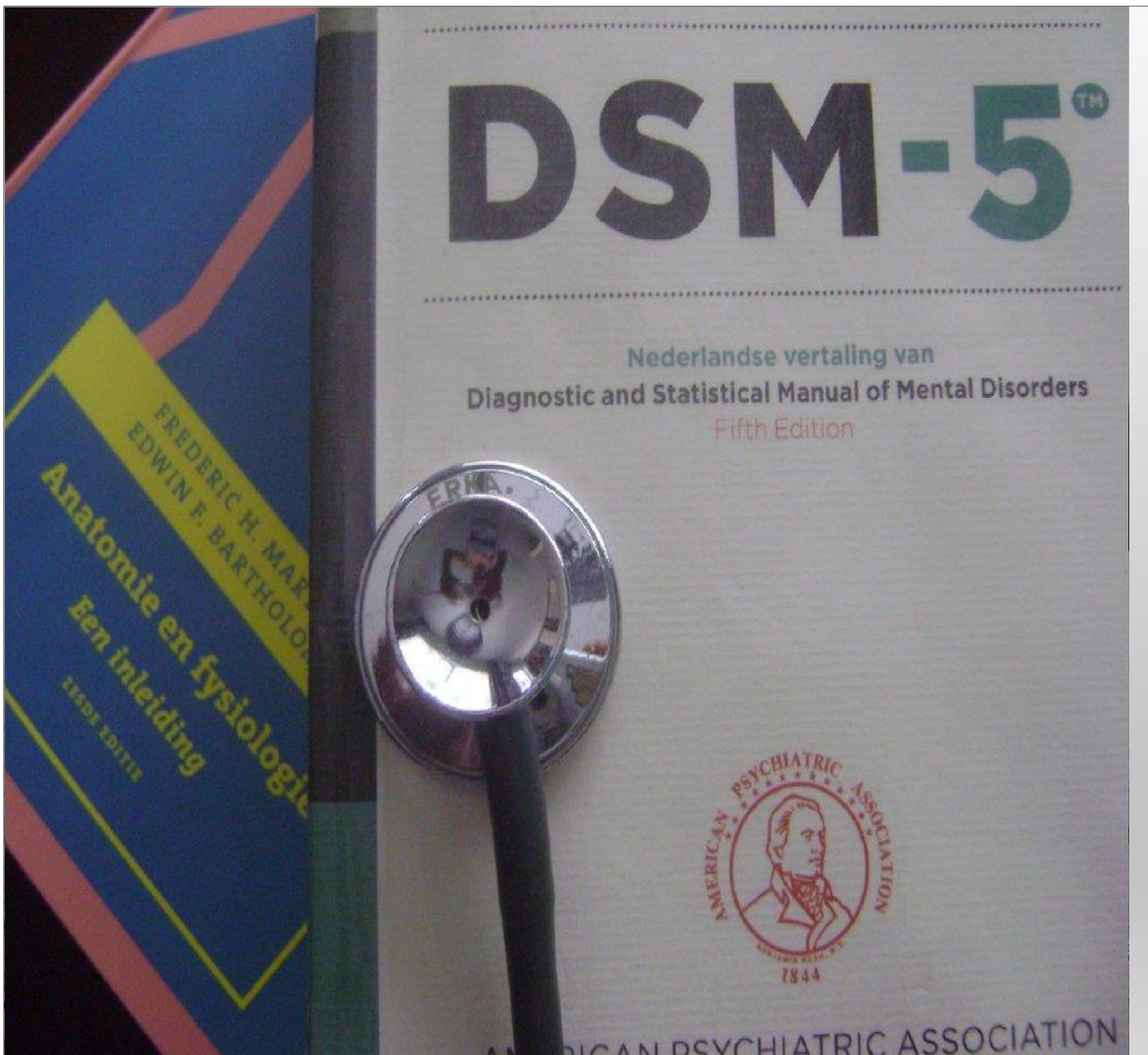




SOMATIEK EN PSYCHIATRIE SAMEN?

OP WELKE MANIER KUNNEN GROEPSLEIDERS VAN AFDELINGEN WAAIER B1 EN WAAIER B2 SOMATISCHE ZORG VAN JONGEREN MET PSYCHIATRISCHE EN /OF PEDAGOGISCHE PROBLEMATIEK OPTIMALISEREN?

Cécile Cuypers
Jermain Macintos

Studentnummer: 2751380
Studentnummer: 2750430

Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid, Bacheloropleiding tot Verpleegkundige duale variant, Eindhoven
Paul van Limbeek : Instelling Mutsaersstichting
Susan Brand : Projectbegeleider
Theo Niessen : Examinator

Venlo, 15 januari 2018

Voorwoord

Voor u ligt de eindrapportage van een praktijkonderzoek uitgevoerd door Cécile Cuypers en Jermain Macintos. Dit onderzoek is gedaan in het kader van het afstuderen voor de Bacheloropleiding tot Verpleegkundige aan Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven. Beide onderzoekers zijn werkzaam binnen de Mutsaersstichting, een fullservice centrum actief op de gebieden jeugdhulpverlening, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en welzijn en onderwijs. De organisatie draagt zorg voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen, die een verstoorde ontwikkeling hebben of hierin bedreigd worden, en diens ouders. Daarbij biedt de organisatie maatschappelijke opvang en begeleiding aan vrouwen en hun kinderen. Doordat beide onderzoekers fulltime werkzaam zijn binnen deze organisatie hebben zij hun opleiding gevolgd middels het duale traject. De combinatie van werken en studeren was een intensieve maar ook zeer leerzame periode.

De keuze van het afstudeeronderwerp is tot stand gekomen in overleg met de Mutsaersstichting, Fontys Hogeschool en de onderzoekers zelf. Er is gekozen om onderzoek te doen op welke manier de Mutsaersstichting somatische zorg vormgeeft bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek. In de praktijk bemerkten de onderzoekers dat op het gebied van het toepassen van somatische zorg verschillend gedacht wordt. Tevens was er bij de onderzoekers een persoonlijke interesse voor dit onderwerp.

Wij bedanken de Mutsaersstichting voor het verlenen van alle medewerking om dit onderzoek te kunnen uitvoeren. Daarnaast bedanken wij Susan Brand, onze projectbegeleidster, voor haar kritische blik, eerlijke, opbouwende feedback en fijne begeleiding gedurende het gehele proces. Tevens een woord van dank aan Theo Niessen voor zijn feedback en tips ter verbetering van ons onderzoek.

Paul van Limbeek, de opdrachtgever, heeft ons gedurende het gehele traject met veel enthousiasme voorzien van feedback, ons kritisch laten nadenken over het onderzoek en het schrijven van deze eindrapportage. Ook een woord van dank voor onze peergroep voor hun feedback en meedenken.

Uiteraard veel dank aan alle respondenten. Zonder hun medewerking hadden wij dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Als laatste willen wij natuurlijk onze familie en vrienden bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, begrip en geduld.

Wij wensen u veel leesplezier.

Cécile Cuypers
Jermain Macintos

Samenvatting

Aanleiding: Bij psychiatrische patiënten gaan psychiatrische aandoeningen vaak samen met somatische problemen (co-morbiditeit) en kunnen er somatische complicaties ontstaan bij langdurig medicatiegebruik en een ongezonde leefstijl. Daarbij kunnen lichamelijke oorzaken ten grondslag liggen aan psychiatrische en/of pedagogische problematiek. De kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen en de kinderverpleegkundige van de Mutsaersstichting, geven aan dat somatische zorg van cliënten onderbelicht is. Onderzoek heeft uitgewezen dat er, door onduidelijkheid van taken en verantwoordelijkheden van verschillende disciplines, afstemmingsproblemen ontstaan.

Probleemstelling: Bij de behandeling van cliënten binnen de Mutsaersstichting wordt momenteel uitgegaan van psychiatrische en/of pedagogische problematiek. De verwachtingen betreffende somatische zorg door de groepsleiders wordt niet expliciet genoemd. Psychische klachten, psychiatrische symptomen en probleemgedrag kunnen een lichamelijke oorzaak hebben en/of invloed hebben, wat invloed heeft op de behandeling. De onderzoeksvraag die hieruit is opgesteld luidt: *“Op welke manier kunnen groepsleiders van afdelingen Waaier B1 en Waaier B2 somatische zorg van jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek optimaliseren?”*

Onderzoeksmethoden: Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is deze verdeeld in drie deelvragen. Deelvraag één is een gezamenlijk literatuuronderzoek. Daarnaast zijn er zowel een kwalitatief als een kwantitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd. Deelvraag twee is beantwoord door middel van semigestructureerde interviews, waarbij de populatie bestond uit groepsleiders werkzaam op de besloten en gesloten klinische afdelingen Waaier B1 en Waaier B2.

De derde onderzoeksdeelvraag is beantwoord door middel van een web-survey, waarbij de onderzoekspopulatie bestond uit kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen en de kinderverpleegkundige en groepsleiders werkzaam op een klinische afdeling.

Onderzoeksresultaten: Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat somatische zorg binnen de GGZ op verschillende punten extra aandacht verdient; de taken en verantwoordelijkheden van groepsleiders (verpleegkundigen) worden niet of nauwelijks concreet omschreven en is er gebrek aan urgentiebesef. Verder is er een tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van somatische zorg bij de zorgverleners.

Vanuit de semigestructureerde interviews kwam naar voren dat groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2 onvoldoende kennis ervaren om somatische factoren te signaleren en interpreteren. Medicatiebijwerkingen, wondzorg en somatische kenmerken bij een suïcidepoging werden als voornaamste somatische zorg genoemd door de respondenten waar zij meer kennis in nodig hebben.

Vanuit de web-survey bleek dat somatische zorg binnen de klinische afdelingen als belangrijk tot zeer belangrijk werd ervaren, maar dat het begrip somatische zorg onvoldoende duidelijk is. Het was onduidelijk welke taken verwacht worden van groepsleiders en waar de verantwoordelijkheden liggen. Er werd door de respondenten niet specifiek gesproken over signaleren, interpreteren en/of toepassen.

Conclusie en aanbevelingen: Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de verwachtingen ten aanzien van de inhoud, taken en de invulling van en door groepsleiders, betreffende somatische zorg, duidelijker omschreven moeten worden. Afhankelijk van het soort afdeling en cliëntenpopulatie kunnen de verwachtingen verschillen. Verder kan gesteld worden dat er meer medische kennis en vaardigheden nodig zijn om de somatische zorg binnen de afdelingen Waaier B1 en Waaier B2 te optimaliseren.

De onderzoekers bevelen aan om onderzoek te doen naar de positionering van somatische zorg binnen de gehele organisatie met de hierbij horende taakomschrijving en rolverdeling en worden geborgd binnen het kwaliteitsstatuut van de Mutsaersstichting. Tevens zal er meer aandacht moeten zijn voor scholing van groepsleiders binnen de afdelingen Waaier B1 en Waaier B2 betreffende somatische zorg. De zorg verandert en hierdoor ook het beroepsprofiel van de verpleegkundige. Hier zal de Mutsaersstichting op moeten anticiperen.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
1. Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Context	5
1.3 Probleembeschrijving.....	5
1.4 Relevante theorie	6
1.5 Probleemstelling.....	6
1.6 Onderzoeksdeelvragen.....	7
1.7 Doelstelling	7
1.8 Leeswijzer	7
2. Onderzoeksmethoden	8
2.1 Literatuuronderzoek	8
2.1.1 Zoekstrategie	8
2.2 Praktijkonderzoek Jermain Macintos.....	9
2.2.1 Onderzoeksbenadering	9
2.2.3 Onderzoekspopulatie	10
2.2.4 Data-analyse methode	10
2.2.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	10
2.3 Praktijkonderzoek Cécile Cuypers	11
2.3.1 Onderzoeksbenadering	11
2.3.2 Dataverzamelingstechniek.....	11
2.3.3 Onderzoekspopulatie.....	12
2.3.4 Data-analyse methode	12
2.3.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	12
3. Onderzoeksresultaten.....	13
3.1.1 Beleid	13
3.1.2 Somatische screening.....	13
3.1.3 Voorlichting	13
3.1.4 Leefstijlbegeleiding.....	13
3.1.5 Dossiers	14
3.1.6 Scholing	14
3.1.7 Voorzieningen.....	14
3.1.8 Medicatie	14
3.1.9 Deelconclusie literatuuronderzoek	14
3.2 Onderzoeksresultaten praktijkonderzoek Jermain Macintos.....	15
3.2.1 Deelnemersbeschrijving	15

3.2.2 Resultaatbeschrijving	15
3.2.3 Deelconclusie	17
3.3 Onderzoeksresultaten praktijkonderzoek Cécile Cuypers	17
3.3.1. Deelnemersbeschrijving	17
3.3.2 Resultaten beschrijving	18
4. Conclusie	25
4.1 Verwachtingen	25
4.2 Kennis en vaardigheden.....	25
5. Discussie	26
6. Aanbevelingen	27
7. Bronnenlijst	28
8. Bijlagen	34
Bijlage 1: Functieomschrijving Behandelaar F	34
Bijlage 2: Functieomschrijving Behandelaar G	38
Bijlage 3: Gevonden literatuur	42
Bijlage 4: Introductiebrief deelonderzoek 2	43
Bijlage 5: Uitnodiging deelonderzoek 2	44
Bijlage 6: Toestemmingsverklaring (Informed consent)	45
Bijlage 7: Topics deelonderzoek 2.....	46
Bijlage 8: 6-fasenmodel van Braun en Clarke (data-analyse methode deelonderzoek 2)	47
Bijlage 9: Enquêtevragen deelonderzoek 3	48
Bijlage 10: Topics deelonderzoek 3.....	49
Bijlage 11: Uitnodiging deelonderzoek 3	50
Bijlage 12: Enquête deelonderzoek 3	51

1. Inleiding

In dit hoofdstuk is de aanleiding beschreven van dit onderzoek, onderbouwd vanuit de literatuur en de huidige situatie. Daarna volgt de contextbeschrijving, probleembeschrijving, relevante theorie, probleemstelling, de onderzoeks(deel)vragen. Als laatste volgt de doelstelling en leeswijzer.

1.1 Aanleiding

Bij psychiatrische patiënten gaan psychiatrische aandoeningen vaak samen met somatische problemen, (co-morbiditeit) en kunnen er somatische complicaties ontstaan bij langdurig medicatiegebruik en een ongezonde leefstijl. Hierdoor is de somatische zorg, zorg met betrekking tot het lichaam (Jochems & Joosten, 2014), van groot belang binnen de GGZ (Meeuwissen et al., 2014).

Optimalisatie van somatische zorg vraagt om een betere integratie van psychiatrische- en somatische zorg (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Van Gool en van Meijel (2012) melden dat tekort aan kennis en vaardigheden, van de hulpverlener op het gebied van somatische problematiek, alsmede het gebrek aan urgentiebesef bijdragen tot het niet tijdig signaleren van somatisch klachten. Verder ontstaan er, door onduidelijkheid van taken en verantwoordelijkheden van verschillende disciplines, afstemmingsproblemen.

De Mutsaersstichting wil, in een zo vroeg mogelijk stadium, ernstige pathologie uitsluiten of vaststellen. Om een eventuele diagnose te stellen, behandeling aan te bieden en toe te passen, is het van belang dat alle eventuele factoren die van invloed zijn op de problematiek van de cliënt in acht worden genomen. Alvorens het onderzoek is gestart hebben de kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen en de kinderverpleegkundige een korte vragenlijst ingevuld.

Zij gaven aan dat somatische zorg van cliënten onderbelicht is. Verder waren zij van mening dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met somatisch oorzaken van psychiatrische en/of pedagogisch problematiek (persoonlijke communicatie 16 maart, 2017).

1.2 Context

Op de klinische afdelingen van de Mutsaersstichting werken groepsleiders met verschillende opleidingsachtergronden, onder andere de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlener (SPH), Pedagogiek of Middelbaar Beroepsonderwijs Verpleegkunde (MBO-V). Dit in tegenstelling tot behandelaren werkzaam in de volwassenenpsychiatrie. Daar zijn vooral verpleegkundigen werkzaam. De term verpleegkundige van de Mutsaersstichting is voorbehouden aan de kinderverpleegkundige. Zij heeft een aparte functie binnen de organisatie. In dit onderzoek wordt gesproken over groepsleiders en niet over verpleegkundigen. Met verpleegkundige relevantie bedoelen de onderzoekers de relevantie voor groepsleiders. Daarbij zijn de kinder- en jeugdpsychiaters (verder genoemd als psychiaters) betrokken bij de somatische zorg van de cliënten, maar ook de kinderartsen en de kinderverpleegkundige (medische dienst).

Het onderzoek richt zich op de groepsleiders die werkzaam zijn op de afdelingen Waaier B1 en Waaier B2, in de functie van behandelaar F en behandelaar G (Mutsaersstichting, 2014) opgenomen in bijlage 1 en 2. De cliënten worden zowel vrijwillig als onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) opgenomen.

Afdeling Waaier B1 is een besloten en afdeling Waaier B2 een gesloten BOPZ-afdeling voor acht tot tien jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Hier worden jongeren opgenomen met psychiatrische en/of pedagogische problematiek voor diagnostiek, time-out en/of behandeling. De afdelingen worden verder genoemd als Waaier B1 en Waaier B2.

In dit onderzoek wordt gesproken over cliënten. Hiermee worden jongeren bedoeld, die zijn opgenomen binnen de klinische setting, met psychiatrische en/of pedagogische problematiek.

1.3 Probleembeschrijving

Professionals in de GGZ hebben een belangrijke rol bij het herkennen van lichamelijke aandoeningen en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Zij hebben naast specifieke deskundigheid ook praktische handvaten nodig om signalen te herkennen en te beoordelen (Meeuwissen et al., 2014). Door de verandering van zorg (opvattingen betreffende zorg,

zelfmanagement cliënten, toename co-morbiditeit, preventie) veranderd ook het beroepsprofiel van de verpleegkundige (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, 2012).

De meeste instellingen hebben beleidsnota's en/of protocollen met betrekking tot somatische zorg. In 2014 vermeld Regionaal Expert Team Amsterdam en Noord-Holland (RET) Amsterdam en Noord-Holland dat behandelverantwoordelijken ruimte hebben voor eigen beleid, wat niet wil zeggen dat altijd de juiste somatische zorg wordt geleverd. Van Harten (2004) vermeld dat somatische complicaties gemist of verkeerd geïnterpreteerd worden omdat deze lijken op psychiatrische symptomen. Wanneer er meer aandacht is voor medische, psychologische en sociale factoren wordt overbehandeling, niet adequate behandeling en ook langdurige stagnaties voorkomen (Landelijk Platform GGZ et al., 2016). Dit kan als gevolg hebben dat een opname langer duurt dan noodzakelijk. Bij een opname langer dan noodzakelijk zijn cliënten langer uit hun eigen gezins- en sociale situatie, kunnen zij achter raken op school, missen gestructureerde dagbesteding en kan het gezin in disbalans raken (Bakker, Bootsma & Boom, 2013; Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2013).

De psychiaters, de kinderartsen, de kinderverpleegkundige en groepsleiders van de Mutsaersstichting geven aan dat somatische zorg van cliënten onderbelicht is; er wordt te weinig rekening gehouden met eventuele somatische oorzaken van psychiatrische en/of pedagogische problematiek, co-morbiditeit, somatische complicaties, somatische screening bij opname of start farmaceutische behandeling. Dit kan invloed hebben op de voorgestelde behandeling; niet de juiste behandelingen en/of behandeling langer dan noodzakelijk (persoonlijke communicatie 16 maart, 2017). In principe behoren alle in behandeling zijnde cliënten tot de risicogroepen voor somatische problematiek. Gebrekkige wijze waarop cliënten hun gezondheidsproblemen signaleren, ervaren en presenteren, ziektebesef en angst spelen een belangrijke rol waardoor aandoeningen vaak niet of laat ontdekt worden door de behandelaren (van Gool & van Meijel, 2012).

1.4 Relevante theorie

In de literatuur wordt vermeld dat lichamelijke oorzaken (zowel bij kinderen, jeugdigen en volwassenen) ten grondslag kunnen liggen aan psychiatrische en/of pedagogische problematiek (Jansen, 2013; Rathod, Khair, Kale & Joshi, 2016). In de wetenschappelijke onderbouwing van de Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) wordt vermeld dat somatische zorg aan mensen met een EPA op een aantal punten te kort schiet; aandacht voor het herkennen van lichamelijke aandoeningen en een gezonde leefstijl bij cliënten (Trimbos instituut, 2015). Bij een descriptieve pilotstudie van Kinder- en Jeugdpsychiatrie Karakter en Radboud UMC Nijmegen werd bij 55% van de onderzochte kinderen en adolescenten één of meer klinische afwijkingen gevonden (Muskens et al., 2015). Deleu, Neves Ramos, Janssens en Deboutte (2011) vermelden dat steeds meer cliënten kampen met het metabool-syndroom; clustering van metabole afwijkingen, zoals afwijkingen in het vet- en suiker metabolisme, zwaarlijvigheid en een verhoogde bloeddruk. Het vroegtijdig herkennen van somatische complicaties en de hierop passende behandeling, draagt positief bij aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de cliënt en zijn functioneren (RET Amsterdam en Noord-Holland, 2014).

1.5 Probleemstelling

Bij de behandeling van cliënten binnen de Mutsaersstichting wordt momenteel uitgegaan van psychiatrische en/of pedagogische problematiek. De verwachtingen betreffende somatische zorg van de groepsleiders wordt niet expliciet genoemd. Er wordt weinig onderzoek gedaan naar somatische oorzaken van het probleemgedrag. Psychische klachten, psychiatrische symptomen en probleemgedrag kunnen een lichamelijke oorzaak/invloed hebben, wat de behandeling kan beïnvloeden. Alleen binnen het zorgprogramma 'eetstoornissen' wordt somatische zorg duidelijk omschreven.

De onderzoeksvraag die hieruit is opgesteld luidt:

“Op welke manier kunnen groepsleiders van de afdelingen Waaier B1 en Waaier B2 somatische zorg van jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek optimaliseren?”

1.6 Onderzoeksdeelvragen

De onderzoeksvraag is onderverdeeld in drie deelvragen (tabel 1):

Tabel 1: Weergave onderzoeksdeelvragen

Deelvraag 1 (beide onderzoeker) <i>“Wat staat er in de literatuur geschreven betreft signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg door groepsleiders binnen een psychiatrische instelling?”</i>
Deelvraag 2 (Jermain Macintos) <i>“Hoe signaleren, interpreteren en passen groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2 somatische zorg toe bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek?”</i>
Deelvraag 3 (Cécile Cuypers) <i>“Aan welke taken moeten groepsleiders voldoen, volgens kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen, de kinderverpleegkundige en groepsleiders, rondom signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek?”</i>

De resultaten van de drie deelvragen worden gethematiseerd en gecategoriseerd, en daarna met elkaar vergeleken (blending). De overeenkomsten en bijzonderheden zullen vermeld worden in de eindconclusie.

1.7 Doelstelling

Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek willen de onderzoekers in januari 2018 aanbevelingen doen aan de Mutsaersstichting, op welke manier groepsleiders van afdelingen Waaier B1 en Waaier B2 somatische zorg van jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek kunnen optimaliseren.

1.8 Leeswijzer

In hoofdstuk twee worden de onderzoeksmethoden uitgewerkt en beschreven van de drie deelvragen, met daarin de onderzoekspopulatie, data- analyse en de kwaliteitsborging.

De onderzoeksresultaten en de deelconclusies van alle deelvragen staan beschreven in hoofdstuk drie. Hieruit is een gezamenlijke conclusie geschreven in hoofdstuk vier.

Hoofdstuk vijf bestaat uit de discussie, met de sterke en zwakkere kanten van het onderzoek. De aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek staan beschreven in hoofdstuk zes. Tot slot volgt de literatuurlijst en de bijlagen.

2. Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode van de drie deelvragen uitgewerkt en beschreven.

2.1 Literatuuronderzoek

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de literatuur is gezocht en beoordeeld van de literatuurvraag:

“Wat staat er in de literatuur geschreven betreft signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg door groepsleiders binnen een psychiatrische instelling?”

2.1.1 Zoekstrategie

Voor het verzamelen van data werden verschillende zoektermen gebruikt, zowel in het Nederlands als in het Engels (tabel 2). Verder werd er gebruik gemaakt van limieten en in- en exclusiecriteria (tabel 3 en tabel 4). De exclusiecriteria zijn gekozen daar deze een meer specifieke behandeling vragen. Tevens werden de booleans “AND”, “OR” en “NOT” gehanteerd (Bakker & van Buuren, 2014).

Tabel 2: Weergave zoektermen

Nederlands	Engels	Synoniemen
Richtlijnen somatische screening	Somatic symptoms	Clinical patiënts
GGZ-verpleegkundige Beroepsprofiel	Patient admission,	Co-morbiditeit
Somatische zorg in de psychiatrie/GGZ	Psychiatric admission	Somatische screening
Verpleegkundige monitoring bij leefstijl	Psychiatric (in)patient	Verpleegkundige competenties
Kwaliteitsnormen	Children and adolescents	Kennis en ontwikkeling
Zorgstandaarden	Somatic care	Vaardigheden
	Mental health	
	Tasks of the nurse	
	Nursing skills	
	Professional profile	
	Somatic complaints	

Tabel 3: Weergave limieten

Full text
Abstract aanwezig
Niet ouders dan 10 jaar
Europa

Tabel 4: Inclusie –en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Klinische patiënten	Ouderenpsychiatrie
Adolescenten	Verstandelijke beperking
Man	Dementie
Vrouw	Verslaving
	Forensische psychiatrie

Om diversiteit aan bronnen te vergroten is gebruikgemaakt van verschillende databanken en zoekmachines; PubMed, CINAHL, Google Scholar, Bieb.nu, sites van beroepsverenigingen, vakliteratuur, richtlijnen en protocollen. CINAHL en PubMed zijn gekozen omdat deze gerelateerd zijn aan de gezondheidszorg. Tevens is gezocht in grijze literatuur binnen Nederlandse organisaties zoals de GGZ en op intranet van de Mutsaersstichting (Boeije, het Hart & Hox, 2009).

Er is gekozen voor artikelen vanaf 2006 tot 2017 omdat recente bronnen bijdragen aan betrouwbaarheid (Baarda et al., 2013). Er is één artikel meegenomen uit 2002. Hier werd vaak naar verwezen in gevonden artikelen. Wanneer literatuur niet volledig beschikbaar was werd er een full text verzoek gedaan bij de auteur/organisatie of via Google. Hierdoor kon het artikel alsnog worden ingezien, geanalyseerd en beoordeeld op betrouwbaarheid (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009). Tevens werd contact gezocht met Dhr. Jaco Burgers, medeauteur van het project 'Generieke module co-morbiditeit', voor verdere informatie en eventuele aanknopingspunten voor de literatuurvraag (persoonlijke communicatie 10 mei, 2017). In dit onderzoek werden relevante zorgonderwerpen beschreven. Vanuit de literatuurlijst uit zijn artikel en vanuit andere literatuurlijsten werd verder gezocht. Deze zogenaamde 'sneewbalmethode' kan nieuwe verwijzingen en/of nieuwe relevantie bronnen opleveren (Rijksuniversiteit Groningen, 2016).

Een eerste screening vond plaats door het lezen van titel en abstract, waarna achttien artikelen overbleven. Beide onderzoekers hebben deze, afzonderlijk van elkaar, gelezen en beoordeeld aan de hand van de beoordelingsformulieren van Vermeulen en Ubbinck (2009). Er bleven acht geschikte artikelen over. Een korte beschrijving van de gevonden literatuur staat vermeld in bijlage 3.

2.2 Praktijkonderzoek Jermain Macintos

In deze paragraaf worden de onderzoeksbenadering, dataverzamelingstechniek, onderzoekspopulatie, data-analysemethode en de kwaliteitsborging beschreven van de deelvraag:

“Hoe signaleren, interpreteren en passen groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2 somatische zorg toe bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek?”

2.2.1 Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek lag de nadruk op diepgaande informatie, meningen, belevingen en ervaringen van de onderzoekspopulatie. Ook werd de huidige situatie en de stand van zaken in kaart gebracht, waardoor gekozen is voor een kwalitatief beschrijvend onderzoek (Baarda, 2014; Grit & Julsing, 2012).

De respondenten van Waaier B1 en B2 zijn gekozen middels een aselechte steekproef, op basis van beschikbaarheid. Zij werden per introductiebrief (bijlage 4) op de hoogte gebracht van dit onderzoek (Baarda, 2014).

Nadat de respondenten toestemming hadden gegeven voor deelname aan het onderzoek, kregen zij een uitnodiging voor het interview (bijlage 5). Eerst is gestart met een proefinterview. Hierdoor kan men zicht te krijgen op het tijdschema en/of er onderwerpen ontbraken (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012).

Voordat het interview afgenomen werd, kregen de geïnterviewden een toestemmingsverklaring (informed consent). Hierin werd benadrukt dat anonimiteit en vertrouwelijke behandeling van de gegevens gewaarborgd bleef (bijlage 6). De geïnterviewden ondertekenden deze toestemmingsverklaring met naam, datum en handtekening (CCMO, zj.).

2.2.2 Dataverzamelingstechniek

De keuze voor semigestructureerde interviews is gemaakt, omdat deze methode geschikt is om antwoord te geven op bovenstaande onderzoeksvraag. Bij een semigestructureerd interview liggen de onderwerpen vast maar de vragen en antwoorden niet. De geïnterviewde wordt gestimuleerd zijn verhaal te vertellen, vanuit zijn eigen perspectief (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012; Verhoeven, 2016). Volgens Baarda, van der Hulst en de Goede (2012) draagt het stellen van niet-sturende open vragen bij aan het zoveel mogelijk genereren van bruikbare data.

Bij elke geïnterviewde werd gestart met dezelfde beginvragen die waren opgesteld aan de hand van de topics (bijlage 7). De topics waren gebaseerd op gevonden resultaten uit het literatuuronderzoek, relevante wetenschappelijke

artikelen, richtlijnen en literatuur uit boeken. Er werd gebruik gemaakt van trefwoorden, eigen aantekeningen en aanknopingspunten om door te vragen, zodat relevante data verkregen werd.

Alle geïnterviewden werden onder dezelfde omstandigheden geïnterviewd. De interviews werden in een gereserveerde gespreksruimte afgenomen, wat maakt dat de geïnterviewde zich meer op zijn gemak voelt en de kans op verstoring van het interviewproces verkleind wordt (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012).

De interviews, opgenomen met audioapparatuur, werden letterlijk uitgeschreven (transcriberen). Het uitschrijven van interviews en vastlegging met audioapparatuur maakt de verkregen data traceerbaar (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016). Baarda (2014) schrijft dat je net zo lang doorgaat met interviewen totdat er geen nieuwe feiten verteld worden (saturatie). In dit onderzoek is saturatie na acht interviews bereikt.

2.2.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie waren groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2. Deze zijn nader beschreven en uitgelegd in paragraaf 1.2. De inclusie -en exclusiecriteria van de onderzoekspopulatie zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Inclusie –en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Niveau junior, medior, senior	Stagiaires
Functie behandelaar F en G	Zelfstandigen zonder personeel (ZZP-ers)
	Invalkrachten

Binnen de onderzoekspopulatie werden de groepsleiders met niveau junior, medior, senior (onderverdeling naar ervaring en competenties), en de functie behandelaar F en G als inclusiecriteria meegenomen (bijlage 1 en 2). Deze maken allen deel uit van de teams werkzaam op Waaier B1 en Waaier B2.

Stagiaires, zelfstandigen zonder personeel (ZZP-ers) en invalkrachten werden als exclusiecriteria gehanteerd. Deze zijn geen of tijdelijk onderdeel van beide teams, niet altijd voldoende gekwalificeerd of zitten in een leertraject. Daarnaast zijn deze werknemers beperkt in dienst, wat niet ten goede komt voor de planning van de interviews en het verkrijgen van relevante data.

2.2.4 Data-analyse methode

De interviews werden geanalyseerd volgens het 6-fasenmodel van Braun en Clarke (bijlage 8) geanalyseerd (Cardiff, 2012). De verkregen data werd geordend en uitgesplitst in genummerde fragmenten, zodat duidelijk te achterhalen was wat bij elkaar hoorde. Om de data meer te reduceren werden de fragmenten vervolgens samengevat in codes. De gecodeerde fragmenten zijn bekeken en beoordeeld op relevantie, frequentie, de relatie met de deelvraag en/of deze correspondeerden met bijbehorende thema's. De gecodeerde fragmenten met bijbehorende thema werden geclusterd. Vervolgens werd gezocht naar de structuur en centrale begrippen uit de verkregen data. Vanuit de samenvattende beschrijving (resultaten) van de data-analyse werd gestreefd om een generaliserende conclusie te beschrijven, die inzicht en antwoord gaf op de deelvraag, ook wel kenmerkend voor een inductief onderzoek (Baarda, 2014; Verhoeven, 2016).

2.2.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

Geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid werden in dit kwalitatief beschrijvend onderzoek als vier aandachtsgebieden gehanteerd, waarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek werd nagestreefd (Munten et al., 2016; Verhoeven, 2016).

Met de onderzoeksresultaten werd gestreefd een geloofwaardig en zo realistisch mogelijk beeld te geven, waarin groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2, en buiten deze setting, zich kunnen herkennen (geloofwaardigheid).

De beschrijving en selectie van de onderzoekspopulatie geven een goede afspiegeling van de setting waar het onderzoek gedaan is. Dit onderzoek is hypothetisch overdraagbaar naar andere settings binnen de GGZ, mede door een duidelijke contextbeschrijving (verplaatsbaarheid).

De collega-onderzoeker was in het kader van peer debriefing betrokken bij het proces van codering en er werden kritische vragen gesteld over de onderzoeksresultaten. Volgens Baarda (2014) wordt door een kritische objectieve opstelling voorkomen dat de eigen overtuiging of verwachtingen van de interviewer leidend wordt in het onderzoek. Het hanteren van de controlemiddelen droeg bij aan een gunstig effect op de betrouwbaarheid en transparantie van de onderzoeksresultaten (plausibiliteit).

Bij de interviews is gebruik gemaakt van audioapparatuur. De audio opnames konden achteraf nageluisterd worden, wat de kwaliteitscontrole van de interviews maximaal maakte (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012). Alle respondenten mochten hun eigen interview lezen en voorzien van feedback (membercheck). Ook werd de mogelijkheid geboden om het interview terug te luisteren (Baarda, 2014). De audio opnames, transcripten van de interviews en logboek zijn gedocumenteerd en in te zien (verifieerbaarheid).

2.3 Praktijkonderzoek Cécile Cuypers

In deze paragraaf worden de onderzoeksbenadering, dataverzamelingstechniek, onderzoekspopulatie, data-analysemethode en de kwaliteitsborging beschreven van de deelvraag:

“Aan welke taken moeten groepsleiders voldoen volgens kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen, de kinderverpleegkundige en groepsleiders, rondom signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek?”

2.3.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen voor een kwantitatief beschrijvend onderzoek. De antwoorden worden uitgedrukt in getallen en/of percentages (Grit & Julsing, 2012). Hiermee kunnen de karakteristieken van een groep respondenten in kaart worden gebracht en niet van individuele personen (Saunders et al., 2015). Hiermee kan er (in)zicht worden verkregen op de kennis, het oordeel en het gedrag van de respondenten en vergelijkingen worden gemaakt met bijvoorbeeld hoogst genoten opleiding en op welke afdeling de respondent werkzaam is. Verder bevat dit onderzoek enkele kwalitatieve elementen daar er bij drie vragen ruimte was om antwoorden toe te lichten. De toelichting kan extra informatie geven op het gegeven antwoord. De data zijn zowel op nominaal (geslacht) als ordinaal (opleiding) meetniveau weergegeven. Met de uitkomsten hoopt de onderzoeker de verwachtingen, betreffende de somatische zorg van cliënten op een klinische afdeling, in kaart te brengen.

2.3.2 Dataverzamelingstechniek

Er werd gebruik gemaakt van een enquête. Hierdoor hebben de respondenten tijd om na te denken over hun antwoord, is er sprake van een geringe afnametijd en heeft de interviewer geen invloed op de antwoorden (Baarda, 2014). Vanwege de respondentvriendelijkheid en de anonimiteit van de respondenten is gebruik gemaakt van een web-survey. Met behulp van Survio online enquête service werd de enquête ontworpen, verstuurd en de uitslagen verzameld. De enquêtevragen (bijlage 9) werden eenduidig, niet suggestief en neutraal gesteld. De topics voor de enquêtevragen zijn gebaseerd op gevonden resultaten uit het literatuuronderzoek, informatie verwerkt in protocollen en informele informatie vernomen vanuit verschillende disciplines (bijlage 10). De web-survey bestond uit zestien vragen. Een korte vragenlijst zal het respons vergroten (Grit & Julsing, 2012). De antwoorden konden gegeven worden op een Likertschaal met vier schaalpunten (Bakker & van Buuren, 2014). Er werd geen centraal middelpunt gebruikt, om de respondenten te stimuleren een duidelijke keuze te maken (Baarda, 2014). Hierdoor kunnen er concretere aanbevelingen worden gedaan. Voor het ontwerpen van de enquête werd gebruik gemaakt van de ervaring en expertise van de projectbegeleider, opdrachtgever en is er overleg geweest met de collega-onderzoeker. Er werd, onder twee niet

deelnemende medewerkers, een proefenquête afgenomen om eventuele onduidelijkheden en aanvullingen op vragen mee te nemen in de definitieve versie (Baarda et al., 2013).

2.3.3 Onderzoekspopulatie

Er zijn drie kinderartsen, één kinderverpleegkundige en zes kinder- en jeugdpsychiaters werkzaam binnen de Mutsaersstichting. Daarnaast zijn er 97 groepsleiders werkzaam op de klinische afdelingen. Doordat het een kleine populatie betreft konden alle betrokkenen worden meegenomen en kan men spreken van een populatieonderzoek (Baarda, 2014; Grit & Julsing, 2012). De e-mailadressen werden uit het e-mailbestand van de organisatie verkregen. Groepsleiders uitgevallen door ziekten en/of vakantie, stagiaires, zelfstandigen zonder personeel (ZZP-ers) en invalkrachten werden geëxcludeerd. Deze zijn geen of tijdelijk onderdeel van de teams op de klinische afdelingen, niet altijd voldoende gekwalificeerd of zitten in een leertraject (Bakker & van Buuren, 2014). Uiteindelijk werden er 91 respondenten, via de mail, benaderd om deel te nemen (bijlage 11). In de enquête werd de doelstelling en het verloop van het onderzoek nader omschreven (bijlage 12). Tevens werd vermeld dat anonimiteit gewaarborgd werd door de gegevens anoniem te verwerken (Baarda et al., 2009). De termijn voor het invullen van de enquête was gesteld op zes weken. Na twee weken kregen de respondenten een herinnering gestuurd en werd dit verzoek in de laatste week voor de einddatum herhaalt, om de respons te vergroten (Baarda, 2014).

2.3.4 Data-analyse methode

De enquêtes werden systematisch en descriptief geanalyseerd (van der Velde, Jansen & Dijkers, 2013). Elke ingevulde enquête kon afzonderlijk worden ingezien, waardoor de leeftijd, genoten opleiding en de plek waar men werkzaam zijn inzichtelijk was. De data zijn vervolgens verzameld en verwerkt in een Excel bestand en weergegeven middels een tabel. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van de modus als centrummaat. Van hieruit zijn de overeenkomsten, verschillen en bijzonderheden beschreven. De gegeven toelichtingen werden inductief benaderd, van waaruit thema's ontstonden, geclusterd werden en overkoepelende thema's ontstonden die antwoord gaven op de deelvraag (Baarda, 2014). Dit als aanvulling op de getallen en percentages uit de verdere verkregen data.

2.3.5 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

Voor het ontwerpen van de web-survey werd gebruik gemaakt van een checklist die ontwikkeld is ten behoeve van de workshop 'Enquête maken' (Fontys Hogeschool Eindhoven, 2013). Het gebruik van een web-survey draagt ertoe bij dat de respondenten zich anoniemer voelen en wordt de kans op het geven van sociaal wenselijke antwoorden verkleind (Baarda, 2014). De vragen zijn echter niet aan te passen tijdens de afname en men kan niet doorvragen op bepaalde antwoorden (Grit & Julsing, 2012). Bij het opstellen van de enquêtevragen is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, informatie vanuit de organisatie verwerkt in protocollen en informele informatie vernomen vanuit verschillende disciplines (triangulatie). De interne validiteit van dit onderzoek werd verhoogd door de enquêtevragen voor te leggen aan experts (projectbegeleider en opdrachtgever), collega-onderzoeker en door gebruik te maken van een proefenquête. De context waarin de enquête werd afgenomen werd duidelijk omschreven, wat zorgt voor externe validiteit (Verhoeven, 2010; Munten et al., 2016). Dit onderzoek kan herhaald worden in een soortgelijke organisatie met soortgelijke respondenten.

Tijdens het gehele onderzoek werd peerdebriefing toegepast (Baarda, 2014). Beide onderzoekers hebben niet deelgenomen aan deze enquête om objectiviteit te waarborgen.

3. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten en de deelconclusie uitgewerkt en beschreven van de drie deelvragen, zoals deze in §1.6 vermeld staan.

3.1 Resultaten van het literatuuronderzoek

De resultaten van dit literatuuronderzoek zijn onderverdeeld in zes bouwstenen; beleid, somatische screening, voorlichting, leefstijlbegeleiding, dossiers en scholing. Deze zes bouwstenen zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) opgesteld, voor GGZ-instellingen, om somatische monitoring en leefstijlbegeleiding structureel in de organisatie te borgen (Inspectie van de gezondheidszorg, 2012). Verder zijn de thema's voorzieningen en medicatie meegenomen daar deze veelvuldig in de literatuur naar voren kwamen.

3.1.1 Beleid

RET Amsterdam en Noord-Holland (2014) schrijft dat de meeste instellingen beleid en protocollen op het gebied van somatische zorg hebben vastgelegd maar dat de uitvoering en naleving hiervan onduidelijk is. Cliënten beoordelen somatische zorg als goed als er voldoende aandacht is voor somatische problemen, ondersteuning wordt gegeven en er een goede samenwerking is tussen de zorgverleners. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017) vermeldt dat zorg aan cliënten met co- en multi-morbiditeit een multidisciplinaire benadering vereist waarbij de taken en verantwoordelijkheden van betrokken disciplines helder dienen te zijn. Het verdient aanbeveling om de verantwoordelijkheden (aanspreekpunt voor vragen van de cliënt, inhoudelijke verantwoording voor de behandeling en de coördinatie en regie over de zorgverlening en zorgproces) bij één persoon te leggen. Registratie en uitwisseling van gegevens is van cruciaal belang voor goede samenwerking en coördinatie van zorg.

3.1.2 Somatische screening

Voor een goede lichamelijke- en geestelijke gezondheid van cliënten met een EPA is somatische screening en de daaropvolgende behandeling van cruciaal belang (van Gool & van Meijel, 2012). Het is belangrijk dat een somatische screening instellingsbreed wordt aangeboden, vastgelegd in een protocol en het doel, uitslag en eventuele vervolgstappen met cliënten besproken worden. Bij cliënten met een EPA is het van belang om dit jaarlijks te laten plaats vinden om somatische klachten vroegtijdig te signaleren en preventief te werken. Het Trimbosinstituut (2015) voegt toe dat verpleegkundigen controles kunnen uitvoeren en controleren of deze zijn uitgevoerd.

3.1.3 Voorlichting

Instellingen geven voorlichting over de risico's betreffende leefstijl en somatische co-morbiditeit waarbij de vraag blijft in hoeverre hier systematisch aandacht aan besteed wordt (RET Amsterdam en Noord-Holland, 2014). Voeding en leefstijl zijn twee onderwerpen waarover cliënten voorlichting willen, vooral door ervaringsdeskundigen. Een (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundige of psychiater moet voorlichting geven aan cliënten over bijwerkingen van medicatie, leefstijl en voeding (Kenniscentrum Phrenos, 2014; Trimbosinstituut, 2015).

3.1.4 Leefstijlbegeleiding

RET Amsterdam en Noord-Holland (2014) beschrijft dat leefstijlprogramma's geen standaard onderdeel van de behandeling zijn, maar afhankelijk lijkt te zijn van individuele medewerkers die affiniteit hebben met dit onderwerp. Verder worden leefstijlinterventies ingezet zoals sport en bewegen en is er aandacht voor overgewicht (met of zonder bemoeienis van een diëtiste). Om lichamelijke klachten te voorkomen willen cliënten dat er vanuit de instelling een leefstijlprogramma wordt aangeboden. Van Gool en van Meijel (2012) vermelden dat cliënten met een EPA zorg moeten ontvangen met leefstijlinterventies voortkomend uit somatische screening, vooral gericht op beweging, voeding en stoppen met roken ter preventie en/of de behandeling van het metabool syndroom.

3.1.5 Dossiers

Volgens RET Amsterdam en Noord-Holland (2014) maakt somatiek veelal deel uit van het behandelplan/besprekingen waarbij dit soms alleen 'op indicatie' of 'indien van toepassing' is. Medicatiegegevens worden vastgelegd in het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS). Het is van belang dat somatische informatie een vast onderdeel wordt van het behandelplan.

3.1.6 Scholing

Vroegtijdige herkenning en behandeling van somatische complicaties dragen positief bij aan het verbeteren van de gezondheidstoestand, functioneren en geestelijke gezondheid van de cliënt. Professionals geven aan vaak onvoldoende kennis te hebben van (riskante) somatische kenmerken en co-morbiditeit, gebrek aan urgentiebesef en een tekort aan vaardigheden op het gebied van somatische problematiek (RET Amsterdam en Noord-Holland, 2014). BIG-geregistreerde hulpverleners zijn verantwoordelijk voor zorgvuldig handelen, samenwerken en deelname aan toetsings- en nascholingsbijeenkomsten die nodig zijn voor herregistratie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

3.1.7 Voorzieningen

Bij de meeste GGZ-instellingen is een somatisch arts ter beschikking. In een enkel geval fungeert een psychiater als huisarts voor de cliënten (RET Amsterdam en Noord-Holland, 2014). De IGZ (2001) vermeldt dat het aantal (medisch) voorbehouden handelingen zo beperkt is dat de verhouding wel/niet medisch opgeleid personeel (30%-70%) geen probleem is. Het Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) merkt echter als knelpunt op dat de begeleiding van patiënten met co-/multi-problematiek vaak plaats vindt door niet-somatische zorgverleners die onvoldoende somatische expertise hebben. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2004) schrijft dat door diversiteit aan opleidingsachtergronden gebruik kan worden gemaakt van elkaars expertise en/of deskundigheid. Van Gool en van Meijel concluderen in 2012 dat er onvoldoende aandacht is voor somatische zorg bij cliënten met een EPA, waardoor somatische diagnostiek en behandeling te laat wordt ingezet. Tevens wordt vermeld dat het gebrek aan urgentiebesef, tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van somatische zorg bij de zorgverleners een barrière is voor goede somatische zorg.

3.1.8 Medicatie

Er is weinig vroegtijdige en systematische aandacht voor eventuele ernstige somatische en/of psychische bijwerkingen van medicatie. Wanneer een cliënt onder begeleiding is van een niet medisch onderlegde zorgverlener moet er regelmatig overleg plaatsvinden met artsen betreffende de medicatie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij goed op de hoogte zijn welke bijwerkingen psychofarmaca kunnen geven, hoe deze te signaleren en uit te vragen bij de cliënt. Dit heeft een positief effect op de gezondheid en therapietrouw van de cliënt en worden complicaties eerder opgemerkt (van der Kellen, 2011).

3.1.9 Deelconclusie literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat somatische zorg binnen de GGZ op verschillende punten extra aandacht verdient. De taken en verantwoordelijkheden van groepsleiders (verpleegkundigen) worden niet of nauwelijks concreet omschreven. De aandacht is vooral gericht op leefstijlinterventies, medicatiemonitoring en de coördinatie van zorg. Meerdere instellingen hebben beleid en protocollen op het gebied van somatische zorg maar de uitvoering en naleving hiervan is onduidelijk. Leefstijlinterventies krijgen steeds meer aandacht in de behandeling maar is nog onvoldoende geborgd. De literatuur spreekt zich tegen op het gebied van kwalificaties van groepsleiders. In één artikel wordt geschreven dat het aantal (medisch) voorbehouden handelingen beperkt is en dat het werkzaam zijn van niet medisch geschoold personeel geen probleem vormt.

In andere artikelen wordt geconcludeerd dat niet-somatische zorgverleners onvoldoende expertise hebben betreffende het begeleiden van cliënten met co-/multi-problematiek. Het gebrek aan urgentiebesef en tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van somatische zorg bij de zorgverleners is een barrière voor goede somatische zorg.

3.2 Onderzoekresultaten praktijkonderzoek Jermain Macintos

In deze paragraaf worden de deelnemersbeschrijving, resultaatbeschrijving en de deelconclusie beschreven.

3.2.1 Deelnemersbeschrijving

In tabel 6 is de deelnemersbeschrijving weergegeven.

Tabel 6: Deelnemersbeschrijving

Respondenten (> 1 jaar werkzaam op de afdeling)	8
Behandelaar F (n=8)	6
Behandelaar G (n=8)	2
Waaier B1 (n=8)	4
Waaier B2 (n=8)	4
SPH (n=8)	4
Pedagogiek (n=8)	3
MBO-V (n=8)	1

3.2.2 Resultaatbeschrijving

De resultaten zijn onderverdeeld in de thema's: kennis, levensbedreigende situaties, beleid somatische zorg en inschatten signalen. Deze thema's worden met sub-thema's nader toegelicht.

3.2.2.1 Beleid somatische zorg

Opname

Alle respondenten gaven aan dat somatische zorg, bij farmacotherapie en cliënten met een eetstoornis, tijdens opname besproken worden en duidelijk is hoe zij moeten handelen. Bij de overige opnames werd weinig aandacht besteed aan somatische zorg. Zo stelt respondent 3: *"Op het moment ben ik mentor van een meisje die bijvoorbeeld een hartprobleem heeft gehad. Maar dat wordt tijdens een opname eigenlijk niet heel erg onder de aandacht gebracht"*.

Toepassen somatische zorg

Alle respondenten pasten somatische zorg toe binnen hun afdeling. Zij gingen hier op verschillende wijzen mee om. Twee respondenten pasten somatische zorg toe vanuit ervaring uit vorige casussen. Respondent 5 zegt: *"Dan ga ik toch een stukje uit van mijn ervaring en dan handel je naar goed geweten"*. Twee respondenten lieten eerst de cliënt eigen regie houden voordat zij de zorg overnamen. Respondent 2 benoemt: *"Dus ik probeer normaal gesproken wel zo veel mogelijk de verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf terug te leggen door vragen te stellen en diegene weer vertrouwen te geven"*.

Medicatie

Eén respondent gaf aan dat de medicatie niet altijd goed staat voorgeschreven in het dossier. De psychiater verwachtte wel dat de medicatie gegeven werd. De psychiater werd herinnerd om alert te blijven dat medicatie op de juiste manier wordt voorgeschreven en in het dossier verwerkt wordt om zo medicatiefouten te voorkomen. Respondent 7 ervaaarde dit als volgt: *"Nou we merken op dit moment qua samenwerking met de psychiaters dat medicatie vaak niet op de juiste manier wordt weggezet. Waardoor we achter de feiten aanlopen of sneller fouten maken in medicatie geven"*. De andere zeven respondenten hebben niet aangegeven dat medicatie niet goed wordt voorgeschreven in het dossier.

3.2.2.2 Kennis

Bekwaamheid

Zeven respondenten ervaaarden over onvoldoende kennis te beschikken om somatische zorg toe te passen, waarvan twee respondenten meer verpleegkundigen wensten voor hun afdeling. Zij ervaaarden vooral wondverzorging na automutilatie, bijwerkingen van medicatie, injecteren, maagsonde inbrengen, diabeteszorg en reanimatie als complexe

handelingen. Zij gaven aan dat zij geen verpleegkundige achtergrond hebben of dat zij de handelingen meer bij een verpleegkundige vonden passen. Zo geeft respondent 1 aan dat ze het niet altijd als prettig ervaart: *“(...) omdat ik denk, het is niet mijn vakgebied. Ik ben geen verpleegkundige zeg maar. Het zijn denk ik soms best verpleegkundige handelingen”*. Van alle respondenten ervaarde één respondent wel voldoende kennis, dit betrof een verpleegkundige-collega.

Signaleren

Drie respondenten gaven aan onvoldoende te kunnen signaleren. Als voorbeeld werden situaties aangegeven waarin een cliënt bijwerkingen van de medicatie ontwikkelde of bij verandering van medicatie. Het was voor de respondenten niet duidelijk waar zij op moesten letten, wat mogelijke bijwerkingen konden zijn en hoe deze zich uitten. Zo stelt respondent 4: *“Als je niet weet wat je kan signaleren, dan lukt het wellicht ook niet om goed te signaleren. Dus als je daar weinig kennis en ervaring in hebt, dan wordt het wel een lastige”*.

3.2.2.3 Inschatten signalen

Beoordelen cliënt

Alle respondenten begonnen met observeren, vragen stellen en doorvragen, bij een vermoeden van klachten en als de cliënt zelf somatische klachten aangaf. Zij probeerden een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de cliënt om te beoordelen welke acties nodig waren. Zo benoemd respondent 7: *“... kijken, vragen stellen. Vragen om het te laten zien, als ze zich bijvoorbeeld geautomutileerd hebben, zodat je een inschatting kunt maken ...”*

Rol van collega's

Bij de helft van de respondenten werden collega's betrokken bij datgene dat gesignaleerd was. Zo geeft respondent 8 hierbij aan: *“... collega's bewust maken: Heb je dit of dat gezien, Dit heb ik gezien, Hoe zie jij dat, Heb je dat al vaker gezien bij de cliënt?”* De collega's werden op die manier op de hoogte gebracht van de situatie van de cliënt, gevraagd alert te zijn en werden de observaties vergeleken. Vier respondenten schakelden zo snel mogelijk een verpleegkundige-collega in, als deze in dienst was, of iemand van de medische dienst. Respondent 1 geeft aan: *“Wat ik altijd in eerste instantie probeer, is te kijken op de B-vleugel. Daar werken namelijk een aantal verpleegkundigen, of die in dienst zijn. (...) Lukt dat niet, (...) En dan gaan we kijken of we een kinderarts moeten bellen”*.

Inschatten urgentie

Door alle respondenten werd onderscheid gemaakt tussen urgente situaties en minder urgente situaties van de cliënt. Dit was afhankelijk of de situatie van de cliënt levensbedreigend was of niet. Zo stelt respondent 3: *“Ja, dat is natuurlijk wel afhankelijk van de klacht. Maar als ik het heel dringend vind en het kan niet wachten tot de volgende werkdag, dan zou ik meteen de huisartsenpost inschakelen. (...) En als er dingen zijn, waarvan ik denk: 'Die kunnen wachten', dan zou ik voor de volgende dag een afspraak bij de kinderarts proberen te maken”*.

Rol van ouders

Drie respondenten betrokken ook ouders erbij als zij klachten signaleerden bij een cliënt. Zo benoemd respondent 8: *“En vooral ook ouders te betrekken: 'Is dit bekend?', 'Is hij regelmatig ziek?'. Doorvragen, uitvragen...”* In die situaties ging het over algehele malaise bij de cliënt en als zij de cliënt nog niet goed (genoeg) kenden.

3.2.2.4 Levensbedreigende situaties

Rol van externe disciplines

Bij levensbedreigende situaties werd door alle respondenten opgeschaald naar de kinderarts of kinderverpleegkundige. Buiten kantoor tijden vielen zij terug op de dienstdoende psychiater, huisartsenpost of werd 112 gebeld. Vooral bij diepe wonden door automutilatie, suïcidepogingen en verslechterde toestand van cliënten met een eetstoornis werd sneller opgeschaald naar externe disciplines. Respondent 1 benoemd: *“En gebeurt het buiten kantooruren en ik denk het is dusdanig neem ik contact op met de huisartsenpost. Of als het echt heel erg is bel ik 112, omdat het dan buiten mijn expertise gaat”*.

3.2.3 Deelconclusie

Concluderend ervaren de respondenten uit dit deelonderzoek onvoldoende kennis om somatische factoren te signaleren en te interpreteren. Vaak werd hulp ingeschakeld van een verpleegkundige-collega of werd opgeschaald naar de medische dienst, huisartsenpost of 112. Dit had deels te maken met gevoel van twijfel, onzekerheid en angst om een verkeerde inschatting/interventie in te zetten. Daarnaast voelden de groepsleiders zich erg verantwoordelijk voor de zorg van hun cliënten. De groepsleiders wisten vaak wel de medische handelingen uit te voeren, maar niet altijd hoe te handelen bij complicaties of afwijkende scenario's. Omdat de meeste groepsleiders geen medische achtergrond hebben, is niet te verwachten dat er medisch gedacht wordt. Hierdoor was het voor groepsleiders moeilijk in te schatten wat nog verantwoord was en wat niet.

De ervaring van de respondenten was dat de kinderartsen en psychiaters, naast farmacotherapie en cliënten met een eetstoornis, er weinig aandacht is voor somatische zorg bij opnames. Klachten konden achteraf aan het licht komen tijdens een opname. Groepsleiders wisten dan niet wat zij konden verwachten en wat er van hen verwacht werd in het uitvoeren van somatische zorg.

In dit deelonderzoek zijn signaleren en/of inschatten van medicatiebijwerkingen, wondzorg en somatische kenmerken bij een suïcidepoging als voornaamste somatische zorg genoemd door de respondenten, waar zij meer kennis in nodig hebben. Scholing werd als oplossing door alle respondenten aangedragen om de kennis van deze drie 'knelpunten' in de somatische zorg bij de groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2 beter te borgen. Twee respondenten zagen meer verpleegkundigen voor hun afdeling als oplossing. Scholing kan de zelfverzekerdheid van de groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2 vergroten en de grootste twijfel wegnemen. Groepsleiders weten, door meer scholing, eerder wat zij moeten signaleren, hoe dit te interpreteren en van daaruit te handelen.

3.3 Onderzoeksresultaten praktijkonderzoek Cécile Cuypers

In deze paragraaf worden de deelnemersbeschrijving, resultaatbeschrijving en de deelconclusie beschreven.

3.3.1. Deelnemersbeschrijving

Er werden 91 respondenten benaderd om deel te nemen aan het onderzoek waarvan er 60 (66%) de enquête hebben ingevuld. In tabel 7 is te lezen dat de respondenten ($n = 60$) bestonden uit 15 mannen (25%) en 45 vrouwen (75%) in de leeftijd van 21 tot 63 jaar met een gemiddelde leeftijd van 33,4 jaar. Zij hadden als hoogst genoten opleiding Middelbaar Beroepsonderwijs (7%), Hoger Beroepsonderwijs (83%) of Wetenschappelijk Onderwijs (10%). Dit wordt verder in het onderzoek genoemd als MBO, HBO en WO. Van alle respondenten waren 36 respondenten werkzaam op een open klinische afdeling (60%), zeven op een besloten klinische afdeling (12%), elf op een gesloten klinische afdeling (18%) en zes niet direct werkzaam op, maar wel verbonden aan een klinische afdeling (10%). Dit wordt verder in het onderzoek genoemd als open, besloten, gesloten en niet werkzaam op een afdeling.

Tabel 7: Deelnemersbeschrijving

Demografische gegevens	Onderzoekspopulatie (60)
<i>Geslacht n (%)</i>	
<i>Vrouw</i>	45 (75%)
<i>Man</i>	15 (25%)
<i>Leeftijd n (gem. $\pm$ SD)</i>	60 (33,4 $\pm$ 9,99)
<i>Hoogst genoten opleiding n (%)</i>	
<i>MBO</i>	4 (7%)
<i>HBO</i>	50 (83%)
<i>WO</i>	6 (10%)
<i>Werkzaam op: n (%)</i>	
<i>Open klinische afdeling</i>	36 (60%)
<i>Besloten klinische afdeling</i>	7 (12%)
<i>Gesloten klinische afdeling</i>	11 (18%)
<i>Niet op een klinische afdeling</i>	6 (10%)

3.3.2 Resultaten beschrijving

De uitkomsten van de enquêtevragen worden met cijfers en percentages in een tabel weergegeven en in een korte en bondige samenvatting beschreven. Daarbij wordt, indien van belang, het aantal respondenten vermeld tussen haakjes. Bij twee vragen was er ruimte voor toelichting. Van de 60 respondenten gaven bij vraag twaalf 28 respondenten (47%) een toelichting en bij vraag veertien 32 respondenten (53%). Op het einde van de enquête gaven 27 respondenten (45%) algemene toelichting. De resultaten zijn onderverdeeld in thema's die vanuit de vragen en de toelichtingen naar voren kwamen. Uit de toelichtingen zijn citaten gebruikt om de resultaten te benadrukken.

3.3.2.1 Somatische zorg

Van alle respondenten vond 40% somatische zorg op een afdeling zeer belangrijk, 48% belangrijk, 8% niet belangrijk en 3% het helemaal niet belangrijk. Of groepsleiders voldoende op de hoogte zijn betreffende somatische zorg antwoorde 0% ruim voldoende, 27% voldoende, 67% onvoldoende en 7% ruim onvoldoende (tabel 8). Vanuit het opleidingsniveau bekeken vonden drie MBO-ers ($n=4$), 44 HBO-ers ($n=50$) en zes WO-ers ($n=6$) somatische zorg belangrijk tot zeer belangrijk en één MBO-er ($n=4$), zes HBO-ers ($n=50$) en nul WO-ers ($n=6$) niet of helemaal niet belangrijk. Respondent 10 zegt: "Hoe intensiever de algehele zorg des te belangrijker is de somatische zorg. Maar in de basis moet voor alle cliënten adequate somatische zorg beschikbaar zijn". Drie respondenten gaven aan niet te weten wat er precies onder somatische zorg wordt verstaan.

Tabel 8: Somatische zorg

<i>In welke mate vindt u somatische zorg belangrijk op de klinische afdeling?</i>	<i>Zeer belangrijk</i>		<i>Belangrijk</i>		<i>Niet belangrijk</i>		<i>Helemaal niet belangrijk</i>	
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	
	24 (40%)		29 (48%)		5 (8%)		2 (3%)	
<i>Vindt u dat groepsleiders voldoende op de hoogte is betreffende somatische zorg?</i>	<i>Ruim onvoldoende</i>		<i>Onvoldoende</i>		<i>Voldoende</i>		<i>Ruim voldoende</i>	
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	
	4 (7%)		40 (67%)		16 (27%)		0 (0%)	

In tabel 9 staan aspecten die de respondenten noemden in de toelichtingen en koppelden aan somatische zorg.

Tabel 9: Aspecten somatische zorg

Somatische zorg
Wondverzorging
Lichamelijke (zelf)zorg
Gewicht
Eetpatroon
Somatisch onderzoek
Sondevoeding
Intramusculair spuiten
Somatische complicaties als gevolg van suïcidepogingen door medicatie of strangulatie
Werking en bijwerking van medicatie

3.3.2.2 Kennis

Volgens de respondenten hebben groepsleiders 0% ruim voldoende, 27% voldoende, 65% onvoldoende en 8% ruim onvoldoende kennis betreffende somatische zorg (tabel 10). Het hoogste percentage was op een open afdeling op onvoldoende kennis (64%), op de besloten ruim onvoldoende (100%), op de gesloten onvoldoende (64%) en niet werkzaam op een afdeling voldoende (50%). Bij deze laatste groep was het verschil tussen voldoende en onvoldoende 17 %. Bij de andere afdelingen was dit tussen de 28% en 100%.

Van alle respondenten vond 60% dat groepsleiders ruim onvoldoende en 28% onvoldoende relaties kunnen leggen tussen somatische- en psychiatrische problematiek. De overige 25% vond dit voldoende en 2% ruim voldoende (tabel 10). Vanuit opleidingsniveau gezien lagen de hoogste scores bij MBO ($n=4$) op voldoende (twee), HBO ($n=50$) op onvoldoende (30) en WO ($n=6$) ook op onvoldoende (vijf).

Tabel 10: Kennis

Heeft groepsleiders, volgens u, voldoende kennis betreffende somatische zorg?	Ruim onvoldoende		Onvoldoende		Voldoende		Ruim voldoende	
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	
	5 (8%)		39 (65%)		16 (27%)		0 (0%)	
Vindt u dat groepsleiders voldoende relaties kan leggen tussen somatische - en psychiatrische problematiek?	Ruim onvoldoende		Onvoldoende		Voldoende		Ruim voldoende	
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	
	8 (13%)		36 (60%)		15 (25%)		1 (2%)	

Bij de toelichting vermelden respondenten ($n=59$) dat een gemis aan (verpleegkundige)kennis (24) en daarbij horende vaardigheden (zeven) als een belemmering wordt gezien betreffende somatische zorg. Respondent 48 vermeldt: “(...) Alles loopt ook door elkaar qua problematieken op iedere afdeling. En als je dan ook relaties moet maken met somatische klachten en psychiatrische problematieken”. Drie respondenten gaven aan dat de expertise elders kon worden gehaald.

3.3.2.3 Verwachtingen

Welke werkzaamheden op somatisch gebied er van groepsleiders bedoeld worden was voor 2%, van alle respondenten, erg duidelijk, 18% duidelijk, 67% onduidelijk en voor 13% erg onduidelijk (tabel 11). Onduidelijk scoorde het hoogst bij respondenten werkzaam op een open (61%), besloten (71%) en gesloten (64%) afdeling. Respondenten niet werkzaam op een afdeling, scoorden het hoogst bij erg onduidelijk (67%).

Respondent 68 stelt: “Daarnaast is het voor mij onduidelijk door wie een cliënt, die somatische zorg nodig heeft (wondverzorging), verzorgd wordt. Is het de cliënt zelf, groepsleiders of iemand met BHV [bedrijfshulpverlener]?”

De duidelijkheid aan verwachtingen van alle disciplines, betreffende somatische zorg, was voor 2% erg duidelijk, 15% duidelijk, 68% onduidelijk en 15% erg onduidelijk. Volgens 2% voldoen groepsleiders aan deze werkzaamheden, 40% vindt dat groepsleiders hier voldoende aan voldoen, 54% onvoldoende voldoen en 9% niet voldoen.

Op de vraag of de verwachtingen, betreffende somatische zorg, op elke afdeling gelijk zijn antwoorden 25% helemaal niet gelijk, 60% niet gelijk, 10% gelijk en 5% helemaal gelijk. De respondenten scoorden het hoogst bij niet gelijk; open 53%, besloten 43%, gesloten 82% en niet werkzaam op een afdeling 82%. Bij de toelichting op deze vraag gaven zeventien respondenten ($n=34$) aan dat somatische zorg meer voorkomt op de besloten en gesloten afdelingen. Acht respondenten vonden dit afhankelijk van de cliënten populatie (leeftijd, problematiek), vier respondenten vonden dat op elke afdeling dezelfde (somatische) basiszorg gegeven moet worden los van leeftijd en/of problematiek. Twee respondenten vonden dat dit afhankelijk is van de groepsleider zelf en voor twee respondenten waren de algemene verwachtingen onduidelijk. Eén respondent vermeldde bang te zijn dat door bezuinigingen de focus op somatische zorg onder druk zal worden gezet.

Tabel 11: Verwachtingen

Vindt u dat voor de groepsleiders duidelijk is welke werkzaamheden op somatisch gebied hiermee bedoeld worden?	Erg onduidelijk	Onduidelijk	Duidelijk	Erg duidelijk
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	8 (13%)	40 (67%)	11 (18%)	1 (2%)
Vindt u dat groepsleiders aan deze werkzaamheden voldoen?	Niet voldoen	Onvoldoende voldoen	Voldoende voldoen	Wel voldoen
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	5 (8%)	31 (52%)	23 (38%)	1 (2%)
Vindt u dat de verwachtingen, betreffende somatische zorg, van alle disciplines duidelijk?	Erg onduidelijk	Onduidelijk	Duidelijk	Erg duidelijk
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	9 (15%)	41 (68%)	9 (15%)	1 (2%)
Vindt u dat de verwachtingen, betreffende somatische zorg, op elke afdeling gelijk zijn?	Helemaal niet gelijk	Niet gelijk	Gelijk	Helemaal gelijk
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	15 (25%)	36 (60%)	6 (10%)	3 (5%)

3.3.2.4 Vaardigheden

Van alle respondenten zijn er 54 direct werkzaam op een afdeling. Hiervan geeft 59% aan dat er een aantal tot veel vaardigheden worden gemist om goede somatische zorg te bieden. De overige 35% vond dat er weinig vaardigheden werden gemist. Van de respondenten niet werkzaam op een afdeling ($n=6$) vond 17% dat er veel, 17% een aantal en 67% weinig vaardigheden worden gemist. Geen respondent vond dat er géén vaardigheden werden gemist (tabel 12).

Tabel 12: Missen van vaardigheden

Vindt u dat er op de afdeling vaardigheden worden gemist om goede somatische zorg te bieden?	Veel vaardigheden	Aantal vaardigheden	Weinig vaardigheden	Geen vaardigheden
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	4 (7%)	33 (55%)	23 (38%)	0 (0%)

In tabel 13 worden de vaardigheden weergegeven die genoemd werden in de toelichting op deze vraag.

Tabel 13: Vaardigheden

Vaardigheden
- <i>Het signaleren en interpreteren van (psycho)somatische klachten</i>
- <i>Aanleggen van verbanden</i>
- <i>Werking en bijwerking van medicatie</i>
- <i>Verzorging automutilatie</i>
- <i>Inschatten en verzorgen wonden</i>
- <i>Injecteren</i>
- <i>Ondersteunen bij diabetes</i>
- <i>(Handmatig) bloeddruk meten</i>
- <i>Co-morbiditeit</i>
- <i>Eetstoornissen</i>
- <i>Maagsonde inbrengen</i>
- <i>Sondevoeding toedienen</i>

Bij de toelichting werd door dertien respondenten ($n=32$) aangegeven dat, betreffende somatische zorg, er te weinig kennis is en het niet hebben van een verpleegkundige achtergrond, als belemmering werd ervaren. Twee respondenten gaven aan dat zij zich niet of onvoldoende competent vonden, waardoor zij zich onzeker en onbekwaam voelden. Van alle respondenten vond 7% dat er totaal geen belemmeringen (tabel 14) zijn om somatische zorg toe te passen bij klinische cliënten, 45% weinig, 45% aantal en 3% veel belemmeringen. Er is verschil tussen de afdelingen waar de respondenten werkzaam zijn; respondenten op een open afdeling scoorden het hoogst op aantal belemmeringen (53%). Besloten (71%), gesloten (55%) en niet werkzaam op een afdeling (67%) scoorden het hoogst op weinig belemmeringen.

Tabel 14: Belemmeringen

Vindt u dat er belemmeringen zijn om de somatische zorg toe te passen bij de klinische cliënten?	Veel belemmeringen	Aantal belemmeringen	Weinig belemmeringen	Totaal geen belemmeringen
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2 (3%)	27 (45%)	27 (45%)	4 (7%)

3.3.2.5 Opleiding

De genoten opleiding wordt door 67% van alle respondenten van invloed gezien op de somatische zorg (tabel 15).

Tabel 15: Opleiding

Vindt u dat genoten opleiding van invloed is op het geven van somatische zorg op de afdeling?	Helemaal geen invloed	Geen invloed	Wel invloed	Veel invloed
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	6 (10%)	14 (23%)	21 (35%)	19 (32%)
Vindt u het noodzakelijk dat er groepsleiders met een verpleegkundige achtergrond op de afdelingen (en) werkzaam zijn?	Totaal niet noodzakelijk	Niet noodzakelijk	Noodzakelijk	Zeer noodzakelijk
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	3 (5%)	11 (18%)	20 (33%)	26 (43%)

Van de MBO-ers ($n=4$) vonden drie respondent dat de genoten opleiding géén invloed heeft en één respondent dat het veel invloed heeft. HBO en WO vonden dat dit veel invloed heeft, respectievelijk 57% en 67%.

Respondenten gaven in de toelichting aan ($n=58$) aan dat er meer informatie en scholing gewenst is over somatische zorg (zeventien) en groepsleiders met een niet verpleegkundige opleiding minder kennis hebben betreffende somatische zorg (twaalf). Verder gaven respondenten aan dat er expertise wordt gehaald bij andere afdelingen en/of disciplines (acht), groepsleiders met een verpleegkundige opleiding van meerwaarde zou zijn (acht) en vijf respondenten vonden het belangrijk dat er meer groepsleiders opgeleid worden als BHV-er, zodat zij eerste hulp bij ongelukken (EHBO) kunnen toepassen.

Van alle respondenten gaf 43% aan het zeer noodzakelijk, 33% noodzakelijk, 18% niet noodzakelijk en 5% totaal niet noodzakelijk dat er groepsleiders met een verpleegkundige achtergrond op de afdeling werkzaam zijn. Alle MBO-ers ($n=4$) vonden het noodzakelijk (50%) tot zeer noodzakelijk (50%) dat er groepsleiders met een verpleegkundige achtergrond op de afdeling werkzaam zijn. Van de HBO-ers (74%) vond 34% het noodzakelijk tot zeer noodzakelijk (40%). De WO-ers ($n=6$) vonden dit noodzakelijk (één) tot zeer noodzakelijk (vier). Eén WO-er zegt dit totaal niet noodzakelijk te vinden. Hier is verschil tussen de afdelingen; de open groepen vonden dit voor 67% noodzakelijk en de gesloten afdeling vond dit voor 100% noodzakelijk. Respondent 52 (WO-geschoold) meldt: “Er zijn verschillende handelingen die enkel uitgevoerd zouden moeten worden door iemand die hier een opleiding voor heeft gevolgd (...)”

Bij de toelichtingen op vraag 14 en aan het einde van de enquête ($n=59$), vermelden twintig respondenten dat verpleegkundig geschoolde groepsleiders meer kennis en vaardigheden hebben dan anders opgeleide. Hierbij betrof het, het interpreteren en inschatten van somatische klachten en vaardigheden (tabel 14). Het volgen van een BHV-opleiding en de daarbij horende EHBO wordt als belangrijk ervaren.

3.4 Deelconclusie

Door bovenstaande resultaten kan antwoord gegeven worden op de vraag:

“Aan welke taken moeten groepsleiders voldoen volgens kinder- en jeugdpsychiaters, kinderartsen, de kinderverpleegkundige en groepsleiders, rondom signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek?”

Alhoewel somatische zorg binnen de klinische afdelingen als belangrijk tot zeer belangrijk werd ervaren, is het begrip somatische zorg onvoldoende duidelijk. Het is onduidelijk wat er precies onder somatische zorg wordt verstaan, welke taken worden verwacht van groepsleiders en waar de verantwoordelijkheden liggen. Het is voor 67% onduidelijk tot 13% erg onduidelijk welke werkzaamheden van groepsleiders op somatische gebied bedoeld worden. Vooral voor de respondenten niet werkzaam op een afdeling is dit erg onduidelijk. De respondenten gaven elk een eigen invulling aan aspecten van somatische zorg. Er werd door de respondenten niet specifiek gesproken over signaleren, interpreteren en/of toepassen. Het is onduidelijkheid welke verwachtingen van andere disciplines er zijn en ervaren respondenten dat groepsleiders niet of onvoldoende voldoen aan deze verwachtingen. De verwachtingen verschillen per afdeling. De respondenten verwachten dat op de besloten en gesloten afdeling meer somatische zorg voorkomt. Tevens is dit, volgens de respondenten, afhankelijk van de cliëntenpopulatie.

Op de afdelingen worden, volgens respondenten werkzaam op een afdeling, een aantal tot veel vaardigheden gemist door groepsleiders voor het bieden van goede somatische zorg. Respondenten niet werkzaam op een afdeling vinden dat er weinig vaardigheden worden gemist.

Belemmeringen in het toepassen van somatische zorg worden het meest ervaren op open klinische afdelingen. Belemmeringen komen voort uit gebrek aan kennis, vaardigheden en ervaringen, maar ook uit de onduidelijkheid aan de inhoud en verwachtingen betreffende somatische zorg. Het inschatten van somatische zorg, verbanden aanleggen, het beoordelen van wonden, werkingen en bijwerking van (nood)medicatie en co-morbiditeit zijn onderwerpen die volgens de respondenten onvoldoende belicht worden. Er wordt regelmatig beroep gedaan op de kinderartsen, de kinderverpleegkundige en groepsleiders (met of zonder verpleegkundige opleiding), die werkzaam zijn op de besloten en gesloten afdeling. Groepsleiders werkzaam op deze afdelingen ervaren echter ook een tekort aan scholing. Het zou een meerwaarde zijn als er meer aandacht zou zijn voor coaching en scholing betreffende somatische zorg en de aanwezigheid van verpleegkundigen op een klinische afdeling, vooral op de besloten en gesloten afdeling. Het opleiden van alle groepsleiders voor BHV zou een positieve invloed hebben op beoordelen en verzorgen van wonden.

4. Conclusie

De drie deelconclusies zijn geblend tot een eindconclusie en geven antwoord op de onderzoeksvraag:

“Op welke manier kunnen groepsleiders van de afdelingen Waaier B1 en Waaier B2 somatische zorg van jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek optimaliseren?”

Om de meest optimale somatische zorg te bieden aan jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek is het van belang dat de verwachtingen, taken en verantwoordelijkheden naar groepsleiders duidelijk zijn. Daarbij zijn kennis en vaardigheden vereist om kwalitatief goede somatische zorg te kunnen bieden.

De aandachtspunten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn verdeeld in twee thema's.

4.1 Verwachtingen

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de verwachtingen ten aanzien van de inhoud, taken en de invulling van en door groepsleiders, betreffende somatische zorg, duidelijker omschreven moeten worden. Daarbij is het belangrijk om mee te nemen waar de verantwoordelijkheid begint en eindigt voor groepsleiders. RET Amsterdam en Noord-Holland (2014) schrijft dat de meeste instellingen beleid en protocollen betreffende somatische zorg hebben vastgelegd maar dat de uitvoering en naleving hiervan niet altijd duidelijk is. Het verduidelijken, concretiseren, beleidsmatig naleven en borgen van deze verwachtingen en verantwoordelijkheden, optimaliseert de somatische zorg van de afdelingen Waaier B1 en Waaier B2. Deze conclusie is daarbij ook van toepassing op de andere afdelingen.

4.2 Kennis en vaardigheden

De respondenten uit dit onderzoek hadden de verwachting dat groepsleiders werkzaam op Waaier B1 en Waaier B2 meer kennis en vaardigheden van somatische zorg hebben. Hierdoor wordt er regelmatig beroep gedaan op groepsleiders van deze afdelingen, door collega's van open afdelingen. Groepsleiders werkzaam op Waaier B1 en Waaier B2 ervaren echter ook een tekort aan kennis en vaardigheden. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (2017) vermeldt dat niet somatische zorgverleners onvoldoende expertise hebben betreffende het begeleiden van patiënten met co-/multi-problematiek. Daarnaast vinden van Gool en van Meijel (2012) dat het gebrek aan urgentiebesef en het tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van somatische zorg bij de zorgverleners een barrière is voor kwalitatief goede somatische zorg. Hieruit kan gesteld worden dat er meer medische kennis en vaardigheden nodig zijn om de somatische zorg binnen de afdelingen Waaier B1 en B2 te optimaliseren. Het vergroten van kennis en vaardigheden bij de groepsleiders van de afdelingen Waaier B1 en B2, stelt hun in staat om te handelen bij complicaties en afwijkende scenario's. De verwachting is dat hierdoor minder beroep gedaan wordt op externe disciplines.

5. Discussie

Het onderzoek kent meerdere sterke maar ook zwakkere aspecten. Gedurende het gehele onderzoek is rekening gehouden met de kwaliteitsborging zoals beschreven bij alle deelvragen. Aan deelonderzoek twee en drie hebben beide onderzoekers niet als respondent deelgenomen om beïnvloeding van de resultaten te voorkomen. Bij beide onderzoeken is gebruik gemaakt van peer debriefing. De data van deelvraag twee en drie zijn door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld en geanalyseerd. Dit om te voorkomen dat eigen overtuiging en verwachtingen van de onderzoeker leidend werden. Beide aspecten dragen bij aan de betrouwbaarheid (Baarda, 2014). Daarna zijn de analyses gezamenlijk geïnterpreteerd tot een deelconclusie. Een duidelijke contextomschrijving zorgt voor de verifieerbaarheid van dit onderzoek (Verhoeven, 2010; Munten et al., 2016). Hierdoor kan dit onderzoek worden herhaald in een soortgelijke organisatie met soortgelijke respondenten. De anonimiteit van beide praktijkonderzoeken werden gewaarborgd zoals beschreven in de kwaliteitsborging.

Voor het vinden van geschikte literatuur, is gezocht met vele zoektermen, in verschillende databanken en zijn andere bronnen geraadpleegd. Tevens werd gebruik gemaakt, met toestemming van de auteur, van de literatuurlijst van een, nog niet gepubliceerd, onderzoek. In dit onderzoek werden zorgonderwerpen, die relevantie hadden voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen, beschreven. Dit heeft ervoor gezorgd dat er voldoende geschikte literatuur is gevonden om antwoord te kunnen geven op de literatuurvraag.

Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van web-survey. Er werd onder twee niet deelnemende werknemers een proefenquête afgenomen om eventuele onduidelijkheden en aanvulling op vragen mee te nemen in de definitieve versie (Baarda et al., 2013).

Er werd één geschikte bron gevonden gericht op de specifieke doelgroep, zoals genoemd in de onderzoeksvraag. Hierop werd besloten, in overleg met de projectbegeleider en opdrachtgever, om de literatuurvraag te verbreden naar somatische zorg in de psychiatrie. Dit met het doel om van daaruit de relatie te leggen tussen aanbevelingen en basisvoorwaarden, waaraan groepsleiders moeten voldoen, betreffende somatische zorg. De conclusie is niet specifiek op jongeren van toepassing. In de literatuur wordt vooral gesproken over somatische zorg en psychiatrische problematiek in het algemeen. De onderzoekers zijn zich bewust dat er verschil is tussen kinder-, jeugd-, en volwassenenpsychiatrie, maar hebben te weinig vergelijkingsmateriaal om hieruit conclusies te trekken.

Daar de onderzoeker van deelvraag twee bekend was met de afdelingen en werkzaamheden van de respondenten werd er tijdens de interviews niet altijd voldoende doorgevraagd op de antwoorden van de respondenten. Hierdoor was de kans groter dat er sturende vragen werden gesteld. Dit zou wel meer specifiekere informatie hebben opgeleverd, maar het onderzoek teveel beïnvloed hebben.

Om de anonimiteit, bij deelvraag drie, te waarborgen werd niet gevraagd naar de functie van de respondenten. Hierdoor is niet duidelijk geworden of de verwachtingen per discipline verschillend waren, waardoor er geen specifieke aanbevelingen gedaan kunnen worden per discipline. Het is niet representatief om conclusies te trekken vanuit opleidingsniveau, daar er maar vier MBO- en zes WO-respondenten hebben deelgenomen.

Door het gebruik van een web-survey kon niet op antwoorden worden doorgevraagd, waardoor achterliggende motivaties lastig achterhaald kunnen worden. Verder is er niet gevraagd naar specifieke vaardigheden en belemmeringen betreffende somatische zorg. Bij de vrije ruimtes in de web-survey is hier wel globaal antwoord op verkregen. De respons van de web-survey was na de vastgestelde responsperiode onvoldoende. Door een extra reminder is voldoende respons behaald.

6. Aanbevelingen

Dit hoofdstuk vermeldt de aanbevelingen van dit onderzoek in twee thema's.

6.1 Verwachtingen

Het onderzoek van Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) geeft aan dat taken en verantwoordelijkheden van betrokken disciplines, binnen een GGZ-instelling, helder dienen te zijn. De zorg verandert (verandering van opvattingen betreffende zorg, zelfmanagement cliënten, toename co-morbiditeit, preventie) en hierdoor ook het beroepsprofiel van de verpleegkundige (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, 2012). Door de verandering van zorg zal er een toename aan kennis worden verwacht van groepsleiders. Hierdoor kunnen taken en verantwoordelijkheden van groepsleiders binnen de Mutsaersstichting veranderen, waarop geanticipeerd moet worden. Derhalve wordt aanbevolen om een kwalitatief onderzoek te doen naar de positionering van somatische zorg binnen de Mutsaersstichting en de hierbij horende taakomschrijving en rolverdeling. Dit onderzoek kan gedaan worden door de kwaliteitsadviseurs, maar ook binnen een toekomstig afstudeeronderzoek van medewerkers. Hierbij kan men gebruik maken van de thema's (beleid, somatische screening, voorlichting, leefstijlbegeleiding, dossiers, scholing, voorzieningen en medicatie) die uit het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen.

De Mutsaersstichting krijgt hierdoor zicht en inzicht of groepsleiders hieraan kunnen voldoen. De (aangepaste) verwachtingen, taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken disciplines moeten duidelijk worden omschreven en geborgd middels protocollen en functieomschrijving, onder verantwoording van de kwaliteitsadviseurs, binnen het kwaliteitsstatuut van de Mutsaersstichting. Hierdoor worden barrières en handelingsverlegenheid betreffende somatische zorg binnen Waaier B1 en Waaier B2 verkleind en vergroten ze de kwaliteit van (somatische)zorg.

6.2 Kennis en vaardigheden

Professionals in de GGZ hebben, naast specifieke deskundigheid, ook praktische handvaten nodig om signalen te herkennen en te beoordelen (Meeuwissen et al., 2014). De onderzoekers bevelen aan dat er kennisbevordering komt voor groepsleiders binnen Waaier B1 en Waaier B2 op het gebied van aanleggen van verbanden, het beoordelen van wonden, werking- en bijwerking van (nood)medicatie, co-morbiditeit en inschatten van (acute) somatische zorg. Dit kan door interne scholing. De interne scholing die momenteel gegeven wordt is vooral gericht op vaardigheden en minder op kennis. Bij de Mutsaersstichting wordt gewerkt met een opleidingscarrousel waarin training/scholing regelmatig worden herhaald/aangeboden. Door meer theoretische kennis in de (bij)scholingen te integreren, kan meer kennis worden overgebracht in het bestaande (bij)scholings aanbod. Hierbij zou de organisatie de kinderverpleegkundige en/of verpleegkundige groepsleiders kunnen inzetten.

Indien er meer verpleegkundige groepsleiders werkzaam zouden zijn op de afdelingen zou er meer kennis aanwezig zijn betreffende somatische zorg. Verder kunnen verpleegkundige groepsleiders een adviserende, maar ook verbindende, taak gaan innemen tussen de bestaande medische dienst en de groepsleiders. Werven van groepsleiders met een verpleegkundige achtergrond binnen Waaier B1 en Waaier B2, heeft in de huidige context de voorkeur.

Momenteel zijn alleen groepsleiders werkzaam op Waaier B1 en Waaier B2 geschoold als BHV'er, eerste hulp bij ongelukken (EHBO) is hier een onderdeel van. Uit de resultaten van de web-survey, maar ook door intensievere zorgvraag, wordt tevens aanbevolen om alle groepsleiders op te leiden tot EHBO'er. Dit om de eerste symptomen van somatische factoren te kunnen signaleren en hierop deskundig te handelen, ook op de andere afdelingen. Hierdoor wordt de deskundigheid van de gehele kliniek vergroot.

Rekening houdend met de aanbevelingen zal het signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg door groepsleiders van Waaier B1 en Waaier B2, en in de toekomst de andere afdelingen, geoptimaliseerd worden. Dit zal de kwaliteit van zorg binnen de Mutsaersstichting ten goede komen.

7. Bronnenlijst

Boek

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V..

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Baarda, B., van der Hulst, M., & de Goede, M. (2012). *Basisboek Interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Baarda, B., de Goede, M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Bakker, R., Bootsma, J., & Boom, A. (2013). *Zorgen over, zorgen voor...: De leerling met een zieke broer of zus*. Den Haag: ZIEZON: het landelijk netwerk Ziek-zijn & Onderwijs.

Bakker, E., & van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Boeije, H., het Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam, Nederland: Boom onderwijs.

Grit, R., & Julsing, M. (2012). *Zo doe je een.....Onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (2014). *Coëlho: Zakwoordenboek der geneeskunde* (Herz. ed.). Amsterdam, Nederland: Reed Business Education.

Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., Borggreve, A., Booy, A., & Beltman, S. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek* (7e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.

Van der Velde, M., Jansen, P., & Dijkers, J. (2013). *Toegepast onderzoek: Opzetten, uitvoeren en rapporteren..* Hilversum, Nederland: Concept.

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (3e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Verhoeven, N. (2016). *Onderzoeken doe je zo!* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.

Vermeulen, H., & Ubbink, D. T. (2009). *Vakliteratuur onder de loep. Een praktische handleiding om wetenschappelijke literatuur kritisch te beoordelen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Internet

Cardiff, S. (2012, september). Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke. Geraadpleegd op 7 april 2017, van https://elo.fontys.nl/CMS/Studie/Materialen%20per%20opleiding/02%20FHV/HBO-V/EBPT3T4/wk14_Thematische%20analyse%20van%20kwalitatieve%20data.pdf?tssp_sco=1

CCMO. (z.j.). Toestemming geven. Geraadpleegd van <http://www.ccmo.nl/nl/toestemming-geven>

Couwenbergh, C., & van Weeghel, J. (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/09/01/over-de-brug>

Deleu, M., Neves Ramos, D., Janssens, A., & Deboutte, D. (2011). Het metabool syndroom bij kinderen en jongeren: het belang van monitoring bij een behandeling met atypische antipsychotica. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 67(6), 288-298. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/profile/Astrid_Janssens/publication/287716962_The_metabolic_syndrome_in_children_and_adolescents_-_Monitoring_adverse_events_of_second-generation_antipsychotics/links/56ba172a08aed47e41f38b81.pdf

Fontys Hogeschool Eindhoven. (2013, november). Presentatie workshop enquête maken. Geraadpleegd op 4 mei 2017, van https://elo.fontys.nl/Pages/ViewItem.aspx?orgItemId=26876721&side=l&tssp_sco=0

Inspectie van de gezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. (2001). *Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/zoekresultaten.htm?searchstring=kwaliteit+van+zorg+in+de+minder+en+jeugdpsychiatrie#gsc.tab=0&gsc.q=kwaliteit%20van%20zorg%20in%20de%20minder%20en%20jeugdpsychiatrie&gsc.page=1>

Inspectie van de gezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. (2012, 29 november). *Staat van de Gezondheidszorg 2012 Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen*. Geraadpleegd op 14 juni 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/11/29/staat-van-de-gezondheidszorg-2012>

Jansen, H. (2013, 4 juni). Kinderarts in de GGZ- jeugdzorg. Geraadpleegd op 3 maart 2017, van <https://intranet.mutsaersstichting.nl/document/kinderarts-de-ggz-jeugdzorg>

Kenniscentrum Phrenos. (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd van <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/de-brug-pva-epa/>

Landelijk Platform GGZ, Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, GGZ Nederland, Nederlands Instituut voor Psychologen, P3NL, & V&VN. (2016). *Onderzoeksagenda GGz: De juiste behandeling op het juiste moment*. Geraadpleegd van [http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Onderzoeksagenda%20GGz%20\(def\),%20maart%202016.pdf](http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Onderzoeksagenda%20GGz%20(def),%20maart%202016.pdf)

Meeuwissen, J., van Meijl, B., van Piere, M., Bak, M., Bakkenes, M., van der Kellen, D., . . . Hermens, M. (2014). *Richtlijn: Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. Geraadpleegd van <http://www.venvn-spv.nl/nieuwsbrief/nieuwsbrief23-richtlijn-somatische-screening-patienten-ernstige-psy-aand.pdf>

Muskens, J. B., Vermeulen, K., van Deurzen, P. A. M., Tomesen, E. M. A., van der Gaag, R. J., Buitelaar, J. K., & Staal, W. G. (2015, oktober). Somatische screening in kinder- en jeugdpsychiatrie: een descriptieve pilotstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(10), 710-718. Geraadpleegd van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-10-artikel-muskens.pdf>

Mutsaersstichting. (2014, september). [Functieomschrijving Behandelaar F]. Geraadpleegd op 29 november 2017, van https://intranet.mutsaersstichting.nl/system/files/document_watermarked/588f1430ab991.pdf

Mutsaersstichting. (2014, september). [Functieomschrijving Behandelaar G]. Geraadpleegd op 29 november 2017, van

https://intranet.mutsaersstichting.nl/system/files/document_watermarked/588f146a04cd6.pdf

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. (2017). *GENERIEKE MODULE Comorbiditeit*. Geraadpleegd van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-comorbiditeit/>

Rathod, R., Khaire, A., Kale, A., & Joshi, S. (2016, september). Effect of vitamin B12 and omega-3 fatty acid supplementation on brain neurotrophins and cognition in rats: A multigeneration study. *Biochimie*, pp. 201-2008. Geraadpleegd van http://ac.els-cdn.com/S0300908416301572/1-s2.0-S0300908416301572-main.pdf?_tid=96aa5750-0961-11e7-8c4e-00000aacb35f&acdnat=1489570220_fd5120b9b0c93ece61f41e4d9ba6a487

Regionaal Expert Team (RET) Amsterdam en Noord-Holland. (2014). *Somatische zorg in de GGz*. Geraadpleegd van <http://www.ggznieuws.nl/home/somatische-zorg-voor-ggz-patiënten-kan-beter/>

Rijksuniversiteit Groningen. (2016, 14 maart). Systematisch literatuur zoeken. Geraadpleegd op 1 oktober 2016, van <http://www.rug.nl/society-business/language-centre/academische-communicatievaardigheden/hacv/schriftelijke-vaardigheden/voor-studenten/bronnen-literatuur/systematisch-literatuur-zoeken>

Samenwerkend Toezicht jeugd. (2013). Reik thuiszitters de hand. Geraadpleegd op 31 maart 2017, van http://reikthuiszittersdehand.nl/het_probleem_thuiszitten/

Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Deel 3*. Geraadpleegd van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

- Trimbos instituut. (2015). *Wetenschappelijke onderbouwing multidisciplinaire richtlijn: Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. Geraadpleegd van <http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20150401%20%20Wetenschappelijke%20onderbouwing%20multidisciplinaire%20richtlijn%20Somat>
- van der Kellen, R. (2011, maart). Somatisch screening een taak voor verpleegkundige of arts? *Sociale Psychiatrie*, 30(96), 57-60. Geraadpleegd van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp96/SP96-mediaan.pdf>
- van Gool, R., & van Meijl, B. (2012, april). Mind the body! Somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vraagt om een multidisciplinaire aanpak. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 10(2), 4-8. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1007/s12468-012-0011-x>
- van Harten, P. N. (2004, maart). Meetinstrumenten bij motorische bijwerkingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(10), 711-715. Geraadpleegd van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1296pdf.pdf
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2004). GGz Verpleegkundige. Geraadpleegd op 25 april 2017, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/BDP_GGz-verpleegkundige.pdf

8. Bijlagen

Bijlage 1: Functieomschrijving Behandelaar F

FUNCTIEOMSCHRIJVING	
Mutsaersstichting	Behandelaar F

Kern van de functie:

Het zorgdragen voor het tot stand komen, evalueren en bijstellen van het behandelplan op moduleniveau voor de cliënt binnen het kader van het samenhangende zorg- en dienstverleningsaanbod in veelal gesloten complexe intramurale situaties en in (ambulante) veelal instabiele (multiprobleem) situaties.

Treedt op als behandelcoördinator en is in die hoedanigheid verantwoordelijk voor de samenwerking tussen de verschillende disciplines, treedt op als aanspreekpersoon en verantwoordelijke voor enkele cliënten / cliëntsystemen.

Het mede uitvoeren van de integrale hulpverlening aan cliënten en/of het cliëntstelsel door middel van de dagelijkse begeleiding en/of verzorging. Is flexibel inzetbaar ten behoeve van de vraagstelling van de doelgroep.

Plaats in de organisatie:

Ontvangt leiding van de teamcoördinator.

Kan functionele aanwijzing van behandelaren ontvangen.

Kan functionele aanwijzingen geven aan de medewerkers van de werkeenheid en/of collegae.

Contacten:

Intern:

Heeft dagelijks contact met collegae begeleiders, behandelaren, teamcoördinator en overige functionarissen voor zover van belang bij de uitvoering van de werkzaamheden.

Extern:

Heeft regelmatig contact met ouders/wettelijk vertegenwoordigers en overige externe personen en instanties voor zover de werkzaamheden dat vereisen.

Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen:

Aan cliënten en/of het cliëntstelsel is (dagelijkse) begeleiding en/of verzorging aangeboden.

Er is zorggedragen voor het opstellen van het individuele behandelplan op moduleniveau en de zorg van enkele cliënten is gecoördineerd.

Er is als behandelcoördinator zorggedragen voor het opstellen van het individuele behandelplan en de behandeling van meerdere cliënten is gecoördineerd.

Er is mede zorggedragen voor een goede en adequate informatie-uitwisseling.

Overige werkzaamheden zijn verricht.

Uitwerkingen in activiteiten:

Aan cliënten en/of het cliëntstelsel is (dagelijkse) begeleiding en/of verzorging aangeboden.

Draagt zorg voor de begeleiding en ondersteuning van cliënten. Verricht daartoe werkzaamheden, gericht op het psychische, somatisch en sociale welbevinden van cliënten conform de afspraken uit het individuele behandelplan op moduleniveau.

Verricht desgewenst verzorgende en verpleegkundige taken conform vastgesteld beleid binnen de Mutsaersstichting.

Begeleidt cliënten zowel individueel als groepsgericht bij (vrije tijd) activiteiten en evenementen en bevordert en stimuleert deze.

Observeert cliënten en verwerkt eventuele bijzonderheden in het individuele behandelplan op moduleniveau.

Draagt samen met de andere teamleden zorg voor het voor de behandeling gewenste therapeutische klimaat op de afdeling.

Verricht (mede) alle huishoudelijke werkzaamheden binnen de werkeenheid.
Levert mede een bijdrage aan het dagbesteding- en het woon/leefklimaat van cliënten.

Er is zorggedragen voor het opstellen van het (individuele) behandelplan op moduleniveau en de zorg van enkele cliënten is gecoördineerd.

Draagt zorg voor het opstellen van een individueel behandelplan op moduleniveau voor de cliënt als afgeleide van het behandelplan.

Besprekt het individuele behandelplan op moduleniveau in het multidisciplinaire team.

Draagt zorg voor informatie met betrekking tot het vastgestelde individuele behandelplan op moduleniveau aan alle bij de verzorging en begeleiding betrokken medewerkers.

Besprekt regelmatig de verleende zorg- en dienstverlening met de cliënt en/of cliëntstelsysteem en draagt zo nodig zorg voor aanpassing/bijstelling van het individuele behandelplan op moduleniveau.

Treedt op als persoonlijk begeleider van een aantal cliënten.

Er is als behandelcoördinator zorggedragen voor het opstellen van het behandelplan en de behandeling van meerdere cliënten is gecoördineerd.

Draagt zorg voor het opstellen van een individueel behandelplan voor de cliënt.

Besprekt het individuele behandelplan in het multidisciplinaire team.

Draagt zorg voor informatie met betrekking tot het vastgestelde individuele behandelplan aan alle bij de verzorging en begeleiding betrokken medewerkers.

Draagt zorg voor de samenwerking tussen de verschillende bij de zorg- en dienstverlening van de cliënt betrokken disciplines, treedt op als aanspreekpersoon en verantwoordelijke voor een cliënt(en systeem).

Besprekt regelmatig de verleende zorg- en dienstverlening met de cliënt en/of cliëntstelsysteem en draagt zonnodig zorg voor aanpassing/bijstelling van het individuele behandelplan.

Treedt op als behandelcoördinator van meerdere cliënten.

Er is mede zorggedragen voor een goede en adequate informatie-uitwisseling.

Draagt mede zorg voor een goede afstemming door informatie-uitwisseling met collegae binnen de werkeenheid en de afstemming met anderen bij de cliënt betrokkenen in- en externen.

Brengt relevante informatie in tijdens besprekingen met betrekking tot het individuele behandelplan op moduleniveau.

Neemt deel aan multidisciplinaire cliëntbesprekingen.

Neemt deel aan werkbesprekingen van de werkeenheid.

Overige werkzaamheden zijn verricht

Zet specifieke competenties in werk- en projectgroepen, commissies en/of scholingsactiviteiten.

Verricht een aantal door de teamcoördinator gedelegeerde afdelingswerkzaamheden waarbij te denken valt aan het opstellen van dienstroosters, Arbo-taken, begeleiding van leerlingen en stagiaires, het beheren van (afdeling)financiën en het verrichten van een aantal administratieve werkzaamheden.

Draagt mede zorg voor een goede samenwerking binnen de werkeenheid en met disciplines buiten de werkeenheid.

Er zijn initiatieven genomen tot het geven van feedback aan collegae en van collegae is feedback ontvangen en deze is vertaald naar persoonlijke ontwikkeldoelstellingen.

Streeft naar een veilige omgeving voor cliënten en medewerkers, is bekend met de veiligheidsaspecten en de eigen verantwoordelijkheid hierin.

Toelichting bij de functie-eisen:

Kennis

Beschikt over een relevante HBO opleiding en werkervaring. Is in staat om op een methodische wijze invulling te geven aan de werkzaamheden, zowel richting cliënten als medewerkers. Beschikt over beroeps specifieke kennis en vaardigheden om vanuit een niet hiërarchische positie sturing te geven aan de uitvoering van het individuele behandelplan.

Beschikt over beroeps specifieke kennis en vaardigheden om vanuit een niet hiërarchische positie sturing te geven aan de uitvoering van het individuele planproces.

Is op de hoogte van vigerende wet- en regelgeving in het kader van de verantwoordelijkheid voor het individuele behandelplan op moduleniveau. Kennis van de organisatie en de daarin geldende procedures, regels en regelingen is vereist. Ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied dienen te worden bijgehouden o.a. door het lezen van vakliteratuur en het volgen van trainingen en cursussen.

Zelfstandigheid

Binnen de afspraken van het individuele behandelplan op moduleniveau en het beleid van de werkeenheid worden de werkzaamheden zelfstandig uitgevoerd. Dagelijkse problemen worden zelfstandig opgelost. Treedt mede op als vraagbaak voor collegae begeleiders. De werkzaamheden worden door de functionaris zelfstandig uitgevoerd, zonder dat door hen altijd geparticipeerd wordt in een team. Daardoor is geen directe inhoudelijk terugval mogelijk. Collegiale raadpleging (ook van gedragskundigen) is pas achteraf mogelijk. Voor organisatorische zaken is terugval mogelijk bij de teamcoördinator.

Sociale vaardigheden

Er worden eisen gesteld aan sociale vaardigheden als tact, hulpvaardigheid, invoelend vermogen en intermenselijke zorg en aandacht tijdens het werken met cliënten en in de contacten met het cliëntstelsel. Het stimuleren en motiveren van cliënten is van belang en stelt soms eisen aan overredingskracht. Moet in staat zijn om in zich regelmatig voordoende conflictsituaties adequaat te handelen. Moet in staat zijn om in verschillende maatschappelijke contexten en culturen te kunnen werken met respect voor normen en waarden van het cliëntstelsel.

Tact en het vermogen tot het overbruggen van tegenstelling is van belang bij sturing geven aan collega's en bij het uitvoeren van het individuele behandelplan. In de onderlinge samenwerking met collegae is de medewerker mede verantwoordelijk voor een goede werksfeer en het realiseren van de doelstellingen van de werkeenheid.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

Er bestaat een kans op het veroorzaken van materiële schade en in de omgang met cliënten en bij de externe contacten bestaat een kans op het veroorzaken van immateriële schade. De behandelaar is verantwoordelijk voor het tot stand komen en uitvoeren van individuele behandelplannen op moduleniveau van cliënten.

Medeverantwoordelijkheid wordt gedragen voor de inhoud en het verloop van het zorg- en dienstverleningsproces.

Er dient doelmatig te worden omgegaan met inventaris, materiaal en middelen. Er is sprake van invloed op het beleid van de werkeenheid onder andere door een actieve deelname aan het werkoverleg.

Uitdrukkingsvaardigheid

In de contacten met cliënten worden eisen gesteld aan mondelinge uitdrukkingsvaardigheden waarbij ondersteuning door non-verbale communicatie noodzakelijk kan zijn. Ook in de contacten met het cliëntstelsel en in de samenwerkingscontacten worden eisen gesteld aan mondelinge uitdrukkingsvaardigheid. Schriftelijke vaardigheden zijn vereist bij overdrachten en rapportages en het aandragen van zaken ten behoeve van het individuele behandelplan op moduleniveau.

Bewegingsvaardigheid

Bewegingsvaardigheid is nodig bij het verrichten van verzorgende, verplegende en begeleidende werkzaamheden. Er wordt regelmatig gebruik gemaakt van een PC. Dient zorg te dragen voor de eigen mobiliteit in de regio.

Oplettendheid

In de omgang met cliënten worden er eisen gesteld aan oplettendheid in het kader van de veiligheid van de cliënt en bij het observeren van cliënten. Oplettendheid is vereist bij het tijdig onderkennen van de ernst van de bedreiging van de ontwikkeling van de in het gezin wonende kinderen.

Overige functie-eisen

Er worden eisen gesteld aan volharding en doorzettingsvermogen in het blijven stimuleren en motiveren van cliënten.

Gevoel voor systematiek, ordelijkheid en hygiëne is vereist bij het verrichten van verzorgende en/of verplegende werkzaamheden.

Er worden eisen gesteld aan integriteit en betrouwbaarheid in de omgang met privacy gevoelige informatie van cliënt en/of cliëntstelsel.

In de contacten met het cliëntstelsel en met externen worden eisen gesteld aan voorkomen en gedrag. Bij het observeren, signaleren en verzorgen is gevoel voor het menselijke lichaam van belang.

Inconveniënten

Er kan sprake zijn van fysieke belasting bij het ondersteunen van cliënten bij ADL activiteiten. Psychische belasting vindt plaats door piekbelasting en in het werk geconfronteerd worden met het lijden en leed van de cliënten. Er kan tevens sprake zijn van psychische belasting bij het werken in - soms - onveilig aandoende crisissituaties.

Er kan sprake zijn van bezwarende werkomstandigheden door het in contact komen met vuil en onaangename materialen.

Er bestaat een kans op persoonlijk letsel door agressief gedrag van cliënten en/of derden.

Bijlage 2: Functieomschrijving Behandelaar G

FUNCTIEOMSCHRIJVING	
Mutsaersstichting	Behandelaar G

Kern van de functie:

Het zorgdragen voor het tot stand komen, evalueren en bijstellen van het behandelplan op moduleniveau voor de cliënt binnen het kader van het samenhangende zorg- en dienstverleningsaanbod in veelal stabiele intramurale situaties en dagbehandeling. Tevens het bewaken van de voortgang van het begeleidingsplanproces door middel van de coördinatie van het proces.

Het mede uitvoeren van de integrale hulpverlening aan cliënten en/of het cliëntsysteem door middel van de dagelijkse begeleiding en verzorging. Is flexibel inzetbaar ten behoeve van de vraagstelling van de doelgroep.

Plaats in de organisatie:

Ontvangt leiding van de teamcoördinator.

Kan functionele aanwijzing van behandelaren ontvangen.

Kan functionele aanwijzingen geven aan de medewerkers van de werkeenheid op basis van de coördinatie van het individuele begeleidingsplan.

Contacten:

Intern:

Heeft dagelijks contact met collegae begeleiders, behandelaren, teamcoördinator en overige functionarissen voor zover van belang bij de uitvoering van de werkzaamheden.

Extern:

Heeft regelmatig contact met ouders/wettelijk vertegenwoordigers en overige externe personen en instanties voor zover de werkzaamheden dat vereisen.

Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen:

Aan cliënten en/of het cliëntsysteem is (dagelijkse) begeleiding en verzorging aangeboden.

Er is zorggedragen voor het opstellen van het individuele behandelplan op moduleniveau en de zorg van enkele cliënten is gecoördineerd.

Er is als behandelcoördinator zorggedragen voor het opstellen van het behandelplan en de behandeling van enkele cliënten is gecoördineerd.

Er is mede zorggedragen voor een goede en adequate informatie-uitwisseling.

Overige werkzaamheden zijn verricht.

Uitwerkingen in activiteiten:

Aan cliënten en/of het cliëntsysteem is (dagelijkse) begeleiding en verzorging aangeboden.

Draagt zorg voor de begeleiding en ondersteuning van cliënten. Verricht daartoe werkzaamheden, gericht op het psychische, somatisch en sociale welbevinden van cliënten conform de afspraken uit het individuele behandelplan op moduleniveau.

Verricht desgewenst verzorgende en verpleegkundige taken conform vastgesteld beleid binnen de Mutsaersstichting.

Begeleidt cliënten zowel individueel als groepsgericht bij (vrije tijd) activiteiten en evenementen en bevordert en stimuleert deze.

Observeert cliënten en verwerkt eventuele bijzonderheden in het individuele behandelplan op moduleniveau.

Draagt samen met de andere teamleden zorg voor het voor de behandeling gewenste therapeutische klimaat op de afdeling.

Verricht (mede) alle huishoudelijke werkzaamheden binnen de werkeenheid.
Levert mede een bijdrage aan het dagbesteding- en het woon/leefklimaat van cliënten.

Er is zorggedragen voor het opstellen van het (individuele) behandelplan op moduleniveau en de zorg van enkele cliënten is gecoördineerd.

Draagt zorg voor het opstellen van een individueel behandelplan op moduleniveau voor de cliënt als afgeleide van het behandelplan.

Bespreekt het individuele behandelplan op moduleniveau in het multidisciplinaire team.

Draagt zorg voor informatie met betrekking tot het vastgestelde individuele behandelplan op moduleniveau aan alle bij de verzorging en begeleiding betrokken medewerkers.

Bespreekt regelmatig de verleende zorg- en dienstverlening met de cliënt en/of cliëntsysteem en draagt zo nodig zorg voor aanpassing/bijstelling van het individuele behandelplan op moduleniveau.

Treedt op als persoonlijk begeleider van een aantal cliënten.

Er is als behandelcoördinator zorggedragen voor het opstellen van het behandelplan en de behandeling van enkele cliënten is gecoördineerd.

Draagt zorg voor het opstellen van een individueel behandelplan voor de cliënt.

Bespreekt het individuele behandelplan in het multidisciplinaire team.

Draagt zorg voor informatie met betrekking tot het vastgestelde individuele behandelplan aan alle bij de verzorging en begeleiding betrokken medewerkers.

Draagt zorg voor de samenwerking tussen de verschillende bij de zorg- en dienstverlening van de cliënt betrokken disciplines, treedt op als aanspreekpersoon en verantwoordelijke voor een cliënt(en systeem).

Bespreekt regelmatig de verleende zorg- en dienstverlening met de cliënt en/of cliëntsysteem en draagt zo nodig zorg voor aanpassing/bijstelling van het individuele behandelplan.

Treedt op als behandelcoördinator van meerdere cliënten.

Er is mede zorggedragen voor een goede en adequate informatie-uitwisseling.

Draagt mede zorg voor een goede afstemming door informatie-uitwisseling met collegae binnen de werkeenheid en de afstemming met anderen bij de cliënt betrokken in- en externen.

Brengt relevante informatie in tijdens besprekingen met betrekking tot het individuele behandelplan op moduleniveau.

Neemt deel aan multidisciplinaire cliëntbesprekingen.

Neemt deel aan werkbesprekingen van de werkeenheid.

Overige werkzaamheden zijn verricht

Zet specifieke competenties in werk- en projectgroepen, commissies en/of scholingsactiviteiten.

Verricht een aantal door de teamcoördinator gedelegeerde afdelingswerkzaamheden waarbij te denken valt aan het opstellen van dienstroosters, Arbo-taken, begeleiding van leerlingen en stagiaires, het beheren van (afdeling)financiën en het verrichten van een aantal administratieve werkzaamheden.

Draagt mede zorg voor een goede samenwerking binnen de werkeenheid en met disciplines buiten de werkeenheid.

Er zijn initiatieven genomen tot het geven van feedback aan collegae en van collegae is feedback ontvangen en deze is vertaald naar persoonlijke ontwikkeldoelstellingen.

Streeft naar een veilige omgeving voor cliënten en medewerkers, is bekend met de veiligheidsaspecten en de eigen verantwoordelijkheid hierin.

Toelichting bij de functie-eisen:

Kennis

Beschikt over een relevante HBO opleiding en werkervaring.

Is in staat om op een methodische wijze invulling te geven aan de werkzaamheden, zowel richting cliënten als medewerkers. Beschikt over beroeps specifieke kennis en vaardigheden om vanuit een niet hiërarchische positie sturing te geven aan de uitvoering van het individuele behandelplan op moduleniveau.

Is op de hoogte van vigerende wet- en regelgeving in het kader van de verantwoordelijkheid voor het individuele behandelplan op moduleniveau. Kennis van de organisatie en de daarin geldende procedures, regels en regelingen is vereist. Ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied dienen te worden bijgehouden

o.a. door het lezen van vakliteratuur en het volgen van trainingen en cursussen.

Zelfstandigheid

Binnen de afspraken van het individuele behandelplan op moduleniveau en het beleid van de werkeenheden worden de werkzaamheden zelfstandig uitgevoerd. Dagelijkse problemen worden zelfstandig opgelost. Treedt mede op als vraagbaak voor collegae begeleiders. Inhoudelijk terugval is mogelijk op collegae en behandelaren en voor organisatorische zaken is terugval mogelijk bij de teamcoördinator.

Sociale vaardigheden

Er worden eisen gesteld aan sociale vaardigheden als tact, hulpvaardigheid, invoelend vermogen en intermenselijke zorg en aandacht tijdens het werken met cliënten en in de contacten met het cliëntensysteem. Het stimuleren en motiveren van cliënten is van belang en stelt soms eisen aan overredingskracht. Tact en het vermogen tot het overbruggen van tegenstelling is van belang bij sturing geven aan collega's en bij het uitvoeren van het individuele behandelplan op moduleniveau. In de onderlinge samenwerking met collegae is de medewerker mede verantwoordelijk voor een goede werksfeer en het realiseren van de doelstellingen van de werkeenheden.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

Er bestaat een kleine kans op het veroorzaken van materiële schade en in de omgang met cliënten en bij de externe contacten bestaat een kans op het veroorzaken van immateriële schade. De behandelaar is verantwoordelijk voor het tot stand komen en uitvoeren van individuele behandelplannen op moduleniveau van cliënten. Mede-verantwoordelijkheid wordt gedragen voor de inhoud en het verloop van het zorg- en dienstverleningsproces.

Er dient doelmatig te worden omgegaan met inventaris, materiaal en middelen. Er is sprake van invloed op het beleid van de werkeenheden onder andere door een actieve deelname aan het werkoverleg.

Uitdrukkingsvaardigheid

In de contacten met cliënten worden eisen gesteld aan mondelinge uitdrukkingsvaardigheden waarbij ondersteuning door non-verbale communicatie noodzakelijk kan zijn. Ook in de contacten met het cliëntensysteem en in de samenwerkingscontacten worden eisen gesteld aan mondelinge uitdrukkingsvaardigheid. Schriftelijke vaardigheden zijn vereist bij overdrachten en rapportages en het aandragen van zaken ten behoeve van het individuele behandelplan op moduleniveau.

Bewegingsvaardigheid

Bewegingsvaardigheid is nodig bij het verrichten van verzorgende, verplegende en begeleidende werkzaamheden.

Er wordt regelmatig gebruik gemaakt van een PC.

Oplettendheid

In de omgang met cliënten worden er eisen gesteld aan oplettendheid in het kader van de veiligheid van de cliënt en bij het observeren van cliënten.

Overige functie-eisen

Er worden eisen gesteld aan volharding en doorzettingsvermogen in het blijven stimuleren en motiveren van cliënten.

Gevoel voor systematiek, ordelijkheid en hygiëne is vereist bij het verrichten van verzorgende en/of verplegende werkzaamheden.

Er worden eisen gesteld aan integriteit en betrouwbaarheid in de omgang met privacy gevoelige informatie van cliënt en/of cliëntensysteem.

In de contacten met het cliëntensysteem en met externen worden eisen gesteld aan voorkomen en gedrag. Bij het observeren, signaleren en verzorgen is gevoel voor het menselijke lichaam van belang.

Inconveniënten

Er kan sprake zijn van fysieke belasting bij het ondersteunen van cliënten bij ADL activiteiten.

Psychische belasting vindt plaats door piekbelasting en in het werk geconfronteerd worden met het lijden en leed van de cliënten. Er kan tevens sprake zijn van psychische belasting bij het werken in - soms - onveilig aandoende situaties.

Er kan sprake zijn van bezwarende werkomstandigheden door het in contact komen met vuil en onaangename materialen.

Er bestaat een kans op persoonlijk letsel door agressief gedrag van cliënten en/of derden.

Bijlage 3: Gevonden literatuur

	Titel	Auteur	Jaartal
	Eindrapport Somatische zorg in de GGz	<i>Regionaal Expert Team (RET) Amsterdam en Noord-Holland</i>	2014
	GENERIEKE MODULE Co-morbiditeit	<i>Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz</i>	2017
	Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie	<i>Inspectie van de Gezondheidszorg</i>	2002
	Mind the body! Somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vraagt om een multidisciplinaire aanpak.	<i>Ronald van Gool Bruno van Meijel</i>	2012
	Monitoring van fysieke gezondheid bij mensen met schizofrenie: De rol van psychiatrische verpleegkundigen.	<i>De Greef et al.</i>	2008
	Over de brug: plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychiatrische aandoeningen.	<i>Kenniscentrum Phrenos</i>	2014
	Somatische screening een taak voor Verpleegkundigen of arts?	<i>R. van der Kellen</i>	2011
	Wetenschappelijke onderbouwing multidisciplinaire richtlijn: Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.	<i>Trombosinstituut</i>	2015

Bijlage 4: Introductiebrief deelonderzoek 2

Beste collega van Waaier B1/B2,

Jermain Macintos en Cécile Cuypers zijn op dit moment bezig met afstuderen voor de HBO-V aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven.

In de afstudeerfase gaan wij afzonderlijk van elkaar een kwalitatief onderzoek doen binnen Waaier B1 en B2. Het onderzoeksthema is de somatische zorg binnen de Mutsaersstichting.

We gaan dit onderzoek doen door drie deelvragen te onderzoeken. De uitslagen van alle onderzoeken samen zullen uiteindelijk onze centrale onderzoeksvraag moeten beantwoorden.

We hebben de volgende doelstelling: 'In januari 2018 willen de onderzoekers aanbevelingen doen voor groepsleiders, betreffende de somatische zorg van jongeren van Waaier B1 en B2, gebaseerd op de resultaten van het onderzoek'.

De onderzoeksdeelvraag zal door face-to-face interviews onderzocht worden binnen Waaier B1 en B2. De interviews worden tussen juni en september 2017 afgenomen (wijzigingen onder voorbehoud). De onderzoeker wil in zijn onderzoek de verpleegkundige relevantie belichten door onderzoek te doen naar:

'Somatische zorg binnen afdelingen Waaier B1 en Waaier B2'

Het doel is om in januari 2018 aanbevelingen te doen voor Waaier B1 en B2 over de somatische zorg. Aan jullie de vraag om na te denken of jullie bereid zijn om deel te nemen aan dit onderzoek. De schatting is dat het interview ongeveer een uur zal duren, waarin jullie een aantal open vragen dienen te beantwoorden. Deze antwoorden worden opgenomen met audioapparatuur.

De Mutsaersstichting is op de hoogte van ons onderzoek en is bereid tot facilitering. Alle informatie wordt vertrouwelijk en anoniem behandeld.

Ter controle krijgen alle geïnterviewden een samenvatting te zien, zodat aangegeven kan worden of diegene zich kan vinden in de strekken van het afgenomen interview.

Om mijn tijdsplanning en volgorde van vragen nog af te stemmen zal de eerste interview een proefinterview zijn. Het proefinterview wordt niet meegenomen in de onderzoeksresultaten.

De onderzoeker zal jullie binnen een week persoonlijk benaderen om te inventariseren wie er wilt deelnemen aan mijn onderzoek. Er is dan ook de mogelijkheid om vragen te stellen, voordat er definitief toestemming wordt gegeven. Dit mag ook per mail aangegeven worden bij de onderzoeker. Alvast bedankt voor het overwegen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Jermain Macintos

-Onderzoeker deelvraag 2-

@: jmacintos@mutsaersstichting.nl

☎: 06-52629047

Bijlage 5: Uitnodiging deelonderzoek 2

Beste

Je hebt aangegeven dat je bereid bent om deel te nemen aan mijn onderzoek. Hartelijk dank daarvoor.

De onderzoeksdeelvraag zal door face-to-face interviews onderzocht worden binnen afdelingen Waaier B1 en Waaier B2.

In dit onderzoek staat de verpleegkundige relevantie centraal over: ***'Somatische zorg***

binnen afdelingen Waaier B1 en Waaier B2'

Het interview zal plaatsvinden op:

(Datum) (tijd) (plaats/ruimte)

De schatting is dat het interview ongeveer een uur zal duren, waarin je een aantal open vragen dient te beantwoorden. Deze antwoorden worden opgenomen met audioapparatuur.

Alle informatie wordt vertrouwelijk en anoniem behandeld. De Mutsaersstichting is op de hoogte van dit onderzoek en is bereid tot facilitering.

Ter controle krijg je zo spoedig mogelijk een samenvatting te zien, zodat je kan aangegeven of je je herkent in de strekken van de afgenomen interview. Het is dan nog mogelijk om de samenvatting te nuanceren, indien gewenst.

Mocht je verhinderd zijn op de bovenstaande datum, verneem ik dit graag telefonisch of via de mail.

Met vriendelijke groeten,

Jermain Macintos

-Onderzoeker deelvraag 2-

@: jmacintos@mutsaersstichting.nl

☎: 06-52629047

Bijlage 6: Toestemmingsverklaring (Informed consent)



Toestemmingsverklaringformulier (informed consent) Titel

onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en (indien aanwezig) de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik begrijp dat, eventueel, audiomateriaal uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

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

Naam deelnemer: Datum:

..... Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

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

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 7: Topics deelonderzoek 2

Introductievraag: Kunt u iets vertellen over uw ervaring met somatische zorg binnen uw afdeling?	
Topics	Vragen
Somatische zorg (Regionaal Expert Team Amsterdam en Noord-Holland, 2014)	Wat verstaat u onder somatische zorg? Met welke somatische zorg komt u in aanraking? Hoe ervaart u deze zorg?
Complexe zorg (Bindels & Kneepkens, 2013; van Yperen 2009)	Welke situaties ervaart u als complex? Wat gaat u om met deze situaties? Welke overweging maakt u hierin?
Rol groepsleiding (van der Kellen, 2011; van Harten, 2004)	Welke rol heeft u om somatische factoren te monitoren? Welke beslissingen neemt u bij somatische factoren?
Opname (Carpenito, 2002; Mutsaersstichting, 2014)	Hoe besteedt u aandacht aan somatiek tijdens het opnamegesprek Hoe wordt dit geborgd?
Belemmeringen (van Gool & van Meijel, 2012)	Ervaart u problemen bij het signaleren van somatische factoren? Waar ligt voor u de oplossing?
Samenwerking disciplines (Couwenbergh & van Weeghel, 2014)	Hoe verloopt de samenwerking met andere disciplines? Voelt u zich gehoord als u somatische factoren signaleert? Welke stappen onderneemt u hierin?

Bijlage 8: 6-fasenmodel van Braun en Clarke (data-analyse methode deelonderzoek 2)

Fase 1: Verkennen van de data	Transcriberen van data (letterlijk woord voor woord uitschrijven), lezen, herlezen en noteren van ideeën/wat er opvalt.
Fase 2: De eerste codes	Interessante facetten coderen van de data op een systematische wijze over de volledige data set en gelijkaardige codes (met hun citaten) in verband met elkaar brengen(clusteren).
Fase 3: Thema's zoeken	Cluster codes door alle relevante data voor een (potentieel) thema bijeen te brengen.
Fase 4: Herziening van thema's	Checken of de thema's werken in relatie tot de ruwe data en het overall beeld (alle data samen) en een themamap maken van de analyse. -Level 1: herziening op het niveau van stukjes ruwe data (citaten). Alle stukjes lezen bij een thema en afvragen of er een patroon te vinden is. -Level 2: Level 2 is ongeveer hetzelfde proces alleen deze keer in relatie tot het geheel.
Fase 5: Benoemen en definiëren	Verfijnen van de specifieke betekenis van elk thema en het overkoepelende verhaal dat verteld wordt. Heldere definities maken en elk thema een naam geven.
Fase 6: Rapporteren	Citaten selecteren die het thema het best illustreren, laatste analyse van geselecteerde citaten, relatie tussen thema's en onderzoeksvraag en literatuur, een rapportage van de resultaten.

Bijlage 9: Enquêtevragen deelonderzoek 3

Leeftijd:

Opleiding:

Werkzaam: (doorhalen wat niet van toepassing is)

Op een open klinische afdeling/ op een besloten klinische afdeling/ op een gesloten klinische afdeling/ niet werkzaam op een klinische afdeling

Vragen worden beantwoord op een Likertschaal (helemaal niet/niet/wel/helemaal wel)

Somatische zorg

1. In welke mate vindt u somatische zorg belangrijk op de klinische afdeling?
2. Vindt u dat groepsleiding voldoende op de hoogte is betreffende somatische zorg?
3. Heeft groepsleiding voldoende kennis betreffende somatische zorg?
4. Vindt u dat groepsleiding voldoende relaties kan leggen tussen somatische- en psychiatrische problematiek?

Een groepsleider verricht werkzaamheden, gericht op het psychische, somatisch en sociale welbevinden van cliënten.

5. Vindt u dat voor de groepsleiding duidelijk is welke werkzaamheden op somatisch gebied hiermee bedoeld worden?
6. Vindt u dat groepsleiding aan deze verwachtingen voldoen?
7. Vindt u de verwachtingen, betreffende somatische zorg, van alle disciplines duidelijk?
8. Vindt u dat de verwachtingen, betreffende somatische zorg, op elke afdeling hetzelfde?
9. Vindt u dat de genoten opleiding van invloed is op het geven van somatische zorg op de afdeling?
10. Vindt u dat er op de afdeling vaardigheden worden gemist om goede somatische zorg te bieden?
Toelichting...
11. Vindt u dat het een noodzakelijk dat groepsleiding met een verpleegkundige achtergrond op de afdeling werkzaam zijn?
12. Vindt u dat er belemmeringen zijn om somatische zorg toe te passen bij de klinische cliënten?
Toelichting....

Heeft u na het invullen van bovenstaande vragen nog informatie die u wilt delen?

Bijlage 10: Topics deelonderzoek 3

Topics	Vragen
Somatische zorg	Wat verstaat jullie onder somatische zorg? Welke somatische zorg is volgens jullie noodzakelijk/ verdient aandacht op de afdeling? Is er volgens jullie hier voldoende aandacht voor op de afdeling?
Complexe zorg	Welke situaties zien jullie als complex?
Rol groepsleiding	Welke rol heeft de groepsleiding als het gaat om somatische zorg Wat verwacht je van groepsleiding betreffende somatische zorg van de cliënten? Welke handelingen/ kennis moeten de groepsleiders kunnen verrichten betreffende somatische zorg? Ervaren jullie problemen bij het signaleren van somatische aspecten op de leefgroep? Zo ja hoe zou je dit kunnen oplossen? Ervaren jullie problemen bij het geven van somatische zorg op de leefgroep? Zo ja hoe zou je dit kunnen oplossen?
Opname	Op welke manier dient de groepsleiding aandacht te hebben voor de somatische zorg tijdens een opname gesprek?
Belemmeringen	Ervaren jullie problemen bij het signaleren/ geven van somatische zorg? Is er voldoende kennis bij groepsleiding betreffende somatische zorg? Waar ligt voor jullie de oplossing?
Samenwerking disciplines	Hoe verloopt de samenwerking met de groepsleiding?

Bijlage 11: Uitnodiging deelonderzoek 3

Beste heer, mevrouw,

Voor het afstuderen aan de opleiding HBO-V hebben wij, Jermain Macintos en Cécile Cuypers, in overleg met de Mutsaersstichting en de Fontys Hogeschool Eindhoven, gekozen om onderzoek te doen op welke manier de Mutsaersstichting somatische zorg (zorg met betrekking tot het lichaam) vormgeeft bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek.

Om zicht en inzicht te krijgen op de verwachtingen, meningen, ervaringen en ideeën betreffende somatische zorg, voor de cliënten op de klinische groepen, heb ik u hiervoor nodig.

Door op onderstaande link te klikken neemt u deel aan de enquête voor mijn onderzoek. Hier vindt u ook verdere uitleg en informatie. Het is voor mij en dit onderzoek van groot belang dat u deelneemt aan deze enquête.

Ik stel het daarom zeer op prijs als u deze enquête wilt invullen.

<https://www.surveio.com/survey/d/O9Y2M9E1T4H9X8A7J>

Indien u nog vragen heeft kunt u deze stellen via de mail en zal ik deze zo spoedig mogelijk beantwoorden.

Ik bedank u alvast voor de medewerking.

Cécile Cuypers

Waaier B2

Bijlage 12: Enquête deelonderzoek 3

Somatische zorg binnen de Mutsaersstichting

Beste heer, mevrouw,

Voor het afstuderen aan de opleiding HBO-V hebben wij, Jermain Macintos en Cécile Cuypers, in overleg met de Mutsaersstichting en de Fontys Hogeschool Eindhoven, gekozen om onderzoek te doen op welke manier de Mutsaersstichting somatische zorg (zorg met betrekking tot het lichaam) vormgeeft bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek.

Het onderzoek bestaat uit drie deelvragen waarvan ik de volgende deelvraag wil beantwoorden: *Welke taken, rondom signaleren, interpreteren en toepassen van somatische zorg, zijn volgens de kinder- en jeugdpsychiater, de kinderarts, de verpleegkundige en de groepsleiders wenselijk, waaraan groepsleiders moeten voldoen bij jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek?*

Om zicht en inzicht te krijgen op de verwachtingen, meningen, ervaringen en ideeën wat betreft somatische zorg, voor de cliënten op de klinische groepen, heb ik u hiervoor nodig.

Door op onderstaande link te klikken neemt u deel aan het enquête onderzoek. De online enquête wordt ingevuld via Servio. Dit is een programma om online enquêtes te verspreiden. De resultaten van de enquêtes zijn eigendom van de onderzoeker Cécile Cuypers. Het invullen van deze enquête is anoniem en vergt ongeveer 10 tot 15 minuten van uw tijd. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en alleen gebruikt voor dit onderzoek. Mijn vraag is of u de enquête voor 24 augustus 2017 in kunt vullen zodat er voldoende tijd is om de gegevens te verzamelen en analyseren.

Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek, het onderzoek gedaan door Jermain Macintos en bevindingen vanuit de literatuur, willen de onderzoekers in januari 2018, aanbevelingen doen, op welke manier groepsleiders somatische zorg kunnen integreren in de behandeling voor jongeren met psychiatrische en/of pedagogische problematiek.

1. Wat is uw leeftijd?

 Typ één of enkele woorden

50 tekens resterend

2. Wat is uw geslacht?

☐ Man ☐ Vrouw

3. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

☐ MBO
☐ HBO
☐ Universitair

4. Ik ben werkzaam op...?

- ☐ Open klinische afdeling
- ☐ Besloten klinische afdeling
- ☐ Gesloten klinische afdeling
- ☐ Niet werkzaam op een klinische afdeling

5. In welke mate vindt u somatische zorg belangrijk op de klinische afdeling?

Helemaal niet
belangrijk

1 2 3 4

Zeer belangrijk

6. Vindt u dat groepsleiding voldoende op de hoogte is betreffende somatische zorg?

Ruim onvoldoende

1 2 3 4

Ruim voldoende

7. Heeft groepsleiding, volgens u, voldoende kennis betreffende somatische zorg?

Ruim onvoldoende

1 2 3 4

Ruim voldoende

8. Vindt u dat groepsleiding voldoende relaties kan leggen tussen somatische en psychiatrische problematiek?

Ruim onvoldoende

1 2 3 4

Ruim voldoende

In de functieomschrijving van Behandelaar F en Behandelaar G staan als taken en verantwoordelijkheden **geschreven**: - verricht werkzaamheden gericht op het psychische, somatisch en sociale welbevinden van cliënten.- verricht desgewenst verzorgende en verpleegkundige taken conform vastgesteld beleid binnen de Mutsaersstichting.

9. Vindt u dat voor de groepsleiding duidelijk is welke werkzaamheden op somatisch gebied hiermee bedoelt worden?

Erg onduidelijk

1 2 3 4

Erg duidelijk

10. Vindt u dat groepsleiding aan deze werkzaamheden voldoen?

Niet voldoen

1 2 3 4

Wel voldoen

11. Vindt u de verwachtingen, betreffende somatische zorg, van alle disciplines duidelijk?

Erg onduidelijk

1 2 3 4

Erg duidelijk

12. Vindt u dat de verwachtingen, betreffende somatische zorg, op elke afdeling gelijk zijn?

Helemaal niet gelijk

1 2 3 4

Helemaal gelijk

Ruimte voor toelichting op vraag 12.



Typ een paragraaf

1500 tekens resterend

13. Vindt u dat de genoten opleiding van invloed is op het geven van somatische zorg op de afdeling?

Helemaal geen
invloed

1 2 3 4

Veel invloed

14. Vindt u dat er op de afdeling vaardigheden worden gemist om goede somatische zorg te bieden?

Veel vaardigheden

1 2 3 4

Geen vaardigheden

Ruimte voor toelichting op vraag 14.



Typ een paragraaf

1500 tekens resterend

15. Vindt u het noodzakelijk dat er groepsleiding met een verpleegkundige achtergrond op de afdeling(en) werkzaam zijn?

Totaal niet
noodzakelijk

1 2 3 4

Zeer noodzakelijk

16. Vindt u dat er belemmeringen zijn om somatische zorg toe te passen bij de klinische cliënten?

Veel
belemmeringen

1 2 3 4

Totaal geen
belemmeringen

Ruimte voor toelichting op vraag 16.



Typ een paragraaf

1500 tekens resterend