

Triadisch werken op een klinische woonafdeling in de ouderen-GGZ

Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek

Student:	Cynthia Rutjens
Studentnummer:	2108941
PCN nummer:	187096
SB-groep:	4V05G
Progresscode:	56V4G-AFOZ
Toetsnaam:	Afstudeeronderzoek GGZ
Begeleiders:	Johan Bodd en Nard Brulot
Opleiding:	Bachelor of Social Work
Profiel:	GGZ-agoog
Onderwijsinstelling:	Fontys Hogeschool Sociale Studies
Datum:	17 juni 2016
Plaats:	Eindhoven

Samenvatting

Triadisch werken en naastenbeleid zijn ontstaan uit de participatiesamenleving. Een mooi ideaal, wat echter nog in de kinderschoenen staat (van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse & van der Steen, 2014). Familieraden hebben vaak nog geen wettelijke bevoegdheden (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008), wat er voor zorgt dat deze vaak bij GGZ-instellingen nog geen prioriteit hebben. Hierdoor duurt het vaak erg lang, voordat de wensen en behoeften van de naasten in het beleid doorgevoerd worden (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008).

Tevens blijkt uit diverse onderzoeken (MacFarlane & Deakens, 2002; Verhaegh, Bongers, Kroon & Garretsen, 2007) dat naasten en cliënt niet altijd contact willen en dat er vaak geen duidelijke communicatie bestaat vanuit de hulpverleners over de mogelijke rollen van naasten in de samenwerking. Dit belemmert de samenwerking, wat ten nadele kan werken voor het welzijn van de cliënt.

Dit probleem speelt ook op afdeling Y (een klinisch beschermde woonomgeving van een GGZ-instelling) waar dit onderzoek is uitgevoerd en is onderschreven door de AFO (aandachtsfunctionaris opleidingen) namens het hele (zelfsturende) team; tussen de naasten en de (verpleegkundig) begeleiders en psychologen (vanaf hier vernoemd als ‘de professionals’) verloopt de communicatie niet altijd optimaal, wat betreft het informeren van en uitleg geven aan naasten, en het signaleren van en inspelen op gedrag van naasten door de professionals.

Dit onderzoek heeft als doel antwoord te geven op de vraag hoe er momenteel wordt vormgegeven aan het triadisch werken op afdeling Y door de professionals, ten aanzien van het naastenbeleid.

Uit de data-analyse komt naar voren dat de professionals de bejegeningpunten van het naastenbeleid waarmaken, middels hun kennis over gesprekstechnieken, methodieken, belemmerende en bevorderende houdingsaspecten en taken van een hulpverlener. Ondanks dit, blijkt dat zij bepaalde zaken alsnog lastig vinden; hun wensen liggen vooral bij weten hoe om te gaan met onbegrip van naasten en hoe zij naasten nog meer kunnen inzetten en stimuleren onderdeel te zijn van de triade.

Naasten hebben, volgens de professionals, niet veel behoefte aan ondersteuning en soms zelfs geen behoefte aan samenwerking, vanuit de lange, soms heftige, geschiedenis met de cliënt. Echter, kunnen zij niet goed verwoorden waar dit vermoeden op gebaseerd is, omdat hierover te weinig navraag wordt gedaan.

Als aanbeveling geeft de onderzoeker dat afdeling Y zich meer moet verdiepen in het onbegrip van naasten. Ook moeten de professionals meer navraag moeten doen over de mate waarin de naasten kennis hebben over de situatie van de cliënt en de mogelijkheden van de afdeling. Ook wordt geadviseerd de naasten eventueel bij te praten of voor te lichten, mocht dit nodig blijken. Hierdoor ontstaat meer begrip bij naasten, waardoor het probleem (onbegrip) van de professionals opgeheven wordt. De hoop is dat de samenwerking hiermee verbetert, zodat de zorg voor de cliënt beter tot zijn recht komt.

Summary

In the Netherlands, family policy and ‘triadisch werken’ (the concept of triadic collaboration between patient, family and social worker) were derived from the ‘participatie samenleving’ (participation society). It is a beautiful ideal, in which patients are stimulated to reintegrate more into society, supported by their family or volunteers. Family policy is still developing and triadic collaboration is often succesful. However, there is still a lot to learn and improve (van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse & van der Steen, 2014). Family councils do not often have statutory powers (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008), causing them to have a low priority in the mental health institutions. As a result, it takes a long time before the wants and needs of the families of patients are addressed (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008).

Several studies (MacFarlane & Deakens, 2002; Verhaegh, Bongers, Kroon & Garretsen, 2007) have shown that family and patient do not always want to stay in touch, and that social workers often do not provide clear information about the possible roles family can play in the collaboration. This hinders participation, which can cause problems for the patient’s health and treatment. This problem is apparent on ward Y (a long-term psychiatric unit), where this study was conducted, and is endorsed by the personnel of this ward; the communication between the families, psychiatric nurses and psychologists (from here on ‘the professionals’) is not always optimal, especially concerning provision of information for families and observing and acting upon their behavior.

The goal of this study is to answer the question about how the professionals reflect the ideal of collaboration between the patient, social worker and the family on ward Y, regarding the institution’s family policy.

The data analysis shows that the professionals live up to the family policy’s ‘treatment’ section, through their knowledge about interview techniques, methodology and hindering or stimulating professional attitudes towards families. Despite this, it seems that there are certain things they still find difficult. Their needs mainly consist of tools and knowledge on how to deal with the incomprehension of families about treatment and the patient’s behavior, and how family can be used and encouraged more effectively to be part of the triadic collaboration.

According to the professionals, most of the families do not need much guidance, or do not want to stay in touch, due to the long, sometimes difficult, history with the patient. However, they cannot explain why the families would not have any needs concerning these matters, as they do not often inquire about this.

As a result of this study, it is advised ward Y investigates the incomprehension of families and their associated behavior. It is also recommended that the professionals more often investigate the extent to which the family has knowledge of their patient’s state and the institution’s legal possibilities. The families must be informed about these matters, if deemed necessary. This might create more understanding, resolving the professionals’ problem regarding incomprehension. Thus, it is hoped to improve triadic collaboration, which shall enhance the patient’s treatment and well-being.

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek, het verslag waar ik het laatste half jaar van mijn Bachelor of Social Work intensief mee bezig ben geweest. De keuze van onderwerp is toen gevallen op triadisch werken; iets wat nog volop in ontwikkeling is en wat mij daarom mateloos blijft fascineren. De psychiatrie komt namelijk van ver; van gesloten en taboe naar (meer) open en samenwerken met naasten. Geen betweterig gedrag meer van hulpverleners, maar juist een geïnteresseerde houding; wat kunnen we nog van naasten leren? Ik ben altijd benieuwd naar andermans verhaal. Dat van de cliënt, maar zeker ook dat van de naasten! Ik vind het fantastisch dat er steeds meer samengewerkt wordt tussen de drie partijen van de triade (naasten, hulpverlener, cliënt). Echter, valt er ook nog veel te ontdekken, want we staan nog maar aan het begin van een nieuw era van de psychiatrie. Vandaar dat ik dit onderwerp heb gekozen voor mijn afstudeeronderzoek.

Het was niet altijd gemakkelijk; in het begin was het ploeteren om de juiste vraagstelling te vinden bij het onderwerp en aan het einde leek er geen einde te komen aan de laatste loodjes. Deze loodjes ervoer ik overigens niet als zwaar, maar vooral als traag. Zo bijzonder hoe dit half jaar voorbij gevlogen is en hoe vervolgens de laatste twee weken een enorm talent hebben voor kruipen.

Ik heb erg veel geleerd. Op het gebied van onderzoek doen, maar ook op het gebied van mezelf nóg beter leren kennen. De hele opleiding was één groot reflectieverslag, waarin de scriptie de laatste stap vertegenwoordigd, waarin je aan de slag gaat met alles wat je geleerd hebt.

Dit laatste half jaar had ik niet succesvol kunnen afsluiten zonder de fijne begeleiding van mijn afstudeerdocenten Johan en Nard. Ook wil ik de mensen bedanken die zo vrij waren respondent te willen zijn voor mijn onderzoek (jullie weten wie jullie zijn, het is nodig jullie anoniem te houden, vanwege jullie inhoudelijke input in mijn onderzoek). Een groot deel van mijn dankbaarheid gaat tevens uit naar Daniëlle, die na mijn stage ook nog tijdens mijn onderzoeksperiode het een en ander mogelijk heeft gemaakt voor mij. Mijn studiegenoten Gioia, Kimber en Esther, welke ik inmiddels tot mijn vriendinnen reken, wil ik enorm bedanken voor de vele gezellige uren in de bibliotheek in Eindhoven. Van Joskä heb ik de laatste paar jaar geleerd hoe ik me minder druk kan maken om dingen waar je toch niets aan kunt veranderen en hij heeft mij geleerd mezelf wat meer te waarderen. Dit heeft mij geholpen om op een redelijk gemoedelijke manier door mijn scriptieperiode heen te komen. Dus Joskä: dankjewel dat je er voor me was in die dynamische tijd! Rick en Kayra: dankjewel voor het controleren van mijn taalgebruik! En last but not least; dankjewel Vera voor het zo geduldig zijn en het begrijpen van waarom ik soms weinig tijd had. De rust van jouw Somerense platteland heeft mij erg goed gedaan om af en toe mentaal weer op te laden. Ook wil ik je bedanken voor je hulp bij het schrijven van de summary. Mijn Engels is behoorlijk goed, maar met jouw Californische levenservaring win jij toch echt op dat gebied. Thank you so much!

Dat ik dit onderzoek heb afgerond en straks mijn diploma in ontvangst mag nemen, betekent meer voor mij dan alleen dat papiertje; het is een bevestiging van mijzelf. En als sociaal werker ben je je eigen instrument. Dat werd mij geleerd in leerjaar één. Toen wist ik het. Nu voel ik het.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	6
1.1 Probleemanalyse	6
1.2 Probleemstelling (+ verificatie)	10
1.3 Onderzoeksdoelstelling.....	11
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	11
1.5 Begripsafbakening	12
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	14
Hoofdstuk 3: Methodologie	18
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	18
3.2 Dataverzamelmethode	20
3.3 Meetinstrument	20
3.4 Data-analyse	21
Hoofdstuk 4: Resultaten	23
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen.....	41
Hoofdstuk 6: Discussie	44
6.1 Betekenis en bruikbaarheid.....	44
6.2 Sterkte- en zwakteanalyse.....	46
Literatuurlijst	48
Bijlagen.....	50

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op het triadisch werken op een klinische woonafdeling (afdeling Y) voor ouderen van een GGZ-instelling (instelling X).

Triadisch werken is de samenwerking tussen hulpverlener(s), cliënt en naaste(n). Alle partijen werken met elkaar samen op een zoveel als mogelijk gelijkwaardige manier (van Erp, Place & Michon, 2009). Het is belangrijk naasten in te zetten in de behandeling van de cliënt, omdat zij als bron van informatie kunnen dienen voor de hulpverlening (van Doorn, van Etten & Gademan, 2013). De naasten kennen de cliënt heel goed en weten daarom vaak welke bejegening wel en niet werkt. Ook kunnen naasten als steunpunt fungeren voor de cliënt op emotioneel vlak, maar ook in praktische zin, zoals het overnemen van de financiën (van Doorn, van Etten & Gademan, 2013). Triadisch werken is een mooie ontwikkeling in de hulpverlening, echter staat het nog in de kinderschoenen (van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse & van der Steen, 2014). Tevens blijkt uit diverse onderzoeken (MacFarlane & Deakens, 2002; Verhaegh, Bongers, Kroon & Garretsen, 2007) dat naasten en cliënt niet altijd contact willen en dat er vaak geen duidelijke communicatie bestaat vanuit de hulpverleners over de mogelijke rollen van naasten in de samenwerking. Dit laatste blijkt ook te spelen op de klinische woonafdeling van instelling X waar dit onderzoek is uitgevoerd. De keuze om dit onderwerp te onderzoeken op deze afdeling, is omdat het op maatschappelijk vlak bekend is hoe dit probleem er uit ziet, maar nog niet hoe het vorm krijgt op deze specifieke klinische woonafdeling. Pas wanneer duidelijk is hoe het probleem speelt op afdeling Y, kunnen er acties ondernomen worden op basis van concrete aanbevelingen. Het is van belang dit in kaart te brengen, omdat op basis hiervan de samenwerking verbeterd kan worden en een betere samenwerking betekent een betere behandeling voor de cliënt (Paalvast, 2011).

Dit onderzoek tracht de wensen, behoeften en mogelijkheden van de (verpleegkundig) begeleiders, psychologen (de professionals) en de naasten van de cliënten van afdeling Y in kaart te brengen. Om dit goed in kaart te kunnen brengen, heeft de onderzoeker een aantal stappen doorlopen om het onderzoek zo goed mogelijk vorm te geven: als eerste is de context van het onderwerp en het probleem onderzocht op maatschappelijk vlak. Dit is te lezen in hoofdstuk 1. Tevens heeft de onderzoeker in dit hoofdstuk de doel- en vraagstelling geformuleerd en de kernbegrippen uit de vraagstelling verhelderd in de begripsafbakening. In hoofdstuk 2 vertelt de onderzoeker over de theoretische achtergronden en de reeds aanwezige onderzoeken wat betreft dit onderwerp. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoekspopulatie en -steekproef beschreven en wordt verantwoord hoe de onderzoeker data heeft verzameld bij instelling X, met welk meetinstrument en hoe vervolgens de data geanalyseerd zijn. In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven, geïllustreerd met quotes van de respondenten. In dit hoofdstuk worden de resultaten gekoppeld aan de theorie uit hoofdstuk 2 en wordt ook antwoord gegeven op de deelvragen. Het antwoord op de hoofdvraag is te vinden in hoofdstuk 5. Tevens wordt in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan. In het laatste hoofdstuk, namelijk hoofdstuk 6, wordt gediscussieerd over de sterke en zwakke punten van het onderzoek en waarom dit de betrouwbaarheid en validiteit eventueel kan beïnvloeden. Na hoofdstuk 6 volgt de literatuurlijst en als laatste 4 bijlagen, waarin onder andere de topiclist en codeboom nageslagen kan worden.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

Dit hoofdstuk heeft als doel de context van het onderwerp en het spelende probleem omtrent dit onderwerp in beeld te brengen. Als eerste is in hoofdstuk 1.1 het probleem geanalyseerd op macro-, meso- en microniveau. In hoofdstuk 1.2 is er een stelling geformuleerd omtrent dit probleem op microniveau. In hoofdstuk 1.3 wordt het doel van dit onderzoek beschreven en in 1.4 wordt de vraagstelling geformuleerd. In hoofdstuk 1.5 worden de kernbegrippen uit de vraagstelling afgebakend.

1.1 Probleemanalyse

Sinds een aantal jaren wordt het in hulpverlenersland aangemoedigd om naasten (familie, vrienden, kennissen) te betrekken bij de behandeling van de cliënt. Dit blijkt bevorderlijk te zijn voor het herstel, het welzijn en het sociale netwerk van de cliënt (Korevaar & Droës, 2011). Echter, gaat deze samenwerking niet altijd vanzelfsprekend goed.

1.1.1 Naastenbeleid in de kinderschoenen

Door de bezuinigingen is vanuit de overheid de participatiesamenleving in het leven geroepen. De gedachte is dat vrijwilligers en naasten meer zorg op zich nemen, voordat er naar de professionele hulp gestapt wordt. Ook als er professionele hulp nodig is, is het de bedoeling dat vrijwilligers en naasten zo veel mogelijk ingezet en betrokken worden (van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse & van der Steen, 2014). Vanuit hier is bij veel instellingen het naastenbeleid ontstaan, waarin veelal beschreven wordt hoe naasten betrokken dienen te worden bij de behandeling van cliënten. Van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse en van der Steen (2014) schrijven dat de participatiesamenleving praktisch onmogelijk, financieel gedreven, principieel verkeerd en ideologisch omstreden is. Zij schrijven ook dat de participatiesamenleving van bovenaf door de overheid wordt ‘opgelegd’, maar dat het zich toch echt van onderuit moet ontwikkelen; naasten, professionals en vrijwilligers. “Of er een participatiesamenleving is, wordt door mensen zelf bepaald en blijkt uit hun handelen” (van Twist, Chin-a-Fat, Scherpenisse & van der Steen, 2014, p. 9).

Uit een onderzoek van Meldpunt Meld Je Zorg (Paalvast, 2011) komt naar voren dat veel GGZ-instellingen op beleidsniveau al druk bezig zijn met naastenbeleid te ontwikkelen, maar dat zij hierin nog maar aan het begin staan (Paalvast, 2011; Morée & van Lier, 2006). Er wordt in het onderzoek van Meldpunt Meld Je Zorg ook erkend dat naasten een belangrijk bestanddeel zijn, wil de cliënt weer meedoen in de samenleving (ambulant en klinische beschermde woonomgeving). Het is hierbij belangrijk dat het team van een GGZ-instelling zich hier ook echt actief voor inzet, wil de cliënt met behulp van zijn naasten weer actief meedoen in de samenleving (Paalvast, 2011). Het (triadisch) samenwerken is dus belangrijk. De zorgkosten worden namelijk ook minder en de kwaliteit van zorg

meer, wanneer er een goed samenwerkingsverband bestaat tussen naasten, cliënt en hulpverlener. Een goede samenwerking ontstaat, wanneer er goed gecommuniceerd wordt over bejegening, informatievoorziening en betrokkenheid (Paalvast, 2011).

Bij de jeugd- en ouderen-GGZ wordt al meer aandacht besteed aan het betrekken van en het samenwerken met naasten dan bij de volwassenen-GGZ, en wordt er meer rekening gehouden met de behoeften van de naasten. Echter, blijkt dat behandelaars er nog moeite mee hebben hun status los te laten en de ervaringsdeskundigheid van de naasten mee te nemen in hun professionele opinie. Verpleegkundigen lijken hier minder moeite mee te hebben (van Erp, Place & Michon, 2009; van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Dit zou het samenwerken met naasten kunnen bemoeilijken.

Volgens Hemels (2009) blijkt uit verschillende onderzoeken dat het nog niet zo goed gesteld staat met de samenwerking tussen cliënt, naasten en hulpverleners. Ondanks dat naasten gezien worden als deskundigen wat betreft de cliënt, worden zij toch nog maar zelden ingezet. Hemels (2009) oppert voor een vaste plek voor de naasten in de GGZ, zodat zij een grotere rol kunnen spelen in de behandeling, net als dat ervaringsdeskundigen dat nu doen (Hemels, 2009).

1.1.2 Opkomen voor naastenbehoeften

Naasten kunnen invloed uitoefenen op het naastenbeleid (vaak nog familiebeleid genoemd) middels de familieraad van een GGZ-instelling. Echter, lijkt het niet mee te vallen voor de familieraad om daadwerkelijk invloed uit te oefenen op het beleid. Vaak duurt het erg lang, voordat er wat verandert in het beleid, wat bij de familie(raad) tot frustraties kan leiden (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Daardoor kan het lang duren voordat er middels het beleid voorzien wordt in de behoeften van de naasten. In het onderzoeksrapport van van de Bovenkamp en Trappenburg (2008) komt naar voren dat naastenbeleid vaak (nog) geen hoge prioriteit heeft bij een GGZ-instelling en dat daarom de invloed en wensen van naasten moeilijk van de grond komen. Dit komt vermoedelijk doordat familieraden (nog) geen wettelijke bevoegdheden hebben (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008).

1.1.3 Belemmeringen triadische samenwerking

Ook blijkt uit onderzoek dat hulpverleners vaak niet duidelijk zijn over wat de rol van naasten kan inhouden en dat psycho-educatie voor naasten en naastenbegeleiding lang nog niet altijd een standaard onderdeel is van de zorg (MacFarlane & Deakens, 2002; Verhaegh, Bongers, Kroon & Garretsen, 2007).

De triadekaart kan helpen een duidelijk beeld te krijgen van de rolverdeling tussen cliënt, naasten en hulpverlener(s). Echter, wordt de triadekaart lang nog niet overal gebruikt. Toch blijkt het als prettig ervaren te worden door naasten; middels het werken met de triadekaart, voelen naasten zich meer gezien en gehoord, waardoor ze hun ondersteunende taken als minder zwaar ervaren (Busschbach, Wolters & Boumans, 2009).

Het samenwerken met en het betrekken van naasten is een mooi idee en het gaat ook erg vaak goed. Echter, loopt het niet altijd op rolletjes; soms wil een cliënt (tijdelijk) geen contact met de naasten of vice versa. Dit wordt dan ook gerespecteerd, aangezien het recht op zelfbeschikking erg hoog in het vaandel staat in de GGZ en de rest van de samenleving. Het is daarom ook vastgelegd in de wetgeving (Blaauwbroek, 2004). Doordat de wil van de cliënt zo hoog in het vaandel staat, kan dit de samenwerking met naasten soms erg lastig maken, wanneer de cliënt niet wil dat de naasten betrokken worden of andersom. Het is in zo een geval erg belangrijk dat de hulpverlener goed weet hoe het belang van de cliënt én dat van de naasten waar te maken (meervoudige partijdigheid). Hoe hier het beste uiting aan gegeven kan worden, is niet duidelijk terug te vinden in het beleid; er zijn dus geen duidelijke handvatten voor de hulpverlener wat dit betreft. Het is daarom belangrijk dat dit wel duidelijk in het beleid opgenomen gaat worden, aldus de mening van diverse familieorganisaties, cliëntenorganisaties en GGZ Nederland (Blaauwbroek, 2004).

1.1.4 Weinig bekend over naasten in de GGZ

Van Erp, Place en Michon (2009) schrijven dat de psychiatrische stoornis van de cliënt negatieve gevolgen kan hebben voor de naasten. Zo noemen zij dat het gedrag van de cliënt als ergerlijk ervaren wordt door de naasten en dat het hun eigen leven verstoort. Van Erp, Place en Michon (2009) baseren dit op een onderzoek dat gedaan is door Kwekkeboom (2000) over de belasting door informele zorgverlening aan cliënten in de GGZ. Wanneer de naasten zich inzetten ten behoeve van het welzijn van de cliënt, wordt dit als informele zorgverlening gezien. Kwekkeboom (2000) schrijft dat er weinig onderzoek gedaan is naar bovenstaand onderwerp bij naasten, maar dat wel bekend is dat het veel van iemand vraagt (zelfs in professionele zin). Volgens Kwekkeboom (2000) is hier nog niet veel onderzoek naar gedaan, vanwege een nasleep van de jaren zestig en zeventig; de opvatting was toen dat de oorzaak van de psychiatrische stoornis lag bij de moeder of andere gezinsleden. Het idee was toen dat de naasten ziekmakend waren. Om deze reden zijn zij toen nooit of weinig betrokken in de behandeling van de cliënt en was er daarom ook geen aanleiding voor onderzoek omtrent dit onderwerp (Kwekkeboom, 2000). Vanaf het einde van de jaren tachtig begon er interesse te ontstaan voor de rol van naasten in de GGZ en dus ook voor de invloed van de cliënt op het leven van de naasten (Kwekkeboom, 2000).

Er is veel bekend over naasten in de langdurige ouderen- en gehandicaptenzorg. Er is echter maar weinig bekend over naasten in de langdurige GGZ en nog minder over ouderen in de GGZ (geen verpleeghuis of dementieafdeling)!

1.1.5 Naastenbeleid bij andere instellingen

Er is genoeg landelijke algemene informatie te vinden over hoe naastenbeleid zich ontwikkelt en welke problemen er mee gepaard gaan. Maar hoe zit het nu bij specifieke instellingen? Hoe hebben zij het geregeld en wat gaat minder goed? Landelijk Platform GGZ (n.d.) deelt sterren uit aan instellingen wanneer zij hun zaken goed geregeld hebben. Hierbij kunnen instellingen wat betreft naastenbeleid op een aantal onderdelen scoren. Zie hiervoor bijlage 1.

Uit bijlage 1 kan geconcludeerd worden dat naastenbeleid al op veel plekken goed gaat, maar dat er ook bij nog genoeg instellingen een hoop werk aan de winkel is om het naastenbeleid op het gewenste niveau te krijgen. Vooral op beoordelingsgebied 2 (familieraad) en 3 (familievertrouwenspersoon) schort het bij de meeste instellingen nog. Veel instellingen hebben (nog) geen familieraad en -vertrouwenspersoon, waardoor zij automatisch niet op dit onderdeel kunnen scoren. Van de Bovenkamp en Trappenburg (2008) beschrijven dat familieraden (nog) geen wettelijke bevoegdheden hebben en daardoor ook geen hoge prioriteit hebben bij veel instellingen. Dit leidt er toe dat naasten niet gehoord worden, zoals al eerder beschreven bij 1.1.2. Ook duurt het erg lang voordat er iets verandert in het beleid, zodat er beter in hun behoeften voorzien wordt (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Denk hierbij aan een naaste die behoefte heeft aan meer informatie over de psychische stoornis of behandeling van de cliënt, maar deze informatie alleen krijgt via de cliënt zelf welke depressief is en daardoor niet veel vertelt. Of een naaste die wel ingezet wordt volgens het beleid, maar die juist verzocht wordt meer afstand te nemen van de cliënt, vanwege claimend gedrag richting de hulpverleners en de cliënt.

1.1.6 Concreet op de werkvloer bij instelling X

Er is bij instelling X op afdeling Y een aantal casussen waarbij het samenwerken niet lekker verloopt, ook al werkt deze afdeling volgens het naastenbeleid,. Dit beleid is gebaseerd op de modelregeling Betrokken Omgeving van Blaauwbroek (2004). Volgens Landelijk Platform GGZ (n.d.) scoort ook instelling X nog niet goed genoeg op het onderdeel van de familieraad. Er is dus wel een beleid, maar deze voldoet mogelijk nog niet precies aan de behoeften van de naasten vanuit de familieraad. Dit kan, zoals al eerder beschreven, komen, doordat het volgens van de Bovenkamp en Trappenburg (2008) erg lang kan duren om deze wensen door te voeren in het beleid. Volgens Kwekkeboom (2000) wordt er ook nog niet genoeg in de behoeften van naasten voorzien, omdat er pas halverwege de jaren tachtig interesse is ontstaan omtrent naasten in de GGZ. Er is daarom nog maar weinig onderzoek naar gedaan (Kwekkeboom, 2000). Er bestaat veel meer informatie over naasten in de ouderenzorg (zoals verpleeghuis of dementieafdeling) en de gehandicaptenzorg en maar weinig over naasten in de GGZ, laat staan ouderen-GGZ. De doelgroep cliënten en naasten van afdeling Y zijn 55 jaar en ouder. De gemiddelde leeftijd zal neerkomen op ongeveer een jaar of zeventig. Dit wil zeggen dat deze cliënten (en dus de naasten) uit de tijd komen dat er gedacht werd dat de moeder of andere gezinsleden de oorzaak waren van de psychiatrische stoornis (Kwekkeboom, 2000). In hoeverre houden de professionals van afdeling Y hier rekening mee in het contact met naasten en dat mogelijk hierdoor de naasten het contact deels afhouden of geen houding aan weten te geven vanuit wat ze gewend zijn van de GGZ van vroeger?

De problemen waarmee afdeling Y nu te maken heeft, zien er onder andere als volgt uit: de (telefonische) onbereikbaarheid van een naaste, omdat deze naaste de hoorn er naast legt vanuit waanideeën, maar toch de financiële verantwoordelijkheid voor haar moeder (cliënt) niet wil opgeven. Of een geval waarin de kinderen van een cliënt zich om allerlei redenen afzetten tegen het team professionals, of een cliënt die niet wil dat zijn naasten

betrokken worden, ook al willen deze naasten soms wel informatie over de cliënt. Waarom gedragen deze naasten zich zoals ze zich gedragen? Liggen hier (onuitgesproken) behoeften aan ten grondslag die (nog) niet gehoord worden door de professionals?

Zulke zaken beïnvloeden de kwaliteit van zorg, de werksfeer en het contact met naasten (en cliënten) op een negatieve wijze.

Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt vaak zonder rookwaren zit als haar budget op is, wat niet bevorderlijk is voor haar gemoedstoestand. Een andere cliënt lijkt de mening van haar kinderen over te nemen, wat zich uit in opstandig gedrag naar medecliënten en het team. Voor de werksfeer tussen de professionals betekent dit dat ze regelmatig (beladen) discussies voeren met elkaar, met alle frustraties van dien.

1.2 Probleemstelling (+ verificatie)

Naastenbeleid is volop in ontwikkeling en triadisch werken gaat op een aantal plekken al goed. Echter, wil het nog niet overal (even succesvol) van de grond komen (van Erp, Place & Michon, 2009).

Het samenwerken met en het betrekken van naasten van een aantal cliënten verloopt nog niet altijd even soepel op afdeling Y. Zo weten de professionals bij sommige naasten niet hoe (het juiste) contact te krijgen. Soms letterlijk niet (bereikbaarheid via telefoon of e-mail), maar ook niet op het gebied van wederzijds begrip of de juiste manier van aansluiten bij de belevingswereld of het niveau van naasten. Naasten zijn af en toe erg gericht op wat de cliënt nodig heeft, maar hebben daarbij geen of weinig oog voor wat wettelijk of planmatig gezien mogelijk is op de afdeling. Daarbij speelt bij naasten de betrokkenheid tot de cliënt soms een rol, wat ervoor kan zorgen dat zij het soms lastig vinden hun kijk op wat het beste is voor de cliënt los te laten. Dit is begrijpelijk, maar dit kan de communicatie en het overleg beïnvloeden of zelfs belemmeren. De vraag is in hoeverre de professionals hiermee weten om te gaan.

De cliënten zijn hier vaak de dupe van. Als het contact stroef verloopt met de naasten, komen bijvoorbeeld bepaalde interventies niet of traag op gang die bevorderlijk zouden kunnen zijn voor het welzijn van de cliënt. Dit veroorzaakt overigens ook weer de nodige frustraties tussen de professionals; velen blijven zich expressief afvragen waarom bepaalde zaken maar niet lukken en klagen er over dat elke collega bijvoorbeeld een nieuwe afspraak op zijn eigen manier interpreteert en uitvoert (geen eenduidigheid).

Samengevat verloopt de communicatie tussen de naasten en de professionals niet altijd optimaal, wat betreft het informeren van en uitleg geven aan naasten, en het signaleren van en inspelen op het gedrag van naasten door de professionals.

De AFO (aandachtsfunctionaris opleidingen) van afdeling Y onderschrijft bovenstaande problemen namens het hele (zelfsturende) team en heeft dit onderzoek daarom goedgekeurd. Zij schrijft dat het team erg enthousiast is over het onderzoek en de onderzoeker graag de mogelijkheid bieden het onderzoek uit te voeren op afdeling Y.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Dit onderzoek heeft als doel te inventariseren hoe het triadisch werken momenteel vorm krijgt op afdeling Y en wat hierin nog de wensen, behoeften en mogelijkheden van de professionals en naasten zijn, ten aanzien van het naastenbeleid.

De zorg rondom de cliënten zal hierdoor meer op maat zijn, daar er middels dit onderzoek een beeld is ontstaan van de behoeftes en mogelijkheden van de actoren binnen de triade. Deze kunnen meegenomen worden tijdens het vormgeven van zorg en het samenwerken met naasten.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

1.4.1 Hoofdvraag

Hoe wordt er op dit moment vormgegeven aan het triadisch werken, ten aanzien van het naastenbeleid (Modelregeling Betrokken Omgeving (Blaauwbroek, 2004)), door de professionals van afdeling Y?

1.4.2 Deelvragen

1. Vanuit welke kennis handelen de professionals met betrekking tot triadisch werken?
2. Wat zijn volgens de professionals de wensen en behoeften van naasten, wat betreft triadisch werken met afdeling Y?
3. Wat zijn de wensen en mogelijkheden van de professionals van afdeling Y, wat betreft triadisch werken?

1.5 Begripsafbakening

Cliënten

De personen die zijn opgenomen op afdeling Y. Deze personen zijn in de leeftijd van 55 tot negentig en worden ondersteund en/of begeleid in hun ADL, omdat dit vanwege hun psychiatrische problematiek niet (meer) goed zelfstandig lukt.

Deze mensen lijden aan stoornissen als schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie en autisme, welke er voor zorgen dat zij afwijkend, slecht aangepast en/of abnormaal gedrag vertonen (van der Molen, Perreijn en van den Hout, 2010).

Naasten

Naasten zijn alle personen die dicht bij de cliënt staan en (eventueel) betrokken worden bij de zorg voor de cliënt. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan familie, vrienden, kennissen, de poetsvrouw, persoonlijk begeleider, et cetera (van Schooten, Beersen & Berg, 2011).

Naastenbeleid

De wijze van handelen die de instelling X vanuit haar visie nastrevenswaardig acht, wat betreft het betrekken en ondersteunen van de naasten van cliënten ter bevordering van het welzijn van de cliënt (van Schooten, Beersen & Berg, 2011).

Modelregeling Betrokken Omgeving

Het document waarin instelling X haar naastenbeleid beschrijft, die zij op basis van de modelregeling ‘relatie ggz-instelling – naastbetrokkenen’ heeft geformuleerd (Blaauwbroek, 2004). De reden waarom er niet verwezen wordt naar het beleidsdocument van instelling X zelf, is om de anonimiteit te waarborgen van de instelling. In de literatuurverwijzing zou dan namelijk de naam van de instelling genoemd worden en dit schaadt de anonimiteit. De modelregeling en het beleid van instelling X kunnen als gelijken beschouwd worden.

Triadisch werken

De gelijkwaardige samenwerking tussen hulpverlener, cliënt en naaste(n) ten behoeve van de behandeling van de cliënt (van Schooten, Beersen & Berg, 2011).

Professionals

De medewerkers die werkzaam zijn op afdeling Y en direct dagelijks contact hebben met de cliënten en naasten. Deze medewerkers zijn werkzaam als (verpleegkundig) begeleider of psycholoog.

Afdeling Y

De klinische beschermde woonomgeving van instelling X.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Dit hoofdstuk heeft als doel de theoretische achtergrond en reeds bestaande onderzoeken in kaart te brengen omtrent het onderwerp van dit onderzoek, zodat het voor de lezer gemakkelijker te begrijpen is waarom dit onderwerp belangrijk is en waarom er reden is om het probleem uit hoofdstuk 1 aan te pakken. In 2.1 wordt kort uitgelegd wat triadisch werken inhoudt. In 2.2 beschrijft de onderzoeker waar een hulpverlener, volgens de literatuur, rekening mee moet houden in het contact met en betrekken van naasten. Daarna wordt in 2.3 wordt waarom het zo belangrijk is om naasten in te zetten in de behandeling van de cliënt.

2.1 Triadisch werken

De triade is een driehoek: hulpverlener(s), cliënt en naaste(n). Alle partijen werken met elkaar samen. Een veel gebruikt hulpmiddel bij deze werkwijze is de triadekaart. Hierop wordt precies opgeschreven wie wat doet (van Erp, Place & Michon, 2009).

2.1.1 Triadekaart

De zes hoofdonderwerpen van de triadekaart zijn (van Erp, Place & Michon, 2009):

1. Ondersteuning bij de behandeling, gezondheid en herstel;
2. Ondersteuning bij crisis/opname;
3. Vertegenwoordiging/regelzaken;
4. Administratieve/financiële ondersteuning;
5. Persoonlijke verzorging en dagelijkse levensverrichtingen;
6. Sociale contacten en werk/activiteiten.

De naasten vullen de triadekaart in, waarop deze vervolgens met de hulpverlener en cliënt gedeeld wordt. Dit gebeurt tijdens het zogenaamde triadegesprek. Tijdens dit gesprek wordt onder andere besproken hoe de behandeling, zelfredzaamheid en zelfstandigheid van de cliënt verbeterd kan worden. Ook is het in dit gesprek de taak van de hulpverlener om aan de naasten te vertellen dat ze grenzen moeten stellen, zodat ze niet te veel hooi op hun vork nemen. De cliënt dient immers ook taken op zich te nemen. Tijdens dit triadegesprek ontvangen de naasten ook informatie, training en begeleiding van de hulpverlener, zodat zij hun taken zo goed mogelijk kunnen uitvoeren. De hulpverlener legt ook uit dat ieders rol in de loop der tijd kan veranderen en dat er dan een nieuwe triadekaart ingevuld moet worden (van Erp, Place & Michon, 2009).

2.2 Bejegening en inschatting van de mogelijkheden van naasten

2.2.1 Attitude hulpverlener

Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) schrijven dat de hulpverlener oog moet hebben voor de volgende zaken, wil de samenwerking soepel verlopen met de cliënt en naasten: contact opbouwen, analyseren en strategie bepalen, aansluiten bij de directe wensen en behoeften van cliënt en naasten, relatie-opbouw door samen dingen te ondernemen en aandacht voor het (levens)verhaal van cliënt en naasten en de bijbehorende emoties. Ook beschouwen van Doorn, van Etten en Gademan (2013) het als belangrijk dat er oog is voor de sterke kanten van cliënt en naasten en dat hij in gesprek gaat met hen over de wensen en mogelijkheden. Daarbij is het belangrijk dat de hulpverlener betrouwbaar en transparant is en dat hij uitgaat van het tempo van de naasten en cliënt en dus niet op de zaken vooruit loopt. Dit kan door kleine stappen te zetten en hierdoor concrete resultaten behalen (van Doorn, van Etten en Gademan, 2013). Als laatste noemen van Doorn, van Etten en Gademan (2013) dat de hulpverlener soms ook als bemiddelaar kan dienen in de triadische samenwerking.

Korevaar en Dröes (2011) voegen nog een aantal punten toe, waar de hulpverlener rekening mee moet houden in het samenwerken, namelijk: actief luisteren en begrip tonen, jezelf laten zien, inspireren, zelf ook gevoelens uiten, van mening verschillen (uitdagen tot nadenken) en niet behoeden voor mislukkingen.

Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) beschrijven een aantal factoren die de triadische samenwerking kunnen belemmeren. Een aantal daarvan zijn terug te vinden bij een aantal casussen bij afdeling Y. Zo is het volgens Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) niet bevorderlijk wanneer er op verschillende manieren bejegend wordt, wanneer de naasten niet betrokken willen worden in de triade, ze geen hoop op herstel mogelijkheden hebben en wanneer er een gespannen relatie bestaat tussen de cliënt en naasten. Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) schrijven ook dat privacy en vertrouwelijkheid als blokkade kan staan in de samenwerking. Daarnaast schrijven zij dat het niet handig is als de hulpverlener irrealistische verwachtingen heeft van de naasten of wanneer naasten tegenstrijdige eisen stellen, maar de regels die hier aan vast hangen niet accepteren. Daarnaast kan het ook voorkomen dat men last heeft van conflicterende normen, weerstanden en overdrachtsgevoelens (Haenen, Fox, Meijer en van Veen, 2008).

2.2.2 Fasen en belastbaarheid naasten

Naasten gaan vaak door een aantal fasen, wanneer een dierbare psychisch ziek wordt. Volgens Spaniol, Zipple en Lockwood (1992) zijn vaak de volgende fasen terug te zien: shock, ontkenning, depressie, boosheid, acceptatie, coping, internalisatie (leven voorbij de stoornis van de dierbare).

Voordat naasten op een gezonde wijze ingezet kunnen worden in de behandeling van de cliënt, dienen zij eerst gehoord en ondersteund te worden in bovenstaande fasen, anders is er kans op roloverbelasting, welke volgens van Erp, Place en Michon (2009) op twee manieren naar boven kunnen komen, namelijk ‘subjectieve belasting’. Dit is het persoonlijk lijden van de naasten dat wordt veroorzaakt door de psychische stoornis van hun dierbare. En dan is er ook nog objectieve belasting: de dagelijkse problemen die ontstaan door de symptomen van de psychiatrische stoornis, verstoorde relaties, verslechterde gezondheid van de naasten en stigmatisering.

Korevaar en Dröes (2011) schrijven dat naasten vaak al van alles geprobeerd en meegemaakt hebben tijdens de aanloopfase van de problemen van hun zieke dierbare; denk aan pogingen om het afwijkende gedrag te corrigeren, de emoties te stabiliseren of de situatie überhaupt te accepteren. Wanneer hun dierbare dan een crisis doormaakt, weten ze vaak niet goed wat er gebeurt en wat ze dan nog kunnen doen.

Er zijn inmiddels een hoop interventies ontworpen om te voorzien in de behoeften van naasten. Korevaar en Droës (2011) schrijven dat deze interventies in de loop der tijd langzaam maar zeker veranderd zijn van het ‘expressed emotions’ concept naar het ‘belastingconcept’. Bij expressed emotions bleef men te vaak hangen in het negatieve en verweten naasten en cliënt elkaar vaak, terwijl er bij het belastingconcept veel meer oog is voor het positieve en het ondersteunen van de naasten, zodat zij vervolgens hun dierbare weer kunnen ondersteunen.

2.3 De functie van naasten in het triadisch werken

2.3.1 Rollen en functies naasten

Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) beschrijven dat naasten de volgende rollen kunnen hebben ten op zichte van de cliënt, namelijk: naasten hebben informatie (kennis en vaardigheden) over hoe de hulpverleners met de cliënt moeten omgaan. Daarnaast zijn naasten zelf ook hulpvragers, net als de cliënt. Ook de naasten hebben advies en steun nodig en niet alleen de cliënt. Daarnaast kunnen de naasten een steunpunt zijn voor de cliënt, namelijk emotioneel (cliënt kan zijn hart luchten bij zijn naasten), cognitieve steun (naasten kunnen advies geven aan cliënt) en praktische en materiële steun.

Verkooijen, van Andel en Hoogland (2014) voegen nog twee rollen, of functies, toe: de springplankfunctie (via de naasten kan de cliënt zijn sociale netwerk uitbreiden met nieuwe contacten) en de bezigheidsfunctie (de naasten en/of nieuwe contacten kunnen samen met de cliënt iets ondernemen).

2.3.2 Psycho-educatie voor naasten

Middels psycho-educatie krijgen de naasten meer begrip voor de cliënt en inzicht in waarom de hulpverlener bepaalde handelingen uitvoert of laat. Dit kan de samenwerking bevorderen.

Deze interventie probeert overbelasting van naasten te voorkomen. Er is veel aandacht voor het lijden van de naasten en er wordt kennis vergaard over de psychische stoornis van hun zieke dierbare (de cliënt). Ook wordt er gewerkt aan het vergroten van de draagkracht, door de naasten stress verminderende en probleemoplossende vaardigheden bij te brengen en door hen te leren bij elkaar steun te vinden (van Erp, Place & Michon, 2009).

Het doel van deze interventie is de kwaliteit van leven van de naasten te vergroten en zoveel mogelijk de subjectieve belasting te verminderen (van Erp, Place & Michon, 2009).

Een greep uit de onderwerpen die voorbij kunnen komen bij deze interventie (van Erp, Place & Michon, 2009):

- Informatie over stoornis, oorzaken, fasen, beloop en prognose;
- Informatie over medicatie en behandelmogelijkheden;
- Ontwikkelen van probleemoplossende vaardigheden;
- Noodplannen/crisiskaart;
- Organiseren van sociale steun;
- Opbouwen en onderhouden van sociaal netwerk;
- Communicatie over de stoornis met de buitenwereld;
- Aandacht voor zorg, verlies, rouw en acceptatie;
- Schuldgevoel, grenzen stellen en empowerment;
- Omgaan met en afhankelijkheid van de hulpverlening.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt weergegeven op welke manier het veldwerk heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk 3.1 wordt de selectie van respondenten verantwoord, in hoofdstuk 3.2 wordt beschreven op welke manier er data verzameld is en met welk meetinstrument (hoofdstuk 3.3) en in 3.4 wordt beschreven op welke wijze de data geanalyseerd zijn.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

3.1.1 Onderzoekspopulatie

De populatie van dit onderzoek bestaat uit de medewerkers van instelling X die werkzaam zijn op afdeling Y. Dit zijn (verpleegkundig) begeleiders en psychologen (in dit onderzoek ‘de professionals’ en ‘de respondenten’). De populatie is heterogeen van aard, omdat hij bestaat uit medewerkers met verschillende kenmerken (Boeije, 2005). De populatie bestaat uit mannen en vrouwen van verschillende leeftijden, welke verschillende opleidingen hebben gedaan op verschillende niveaus. Ook zijn zij allemaal niet hetzelfde aantal jaren werkzaam; de een al meer dan twintig jaar en de ander pas één jaar. De reden om de vraagstelling op deze populatie te baseren, is omdat deze medewerkers (intensief) dagelijks direct contact hebben met de cliënten en regelmatig (minimaal maandelijks) contact hebben met de naasten. Deze medewerkers krijgen dus regelmatig met het naastenbeleid te maken op uitvoerend gebied.

Afdeling Y bestaat uit vijf gezamenlijke huiskamers voor de cliënten, welke gerund worden door drie subteams (team 1, 2 en 3 in dit onderzoek). Team 1 en 2 ontfermen zich beide over twee huiskamers (per huiskamer tien cliënten, dus per team twintig cliënten), team 3 ontfermt zich over één huiskamer van zestien cliënten. Deze cliënten zijn in de leeftijd van 55 tot negentig en worden ondersteund en/of begeleid in hun ADL, omdat dit vanwege hun psychiatrische problematiek niet (meer) goed zelfstandig lukt. Deze mensen lijden aan stoornissen als schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie en autisme, welke er voor zorgen dat zij afwijkend, slecht aangepast en/of abnormaal gedrag vertonen (van der Molen, Perreijn en van den Hout, 2010).

3.1.2 Steekproef

De steekproef voor dit onderzoek is select, daar deze zal bestaan uit tien vaste medewerkers (in dit onderzoek ‘de professionals’ en ‘de respondenten’) die persoonlijk door de onderzoeker zijn gevraagd respondent te zijn voor dit onderzoek. Deze personen zijn werkzaam als (verpleegkundig) begeleider (VB) of psycholoog (PSY) op afdeling Y en zijn in de leeftijd van 25 tot ongeveer 45 jaar. De reden om personen van diverse leeftijden te onderzoeken, is omdat mensen die net afgestudeerd zijn andere of nieuwere kennis hebben dan mensen die al twintig jaar in het

werkveld zitten. Op deze manier wordt zoveel mogelijk kennis meegenomen in het onderzoek. Deelvraag één vraagt overigens naar welke kennis de professionals hebben en onder de respondenten bevinden zich jongere en oudere mensen met verschillende soorten kennis. Zij hebben allen een opleiding (gelijk aan) verpleegkunde, sociaal pedagogische hulpverlening of psychologie op Mbo-, Hbo- of Wo-niveau afgerond. Zij zullen de ‘professionals’ uit de vraagstelling vertegenwoordigen.

De professionals		
(Verpleegkundig) begeleiders		Psychologen
Verpleegkundige achtergrond	Agogische achtergrond	Psychologie achtergrond

Tabel 1: samenstelling steekproef.

Er is gekozen voor een selecte steekproef, omdat de onderzoeker de diverse functies (namelijk (verpleegkundig) begeleider of psycholoog) vertegenwoordigd wilde hebben in de steekproef. Ook heeft de onderzoeker gekozen voor een selecte steekproef, omdat afdeling Y bestaat uit vijf huiskamers voor de cliënten, welke gerund worden door drie subteams. De onderzoeker heeft uit elk subteam minimaal twee medewerkers benaderd, zodat er een beter beeld zou ontstaan van de gehele afdeling. Per huiskamer kan de werkwijze namelijk iets verschillen. Zou er gebruik gemaakt zijn van een aselechte steekproef, dan zouden er mogelijk (bijna) alleen maar verpleegkundigen onderzocht zijn en geen psychologen, of vooral medewerkers uit één subteam in plaats van alle, waardoor er een eenzijdig beeld ontstaat, wat niet representatief is voor de hele afdeling. Dit zou de validiteit van de resultaten verminderen. Doordat de onderzoeker de professionals persoonlijk heeft uitgenodigd (select) op basis van bepaalde kenmerken, is getracht een breder perspectief te vangen over het onderwerp van dit onderzoek op afdeling Y.

Twee van de tien respondenten zijn naast hun reguliere (verpleegkundig) begeleiding ook nog aandachtfunctionaris naastbetrokkenen (vanaf nu ‘AFN’ genoemd in dit onderzoek). Deze AFN’s hebben veel kennis van het naastenbeleid en dienen zich in te zetten voor de naasten. Zo organiseren zij regelmatig familiedagen, afdelingsbrede activiteiten voor de cliënten waar de naasten ook voor wordt uitgenodigd en zijn zij onderdeel van de eenheidsraad, wat een soort samenvoeging is van de familie- en cliëntenraad.

De naasten zelf zullen niet onderzocht worden, daar dit zwaar wordt afgeraden door de AFO van deze afdeling. Volgens de AFO worden zij namelijk al regelmatig benaderd voor andere onderzoeken en men wil de naasten hiermee niet overbelasten.

De anonimiteit van de respondenten zal gewaarborgd worden door hun namen weg te laten en hen te beschrijven als ‘respondent 1’, ‘respondent 2’, et cetera. Ook zal hun opleidingsachtergrond, geslacht en leeftijd niet genoemd worden in dit onderzoeksrapport. Op basis van deze informatie zouden namelijk vermoedens kunnen ontstaan over welke persoon het gaat. De onderzoeker is zich er namelijk van bewust dat de medewerkers van afdeling Y ook dit

onderzoeksverslag zullen lezen en zij kennen elkaar goed genoeg om alsnog op basis van deze informatie zonder naam te weten welke respondent wie is.

3.2 Dataverzamelmethode

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Er is daarom gekozen om data te verzamelen middels semi-gestructureerde interviews. Over het onderwerp van het onderzoek bestaan namelijk al veel theoretische inzichten, welke als leidraad dienen tijdens de interviews. Volgens Boeije (2005) is dit gebruikelijk voor kwalitatief onderzoek; men kan dan de resultaten vergelijken met de reeds bestaande theorie en op basis hier van een conclusie formuleren. Tevens is er gekozen voor deze manier van data verzamelen, omdat (semi-gestructureerde) interviews veel inzicht geven in ervaringen en beweegredenen van respondenten (Boeije, 2005). Dit sluit aan bij de vraagstelling, die inzicht vraagt in de mogelijkheden en behoeften ten aanzien van het naastenbeleid. De professionals zullen geanonimiseerd worden, om hun privacy te respecteren. Daar het om een selecte steekproef gaat, zijn de professionals persoonlijk uitgenodigd voor een interview. Hierbij werd kort uitgelegd wat het onderzoek inhoudt. Op basis hiervan hebben zij ingestemd mee te doen aan het onderzoek middels een interview. Hierbij hebben zij toestemming gegeven voor het gebruik van de data die uit de interviews kwamen, met als voorwaarde dat de data geanonimiseerd worden. De onderzoeker heeft zich hier aan gehouden door alle namen van personen of zaken weg te laten. Na afronding van het onderzoek zijn de resultaten teruggekoppeld. De onderzoeker heeft de bevindingen gepresenteerd aan de onderzoekspopulatie, om zo de waarde van de resultaten na te gaan. Hier meer over in hoofdstuk 6.

3.3 Meetinstrument

De onderzoeker neemt bij alle tien de respondenten hetzelfde semi-gestructureerde interview af, aan de hand van de topiclist; het meetinstrument voor data-verzameling in dit onderzoek. Doordat iedereen een interview afneemt aan de hand van dezelfde topiclist, zal hierdoor de validiteit en betrouwbaarheid vergroot worden (Boeije, 2005). Tevens vertelt Boeije (2005) dat de topiclist relevant moet zijn voor de vraagstelling van het onderzoek. Op deze manier heeft de onderzoeker van dit onderzoek er voor gezorgd dat uit de resultaten een antwoord is ontstaan op de hoofd- en deelvragen, die weer in lijn zijn met de probleemstelling en probleemanalyse. Doordat iedere respondent dezelfde topics voorgelegd krijgt, kunnen de resultaten met elkaar vergeleken worden (Boeije, 2005).

De topics voor de interviews komen voort uit literatuur (zie hoofdstuk 2 ‘theoretisch kader’) over het onderwerp van dit onderzoek, zodat ook de resultaten van de interviews met de reeds bestaande literatuur vergeleken kunnen worden. Het meetinstrument, de topiclist, is geschikt om de kernbegrippen uit de vraagstelling te operationaliseren, omdat aan de hand van een topiclist veel informatie verkregen kan worden tijdens het interviewen over deze topics; niet alle vragen staan van te voren vast, dus er is ruimte om dieper in te gaan op dat wat er uit de respondent zelf

komt. Per deelvraag is een topiclist gemaakt, waarin de bijbehorende topics uit het theoretisch kader voorbij komen. Voor elk topic heeft de onderzoeker een aantal vragen opgeschreven als leidraad. Deze zullen niet allemaal letterlijk gesteld worden, maar dienen meer als inspiratie tijdens het interview voor eventuele vragen die op dat moment beter passen in het interview. Volgens Boeije (2005) is dit kenmerkend voor kwalitatief onderzoek.

De topiclist is geschikt om de kernbegrippen uit de vraagstelling te operationaliseren, omdat de topics verdieping vragen over de ervaringen van de respondenten, waardoor er een antwoord op de vraagstelling zal ontstaan. Doordat alleen de topics vast staan en niet de specifieke vragen, is er ruimte voor herformulering en uitleg van termen, zodat de taal bij de respondent past (Boeije, 2005). Op deze manier zorgt de onderzoeker er voor dat er zo veel mogelijk informatie gewonnen wordt.

Voorbeelden van topics die uit de literatuur zijn afgeleid en die tijdens de interviews aanbod komen, zijn 'attitude hulpverlener', 'fasen naasten' en 'belastbaarheid naasten'. Uit deze drie onderdelen moet volgens de literatuur blijken in welke mate er triadisch gewerkt kan worden; dit is voor een professional cruciaal om in te schatten welke rol de naasten kunnen spelen in de behandeling en begeleiding van de cliënt.

De literatuur uit hoofdstuk 2 is weer afgeleid van de vraagstelling, welke ontstaan is uit de probleemanalyse en probleemstelling. De probleemanalyse en probleemstelling worden onderschreven door de AFO van afdeling Y.

Doordat alle onderdelen van dit onderzoek met elkaar samenhangen, zal de validiteit van het onderzoek vergroot worden. Alle onderdelen vloeien voort uit elkaar en kunnen daarom met elkaar vergeleken worden.

3.4 Data-analyse

Om de data overzichtelijk te krijgen, heeft de onderzoeker de semi-gestructureerde interviews getranscribeerd.

Doordat er met een topiclist is gewerkt, zijn in de verschillende interviews ongeveer dezelfde topics aan bod gekomen. Ondanks de topiclist, zijn er ook gegevens naar voren gekomen die in meerdere interviews terugkwamen, maar niet op de topiclist staan. Deze gegevens kwamen uit de professionals zelf en heeft de onderzoeker ook in beschouwing genomen. Een voorbeeld hiervan is het heftige verleden tussen cliënt en naasten, waardoor er soms geen contact meer is in het heden.

Alle zelfde soort gegevens hebben dezelfde code gekregen, zoals 'belasting naasten'. Boeije (2005) noemt dit de open codering; de gegevens indelen in fragmenten, het geven van een code aan de meest relevante fragmenten en het vergelijken van deze fragmenten. Dit heeft als resultaat dat de gegevens hanteerbaar en overzichtelijk worden (Boeije, 2005), waardoor deze beter geïnterpreteerd kunnen worden.

Na de open codering is opnieuw naar de fragmenten met codes gekeken en heeft de onderzoeker de inhoud bekeken van alle codes. Zo hebben meerdere professionals iets over het topic 'belasting naasten' gezegd, echter zeiden zij hier niet altijd hetzelfde over. In deze stap, het axiaal coderen (Boeije, 2005), zijn de subcodes ontstaan. De codes zijn met elkaar vergeleken en zijn geordend.

Uit de axiale codering is een codeboom ontstaan, die weergegeven is in bijlage 3. Ook heeft de onderzoeker genoteerd door hoeveel respondenten wat gezegd is en welke functie ((verpleegkundig) begeleider of psycholoog) deze respondenten hebben. Hierdoor wordt duidelijk welke zaken het meeste leven bij de respondenten, met de functie in acht genomen. Zo zeggen de psychologen soms wel zelf psycho-educatie te geven aan naasten en (verpleegkundig) begeleiders juist weer niet of minder; zij verwijzen hier voor door naar de psycholoog, terwijl ze zelf ook op een laagdrempelige manier psycho-educatie kunnen en mogen geven.

Na het open en axiaal coderen, is er selectief gecodeerd; het vaststellen van de samenhang tussen gegevens, het feitelijk beschrijven, het interpreteren van de gegevens en het trekken van conclusies (Boeije, 2005). Tijdens het selectief coderen heeft de onderzoeker aan de hand van de samenhang van de gegevens, de gegevens opnieuw geordend, zodat alle bij elkaar horende gegevens bij elkaar staan. Dit maakt het gemakkelijker om de resultaten te interpreteren.

Naderhand heeft de onderzoeker de codeboom en fragmenten aan een derde laten lezen die ook in het sociale domein werkzaam is, om zo de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen. Boeije (2005) schrijft dat het bij kwalitatief onderzoek belangrijk is deze stap te nemen, omdat dit leidt tot een beter ontwikkelde codering. Door te overleggen met een derde partij kan bevestigd worden of de juiste codes systematisch bij de juiste fragmenten geplaatst zijn (Boeije, 2005). Tijdens de uitvoering van dit onderzoek was de derde partij ook met een kwalitatief onderzoek bezig en vergeleek de codering van dit onderzoek met die van haar. Inhoudelijk ging het uiteraard over een ander onderwerp, maar de structuur van het coderen kwam overeen. Deze persoon vond dat de codes passend waren voor de fragmenten en dat ze door de onderzoeker op een logische wijze gebundeld waren in de codeboom (van den Reek, persoonlijke communicatie, 17 mei 2016).

Hoofdstuk 4: Resultaten

Dit hoofdstuk heeft als doel per deelvraag duidelijk te maken wat alle respondenten gezegd hebben over de bijbehorende topics die naar voren kwamen in de interviews. Deze resultaten zullen per deelvraag vergeleken worden met de theorie uit hoofdstuk 2 en als laatste zal steeds antwoord gegeven worden op de desbetreffende deelvraag.

De uiteindelijke steekproef bestond uit tien vaste medewerkers van afdeling Y, welke werkzaam zijn als (verpleegkundig) begeleider (VB, acht personen) of als psycholoog (PSY, twee personen). Zij zijn in de leeftijd van 25 tot ongeveer 45 jaar en hebben een Mbo-, Hbo- of Wo-opleiding (gelijk aan) verpleegkunde (VPK), sociaal pedagogische hulpverlening (SPH) of psychologie (PSY) gedaan. De steekproef bestaat uit drie mannen en zeven vrouwen.

4.1 Kennis professionals triadisch werken

De eerste deelvraag behoeft antwoord op de vraag vanuit welke kennis de professionals handelen met betrekking tot triadisch werken. In deze paragraaf zal weergegeven worden wat de respondenten hier over te zeggen hadden en zal de deelvraag beantwoord worden.

4.1.1 Contact tussen naasten en professionals

4.1.1.1 Theoretische kennis professionals

De onderzoeker heeft de respondenten bevraagd op theoretische kennis op het gebied van gesprekstechnieken en methodieken. Hieruit zijn verschillende theoretische termen naar voren gekomen.

Wanneer de respondenten gevraagd wordt of zij weten wat de triadekaart is, antwoorden negen van de tien met 'nee'. Vaak weten zij wel wat de triade is, echter is de triadekaart bij de meesten onbekend. Wanneer de onderzoeker kort toelicht wat deze kaart inhoudt, vertellen alle respondenten dat ze wel iets soortgelijks gebruiken op de afdeling, namelijk een zorgkaart, verpleegplan en behandelplan.

Zes van de tien respondenten is bekend met het ecogram. Echter, weet slechts ongeveer een derde te vertellen dat deze in elk verpleegplan op de afdeling staat, maar niet tot weinig gebruikt wordt. Het merendeel van de respondenten meent dat er geen ecogram is.

De drie meest genoemde termen die de respondenten uit zichzelf noemen, zijn (tegen)overdracht (twee maal), motiverende gespreksvoering (twee maal) en psycho-educatie (twee maal).

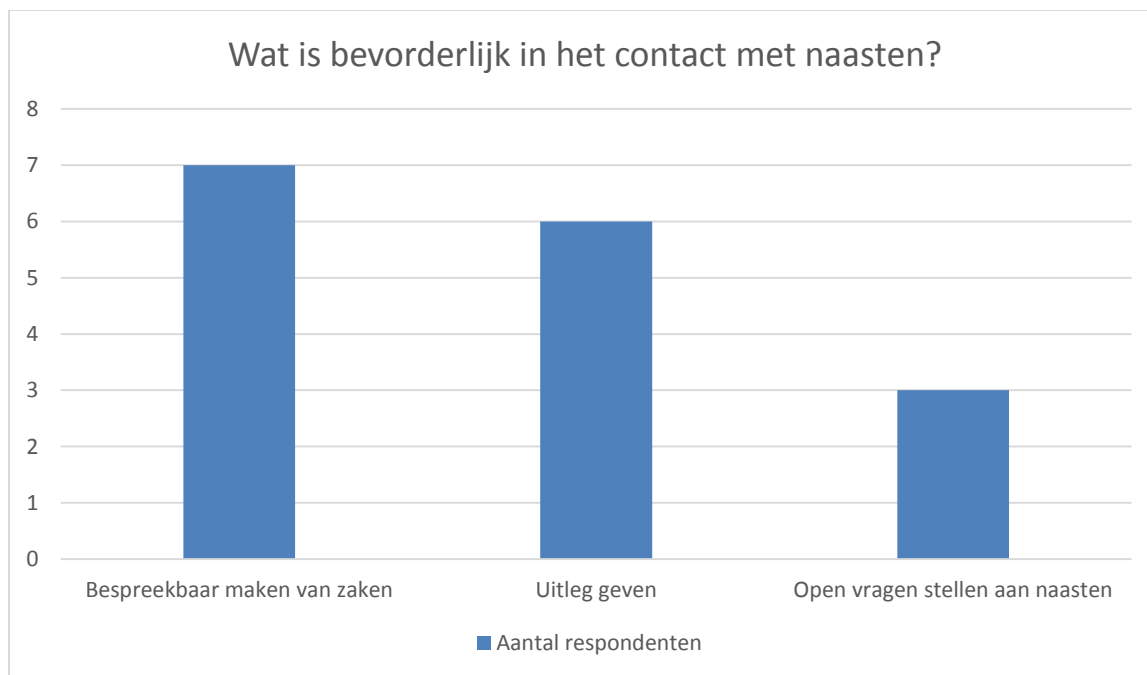
Alle andere termen werden in de tien interviews slechts één keer genoemd, namelijk: de presentiebenadering, slecht nieuwsgesprekken, zelfregie, herstel / niet hospitaliseren, interactieve vaardigheden, directieve benadering, Planetree, belevingsgericht werken, transactionele analyse, cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en klachtenvermindering.

Deze theoretische termen werden vooral door respondenten met een agogische (SPH) achtergrond aangedragen, gevolgd door de psychologen (PSY) en als laatste de verpleegkundigen (VPK).

4.1.1.2 In gesprek met naasten

Er is de respondenten gevraagd waar zij rekening mee houden en wat zij bevorderlijk vinden in het contact met naasten. Door zeven van de tien respondenten werd gezegd dat het bespreekbaar maken en houden van zaken erg van belang is, gevolgd door 'uitleg geven', wat door zes respondenten werd genoemd. Dit laatste wordt vooral door VB's ((verpleegkundig) begeleiders (SPH en VPK)) genoemd.

Verder hebben drie respondenten gezegd dat het belangrijk is om vooral open vragen stellen aan de naasten. Middels open vragen krijg je de meeste informatie die zoveel mogelijk uit de persoon zelf komt zonder jouw invulling (Oomkes & Garner, 2011).



Grafiek 1: bevorderlijke aspecten in het contact met naasten.

4.1.1.3 Attitude hulpverlener

De respondenten hebben een bepaald beeld van wat wenselijk is, als het gaat om de attitude van de hulpverlener naar de naasten toe. Op een gedeelde eerste plaats noemen zij openheid en het aanbieden van koffie wanneer naasten op de afdeling komen (beide vijf maal genoemd).

“Ik vind het ook vanzelfsprekend dat als familie binnenkomt... ik bedoel, die komen speciaal voor iemand in zijn woonomgeving. Kijk, mijn omgeving waar ik woon is ook mijn woonomgeving, dus wat doe ik als ik gasten krijg... die krijgen koffie of iets anders. Dus op het moment dat er familie of bekenden hier voor cliënten op bezoek komen... die komen in de woonomgeving, dus die bied ik koffie aan, omdat de cliënt vaak niet in de gelegenheid is om... als het gaat over de vaardigheden of wat dan ook, of de beperkingen, lukt het vaak zelf niet. [...] Dan vind ik het ook mijn taak om koffie aan te bieden bijvoorbeeld.” (Respondent 10)

Als tweede wordt genoemd ‘de naasten welkom heten en laten voelen’ (vier maal), gevolgd door ‘samen doen’ en ‘de wens van de naasten respecteren’, welke beide drie maal genoemd zijn. Tevens is door vijf respondenten gezegd welk houdingsaspect juist niet bevorderlijk is voor de samenwerking, namelijk ‘betweterigheid’ of ‘doen alsof jij alles wel weet’ (vijf maal). Het valt op dat onder deze vijf respondenten geen VPK is (drie SPH en twee PSY).

4.1.1.4 Taken en verantwoordelijkheden hulpverlener

Er is gevraagd wat de respondenten de belangrijkste taken en verantwoordelijkheden vinden van een hulpverlener in het samenwerken met naasten. De helft (vijf) van de respondenten geeft aan het belangrijk te vinden dat naasten uitgenodigd worden voor besprekingen en activiteiten, zoals behandelplanbesprekingen, familiegesprekken, Kerstmarkt en barbecue. In deze mening zijn vooral de SPH’s vertegenwoordigd, namelijk drie. De rest bestaat uit één psycholoog en één VPK.

Ook vinden de respondenten dat zij als taak hebben de naasten te bevragen op belastbaarheid (vijf maal). VB’s en PSY’s zijn hier in gelijkmatig vertegenwoordigd. Als derde wordt genoemd ‘signaleren’ (vier maal), welke genoemd wordt door drie VB’s en één PSY.

Verder wordt ook vier maal genoemd: ‘de naasten inbreng geven’ en ‘een doel voor ogen hebben in het contact met naasten’. Bij beide is de helft van de respondenten een PSY.

Verder noemen de respondenten nog diverse taken en verantwoordelijkheden die een hulpverlener heeft volgens hen (allen drie maal genoemd), namelijk: naasten beschermen tegen overbelasting en desnoods iets overnemen, naasten betrekken, ervaringskennis van naasten gebruiken, afstemming met de naasten, initiatief nemen en advies en inzicht geven.

“Nou, een voorbeeld is wel wat ik heel erg fijn vond... toen ging het over iemand die heel erg reageert op antibiotica en toen vertelde de man van die mevrouw ‘ze kan heel erg reageren op antibiotica, qua vergeetachtigheid’ en dat

soort dingen. En dat was allemaal net in december gebeurd, net voordat ik was begonnen met werken. Dus, je kan soms ineens nog wel eens zo 'n weetje krijgen van familie. En dat is wel heel fijn.” (Respondent 1)

4.1.2 Resultaten verbonden met theorie

De respondenten geven aan dat ze het belangrijk vinden zaken bespreekbaar te houden met de naasten. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) onderschrijven dit. Zij zeggen namelijk dat het bevorderlijk is voor de samenwerking als de hulpverlener in gesprek gaat met de naasten over hun wensen en mogelijkheden.

Ook is genoemd dat er ruimte moet zijn voor het verhaal van de naasten. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) beschrijven dit ook als een bevorderlijk aspect in het contact met naasten.

Wat betreft attitude van de hulpverlener zeggen de respondenten dat openheid belangrijk is. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) hebben het over betrouwbaarheid en transparantie, wat volgens hen de samenwerking en het contact met naasten bevordert. De respondenten beschrijven openheid als het eerlijk zijn naar de naasten, dat je geen zaken achterhoudt en dat je ze op de hoogte houdt van wat er allemaal speelt. Dit kan omschreven worden in de termen die van Doorn, van Etten en Gademan (2013) gebruiken: betrouwbaarheid en transparantie.

“Nou ja, ik probeer altijd wel gewoon heel eerlijk te zijn over wat we allemaal aan het doen zijn en ik merk ook dat dat vooral gewaardeerd wordt, dat je niet sommige dingen achterhoudt. [...] Bij een cliënt mag de man alles weten bijvoorbeeld. Dan betrek ik hem het liefst ook bij alles; dat ik hem alles kan vertellen over wat er gebeurt, hoe het is gegaan, zodat hij ook weer opgelucht naar huis kan en de keer er op weer geïnformeerd terug kan komen naar ons.” (Respondent 1)

“[...] maar ja, ik denk eerlijk zijn, want zij merken ook wel als je er om heen draait.” (Respondent 9)

Veel genoemd door de respondenten is ‘samen doen’. Ook hier zijn van Doorn, van Etten en Gademan (2013) het mee eens; zij beweren dat het goed is voor de relatie-opbouw, wanneer je samen dingen onderneemt met de naasten.

Een noemenswaardig deel van de respondenten geeft aan het belangrijk en bevorderlijk te vinden in de samenwerking, wanneer de hulpverlener de wensen van de naasten respecteert. Ook dit wordt onderschreven door van Doorn, van Etten en Gademan (2013). Aansluiten bij de directe wensen en behoeften van de cliënt en naasten is bevorderlijk voor de hulpverlenersrelatie.

Naast alle bevorderlijke aspecten, noemen de respondenten ook een belemmerend aspect, namelijk dat de hulpverlener niet moet doen alsof hij alles beter weet en dat de naasten niets weten. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) schrijven dat een naaste juist een bron van informatie over de cliënt kan zijn en dat de hulpverlener

hier soms zelfs iets van kan leren, wat betreft omgang met cliënt. Zij impliceren met andere woorden dat de hulpverlener niet altijd alles beter weet en als hij dit wel doet, dat hij dan belangrijke informatie kan mislopen, ten nadele van de samenwerking en het welzijn van de cliënt.

“Uit de hoogte doen naar de naasten, van ‘ik ben de hulpverlener, ik weet het wel’, terwijl de naasten soms echt dingen weet van de cliënt waar je super veel mee kan.” (Respondent 3)

Het uitnodigen van de naasten voor een triadegesprek wordt als belangrijk gezien door van Erp, Place en Michon (2009). Op deze manier hebben de naasten inspraak in de behandeling van de cliënt en kan de hulpverlener eventueel de naasten adviseren wat minder hooi op hun vork te nemen als de naasten zich neigen te overbelasten (van Erp, Place & Michon, 2009).

Dit zijn ook zaken die als belangrijk gezien worden door de respondenten. Zij vertellen namelijk dat ze het belangrijk vinden om naasten uit te nodigen op de afdeling. Volgens de respondenten werken zij niet expliciet met een triadegesprek, maar wordt hier invulling aan gegeven middels behandelplanbesprekingen, verpleegplanbesprekingen en familiegesprekken. Op deze manier geven de respondenten de naasten inbreng in de behandeling van de cliënt, iets wat zij ook meerdere malen aangeven als een belangrijk aspect in de samenwerking. Ook wordt door de respondenten het nagaan van de belastbaarheid (signaleren) van de naasten als belangrijk beschreven. Zoals al eerder gezegd, schrijven van Erp, Place en Michon (2009) dat in een triadegesprek de hulpverlener kan nagaan of de naasten niet te veel hooi op hun vork nemen (belastbaarheid). Wat de respondenten zeggen en vinden komt dus overeen met de theorie.

“Er was inderdaad een cliënt van mij, die moest naar het ziekenhuis voor borstoperatie voor borstkanker en een familielid had precies hetzelfde traject te ondergaan en dan zag ik op een gegeven moment van ‘ja, het werd voor dat familielid wel echt heel erg te veel’. Dus ga je in overleg met die familie, ging ik gewoon kijken, van ‘nou ja, welke momenten kunnen jullie haar nog begeleiden en waar nemen wij het over, ziekenhuisbezoeken is dat niet te veel’, zo probeer je dat, die afstemming te zoeken.” (Respondent 4)

Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) schrijven dat de hulpverlener als taak heeft het contact op te bouwen met naasten, dit contact te analyseren en hiervoor een strategie te bepalen. De respondenten benoemen dat zij het belangrijk vinden dat je in contact met naasten altijd een doel voor ogen hebt. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) zeggen dat het hierbij belangrijk is dat de hulpverlener kleine stappen zet en concrete resultaten hier mee behaalt.

Een aantal respondenten geeft aan dat het belangrijk is dat de ervaringskennis van de naasten gebruikt wordt in de behandeling van de cliënt. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) zijn ook van mening dat dit belangrijk is; zoals al eerder gezegd kunnen de naasten een bron van informatie zijn, die ten voordele kan werken voor het welzijn van de cliënt.

4.1.3 Beantwoording deelvraag

Deelvraag 1 luidt als volgt: vanuit welke kennis handelen de professionals met betrekking tot triadisch werken?

Antwoord:

De professionals kunnen uit zichzelf genoeg gesprekstechnieken en methodieken noemen die zij hebben meegekregen vanuit hun opleiding of bijscholing, waarmee zij uit de voeten kunnen op de werkvloer in het contact met naasten. Zo wordt er in de interviews door de (verpleegkundig) begeleiders onder andere psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, presentiebenadering, slecht nieuwsgesprekken, interactieve vaardigheden en transactionele analyse genoemd. Door een van de psychologen wordt systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en klachtenvermindering genoemd. Deze zijn volgens een respondent veelal gericht op de cliënt en vaak niet op hoe deze toe te passen op de naasten. Er wordt door verschillende respondenten dan ook aangegeven dat zij het een en ander lastig vinden in het contact met naasten. Dit wordt nader beschreven bij de beantwoording van deelvraag 3.

Verder noemen de professionals een aantal handelingen en attitude-aspecten waaraan een hulpverlener moet doen, die ook door de theorie als wenselijk gezien wordt in het triadisch werken met naasten. Zaken bespreekbaar maken en houden, uitleg geven en open vragen stellen worden hierbij het meeste genoemd. Wat betreft de attitude van een hulpverlener antwoorden de professionals het vaakst 'openheid', 'niet uit de hoogte doen', 'welkom heten', 'samen doen' en 'de wens van naasten respecteren'.

4.2 Wensen en behoeften naasten

De tweede deelvraag heeft antwoord op de vraag wat volgens de professionals de wensen en behoeften van naasten zijn, wat betreft triadisch werken met afdeling Y.

In deze paragraaf zal weergegeven worden wat de respondenten hier over te zeggen hadden en zal de deelvraag beantwoord worden.

4.2.1 Contact tussen naasten en cliënt

De onderzoeker heeft de respondenten niet expliciet bevraagd op het contact tussen naasten en cliënt. Echter, kwam dit topic toch regelmatig voorbij. Wat de respondenten hier over gezegd hebben, wordt in deze paragraaf beschreven.

4.2.1.1 Wanneer de naasten in beeld zijn

Wanneer naasten in beeld zijn, kan er mee samengewerkt worden. Echter, de helft van de respondenten (vijf) vindt het lastig wanneer een naaste niet in het belang van het welzijn van de cliënt handelt. Als voorbeeld wordt genoemd een naaste die alles koopt wat de cliënt wil of een naaste die misbruik maakt van het feit dat zij de financiën regelt voor de cliënt. Deze mening wordt gedeeld door drie VB en twee PSY.

“Ik denk dat je te alle tijden respect moet tonen voor wat ze doen, ook al is dat niet helemaal zoals je het wenst te zien. De cliënt die reageert vrij kinderlijk en als die iets wil hebben, dan moet dat meteen. Een van de familieleden van die cliënt, die doet dat dan ook meteen, die koopt dan bijvoorbeeld meteen sigaretten, terwijl wij met andere familieleden een andere afspraak hebben [...]. Je kunt [...] niet zeggen van ‘ja, dat kun je niet maken’. Nee, da’s toch iets wat hun onderling uit moeten zoeken. Dus ik denk dat je heel erg moet opletten waar je tussen gaat staan.”
(Respondent 4)

Drie respondenten zijn van mening dat de meeste van de naasten veel betrokken worden en zijn en dat met hen een goede samenwerking bestaat (twee VB, één PSY). Hetzelfde aantal respondenten ervaart dat veel naasten vanuit plichtsbesef op bezoek komen bij de cliënt en zich vooral functioneel opstellen (drie VB).

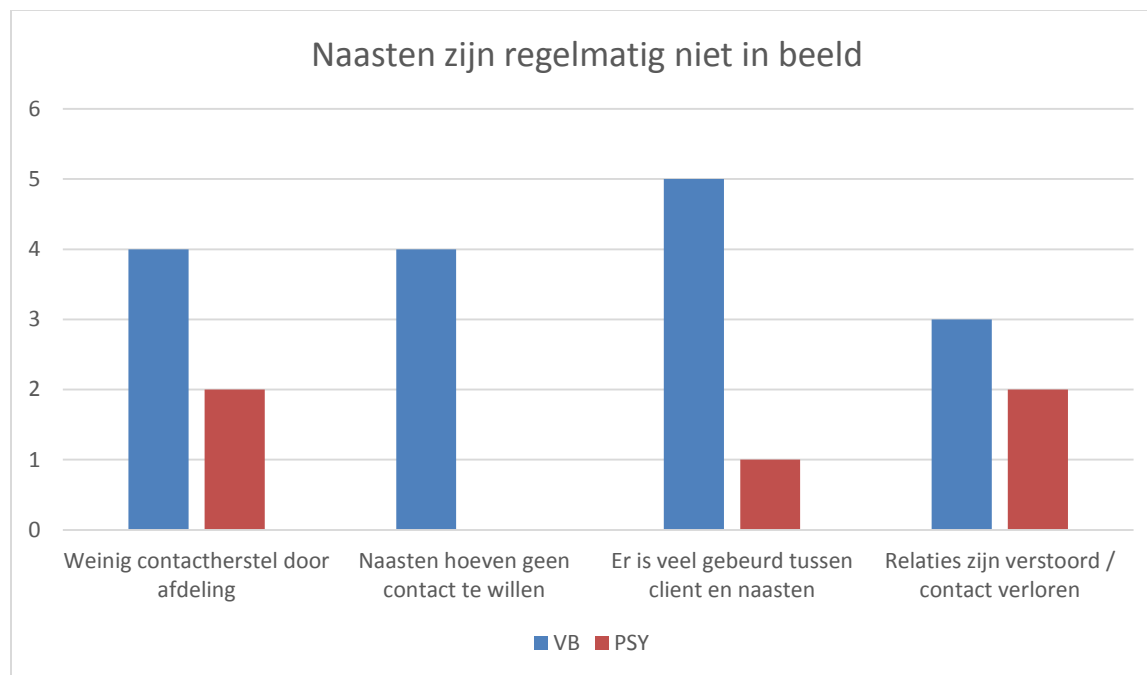
“Ik vind dat je ze daar niet toe kan verplichten om, ja, ook weer omdat ik gewoon vind... je weet gewoon niet altijd wat ze... wat er bij elkaar is voorgevallen. Dat weet je gewoon niet en dat kan echt heel traumatisch zijn en dan kunnen ze best wel hun best doen om eens een keertje hier op bezoek te komen, dat gaat dan misschien nog net.”
(Respondent 8)

Er wordt door één respondent (VB) benoemd dat de mate waarin naasten betrokken worden vooral afhangt van de intensiteit van het contact tussen de cliënt en de naaste(n).

4.2.1.2 Wanneer de naasten niet in beeld zijn

De respondenten geven aan dat het ook regelmatig voorkomt dat de naasten niet in beeld zijn. Zes van hen hebben de indruk dat er maar weinig aan contactherstel en -ondersteuning gedaan wordt door de afdeling (vier VB (drie SPH, één VPK) en twee PSY). Daarbij komt dat vier respondenten van mening zijn dat het het goed recht is van de naasten om geen contact te willen (vier VB). Er is namelijk veel gebeurd tussen de naasten en de cliënt in het verleden, zeggen zes respondenten (vijf VB, één PSY). De relaties zijn vaak verstoord of het contact is in de loop der jaren verloren, denken vijf respondenten, waardoor naasten geen contact meer willen (drie VB, twee PSY).

“Er zitten hier ook mensen die hele akelige dingen hebben gedaan. Die gewoon ook zelf, door invloed van hun stoornis, wel echt dingen kapot hebben gemaakt die niet te vergeven zijn of waardoor mensen gewoon echt geen contact meer willen en dat moet je ook accepteren.” (Respondent 9)



Grafiek 2: Geen naasten in beeld.

Drie maal wordt gemeend dat naasten het (te) confronterend vinden om op de afdeling op bezoek te komen en de cliënt te zien (drie VB) en twee maal wordt de vergelijking gemaakt met een verpleeghuis. Bij een verpleeghuis hebben de naasten en cliënt meestal niet zo een heftig verleden samen en is de cliënt op een gegeven moment dement geworden. In de psychiatrie heeft de cliënt vaak dingen gedaan die door de naasten soms nog steeds moeilijk te verwerken zijn, aldus de respondenten.

“Naasten in de verpleeghuiswereld hebben altijd over het algemeen een andere relatie met degene die daar verblijft als het ware. Die is op een gegeven moment dan ziek geworden en naar een verpleeghuis gegaan en hier zit heel vaak oud zeer, wat niet zo gemakkelijk is om dat even bij elkaar te brengen en even oneerbiedig gezegd... soms ook gestoorde gezinsleden, want dat is voor een deel natuurlijk ook erfelijk, dus dat zijn dus vaak ook mensen met behoorlijke gebruiksaanwijzingen en, ja, die kun je niet ook zo maar weer voor alles inzetten.” (Respondent 5)

Ook zeggen twee respondenten (beide VB) dat de cliënt en diens naasten vaak op de afdeling al wat ouder zijn en dus uit een tijd komen waarin het nog niet zo gebruikelijk was dat de naasten betrokken werden en dat het vroeger meer taboe was, wanneer iemand in een psychiatrisch ziekenhuis werd opgenomen, aldus de respondenten.

“Om het nog maar eens over vroeger te hebben, toen zij werden opgenomen was het echt allemaal nog heel erg taboe. Kijk, het is nu al niet echt om van de daken te schreeuwen als je wordt opgenomen, maar toen was het echt... toen was je echt een gek die hier achter een hek geplaatst werd. Dat is allemaal nog niet zo heel lang geleden, dat het zo ging. Dus die zijn toch wel... sommigen die zijn echt verstoten door hun familie.” (Respondent 9)

“De [nu volwassen] kinderen van de cliënten zijn denk ik eigenlijk veel te weinig ondersteund vroeger in wat zij doormaakten. Want het is natuurlijk gewoon een verschrikkelijke situatie waar mensen in hebben geleefd [...]. Ja, op een gegeven moment zijn de ouders of een van de ouders (cliënt) dan opgenomen, maar in die tijd was er vrij weinig oog voor de kinderen. Dus die zijn of ergens opgevangen of bij een van de ouders gebleven of... maar, ja, echt zoals tegenwoordig ondersteuning daarvoor of zoals therapie, ja, dat was toen niet.” (Respondent 9)

4.2.2 Facilitatie naasten

4.2.2.1 Kennis professionals

De onderzoeker is nagegaan in hoeverre de respondenten kennis hebben van de verschillende (ondersteunings)voorzieningen die er bestaan voor naasten binnen instelling X.

Acht personen weten wat psycho-educatie is (zes VB (vier SPH, twee VPK), twee PSY), twee weten dit niet (twee VB). Vier personen noemen uit zichzelf ‘Minddistrict’, een digitale voorziening voor naasten die nog in ontwikkeling is (vier VB).

Verder noemen de respondenten veel verschillende voorzieningen op, maar deze worden bijna allen slechts door één persoon (verschillende personen) genoemd. De voorzieningen die door meerdere personen genoemd worden, zijn: de KOPP-cursus (drie maal), de PVP’er (twee maal) en Cursus Ruggensteun (twee maal). Drie respondenten geeft aan helemaal geen voorzieningen te kunnen bedenken uit zichzelf (alle achtergronden).

4.2.2.2 Inschatting behoeften naasten

Er is de ondervraagden niet alleen gevraagd welke voorzieningen zij kennen, er is hen ook gevraagd in hoeverre zij denken dat er behoefte is aan deze voorzieningen bij de naasten.

De meerderheid (zes) geeft aan te denken dat er maar weinig behoefte is aan psycho-educatie (vier VB, twee PSY). Zij geven als reden vooral het feit dat ze denken dat naasten op een vorige afdeling al geïnformeerd zijn over de toornis van de cliënt. Echter, werd al eerder beschreven dat vijf respondenten aangeven dat er vaker navraag gedaan mag worden hierover bij de naasten. Opvallend is ook dat vier respondenten zeggen dat ze denken dat er meer behoefte is aan psycho-educatie dan dat er gedacht wordt.

“[...] maar ik ga er eigenlijk altijd vanuit dat mensen op de andere plek, want dat is bijna iedereen, die komen via een andere weg... en dan ga je er eigenlijk altijd vanuit dat ze daar voldoende in zijn meegenomen. Misschien ten onrechte.” (Respondent 6)

Vijf van de tien heeft de ervaring dat naasten weinig gebruik maken van de ondersteuningsvoorzieningen. Ook wordt er gezegd (vier maal) dat er maar weinig behoefte is aan bijeenkomsten, zoals een familieavond of activiteiten waar naasten bij mogen zijn. Waar dit aan ligt of waar de behoefte van de naasten wel ligt, is de respondenten onbekend. De respondenten zijn met een derde van mening dat dit mogelijk komt, doordat de naasten al ver zijn in het verwerkingsproces, omdat de cliënt vaak al decennia in de psychiatrie verblijft.

“We hebben ook wel eens familieavonden gehad zonder cliënten, waarin ze ook echt lotgenotencontacten konden overleggen en dan komt er niemand. En dat is niet één keer, het is op verschillende tijdstippen gedaan, middag, avond, doordeweeks, weekend. Te weinig animo. [...] Er is een avond geweest waarin iedereen heel enthousiast was, wilden graag een volgende en iedere volgende die er georganiseerd werd is afgeblazen door te weinig aanmeldingen.” (Respondent 3)

“Nou, we proberen het gewoon zo aantrekkelijk mogelijk te maken. Echt dingen die nu op de afdeling spelen of waar we vragen van naasten over krijgen, die proberen we dan in die dag te verwerken, dan vertel ik van te voren waar we het over gaan hebben, maar op de een of andere manier is dat gewoon echt heel lastig. Hoe vroeg je die uitnodigingen ook verstuurt, hoe vaak je mensen ook herinnert... nee.” (Respondent 9)

4.2.2.3 Informeren, doorverwijzen en ondersteunen

Zes van de tien respondenten geeft aan geen navraag te doen bij de naasten, wat betreft psycho-educatie (vier VB, twee PSY).

Wanneer blijkt dat er wel behoefte is aan psycho-educatie of een ondersteuningsvoorziening, zeggen vier van de tien de naasten hiervoor door te verwijzen en/of te informeren (twee VB, twee PSY). Psycho-educatie kunnen de

professionals ook zelf geven aan de naasten, echter zeggen twee VPK hier toch de naasten liever door te verwijzen naar de PSY, terwijl twee SPH aangeven het soms wel zelf te doen.

Als het niet te veel tijd kost, doen de professionals zelf moeite om de naasten te ondersteunen, aldus vijf respondenten (drie VB, twee PSY) en wanneer men merkt dat er meer tijd nodig is, verwijst men (zes respondenten) liever door (vijf VB, één PSY).

Twee respondenten (beide PSY) geven aan dat ze het geen probleem vinden naasten te ondersteunen, zolang de problemen en het ondersteunen maar in relatie staan tot de cliënt.

4.2.3 Resultaten verbonden met theorie

De respondenten geven aan dat het contact tussen cliënt en naasten vaak redelijk goed is, wanneer de naasten in beeld zijn. Echter, komt het volgens hen ook vaak genoeg voor dat de naasten alleen maar vanuit plichtsbesef op bezoek komen bij de cliënt en dat zij zich vooral functioneel opstellen. Van Door, van Etten en Gademan (2013) beschrijven een aantal rollen en functies die de naasten kunnen hebben voor de cliënt. Een daarvan is ‘praktische en materiële steun’; de functionele rol vanuit plichtsbesef die de respondenten beschrijven.

Een aantal respondenten geeft aan dat het soms voorkomt dat een naaste niet in het belang van het welzijn van de cliënt handelt. Zij weten dan niet goed wat te doen. Ook de literatuur vertelt ons hier weinig tot niets over.

“Als het gaat over financiën of spullen... dat is altijd wel heel concreet. Iemand geeft het of geeft het niet, da's heel duidelijk, maar als het gaat over relaties en over emotionele schade die iemand aan kan brengen, ja... een cliënt is wel wilsbekwaam en een cliënt mag daar in foute keuzes maken. [...] En juridisch gezien hebben wij alleen maar een reden om iets te doen op het moment dat iemand echt fysiek schade toebrengt of op financieel vlak niet zijn verantwoordelijkheden neemt. [...] Als het echt gaat over geestelijke mishandeling of zo... Maar wanneer is het geestelijke mishandeling?” (Respondent 6)

Het komt ook regelmatig voor, volgens de respondenten, dat de naasten niet in beeld zijn en/of geen contact willen. Dit komt overeen met wat Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) beschrijven als factoren die de samenwerking belemmeren: gespannen relatie tussen cliënt en naasten en niet alle deelnemers van de triade willen betrokken worden. Van Doorn, van Etten en Gademan (2013) schrijven dat de hulpverlener dan moet bemiddelen tussen de cliënt en naasten. Echter, geven de respondenten aan dat er niet zo vaak aan contactherstel gedaan wordt. Contactondersteuning komt iets vaker voor, maar dit is wanneer de naasten al in beeld zijn.

Veel respondenten denken dat naasten regelmatig geen (of maar weinig) contact willen, vanwege de heftige geschiedenis die de naasten en cliënt samen hebben doorlopen. De cliënt heeft onder invloed van zijn psychiatrische stoornis soms onvergeeflijke dingen gedaan, waardoor de naasten het contact niet meer aankunnen. Van Erp, Place en Michon (2009) hebben het over objectieve belasting: dagelijkse problemen die ontstaan door de symptomen van de psychiatrische stoornis van de cliënt, wat verstoorde relaties kan creëren tussen de naasten en cliënt en zelfs de

gezondheid van de naasten kan verslechteren. Ook kan de stigmatisering vanuit de maatschappij er voor zorgen dat naasten minder geneigd zijn in contact te blijven met de cliënt (van Erp, Place & Michon, 2009). De respondenten geven aan dat dit komt doordat de psychiatrie vroeger veel meer gesloten was; er heerste veel meer taboe op.

Volgens de respondenten kunnen de naasten het contact te confronterend vinden, omdat ze er nog niet (of nooit meer) klaar voor zijn om de cliënt weer onder ogen te komen. Spaniol, Zipple en Lockwood (1992) hebben het over de fases waar naasten doorheen kunnen gegaan als gevolg van de situatie van de cliënt; shock, ontkenning, depressie, boosheid, acceptatie, coping en leven voorbij de stoornis. De meeste respondenten geven aan dat zij denken dat de naasten al ver zijn in dit proces en dus in de laatste fase zitten. Echter, wordt door een minderheid ook gezegd dat het mogelijk is dat de naasten jarenlang in een bepaalde fase kunnen blijven hangen. Vroeger was er minder ondersteuning voor de naasten in de psychiatrie, zegt een respondent, wat maakt dat zij nooit of in ieder geval moeilijker door het verwerkingsproces zijn kunnen gaan. De subjectieve belasting blijft dus bestaan; het persoonlijk lijden van de naasten dat wordt veroorzaakt door de psychische stoornis van de cliënt.

“Hier zie je over het algemeen dat dit de zoveelste afdeling is, eigenlijk, vaak het einde, of de laatste afdeling, zou je kunnen zeggen. Dan zie je dat mensen daar al heel ver in zijn over het algemeen en zit het [...] vaak niet meer zo in de overbelasting. Dan gaat het veel meer over rouwen, bijvoorbeeld dat iemand niet meer bij jou thuis kan wonen of de moeder die je nooit hebt gehad. Of... maar dat is niet zo actueel meestal.” (Respondent 5)

Tegenwoordig is voor bovenstaande zaken aandacht. Van Erp, Place en Michon (2009) schrijven over familie-interventies, waaronder psycho-educatie. Er is dan aandacht voor zorg, verlies, rouw en acceptatie. De naasten leren dan omgaan met eventueel schuldgevoel, het stellen van grenzen en empowerment. Echter, geven veel respondenten aan dat zij denken dat er maar weinig behoefte is aan psycho-educatie, omdat ze dit al op een vorige afdeling gehad zouden hebben. Wanneer de onderzoeker vraagt of dit ook wordt nagegaan, geven de respondenten aan dat dit niet altijd gebeurt. Ook vertellen de respondenten dat er vroeger minder aandacht was voor naastenondersteuning, terwijl ze ook zeggen dat ze er vanuit gaan dat ze vroeger al geïnformeerd zijn.

4.2.4 Beantwoording deelvraag

Deelvraag 2 luidt als volgt: wat zijn volgens de professionals de wensen en behoeften van naasten, wat betreft triadisch werken met afdeling Y?

Antwoord:

Het wordt in dit onderzoek vooral duidelijk waar de naasten géén behoefte aan hebben.

Volgens de professionals is er onder de naasten maar weinig behoefte aan voorzieningen die voor hen beschikbaar zijn. Samengevat komt het er op neer dat zij denken dat naasten van deze ouder wordende cliënten vaak al ver zijn in het verwerkingsproces en al vaak geïnformeerd zijn over de stoornis. De behoefte aan ondersteuning lijkt dus gering. Ook is de opkomst bij familiedagen erg beperkt en is het de respondenten geheel onbekend waar dit aan ligt. Waar de behoeftes van de naasten dan wel liggen, wat dit betreft, is een groot vraagteken.

Welke behoeftes zijn er dan wel? De respondenten geven aan dat zij regelmatig waardering van de naasten krijgen over hun openheid. Dat de naasten dit waarderen, betekent dat ze dit fijn vinden en er dus behoefte aan hebben om op de hoogte te blijven van de stand van zaken.

Verder zeggen veel respondenten dat een aantal naasten ook géén behoefte hebben aan contact en triadisch samenwerken. De wens van de naasten is dan om afstand te mogen nemen en dat dit door de afdeling gerespecteerd wordt. Verschillende respondenten zeggen dit inderdaad te respecteren, maar wel pas nadat alles geprobeerd is om toch contact teweeg te brengen.

4.3 Wensen en mogelijkheden professionals

De derde deelvraag heeft antwoord op de vraag wat de wensen en mogelijkheden van de professionals zijn van afdeling Y, wat betreft triadisch werken.

In deze paragraaf zal weergegeven worden wat de respondenten hier over te zeggen hadden en zal de deelvraag beantwoord worden.

4.3.1 Ervaringen professionals

4.3.1.1 Wat de professionals lastig vinden

Gedurende het interview heeft de onderzoeker bij een aantal topics gevraagd wat de respondent lastig vindt, betreffende het topic van dat moment in het interview. Wat het vaakst genoemd werd, namelijk vier maal, is het onbegrip van naasten. Hier gaat het vier maal om een VB. Het woord onbegrip wordt door de respondenten onder andere concreet gemaakt door het te beschrijven als de afwezigheid van ziekte-inzicht bij naasten, geen begrip voor de handelwijze van de professionals en geen kennis over de (juridische) mogelijkheden in de zorg bij naasten.

“Ik ben soms aan regels gebonden en daar is niet altijd begrip voor van naasten, wat ik wel en wat ik niet kan. Zij hebben dan gewoon puur het belang van de cliënt voorop staan. Dat heb ik ook, alleen ik ben wel gebonden en als daar geen begrip voor is, dan vragen ze dingen van mij die ik gewoon niet waar kan maken. [...] Ik probeer het uit te leggen dat we aan regels gebonden zijn en wel bereidheid tonen, dat ik echt wel mee wil denken aan een oplossing, maar dat ik niet alles kan doen. Zij willen gewoon zorg voor die ene cliënt, terwijl ik er zestien heb waarvoor ik moet zorgen en niet één. En ik kan niet de een alles geven ten nadele van vijftien anderen. En sommige naasten verwachten dat wel.” (Respondent 3)

Tevens vindt een noemenswaardig deel van de respondenten het ontvangen van klachten (formeel en/of informeel) lastig. Het gaat hierbij om vier respondenten van alle, in dit onderzoek in beschouwing genomen, opleidingsachtergronden (VPK, SPH, PSY).

Iets minder dan de helft van de respondenten (namelijk vier) geeft aan het lastig te vinden wanneer naasten aanwezig zijn en toekijken hoe er gehandeld wordt jegens de cliënten. De respondenten voelen zich dan op de vingers gekeken, zeggen zij. Dit wordt ervaren door respondenten van alle opleidingsachtergronden.

“Sommige mensen hebben gewoon echt baat bij een directieve benadering en mensen echt even ergens op aanspreken of echt laten zien dat je boos bent en ik vind dat wel lastig als er naasten zijn, want dan heb je toch het idee dat je moet gaan verantwoorden of uitleggen waarom je dat doet, dat je niet echt heel kwaad bent, maar dat dat nu nodig is en ja, dat is wel lastig. Ik merk dat ik dat dan toch minder doe. [...] Dat je toch soms het idee hebt dat ze

het niet helemaal begrijpen of dat ze dan denken ‘oh, zouden ze dat tegen mijn moeder ook zo doen’ of... ja, dat is wel lastig.” (Respondent 9)

Iets minder dan een derde vindt het lastig wanneer naasten geen contact willen, ongeduldig zijn of zich claimend opstellen. Dezelfde hoeveelheid geeft aan het onprettig te vinden niet altijd van de afdeling af te kunnen met een cliënt voor bijvoorbeeld een ziekenhuisbezoek als de naasten niet mee kunnen met de cliënt. Daar tegenover staat dat ook een derde aangeeft het moeilijk te vinden om naasten te stimuleren meer taken op zich te nemen.

“[...] wij zijn daar weer veel actiever in moeten worden, om familie weer te activeren. En soms is dat voor familie wel lastig, want die hebben heel lang een aantal zaken niet meer hoeven doen. Heel lang zijn ze daar tussen aanhalingstekens ook wel verwend in geweest.” (Respondent 10)

Ook grenzen stellen en privacygevoelige informatie delen wordt in dezelfde mate aangekaart als lastig. Tot slot vindt ook deze hoeveelheid respondenten het moeilijk als er (te) weinig tijd is om een naaste te ondersteunen als men signaleert dat dit nodig is.

4.3.1.2 Wat goed gaat

Ondanks dat er een aantal zaken als lastig ervaren worden, zijn er volgens de respondenten ook een hoop zaken die goed gaan.

Als eerste wordt verteld dat de hoeveelheid klachten van naasten wel meevalt. Dit wordt door vier respondenten genoemd. Ook meent men (drie respondenten) dat de (over)belasting van naasten wel meevalt. Hier wordt voorzichtig mee omgegaan; er wordt goed nagedacht, alvorens men een naaste ergens voor inzet, aldus de respondenten.

Vier van de tien is van mening dat de naasten vaak genoeg worden betrokken bij de behandeling van de cliënt en ook vaak genoeg worden uitgenodigd voor gesprekken en activiteiten. Aan de andere kant zeggen ook acht respondenten dat er meer gedaan kan worden in het betrekken van de naasten (zes VB (vier SPH, twee VPK), twee PSY).

Verder krijgen de professionals regelmatig tekenen van waardering van de naasten als het gaat om openheid van de professionals naar de naasten toe en de zorg voor de cliënt, aldus de respondenten.

4.3.1.3 Verbeterpunten en wensen professionals

Er gaat veel goed, zeggen de respondenten. Toch geven zij ook aan dat sommige zaken beter zouden kunnen. Acht maal wordt de mening verkondigd dat het vaker mag voorkomen dat naasten ingezet en betrokken worden en dat zij meer inbreng krijgen. Hieronder bevinden zich zes VB (vier SPH, twee VPK) en twee PSY.

Ook geeft een aantal respondenten aan (namelijk zeven) dat ze het fijn zouden vinden om een iets beter overzicht te hebben van wederzijdse relatie tussen cliënt en diens naasten. Deze wens wordt geuit door vijf VB en twee PSY. Twee andere VB zijn van mening dat er wel een goed overzicht is van de wederzijdse relatie.

Ook vindt de helft (vijf) dat er meer navraag gedaan mag worden bij de naasten of zij (genoeg) geïnformeerd zijn over de stoornis van de cliënt en/of dat zij zelf behoefte hebben aan ondersteuning of op zijn minst van de mogelijkheden op de hoogte zijn. Er wordt toegegeven dat er snel vanuit wordt gegaan dat dit al op een van de vorige afdelingen gebeurd is. Deze mening wordt gedeeld door vier VB (drie SPH, één VPK) en één PSY.

Binnen de PB'er-clusters (persoonlijk begeleiderscluster) hebben de respondenten een goed overzicht, echter daar buiten, dus teambreed, wat minder. De helft (vijf) zegt meer overzicht te willen van de triadische taakverdeling en afspraken buiten diens eigen cluster. Deze vijf respondenten zijn vier VB en één PSY.

Verder is men van mening (vier maal) dat er meer initiatief genomen mag worden tot contact(herstel) met naasten (twee VB (beide SPH), twee PSY).

“Ze zijn zelf niet in staat om die contacten te herstellen en wij kunnen dat wel, maar dat kost heel veel tijd en energie. [...] Het heeft geen prioriteit eigenlijk, maar dat is heel erg jammer en zou eigenlijk wel prioriteit moeten hebben. Een aantal keren zat ik heel lang te Googlen en mensen, familieleden, op te sporen en die te bellen en daar zijn ook echt wel dingen uitgerold.” (Respondent 5)

Wanneer er wel (regelmatig) contact is met naasten, vindt men (drie maal) dat er vaker nagegaan moet worden bij de naasten of de werkwijze en afspraken nog steeds passend zijn (respondenten van alle achtergronden).

Twee maal wordt door VB benoemd dat zij de zichtbaarheid van de professionals op de afdeling vinden tegenvallen. Vaak trekt men zich terug op kantoor en dit is dan letterlijk een drempel voor de naasten om binnen te komen, aldus de respondenten. Twee anderen VB vinden juist dat ze wel zichtbaar en toegankelijk genoeg zijn voor de naasten op de afdeling.

“Ik heb wel eens terug gekregen dat familie het wel prettig zou vinden als wij iets meer zichtbaar zijn. En ik kan me daar ook wel iets bij voorstellen. En dat is niet de onwil, van dat je niet zichtbaar wil zijn, dan denken wij, ondanks als de deur openstaat, dat je er bij bent, maar dat wordt niet zo ervaren.” (Respondent 10)

4.3.2 Resultaten verbonden met theorie

De respondenten geven aan een aantal zaken lastig te vinden. Onbegrip van naasten staat op nummer één. De naasten geven volgens de respondenten soms signalen af dat ze ondersteuning zouden kunnen gebruiken. Ook zeggen zij dat naasten soms lotgenotencontact zouden willen hebben, echter wanneer hen dit wordt aangeboden, hoeft het opeens niet meer en/of begrijpen ze niet waarom ze hier baat bij zouden hebben. Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) beschrijven dit als een belemmerende factor in de samenwerking, namelijk: tegenstrijdige eisen of behoeften van naasten.

“Wat af en toe vreemd is, ze geven vaker aan geen behoefte er aan te hebben en dan zijn er wel eens bijeenkomsten waar meerdere familieleden zijn [...] en dan wordt er heel vaak aangegeven dat ze behoefte hebben aan contact met lotgenoten. En als je het aanbiedt, dan hoeft het niet. Ja, da's moeilijk. Dan denk ik 'ja, wil je het nou wel of niet'.”
(Respondent 3)

Ook schrijven Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) dat conflicterende normen, weerstanden en (tegen)overdrachtsgevoelens bij de hulpverleners belemmerend kunnen zijn in het contact met naasten. De respondenten onderschrijven dit. Zij leggen 'onbegrip van naasten' namelijk uit als onder andere wanneer naasten het bijvoorbeeld niet eens zijn met hoe de professional met de cliënt omgaat, wanneer naasten geen ziekte-inzicht hebben en daardoor niet begrijpen waarom de professional deze handelingen doet bij de cliënt. De respondenten geven het aan lastig te vinden om dan niet in de (tegen)overdracht te schieten, iets wat Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) als een belemmerende factor omschrijven in het contact met naasten.

De respondenten geven ook aan het lastig te vinden om grenzen te stellen en aan welke naaste je wel of niet privacygevoelige informatie deelt, of in hoeverre je bepaalde informatie deelt. Volgens Haenen, Fox, Meijer en van Veen (2008) kan dit ook het contact met naasten belemmeren.

De respondenten geven ook een aantal zaken aan waarvan zij vinden dat aan gewerkt mag worden. Zo geven zij zelf als verbeterpunt aan dat er meer navraag gedaan mag worden over de mate waarin de naasten wel of niet psycho-educatie gehad hebben en in hoeverre er bij de naasten behoefte is aan ondersteuning. Van Erp, Place en Michon (2009) leren ons dat middels psycho-educatie de naasten meer begrip krijgen voor de situatie van de cliënt en meer inzicht krijgen in waarom de hulpverleners bepaalde handelingen uitvoeren of laten. Dit begrip kan de samenwerking bevorderen, aldus van Erp, Place en Michon (2009).

Er ligt bij de respondenten ook de behoefte om meer overzicht te hebben in de wederzijdse relatie tussen cliënt en naasten. Hierdoor hebben zij, hopen ze, duidelijker welke rollen en functies een naaste voor een cliënt kan hebben. Volgens van Doorn, van Etten en Gademan (2013) kun je naasten op verschillende manier inzetten als men weet welke rol of functie die naasten hebben voor de cliënt, namelijk: cognitieve steun, emotionele steun en praktische steun. Op deze manier worden de naasten betrokken, wat de samenwerking bevordert. Verkooijen, van Andel en

Hoogland (2014) noemen ook nog de bezigheidsfunctie; de naasten kunnen dingen ondernemen met de cliënt, waardoor de hulpverlener even verlicht worden.

4.3.3 Beantwoording deelvraag

Deelvraag 3 luidt als volgt: wat zijn de wensen en mogelijkheden van de professionals van afdeling Y, wat betreft triadisch werken?

Antwoord:

In de interviews hebben de professionals aangegeven wat zij wensen anders te zien in de toekomst. Wat het meeste naar voren kwam was dat ze graag zouden zien dat ze naasten meer kunnen betrekken en inzetten in de behandeling van de cliënt. Het merendeel wil ook een beter overzicht van de wederzijdse relatie tussen cliënt en naasten, zodat duidelijk wordt welke naaste waarvoor ingezet kan en wil worden. De respondenten geven aan het lastig te vinden de naasten te stimuleren (weer) taken op zich te nemen, omdat ze dit lang niet hebben hoeven doen of omdat de naasten geen of maar weinig contact willen. De cliënten en ook hun naasten zijn vaak al wat ouder op deze afdeling en komen uit een tijd dat triadisch werken nog niet bestond. De naasten hebben dus inderdaad vaak maar weinig hoeven doen in de behandeling van de cliënt en zijn hier mogelijk aan gewend geraakt. Er werd aangegeven dat de professionals soms wel trainingen krijgen over hoe om te gaan met cliënten, maar bijna nooit gaan de trainingen over hoe om te gaan met naasten.

Het onbegrip van naasten wordt ook regelmatig benoemd door de respondenten. Dit vinden zij lastig, wat impliceert dat ze niet goed weten hoe hier mee om te gaan. Zij geven als voorbeeld het gebrek aan ziekte-inzicht en daardoor het gebrek aan begrip waarom een cliënt op een bepaalde manier bejegend wordt. Een aantal respondenten geeft aan zich daardoor soms wat terughoudend op te stellen naar de cliënt, wanneer naasten op de afdeling aanwezig zijn, terwijl actie ondernemen soms echt nodig is.

Naast wensen, hebben de respondenten ook een hoop mogelijkheden; zaken die wel goed gaan volgens hen. Zo menen zij goed uit de voeten te kunnen in het triadisch werken, omdat zij een overzicht hebben middels de zorgkaart, behandelplan en verpleegplan. Onderling kunnen zij bij elkaar terecht, als even iets minder duidelijk is. Wanneer er wel goed contact is met naasten, dan ervaren zij weinig problemen. De behoefte zit hem vooral in het aangaan of stimuleren van contact en deelname van naasten in de triade.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal op basis van alle voorgaande informatie een conclusie geformuleerd worden (hoofdstuk 5.1) waarop vervolgens aanbevelingen (hoofdstuk 5.2) gedaan worden voor afdeling Y, met als doel de professionals te stimuleren hier mee de triadische samenwerking te verbeteren, ten behoeve van het welzijn van de cliënt.

5.1 Conclusie

In dit onderzoek gaat het om het probleem dat de communicatie en samenwerking tussen de naasten en de professionals niet altijd optimaal verloopt, als het gaat over informeren van en uitleg geven aan naasten, en het signaleren en inspelen op het gedrag van naasten door de professionals.

Om in te kunnen spelen op gedrag van naasten, moeten de professionals kennis hebben van gesprekstechnieken, methodieken, belemmerende en bevorderende houdingsaspecten en taken van een hulpverlener. Deelvraag één geeft hier antwoord op: de professionals hebben heel wat kennis over hoe contact gemaakt en onderhouden kan worden met de naasten. Zij noemen onder andere motiverende gespreksvoering, transactionele analyse en slecht nieuwsgesprek.

Ook moeten de professionals begrijpen waar het gedrag van naasten vandaan komt. Tijdens het beantwoorden van deelvraag twee komt naar voren dat de professionals wel denken te weten waarom sommige naasten geen contact willen of soms onbegrip tonen; de cliënt en naasten hebben een hele geschiedenis achter de rug samen, waarin er soms onvergeeflijke dingen gebeurd zijn. Onbegrip bestaat mogelijk bij de naasten, omdat zij vroeger nooit of niet goed genoeg zijn ingelicht over de stoornis van de cliënt en nooit zelf ondersteuning gehad hebben, aldus de respondenten. Hierdoor kan het hedendaags contact met de cliënt (en dus met de professionals) soms moeizaam verlopen.

Via deelvraag één kan deels de derde deelvraag beantwoord worden; de professionals hebben handelingstechnisch genoeg mogelijkheden, vanwege hun theoretische onderlegging over gesprekstechnieken en methodieken. Echter, wil dit niet zeggen dat het hen daarom altijd gemakkelijk afgaat. De grootste wens van de professionals is beter weten hoe om te gaan met het onbegrip van naasten en beter op de hoogte zijn van de behoefte van de naasten, wat betreft ondersteuning en/of kennis over de stoornis van de cliënt. Wanneer dit duidelijk is, weet men beter wat ze aan de naasten hebben in de triadische samenwerking.

Tot slot, de hoofdvraag: hoe wordt op dit moment vormgegeven aan het triadisch werken, ten aanzien van het naastenbeleid (convenant Betrokken Omgeving (Blaauwbroek, 2004)), door de professionals van afdeling Y?

Het antwoord hier op is dat de professionals middels hun kennis over gesprekstechnieken, methodieken, belemmerende en bevorderende houdingsaspecten en taken van een hulpverlener de bejegeningpunten van het naastenbeleid waarmaken. Het wordt in de interviews duidelijk dat er niet met een triadekaart en triadegesprekken gewerkt wordt. Toch wordt er uiting gegeven aan deze triadische aspecten middels het gebruik van zorgkaarten, verpleeg- en behandelplannen en familiegesprekken. Dit komt volgens de respondenten op hetzelfde neer. Verder zeggen zij het contact te onderhouden met naasten, door ze bij binnenkomst op de afdeling welkom te heten met een kopje koffie en een kort gesprekje te voeren. Dit betekent dat de professionals zeker oog hebben voor triadisch werken, al gaat dit soms moeizaam.

De wensen van de professionals liggen dan ook vooral bij weten hoe er omgegaan moet worden met onbegrip van naasten en hoe zij naasten nog meer kunnen inzetten en stimuleren onderdeel te zijn van de triade. Dit vraagt een beter inzicht in de wederzijdse relatie tussen cliënt en naasten. De professionals leggen uit dat het onbegrip van naasten vooral bestaat uit gebrek aan kennis over de psychiatrische stoornis en de bijbehorende bejegening van de cliënt. Ook geven zij aan dat de naasten soms eisen stellen die juridisch gezien niet mogelijk zijn. De behoeften van de naasten worden in dit onderzoek vooral duidelijk in wat ze niet willen en niet zo zeer in wat ze wél willen. Naasten hebben, volgens de professionals, niet veel behoefte aan ondersteuning en soms zelfs geen behoefte aan samenwerking, vanuit de lange, soms heftige, geschiedenis met de cliënt. Vanuit het naastenbeleid is het de bedoeling de naasten in te zetten, maar wel met respect voor het verhaal van de naasten en de mate waarin zij überhaupt ingezet willen worden.

Aan de ene kant zeggen de professionals het lastig te vinden wanneer naasten geen begrip hebben voor de bejegening die hoort bij de psychiatrische stoornis van de cliënt, maar aan de andere kant zeggen zij dat ze denken dat naasten maar weinig behoefte hebben aan ondersteuning en psycho-educatie. Ook geven zij aan niet vaak genoeg na te gaan in hoeverre de kennis reikt van de naasten over zulke zaken en of er dus inderdaad wel of geen psycho-educatie en ondersteuning nodig is.

5.2 Aanbevelingen

De communicatie en samenwerking tussen naasten en professionals verloopt niet altijd soepel, wordt duidelijk uit de interviews. In de probleemanalyse werd al beschreven dat dit speelt bij meerdere instellingen. Hemels (2009) schrijft dat uit onderzoek blijkt dat het nog niet altijd even goed gaat met de samenwerking tussen naasten en hulpverleners. Bij afdeling Y komt dit onder andere doordat de professionals het lastig vinden met het onbegrip van naasten om te gaan. Om hiermee om te kunnen gaan en de juiste bejegening in te kunnen zetten, is het van belang te begrijpen waar het onbegrip vandaan komt. Juiste bejegening is namelijk van belang, zegt Paalvast (2011), omdat dit de samenwerking met naasten en de kwaliteit van zorg voor de cliënt verbetert. Voorbeelden van onbegrip die de respondenten geven in de interviews zijn de afwezigheid van ziekte-inzicht bij naasten, geen begrip voor de handelwijze van de professionals en geen kennis over de (juridische) mogelijkheden in de zorg.

Om er achter te komen waar het onbegrip vandaan komt, zou men meer navraag kunnen doen bij de naasten over de mate waarin zij kennis hebben over de situatie van de cliënt en de mogelijkheden van de afdeling. Uit de interviews komt naar voren dat veel respondenten van mening zijn dat er meer navraag gedaan mag worden door de professionals. Er wordt volgens hen veel uitgegaan van reeds aanwezige kennis bij naasten. In de probleemanalyse werd al duidelijk dat psycho-educatie lang nog niet altijd een standaard onderdeel is van de zorg (MacFarlane & Deakens, 2002; Verhaegh, Bongers, Kroon & Garretsen, 2007), en middels psycho-educatie kan met juist meer begrip creëren bij naasten (van Erp, Place & Michon, 2009). Als men meer navraag doet, kan men op basis van de aan- of afwezige kennis de naasten bijpraten of voorlichten. Ook wordt dan duidelijker waar de naasten behoefte aan hebben. Voorgesteld wordt om (meer) methodisch te werk te gaan en bijvoorbeeld psycho-educatie te geven aan naasten, zodat het gebrek aan ziekte-inzicht (onbegrip) bij naasten minder wordt. Hierdoor zullen de naasten ook beter begrijpen waarom de professionals sommige handelingen uitvoeren of laten, wat betreft bejegening naar de cliënt.

Om er voor te zorgen dat naasten minder vaak irrealistische eisen stellen aan de professionals, moeten zij een beter beeld hebben van de (juridische) mogelijkheden in de zorg. Dit kan behaald worden door de naasten uitleg te geven over het zorgsysteem en de belangrijkste wetten die hier over gaan. Dit kan middels een flyer, brief of een eenmalig gesprek, of uitleg geven op het moment dat zo een situatie zich voordoet. Er moet dan niet alleen uitgelegd worden waarom het (juridisch) niet kan, maar ook waarom die juridische regeling bestaat, het nut er van. Het is te begrijpen dat naasten het nut er niet van in zien, wanneer zij die regeling juist als lastig ervaren, omdat iets wat zij willen in de zorg voor de cliënt niet mogelijk is. Een stuk informatievoorziening hierover is dus aan te raden. Paalvast (2011) schrijft immers dat de samenwerking tussen naasten en hulpverleners beter wordt, wanneer de naasten meer voorzien worden van informatie of doorverwezen worden naar voorzieningen waar ze informatie kunnen krijgen.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk is ruimte voor de bespreking van sterke en zwakke punten van het onderzoek. In hoofdstuk 6.1 wordt weergegeven wat de betekenis en bruikbaarheid is van dit onderzoek voor afdeling Y. In hoofdstuk 6.2 worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek besproken, zodat duidelijk wordt in hoeverre het onderzoek betrouwbaar en valide is.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Uit de data-analyse komt naar voren dat de respondenten graag een beter inzicht willen in het onbegrip en de behoeften van naasten. De respondenten gaven aan niet goed op de hoogte te zijn van in hoeverre de naasten behoefte hebben aan ondersteuning. Ook werd er aangegeven dat er niet altijd navraag gedaan wordt over de mate waarin de naasten op de hoogte zijn van de ondersteuningsmogelijkheden en informatievoorzieningen. Dit impliceert dat de professionals niet (genoeg) over de voorzieningen communiceren met de naasten.

In de probleemanalyse werd beschreven dat de kwaliteit van zorg hoger wordt, wanneer de samenwerking goed verloopt met de naasten en dat een goede samenwerking ontstaat, wanneer er goede communicatie is over bejegening, informatievoorziening en betrokkenheid van naasten (Paalvast, 2011).

Dit zou volgens Paalvast (2011) betekenen dat er op afdeling Y een samenwerking bestaat die niet optimaal is, omdat er niet (goed genoeg) gecommuniceerd wordt over de voorzieningen van naasten. Wat Paalvast (2011) dus beschrijft, speelt ook bij instelling X.

In de probleemanalyse werd beschreven dat naasten hun stem kunnen laten horen middels de familieraad (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Echter, wordt uit de interviews duidelijk dat er bij de naasten maar weinig animo is om aan zulke raden deel te nemen. Dit zorgt er voor dat hun stem (dus hun behoeften) niet goed in beeld is. Daarbij komt ook nog dat het volgens van de Bovenkamp en Trappenburg (2008) erg lang duurt voordat het naastenbeleid via de familieraad wordt aangepast, vanwege ontbrekende wettelijke bevoegdheden. Dus al zouden de naasten überhaupt al in de raad hun stem laten horen, dan nog zou het een tijd duren voordat er wordt voorzien in hun behoeften.

MacFarlane en Deakens (2002) en Verhaegh, Bongers, Kroon en Garretsen (2007) schrijven dat het regelmatig voorkomt dat hulpverleners niet duidelijk zijn over wat de rol van naasten kan zijn in de triade. Uit de interviews kwam naar voren dat de professionals niet goed weten hoe ze naasten nog meer kunnen inzetten en hoe ze hen kunnen stimuleren meer taken op zich te nemen. Doordat de professionals niet goed weten hoe de naasten ingezet kunnen worden, kunnen ze er ook niet duidelijk over communiceren en ontstaat de situatie die beschreven wordt door MacFarlane en Deakens (2002) en Verhaegh, Bongers, Kroon en Garretsen (2007).

Veel respondenten hadden het over het feit dat er soms geen contact tussen naasten en cliënt is, omdat zij samen een lange geschiedenis hebben doorgemaakt, waarin er onvergeeflijke dingen gebeurd zijn. Blaauwbroek (2004) schrijft dat deze (impliciete) wens om geen contact te willen ook gerespecteerd moet worden, het staat immers zelfs in de wet vastgelegd. Echter, schrijft Blaauwbroek (2004) ook dat dit de samenwerking kan bemoeilijken. Een hulpverlener moet goed weten hoe hier mee om te gaan; het nastreven van de wil van de cliënt en die van de naasten, zonder een van de partijen te benadelen (van Doorn, van Etten & Gademan, 2013). Er werd door respondenten aangegeven dat ze het lastig vinden als naasten geen contact willen, wat dus de samenwerking automatisch bemoeilijkt; er is immers geen samenwerking. Verschillende familieorganisaties, cliëntenorganisaties en GGZ Nederland opperen daarom dat er wel handvatten in het naastenbeleid opgenomen moeten worden (Blaauwbroek, 2004); wat te doen wanneer naasten niet betrokken willen worden en dit dus haaks staat op wat het hedendaagse beleid wil, namelijk naasten betrekken?

In de probleemanalyse werd beschreven dat de professionals soms niet weten hoe het juiste contact te krijgen met de naasten, wat betreft wederzijds begrip. Uit de interviews komt inderdaad ook naar voren dat er regelmatig onbegrip bestaat vanuit de naasten en dat de respondenten hier niet goed mee weten om te gaan en dus het juiste contact weten te vinden.

Dat de respondenten de problemen uit de probleemanalyse bevestigen, betekent dat het maatschappelijke probleem ook daadwerkelijk speelt bij instelling X en op welke manier. Er wordt door verschillenden in de literatuur beschreven hoe het leeft in de samenleving bij verschillende instellingen, maar middels dit onderzoek is duidelijk geworden op welke wijze die problemen concreet bij instelling X spelen. Hierdoor kunnen gemakkelijker passende concrete aanbevelingen geformuleerd worden (zie hoofdstuk 5.2). Dit onderzoek wordt daarom door de onderzoeker als bruikbaar gezien voor instelling X. De instelling heeft dit onderschreven. De onderzoeker heeft het onderzoek namelijk gepresenteerd aan afdeling Y, waarna de professionals aangaven zich te kunnen vinden in de conclusie en aanbevelingen. De aanbevelingen zijn zo klein en concreet mogelijk gehouden, zodat het gemakkelijker is het direct toe te passen op de werkvloer. Het zijn geen beleidsvoorstellen, het zijn actiepunten voor het handelen en attitude voor de professionals.

Het onderzoek wordt dus als bruikbaar beschouwd, echter kan het niet gegeneraliseerd worden en als bruikbaar gezien worden buiten de afdeling of instelling. Daar is de steekproef te gering voor. Dit wordt nader toegelicht in de sterkte- en zwakteanalyse (hoofdstuk 6.2).

6.2 Sterkte- en zwakteanalyse

6.2.1 Betrouwbaarheid

Volgens Boeije (2005) kan de betrouwbaarheid van een onderzoek beïnvloed worden door toevallige of onsystematische fouten. Zij noemt als voorbeeld de emoties van een respondenten, die hun beantwoording kunnen beïnvloeden. In dit onderzoek was hier enigszins ook sprake van; een respondent kwam net uit een discussie met een collega over de naaste van een cliënt, waardoor deze respondent lichtelijk opgelaten aan het interview begon. Hierdoor heeft zij mogelijk iets negatiever of korter antwoord geven. Echter, is er geen vergelijkingsmateriaal, omdat de onderzoeker niet bekend is hoe deze respondent is in ontspannen toestand wanneer zij ondervraagd wordt. Een andere respondent leek zich niet op haar gemak te voelen tijdens het interview, omdat ze het gevoel had de onderzoeker niet goed van dienst te kunnen zijn.

“[...] weet niet of jij iets aan mij hebt hoor, aan dit interview. [...] Ben ik de enige die dat soort dingen allemaal niet weet? [...] Want ik voel dan dat ik denk ‘jesus, moet ik daar weer een antwoord op geven’.” (Respondent 10)

Mogelijk heeft zij hierdoor minder gericht antwoord gegeven op de vragen van de onderzoeker, omdat ze (soms letterlijk) aangaf zo bezig te zijn met dat ze (volgens haarzelf) zo weinig wist over de onderwerpen.

Volgens Boeije (2005) kan de betrouwbaarheid ook beïnvloed worden door de precisie van de data-verzameling of meetinstrumenten. In dit onderzoek was het meetinstrument de topiclist. De betrouwbaarheid is mogelijk beïnvloed, omdat de onderzoeker zich niet precies aan de topiclist heeft gehouden tijdens de interviews. Tijdens het interviewen werd duidelijk dat de topiclist qua volgorde niet geheel logisch was. Bij onderwerp één kwam namelijk vaak ook al bij veel respondenten een ander onderwerp naar voren, die verder op in de topiclist stond. Om het gesprek vloeiend te laten verlopen heeft de onderzoeker meebewogen met de respondenten en de volgorde en manier van vragen stellen aangepast, om zo de juiste informatie te verkrijgen. De beïnvloeding lijkt dus negatief te zijn, omdat de onderzoeker zich niet aan de topiclist heeft gehouden, echter kan ook gezegd worden dat de beïnvloeding juist positief is, omdat de onderzoeker zich flexibel heeft opgesteld, zodat er meer informatie verkregen werd, in plaats van vast te houden aan de topiclist, waardoor de interviews mogelijk stroef zouden verlopen en veel informatie verloren gegaan zou zijn.

Tevens heeft de onderzoeker zichzelf er op betrappt dat sommige vragen suggestief van aard zijn. Hiermee heeft de onderzoeker de respondenten mogelijk ietwat gestuurd in de beantwoording. Desondanks heeft de onderzoeker zo veel mogelijk open vragen gesteld.

6.2.2 Interne en externe validiteit

Een onderzoek kan beïnvloed worden door systematische fouten, dit wordt validiteit genoemd (Boeije, 2005). Als voorbeeld voor interne validiteit noemt Boeije (2005) een onderzoekspopulatie die niet wil meewerken of een afspraak voor een interview die opeens niet doorgaat, waardoor de onderzoeker halsoverkop een andere respondent moet zoeken. Dit laatste was ook het geval bij dit onderzoek; de steekproef is select, echter waren niet alle respondenten in de gelegenheid tijd te maken voor een interview, waardoor de onderzoeker moest afwijken van de oorspronkelijke keuze aan respondenten. Hierbij heeft de onderzoeker zoveel mogelijk rekening gehouden met de achtergrond van de respondenten; wanneer een verpleegkundige niet beschikbaar was, ging de onderzoeker op zoek naar iemand anders met een verpleegkundige achtergrond.

Boeije (2005) schrijft tevens dat de (mis)interpretatie van de resultaten kan leiden tot een verminderde interne validiteit. Uiteraard heeft de onderzoeker bij de conclusie de resultaten geïnterpreteerd. Om de interne validiteit zoveel mogelijk te waarborgen, heeft de onderzoeker de resultaten en conclusie laten lezen door een persoon die werkzaam is in hetzelfde werkveld als de onderzoeker; interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Boeije, 2005). Op deze manier kon de onderzoeker de eigen interpretatie vergelijken met de interpretatie van de andere persoon. Deze kwamen overeen; er is niets opvallends geconstateerd (van den Reek, persoonlijke communicatie, 2 juni 2016). Er kan dus vanuit gegaan worden dat de onderzoeker geen onlogische interpretaties heeft gemaakt.

Wat betreft externe validiteit, is dit onderzoek niet representatief voor heel instelling X of daar buiten. Hiervoor is de steekproef te gering. Volgens Boeije (2005) beïnvloedt dit de externe validiteit. Tevens is dit onderzoek praktijkgericht van aard en niet wetenschappelijk. Er kunnen dus geen statistische of probabilistische uitspraken gedaan worden om het te generaliseren.

Literatuurlijst

- Blaauwbroek, H. (2004). *Betrokken omgeving: modelregeling relatie GGZ-instelling - naastbetrokkenen*. Utrecht: Cliëntenbond in de GGZ.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Bovenkamp, H. van de, & Trappenburg, M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal: over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Busschbach, J., Wolters, K., & Boumans, H. (2009). *Betrokkenheid in kaart gebracht: ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ*. Groningen: Rob Giel Onderzoekscentrum.
- Doorn, L. van, Etten, Y. van, & Gademan, M. (2013). *Outreaching werken; basisboek voor werkers in de eerste lijn* (2e druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Erp, N. van, Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Haenen, J., Fox, H., Meijer, A., & Veen, P. van. (2008). *De rol van samenwerken in de triade cliënt, familie, hulpverlener in het herstellen met een psychiatrische ziekte*.
- Hemels, P. (2009). Uit den lande. *Vakblad Sociale Psychiatrie*, 92(29), 65-71.
- Korevaar, L., & Droës, J. (2011). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn* (2e herziene druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Kwekkeboom, M.H. (2000). De zorg blijft. *Verslag van een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Landelijk Platform GGz. (n.d.). *LPGGz Ster Familiebeleid*. Opgehaald van <http://www.lpggzsterren.nl/ggzsterren/sterrenscores/lpggz-ster-familiebeleid> op 25 februari 2016.
- MacFarlane, W., & Deakens, S. (2002). Family-aided Assertive Community Treatment. In: WR McFarlane (ed.). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York/London: the Guildford Press.

- Molen, H.T. van der, Perreijn, S., & Hout, M.A. van den. (2010). *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie* (2e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Morée, M., & Lier, W. van. (2006). *Familiebeleid in de GGZ: van moeilijkheden naar mogelijkheden*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Oomkes, F., & Garner, A. (2011). *Communiceren: contact maken, houden en verdiepen* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Paalvast, M. (2011). *Familie & de ggz: uitkomsten van de enquête familiebeleid*. Utrecht: Landelijk Platform GGz.
- Schooten, G. van, Beersen, N., & Berg, M. (2011). *Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Spaniol, L., Zipple, A.M., & Lockwood, D. (1992). The role of the family in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 18(3), 341-348.
- Twist, M. van, Chin-a-Fat, N., Scherpenisse, J. & Steen, M. van der. (2014). *'Ja, maar...': reflecties op de participatiesamenleving*. Den Haag: Boom Lemma.
- Verhaegh, M., Bongers, I., Kroon, H., & Garretsen, H. (2007). Assertive community Treatment bij patiënten met een eerste psychose. *Modelgetrouwheid en doelgroepspecifieke aanpassingen*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49(11), 789-798.
- Verkooijen, L., Andel, J. van, & Hoogland, J. (2014). *Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Bijlagen

Bijlage 1: Beoordelingsgebieden LPGGz

Bron: Landelijk Platform GGz (n.d.):

Onderdeel 1: Organisatiestructuur

De zorgaanbieder krijgt een LPGGz Ster als informatie rondom naasten worden vastgelegd in het cliëntregistratiesysteem, en/of als naastenbeleid en scholing van hulpverleners in omgang met naasten onderdeel van de kwaliteitscyclus zijn.

Onderdeel 2: Familieraad

De zorgaanbieder krijgt een LPGGz Ster als de Familieraad een samenwerkingsovereenkomst heeft met de Raad van Bestuur, en/of als de Familieraad betrokken is bij de totstandkoming van het beleid.

Onderdeel 3: Familievertrouwenspersoon (FVP)

De zorgaanbieder krijgt een LPGGz Ster als in het beleid is vastgelegd hoe de onafhankelijkheid van de FVP geborgd is, en hoe deze aan de Raad van Bestuur rapporteert.

Onderdeel 4: Familieklachtenregeling

De zorgaanbieder krijgt een LPGGZ Ster als in de klachtenregeling is opgenomen dat informatie wordt verstrekt over de mogelijkheden een klacht in te dienen, dat een klacht serieus en respectvol wordt afgehandeld, en/of dat de klachtencommissie voor cliënten toegerust is om naastenklachten te behandelen.

Voor overzicht diverse instellingen en op welke punten zij scoren, zie volgende pagina.

Bron afbeelding: Landelijk Platform GGz (n.d.):

Resultaten onderzoek familiebeleid					
Organisatie	totaal-score	onderdeel 1	onderdeel 2	onderdeel 3	onderdeel 4
Altrecht	4	★	★	★	★
Arkin	4	★	★	★	★
Bavo Europoort	0				
Bouman GGZ ~	0				
Centrum Maliebaan ~	0				
Cordaan	2	★			★
De Brug Midden-Nederland	1	★			
De Hoop ggz ~	0				
De Viersprong	1				★
Delta Psychiatrisch Centrum	1				★
Dijk en Duin	0				
Dimence	1				★
Eleos ~	0				
Emergis	2			★	★
GGNet	4	★	★	★	★
GGz Breburg	4	★	★	★	★
GGzE	3	★		★	★

Bijlage 2: Topiclist interviews

	Deelvraag 1	Deelvraag 2	Deelvraag 3
Topic	Kennis professionals	Wensen en behoeften naasten (volgens professionals)	Wensen en mogelijkheden professionals

Topic deelvraag 1	Onderdelen	Vragen
Kennis professionals	Gesprekstechnieken en methodieken	Welke (gespreks)technieken en/of methodieken kent u, wat betreft omgang met naasten/cliënten? Welke (aspecten van) (gespreks)technieken en/of methodieken gebruikt u ter bevordering van het triadisch werken? Wat zijn uw ervaringen hier mee? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Triadekaart	Wat weet u over de triadekaart? Gebruikt u deze wel eens of aspecten er van? Zo ja: wat zijn uw ervaringen hier mee? Zo nee: hoe zou u het vinden deze te gebruiken?
	Attitude hulpverlener	Omschrijf houdings-

	(bevorderende en belemmerende aspecten)	/bejegeningaspecten (attitude) van de hulpverlener die volgens u het triadisch werken bevorderen. Omschrijf houdings-/bejegeningaspecten (attitude) van de hulpverlener die volgens u het triadisch werken belemmeren.
	Psycho-educatie voor naasten	Wat weet u over psycho-educatie voor naasten? Gebruikt u deze wel eens of aspecten er van? Zo ja: wat zijn uw ervaringen hier mee? Zo nee: hoe zou u het vinden dit toe te passen?

Topic deelvraag 2	Onderdelen	Vragen
Wensen en behoeften naasten (volgens professionals)	Triadisch werken	Wat weet u over triadisch werken? Wat doet u zelf aan triadisch werken? In hoeverre werkt uw afdeling triadisch? Wat vindt u hiervan? Wat zijn uw ervaringen, wat betreft samenwerken met naasten? Wat vindt u lastig wat dit

		onderwerp betreft?
	Rollen/funcities naasten	Welke rollen/funcities kunnen naasten volgens u hebben in de behandeling van de cliënt? Houdt u hier rekening mee / maakt u hier gebruik van? Zo ja: hoe? Zo nee: waarom niet en hoe zou u het doen? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Fasen naasten	Wat weet u over de fasen van naasten, wat betreft de verwerking van de situatie van de cliënt? Hoe sluit u aan bij deze fasen? Of hoe zou u dat doen? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Belastbaarheid naasten (draagkracht/draaglast)	Wat weet u over de belastbaarheid van naasten? Hoe houdt u hier rekening mee? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?

Topic deelvraag 3	Onderdelen	Vragen
Wensen en mogelijkheden	Steun naasten	Hoe geeft u uiting aan dit

professionals		onderdeel? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Informeren naasten	Hoe geeft u uiting aan dit onderdeel? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Voorzieningen naasten	Hoe geeft u uiting aan dit onderdeel? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Communicatie over voorzieningen voor naasten	Hoe geeft u uiting aan dit onderdeel? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?
	Klachtenregeling naasten	Hoe geeft u uiting aan dit onderdeel? Wat vindt u lastig wat dit onderwerp betreft?

Bijlage 3: Codeboom

Deelvraag	Thema	Subthema	Code
Vanuit welke kennis handelen de professionals met betrekking tot triadisch werken?	Contact tussen naasten en professionals	Kennis professionals	Geen kennis over triadekaart (9x)
			Bekend met ecogram (6x)
			(Tegen)overdracht (2x)
			Psycho-educatie (2x)
			Motiverende gespreksvoering (2x)
			Presentiebenadering (1x)
			Slecht nieuwsgesprekken (1x)
			Zelfregie (1x)
			Herstel / niet hospitaliseren (1x)
			Interactieve vaardigheden (1x)
			Directieve benadering (1x)
			Planetree (1x)
			Belevingsgericht werken (1x)
			Transactionele analyse (1x)
			Cognitieve gedragstherapie (1x)
			Systeemtherapie (1x)
			Klachtenvermindering (1x)
		In gesprek met naasten	Praten / bespreekbaar maken en houden (7x)
			Dingen uitleggen (6x)

	Open vragen stellen (3x)
	Bevragen (2x)
	Begrip tonen (2x)
	Tijd nemen (2x)
	Ergens op terugkomen (2x)
	Luisteren (2x)
	Koetjes en kalfjes (2x)
	Net taalgebruik (1x)
	Interesse tonen (1x)
	Geruststellen (1x)
	Stiltes laten vallen (1x)
	Oogcontact maken (1x)
	Geen suggestieve vragen (1x)
	Benoemen wat je ziet (1x)
	Doorvragen (1x)
	Verdiepende vragen (1x)
	Non-verbaal (1x)
	Op hun gemak stellen (1x)
	Bevestigen (1x)
	Aansluiten (1x)
	Bewust (1x)
Attitude hulpverlener	Openheid (5x)

		Niet uit de hoogte doen (5x)
		Koffie aanbieden bij binnenkomst (5x)
		Welkom heten en laten voelen (4x)
		Samen doen (3x)
		Wens naasten respecteren (3x)
		Gelijkwaardigheid (2x)
		Eerlijkheid (2x)
		Serius nemen (2x)
		Rust / ontspannenheid uitstralen (2x)
		Niet negeren (2x)
		Eigen verantwoordelijkheid naasten respecteren (2x)
		Welwillendheid tonen (1x)
		Niet oordelen (1x)
		Vriendelijk zijn (1x)
		Bondje met naasten hebben (1x)
		Incasseren / verdragen (1x)
		Toegankelijkheid (1x)
	Taken en verantwoordelijkheden hulpverlener	Uitnodigen (5x)
		Signaleren (4x)
		Inbreng geven (4x)
		Doel voor ogen hebben (4x)
		Betrekken (3x)

			Ervaringskennis naasten gebruiken (3x) Afstemmen (3x) Initiatief nemen (3x) Advies en inzicht geven (3x) Ondersteunen (2x) Heldere informatie geven (2x) Gezond verstand gebruiken (2x) Privacy bewaken (1x) Draagkracht nagaan (1x) Middenweg vinden (1x) Creatief zijn (1x) Tevredenheid nagaan (1x) Niet tussen de naaste en cliënt gaan staan (1x) Inschatten behoefte naasten (1x) Tegenhangen (1x) Uitbesteden t.b.v. relatiebewaking (1x) Afspraken maken (1x)
Wat zijn volgens de professionals de wensen en behoeften van naasten, wat betreft triadisch werken met afdeling Y?	Contact tussen naasten en cliënt	Naasten zijn in beeld	Naasten handelt niet in belang welzijn cliënt is lastig (5x) Veel betrokken en een goede samenwerking (3x) Puur functioneel contact / verplicht gevoel (3x)

		Mate van betrekken ligt aan intensiteit contact cliënt-naasten (1x)
	Naasten zijn niet in beeld	Weinig contactherstel en contactondersteuning (6x)
		Veel gebeurd en meegemaakt in het verleden (6x)
		Naasten die geen contact willen (5x)
		Verstoorde relaties of contact verloren (5x)
		Keuze contact naasten is hun goed recht (4x)
		Naasten vinden het confronterend (3x)
		Vergelijking psychiatrie en verpleeghuis (2x)
		Andere tijden (taboe) / gewenning (2x)
		Afwezigheid behandelplanbesprekingen (1x)
Facilitatie naasten	Kennis professionals	Psycho-educatie, weet wat het is (6x)
		Psycho-educatie, weet niet wat het is (2x)
		Kennis over fases naasten: Komt overeen met rouwverwerking (3x) Boos, verdriet en ontkenning (2x) Fases naasten hetzelfde als fases cliënt (1x) Accepteren (1x) Coping (1x) Relatie onderhouden (1x) Contact afhouden (1x)
		Geen kennis over de fases van naasten (1x)
		Op de hoogte van de ontwikkeling van

		Minddistrict (4x)
		Benoemt uit zichzelf KOPP-cursus (3x)
		Kan geen voorzieningen voor naasten benoemen uit zichzelf (3x)
		Benoemt uit zichzelf de PVP'er (2x)
		Benoemt uit zichzelf Cursus Ruggensteun / lotgenotencontact (2x)
		Benoemt uit zichzelf de Eenheidsraad (2x)
		Benoemt uit zichzelf het Alzheimer Café (1x)
		Benoemt uit zichzelf algemene voorlichtingsavonden (1x)
		Benoemt uit zichzelf ondersteuning mantelzorgers (1x)
		Benoemt uit zichzelf themagroepen (1x)
		Benoemt uit zichzelf de klachtencommissie (1x)
		Benoemt uit zichzelf maatschappelijk werk (1x)
		Benoemt uit zichzelf een individueel gesprek op afdeling (1x)
	Inschatting behoeften naasten	Ondersteuningsmogelijkheden naasten weinig gebruikt (5x)
		Vermoeden meer behoefte psycho--educatie dan gedacht (4x)
		Volgens hulpverleners weinig behoefte aan psycho-educatie (6x)

			Activiteiten / bijeenkomsten voor naasten weinig animo (4x)
			Activiteiten van AB wel redelijk bezocht door naasten (3x)
			Naasten al ver in verwerkingsproces / niet van toepassing (3x)
			Bij evt. terugval van cliënt of bijkomende ziekte (bv. kanker/dementie) wel weer fases (1x)
			Naasten hebben behoefte aan afstand, rust en luisterend oor (1x)
		Informereren, doorverwijzen, ondersteunen	Doet geen navraag over kennis/behoefte naasten psycho-educatie (6x)
			Verwijst door en/of informeert naasten (4x)
			Er mag meer doorverwezen en geïnformeerd worden (4x)
			Ondersteunen zelf indien het niet te veel tijd kost (5x)
			Ondersteuning zelf, wanneer het in het belang van cliënt is (2x)
			Psycho-educatie zelf geven (2x)
			Doorverwijzen voor ondersteuning (6x)
			Psycho-educatie door psycholoog laten doen (2x)
			Onbegrip van naasten (4x)
			Klachten (4x)
Wat zijn de wensen en mogelijkheden	Wat de professionals		

van de professionals van afdeling Y, wat betreft triadisch werken?	lastig vinden		Naasten kijkt professional op de vingers tijdens bejegening cliënt (4x)
			Wanneer naasten geen contact willen (3x)
			Niet van de afdeling weggkunnen met cliënt (3x)
			Naasten stimuleren om taken op zich te nemen (3x)
			Grenzen stellen (3x)
			Privacygevoelige informatie wel/niet delen (3x)
			Weinig tijd om zelf naasten te ondersteunen (3x)
	Wat goed gaat		Overzicht middels zorgkaart, verpleegplan, behandelplan en familiegesprek (8x)
			Overzicht wederzijdse relatie tussen cliënt en naasten (2x)
			Genoeg overzicht binnen eigen PB'er-cluster (3x)
			Een teambreed overzicht, dus buiten de PB'er-cluster (1x)
			Hoeveelheid klachten valt mee (4x)
			Mate van betrekken en uitnodigen (4x)
			(Over)belasting naasten valt mee (3x)
			Waardering naasten openheid (2x)
			Waardering naasten zorg voor cliënt (2x)
			Waardering naasten bejegening naar hen

		(1x)
		Waardering naasten mate van navraag over hun tevredenheid (1x)
		Bij grote activiteiten regelmatig naasten aanwezig (2x)
		Toegankelijkheid / welkomshouding (2x)
		Contactherstel (als het gedaan wordt) (1x)
		Afspraken naleven (1x)
		Het gebruik van ervaringskennis naasten (1x)
		Uitleg geven aan naasten t.b.v. ziekte-inzicht / handelwijze team (1x)
	Verbeterpunten en wensen professionals	Naasten meer inzetten, betrekken en inbreng geven (8x)
		Overzicht van wederzijdse relatie tussen cliënt en naasten (7x)
		Meer navraag doen of naasten geïnformeerd zijn over stoornis cliënt en ondersteuningsmogelijkheden voor naasten (5x)
		Overzicht triadische taakverdeling (5x)
		Meer initiatief nemen tot contact opnemen of contacten herstellen (4x)
		Vaker nagaan of afspraken en werkwijze nog steeds gepast zijn (3x)
		Meer activiteiten met naasten (3x)
		Vaker contact opnemen met naasten over

		iets positiefs (2x)
		Verder kijken dan eerste contactpersoon (2x)
		Welkomshouding (2x) Toegankelijkheid / bereikbaarheid / zichtbaarheid op afdeling (2x)
		Familie vaker als vervoer naar bv. ziekenhuis vragen (2x)
		Overzicht afspraken teambreed mag beter en eenduidiger uitgevoerd worden (2x)
		Vaker tevredenheid naasten nagaan (1x)
		Meer ervaringskennis gebruiken van naasten (1x)