling ten gunste van de patiënt. Anderzijds gaat het om de ondersteuning van het systeem, zodat zij zelf ook beter toegerust zijn met betrekking tot hun rol in de behandeling van een patiënt. Er ligt een belangrijke rol voor het maatschappelijk werk in de nazorg. Denk hierbij aan de re-integratie naar het dagelijkse leven (ggzrichtlijnen.nl, 2008).

Systeemgericht werken

Een manier om het systeem meer te betrekken bij behandelingen van patiënten is door systeemgericht te werken. Door systeemgericht werken probeer je de veerkracht van zowel het systeem als het individu te vergroten (Hojtink, L.M., Brake, J.H.M., te & Duckers, M.L.A., 2011). Er wordt er zowel ingezet op empowerment van de patiënt als het versterken van het systeem door het positief versterken van de interactie. De crisissituatie waarin patiënten zich bevinden is vaak het aangrijpingspunt. Gevoelens van

schaamte en schuld worden bespreekbaar gemaakt. Het vergroten van veerkracht stelt patiënten nu en in de toekomst beter in staat om problemen op te lossen (Choy, J. Pont, S. & Doreleijers, D., 2003).

Wanneer de problematiek binnen het systeem aangepakt wordt doormiddel van systeemgericht te werken kan de thuissituatie van een patiënt stabiel worden. Een stabiele thuissituatie helpt het herstel te bevorderen. Het is ook belangrijk om aandacht te hebben voor de thuissituatie omdat dat niet al het menselijk gedrag zich laat verklaren vanuit het individu. Veel gedragingen kunnen slechts verklaarbaar worden in de context van het gehele systeem (Willemse, 2006). Wanneer het systeem 'gezonder' is vergroot dit de draagkracht van een patiënt en zou dit kunnen leiden tot vermindering van opnamen.

De systeemtheoretische benadering

De visie van de systeemtheorieën resulteert in een manier van werken en heeft betrekking op systeemtheoretische principes zoals gezinsfuncties, regels, rollen, taken, de communicatie en interacties. Het circulaire proces en de wisselwerking tussen verschillende generaties van een systeem zijn in alle verschillende vormen van de systeemtheorieën terug te vinden (Nabuurs, M. 2007).

De systeemtheoretische benaderingen zien het systeem als een communicatief en interactioneel systeem. "Elk gedrag bevat een communicatief aspect. Je kunt namelijk niet *niet* communiceren (Nabuurs, M. 2007). Problemen zijn vaak te herleiden tot verstoorde interactiepatronen. Anders gezegd: De problemen verergeren de interactieproblemen binnen het systeem (Nabuurs, M. 2007). Er is geen sprake van een lineair verband tussen interactie en problemen. In de systeemtheoretische benadering wordt interactie en problematiek bekeken vanuit een circulair proces. Als hulpverlener is het dan ook van belang de onderlinge communicatie en interactie patronen binnen het systeem te verhelderen en deze te analyseren vanuit de situatie waarin de patiënt verkeert.

In de systeemtheoretische benadering kent elke communicatie een inhoudsaspect en een betrekkingaspect. Met elk gedrag wordt er een boodschap overgedragen. De boodschap van een communicatie bezit een inhoudsaspect namelijk het *geen* wat daadwerkelijk gezegd wordt. Ook zegt de systeemtheoretische benadering iets over de relatie tussen de betrokkenen en de bijkomende boodschap. Dit wordt ook wel het betrekkingaspect genoemd (Nabuurs, M. 2007).

Binnen veel interacties tussen de patiënt en zijn systeem treedt er verwarring op over inhouds- en betrekkingniveau. "Vaak wordt problematiek binnen het systeem op een inhoudelijk niveau uitgevochten zonder dat de betrokkenen zich bewust is van het probleem. Bij 'gezonde' betrekkingen raakt het betrekkingaspect binnen de communicatie meer op de achtergrond. Bij 'pathologische' betrekkingen wordt de communicatie gekenmerkt door een voortdurende strijd om de aard van de betrekking, terwijl de inhoud van de boodschap minder belangrijk wordt" (Nabuurs, M. 2007).

De grondleggers van de systeemtheorieën zeggen dat bepaalde psychische aandoeningen kunnen worden opgevat als reacties uit het sociale systeem en gezien kunnen worden als enige mogelijke antwoord op een vreemde en onsamenvattende communicatie context (Willemse, 2015). Op de PAAZ wordt er onder andere gekeken naar bepaald gedrag van een patiënt vandaan komt (Observatie MDO). Wanneer de communicatie wordt gezien als een voortdurende herhaling van actie- en reactiepatronen, kan het gedrag niet meer als de oorzaak van het probleem worden gezien (Bateson et al., 1956). De scheiding tussen 'normaal' en 'abnormaal' gedrag wordt door de systeemtheorie niet realistisch geacht (Willemse, 2015).

3-Methode van onderzoek

Doelstelling

1. Helder krijgen of en hoe het betrekken van het systeem van een patiënt op de PAAZ van het CWZ meerwaarde kan hebben.
2. Het in kaart brengen van de plek die het systeem heeft in de werkwijze van de medewerkers van de PAAZ van het CWZ.

Vraagstelling:

Op welke wijze kan het betrekken van het systeem bijdragen aan een geslaagd ontslag van patiënten op de PAAZ van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis?

Het onderzoek heeft een kwalitatieve benadering. Dit omdat de informatie die wij willen verkrijgen voor het onderzoek geen eenduidige of eenvoudige werkelijkheid omvat. Wij hebben geen toestemming gekregen van onze opdrachtgever om patiëntcontact te hebben of patiëntdossiers in te zien. Dit vanwege het feit dat in strijd is met de privacy van de patiënten. Het onderzoek richt zich daarom op de werknemers van de PAAZ. Wij willen inzicht krijgen in de beleving en ervaring van medewerkers wat betreft het betrekken van het systeem in hun werkwijzen op de PAAZ. De literatuuranalyse vormt voor ons een richtwijzer en helpt ons bij verdieping van het onderzoek. Dit helpt ons te beargumenteren of de manier van werken van de medewerkers van de PAAZ nu optimaal is wat betreft het betrekken van het systeem bij de behandeling van de patiënt. De onderzochte werkelijkheid brengen wij talig in beeld (Migchelbrink, 2012). Wij maken hiervoor gebruik van de databronnen, de sociale werkelijkheid en personen. Door het onderzoeken van de sociale werkelijkheid krijgen wij een beeld van de huidige werkwijzen van het team. Specifiek willen wij onderzoeken hoe het betrekken van het systeem in het MDO naar voren komt bij de verschillende disciplines binnen het team. Door van de databron personen gebruik te maken krijgen wij de ideeën, opvattingen en dergelijke kennis ten aanzien van de werkwijze van de medewerkers (Migchelbrink, 2012). Als onderzoeker maken wij gebruik van open technieken, interviews en observaties.

Validiteit en betrouwbaarheid

Wij onderzoeken middels meerdere wegen en perspectieven op welke wijze het systeem nu betrokken wordt bij de behandeling en waar de eventuele verbeterpunten liggen. Wij onderzoeken de overeenstemming tussen gegevens afkomstig van diverse databronnen, dataverzamelingstechnieken en onderzoekers. In het onderzoek hebben we doormiddel van het toepassen van triangulatie (360 graden onderzoek) de validiteit en betrouwbaarheid vergroot. Wij hebben triangulatie van databronnen, dataverzamelingstechnieken en van onderzoekers toegepast. Triangulatie van databronnen houdt in dat er een combinatie van databronnen wordt gebruikt. In ons onderzoek maken we zowel gebruik van de interviews, enquêtes en de observatie van het MDO. Dit maakt dat we onze informatie vanuit verschillende invalshoeken hebben gekregen. Bij triangulatie van dataverzamelingstechnieken wordt een combinatie van verschillende technieken bedoeld. In ons onderzoek is dit terug te zien doordat wij zowel gebruik maken van observatie en ondervragen. Als laatste maken we gebruik van triangulatie van onderzoekers, dit houdt in dat er gewerkt wordt binnen ons onderzoek door meerdere onderzoekers. Ieder interview gaan wij afnemen met twee onderzoekers waarbij één het woord voert en de ander toeziet op het proces.

Per deelvraag beschrijven wij onze keuzes over de aard en wijze van het onderzoek. Door de deelvragen te beantwoorden, krijgen wij uiteindelijk antwoord op de hoofdvraag.

Deelvraag 1: In hoeverre is er aandacht voor het systeem bij het behandelproces op de PAAZ van het CWZ?

Om deze vraag te beantwoorden zijn wij gestart met een niet participerende onverhulde observatie van het MDO. Dat wil zeggen dat de aanwezige professionals op de hoogte zijn van ons onderzoek en wij als onderzoekers niet deelnemen aan het MDO (Migchelbrink, 2012). Wij hebben ervoor gekozen om dit overleg te observeren, omdat alle professionals die betrokken zijn bij de patiënt aan dit overleg deelnemen. Wij willen weten welke positie het systeem inneemt in de bespreking van een patiënt. Aan de hand van een ongestructureerde observatie zullen wij de observatie uitvoeren. Wij richten onze observatie op één thema: het systeem van de patiënt. Om deze ongestructureerde observatie meer betrouwbaar te maken kiezen wij ervoor om het MDO tweemaal te observeren. Per keer wordt er door twee onderzoekers geobserveerd.

Vervolgens gaan wij enquêtes afnemen in de vorm van een schriftelijk gestructureerde vragenlijst onder het personeel van de afdeling. Op basis van de vraagstelling hebben wij een lijst met variabelen gemaakt waar wij aan de hand van de enquête meer over te weten willen komen. Variabelen zijn bepaalde kenmerken van een onderwerp. Wij hebben begrippen en elementen uit de onderzoeksvraag omgezet tot onderzoekbare en meetbare kenmerken. Het omzetten van de variabelen tot meetbare kenmerken wordt ook wel operationalisering genoemd (Migchelbrink, 2012).

Na het formuleren van de vragen zijn wij begonnen met de operationalisering. Operationaliseren is het vertalen van begrippen of elementen uit de onderzoeksvraag in onderzoekbare of meetbare kenmerken (Migchelbrink, 2012). De opgestelde vragen hebben wij gerangschikt en in een logische volgorde geplaatst in de vragenlijst. Dit noemt men routing. Wij hebben de vragen inhoudelijk getoetst op bruikbaarheid. Hierbij hebben wij rekening gehouden met het taalgebruik, de vraag en antwoordrubriek, of er sprake is van neutrale formulering, of de lijst sociaal acceptabel is, de lengte van de vragen, de bruikbaarheid voor respondent of de lijst de interesse vasthoudt voor de respondent, de tijdsduur van het invullen van de lijst, de lay-out, de mate van overzichtelijkheid en aantrekkelijkheid en de spanningscurve van de vragenlijst (Migchelbrink, 2012).

De enquêtevragen zijn deels open en deels gesloten vragen. De gesloten vragen geven antwoord op de mate van de aandacht van de medewerkers voor het betrekken van het systeem. De medewerkers hebben 14 dagen de tijd om online deel te nemen aan de enquête. Zo krijgen ze voldoende tijd, naast hun eigen werkzaamheden om deel te nemen aan dit onderzoek. Na 7 dagen hebben wij een herinneringsmail gestuurd, om de validiteit te vergroten. De enquêtes worden verstuurd binnen het hele team van de klinische afdeling van de PAAZ, omdat wij elke medewerker een kans willen geven om deel te nemen aan ons onderzoek.

Deelvraag 2: Wat zijn belangrijke determinanten die invloed hebben op de keuze om wel of niet het systeem te betrekken op de PAAZ van het CWZ?

De open vragen uit de enquête zijn gericht op ruimte voor verbetering en aanvulling. De vragen geven antwoord op determinanten die invloed hebben op de keuze van medewerkers van de PAAZ om het systeem wel of niet te betrekken.

Naast het uitzetten van de enquête onder het gehele team van de afdeling hebben wij er voor gekozen om bij elke discipline van het team één of meerdere medewerkers te interviewen. De personen die wij gaan interviewen kiezen wij aan de hand van een gerichte steekproef. Wij willen een bepaalde samenstelling van de verscheidene disciplines die deel uitmaken van de behandeling van de patiënt. Wij selecteren de respondenten op grond van inhoudelijke redenen. De reden hiervoor is dat wij hierdoor uitgebreidere en verdiepende antwoorden krijgen. Het biedt ons de mogelijkheid om door te vragen, om zo verschillende perspectief en interpretatie van het systeem betrekken bij de handeling van de patiënten nog specifiek te achterhalen. Wij nemen een open interview bij de psychiater af. Zijn behandelkeuzes zijn uiteindelijk doorslaggevend in de zorg aan de patiënten. Daarnaast interviewen wij een willekeurige arts die niet in opleiding is tot psychiater en wij zijn nieuwsgierig of de werkwijze met betrekking tot systeem verschilt in verhouding tot de artsen met de specialisatie psychiatrie. Wij gaan 10 respondenten spreken. De respondenten beschikken over hun eigen professionele deskundigheid binnen zijn of haar eigen vakgebied.

De interviews die wij gaan houden zijn semi gestructureerde interviews. De interview vragen zijn van te voren vastgesteld die in de loop van het interview aan bod moeten komen. De vragen zijn open van aard. Via het tonen van interesse, het doorvragen en de vragen mogelijk te verduidelijken voor de medewerkers stimuleren wij tot voortgang van het gesprek. De medewerkers zijn vrij in het formuleren van zijn antwoorden, daarover worden geen suggesties gedaan (Migchelbrink, 2012). Zowel de interviewvragen als de uitwerking zijn terug te vinden in de bijlage.

4-Resultaten

Data-analyse (inclusief onderbouwing)

De gegevens verkregen vanuit de observatie, enquêtes en de interviews bestaat voornamelijk uit tekst materiaal. De eerste stap in deze data analyse was het organiseren en ordenen van al het verkregen materiaal. Ook wel het ruwe grondmateriaal genoemd (Migchelbrink, 2012). Het ruwe grondmateriaal hebben wij geschikt gemaakt om te kunnen analyseren. Dit hebben wij gedaan door alle bestanden volledig uit te werken en te controleren op volledigheid. Ook hebben wij kopieën gemaakt van al het materiaal, zodat wij terug konden vallen op het originele databestand. Daarnaast hebben wij het ruwe grondmateriaal geordend in het online systeem waar wij tijdens het onderzoek in hebben gewerkt.

Door inhoudelijke ordening van de gegevens hebben wij een specifiek beeld gekregen van het verzamelde materiaal (Migchelbrink, 2012). Dit hebben wij gedaan door het ontleden en expliciteren van aspecten die relevant zijn voor dit onderzoek. Daarnaast hebben wij gezocht naar patronen, samenhang en tegenstellingen in dit materiaal. Wij hebben gekeken naar de frequentie van bepaalde zaken en of er onverwachte zaken zijn.

De data verkregen uit de observatie, enquêtes en interviews hebben wij elk los van elkaar geanalyseerd. De uitkomsten van de resultaten sluiten wij af met het beantwoorden van de deelvragen. Bij het beantwoorden van de deelvragen zijn de uitkomsten van de observatie, enquête en interviews meegenomen.

Observatie MDO

De observatie hebben wij gebruikt om de huidige situatie beter in kaart te brengen. Wij hebben gekeken of het systeem bespreekbaar werd gemaakt in de behandeling en of de patiënten problemen hadden binnen het systeem. Wanneer patiënten problemen hadden binnen het systeem hebben wij gekeken op welke manier er op dit moment mee om werd gegaan. De uitwerkingen van de observaties zijn terug te vinden in bijlage 9.3.

Enquêtes

Na het sluiten van de enquête zijn wij begonnen met het controleren van de ingevulde vragenlijsten. Toen duidelijk werd dat alle exemplaren correct waren ingevuld zijn wij gestart met het samenbrengen van de individuele vragenlijsten tot een totaaloverzicht. Hierbij hebben wij gebruik gemaakt van geautomatiseerd verwerken (Migchelbrink, 2012). Het verkregen materiaal is aan de hand van een digitaal online programma omgezet in staaf- en cirkeldiagrammen. Doordat de uitkomsten in afleesbare diagrammen zijn geplaatst is de relevantie informatie in één oogopslag helder.

Interviews

De negen interviews die zijn afgenomen onder de medewerkers van de PAAZ zijn opgenomen met audio apparatuur. Deze opname hebben wij getranscribeerd naar tekst. De volledig uitgewerkte transcripties vindt u terug in bijlage 9.6. Na het transcriberen zijn wij de tekst gaan coderen. “Hierbij is de essentie; labels en codes toekennen aan tekstfragmenten, (her)lezen, organiseren, (her)ordenen, reflecteren en logisch redeneren” (Migchelbrink, 2012). Wij hebben gecodeerd vanuit een startlijst. Deze startlijst bevat zekere ordeningen waarmee je kan starten bij het analyseren van het verzamelend materiaal. Wij starten vanuit de eerder door ons gemaakte structuur, namelijk de interview vragen (Migchelbrink, 2012). De interview vragen hebben wij zo opgesteld dat wanneer wij antwoord krijgen op deze vragen wij ook antwoord krijgen op de deelvragen en daarmee uiteindelijk de hoofdvraag beantwoorden. Het verkregen materiaal van alle medewerkers hebben wij per interview vraag samengevoegd. De niet relevante informatie hebben wij vervolgens geschrapt. De medewerkers gaven wij elk een nummer die wij voor de tekst zetten, zodat duidelijk bleef van welke medewerker de oorspronkelijk tekst afkomstig was. Dit zorgde ervoor dat de relevante informatie per interviewvraag overzichtelijk geordend werd. Het bestand waarin dit te zien is vindt u in bijlage 9.7. Vanuit dit bestand zijn wij de overgebleven informatie vervolgens omgaan zetten in inhoudelijke thema's. Bij deelvraag 1 zijn dat de thema's: indicatie, in kaart brengen, verantwoordelijkheid en verbeter suggesties vanuit het team. Bij deelvraag 2 zijn dat de thema's: belang en voordelen, nadelen, ruimte van de professional om suggesties te doen, contra indicatie om het systeem te betrekken en verbeter suggesties vanuit het team.

Resultaten

Resultaten observatie MDO

Uit de eerste observatie is gebleken dat er bij 9 van de 12 patiënten problematiek binnen het systeem aanwezig is. Van de overige 3 patiënten was het onduidelijk of er problematiek binnen het systeem aanwezig is. Bij 4 patiënten werd het systeem betrokken door middel van een gesprek. Bij 2 patiënten was het onduidelijk of het systeem betrokken wordt bij behandeling en bij 3 patiënten werd het systeem niet betrokken maar is er wel problematiek.

Het viel op dat er voornamelijk gekeken werd naar wat een patiënt in het verleden heeft meegemaakt, wat het gedrag en de ziekte kan verklaren of verhelderen. Daarnaast was ontslag en verlof vaak het onderwerp van gesprek. Er werd gekeken wanneer ontslag of verlof mogelijk gepland kon worden en hoe hiernaartoe gewerkt kon worden. Ook werd er afgestemd welke discipline welke taak op zich neemt. Voor het MDO werd er aan de patiënten een eigen inbreng gevraagd wat besproken moest worden. De patiënt is echter zelf niet aanwezig bij het MDO.

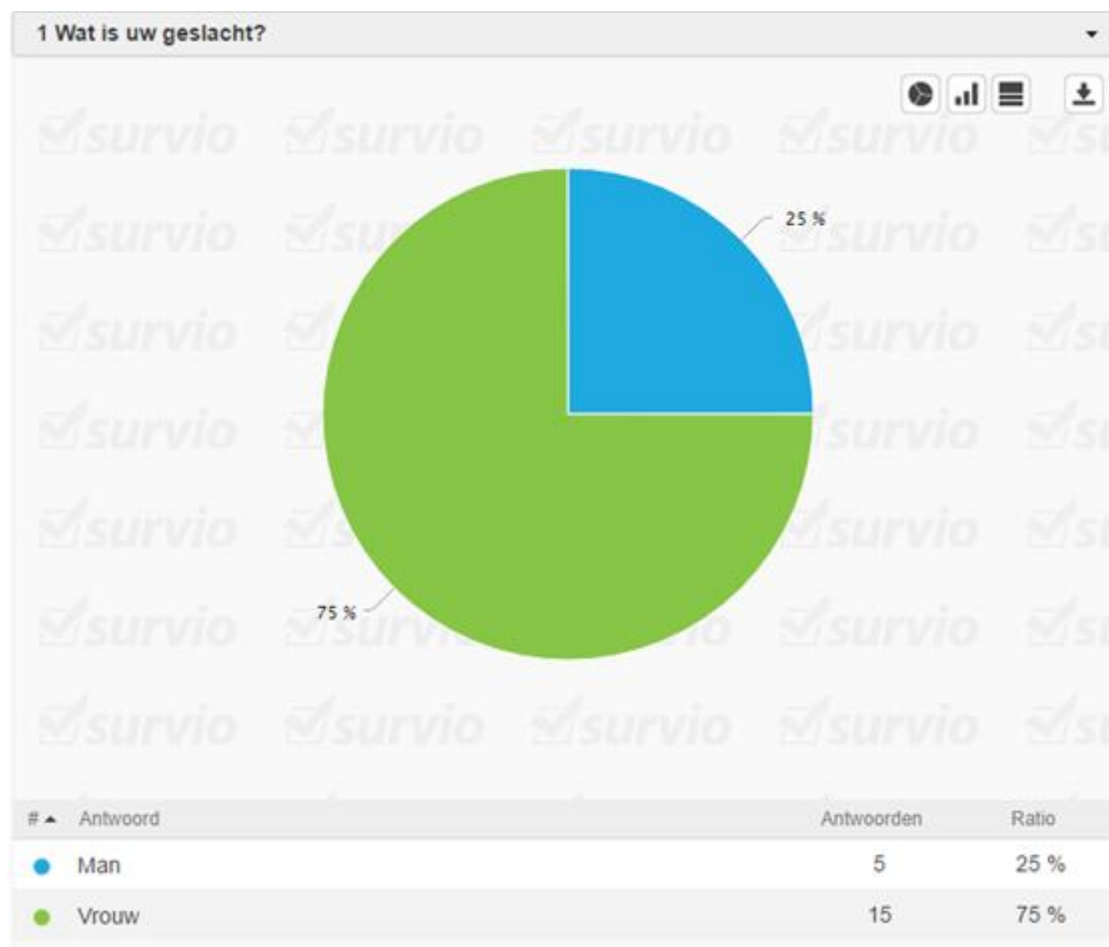
Bij de introductie van een nieuwe opname werd het systeem van de patiënt benoemd. Problematiek binnen het systeem werd vaak signaleerd en benoemd in het MDO. Echter werd er maar eenmaal gesproken over een specifieke interventie gericht op de problematiek binnen het systeem. Namelijk het geven van psycho-educatie aan de familie over de problematiek van de dochter.

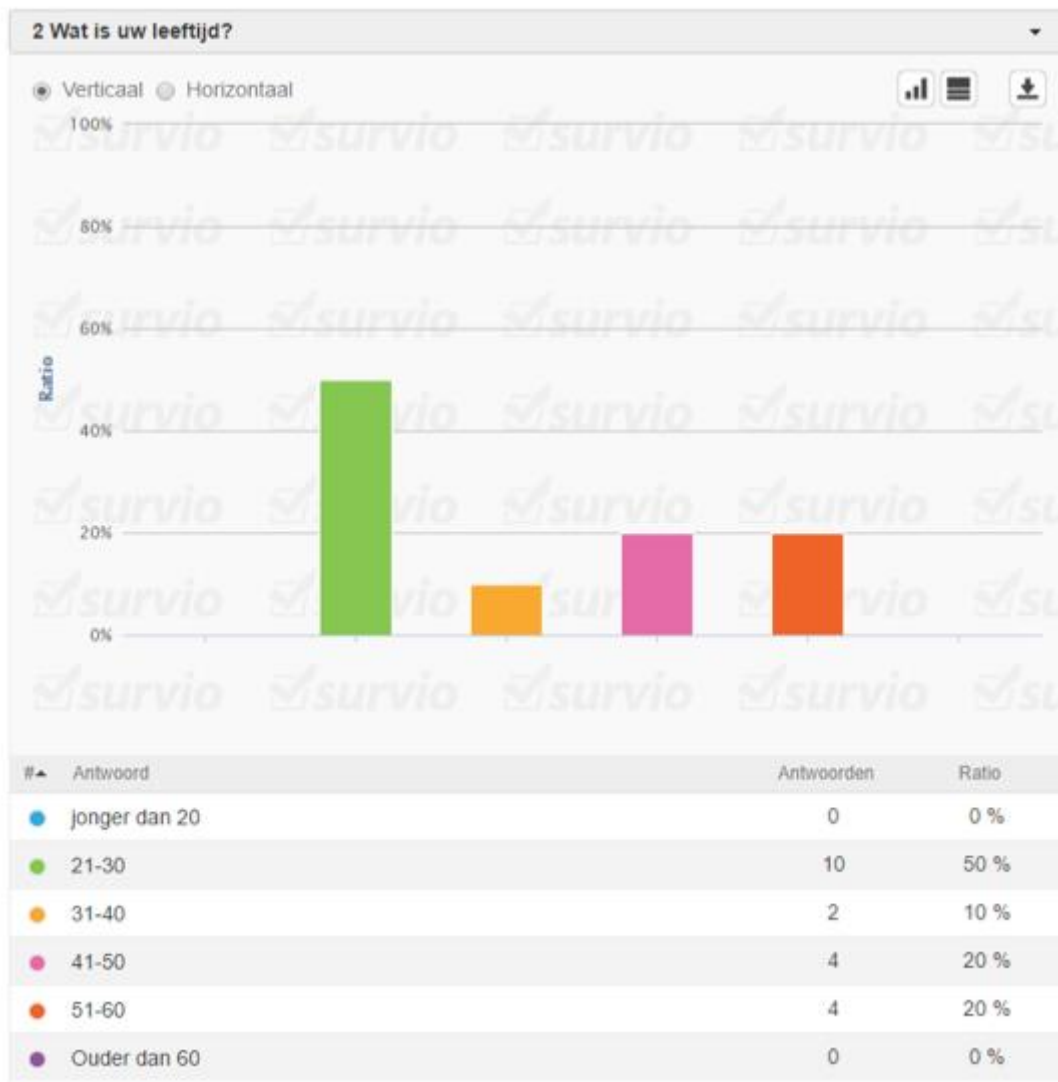
Uit de tweede observatie kwam naar voren dat bij de helft van de besproken patiënten er problematiek in het systeem is, bij de andere helft was dit onbekend of werd dit niet besproken. Bij 5 van de 10 patiënten werd het systeem betrokken. Het systeem werd in dit geval betrokken om een RM aan te vragen, de familie op de hoogte te brengen van een doorverwijzing naar een andere organisatie en de familie werd gebruikt als bron van informatie.

Het viel op dat het onduidelijk is hoe en door wie het systeem in kaart wordt gebracht. Tijdens het MDO was er veel aandacht voor de nazorg van patiënten. Er werd vooral gekeken naar professionele hulpbronnen maar hulpbronnen vanuit het netwerk werd niet onderzocht.

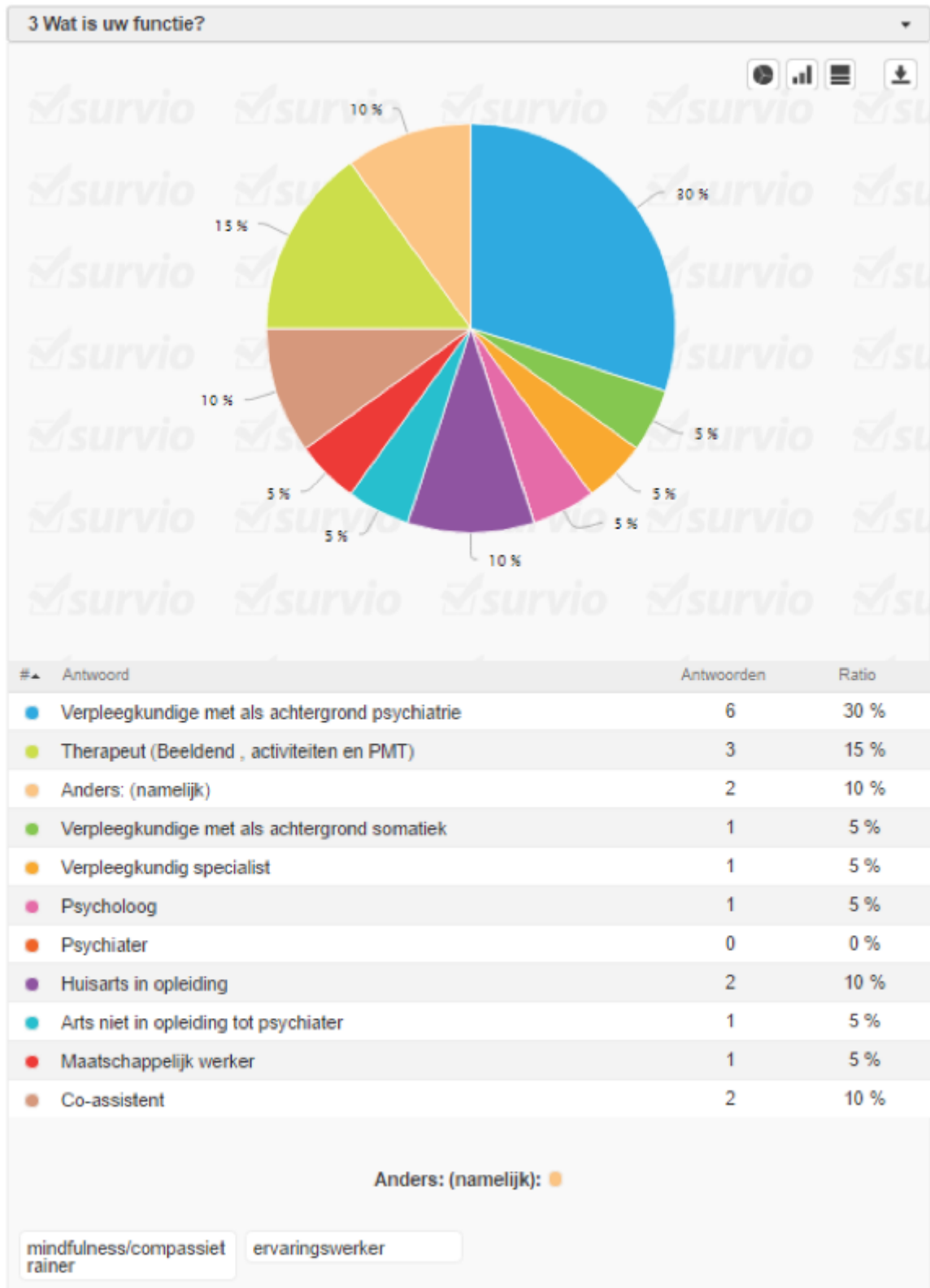
Resultaten enquête

De enquête is ingevuld door 20 respondenten.

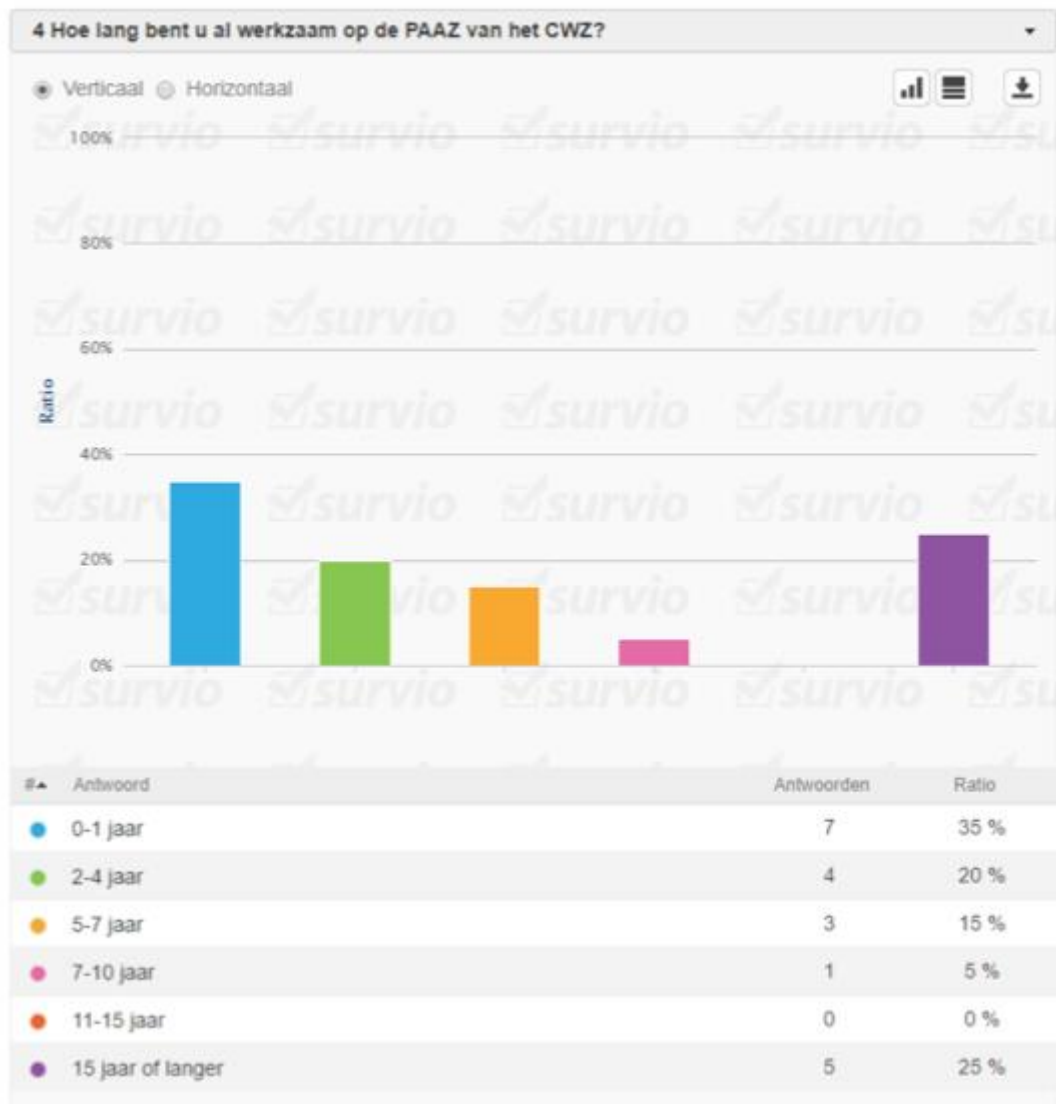




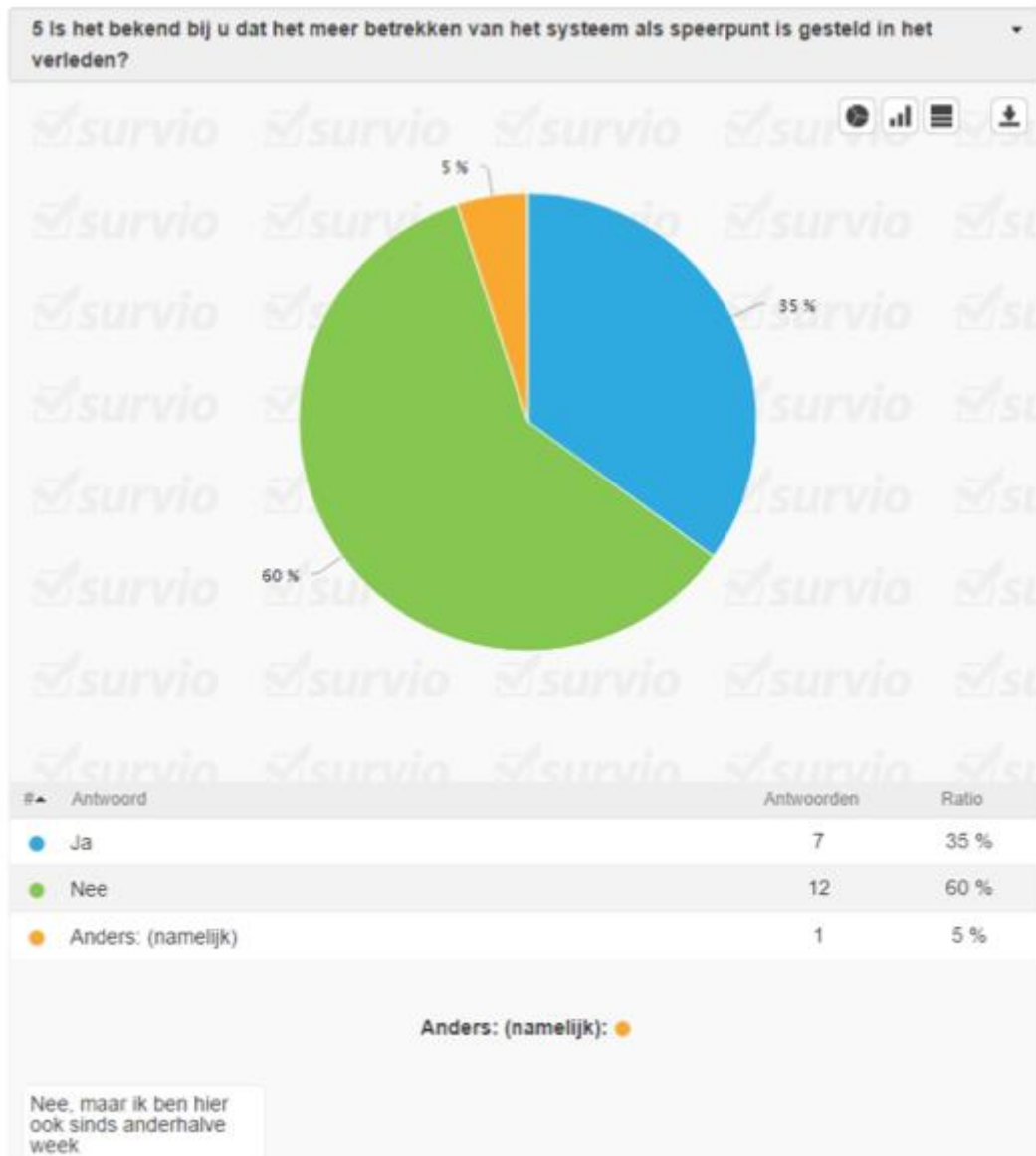
50% van de respondenten is tussen 21-30 jaar oud.



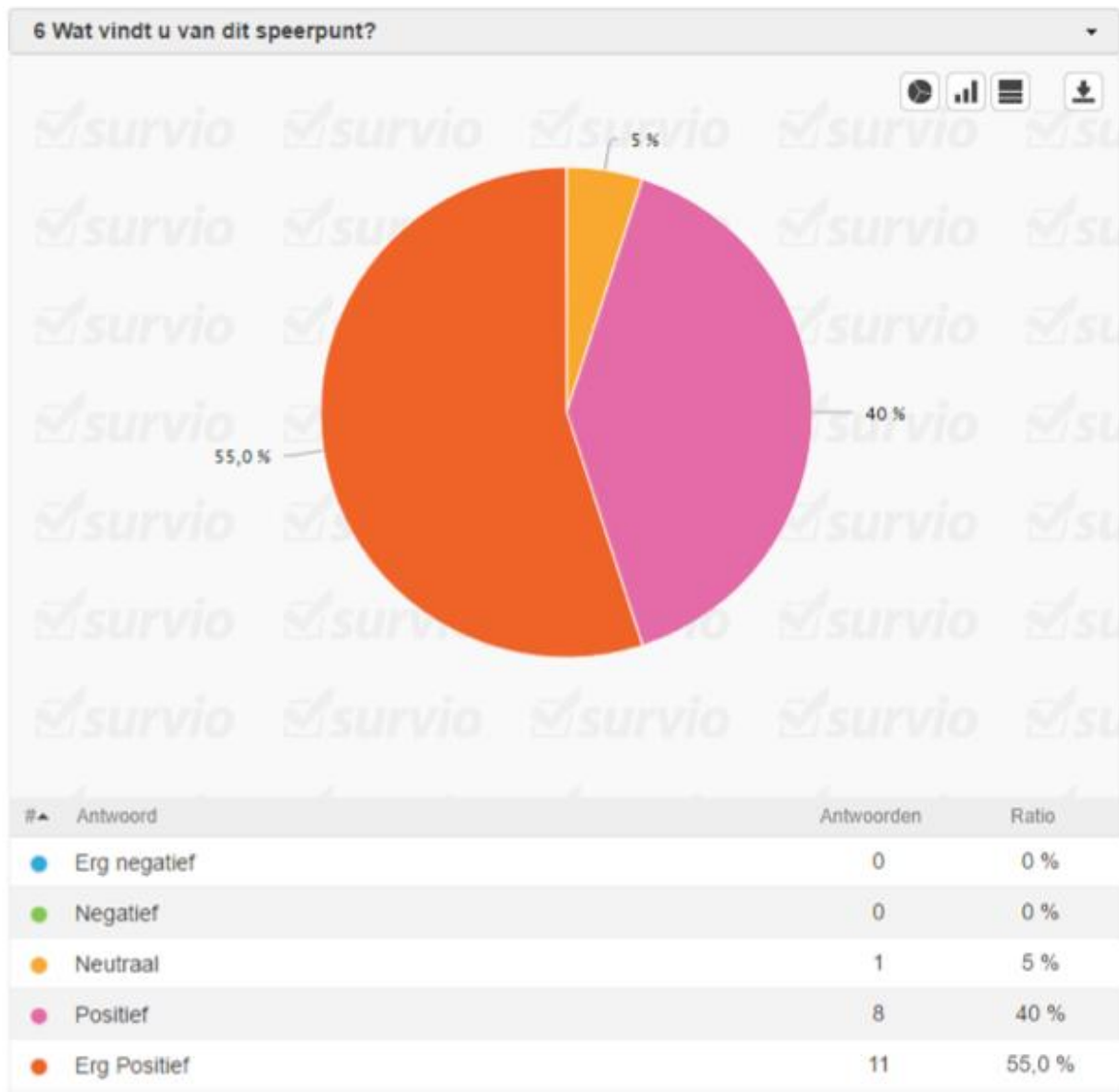
De meeste respondenten zijn verpleegkundige met een achtergrond in de psychiatrie.



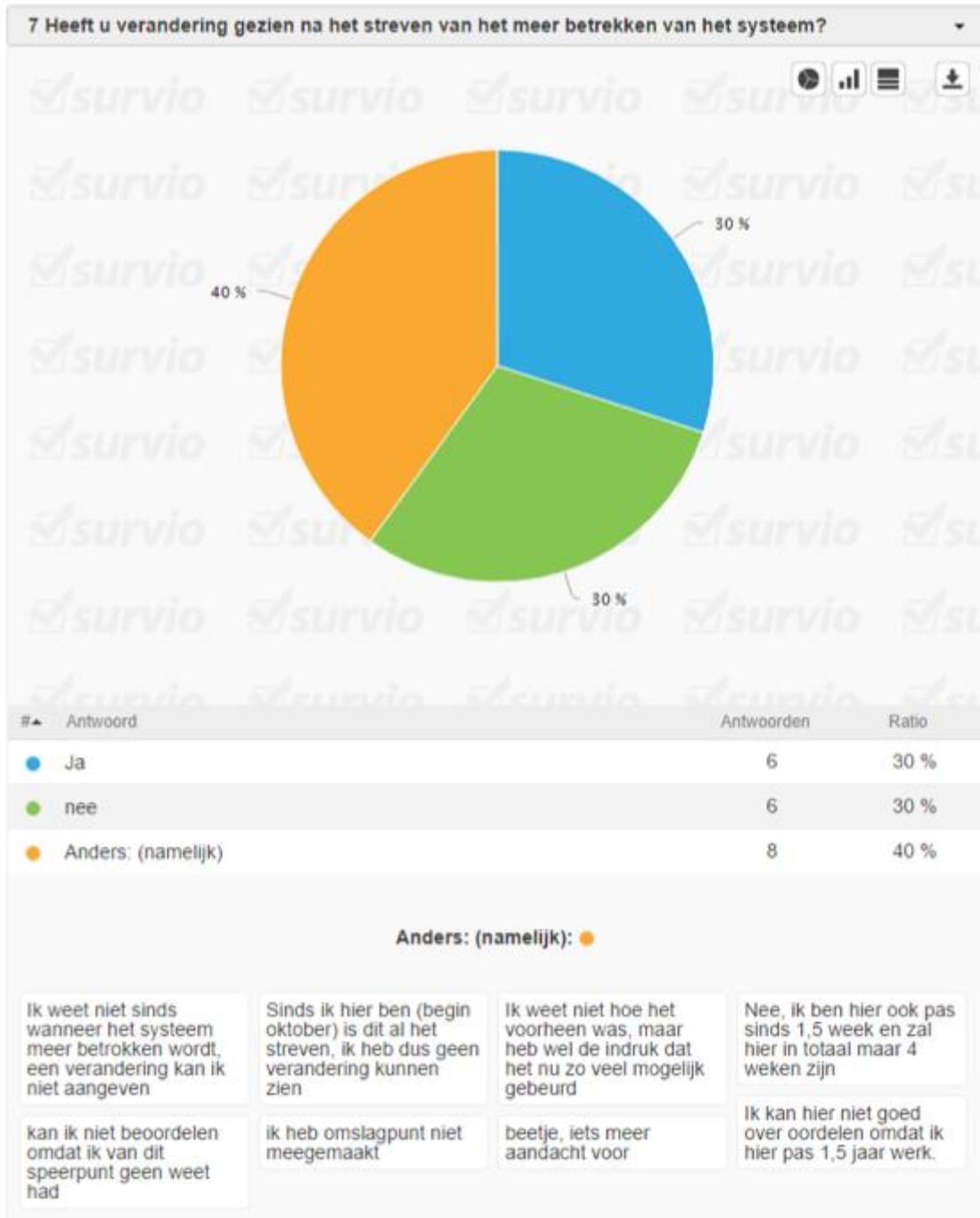
Het is opvallend dat 35% van de respondenten 0-1 jaar op de PAAZ werkzaam is. Daarnaast werkt 25% er 15 jaar of langer op de PAAZ.



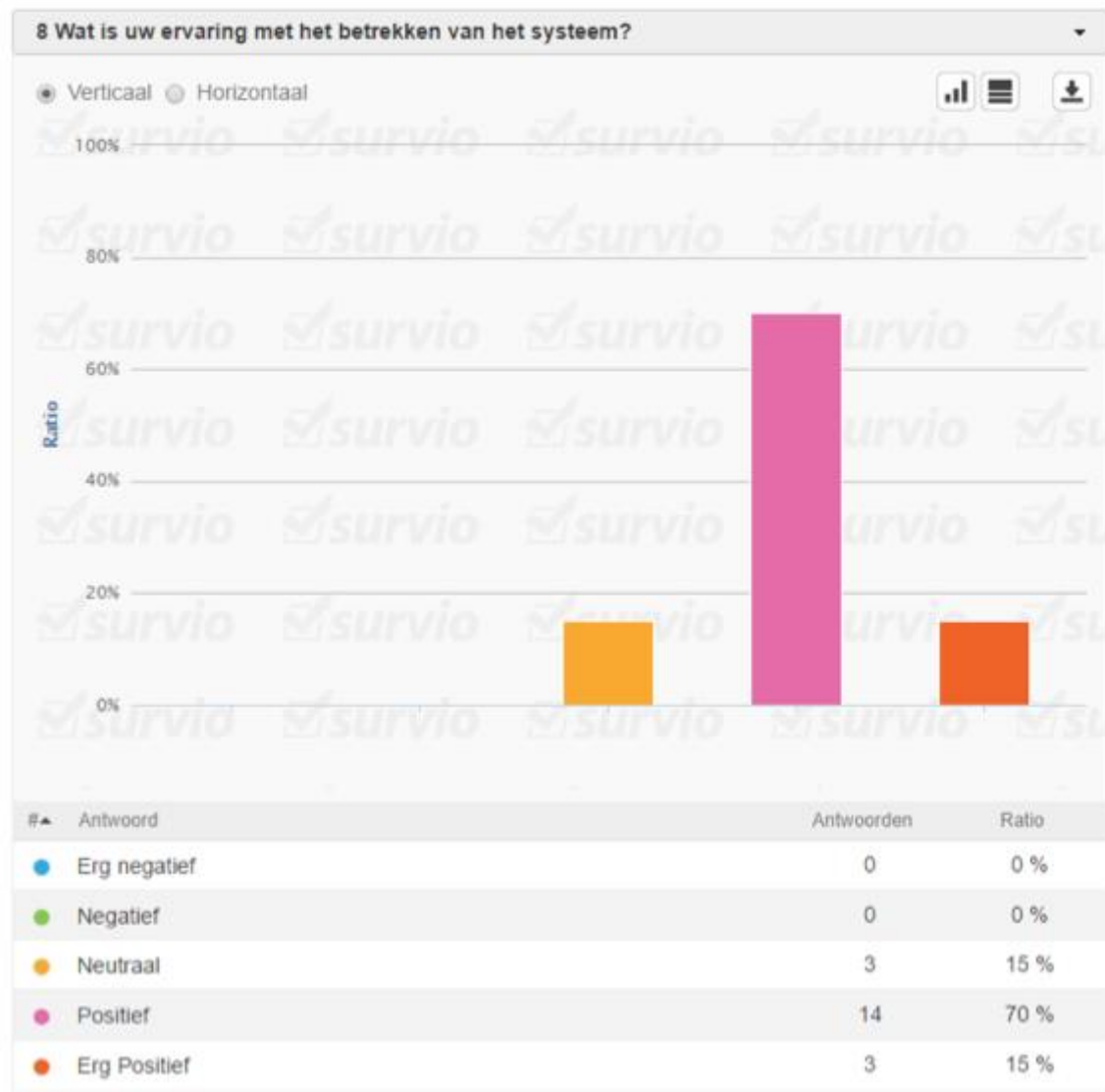
Het merendeel van de respondenten is niet op de hoogte van dit speerpunt.



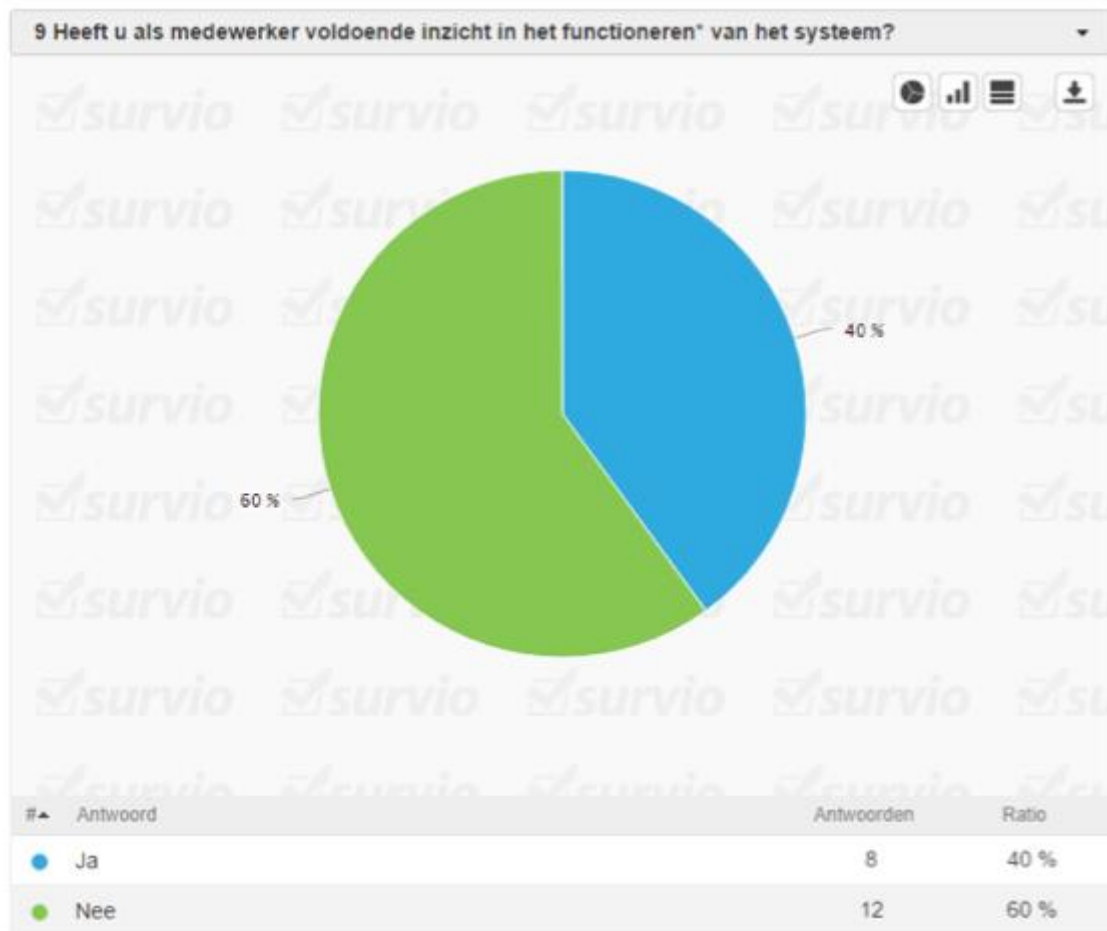
Ondanks dat bij 65% van de respondenten het speerpunt niet bekend was, vindt 55% van de respondenten het erg positief, 40% positief.



De antwoorden zijn erg verdeeld.



Niemand ervaart het betrekken van het systeem als negatief. De meeste respondenten zijn positief over het betrekken van het systeem.

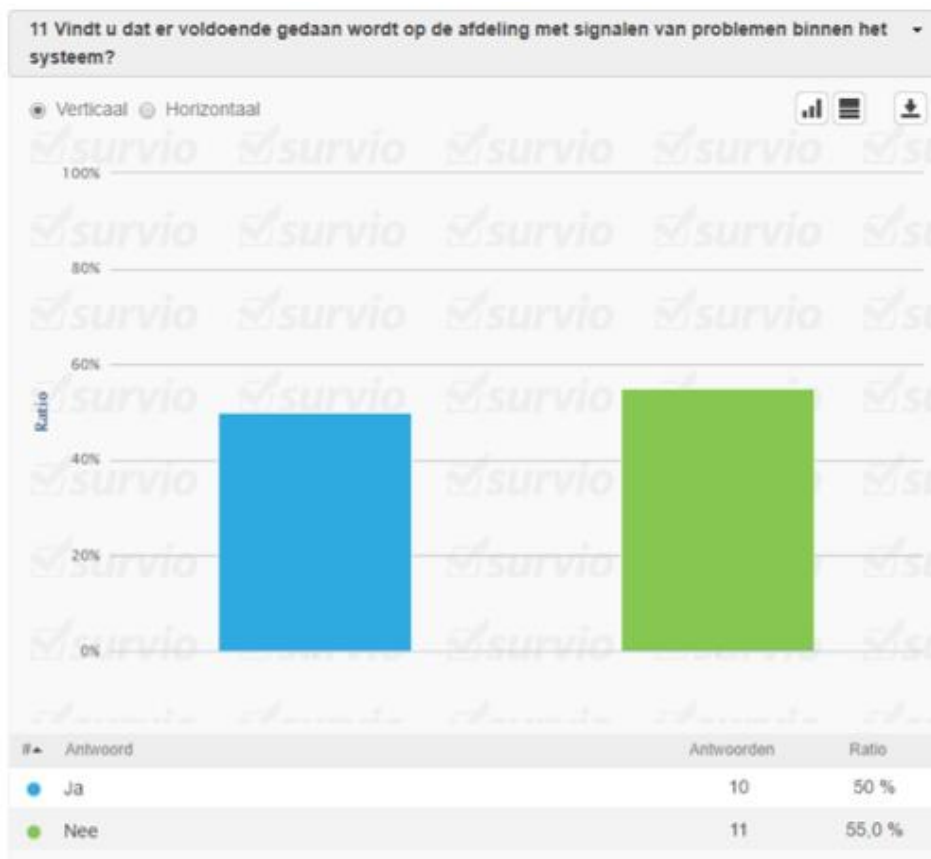


De meerderheid van de respondenten heeft onvoldoende inzicht in het functioneren van het systeem.

10 Zo nee, hoe komt dat?			
Ik ken de patiënten niet die opgenomen worden. Ik ben afhankelijk van een doorverwijzing van de afdeling om het systeem verder in kaart te brengen. Tijdens het MDO word niet standaard stilgestaan bij functioneren systeem.	Zie bovenstaande	Ik denk niet altijd, mn wanneer familie hier niet bij betrokken wil worden of wanneer patiënten hier niet volledig over vertellen.	De focus ligt op de opgenomen patiënt, er wordt niet standaard aandacht besteed aan het functioneren van het systeem. Wel wanneer systeem zelf beroep doet op hulpverlening of grote problemen in draagkracht/draaglast wordt geobserveerd door ons.
Ik merk lang niet alles, als ervaringswerker, van het systeem van cliënten. Ik geloof zeker dat een goed ondersteunend systeem enorm kan helpen bij herstel, maar ik zie ook hoe het systeem herstel soms enorm kan bemoeilijken; maatwerk is dus nodig	Ik mis bij bovenstaande de mogelijkheid "vaak" of "meestal". Niet altijd heb je hier voldoende zicht op. Niet altijd wordt alles uitgesproken door een cliënt, of soms kiest hij/zij ervoor familie niet verder te betrekken.	Meestal wel voldoende inzicht, soms wil patiënt echter niet dat het systeem wordt betrokken, dan is het moeilijk om hier een ingang voor te vinden.	Het gezin komt pas later in beeld, eerst richten op de problematiek dan op het netwerk.
	Zelf zie ik eigenlijk nooit familieleden of anderen uit het systeem van de patiënt.	geen structurele aandacht voor in overlegmomenten	Dit verschilt per opgenomen patiënt. Bij de ene patiënt is het systeem meer betrokken en dus vaker aanwezig op de afdeling dan bij een andere patiënt. Daardoor heb je niet altijd een even goed zicht op het functioneren van het systeem.
	Er is weinig tijd om het systeem te bespreken tijdens een MDO.	Weinig aandacht voor het systeem, wij richten ons op de problematiek	
	heb geen direct contact met het systeem	onvoldoende informatie wat er bedoeld wordt met het functioneren van het systeem.	

De meest voorkomende redenen van het onvoldoende inzicht in het functioneren van het systeem zijn:

- Te weinig tijd
- Geen structurele aandacht
- Patiënt wilt niet dat systeem betrokken wordt
- Focus ligt op acute problematiek
- Afhankelijk van doorverwijzing (naar systeemspecialist) niet direct betrokken vanaf de intake



12 Zo nee, waarom niet?

Ik merk dat er regelmatig beleid wordt gemaakt om systeemproblematiek juist niet verder te behandelen om verschillende redenen. (iemand word doorverwezen naar andere instelling, problematiek te ingewikkeld, misschien bang voor verdere escalatie? etc)

Er wordt naaar mijn idee pas laat naar het gezin gekeken, omdat wij ons eerst richten op de acute problematiek.

We kunnen hier meer uithalen m.i. We zijn wel op de goede weg.

Ik weet het niet, ik kan dit niet beoordelen.

zou evt meer naar kinderen en welzijn kunnen worden gekeken

Vaak wel. Soms kiezen cliënten er toch voor een bepaalde situatie in stand te houden. En je hebt ook niet altijd een compleet beeld als niet alles verteld wordt.

vaak wordt systeemgebeuren verschoven als behandeling elders start? Niet zo in beeld? Bang teveel overhoop te halen bij verwijzing?

Focus ligt op de primaire psychiatrische problematiek van de patiënt. Systeemproblematiek wordt vaak door behandelaar gekenmerkt als 'sociale problematiek' en niet standaard aangepakt om psychiatrische problematiek te verlichten.

Er wordt voldoende gedaan, maar niet altijd vroeg genoeg. Soms duurt het te lang voor maatschappelijk werk wordt ingeschakeld.

Weinig tot geen inbreng, weinig tijd, niet goed in beeld

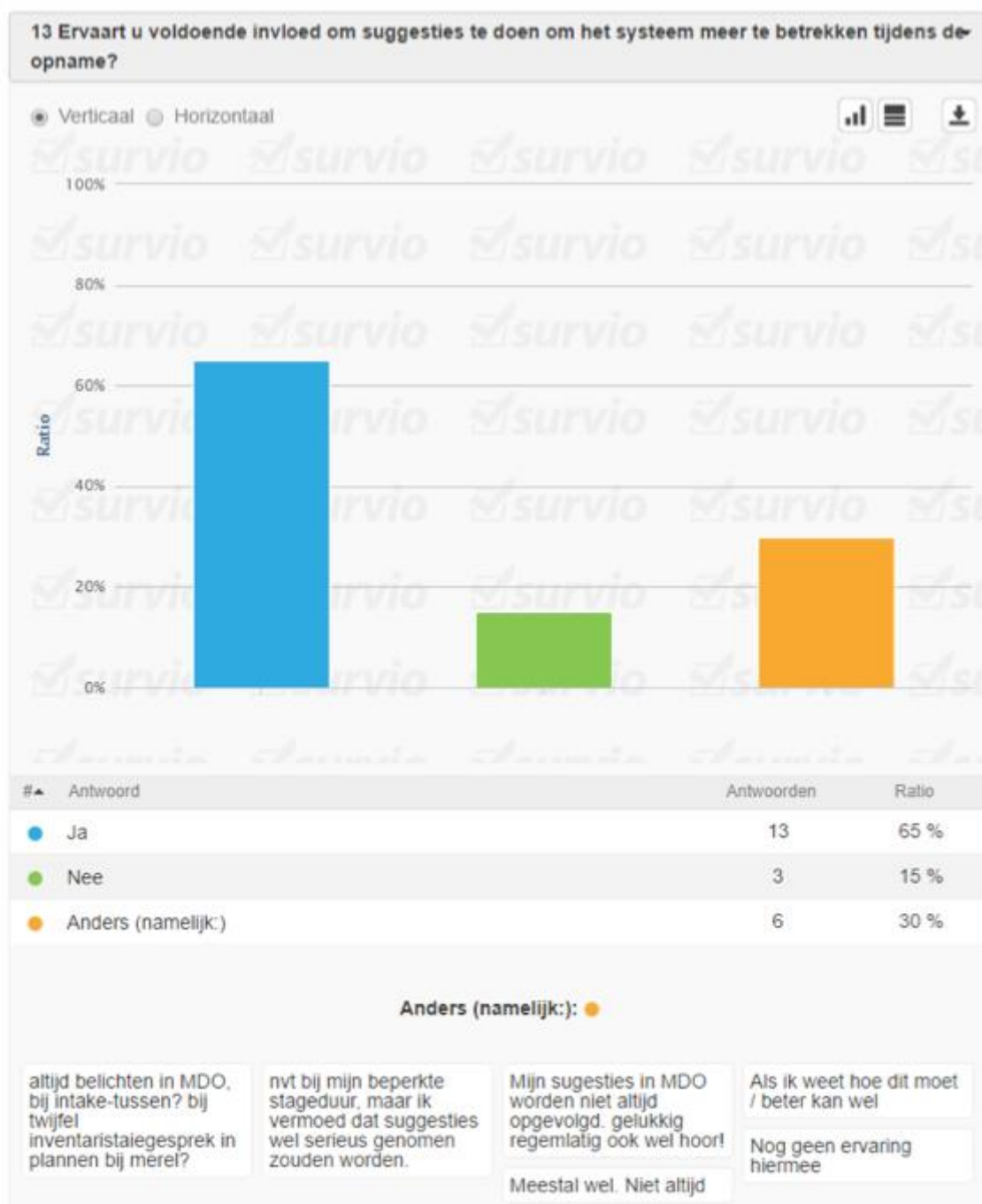
Wisselend; bij patiënten die er langer zijn wel, maar als patiënten er maar kort zijn en het probleem niet erg complex is, dan schiet dit er m.i. nog weleens bij in

Ik kan dat niet goed beoordelen, maar bij de vorige vraag was helaas alleen de keuze tussen de antwoorden 'ja' en 'nee' - ik miste de optie 'weet ik niet'

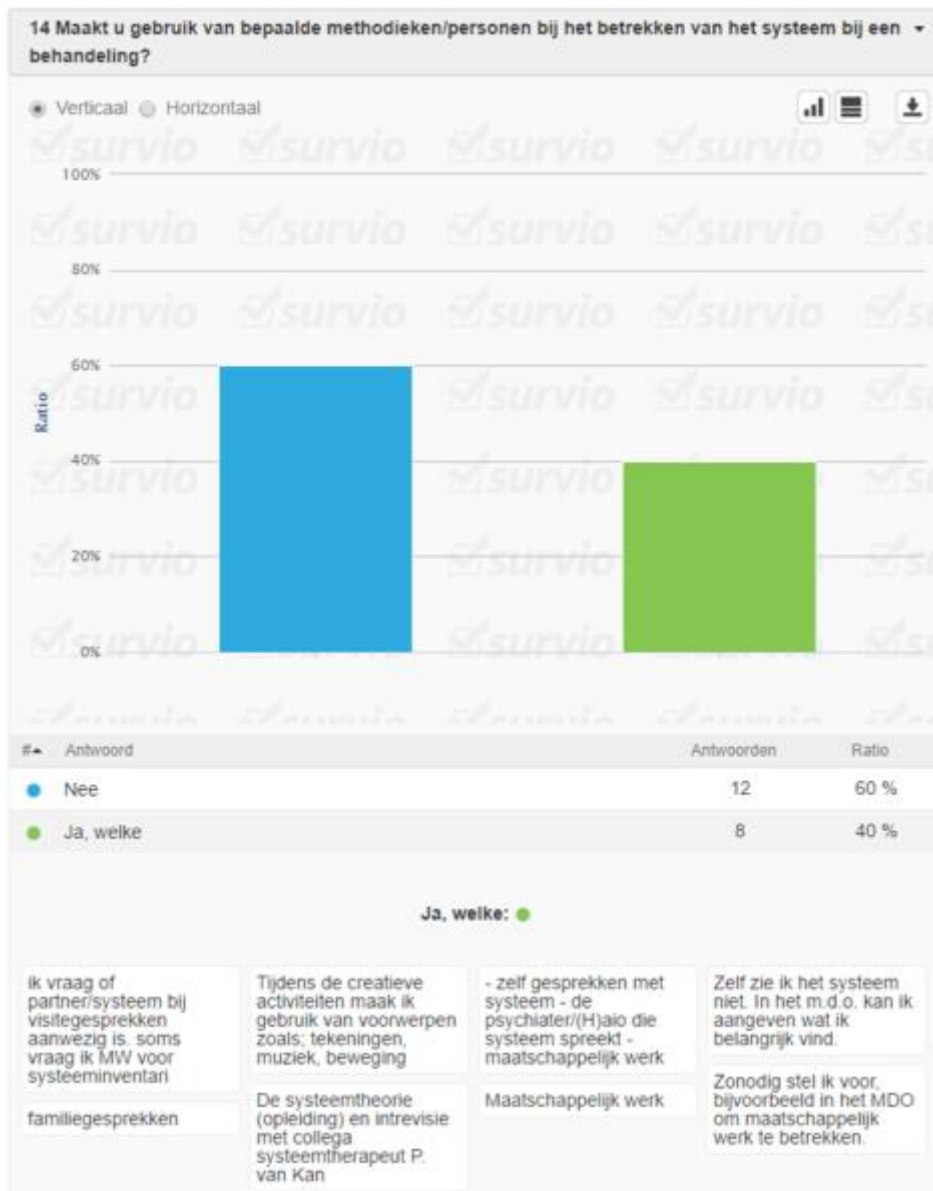
Kijken naar de acute opname en niet naar het systeem. Weinig kennis waarom het belangrijk is om dit het systeem te betrekken.

De meest voorkomende redenen waarom dit onvoldoende gedaan wordt is:

- Kijken naar de acute problematiek, waardoor er in een later stadia pas naar het systeem wordt gekeken
- Weinig tijd
- Soms duurt het te lang voordat het maatschappelijk werk wordt ingeschakeld
- Weinig kennis waarom het belangrijk is om het systeem te betrekken
- Geen eenduidig beleid



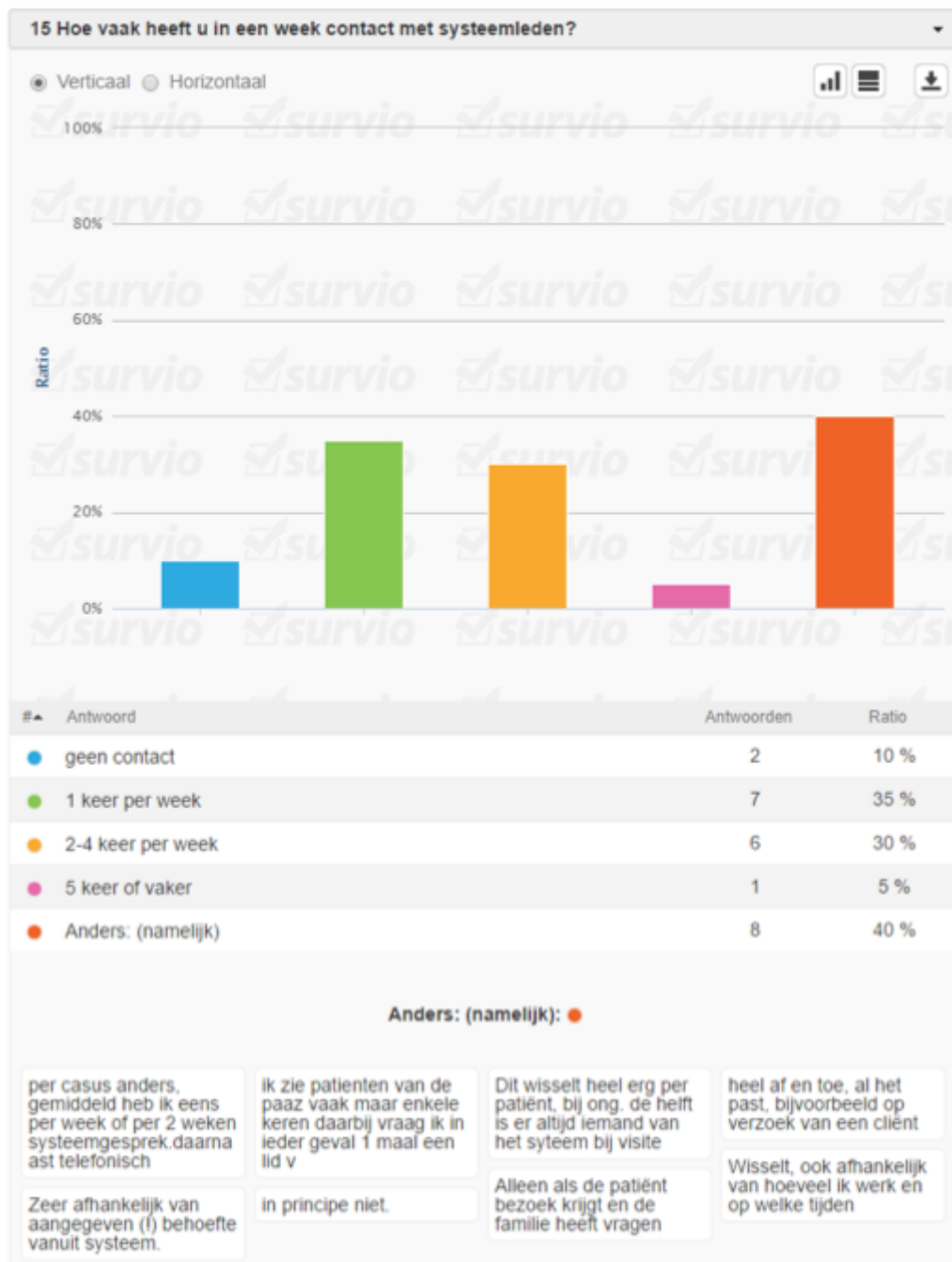
De ruime meerderheid (65%) ervaart voldoende ruimte om suggesties te doen om het systeem meer te betrekken en slechts 15% ervaart onvoldoende ruimte.



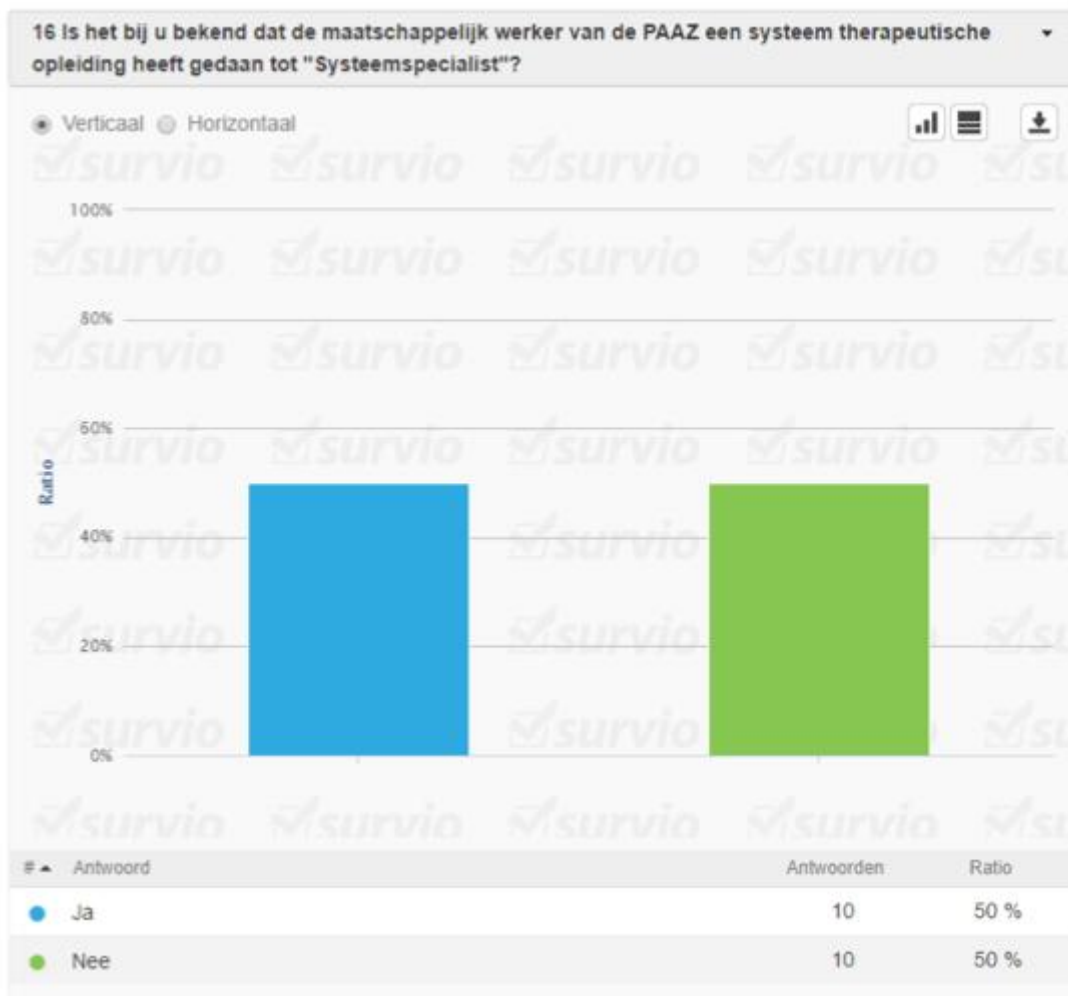
60% van de respondenten maakt geen gebruik van bepaalde methodieken/personen bij het betrekken van een behandeling.

40% van de respondenten maakt hier wel gebruik van. Meest voorkomende voorbeelden zijn:

- Het maatschappelijk werk
- Psychiater en/of huisarts in opl.
- Familiegesprekken, visiegesprekken



Opvallend is dat de respondenten hier wisselend op antwoorden. Uit deze gegevens blijkt dat er geen eenduidig beleid is.



Opvallend is dat bij 50% van de respondenten niet bekend is dat de maatschappelijk werker ook werkt als systeemspecialist.

17 Heeft u verbeter suggesties m.b.t. het betrekken van het systeem?			
Team erop attenderen om dieper door te vragen bij signalen die ze krijgen van en over het systeem. Laagdrempeliger MW erbij vragen systeem in om systeem in kaart te brengen. Mogelijk tijdens visite ook aan systeem vragen hoe het met hun gaat.	Nee want ik weet nog niet goed hoe het betrekken van het systeem nu gaat	/ Misschien handig om binnen deze enquête te vermelden om welk 'systeem' het gaat. Ik heb aangenomen dat het om bijvoorbeeld de gezinssituatie thuis gaat.	Niet afhankelijk laten zijn van aangegeven behoefte vanuit systeem, maar ook actief/structureel behoefte signaleren en acties inzetten.
meer kijken naar welzijn van betrokken kinderen en rapporteren van zorg aan huisarts bv. standaard heteroanamnese afnemen	Misschien moeten we dit ook als subkopje opnemen in het intakeverslag. Op die manier zou ik er in ieder geval aan herinnerd worden om er actief naar te informeren.	Dit mag, indien de pt akkoord gaat, van mij structureel ingebed worden in plaats van ad hoc. Uitnodigen bij behandelplanbespreking en dan wel andere afspraken op de PAAZ. Tip enquête; leg systeem uit (definitie) (patientsysteem ipv computersysteem)	Het betrekken van het systeem gebeurde door de afdelingsartsen met name door telefonisch contact met contactpersonen en aanwezigheid van systeemleden tijdens visitegesprekken.
Partners worden meestal wel betrokken. Op de afdeling zou nog meer oog voor de kinderen moeten zijn; in het belang van de patiënt maar zeker ook in het belang van de kinderen zelf. Merel heeft dit in elk geval altijd voor ogen.	Vooraf bewust van blijven familie te betrekken bij het maken van bijv. signaleringsplannen.	Uitleg krijgen hoe je dit kunt doen. Misschien kan de systeemtherapeut vragen opstellen?	Ik denk dat het goed is zodat zowel artsen als verpleging actief proberen inzicht te krijgen in het systeem. Zoveel mogelijk stimuleren dat partner/ouders/kinderen bij de gesprekken aanwezig zijn.
Nog meer structuur in het betrekken van het systeem (is al flink toegenomen) en deze contacten + inhoud goed vastleggen in verslag/rapportage	Pas op dat het geen doel op zich wordt, want zoals ik eerder aangaf kan een systeem soms ook danig in de weg zitten bij het herstelproces van cliënten	zie hierboven + Merel zou ene korte presentatie kunnen geven om inzicht te geven in het werken met systeem en belang, preventie, aandachtspunten voor ons als teamgenoten etc	Presentatie waarom het systeem belangrijk is. Complimenten voor jullie onderzoek goed dat jullie dit onder de aandacht willen brengen.
	Nog meer betrekken bij visitegesprekken (niet altijd is er iemand bij aanwezig) > verpleegkundige mag alert zijn op het uitnodigen van het systeem.	nee	Tijdens een intake in beeld brengen wie er allemaal bij een patiënt hoort
	graag de volgende keer extra verduidelijking of uitleg wat er in het geheel bedoeld wordt met "het systeem"		

Het team benoemd verschillende verbetersuggesties met betrekking tot het betrekken van het systeem.

Resultaten interviews

Deelvraag 1: In hoeverre is er aandacht voor het systeem bij het behandelproces op de PAAZ van het CWZ?

Indicatie om het systeem te betrekken.

- Wanneer de sociale omgeving invloed heeft op de patiënt die de klachten beïnvloed
- Het systeem wordt als bron van informatie voor de intake gebruikt
- Met een hetero anamnese wordt er gekeken of de informatie vanuit de patiënt overeenkomt met de informatie van zijn omgeving
- Er wordt gekeken of er dingen zijn buiten de cliënt om die de klachten beïnvloeden
- Het systeem wordt als bron van informatie gebruikt tijdens de behandeling
- Wanneer het systeem overbelast is wordt het systeem betrokken
- Wanneer patiënt verward is
- Wanneer het onduidelijk is wat er binnen het systeem speelt wordt het systeem betrokken
- Melding bij veilig thuis wanneer TS is gedaan door ouder met jonge kinderen
- Bij relatieproblematiek
- Wanneer de klacht van de patiënt het systeem heel erg beïnvloed
- Wanneer de patiënt veel moet veranderen is het behulpzaam als de partner/ thuissituatie op de hoogte is.
- Wanneer patiënt steun nodig heeft
- Bij gezinsproblematiek

Hoe het systeem in kaart wordt gebracht

- Bij opnamen/ intake door de dokter en de verpleegkundige
- Bij een suïcidepreventieplan wordt familie betrokken
- Bij een spanningshanteringsplan wordt familie betrokken
- Bij afname van een biografie en context waarin iemand leeft
- Een senior verpleegkundige benoemd dat er alleen naar de contact persoon gevraagd wordt en gedurende de behandeling wordt er meer informatie verzameld over het systeem.
- Tijdens de visitegesprekken 1x per week wordt het systeem gesproken
- Als er verloop geëvalueerd wordt samen met partner

Bij wie ligt de verantwoordelijkheid om het systeem te betrekken

- Het is onbekend binnen het team bij wie de taak ligt om het systeem te betrekken. De respondenten geven er geen eenduidig antwoord op.

Verbetersuggesties vanuit het team

- Ik denk dat wij meer de familie structureel op de hoogte kunnen brengen van bijvoorbeeld het beloop
- Ik denk dat wij nog veel meer kunnen signaleren wat er gebeurt in het systeem en wat de klachten onderhoudt
- Het betrekken van het systeem kan structureel meer, er is geen plan
- Een hetero anamnese wordt niet standaard meer afgenomen, het zou goed zijn om dit wel te doen
- Ik denk dat er wat gestructureerde afspraken mogen komen. Wat ga je bij iedere patiënt doen

In hoeverre is er aandacht voor het systeem bij het behandelproces op de PAAZ van het CWZ?

Bij opname wordt er een biografie afgenomen van de patiënt. Problematiek wordt binnen het systeem vaak gesignaleerd. Uit de resultaten blijkt dat meer dan de helft van de patiënten problematiek binnen het systeem heeft. Incidenteel wordt er een interventie op deze problematiek bedacht. Het is onbekend of er bij de rest van de patiënten problematiek binnen het systeem is. Uit de enquête blijkt dan ook dat 60% van de werknemers aangeeft onvoldoende zicht te hebben in het functioneren van het systeem. Te weinig tijd, geen structurele aandacht, de patiënt wil niet en andere focus worden als reden gegeven waarom er onvoldoende inzicht is. Daarnaast geeft 55% van de werknemers aan dat er te weinig gedaan wordt met signalen over problematiek binnen het systeem.

Voor sommige patiënten wordt er een hetero anamnese afgenomen. Het systeem wordt vooral gebruikt als informatiebron. Dit wordt gedaan door het maatschappelijk werk, de arts of psychiater te betrekken. Maar ook door familie- en visitegesprekken. Verder wordt het systeem incidenteel betrokken. Bij systeemproblematiek wordt er niet standaard een systeemgerichte behandeling ingezet. Daarnaast wordt de familie betrokken bij het maken van een suïcide preventieplan en spanningshanteringsplan. Ook tijdens de evaluatie van verlof wordt het systeem betrokken.

Er is veel aandacht voor ontslag tijdens de behandeling. Er wordt voor nazorg vooral gekeken of er professionele hulpbronnen aanwezig zijn. Er wordt echter niet of nauwelijks gekeken naar de hulpbronnen in het netwerk van het systeem.

Het systeem wordt om verschillende redenen betrokken. Wanneer het systeem vragen heeft tijdens het bezoek. Dit is afhankelijk van werktijden en of de desbetreffende professional aanwezig is. In de enquête geeft men aan dat dit afhangt van de behoefte van het systeem.

Het is opmerkelijk dat maar de helft van de werknemers weet dat de maatschappelijk werker is opgeleid tot systeemspecialist.

Deelvraag 2: Wat zijn belangrijke determinanten die invloed hebben op de keuze om wel of niet het systeem te betrekken op de PAAZ van het CWZ?

Belangen en voordelen van het betrekken van het systeem

- Alle professionals zijn het er over eens dat het belangrijk is om het systeem erbij te betrekken
- Zo krijg je de beschermende, uitlokkende en in standhoudende factoren in beeld
- Het systeem kan voor sociale steun voor de patiënt zorgen
- Het systeem kan praktische hulp bieden aan de patiënt
- Als je lange gesprekken hebt is het moeilijk om alle informatie op te nemen, het is dus handig om iemand naast je te hebben die mee luistert
- Bij gezinsproblematiek kan je dan het hele plaatje aanpakken
- Het hele systeem heeft last van de problematiek, door het systeem te betrekken krijg je overbelasting van systeemleden in beeld
- Problemen ontstaan soms vanuit het systeem. Door het systeem te betrekken kan je oorzakelijke factoren aanpakken
- Door de familie op de hoogte te houden van de behandeling kan die ook mee leren met de patiënt in een bepaald proces
- Wanneer de patiënt verward is kan het systeem houvast bieden
- Wanneer het niet duidelijk is wat er binnen het systeem speelt kan je dit verduidelijken door het systeem in kaart te brengen
- Melding bij veilig thuis wanneer ts is gedaan met jonge kinderen
- Door het systeem te betrekken kan relatieproblematiek in het systeem aangepakt worden
- Wanneer de klacht van de patiënt het systeem beïnvloed is het van belang het systeem te betrekken
- Wanneer de patiënt veel moet veranderen is het behulpzaam als de partner/ thuissituatie op de hoogte is
- Wanneer de patiënt steun nodig heeft vanuit het systeem
- We leven in een participatiemaatschappij. Er is minder professionele zorg dan voorheen. Door de ambulantisering zijn er minder bedden beschikbaar. Hierdoor wordt er meer van het systeem verwacht.
- Klachten worden beter begrepen wanneer je het systeem spreekt
- Door het systeem te betrekken ben je sneller bij de kern van de klacht.
- Behandeling in een breder perspectief zien. Meer informatie verkrijgen uit het systeem
- Dat je de patiënt kunt ondersteunen om naar de verbinding te zoeken met het systeem

- Creëren van een veilige thuissituatie wanneer er naar ontslag wordt gewerkt.

Nadelen van het betrekken van het systeem

- Als het een verplichting wordt dat iemand van de familie erbij moet zitten en je maakt er niet actief gebruik van kan er meer schade ontstaan.
- Je krijgt soms minder informatie als je iemand uitnodigt waarmee de relatie stroef verloopt of als iemand minder open is
- Als er al spanningen binnen het systeem zijn is het in sommige gevallen niet zinvol om het systeem te betrekken
- Je merkt soms ook wel dat patiënten veel meer gesloten zijn als het systeem erbij is. Zeker onderwerpen die erg gevoelig liggen
- De omgeving kan te controlerend zijn en daardoor weer in de weg zitten van de behandeling
- Als het systeem voor problemen heeft gezorgd
- Dat er dingen besproken worden in gesprekken waardoor de boel van kan gaan escaleren
- Bepaalde gevoelige onderwerpen, privacy gevoelige onderwerpen als misbruik
- Klachten binnen het systeem die de behandeling kunnen verstoren
- De patiënt wil niet dat het systeem betrokken wordt
- Wanneer de patiënt zelf iets wil bespreken wat privé is

Ruimte van de professional om met suggesties te komen

- 6 van de 8 respondenten ervaart voldoende invloed om met suggesties te komen
- 2 van de 8 respondenten ervaart dit als wisselend. De ander vindt dat er soms geen oor lijkt te zijn naar signalen vanuit het systeem

Contra indicatie om het systeem bij de behandeling te betrekken

- Bij bepaalde gevoelige onderwerpen kan je beter het systeem niet betrekken, zoals privacy gevoelige onderwerpen als misbruik
- De patiënt wil niet dat het systeem betrokken wordt
- Wanneer de patiënt zelf iets wil bespreken
- Het systeem wil niet betrokken worden
- Wanneer iemand ineens acuut problemen krijgt en verder sociaal ingebed is dan is dit minder belangrijk

Verbetersuggesties vanuit het team

- Meer bellen met het systeem, bijvoorbeeld bij complicaties
- Meer bespreken met systeem; hoe gaat het straks thuis?
- Vragen zoals, moeten wij iets met het systeem, wat is de invloed van het systeem, zijn er kinderen betrokken?
- Minimaal 1 keer een gesprek met het hele gezin. Uitleg geven over wat er speelt en wat het met de ander doet
- Betere afstemming over wie de verantwoordelijkheid draagt bij het betrekken van het systeem.
- Zorg op maat leveren
- Goed contact hebben met systeemleden
- Elke week doelen en acties evalueren met het systeem zodat zij een grotere rol krijgen in het behandelproces. Meer een gezamenlijke uitvoering van verpleegplan en plan van de psychiater
- Meer systeembenadering toepassen
- Openheid tussen patiënt en systeem (signaleringspunten)

Wat zijn belangrijke determinanten die invloed hebben op de keuze om wel of niet het systeem te betrekken op de PAAZ van het CWZ?

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er verschillende redenen zijn om het systeem wel of niet te betrekken bij de behandeling. Het belang en de voordelen van het betrekken van het systeem is duidelijk binnen het team. De draagkracht van het team is groot om het systeem te betrekken omdat iedereen aangeeft dat het belangrijk is. Iedereen vindt het positief dat het betrekken van het systeem van belang is. Erg positief is (55%), positief (40%) en neutraal (5%)

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de meerderheid (65%) voldoende invloed ervaart om suggesties te doen om het systeem meer te betrekken bij de behandeling.

Een kleine meerderheid (55%) vindt dat er onvoldoende wordt gedaan met signalen die betrekking hebben met het systeem. Daarnaast geeft 60% aan niet voldoende inzicht te hebben in het functioneren van het systeem. Het is van belang om voldoende inzicht te hebben in het systeem om problemen te kunnen signaleren en hier een interventie op te bedenken. Er worden verschillende redenen aangegeven waarom het systeem niet voldoende inzichtelijk is. Er is te weinig tijd, er is geen structurele aandacht voor het systeem, de patiënt wil niet dat het systeem betrokken wordt, de focus ligt op andere problematiek en het niet betrekken van de systeemwerker vanaf de intake.

Een determinant is dat wij naar een participatiemaatschappij toe gaan. Er is minder professionele zorg dan voorheen. Met de beddenreductie in de psychiatrie merk je dat er meer appèl wordt gedaan naar ambulante hulpverleners. Dit is niet toereikend voor de hele groep. Daarnaast is de opnameduur verkort. Door het inschakelen van het systeem kun je dit voor een stukje opvangen.

Op de PAAZ is er een regelmatige wisseling van werknemers. Er werken veel coassistenten op de afdeling die maar een aantal weken werkzaam zijn op de PAAZ. Doordat er veel wisseling is van werknemers is het lastig om iets te implementeren op de PAAZ. Dit blijkt uit de enquête dat meer dan de helft (65%) niet op de hoogte is van het speerpunt dat in het verleden gesteld is op de afdeling. Coassistenten nemen ook intakes af bij patiënten. Het is dus van belang deze assistenten goed te superviseren als het over het betrekken van het systeem gaat. Van de mensen die op de hoogte waren van het speerpunt zegt 30% verandering te hebben gezien in de werkwijze.

5-Conclusie

In de conclusie beschrijven wij de belangrijkste ontdekkingen en resultaten van ons onderzoek met betrekking tot de hoofdvraag:

"Op welke wijze kan het betrekken van het systeem bijdragen aan een geslaagd ontslag van patiënten op de PAAZ van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis?"

Tijdens het onderzoek viel het op dat het systeem wordt betrokken bij de behandeling. Het systeem wordt vooral gezien als informatiebron en/of steunbron. Echter, is er weinig aandacht voor de communicatie en onderlinge banden tussen systeemleden terwijl er problemen kunnen zijn die een geslaagd ontslag beïnvloeden. Ook het team geeft aan onvoldoende zicht te hebben in het functioneren van het systeem. Door het systeem goed en volledig in beeld te brengen wordt de problematiek binnen een systeem eerder signaleerd.

Uit de enquêtes en de interviews blijkt dat de medewerkers verbeterpunten zien in de communicatie tussen systeemleden en professionals. Het systeem kan bijvoorbeeld beter op de hoogte gehouden worden van het proces van de patiënt. Hierdoor wordt het systeem automatisch meegenomen in het behandelproces van de patiënt. Ontslag komt dan ook minder snel uit het niets vallen voor het systeem waardoor ze zich hier beter op kunnen voorbereiden. Momenteel worden er geen afspraken met het systeem over de frequentie en vorm van het contact gemaakt.

Uit het onderzoek blijkt dat het bij een groot deel van het team niet bekend is met het feit dat er een systeemspecialist aanwezig is op de PAAZ. Door betere profilering van de maatschappelijk werker ontstaat bij

het team meer bekendheid van de aanwezigheid van een systeemspecialist, waardoor er beter doorverwezen kan gaan worden bij systeemproblematiek.

6-Aanbevelingen

Door het toepassen van deze aanbevelingen kan het betrekken van het systeem bijdragen aan een geslaagd ontslag van patiënten op de PAAZ van het CWZ. Door het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn wij tot deze aanbevelingen gekomen.

De aanbevelingen zijn:

- 1. Profileren systeemspecialist**
- 2. Inzicht verkrijgen in het functioneren van het systeem door gebruik te maken van een ecogram**
- 3. Structurele afspraken maken tussen behandelaar en het systeem**
- 4. Effectevaluatie**

1. Profileren systeemspecialist

Uit onze onderzoeksresultaten blijkt dat 50% van de medewerkers niet weet dat er een systeemspecialist aanwezig is op de PAAZ. Wij adviseren de systeemspecialist om zich meer te profileren binnen het team. Dit vinden wij nodig, omdat binnen het team duidelijk wordt wat een systeemspecialist doet en wat een systeemspecialist kan betekenen voor het team en de patiënt en zijn systeem. De systeemspecialist kan het team handvaten bieden en ondersteuning geven op het gebied van systeem in kaart brengen. Wij adviseren de systeemspecialist een presentatie te geven over haar specialisme.

2. Inzicht verkrijgen in het functioneren van het systeem door gebruik te maken van een ecogram

Uit onze onderzoeksresultaten blijkt dat meer dan de helft van de medewerkers niet voldoende inzicht heeft in het functioneren van het systeem. In de huidige werkwijze wordt er geen eenduidige manier gebruikt om het functioneren van het systeem in kaart te brengen. Daarnaast komt naar voren dat het hele team het belangrijk vindt om het functioneren van het systeem in kaart te brengen. Wij raden aan om hier een eenduidige manier voor te gebruiken zodat het functioneren van het systeem standaard in kaart wordt gebracht. We adviseren dit op te nemen als onderdeel van het behandelplan. Het verkleint de kans dat standhoudende factoren van de problematiek over het hoofd wordt gezien. Dit kan het team doen door gebruik te maken van een techniek aan de start van een opname. Een voorbeeld van een techniek kan een ecogram zijn. Het expertise centrum voor mantelzorg heeft een ecogram ontwikkeld die ook toepasbaar is op de PAAZ van het CWZ. Een voorbeeld en handleiding hiervan is te vinden via de link in onze literatuurlijst (centrummantelzorg.nl, z.d.). Een ecogram is een techniek die de medewerkers handvaten biedt om structureel, volledig en op een snelle manier een beeld te krijgen van het functioneren van een systeem. Door het toepassen van deze techniek wordt niet alleen gekeken naar de personen van een systeem maar ook naar de onderlinge banden. Hierdoor worden systemische factoren die de problematiek van de patiënt mogelijk in stand houdt zichtbaar. Daarnaast worden ook de sociale hulpbronnen zichtbaar. Deze sociale hulpbronnen kunnen worden ingezet om de doelen van de patiënt te bereiken. Dit wordt nu al genoemd in het verpleegplan onder het kopje interventie van familie. Doordat de hulpbronnen hierdoor zichtbaarder worden kunnen deze optimaal ingezet worden.

Wanneer blijkt dat er sprake is van systeemproblematiek adviseren wij de patiënt door te verwijzen naar de systeemspecialist. De systeemspecialist heeft de kennis om interventies in te zetten op de systeemproblematiek. Zodat problematiek binnen het systeem een geslaagd ontslag niet in de weg staat.

3. Structurele afspraken maken tussen behandelaar en het systeem

Door structurele afspraken te maken bewaakt je het contact met het systeem. Wij adviseren daarom structurele contactmomenten met het systeem in te plannen. Hierbij is het van belang om de frequentie van het contact en de manier van contact vast te leggen. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn; bellen met het systeem wanneer er complicaties zijn. Zo blijft het systeem op de hoogte van de behandeling. Daarnaast gaat de EVV'er elke week doelen en acties evalueren met het systeem, zodat zij een grotere rol krijgen in het behandelproces. De EVV'er van de patiënt bewaakt dit proces. Hij of zij is hier de meest geschikte persoon voor, omdat het meeste contact tussen hen plaatsvindt. Dit zorgt voor een meer gezamenlijke uitvoering van het verpleegplan. Dit gaat in overleg met de patiënt. Deze moet altijd toestemming geven.

4. Effectenevaluatie

Ons onderzoek heeft ervoor gezorgd dat een speerpunt van jaren geleden weer onder de aandacht is gekomen op de PAAZ. Wij zijn van mening dat een nieuwe onderzoeksgroep verder kan borduren aan het onderzoek. Een voorbeeld hiervan kan zijn om een effectenevaluatie te starten. Hiermee kan er gemeten worden in hoeverre er veranderingen zijn en of deze ook zijn toegepast. Daarnaast zou je bij het systeem kunnen evalueren of het systeem zich meer betrokken voelt dan voorheen.

7-Discussie

In de discussie beschrijven wij onze werkwijze ten aanzien van de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van het onderzoek. Daarnaast beschrijven wij de sterke punten, verbeterpunten en mogelijke fouten.

Vorbereidingsfase

Afstemming met de praktijk

Eén van de randvoorwaarden om een onderzoek bruikbaar te maken is het afstemmen met de praktijk (Migchelbrink, 2010, p. 26). Vanaf de start van het onderzoek is er veel contact geweest met onze begeleider van het CWZ, M. Dijkhuizen. Samen hebben wij gebrainstormd en voortdurend afgestemd over de richting die ons onderzoek zou krijgen. Het opstellen van de juiste opzet van de probleemanalyse heeft veel tijd gekost in ons onderzoek. Dit omdat, aan de start van het onderzoek het moeilijk was om het concrete praktijk probleem te duiden. Wij lieten ons hierbij te veel beïnvloeden door ons enthousiasme en de wensen van de opdrachtgever. Wij moesten waken voor een tunnelvisie. Zo wilde het CWZ graag een literatuuronderzoek, terwijl dit niet volledig passend was in ons kwalitatief praktijkonderzoek. Door in oplossingen te denken en veelvuldig te communiceren met onze begeleiders zijn we tot een passende tussenoplossingen gekomen voor ons onderzoek, zonder de kwaliteit van ons onderzoek te beïnvloeden. Bijvoorbeeld door een kleine literatuuranalyse in de probleemanalyse te voegen. Wij zijn er in geslaagd een probleemstelling en vraagstelling te formuleren waar alle partijen het mee eens waren. Doordat er voortdurend afstemming is geweest met het CWZ, hebben wij voldaan aan de randvoorwaarden volgens Migchelbrink (2010, p. 26). Achteraf gezien hadden wij al eerder knopen kunnen doorhakken. Dit had er voor gezorgd dat wij minder tijd kwijt waren aan de probleemanalyse. Wij hadden dan minder tijdsdruk gevoeld bij de andere fasen in ons onderzoek. Dit zou een verbeterpunt kunnen zijn.

Planning en samenwerking

Tijdens het begin van het onderzoek kenden wij als onderzoekers elkaar nauwelijks. Voorafgaand aan het onderzoek hebben wij als onderzoeksgroep ieders wensen en verwachtingen ten aanzien van de samenwerking tijdens het onderzoek besproken. Daaruit kwam naar voren dat wij ten opzichte van de samenwerking op één lijn zitten. Aansluitend hebben wij hierop als onderzoeksgroep duidelijke en concrete afspraken gemaakt. Eén van die afspraken was bijvoorbeeld dat wij drie vaste dagen op school aan het onderzoek zouden werken. Daarnaast zijn er ook afspraken gemaakt over het communiceren met elkaar en derden. Er zijn geen problemen geweest omtrent de samenwerking.

Naast de samenwerking tussen ons als onderzoekers zijn wij tevreden over de samenwerking met de opdrachtgever en de begeleidende docent vanuit de HAN. De communicatie verliep erg voorspoedig. Wij konden altijd terecht met vragen en er werd bruikbare feedback gegeven.

Voor de start van het onderzoek hebben wij een tijdspad (planning) gemaakt. Deze planning gaf duidelijkheid en iedereen wist wat er van elkaar werd verwacht. Deze planning is tussendoor aangepast. Dit omdat wij over bepaalde fasen in het onderzoek langer de tijd nodig hadden dan gepland. Iedereen ging hier flexibel mee om. De verdeling van de onderzoeksfases was een verbeterpunt bij de planning en samenwerking. Wij hadden ons beter aan de gemaakte tijdsplanning kunnen houden.

Onderzoeksfase

Onderzoek gericht op medewerkers

Wij hebben geen toestemming gekregen van onze opdrachtgever om patiëntcontact te hebben en patiëntdossiers in te zien, vanwege de privacy van de patiënten. Dit was voor de start van het onderzoek duidelijk naar ons gecommuniceerd. Wij konden ons als onderzoeksgroep hier goed op voorbereiden. De keuzes die wij hebben gemaakt ten opzichte van het onderzoek zijn hier op gebaseerd. Doordat wij vooraf wisten dat wij geen patiënten mochten interviewen hebben wij de richting van ons onderzoek daarop

afgestemd. Het onderzoek is gericht op de werknemers van de PAAZ. Dit heeft geen consequenties voor de kwaliteit van het onderzoek gehad.

Communicatie met de praktijk

Wij hebben in samenwerking met onze begeleider van het CWZ de medewerkers van de PAAZ regelmatig op de hoogte gesteld van het onderzoek. Doordat wij direct aan de start van de onderzoeksfase zijn gaan observeren in het MDO gaf dit ons de mogelijkheid om onszelf voor te stellen aan het team. Medewerkers konden vragen stellen ten aanzien van het onderzoek. Ook brachten wij de medewerkers op de hoogte van de uitnodigingen die er aan zaten te komen om deel te nemen aan de interviews en het invullen van de enquête.

M. Dijkhuizen heeft een grote rol gespeeld om de medewerkers te activeren tot deelname. De medewerkers, waar de reactie langer van uitbleef, heeft zij meerdere malen benaderd en zo nodig van verdere uitleg voorzien. Dit zorgde ervoor dat, toen wij de medewerkers benaderden voor het invullen van de enquête en de deelname aan de interviews, ze zich hier op voor konden bereiden en ze op korte termijn hun agenda vrij konden maken om mee te werken. Wij voelde voldoende medewerking om ons onderzoek uit te kunnen voeren op de PAAZ.

Desondanks heeft één discipline niet volledig zijn bijdrage kunnen leveren aan ons onderzoek. Juist de mening van deze behandelaar vonden wij van belang. Vanwege tijdsdruk van desbetreffende persoon is dit niet gelukt. Dit had ervoor kunnen zorgen dat ons onderzoek meer invalshoeken zou kunnen belichten vanuit de verschillende disciplines.

Ruimte voor wensen en behoeften medewerkers

Tijdens de enquête en het afnemen van de interviews hebben wij de medewerkers voldoende ruimte gegeven om hun wensen en behoeften met ons te delen. Dit deden wij omdat wij wilden dat onze aanbeveling nauw aansluit bij de praktijk en in de toekomst toepasbaar is. Daarnaast is er een presentatie gepland om alle verzamelde data en resultaten te delen met de medewerkers van de PAAZ.

Een keerzijde van deze openheid is dat de medewerkers vanaf dat moment wisten waar wij mee bezig waren en dit hun antwoorden op de enquêtes en interviews heeft kunnen beïnvloeden. Sociaal wenselijke antwoorden kunnen hiervan een gevolg zijn.

Interviews

Ieder interview werd door twee onderzoekers afgenomen. Vooraf hebben wij gepland dat per interview een onderzoeker de vragen zou stellen en de tweede onderzoeker er op toe zou zien dat het interview goed zou verlopen. Echter hebben wij ons daar niet aan gehouden. Tijdens het interview is de tweede interviewer mee gaan doorvragen tijdens het gesprek. Dit heeft de betrouwbaarheid beïnvloed. Het heeft er voor gezorgd dat het proces niet meer werd bewaakt. Ook hebben wij de taakverdeling tussen de twee onderzoekers niet voorafgaand aan het interview duidelijk gemaakt aan de respondent. Volgens Migchelbrink (2012) heeft dit de betrouwbaarheid van ons onderzoek doen afnemen.

Onze interview vragen hebben duidelijk antwoord gegeven op onze deelvragen en daarmee de hoofdvraag. Dit heeft er mee te maken dat wij voor het afnemen van de interviews de vragenlijst hebben besproken met de begeleider van het CWZ. M. Dijkhuizen heeft de vragen getoetst op duidelijkheid en heeft gekeken of de vragen antwoord gaven op wat wij te weten wilden komen.

De volgende keer zouden wij voor aanvang van het interview beter begrippen kunnen verduidelijken. Zo bleek dat niet voor iedereen het begrip systeem duidelijk was. Dit hadden wij kunnen voorkomen door alle respondenten vooraf de vragenlijst toe te sturen. Op deze manier hadden de respondenten vooraf de mogelijkheid om vragen te stellen met betrekking tot de interviewvragen.

Enquête

Bij het invoeren van de enquête hebben wij geen rekening gehouden met meerdere antwoordmogelijkheden. Wij hebben er niet bij stil gestaan dat medewerkers ook meerdere antwoorden wilden invullen. Dit heeft er voor gezorgd dat enkele scores van de enquêtes op meer dan 100 procent uit zijn gekomen.

Overzicht bestanden

Door het onderzoek continue te verantwoorden hebben wij de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Migchelbrink, 2012). Dit hebben wij gedaan door de gemaakte bestanden, beslissingen en aantekeningen te bewaren in een online systeem waar iedereen op het zelfde manier kon worden ingewerkt. Hierdoor is het voor ons makkelijk geweest om meteen stukken aan derden aan te leveren wanneer zij er naar vroegen. Ook heeft het er voor gezorgd dat wij tijdens gesprekken met de opdrachtgever en begeleider van de HAN makkelijk onze werkwijzen konden laten zien. Dit heeft een grote mate van transparantie aan ons onderzoek gegeven voor onze begeleiders.

Triangulatie

In het onderzoek hebben wij doormiddel van het toepassen van triangulatie (360 graden onderzoek) de validiteit en betrouwbaarheid vergroot. Wij hebben triangulatie van databronnen, dataverzamelingstechnieken en van onderzoekers toegepast. Wij hebben met meerdere onderzoekers de interviews afgenomen en elkaars interview getranscribeerd. Dit heeft de validiteit en betrouwbaarheid vergroot (Migchelbrink, 2012). In ons onderzoek hebben wij veel verschillende personen en daarmee informatie vanuit verschillende invalshoeken kunnen achterhalen. Doormiddel van observaties, interviews en de enquêtes hebben wij de validiteit en betrouwbaarheid van ons onderzoek vergroot.

8-Literatuurlijst

Bovenkamp, H. , & Trappenburg M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg* Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Geraadpleegd op 17 oktober 2016, van <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/rapport-trappenburg-familie-2008.pdf>

Brettschneider, E., & Wilken, J. P. (2007). *Hoezo een netwerk? Onderzoek naar de aandacht voor sociale netwerken in de verstandelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: SWP. Kennis-centrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. (z.d.). *Psychiatrie PAAZ verpleegafdeling A14*. Geraadpleegd op 18 oktober 2016, van <https://www.cwz.nl/patient/verpleegafdelingen/psychiatrie-paaz-verpleegafdeling-a14/>

Choy, J., Pont, S. & Doreleijers, T. (2003). *Systeemtheoretische methodiek voor gezinsvoogden en jeugdreclasserders*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Expertise Centrum Mantelzorg (z.d.) *Een ecogram maken: de omgeving*. Geraadpleegd op 2 december 2016, van http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/In_voor_Mantelzorg/tools_werkboek/ecogram-maken.pdf

Geelen, K. (2003). *Informele zorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut

GGZ Nederland. (2016). *Ambulantisering*. Geraadpleegd op 20 november 2016, van <http://www.ggz nederland.nl/themas/ambulantisering>

Hendrix, H. (1997). *Bouwen aan netwerken. Leer- en werkboek voor het bevorderen van sociale steun in de hulpverlening*. Baarn: H. Nelissen B.V

Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement: Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid/Reed Business Information.

Hojtink, L.M., Te Brake, J.H.M., Duckers, M.L.A, (2011). *Veerkracht monitor. Ontwikkeling van een meetinstrument voor psychosociale veerkracht*. Impact Kenniscentrum.

Koops, H., Kwekkeboom, M.H (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Kwekkeboom, M.H. (2000). *De zorg blijft. Verslag van een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Panbureau

Kraft, T. (z.d.) *Systeemtheoretische optiek en mentale overbelasting in de psychiatrie*. Geraadpleegd op 20 november 2016, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1990pdf.pdf

Lier, W. van (2005). *Mantelzorg in de geestelijke gezondheidszorg*. Factsheet. Utrecht: Expertisecentrum Informele Zorg

Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: uitgeverij SWP.

Morrée, M., & Lier, W. Van (2006). *Familiebeleid in de GGZ: van moeilijkheden naar mogelijkheden*. Geraadpleegd op 14 oktober 2016, van http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Familiebeleid_in_de_GGZ.pdf

Movisie. (2013). *Vermaatschappelijking GGZ*. Geraadpleegd op 2 november 2016, van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/vermaatschappelijking-ggz>

Nabuurs, M. (2012). *Basisboek systeemgericht werken*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff .

Poppel, J. van en P. van den Akker (2002). *Zorgen om mantelzorgers. Een onderzoek naar de draaglast, draagkracht, wensen en behoeften van mantelzorgers van psychiatrische patiënten*. Tilburg: IVA

Schene, A. (1986). *Thuis bezorgd: een literatuuronderzoek naar het verschijnsel 'burden on the family'*. Utrecht: NcGv/AZU

T&C Systeemtherapie. (z.d.) *Gezinstherapie*. Geraadpleegd op 28 november 2016, van <http://www.tencsysteemtherapie.nl/voor-professionals/>

Trimbos Instituut. (2008) *Tweedelijns- en derdelijns GGZ*. Geraadpleegd op 19 november 2016, van http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=771&richtlijn_id=66

Verharen, L. (2011). *Maatschappelijk werk in de breedte*. Bohn Stafleu van Loghum.

Wilken, J.P., & Den Hollander, D. (2012). *Handboek integrale rehabilitatie benadering. Theorie en praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.

Willemse, J. (2015). *Anders kijken*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

Zorgkaart Nederland (2016). *CWZ-Canisius Wilhelmina Ziekenhuis-Nijmegen*. Geraadpleegd op 18 oktober 2016 van <https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/ziekenhuis-cwz-canisius-wilhelmina-ziekenhuis-nijmegen-112660>