

***Een verkennend onderzoek naar de wijze
waarop goede zorg voor mensen met
Niet-Aangeboren Hersenletsel &
Psychiatrische Problematiek kan worden
vormgegeven***

Afstudeeropdracht

Shannon Morsink

Studentnummer:	314489
Module:	afstudeerscriptie
Opleiding:	Saxion – AMA – Toegepaste Psychologie
Begeleider 1:	Frederieke Hermsen
Begeleider 2:	Linda Cornelissen
Naam organisatie opdrachtgever:	NA(H)- Zorg op Maat
Plaats & Datum:	Almelo, 28-04-2017

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie van Shannon Morsink, vierdejaars studente Toegepaste psychologie aan de hogeschool Saxion te Deventer. Om te kunnen afstuderen moet er een afstudeeronderzoek worden opgezet en uitgevoerd. Deze scriptie is het eindproduct van het afstudeeronderzoek. Dit onderzoek is een verkennend onderzoek naar de wijze waarop goede zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychiatrische problematiek kan worden vormgegeven binnen InteraktContour. Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode september 2016 tot en met mei 2017.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken voor hun hulp bij deze afstudeeropdracht. Zonder hun hulp had ik dit eindproduct niet zo kunnen maken zoals hij nu is. Als eerste wil ik de opdrachtgever, K. Jurrius, bedanken voor de mogelijkheid om met haar te mogen werken. Tevens wil ik S. Ras bedanken voor haar hulp bij het vinden van respondenten voor het onderzoek. Ook wil ik F. Hermsen en L. Cornelissen bedanken voor hun begeleiding tijdens mijn afstuderen. Tot slot wil ik alle professionals die mee hebben gewerkt aan het onderzoek bedanken.

Ik hoop dat u deze scriptie met veel plezier zult lezen.

Shannon Morsink,
Almelo, mei 2017

Samenvatting

Dit afstudeeronderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met NA(H)- zorg op maat en InteraktContour. In opdracht van NA(H)- zorg op maat is er een verkennend onderzoek gedaan naar de wijze waarop goede zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en psychiatrische problematiek kan worden vormgegeven. Hierbij is alleen gekeken naar het perspectief van de professionals. De laatste jaren is er een toename van cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek in de woonzorglocaties van InteraktContour. Tevens is er sprake van een veranderende financiering en een wijziging van woonzorglocaties. Deze ontwikkelingen vergroten de vraag hoe de zorg voor mensen met een dubbele diagnose moet worden vormgegeven.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn er twee dataverzamelmethode gebruikt, namelijk kwalitatief- en kwantitatief onderzoek. Op basis van een zelf samengestelde vragenlijst zijn er semigestructureerde interviews gevoerd (kwalitatief). De meningen en suggesties verkregen uit de interviews vormen de basis van de enquête (kwantitatief), die uitgezet is naar 6 woonzorglocaties van InteraktContour.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat professionals de fysieke inrichting van de woonzorglocaties over het algemeen als goed ervaren. Echter, zijn de professionals van mening dat er te weinig woonzorglocaties zijn voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. De suggestie hiervoor is dan ook dat er meer woonzorglocaties voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek moet komen. Verder blijkt uit de resultaten dat de professionals vinden dat zij niet voldoende kennis hebben over psychiatrische problematiek. Tevens zijn professionals van mening dat er een betere samenwerking moet komen tussen hen en de behandelende instanties. Een suggestie die hieruit voortvloeit is het omscholen van professionals, zodat er meer kennis beschikbaar komt binnen woonzorglocaties. Ook de suggestie om behandelingen intern te gaan geven vloeit hieruit voort. Verder zijn de professionals van mening dat het contact tussen hen en de cliënten goed is. Het contact tussen cliënten onderling blijkt soms lastig te zijn.

Op basis van de resultaten kan er geconcludeerd worden dat professionals redelijk tevreden zijn over hoe de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek nu is. Echter, blijkt dat er genoeg ruimte is voor verbetering van de zorg voor deze doelgroep in de toekomst. Hierbij blijkt het vooral belangrijk te zijn dat er meer woonzorglocaties voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek komt en dat professionals meer kennis krijgen over psychiatrische problematiek.

Op basis van de onderzoeksresultaten en conclusies zijn er een aantal aanbevelingen opgesteld. De eerste aanbeveling is om binnen de organisatie trainingen aan te gaan bieden over psychiatrische problematiek. De tweede aanbeveling is het aannemen van professionals die beschikken over kennis over psychiatrische problematiek. De derde aanbeveling is het vergroten van het woonaanbod voor mensen met zowel niet-aangeboren hersenletsel als psychiatrische problematiek. De vierde aanbeveling is om dit onderzoek over een aantal jaar te herhalen. Tot slot is het aan te bevelen om een vervolgonderzoek te starten, waarbij het raadzaam is om te kijken naar de meningen en suggesties van cliënten en naasten. Door een vervolgonderzoek daarop te richten, kan het vraagstuk van alle kanten worden bekeken.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding van het onderzoek	5
1.1 Aanleiding van het onderzoek.....	5
1.2 Onderzoeksvraag.....	6
1.3 Doelstelling van het onderzoek.....	7
Hoofdstuk 2: Theoretische kader	7
2.1 Niet- aangeboren hersenletsel	7
2.1.1 Oorzaken van hersenletsel	7
2.1.2 Gevolgen van hersenletsel	8
2.2 behandelingen.....	10
2.2.1 behandeling bij InteraktContour	11
2.3 Contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling	12
2.4 Inrichting van de woning	12
2.5 Aanzet tot onderzoek	13
Hoofdstuk 3: Onderzoeksdesign	13
3.1 de onderzoeksmethode	13
3.2 de onderzoeksdoelgroep.....	14
3.3 Het onderzoeksinstrument.....	14
3.4 De procedure	15
3.5 Analyses.....	16
Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten	16
4.1 uitvoering van het onderzoek	16
4.2 Respons van het onderzoek	16
4.3 Resultaten.....	17
4.3.1 Meningen van professionals over de woonzorglocaties en behandeling	17
4.3.2 Meningen over het contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling.....	20
4.3.3 Suggesties voor de woonzorglocaties en behandelingen	22
4.3.4 Suggesties voor het contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling	23
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen	24
5.1 Conclusie	24
5.2 Discussie	26
5.2.1 beperkingen van het onderzoek.....	26
5.2.2 betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid	27
5.3 Aanbevelingen.....	28

Literatuurlijst	30
-----------------------	----

Hoofdstuk 1: Inleiding van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek, de onderzoeksvraag en deelvragen en de doelstelling van het onderzoek beschrijven.

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Elk jaar krijgen zo'n 140.000 mensen te maken met hersenletsel. Van deze 140.000 mensen overleven ongeveer 10.000 mensen dit niet en zijn er zo'n 40.000 mensen die blijvende beperkingen overhouden als gevolg van het hersenletsel. In Nederland wonen in totaal 650.000 mensen met een blijvende beperking als gevolg van hersenletsel (Hersenz, 2016). Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) wordt als volgt gedefinieerd: een afwijking of beschadiging van de hersenen die na de geboorte door een ziekte of andere oorzaken is ontstaan, met soms grote -, soms voor anderen - onzichtbare gevolgen voor de manier waarop de getroffen en zijn/haar naasten hun leven kunnen leven (Jurrius, 2016).

Niet-aangeboren hersenletsel kan psychiatrische problematiek tot gevolg hebben, zoals depressies, gedragsproblemen, persoonlijkheidsveranderingen, verslavingen of cognitieve stoornissen. De combinatie van NAH en psychiatrische problematiek zorgt vaak voor moeilijk te behandelen problematiek, waar nog geen standaardbehandelingen voor bestaan. Sinds 2007 worden er steeds meer aparte NAH behandel- of verblijfsafdelingen opgezet. Daaruit kan worden geconcludeerd dat voor deze groep patiënten een specifieke aanpak en zorg nodig zijn (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2007). Uit een gesprek met de opdrachtgever blijkt dat er in woonzorglocaties voor mensen met NAH is er sprake van een toename van patiënten die gediagnosticeerd zijn met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Deze woonzorglocaties zijn veelal niet gericht op het behandelen en begeleiden van de psychiatrische problematiek bij hun patiënten en vaak zijn er verschillende behandelingen voor de NAH en de psychiatrische problematiek. Tevens maakt de complexiteit van patiënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek het voor de professionals moeilijker om goed contact te krijgen met de patiënten.

InteraktContour is een organisatie die zorg en ondersteuning biedt aan mensen met hersenletsel, mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Een behandeling bij InteraktContour is opgezet in de vorm van zorgpaden. Dit bestaat uit een samenhangend aanbod van verschillende behandelmodules. Binnen InteraktContour zijn momenteel de volgende zorgpaden; functionele diagnostiek, consultatie (extern), maatschappelijke re-integratie (MR), MR en afasie, MR en psychiatrische problematiek. Het zorgpad MR en psychiatrische problematiek biedt eerst cognitieve gedragstherapie aan en richt zich daarna op maatschappelijke re-integratie. Voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek is er een aparte woonzorglocatie, Nieuw Bloemensteijn, met 20 prikkelarme woningen beschikbaar (InteraktContour, 2016). Echter, in andere woonzorglocaties van InteraktContour wonen ook veel patiënten met een dubbele diagnose.

Uit gesprekken met de opdrachtgever, NA(H)- zorg op maat, blijkt dat professionals die werken met mensen met NAH en psychiatrische problematiek zich afvragen of de zorg voor deze groep patiënten goed genoeg is en hoe het beter kan. Zij vragen zich dit af vanwege de toename van patiënten met een dubbele diagnose. Daarnaast zijn er geen standaardbehandelingen beschikbaar voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. En patiënten met een dubbele diagnose wonen vaak

in woonzorglocaties die zich niet specifiek richten op psychiatrische problematiek. Ook daarom zijn professionals van mening dat deze patiënten niet altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Tevens geeft de opdrachtgever aan dat de professionals moeite hebben met de omgang van deze patiënten, door een gebrek aan kennis over psychiatrische problematiek en hoe daarmee om te gaan. De opdrachtgever geeft aan zich zorgen te maken over de contacten en relaties tussen professionals en patiënten, maar ook tussen patiënten onderling. Er zal onderzocht moeten worden hoe de kwaliteit van de zorg nu wordt ervaren door professionals en hoe de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek beter vormgegeven kan gaan worden, zowel qua behandelingen maar ook met het oog op de contacten en relaties. Bij InteraktContour bestaat het behandelteam uit GZ-psychologen, neuropsychologen, orthopedagogen, psychomotorisch therapeuten, afasietherapeuten, maatschappelijke werkers en sociaalpedagogische hulpverleners (InteraktContour, 2016). Bij InteraktContour is er momenteel sprake van een veranderende financiering en een wijziging van woonzorglocaties. De woningen worden aangepast, er komen meer woningen en daardoor meer patiënten per woonzorglocatie. Deze wijzigingen en een tekort aan kennis over psychiatrische problematiek vergroten de vraag hoe de zorg voor mensen met NAH en psychiatrische problematiek verder vormgegeven kan worden. Daarbij is het vooral belangrijk om te kijken naar hoe professionals denken over de zorg voor deze patiënten en hoe zij de zorg in de toekomst willen zien. NA(H)- Zorg op maat richt zich op onderzoek naar zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en hun naasten in de chronische fase. De onderzoekslijn NA(H)- Zorg op maat heeft deze vraag voor InteraktContour opgepakt en deze vraag zal door middel van dit onderzoek beantwoord worden. De opdrachtgever is Kitty Jurrius van NA(H) – Zorg op maat. De H staat tussen haakjes, omdat de onderzoekslijn gaat over de Nazorg en over NAH-zorg. De onderzoekslijn onderzoekt het leven van mensen met niet-aangeboren hersenletsel vanuit klantenperspectief en verspreidt deze kennis over hersenletsel. De thema's van de onderzoekslijn zijn bekendheid en begrip, participatie, deskundigheidsbevordering en monitoring. De onderzoekslijn is verbonden aan het lectoraat 'Klantenperspectief in ondersteuning en zorg' van Windesheim Flevoland en wordt mede mogelijk gemaakt door InteraktContour (Onderzoekslijn NA(H)-zorg op maat, z.j.). Dr. Kitty Jurrius is associate lector NA(H)-zorg op maat bij het lectoraat klantenperspectief in ondersteuning en zorg van Windesheim Flevoland. Zij richt zich op onderzoek en praktijkverbetering in de chronische zorg voor mensen met NAH en hun naasten.

1.2 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die voortvloeit uit de aanleiding is: 'Welke meningen en suggesties hebben professionals werkende in de woonzorg over de zorg van mensen met zowel niet-aangeboren hersenletsel als psychiatrische problematiek?'

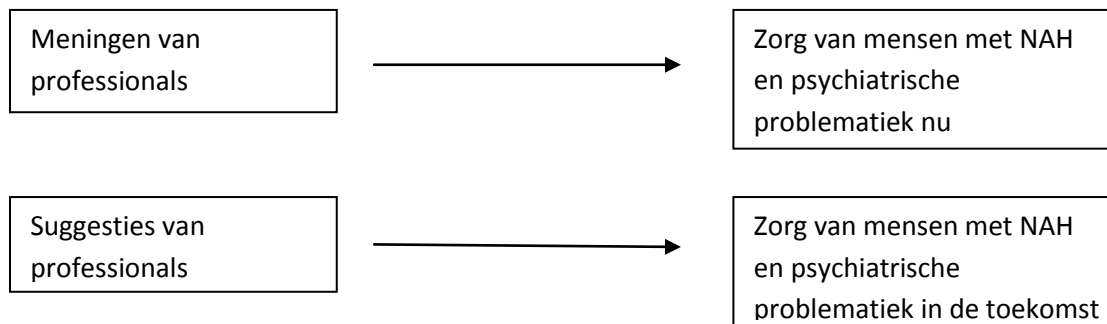
Om de bovenstaande onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Deelvraag 1: Wat is de mening van professionals over hoe de zorg, op gebied van woonzorglocaties en behandelingen, voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek nu is?

Deelvraag 2: Wat is de mening van professionals over hoe de zorg, op gebied van relaties tussen cliënten en het contact tussen begeleider en cliënt, voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek nu is?

Deelvraag 3: Welke suggesties hebben professionals voor de zorg, op het gebied van woonzorglocaties en behandelingen, van mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek in de toekomst?

Deelvraag 4: Welke suggesties hebben professionals voor de zorg, op het gebied van relaties tussen cliënten en het contact tussen begeleider en cliënt, van mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek in de toekomst?



1.3 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om de kwaliteit van zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek in beeld te brengen en om aanbevelingen te kunnen doen om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren. De aanbevelingen die voortvloeien uit het onderzoek kunnen de opdrachtgever een beeld geven welke veranderingen tot een positieve verbetering, van de kwaliteit van de zorg van mensen met niet-aangeboren hersenletsel en psychiatrische problematiek, kunnen zorgen. Verder zal dit onderzoek een opzet kunnen zijn voor een vervolgonderzoek, die meer gericht is op de meningen en visies van mensen met NAH en psychiatrische problematiek en hun naasten op de kwaliteit van de zorg.

Hoofdstuk 2: Theoretische kader

In dit hoofdstuk wordt er relevante literatuur beschreven om het onderwerp van dit onderzoek helder te beschrijven. Verder wordt er een verband gelegd tussen de bevonden kennis en de deelvragen. Tot slot wordt er een aanzet gegeven tot de opzet van het onderzoek.

2.1 Niet- aangeboren hersenletsel

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) wordt door Jurrius (2015) gedefinieerd als: afwijking of beschadiging van de hersenen die na de geboorte door ziekte of andere oorzaken ontstaan, met soms grote –, soms voor anderen onzichtbare – gevolgen voor de manier waarop de getroffen en zijn/haar naasten hun leven kunnen leven.

2.1.1 Oorzaken van hersenletsel

Er zijn meerdere oorzaken van hersenletsel. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen traumatisch hersenletsel en niet-traumatische hersenletsel. Traumatisch hersenletsel is letsel dat ontstaat door een oorzaak buiten het lichaam, bijvoorbeeld een auto-ongeluk of een val van de trap. Traumatisch hersenletsel kan worden ingedeeld in traumatisch hersenletsel zonder schedelletsel, bijvoorbeeld een auto-ongeluk, en in traumatisch hersenletsel met schedelletsel, bijvoorbeeld het binnendringen van een voorwerp, zoals een kogel (Hersenstichting, 2016).

Niet-traumatisch hersenletsel is letsel dat ontstaat door een oorzaak binnen het lichaam. Een veelvoorkomende oorzaak van niet-traumatische hersenletsel is een cerebrovasculair accident, ook wel CVA of beroerte genoemd. Bij een CVA knapt een bloedvat in de hersenen (hersenbloeding) of raakt er een bloedvat in de hersenen verstopt (herseninfarct). Andere veelvoorkomende oorzaken zijn zuurstoftekort, een hersenziekte of een hersentumor. Ook neurologische aandoeningen zoals Multiple Sclerose, Parkinson of epilepsie kunnen hersenletsel veroorzaken. Tot slot kunnen overmatig gebruik van alcohol of drugs ook oorzaken zijn van niet-traumatisch hersenletsel (Hersenz, 2016).

2.1.2 Gevolgen van hersenletsel

Vaak wordt hersenletsel gezien als een 'breuk in de levenslijn': alles wordt van de ene op de andere dag compleet anders (Jurrius, Bax, Goes & Hofstra, 2016). De gevolgen van hersenletsel kunnen velerlei zijn, en kunnen worden onderverdeeld in lichamelijke beperkingen en psychiatrische stoornissen (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2016).

Veelvoorkomende lichamelijke beperkingen als gevolg van NAH zijn verlammingen, zoals hemiplegie, hemiparese, hemianopsie en halfzijdige gevoelsstoornissen (Hersenstichting, 2016). Van hemiplegie wordt gesproken als één zijde van het lichaam verlamd is. Hemiparese is een gedeeltelijke verlamming of verlies van spierkracht aan één zijde van het lichaam (Mens en Gezondheid, 2011). Als één helft van het gezichtsveld (soms ook het gehoor) is uitgevallen en de oorzaak ligt in de hersenbeschadiging, dan wordt er gesproken van hemianopsie. Andere lichamelijke beperkingen kunnen incontinentie of epilepsie zijn. De grootste kans op epilepsie bestaat in de eerste maanden na een beroerte.

Naast lichamelijke beperkingen kan NAH ook psychiatrische stoornissen tot gevolg hebben. Psychiatrische stoornissen kunnen onderverdeeld worden in depressiviteit, gedragsproblemen, persoonlijkheidsveranderingen en cognitieve stoornissen (Schwarsbold, Diaz, Martins, Rufino, Amante, Thais, Quevedo, Hohl, Linhares & Walz, 2008; Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2016). Uit een onderzoek van Koponen, Taiminen, Portin, Himanen, Isoniemi, Heinonen, Hinkka & Tenovuo (2002) blijkt dat niet-aangeboren hersenletsel niet alleen tijdelijk de hersenfuncties verstoord, maar jarenlange of zelfs permanente kwetsbaarheid voor psychiatrische stoornissen bij sommige individuen kan veroorzaken. De meest voorkomende psychiatrische stoornissen lijken depressie (45%), angststoornis (38%) en middelenmisbruik (21%) te zijn (Whelan-Goodinson, Ponsford, Johnston & Grand, 2009). Hieronder worden een aantal veelvoorkomende psychiatrische stoornissen ten gevolge van NAH toegelicht.

Depressie wordt vaak gediagnosticeerd in het eerste jaar na het optreden van NAH (Fleminger, Oliver, Williams & Evans, 2003; Silver, McAllister & Arciniegas, 2009). Echter, uit een onderzoek van Kreutzer, Seel & Gourley (2001) blijkt dat het diagnosticeren van depressie na het oplopen van NAH een complexe en uitdagende taak is. Deze complexiteit komt doordat veel symptomen van depressie, zoals een slechte concentratie, slaapproblemen en psychomotorische vertraging veelvoorkomende pathofysiologische gevolgen zijn van NAH. Depressie na een hersenletsel kan verschillende oorzaken hebben, waaronder de hoeveelheid pijn, weinig sociale steun en het gebrek aan hoop (Quellet, Morin & Lavoie, 2009). Verder ontstaat depressie vaak door problemen in een onderlinge relatie tussen personen, werkloosheid en problemen met revalidatie, als gevolg van NAH (Seel & Kreutzer, 2003). Uit onderzoek van Jennifer & Menzel (2008) blijkt dat depressie voorkomt bij 10 tot 42% van

de ouderen met NAH boven de 65 jaar. Een individu met NAH is het meest vatbaar voor depressie wanneer er al een bestaande psychiatrische stoornis is voorafgaand aan het NAH, bij schade aan de linker voorste regio van de hersenen en bij een slecht inzicht in eigen tekortkomingen (Tamara, Ownsworth & Tian, 1998).

Ook angststoornissen komen vaak voor na hersenletsel. Angststoornissen zijn vaak een voorspeller voor het ontwikkelen van een depressie (Whelan-Goodinson, Ponsford, Schonberger & Johnston, 2010). Angstige reacties treden vaak op in de omgeving van de traumatische gebeurtenissen, bijvoorbeeld autorijden na een auto-ongeluk (Zgaljardic, Seale, Schaefer, Temple, Foreman & Elliot, 2015). Uit een onderzoek van Osborn et al. (2014) naar de prevalentie van gegeneraliseerde angststoornis na een hersenletsel blijkt dat ongeveer 11% van de mensen met NAH gediagnosticeerd kan worden met een gegeneraliseerde angststoornis.

De kans is aanwezig dat iemand met het oplopen van niet-aangeboren hersenletsel ook een posttraumatische stress stoornis (ptss) ontwikkelt, bijvoorbeeld wanneer de oorzaak van het hersenletsel een zeer schokkende gebeurtenis was (Hersenletsel-uitleg, 2013). Ptss wordt vaak gediagnosticeerd bij overlevenden van traumatisch hersenletsel voortkomend uit verkeersongevallen, aanvallen of industriële ongevallen (Yeates, 2009). Gill et al. (2014) toonde aan dat het psychologisch welzijn niet voorspellend is voor de ontwikkeling van ptss, maar er zijn aanwijzingen dat personen die een geschiedenis hebben van psychische problemen een groter risico lopen op het ontwikkelen van ptss na het oplopen van een hersenletsel. Dit onderzoek benadrukt het belang om de psychische geschiedenis van patiënten met NAH te bekijken.

Tevens kan er ook een comorbiditeit ontstaan van NAH met verslavingsproblematiek. Drugs- of alcoholmisbruik kan een oorzaak zijn van NAH, maar kan ook het gevolg zijn van NAH (Hesdorffer, Rauch & Tamminga, 2009). Er zijn aanwijzingen gevonden dat NAH het risico op drugs- of alcoholmisbruik verhoogt bij mensen, zonder dat er een geschiedenis van verslaving bestaat voor het optreden van hersenletsel. Dit risico is vooral verhoogd als er schade is opgetreden in de orbitofrontale cortex (Bjork & Grant, 2009).

Verder komen problemen in het denken en doen ook vaak voor, ookwel cognitieve functies genoemd, als gevolg van NAH. Enkele voorbeelden van stoornissen in de cognitieve functies zijn niet meer goed kunnen plannen en organiseren, vergeetachtigheid, moeite met veranderingen of met twee dingen tegelijkertijd te doen. Ook concentratieproblemen, leerproblemen, langzamer zijn, verdwalen, vergissingen in tijd en plaats of voorwerpen plaatsen op een verkeerde manier, kunnen het gevolg zijn van hersenletsel (Hersenz, 2016).

Gedragsveranderingen kunnen ook het gevolg zijn van hersenletsel. Soms laten patiënten extremer gedrag zien, hebben ze een korter lontje of zijn ze sneller emotioneel of juist afstandelijker. (Hersenz, 2016). Ook agressie en impulsiviteit zijn zeer frequent voorkomende symptomen bij NAH (James & Young, 2013 & Kant, 1998). Tateno et al. (2003) toonde aan dat in de periode tot 6 maanden na het hersenletsel rond de 33% van de patiënten agressief gedrag laat zien, vooral bij frontaal letsel. Uit onderzoek van Baguley, Cooper & Felmingham (2006) blijkt dat op elk follow-up moment 25% van de deelnemers als agressief wordt beschouwd. Zij stellen dan ook dat agressie een algemeen, fluctuerend en langdurig probleem is bij mensen met NAH. Persoonlijkheidsveranderingen bij mensen met NAH blijken vooral om de dimensies neuroticisme, introversie, verslaving en criminaliteit te gaan (Tate, 2003).

Naast lichamelijke beperkingen en psychiatrische problematiek, heeft een hersenletsel ook gevolgen voor het dagelijks leven. Hersenletsel zorgt vaak voor een breuk in de levenslijn. Dit houdt in dat alles van de een op de andere dag anders is. Er kan bij patiënten een verlies van zelfstandigheid en zelfredzaamheid optreden, waardoor zij meer afhankelijk worden van anderen. Een ander gevolg voor het dagelijks leven kan zijn dat een patiënt moet verhuizen, omdat het huis ongeschikt blijkt voor aanpassingen, de financiële situatie verslechtert of de patiënt is niet meer in staat voor zichzelf te zorgen. Verder kan door een vermindering van mobiliteit de wereld van de getroffene enorm verkleinen. Maar ook andere gevolgen van een hersenletsel, zoals een verminderde zintuiglijke waarneming, relatieproblemen, problemen op het werk of werkloosheid kunnen optreden (Jurrius et al., 2016).

2.2 behandelingen

Het oplopen van een niet-aangeboren hersenletsel is een heftige gebeurtenis. Vaak wordt gezegd dat een hersenletsel zorgt voor een breuk in de levenslijn. Deze breuk wordt vaak geassocieerd met 'verlies'. Veel mensen met NAH rouwen dan ook om degene die ze niet meer zijn (Jurrius et al., 2016).

Een therapiecomponent die vaak gegeven wordt is psycho-educatie. De emotionele verwerking van patiënten wordt beter, naarmate zij meer kennis hebben over de niet-aangeboren hersenletsel en de gevolgen hiervan (Lafosse & Moeremans, 2002.) Psycho-educatie kan bij NAH-patiënten moeilijk verlopen door inprentingsmoeilijkheden of andere cognitieve problemen. Sommige mensen met hersenletsel hebben geen ziekte-inzicht, ook wel anosognosie genoemd (McGlynn & Schacter, 1989). Bij anosognosie ervaren patiënten de informatie als niet relevant voor hun situatie en vaak ook als ergerlijk. Daarom is goed communiceren met een client, met NAH en een gebrek aan ziekte-inzicht, belangrijk om de juiste zorg te kunnen geven (Jurrius et al., 2016).

Naast psycho-educatie zijn er nog veel andere therapieën die effectief zijn gebleken bij patiënten met NAH, exposure therapie is hier een voorbeeld van. Exposure therapie is een therapievorm waarbij een cliënt wordt blootgesteld aan situaties die angst oproepen (Mentaal Beter, 2016). Een patiënt met NAH kan bijvoorbeeld worden blootgesteld aan situaties die vermeden worden omdat ze verwijzen naar het verlies wat zij hebben geleden als gevolg van het hersenletsel (Van Bost, Lorent & Crombez, 2005) Ook bij exposure therapie moet er rekening worden gehouden met anosognosie. Elke confrontatie die geen rekening houdt met anosognosie kan de defensieve opstelling van deze patiënten versterken (Lorent, Peeters & Debaenst, 2004). Ook cognitieve therapie en acceptance and commitment therapie (ACT) zijn effectief gebleken bij het behandelen van NAH. De doelen van ACT zijn eenvoudig samen te vatten in Accept, Choose en Take Action, waarbij de persoon zich leert ontdoen van onproductieve talige hanteringsstrategieën en zich engageert voor zelfgekozen realistische doelen. Vooral NAH-patiënten die moeite hebben om een complexe redenering te volgen, zijn vaak wel in staat de beeldrijke taal van ACT te begrijpen. Het gebruik van tot de verbeelding sprekende metaforen wordt vaak ook beter onthouden dan analytische beschrijvingen. (Hayes, Masuda & De Mey, 2003).

Er is weinig literatuur beschikbaar over het behandelen van NAH en psychiatrische problematiek tegelijkertijd. Er is wel onderzoek gedaan naar het behandelen van mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Deze onderzoeken zijn echter vooral gericht op de psychiatrische problematiek of de NAH, maar niet zozeer op de combinatie van beiden. Uit een onderzoek naar de

ontvangen zorg van mensen met NAH in de GGZ blijkt dat patiënten met NAH specifieke zorg nodig hebben, waarvoor in andere zorgsectoren geen mogelijkheden zijn. Deze specifieke zorg is vooral van belang wanneer er naast NAH ook sprake is van psychiatrische stoornissen (Heugten, Janssen, Visscher, Wolters Gregório, Smeets, Berkers & Ponds, 2013). Echter blijkt uit een onderzoek van Arts, Schut en van der Weijden (2013) dat er vaak zorg ontbreekt voor mensen die ten gevolge van NAH psychiatrische stoornissen hebben gekregen. Uit hun onderzoek blijkt dat de zorg voor deze groep patiënten vaak slecht geregeld en versnipperd is. Het is onvoldoende bekend welke interventies (zowel mediceus als niet-mediceus) zinvol zijn. Arts, Schut en van der Weijden (2013) pleiten dan ook voor meer onderzoek. Ook stellen zij voor dat er een hersenkliniek moet komen met specialisten die kennis hebben van zowel psychiatrie als neuropsychologie. Op die manier zou de complexiteit van diagnostiek en behandeling bij mensen met psychiatrische stoornissen door een hersenaandoening goed kunnen worden opgevangen.

2.2.1 behandeling bij InteraktContour

Bij InteraktContour wordt gewerkt vanuit zorgpaden. De behandeling bestaat uit de bouwstenen Denken en doen, Emoties en gedrag, Energie, Beweging, Communicatie en Thuis. Uit deze bouwstenen wordt een behandeling op maat samengesteld. Zo'n behandeling wordt een zorgpad genoemd. Een zorgpad heeft meerdere kenmerken, het zorgpad is integraal, samenhangend en multidisciplinair. Tevens is een zorgpad gericht op verschillende leefgebieden en op cognitieve, emotionele en fysieke aspecten van de patiënt. Verder wordt er uitgegaan van mogelijkheden en zelfstandigheid van de patiënten. Groepsbehandelingen hebben een voorkeur over individuele behandelingen en zijn afgestemd op dagelijkse praktijken. In een zorgpad wordt ervan uitgegaan dat herhaling zorgt voor een training/leereffect. Verder maken systeem en omgeving onderdeel uit van de behandeling. Het doel van het werken met zorgpaden is dat iemand met hersenletsel zo zelfstandig mogelijk zijn leven kan leiden en weer een toekomstperspectief heeft.

Een behandeltraject van InteraktContour begint altijd met module functionele diagnostiek. Een casemanager brengt specifieke vragen, ambities en problematiek van de patiënt en zijn netwerk in kaart. Aan de hand van deze informatie bepaalt de casemanager welk zorgpad de beste oplossing biedt.

Als er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek als gevolg van hersenletsel, zoals angst, verslaving of depressie, wordt er gekozen voor het zorgpad Maatschappelijke re-integratie en psychische problematiek. De psychiatrische problematiek staat het leren omgaan met veranderingen vaak in de weg. Daarom krijgen patiënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek eerst cognitieve gedragstherapie, zodat zij daarna het zorgpad maatschappelijke re-integratie kunnen volgen. De duur van dit zorgpad is 2,5 jaar.

In de periode van 2,5 jaar krijgt de patiënt te maken met een team van behandelaren en mede-behandelaren: GZ-psychologen, neuropsychologen, orthopedagogen, psychomotorisch therapeuten, afasietherapeuten, maatschappelijk werkers en sociaalpedagogische hulpverleners. Van de patiënt wordt verwacht dat hij/zij de wil heeft om te leren en te verbeteren, want alleen dan kunnen resultaten worden bereikt.

InteraktContour biedt tevens zorg aan mensen die veel (on)geplande zorg nodig hebben en die niet, of in beperkte mate, zelfstandig kunnen wonen. Er wordt verzorging, verpleging en intramurale behandeling geboden. Tevens wordt er ook dagbesteding georganiseerd in of vanuit woonlocaties.

Wanneer er sprake is van hersenletsel en psychiatrische problematiek, dan zijn er weinig plekken in Nederland waar een patiënt naar toe kan voor specialistische zorg, behandeling en begeleiding. Nieuw Bloemensteijn in Hattem is een woonlocatie die speciaal opgezet is voor deze groep patiënten. Op deze woonzorglocatie is er 24 uur per dag een team beschikbaar. Dit team beschikt over alle nodige middelen om de patiënten intensief te behandelen, begeleiden en ondersteunen. Voor behandeltrajecten werkt het team nauw samen met collega zorgorganisaties, zoals de GGZ en verslavingszorg. Op deze woonlocatie wordt er ook plek geboden voor crisisopvang of logeren (InteraktContour, 2016).

2.3 Contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling

Er is geen specifieke literatuur beschikbaar over hoe het contact tussen een professional en cliënt met zowel NAH als psychiatrische problematiek en cliënten onderling hoort te zijn. Wel is er bekend dat een maatschappelijke relatie aan een aantal kenmerken moet voldoen. Kenmerken van een goede werkrelatie in het maatschappelijk werk bestaan onder andere uit de volgende kenmerken: respect voor de zorgbepaling van de cliënt, belangstelling voor de cliënt, respect voor de individualiteit van de cliënt, niet-veroordelende houding, empathisch begrip, echtheid en authenticiteit en vertrouwelijkheid (Mens en Samenleving, 2009).

Binnen InteraktContour zijn er omgangslijnen opgesteld. Hierin staan mogelijke kenmerken beschreven en hoe hier mee om te gaan. InteraktContour heeft omgangslijnen voor suicidaliteit, depressie, angst, alcohol, decorum verlies en agressie. Er zijn geen omgangslijnen voor andere psychiatrische stoornissen. Tevens kan er een gedragsinterventieplan worden opgezet wanneer een cliënt overschrijdend gedrag, somberheid of problemen met de zelfcontrole laat zien. Dit plan wordt door de persoonlijke ondersteuner van de desbetreffende cliënt ingevuld, eventueel in samenwerking met het team, waarna er overwogen kan worden het plan met de cliënt te bespreken. Voor cliënten die het moeilijk vinden om concrete doelen te formuleren, kan er gebruik worden gemaakt van een droomlijn. De droomlijn is een visueel sterk hulpmiddel, dat ook goed gebruikt kan worden bij cliënten met spraak/taalproblemen. Hulpmiddelen zoals het gedragsinterventieplan en de droomlijn zijn speciaal ontwikkeld om het contact tussen professional en cliënt te optimaliseren (InteraktContour, 2016).

In een onderzoek van Jurrius, Goes en Loerts (2015) gaven mensen die op een woonzorglocatie wonen aan dat zij graag meer contact willen hebben met anderen, hoewel ze wel erg blij zijn met de woonplek. Ook blijkt uit dit onderzoek dat cliënten het samen met anderen op een groep wonen verschillend ervaren: de sfeer onderling is soms niet goed.

2.4 Inrichting van de woning

Elke woning heeft een zitkamer, slaapkamer en badkamer. InteraktContour zorgt voor aanpassingen die nodig zijn bij eventuele beperkingen, bijvoorbeeld een aangepast toilet, handgrepen, toilet-douchestoel, douchebrancard en een tillift. Cliënten mogen hun woning zelf inrichten en stofferen. De meeste locaties zijn voorzien van een eenvoudige, goed toegankelijke, aangepaste keuken. Elke woonzorglocatie beschikt over gezamenlijke woonkamers (InteraktContour, 2016).

2.5 Aanzet tot onderzoek

Uit de literatuur blijkt dat niet-aangeboren hersenletsel zorgt voor een breuk in de levenslijn. De gevolgen van hersenletsel kunnen worden onderverdeeld in lichamelijke stoornissen en psychiatrische stoornissen. Voorbeelden van lichamelijke stoornissen zijn hemiplegie, hemiparese en halfzijdige gevoelsstoornissen. Voorbeelden van psychiatrische stoornissen zijn depressiviteit, gedragsproblemen en verslavingsproblematiek. InteraktContour is een organisatie die zorg biedt aan mensen met hersenletsel, mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek heeft InteraktContour een aparte woonzorglocatie, Nieuw Bloemensteijn. Er is weinig onderzoek gedaan naar het behandelen van zowel niet-aangeboren hersenletsel als psychiatrische problematiek. Echter, blijkt uit onderzoek naar de ontvangen zorg van mensen met NAH in de GGZ dat patiënten met NAH specifieke zorg nodig zijn, waarvoor in andere sectoren geen mogelijkheden zijn (Heugten, Janssen, Visscher, Wolters Gregório, Smeets, Berkers & Ponds, 2013). Echter blijkt uit een onderzoek van Arts, Schut en van der Weijden (2013) dat de zorg voor deze groep patiënten vaak slecht geregeld en versnipperd is. Het is ook onvoldoende bekend welke interventies zinvol zijn. Hierom is het belangrijk om te onderzoeken welke meningen professionals hebben over hoe de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek nu is vormgegeven en welke suggesties de professionals hebben over de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek in de toekomst op het gebied van woonzorglocaties, behandelingen, contact tussen professional en cliënt en contact tussen cliënten onderling. Dit zal door middel van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek onderzocht worden.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens de onderzoeksmethode, de onderzoeksdoelgroep, het onderzoeksinstrument, de procedure en de manier van analyseren beschreven.

3.1 de onderzoeksmethode

Dit onderzoek zal voor een gedeelte bestaan uit kwantitatief onderzoek en voor een gedeelte uit kwalitatief onderzoek. In het eerste deel van het onderzoek worden de meningen en visies van professionals onderzocht. Hier past een kwalitatieve data-analyse het best bij. Voor het onderzoek is het van belang dat er diepgaande informatie wordt verzameld over het onderwerp. Kwalitatief onderzoek heeft tot doel informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp, doordat er gevraagd wordt naar de beleving van respondenten. Een andere reden waarom er gekozen is voor kwalitatief onderzoek is omdat het om een verkennend onderzoek gaat, waarover weinig onderzoeksliteratuur beschikbaar is (Verhoeven, 2014). Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit het voeren van semigestructureerde interviews. Hier is voor gekozen omdat er bij een semigestructureerd interview, naast het stellen van de vooraf vastgestelde vragen, ruimte is om door te vragen wanneer bepaalde antwoorden niet duidelijk zijn of als de respondent iets relevant zegt.

In het tweede deel van het onderzoek worden door middel van kwantitatief onderzoek de meningen en visies van een bredere groep professionals in beeld gebracht. Voor het kwantitatieve gedeelte wordt gebruik gemaakt van een zelf opgestelde enquête. De enquête is samengesteld op basis van de gegevens uit de interviews. Door het afnemen van de enquête kan worden onderzocht of de meningen en suggesties verkregen uit het kwalitatieve gedeelte, gedeeld worden door andere professionals. Tevens kan door middel van een enquête uitgezocht worden of er daarnaast andere meningen zijn over de zorg nu of de toekomst. Ook zorgt het afnemen van een enquête naast het

kwalitatieve gedeelte voor meer respondenten voor het onderzoek en daardoor voor meer informatie.

3.2 de onderzoeksdoelgroep

De onderzoeksdoelgroep zal bestaan uit professionals die werkzaam zijn in- en rondom de woonzorg van mensen met NAH en psychiatrische problematiek. Deze professionals bestaan uit mensen die werkzaam zijn bij de revalidatiezorg, psychiatrie, GGZ Wonen en Woonzorglocaties van mensen met NAH.

Voor het eerste kwalitatieve deel van het onderzoek worden 5 tot 10 professionals van verschillende locaties geïnterviewd. Door middel van een heterogene steekproef wordt getracht deze professionals te benaderen en te vragen of ze willen meewerken aan het onderzoek. Deze heterogene steekproef komt tot stand door een willekeurige selectie van woonzorglocaties en functies binnen InteraktContour. Hierdoor worden er professionals van meerdere woonzorglocaties en met verschillende functies benaderd, waardoor er zoveel mogelijk spreiding van professionals gerealiseerd kan worden. Door een grotere spreiding zal er waarschijnlijk meer informatie verkregen worden, doordat het onderwerp van verschillende kanten belicht kan worden. Er zal contact worden gezocht met een teamleider, gedragsdeskundigen en begeleiders van zowel reguliere woonzorglocaties als Nieuw Bloemensteijn. Ook zal er contact worden gezocht met een teamleider, gedragsdeskundigen en begeleiders van de locatie Nieuw Bloemensteijn. Het doel is om per functie 2 tot 3 personen te interviewen. De contactpersoon van InteraktContour zal helpen met het benaderen van deze professionals.

Voor de enquête wordt een respons verwacht van minimaal 50 respondenten. Deze respondenten worden benaderd door op verschillende woonzorglocaties de medewerkers uit te nodigen mee te werken aan het onderzoek en hen de enquête toe te sturen. Er is een lijst gemaakt met alle woonzorglocaties van InteraktContour (Bijlage 2). Uit deze lijst worden willekeurig 5 woonzorglocaties benaderd met de vraag mee te werken aan het onderzoek. Alleen de Nieuw Bloemensteijn zal van tevoren worden geselecteerd, aangezien dit een woonzorglocatie is speciaal voor mensen met NAH en psychiatrische problematiek. Voor het afnemen van de enquête zullen de volgende locaties worden benaderd: De Ark, Burgelstee, De Obelisk, de Veldkei, De Dodoensserre en Nieuw Bloemensteijn. Deze locaties zijn, behalve Nieuw Bloemensteijn, willekeurig uitgekozen. Tevens wordt er getracht een diverse groep de enquête in te laten vullen. Hiermee wordt de spreiding in opleidingsniveau, functie en werkervaring bedoeld. Ook zal er een onderscheid worden gemaakt van medewerkers van reguliere woonzorglocaties en medewerkers van de woonzorglocatie Nieuw Bloemensteijn. Deze diverse groep respondenten komt tot stand doordat elke medewerker van een woonzorglocatie wordt gevraagd de enquête in te vullen. Er wordt verwacht dat de respondenten erg bereid zullen zijn om mee te werken aan dit onderzoek, want in elke woonzorglocatie is er sprake van een toename van mensen met zowel NAH als psychiatrische problemen. Deze toename zorgt voor een steeds groter wordende vraag naar een onderzoek over de kwaliteit van zorg bij mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Er zal worden getracht de enquêtes uit te laten zetten via de managers, waardoor de respons vermoedelijk groter zal zijn.

3.3 Het onderzoeksinstrument

Voor dit onderzoek zal er gebruikt worden gemaakt van semigestructureerde interviews en een enquête.

Het semigestructureerde interview zal op basis van het theoretische kader (hoofdstuk 2) worden samengesteld, die bekeken en eventueel aangepast wordt door de opdrachtgever (bijlage 3). Voor het samenstellen van de vragenlijst voor het semigestructureerde interview is het belangrijk dat de onderzoeker over kennis beschikt over zowel NAH als psychiatrische problematiek. Aangezien het onderzoek plaats vindt binnen InteraktContour, is het voor de onderzoeker ook belangrijk om te weten wat deze organisatie is. Door de kennis die opgedaan is in het theoretische kader, kon het semigestructureerde interview worden samengesteld. Door het gebruik van een vooraf samengestelde vragenlijst, blijft er ruimte over om door te vragen. Voor dit onderzoek is het belangrijk dat de meningen en suggesties van professionals duidelijk worden uitgesproken. Daarom is het belangrijk om te kunnen doorvragen tijdens de interviews. Er zijn een viertal belangrijke onderwerpen die besproken zullen worden tijdens het interview, namelijk woonzorglocaties, behandelingen, relaties tussen patiënten en het contact tussen begeleider en patiënt. Hierbij is het belangrijk dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen meningen over hoe de zorg nu is en eventuele suggesties voor de zorg in de toekomst.

Aan de hand van de semigestructureerde interviews wordt een enquête (bijlage 5) samengesteld, waardoor getracht wordt de meningen en visies van de professionals te onderbouwen of te verwerpen. De meningen en suggesties die besproken zijn tijdens het interview, zullen worden samengevoegd tot een enquête met stellingen waarbij een Likertschaal wordt gehanteerd. Professionals kunnen dan aangeven in hoeverre ze het wel of niet eens zijn met een stelling. Ook bij de enquête wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de meningen over hoe de zorg nu is en eventuele suggesties voor later, waarbij de 4 onderwerpen afzonderlijk zullen worden benoemd.

3.4 De procedure

Als eerste wordt er een vragenlijst voor het semigestructureerde interview samengesteld, aangezien het eerste deel van het onderzoek uit kwalitatief onderzoek bestaat. Deze vragenlijst wordt bekeken en eventueel aangepast door de opdrachtgever. De opdrachtgever bekijkt alle onderdelen voordat het gebruikt wordt voor het onderzoek. Doordat de opdrachtgever het semigestructureerde interview eerst bekijkt en aanpast voordat het gebruikt zal worden, wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Ook door te werken met een vooraf samengestelde vragenlijst, waarbij ruimte is voor eigen inbreng van de respondent en het opnemen van de gesprekken, wordt getracht de betrouwbaarheid en de validiteit te vergroten (Verhoeven, 2014).

Aan de hand van de semigestructureerde interviews wordt een enquête samengesteld, waardoor getracht wordt de meningen en visies van de professionals te onderbouwen of te verwerpen. Voor het maken en uitzetten van de enquête zal er gebruik worden gemaakt van Qualtrics. Dit is een programma dat speciaal is ontwikkeld voor het maken en uitzetten van, onder andere, enquêtes, waarna het de gegevens kan implementeren in SPSS. De uitkomsten uit het semigestructureerde interview en de enquête zullen samen de deelvragen beantwoorden.

Gedurende het hele onderzoek zal er gebruik worden gemaakt van 'peer consultation'. Dat houdt in dat de opdrachtgever de opzet, dataverzameling en analyse zal bekijken en daar feedback op zal geven. Op die manier wordt getracht de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te vergroten (Verhoeven, 2014). Tevens wordt er ook gebruik gemaakt van triangulatie, doordat het beantwoorden van de centrale vraagstelling geschiedt door meer dan één dataverzamelmethode, namelijk het interview en de enquête (Verhoeven, 2014).

3.5 Analyses

Het semigestructureerde interview zal geanalyseerd worden door middel van transcripten (het omzetten van gesproken audio naar tekst) en coderen. Het coderen geschiedt doordat er per onderwerp gekeken wordt naar de meningen en suggesties van de geïnterviewde professionals. Tevens wordt er bij het coderen gekeken naar overeenkomsten en verschillen in de meningen en suggesties van de professionals. De bewerkingen die gedaan worden tijdens het analyseren worden opgeslagen in een apart bestand (zie bijlage 4), zodat het ruwe materiaal bewaard blijft. Door middel van het semigestructureerde interview zullen alle deelvragen voor een deel worden beantwoord.

Voor het analyseren van de enquête zal alle data verkregen uit de enquête worden geëxporteerd in een SPSS-bestand. Door frequentie-analyses kan gekeken worden met welke stellingen de professionals het wel of niet eens zijn. Ook kan er door een frequentie-analyse worden bekeken of professionals van verschillende locaties of functies dezelfde of een andere mening hebben.

Door de uitkomsten van beide onderzoeksmethoden kunnen de deelvragen en de hoofdvraag worden beantwoord. Tevens kan op basis van de uitkomsten eventuele aanbevelingen worden gedaan.

Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk is beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd, de respons van het onderzoek en wat de resultaten van het onderzoek zijn.

4.1 uitvoering van het onderzoek

De uitvoering van het onderzoek is begonnen met het schrijven van hoofdstuk 2, het theoretische kader. Op basis van de opgedane kennis uit hoofdstuk 2 en informatie gekregen van de opdrachtgever, is het semigestructureerde interview samengesteld. In november en december zijn er 7 semigestructureerde interviews gevoerd met professionals van verschillende woonzorglocaties van InteraktContour. In hoofdstuk 3 staat beschreven dat er 5 tot 10 professionals geïnterviewd zouden worden, uiteindelijk zijn er 7 professionals geïnterviewd. Tevens was het doel om 2 tot 3 personen per functie te interviewen, uiteindelijk zijn er voornamelijk teamleiders en seniorbegeleiders geïnterviewd. De gegevens verkregen uit de interviews zijn gebruikt voor het maken van de enquête die halverwege januari tot halverwege februari uit werd gezet. Deze enquête is gemaakt met behulp van het programma Qualtrics, waarmee het mogelijk is om de verkregen gegevens te exporteren naar spss. In spss zijn er frequentie-analyses gemaakt, zodat de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag beantwoord kon worden. De respons van de enquête werd geschat op minimaal 50 respondenten, in totaal is de enquête 64 keer ingevuld. In hoofdstuk 3 staat beschreven dat er gedurende het hele onderzoek gebruik gemaakt zal worden van peer consultation, doordat de opdrachtgever elk onderdeel van het onderzoek bekijkt en voorziet van feedback. De opdrachtgever heeft gedurende het onderzoek elk onderdeel bekeken.

4.2 Respons van het onderzoek

De enquête is uitgezet bij 6 locaties met in totaal 135 medewerkers. In totaal hebben van deze 135 medewerkers 67 mensen de enquête ingevuld. Dat houdt in dat 49.63% van de medewerkers de enquête hebben ingevuld. In tabel 1 is weergegeven wat de respons van de enquête is, gezien het aantal ingevulde enquêtes en de locaties.

Tabel 1*Respons enquête gezien aantal ingevulde enquêtes en de locaties.*

	Aantal ingevulde enquêtes	Percentage
De Ark	4	5.97%
Burgelstee	7	10.45%
De Dodoensserre	7	10.45%
Nieuw Bloemensteijn	16	23.88%
De Obelisk	13	19.4%
De Veldkei	9	13.43%
Geen van deze	11	16.42%
Totaal	67	100%

Aangezien het gaat om een zelf samengestelde enquête, is er als eerst gekeken naar de mate van samenhang tussen de gebruikte begrippen (zie tabel 2). Vervolgens zijn er frequentie-analyses uitgevoerd.

Tabel 2*Homogeniteits-analyse gebruikte begrippen.*

Begrip	Cronbach's Alpha
Woonzorglocatie	0,427
Behandelingen	0,490
Contact professional/cliënt	0,446
Contact cliënten onderling	0,605

4.3 Resultaten

4.3.1 Meningen van professionals over de woonzorglocaties en behandeling

Voor het beantwoorden van deelvraag 1 zijn er tijdens de semigestructureerde interviews gerichte vragen gesteld over de fysieke inrichting van de woonzorglocaties en de behandelingen van cliënten. Uit de antwoorden van de geïnterviewde medewerkers blijkt dat de inrichting van de woonzorglocaties over het algemeen als goed wordt ervaren. Vooral het hebben van een gezamenlijke ruimte, waar cliënten bijeen kunnen komen wordt als erg belangrijk ervaren. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: "Het is goed dat wij een gezamenlijke huiskamer hebben. Op deze manier kunnen wij cliënten stimuleren om contact te zoeken bijvoorbeeld wanneer de cliënt wel de behoefte aan contact heeft maar geen initiatief durft te tonen". Deze mening wordt ondersteund door de resultaten uit de enquête, waarin 75.81% van de andere professionals aangeven hebben dat zij het belangrijk vinden om een gezamenlijke ruimte te hebben (zie tabel 3). Uit de interviews blijkt dat professionals van mening zijn dat er niet genoeg locaties zijn voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Deze mening wordt ondersteund door de gegevens uit de enquête, waarin 77.42% van de professionals aangeven dat er meer locaties voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek moet komen.

In de meeste woonzorglocaties mogen cliënten zelf hun kamer inrichten en dit wordt door de professionals als goed ervaren. Ook deze mening wordt ondersteund door de resultaten van de enquête, aangezien de meeste andere professionals (95.17%) aangeven dit ook belangrijk te vinden. In sommige woonzorglocaties wordt het als minder prettig ervaren dat de cliënten weinig privacy

hebben, aangezien de cliënten vlakbij elkaar wonen. Hierover zegt een medewerker van InteraktContour (2016): “Er wordt veel over elkaar geroddeld, omdat cliënten elkaar hele dagen in de gaten kunnen houden”. Tevens is het voor cliënten mogelijk om zonder toestemming en toezicht naar buiten te lopen, dat lijkt in sommige gevallen erg risicovol te zijn. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: “Het is wel eens voorgekomen dat wij werden gebeld door hulpverleners omdat een cliënt van ons langs de snelweg liep”. Ondanks dat het soms risicovol kan zijn, blijkt uit de enquête dat 72.58% van de professionals het niet nodig vinden dat cliënten toestemming moeten vragen voordat zij naar buiten mogen. Verder zijn de professionals van mening dat de woonzorglocaties veilig genoeg zijn voor mensen met zowel niet-aangeboren hersenletsel als psychiatrische problematiek. Deze mening wordt ondersteund door de resultaten van de enquête, aangezien 75.81% van de professionals aangeven de locatie wel veilig te vinden.

Tabel 3

Resultaten enquête gezien vragen over de woonzorglocatie. N=59

	Mee oneens	Een beetje mee oneens	Een beetje mee eens	Mee eens	N.V.T
Ik vind dat cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek de mogelijkheid moeten hebben om zelf hun kamer in te richten.	1.61%	4.84%	27.42%	66.13%	0%
Ik vind het belangrijk dat er een gezamenlijke ruimte is binnen een woonzorglocatie voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek.	1.61%	1,61%	14.52%	80.65%	1.61%
Ik vind de locatie waar ik werkzaam ben veilig genoeg is voor de cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek.	8.06%	16.13%	43.55%	32.26%	0%
Ik vind dat cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek eerst om toestemming moeten vragen voordat e naar buiten kunnen.	35.48%	37.1%	24.19%	3.23%	0%
Ik vind dat elke woonzorglocatie dezelfde psychiatrische doelgroep moet hebben, bijvoorbeeld mensen met NAH en verslaving	59.86%	14.52%	12.9%	9.68%	3.23%
Ik vind dat er meer woonzorglocaties moeten komen voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek	8.06%	8.06%	25.81%	51.61%	6.45%

Uit de antwoorden van de gevoerde interviews blijkt dat professionals vaak niet goed op de hoogte zijn van de behandelingen die cliënten krijgen. Dit komt mede doordat de behandelingen door andere instanties, bijvoorbeeld mediant, worden gegeven. Tevens geven de professionals aan vaak moeite te hebben met een goede communicatie tussen hen en de behandelende instanties. Hierover zegt een medewerker van InteraktContour (2016): “Vaak heb ik het gevoel dat de communicatie

tussen mij en de behandelende instantie eenrichtingsverkeer is, waarbij het initiatief tot contact van mijn kant af moet komen”. Deze mening lijkt te worden gedeeld door de gegevens verkregen uit de enquête, waarin 79.66% van de professionals aangeeft dat zij beter op de hoogte gesteld willen worden van de behandelingen (zie tabel 4). Tevens blijkt uit de enquête dat 69.49% van de professionals een betere samenwerking willen met de behandelende instanties of dat ze liever de behandelingen binnen de woonzorglocatie zelf willen kunnen geven (68.33%).

Verder blijkt uit de interviews dat de professionals van mening zijn over onvoldoende kennis te beschikken over psychiatrische problematiek. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: “Wij missen erg veel kennis over de psychiatrische problematiek en dit vormt een grote belemmering voor ons”. Deze mening wordt ondersteund doordat 64.27% van de professionals in de enquête aangeven dat zij meer kennis over psychiatrische problematiek moeten krijgen.

Tabel 4

Resultaten enquête gezien vragen over de behandelingen. N = 58 tot 60

	Mee oneens	Een beetje mee oneens	Een beetje mee eens	Mee eens	N.V.T
Ik vind dat de behandelingen die cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek ontvangen binnen de woonzorglocatie moeten worden gegeven.	8.33%	18.33%	40%	28.33%	5%
Ik vind dat de behandelingen voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek vooral gericht moet zijn op het niet-aangeboren hersenletsel.	16.95%	33.9%	27.12%	18.64%	3.39%
Ik vind dat de behandelingen voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek vooral gericht moet zijn op de psychiatrische problematiek	23.73%	37.29%	28.81%	5.08%	5.08%
Ik vind dat de behandelingen voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek evenveel gericht moet zijn op het niet-aangeboren hersenletsel als op de psychiatrische problematiek.	3.33%	8.33%	23.33%	63.33%	1.67%
Ik vind dat medewerkers beter op de hoogte moeten worden gesteld van de behandelingen die cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek ontvangen.	1.69%	3.39%	15.25%	79.66%	0%
Ik vind dat de samenwerking tussen de verschillende instanties en begeleiders van cliënten beter moet worden.	0%	5.08%	22.03%	69.49%	3.39%
Ik vind dat ik meer kennis moet krijgen over psychiatrische problematiek.	5.17%	3.45%	20.69%	67.24%	3.45%

Ik vind het belangrijk om hoog opgeleid personeel in het team te krijgen, bij voorkeur mensen met een opleiding over psychiatrische problematiek	8.47%	18.64%	47.46%	25.42%	0%
Ik vind dat binnen elk team een logopedist moet komen, om de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek te verbeteren.	21.67%	31.67%	25%	13.33%	8.33%
Ik vind dat binnen elk team een ergotherapeut moet komen. Om de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek te verbeteren.	15%	23.33%	28.33%	26.67%	6.67%

4.3.2 Meningen over het contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling

Voor het beantwoorden van deelvraag 2 zijn er tijdens de semigestructureerde interview gerichte vragen gesteld over het contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling. Uit de gegevens verkregen uit de interviews blijkt dat de professionals over het algemeen tevreden zijn over het contact tussen hen en hun cliënten. Zij zijn van mening dat het contact goed is. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: "Sommige cliënten willen geen goede band opbouwen, terwijl anderen juist wel een goede band willen opbouwen. Globaal gezien is het contact erg goed". Deze mening wordt ondersteund door de gegevens verkregen uit de enquête, waarin 75% van de professionals aangeven het contact tussen hun cliënten en zichzelf goed te vinden (zie tabel 5). Verder gaven professionals tijdens de interviews aan soms moeite te hebben met cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Hierover zegt een medewerker van InteraktContour (2016): "veel medewerkers zien de persoon soms niet meer als een persoon, dan zien ze alleen het gedrag". Een andere medewerker van InteraktContour zegt hierover: "Soms is het voor mij niet duidelijk wat ik kan doen zodra een cliënt moeilijk doet. Welke medicatie moeten ze hebben, waar doe ik goed aan op dat moment? Ik merk dat ik daar te weinig kennis voor heb en dat mis ik ook echt in sommige situaties". Dit wordt tegengesproken door de resultaten uit de enquête, aangezien 81.67% van de professionals aangeven wel goed te weten hoe ze met een cliënt met een dubbele diagnose om moeten gaan. Ook werd tijdens de interviews vaak aangegeven dat professionals te weinig tijd inplannen voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek, veelal omdat ze er geen tijd voor hadden. Hierover zegt een medewerker van InteraktContour (2016): "Wij schieten ook wel eens te kort qua tijd. We houden de tijd te krap, terwijl mensen met psychiatrische problematiek meer tijd nodig zijn. Daar moeten wij zelf wat bewuster mee omgaan en de tijd iets ruimer inplannen". Dit wordt ook niet ondersteund door de resultaten uit de enquête, aangezien 76.66% van de professionals aangeven wel voldoende tijd in te plannen voor deze cliënten.

Tabel 5

Resultaten enquête gezien vragen over contact tussen professional en cliënt. N = 60

	Mee oneens	Een beetje mee oneens	Een beetje mee eens	Mee eens	N.V.T
Ik vind dat het contact tussen mij en	0%	0%	20%	75%	5%

mijn cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek goed is.					
Ik plan voldoende tijd in voor mijn cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek, voor het geval dat de cliënt extra aandacht nodig heeft.	5%	13.33%	38.33%	38.33%	5%
Ik vind dat ik goed weet hoe ik met een cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek om moet gaan.	0%	13.33%	50%	31.67%	5%
Ik vind dat het contact tussen mij en een cliënt met zowel NAH als psychiatrische problematiek beter wordt wanneer wij samen een ondersteuningsplan opstellen.	0%	13.33%	23.33%	38.33%	25%
Ik vind dat het contact tussen mij en een cliënt met zowel NAH als psychiatrische problematiek beter wordt wanneer ik beschik over voldoende over de psychiatrische problematiek van de desbetreffende cliënt	0%	0%	20%	73.33%	6.67%

Uit de gegevens verkregen uit de interviews blijkt vooral dat het contact tussen cliënten onderling soms erg lastig is, maar over het algemeen wel goed. Zij geven aan dat er weleens ruzie is, dat er voor sommige cliënten te veel prikkels zijn en dat cliënten met ongeveer dezelfde diagnose elkaars gedrag kunnen versterken. Een medewerker van InteraktContour (2016) gaf als voorbeeld: "Wij hadden een cliënt met psychiatrische problematiek waar het niet goed mee ging. Een cliënt met hetzelfde psychiatrische beeld nam dit gedrag over, waardoor het met die cliënt ook steeds slechter ging". Tijdens de interviews kwam vooral naar voren dat, om conflicten te voorkomen, er altijd een professional aanwezig moet zijn bij gezamenlijke activiteiten. Zij geven aan dat gezamenlijk eten vaak wel erg goed gaat. Uit de enquête blijkt ook dat bijvoorbeeld gezamenlijk eten wel goed is voor het onderlinge contact, wat de meningen voortkomend uit de interviews ondersteunen (zie tabel 6). Ook uit de enquête blijkt dat andere professionals (85%) het erg belangrijk vinden dat er altijd een begeleider aanwezig is tijdens gezamenlijke activiteiten.

Tabel 6

Resultaten enquête gezien vragen over contact tussen cliënten onderling. N = 60

	Mee oneens	Een beetje mee oneens	Een beetje mee eens	Mee eens	N.V.T
Ik vind dat het goed is voor het onderlinge contact dat cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek samen eten.	5%	18.33%	38.33%	36.67%	1.67%
Ik vind dat er binnen onze woonzorglocatie meer gezamenlijke activiteiten georganiseerd moeten worden om het onderlinge contact	15%	18.33%	33.33%	26.67%	6.67%

tussen cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek te verbeteren.					
Ik vind het belangrijk dat er altijd een begeleider aanwezig is wanneer cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek bij elkaar zijn.	3.33%	10%	35%	50%	1.67%
Ik vind dat het onderlinge contact beter word wanneer cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek binnen de woonzorglocatie ongeveer dezelfde diagnoses hebben, zodat gelijkgestemden bij elkaar kunnen komen	25%	21.67%	35%	15%	3.33%
Ik vind dat het onderlinge contact beter word wanneer cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek binnen de woonzorglocatie ongeveer dezelfde leeftijd hebben, zodat gelijkgestemden bij elkaar kunnen komen.	33.33%	30%	30%	5%	1.67%

4.3.3 Suggesties voor de woonzorglocaties en behandelingen

Voor het beantwoorden van deelvraag 3 zijn er tijdens de semigestructureerde interviews gerichte vragen gesteld naar welke suggesties professionals hebben voor de toekomst, gezien de woonzorglocatie en de behandelingen. De suggesties voortkomend uit de interviews zijn dat er meer woonzorglocaties moeten komen, vooral voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Deze suggestie wordt ondersteund door de gegevens verkregen uit de enquête, waarin 77.42% van de professionals aangeven dat er meer locaties moeten komen voor mensen met een dubbele diagnose (zie tabel 3). De fysieke inrichting van deze woonzorglocaties zouden hetzelfde moeten blijven. Erg belangrijk volgens de professionals is het behouden van de mogelijkheid dat cliënten zelf hun woonruimte mogen inrichten en dat er in elk gebouw een gezamenlijke ruimte aanwezig moet zijn. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: "Cliënten hebben door de aanwezigheid van een gezamenlijke ruimte de mogelijkheid om elkaar op te zoeken". Deze suggestie wordt ook ondersteund door de gegevens uit de enquête, waarin professionals aangeven waarde te hechten aan het hebben van een gezamenlijke ruimte (80.65%) en de mogelijkheid dat cliënten zelf hun woonruimte mogen inrichten (66.13%). Tijdens het voeren van de interviews kwam ook de suggestie naar voren dat het belangrijk is om cliënten met dezelfde diagnose bij elkaar te plaatsen in dezelfde woonzorglocatie, terwijl andere professionals juist erg van mening waren dat niet te doen. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: "Aan de ene kant kun je kennis centreren wanneer cliënten met ongeveer dezelfde diagnose in één woonzorglocatie geplaatst worden, maar aan de andere kant versterken deze cliënten elkaar en dat moet je niet willen". Uit de enquête blijkt dat 74.38% van de andere professionals vinden dat een woonzorglocatie niet dezelfde psychiatrische doelgroep moet hebben.

De suggesties voor behandelingen die voortkomen uit de interviews is vooral de wens om intern behandelingen te gaan geven of om een betere samenwerking te krijgen met de behandelende instanties. De professionals ervaren de communicatie tussen hen en de behandelende instanties als

lastig. Sommige professionals noemen het ook wel een eenrichtingsverkeer. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: "Soms denk ik dat het wel fijn zou zijn als we de behandelingen zelf konden bieden, aangezien er vaak geen optimale samenwerking is tussen ons en de behandelende instanties". Dit suggert wordt door de enquête ondersteund doordat 68.33% van de professionals ook aangeven de behandelingen binnen de woonzorglocatie te willen hebben, maar een betere samenwerking tussen de woonzorglocaties en de behandelende instanties lijkt 91.52% van de professionals ook belangrijk te vinden (zie tabel 4). Professionals geven in de interviews ook aan het belangrijk te vinden dat er tijdens de behandelingen aandacht wordt besteed aan zowel het niet-aangeboren hersenletsel als de psychiatrische problematiek. Zij vertellen dat een cliënt een behandeling krijgt voor of alleen de NAH of alleen de psychiatrische problematiek. Op de vraag of cliënten ook behandelingen krijgen voor de psychiatrische problematiek antwoordt een medewerker van InteraktContour (2016) als volgt: "Ja, juist wel. Wanneer ik met een cliënt mee ga naar de behandeling, gaan de gesprekken vooral over de psychiatrische problematiek". Uit de enquête blijkt dat 86.66% van de professionals het belangrijk vinden dat er tijdens de behandelingen aan beide diagnoses aandacht moet worden besteed. Een andere suggestie die uit de interviews is gekomen is het verkrijgen van meer kennis binnen het team, bijvoorbeeld door omscholing of een andere samenstelling van het team. 88.03% van de professionals zijn van mening dat zij meer kennis moeten krijgen over psychiatrische problematiek. Bijvoorbeeld het aannemen van professionals met een psychiatrische opleiding wordt veel genoemd tijdens de interviews. Uit de enquête blijkt dat 72.88% van de professionals het een beetje eens tot eens is met deze suggestie.

4.3.4 Suggesties voor het contact tussen professional en cliënt en cliënten onderling

Voor het beantwoorden van deelvraag 4 zijn er tijdens de semigestructureerde interviews gerichte vragen gesteld naar welke suggesties professionals hebben voor de toekomst, over het contact tussen hen en de cliënten en cliënten onderling. Tijdens het voeren van de interviews werd één onderwerp elke keer benoemd, namelijk dat er niet voldoende kennis over psychiatrische problematiek is en dat dit meer moet. Een medewerker van InteraktContour (2016) gaf als voorbeeld: "Ik had een cliënt met psychiatrische problematiek waar het niet goed mee ging. Ik wist op dat moment niet wat ik moest doen of ik het allemaal wel goed deed". Dat is dan ook gelijk een suggestie voor het verbeteren van het contact tussen professional en cliënt. Hoewel uit de enquête blijkt dat 95% van de professionals het contact tussen hen en de cliënten als goed ervaren, geeft 93.33% van de professionals ook aan dat het voor het contact goed zou zijn als zij over meer kennis over psychiatrische problematiek zouden beschikken (zie tabel 5). Verder werd de suggestie gegeven dat er meer tijd moet kunnen worden ingepland voor elke cliënt met zowel NAH als psychiatrische problematiek, want tegenwoordig komen de professionals vaak tijd te kort. Uit de enquête blijkt dat 76.66% van de professionals van mening zijn nu al voldoende tijd in te plannen om aan de behoefte van deze groep cliënten te kunnen voldoen. Deze suggestie verkregen uit de interviews lijkt daardoor ook niet te worden ondersteund door de andere professionals. Een andere suggestie die gegeven werd tijdens de interviews is dat het goed is voor het contact om samen met de cliënt een ondersteuningsplan op te stellen. Deze suggestie wordt door 61.66% de andere professionals ondersteund.

Een suggestie, verkregen uit de interviews, voor het verbeteren van het onderlinge contact in de toekomst is het organiseren van meer gezamenlijke activiteiten. Deze suggestie lijkt door een kleine meerderheid, namelijk 60%, van de andere professionals te worden ondersteund, gezien de resultaten uit de enquête. Verder werden er tijdens het voeren van de interviews tegenstrijdige

suggesties gegeven. Een aantal professionals geven de suggestie om cliënten met dezelfde diagnose of leeftijd bij elkaar te plaatsen in één woonzorglocatie, terwijl de andere professionals als suggestie geven dat juist niet te doen. Een medewerker van InteraktContour (2016) zegt hierover: "Er moeten zeker meer locaties komen zoals Nieuw Bloemensteijn. Maar ik vraag me af of je ze allemaal centraal bij elkaar moet zetten". Uit de enquête blijkt dat 63.33% van de professionals cliënten met ongeveer leeftijd niet bij elkaar in één woonzorglocatie wil plaatsen. Ook uit de enquête blijkt dat de professionals geen duidelijk suggestie hebben over het bij elkaar plaatsen van cliënten met ongeveer dezelfde diagnose. 50% van de professionals geeft aan het wel een goede suggestie te vinden, tegenover 46.67% die het er een beetje mee oneens tot mee oneens zijn. 3.33% van de professionals zegt niks over de suggestie.

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de deelvragen en de onderzoeksvraag beantwoord. Tevens wordt de zekerheid van deze conclusies bediscussieerd. Vervolgens worden er verbanden gelegd tussen de resultaten.

5.1 Conclusie

In dit onderzoek is onderzocht wat de meningen zijn van professionals werkende in de woonzorg over de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Tevens is onderzocht welke suggesties zij hebben voor de zorg in de toekomst. In dit onderzoek staan de volgende onderwerpen centraal: woonzorglocaties, behandelingen, contact tussen professional en cliënt en contact tussen cliënten onderling.

Met de eerste deelvraag is onderzocht wat de mening is van professionals over de woonzorglocaties en behandelingen die cliënten ontvangen. Wanneer er sprake is van hersenletsel en psychiatrische problematiek, zijn er weinig plekken waar een cliënt naar toe kan voor specialistische zorg (InteraktContour, 2016). Dit is in overeenstemming met de resultaten, aangezien professionals van mening zijn dat er niet genoeg woonzorglocaties zijn voor deze doelgroep. Deze mening wordt ondersteund door het onderzoek van Heugten et al. (2013) waaruit blijkt dat mensen met NAH, vooral in als er ook sprake is van psychiatrische problematiek, specifieke zorg nodig zijn waarvoor in andere zorgsectoren geen mogelijkheden zijn. Uit de resultaten blijkt dat professionals van mening zijn dat de fysieke inrichting van de woonzorglocaties goed is zoals die nu is. Deze mening wordt ondersteund doordat uit onderzoek blijkt dat cliënten vaak erg blij zijn met de woonplek die ze hebben (Jurrius et al., 2015). Uit de resultaten blijkt dat professionals minder tevreden zijn over de behandelingen die cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek ontvangen. Deze ontevredenheid komt vooral voort uit de niet optimale communicatie tussen hen en de behandelende instanties, maar ook doordat de professionals over onvoldoende kennis beschikken over psychiatrische problematiek. Uit een onderzoek van Arts, Schut en van der Weijden (2013) blijkt dat er vaak zorg ontbreekt voor mensen die ten gevolge van NAH psychiatrische stoornissen hebben gekregen. Uit hun onderzoek blijkt dat de zorg voor deze groep patiënten vaak slecht geregeld en versnipperd is. Dit onderzoek ondersteunt de mening van professionals dat zij niet altijd de beste zorg kunnen bieden voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek.

Met de tweede deelvraag is onderzocht wat de mening is van professionals over het contact tussen hen en de cliënten en tussen cliënten onderling. Er is weinig literatuur beschikbaar over hoe het

contact tussen professionals en cliënt en cliënten onderling zou moeten zijn. Op basis van de resultaten kan er geconcludeerd worden dat professionals van mening zijn dat het contact tussen hen en de cliënten goed is. Hoewel uit de interviews is gebleken dat professionals van mening zijn dat er soms sprake is van een tekort aan tijd. Deze mening wordt ondersteund door een onderzoek van Jurrius et al. (2015) waaruit blijkt dat cliënten graag meer contact willen. Echter, deze mening wordt tenietgedaan doordat uit de enquête blijkt dat andere professionals van mening zijn wel voldoende tijd in te plannen voor de cliënten. In een onderzoek van Jurrius et al (2015) hebben cliënten aangegeven dat het samen met anderen wonen op een groep verschillend wordt ervaren: de sfeer is soms niet goed. Dit onderzoek ondersteunt de mening van professionals dat het contact tussen cliënten alleen goed is wanneer er professionals aanwezig is.

Met de derde deelvraag is onderzocht welke suggesties professionals hebben op het gebied van woonzorglocaties en behandelingen. Uit de resultaten blijkt dat er in de toekomst niks veranderd moet worden aan de fysieke inrichting van de woonzorglocatie. Een suggestie voortkomend uit dit onderzoek is dat er meer woonzorglocaties moeten komen voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Deze suggestie wordt ondersteund door de weinige plekken waar cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek naar toe kunnen voor specialistische zorg (InteraktContour, 2016). Echter, zijn de meningen van professionals verdeeld over de vraag of cliënten met dezelfde diagnose of leeftijd bij elkaar geplaatst moeten worden in één woonzorglocatie. Uit een onderzoek van Arts, Schut en van der Weijden (2013) blijkt dat er vaak zorg ontbreekt voor mensen die ten gevolge van NAH psychiatrische stoornissen hebben gekregen. Uit hun onderzoek blijkt dat de zorg voor deze groep patiënten vaak slecht geregeld en versnipperd is. Dit onderzoek ondersteunt de suggestie dat professionals behandelingen intern willen aanbieden of dat de samenwerking met de behandelende instanties verbeterd moet worden. Er is weinig literatuur beschikbaar over het tegelijkertijd behandelen van zowel NAH als psychiatrische problematiek. Ondanks het gebrek aan literatuur, is een suggestie dat in de toekomst behandelingen evenredig gericht moet zijn op de NAH en de psychiatrische problematiek. Tevens blijkt uit de resultaten dat er meer kennis over psychiatrische problematiek moet komen binnen het team, waarbij een kleine meerderheid de suggestie ondersteunt om professionals met een opleiding over psychiatrische problematiek aan te nemen.

Met de vierde deelvraag is onderzocht welke suggesties professionals hebben voor het contact tussen hen en de cliënten en cliënten onderling. Er is weinig literatuur beschikbaar over hoe het contact tussen professional en cliënt en het contact tussen cliënten zou moeten zijn. Een suggestie voor het verbeteren van het contact tussen professional en cliënt is het verkrijgen van meer informatie over psychiatrische problematiek. Uit onderzoek van Jurrius et al (2016) blijkt dat een goede communicatie met iemand met NAH, vooral bij anosognosie, erg belangrijk is om goede zorg te geven en daarmee een goed contact op te bouwen met cliënten. Dit onderzoek ondersteunt de suggestie van het verkrijgen van meer kennis, aangezien communicatie vermoeilijkt wordt wanneer professionals niet over de juiste kennis beschikken. Andere suggesties zijn samen met de cliënt een ondersteuningsplan opstellen en meer tijd inplannen voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek. Uit onderzoek van Jurrius et al. (2015) blijkt dat cliënten graag meer contact willen hebben met anderen. Dit onderzoek ondersteunt de suggestie om meer gezamenlijke activiteiten in te plannen voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek, zodat het contact tussen cliënten onderling verbeterd kan worden.

In dit onderzoek is onderzocht welke meningen en suggesties professionals werkende in de woonzorg hebben over de zorg van mensen met zowel niet-aangeboren hersenletsel als psychiatrische problematiek. Op basis van de resultaten uit hoofdstuk 4 en de conclusies uit hoofdstuk 5 kan er geconcludeerd worden dat professionals over het algemeen redelijk tevreden zijn over hoe de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek nu is. Professionals zijn van mening dat de woonzorglocaties gezien de fysieke inrichting goed is. Ook zijn de professionals van mening dat het contact tussen hen en de cliënten en het contact tussen cliënten onderling redelijk goed is, hoewel daar wel ruimte is voor verbetering. In de behandelingen die cliënten ontvangen zit de meeste ruimte voor verbetering in, aangezien professionals nu van mening zijn niet genoeg op de hoogte te zijn van de behandelingen die cliënten ontvangen. Tevens zijn professionals van mening nu niet over voldoende kennis te beschikken over psychiatrische problematiek.

De suggesties die professionals hebben voor hoe de zorg in de toekomst zou moeten zijn, zijn dat er meer woonzorglocaties moeten komen. Waarbij de helft van de professionals aangeeft locaties te prefereren waar cliënten met zowel NAH als psychiatrie met ongeveer dezelfde diagnose bij elkaar worden geplaatst, ook om het contact tussen cliënten onderling te verbeteren. Een andere suggestie is dat behandelingen binnen een woonzorglocatie gegeven moeten worden of er moet een betere samenwerking komen tussen de woonzorglocaties en de behandelende instanties. Een suggestie voor het verbeteren van het contact tussen professional is in de toekomst samen met een cliënt een ondersteuningsplan op te stellen. Maar ook het hebben van meer beschikbare kennis over psychiatrische problematiek is erg belangrijk voor in de toekomst, voor zowel het contact als de behandelingen. Om de kennis te verhogen geeft een kleine meerderheid van de professionals aan medewerkers binnen het team te willen hebben met een opleiding over psychiatrische problematiek.

Concluderend kan er gesteld worden dat de professionals tevreden zijn over hoe de zorg voor cliënten met zowel NAH als psychiatrische problematiek nu is, maar dat er ook genoeg ruimte is voor verbetering van de zorg voor deze groep cliënten in de toekomst.

5.2 Discussie

5.2.1 beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek heeft enige gebreken. Tijdens het voeren van de semigestructureerde interviews kwam de onderzoeker erachter dat de professionals weinig kennis hebben over psychiatrische problematiek. Het gebrek aan kennis zorgde ervoor dat er tijdens de interviews niet gericht doorgevraagd kon worden over de psychiatrische problematiek, waardoor de gesprekken erg oppervlakkig bleven. Hierdoor werd het samenstellen van de enquête bemoeilijkt, omdat er ook rekening gehouden moest worden met het kennisniveau van de professionals. Tijdens de interviews zijn voornamelijk senior begeleiders en teamleiders geïnterviewd. Hierdoor wordt de vraagstelling van slechts één kant belicht. Om een duidelijker beeld te krijgen van de vraagstelling, was het verstandig geweest ook professionals buiten de woonzorglocaties of de cliënten te interviewen. Een andere beperking is dat respondenten niet verplicht waren elke vraag te beantwoorden. Dit heeft voor item-non-respons gezorgd (Verhoeven, 2014). Tevens is er in de enquête geen onderscheid gemaakt tussen meningen en suggesties, wat het analyseren van de enquête en daarmee het beantwoorden van de deelvragen en onderzoeksvraag heeft bemoeilijkt. Er is sprake van een hoge non-respons op de enquêtes, namelijk 50.37% van de uitgezette enquêtes is niet ingevuld. De hoge

non-respons kan de resultaten en de conclusies hebben beïnvloed (Verhoeven, 2014). Hier is tijdens het interpreteren van de resultaten geen rekening mee gehouden.

5.2.2 betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid

Bij kwalitatief onderzoek wordt de betrouwbaarheid, evenals de validiteit en bruikbaarheid altijd in twijfel getrokken, vooral omdat het gaat om de beleving van specifieke personen. Op een ander moment en tijd is deze beleving vaak anders, of zijn er weer andere mensen bij het proces betrokken (Verhoeven, 2014). Om ervoor te zorgen dat dit onderzoek toch betrouwbaar is, zijn alle methoden en gezette stappen goed geregistreerd. De gevoerde semigestructureerde interviews zijn opgenomen en vervolgens gecodeerd. Door het opnemen van de gesprekken wordt zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van het onderzoek verhoogd. Tevens is er gebruik gemaakt van peer evaluation, doordat de opdrachtgever alle onderdelen van het kwalitatieve onderzoek bekeken heeft. Door gebruik te maken van peer evaluation wordt zowel de betrouwbaarheid als de validiteit verhoogd. Doordat er gebruik is gemaakt van semigestructureerde interviews, is het mogelijk om het onderzoek te herhalen, wat de bruikbaarheid, herhaalbaarheid en betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Een discussiepunt voor dit onderzoek kan zijn dat de vragen die opgesteld zijn voor het semigestructureerde interview niet concreet genoeg zijn om alle benodigde informatie voor het onderzoek te krijgen. Ook het feit dat het bij semigestructureerde interviews mogelijk is dat de onderzoeker zelf doorvraagt en daardoor mogelijk off-topic raakt kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden. Bij kwalitatief onderzoek kan er altijd sprake zijn van 'sociaal wenselijke antwoorden' wat de validiteit van het onderzoek aantast. Doordat er alleen mensen geïnterviewd zijn die werkende zijn binnen een woonzorglocatie, waar ook cliënten aanwezig zijn met zowel NAH als psychiatrische problematiek, zijn er deskundigen geïnterviewd. Dit verhoogt de validiteit van het kwalitatieve onderzoek (Verhoeven, 2014).

De betrouwbaarheid van het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek kan in twijfel worden getrokken door te kijken naar de homogeniteit van de items van de enquête. Een begrip wordt als betrouwbaar beschouwd wanneer de Cronbach's Alpha hoger dan 0,6 is (Verhoeven, 2014). Zoals te zien is in tabel 2, is de Cronbach's Alpha voor bijna elk begrip te laag, behalve contact van cliënten onderling. Dit tast zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van het onderzoek aan. Echter, in dit onderzoek wordt er niet zozeer naar het gebruikte begrip gekeken. Er wordt meer gekeken naar elke vraag apart. Doordat de enquête op één doelgroep gericht is, is het lastig om het onderzoek te herhalen. De enquête kan alleen bij professionals werkende in de woonzorg van mensen met NAH afgenomen worden. Hiermee wordt de herhaalbaarheid en de bruikbaarheid van het onderzoek aangetast (Verhoeven, 2014). Voor dit onderzoek is vooral constructvaliditeit erg belangrijk. Wordt er gemeten wat dit onderzoek wil meten? Doordat de vragen van de enquête voortkomen uit de gevoerde semigestructureerde interviews, is het aannemelijk dat de enquête meet wat het onderzoek wil meten. Echter, doordat er geen duidelijke splitsing in de enquête is tussen meningen van nu en suggesties voor later, is het lastiger om de enquête goed te interpreteren en kan zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van het onderzoek zijn aangetast. Tevens is de vraag aanwezig in hoeverre de professionals sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Sociaal wenselijke antwoorden wil zeggen dat de respondent het antwoord geeft op de vraag dat maatschappelijk geaccepteerd wordt of aanzien geeft. Het risico dat respondenten sociaal wenselijk antwoorden is bij een onlineonderzoek niet erg groot (Verhoeven, 2014). Het is aannemelijk dat de professionals de enquête sociaal wenselijk hebben ingevuld, om niet in een slecht daglicht te komen staan.

De betrouwbaarheid van het hele onderzoek wordt verhoogd doordat er gebruik is gemaakt van triangulatie. Dit houdt in dat het beantwoorden van de onderzoeksvraag geschiedt doordat er gebruik is gemaakt van meer dan één dataverzamelingsmethode, namelijk het semigestructureerde interview en de enquête (Verhoeven, 2014). Tevens wordt de betrouwbaarheid evenals de validiteit van het gehele onderzoek verhoogd doordat er gedurende het hele onderzoek gebruik is gemaakt van peer evaluation (Verhoeven, 2014). Doordat voor het onderzoek de meningen en suggesties van slechts één bepaalde doelgroep, namelijk de professionals, zijn gebruikt zal de herhaalbaarheid van het onderzoek laag zijn. De bruikbaarheid van het onderzoek zal door de resultaten wel hoog zijn, aangezien er duidelijke conclusies getrokken kunnen worden. Op basis van deze conclusies kunnen er plannen worden gemaakt om de zorg in de toekomst aan te passen.

5.3 Aanbevelingen

De vraag van de opdrachtgever is: wat is de mening van professionals over de zorg van mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek en welke suggesties hebben zij voor de zorg in de toekomst. Op basis van de resultaten en conclusies kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan.

Het aanbieden van trainingen over psychiatrische problematiek

Aangezien uit de resultaten blijkt dat er een duidelijke vraag is naar meer kennis over psychiatrische problematiek binnen een team, is de aanbeveling om binnen de organisatie trainingen aan te gaan bieden over psychiatrische problematiek. Tijdens de training is het belangrijk om psycho-educatie te geven over veel voorkomende psychiatrische problematiek binnen een woonzorglocatie, bijvoorbeeld depressie, verslaving, persoonlijkheidsproblematiek. Per stoornis moeten de volgende onderdelen aan bod komen: signalen of diagnostische criteria, epidemiologie, theoretische visies op ontstaan en voortbestaan van stoornissen en behandeling. Het voorbereiden en uitvoeren van zo'n training kan gedaan worden door een toegepast psycholoog, aangezien een toegepast psycholoog in staat is een draaiboek te schrijven voor een degelijke training. Daarnaast beschikt een toegepast psycholoog over de competenties om een training te kunnen geven over psychiatrische problematiek. Door de kennis van de professionals te vergroten, is het mogelijk dat de communicatie tussen hen en de behandelende instanties wordt verbeterd. Tevens kan meer kennis ervoor zorgen dat het contact tussen professionals en cliënten wordt verbeterd.

Het aannemen van professionals met kennis over psychiatrische problematiek

Een andere aanbeveling voor het verhogen van de kennis binnen het team over psychiatrische problematiek is om professionals aan te nemen die een opleiding over psychiatrische problematiek hebben gevolgd. Door een professional aan te nemen met kennis over psychiatrische problematiek en bij voorkeur ook over niet-aangeboren hersenletsel, wordt het makkelijker om kennis binnen een team over te dragen. Het effect hiervan kan zijn dat de professionals meer kennis krijgen over de behandelingen die cliënten ontvangen, wat de samenwerking met behandelende instanties zou kunnen verbeteren. Tevens is er op die manier altijd iemand aanwezig die snel kan handelen of advies kan geven, mocht het nodig zijn. Door deze aanbeveling door te voeren is het mogelijk dat het contact tussen professionals en cliënten wordt verbeterd. Zo'n dergelijke functie is geschikt voor een toegepast psycholoog, aangezien een toegepast psycholoog kennis heeft over psychiatrische problematiek. Met name een toegepast psycholoog die de studierichting neuropsychologie heeft gestudeerd zou geschikt zijn voor een functie binnen het team, omdat zo'n toegepast psycholoog

over meer kennis beschikt over de hersenen, hersenfuncties en disfuncties en eventueel neurologische testen dan een toegepast psycholoog zonder kennis over neuropsychologie.

Meer woonzorglocaties

Een andere aanbeveling is het vergroten van het woonaanbod. Hiermee wordt bedoeld dat er woonzorglocaties voor mensen met NAH, maar vooral voor mensen met NAH en psychiatrische problematiek, bij moeten komen. Uit de resultaten blijkt dat professionals een kleine voorkeur hebben voor het hebben van een woonzorglocatie waar cliënten met ongeveer dezelfde diagnose bij elkaar worden geplaatst, ter bevordering van het contact tussen cliënten onderling. Echter, is het aan te raden om eerst door middel van bijvoorbeeld een experiment te onderzoeken of zo'n diagnose specifieke woonzorglocatie verstandig is. Het opzetten en uitvoeren van zo'n experiment kan in samenwerking met een toegepast psycholoog worden gedaan, aangezien de kennis, gespreksvaardigheden en preventie competenties van een toegepast psycholoog een grote toegevoegde waarde kunnen hebben. Echter, dient er voor zo'n experiment nagedacht te worden over financiën, ethische kwesties en verdere mogelijkheden.

Herhalen van het onderzoek

Een andere aanbeveling is om over een aantal jaar het onderzoek te herhalen, om te bekijken of de manier waarop de zorg vormgegeven wordt is veranderd. Tevens kan door het onderzoek te herhalen bekeken worden welke aspecten nog verbeterd kunnen worden. Het is raadzaam om bij het herhalen van dit onderzoek gebruik te maken van meer concrete vragen tijdens het voeren van semigestructureerde interviews, om op die manier te voorkomen dat de antwoorden van professionals te algemeen zijn. Ook kan op die manier voorkomen worden dat 1 of meerdere aspecten niet genoeg aan bod komen, wat zorgt voor een minder goed beeld van de meningen en suggesties van de professionals. Tevens is het aan te raden om bij een herhaal-onderzoek bij de enquête een duidelijke splitsing te maken tussen de meningen enerzijds en de suggesties anderzijds. Door een duidelijke splitsing te maken, kan de enquête makkelijker geïnterpreteerd worden en wordt het gehele onderzoek waarschijnlijk een stuk duidelijker. Deze aanpassingen kunnen bijdragen aan het verkrijgen van betere onderzoeksresultaten, waardoor duidelijkere conclusies kunnen worden getrokken en betere aanbevelingen kunnen worden gedaan op basis van de resultaten en conclusies.

Vervolgonderzoek

Tot slotte is een aanbeveling dat het verstandig zou zijn om een vervolgonderzoek te starten naar de meningen en suggesties van cliënten en de familie van de cliënten, om het vraagstuk van alle kanten te kunnen belichten. Dit onderzoek zou een afstudeeropdracht kunnen zijn voor een toegepaste psychologie student. Het is aan te raden zo'n onderzoek door een toegepaste psychologie student te laten uitvoeren, omdat een toegepaste psychologie student over de benodigde kennis beschikt, namelijk kennis over niet-aangeboren hersenletsel maar ook over psychiatrische problematiek. Tevens beschikt een toegepaste psychologie student over de gespreksvaardigheden die van toepassing kunnen zijn tijdens het voeren van gesprekken met cliënten. Voor een vervolgonderzoek is het raadzaam om dezelfde leidraad aan te houden als die gebruikt is voor dit onderzoek, zodat de resultaten met elkaar vergeleken en samengevoegd kunnen worden. Door een vervolgonderzoek en dit onderzoek samen te voegen, kunnen er mogelijk concrete plannen gemaakt worden om de zorg voor mensen met zowel NAH als psychiatrische problematiek in de toekomst te veranderen of om de zorg eventueel te verbeteren.

Literatuurlijst

- Arts, K., Schut, A., en Van der Weijden, F. (2013). Hersenletselklinieken: een bedreigde zorgsoort. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie*, 1(3), 93-98. doi:10.1007/s40533-013-0023-5
- Baguley, I. J., Cooper, J., & Felmingham, K. (2006). Aggressive behavior following traumatic brain injury: how common is common?. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 21(1), 45-56.
- Bjork, J. M., & Grant, S. J. (2009). Does traumatic brain injury increase risk for substance abuse?. *Journal of Neurotrauma*, 26(7), 1077-1082. doi:10.1089/neu.2008.0849.
- Fleminger, S., Oliver, D.L., Williams W.H., en Evans, J. (2003) The neuropsychiatry of depression after brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 65-87, DOI: 10.1080/09602010244000354
- Gill, J., Lee, H., Barr, T., Baxter, T., Heinzelmann, M., Rak, H., & Mysliwiec, V. (2014). Lower health related quality of life in US military personnel is associated with service-related disorders and inflammation. *Psychiatry research*, 216(1), 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.046>
- Hayes, S.C., Masuda, A., & De Mey, H., (2003). Acceptance and commitment therapy: een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie* 36(2), 69-96
- Hersenstichting. (2016). *Onderzoekstechnieken en behandelingen*. Geraadpleegd op <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/onderzoekstechnieken-en-behandelingen>
- Hersenz. (2016). *Gevolgen van hersenletsel*. Geraadpleegd op <http://www.hersenz.nl/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel>
- Hersenz. (2016). *Oorzaken van niet-aangeboren hersenletsel*. Geraadpleegd op <http://www.hersenz.nl/oorzaken-niet-aangeboren-hersenletsel>
- Hesdorffer, D. C., Rauch, S. L., & Tamminga, C. A. (2009). Long-term Psychiatric Outcomes Following Traumatic Brain Injury: A Review of the Literature. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 24(6), 452-459. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181c133fd
- van Heugten, C. M., Janssen, E. P., Visscher, A. J., Wolters, G. G., Smeets, S., Berkers, R. M., & Ponds, R. W. (2012). Patients with brain injury in a psychiatric setting; assessment of health care needs and received care. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(9), 665-675.
- InteraktContour. (2016). *Behandeling*. Geraadpleegd op <http://www.interaktcontour.nl/ik-ben-professional/behandeling>
- James, A.I., en Young A.W. (2013). Clinical correlates of verbal aggression, physical aggression and inappropriate sexual behavior after brain injury. *Brain injury*, 27(10), 1162-1172, DOI: 10.3109/02699052.2013.804200
- Jennifer, C., en Menzel, PsyD. (2008). Depression in the elderly after traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 22(5), 375-380, DOI: 10.1080/02699050802001492
- Jurrius, K., Bax, K., Goes, I., en Hofstra, A. (2016) *Niet-aangeboren hersenletsel: oorzaken, gevolgen, signalen en zorg*. Almere: Windesheim Flevoland.
- Jurrius, K., Goes, I., en Loerts, M. (2015) *Hersenletsel... Hoe gaat het nu met u?* Almere: Windesheim Flevoland.
- Kant, R., Smith-Seemiller, L., & Zeiler, D. (1998). *Treatment of aggression and irritability after head injury*. *Brain Injury*, 12(8), 661-666. <http://dx.doi.org/10.1080/026990598122223>
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., Hinkka, S., & Tenovu, O. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1315-1321. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1315>

- Kreutzer J.S., Seel, R.T. en Gourley, E. (2001) The prevalence and symptom rates of depression after traumatic brain injury: a comprehensive examination. *Brain Injury*, 15(7), 563-576, DOI: 10.1080/02699050116884
- Lafosse, C., & Moeremans, M. (2002). NAH in cijfers en kenmerken. In M Claeys, G. Gordenier, C. De Vrieze, C. Lafosse, & H. Van Hove (red.): NAH in Vlaanderen Vandaag: Zorgvernieuwing. Destelbergen: SIG
- Lorent, G., Peeters, L., & Debaenst, T. (2004). The adventure of engaging traumatic brain injured patients in a therapeutic challenge course program. *Coming of age: The evolving field of adventure therapy*, 182-194.
- McGlynn, S. M., & Schacter, D. L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(2), 143-205. DOI: 10.1080/01688638908400882
- Mens en Gezondheid., (2011). *Hemiplegie: een halfzijdige verlamming*. Geraadpleegd op <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/69317-hemiplegie-een-halfzijdige-verlamming.html>
- Mens en Samenleving., (2009). *Werkrelatie in het maatschappelijk werk: kenmerken, aspecten*. Geraadpleegd op <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal/34082-werkrelatie-in-het-maatschappelijk-werk-kenmerken-aspecten.html#kenmerken-goede-werkrelatie>
- Mentaal Beter Beheer B.V., (2010-2017). *Groepstherapie bij angststoornissen*. Geraadpleegd op <https://www.mentaalbeter.nl/Pages/nl-NL/Volwassen/Groepstherapie-bij-angststoornissen>
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen., (2007). *Richtlijn neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. Geraadpleegd op [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijn en/richtlijn_neuropsychiatrische_gevolgen_nah_2007.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijn%20en/richtlijn_neuropsychiatrische_gevolgen_nah_2007.pdf)
- Osborn, A. J., Mathias, J. L., & Fairweather-Schmidt, A. K. (2014). Depression following adult, non-penetrating traumatic brain injury: a meta-analysis examining methodological variables and sample characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.07.007>
- Ouellet, M. C., Morin, C. M., & Lavoie, A. (2009). Volunteer work and psychological health following traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 24(4), 262-271. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181a68b73
- Right Marktonderzoek., (z.j.) *Kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwalitatief-onderzoek>
- Rogers, J. M., & Read, C. A. (2007). Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain injury*, 21(13-14), 1321-1333. DOI:10.1080/02699050701765700
- Seel, R. T., & Kreutzer, J. S. (2003). Depression assessment after traumatic brain injury: an empirically based classification method. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(11), 1621-1628. DOI: 10.1080/02699050701765700
- Silver, J. M., McAllister, T. W., & Arciniegas, D. B. (2009). Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 653-661. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08111676
- Schwarzbold, M., Diaz, A., Martins, E. T., Rufino, A., Amante, L. N., Thais, M. E., Quevedo, J., Linhares, M.N. en Walz, R. (2008). Psychiatric disorders and traumatic brain injury. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4(4), 797-816.
- Tamara, L., Ownsworth en Tian, P.S.(1998). Depression after traumatic brain injury: conceptualization and treatment considerations. *Brain injury*, 12(9), 735-751, DOI: 10.1080/026990598122133
- Tateno, A., Jorge, R. E., & Robinson, R. G. (2003). Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 155-160. Doi: 10.1176/jnp.15.2.155

- Tate, R.L. (2003). Impact of pre-injury factors on outcome after severe traumatic brain injury: Does post-traumatic personality change represent an exacerbation of premorbid traits? *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 43-64, DOI:10.1080/09602010244000372
- Verhoeven, N. (2014). Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs (5e ed.). Boom Lemma uitgevers: Den Haag.
- Whelan-Goodinson, R., Ponsford, J., Johnston, L., & Grant, F. (2009). Psychiatric disorders following traumatic brain injury: their nature and frequency. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 24(5), 324-332. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181a712aa
- Whelan-Goodinson, R., Ponsford, J. L., Schönberger, M., & Johnston, L. (2010). Predictors of psychiatric disorders following traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 25(5), 320-329. doi:10.1097/HTR.0b013e3181c8f8e7
- Yeates, G. (2009). Posttraumatic stress disorder after traumatic brain injury and interpersonal relationships: Contributions from object-relations perspectives. *Neuropsychanalysis*, 11(2), 197-209. <http://dx.doi.org/10.1080/15294145.2009.10773613>
- Zgaljardic, D. J., Seale, G. S., Schaefer, L. A., Temple, R. O., Foreman, J., & Elliott, T. R. (2015). Psychiatric disease and post-acute traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, 32(23), 1911-1925. doi:10.1089/neu.2014.3569.