

De verpleegpost in de langdurige psychiatrie

Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek naar de invloed van de verpleegpost op het herstel van cliënten met een EPA op een langdurige opnameafdeling.

Auteur : Niels de Vocht
Datum : 17 januari 2018
Profiel : Generiek
Begeleiders : Viola van den Berk , Maria Stortelder
Opleiding : Social work te Fontys Hogeschool
Plaats : Eindhoven
Progresscode : 67V4G-AFOZ

Samenvatting

Dit onderzoek gaat over de langdurige opnameafdeling X, waar cliënten met een EPA zorg ontvangen. Er is onderzoek gedaan naar het gebruik van een verpleegpost en welke invloed dit heeft op het herstel van deze doelgroep. De aanleiding van dit onderzoek is de kritiek van de cliënten van die desbetreffende afdeling X. Professionals zouden teveel op het kantoor zitten. Volgens de sturend behandelaar van afdeling X zou dit invloed hebben op het contact tussen cliënten en professionals. Professionals zijn hierop geattendeerd en gevraagd zoveel mogelijk op de groep aanwezig te zijn. Echter bleek er geen onderzoek te zijn gedaan naar de verpleegpost en welk effect dit nu daadwerkelijk heeft op het herstel van de cliënten van afdeling X. Het is relevant voor afdeling X om hier onderzoek naar te doen om zo aanbevelingen te geven voor een werkwijze die het herstel van cliënten het meest ten goede komt.

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Informatie voor dit onderzoek is ingewonnen door eerst te kijken naar theorieën die gekoppeld kunnen worden aan herstel van cliënten met een EPA en het gebruik van een verpleegpost. Door het houden van semigestructureerde interviews onder 10 anonieme respondenten, 5 professionals en 5 cliënten van afdeling X, is in kaart gebracht hoe de zorg wordt ervaren en welke ervaringen er zijn t.a.v. de verpleegpost. De selectie van deze respondenten is willekeurig gebeurd.

In de eerste deelvraag 'Wat draagt bij aan het herstel van cliënten met een EPA van afdeling X?' komt naar voren dat de behandelrelatie belangrijk is voor de mate van herstel. De verpleegpost en het gebruik hiervan oefent druk uit op deze behandelrelatie. Hospitalisatie en toenemende werkdruk zijn andere factoren die dit herstel belemmeren. Het kijken naar de eigen kracht van de cliënt komt het herstel ten goede. De tweede deelvraag 'Hoe ervaren cliënten en begeleiders het werken met een verpleegpost op afdeling X?' concludeerde dat professionals de verpleegpost als noodzakelijk ervaren voor het uitvoeren van werkzaamheden als rapporteren, behandelplannen schrijven en overdragen. Een negatieve ervaring die professionals hebben is dat ze op een andere manier benaderd worden door cliënten wanneer ze op de verpleegpost zitten dan wanneer ze op de groep zitten. Ook is er de ervaring dat er meer afstand ontstaat tussen de professional en de cliënt wanneer deze werkt op de verpleegpost. Cliënten hebben de ervaring dat de professionals te veel aanwezig zijn op verpleegpost. Ook blijkt achterdocht te ontstaan bij het gebruik van de verpleegpost. In de derde deelvraag 'Hoe wordt het herstel van cliënten beïnvloed door het werken met een verpleegpost op afdeling X?' blijkt dat achterdocht, negatieve invloed op de behandelrelatie en negatieve invloed op de ontwikkeling van zelfstandigheid het herstel beïnvloeden.

Als antwoord op de hoofdvraag 'Hoe kan het herstel van cliënten van de langdurige opnameafdeling X geoptimaliseerd worden met betrekking tot het wel of niet gebruiken van een verpleegpost?' kan gezegd worden: 'vervangen door open balie' en 'werkzaamheden als overdracht, rapporteren etc. buiten de afdeling'.

Op korte termijn zal gezocht moeten worden naar ruimte waar deze werkzaamheden plaats kunnen vinden en bewustzijn over de invloed van de verpleegpost op het herstel vergroot moeten worden. Op de lange termijn zal de verpleegpost vervangen moeten worden door een open balie.

Voorwoord

Hierbij presenteer ik u mijn afstudeeronderzoek 'De verpleegpost in de langdurige psychiatrie', een scriptie uitgevoerd bij afdeling X. In de periode van augustus 2017 tot september 2018 is dit verslag geschreven.

Na mijn jaarstage en ruim een half jaar werkervaring binnen de langdurige opnameafdeling X durf ik voluit te zeggen het werken in de psychiatrie een passie van mij is geworden. Het werken in de langdurige zorg kan enorm veel voldoening geven als je geleerd hebt om te kijken naar kleine successen. op

Afdeling X wil ik bedanken voor het zijn van mijn bron van inspiratie en motivatie voor mijn toekomstige loopbaan. Ik wil de respondenten bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek. Tot slot wil ik twee bijzondere vrouwen bedanken, mijn moeder en Susan, voor de steun tijdens mijn onderzoek.

Utrecht, 17 januari 2018

N. de Vocht

Inhoud

Samenvatting	2
Voorwoord.....	3
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Probleemanalyse.....	7
1.1 Probleemanalyse	7
1.2 Probleemstelling en verificatie	9
1.3 Onderzoeksdoelstelling	10
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	10
1.5 Begripsafbakening	10
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	12
2.1 Doelgroep van afdeling X	12
2.2 Herstel & rehabilitatie van mensen met een EPA	13
2.3 Houding van de professional en de behandelrelatie	15
2.4 Uitdagingen: Hospitalisatie & zelfstandigheid.....	19
Hoofdstuk 3: Methodologie	20
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	20
3.2 Dataverzamelmethode.....	21
3.3 Meetinstrument.....	23
3.4 Data-analyse.....	23
Hoofdstuk 4: Resultaten	25
4.1 Deelvraag 1.....	25
4.2 Deelvraag 2.....	28
4.3 Deelvraag 3.....	29
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	31
5.1 Deelvraag 1.....	31
5.2 Deelvraag 2.....	32
5.3 Deelvraag 3.....	33
5.4 Hoofdvraag.....	34
5.5 Aanbevelingen.....	35
Hoofdstuk 6: Discussie	36
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	36
6.2 Sterkte- en zwakte analyse	37
6.3 Betrouwbaarheid & validiteit.....	38
Literatuurlijst	40

Bijlagen.....	44
Bijlage 1: Topiclijsten	44
Bijlage 2: Codeboom.....	46
Codeboom personeel.....	46
Codeboom cliënten.....	49
Bijlage 3: Plattegrond	52

Inleiding

In de zorg is er altijd een zoektocht naar verbetering. Zo ook op de open langdurige intensieve zorgafdeling die in dit onderzoek genoemd zal worden als afdeling X. Deze afdeling heeft meerdere doelen namelijk het behouden van de normale functies van de cliënt, het optimaal benutten van de capaciteiten van de cliënt, het behouden en/of vergroten van kwaliteit van leven en re-integratie van de cliënt (GGZ ,2016). Om deze doelen te behalen wordt er in deze behandeling veel aandacht geschonken aan onder andere de behandelrelatie tussen cliënt en professional. Dit omdat deze relatie bepalend kan zijn voor de geestelijke gezondheid van de cliënt en of deze verbeterd of verslechterd (Goldsmith, Lewis, Dunn, en Bentall 2015).

Vanuit de praktijk komen echter signalen dat de verpleegpost en de hieraan verbonden afstand tussen cliënten en professionals als onprettig wordt ervaren door cliënten. Dit blijkt uit maandelijkse patiënten-staf-overleg (PSO) waarin cliënten in gesprek zijn met begeleiders en behandelaren. Hier komt naar voren dat cliënten ervaren dat professionals niet altijd even makkelijk te bereiken zijn en veel tijd spenderen op het kantoor. Daarnaast geven cliënten aan dat het een hiërarchisch gevoel geeft: *“het personeel zit daar in hun kantoortje.”*

Als gevolg hiervan heeft de hoofdbehandelaar geopperd te werken zonder verpleegpost en zoveel mogelijk op de groep met de cliënten aanwezig te zijn. Echter blijkt dat hier geen onderzoek naar is gedaan in hoeverre dit wel wenselijk is en daadwerkelijk bijdraagt aan het herstel van de cliënt. Dit onderzoek zal gaan over de verpleegpost. Dit onderzoek zal informatie inwinnen over de invloed van de verpleegpost op het herstel van cliënten met een EPA. Zodat duidelijk word of het behouden van de verpleegpost wel of niet goed is voor het herstel van de patiënt.

Hoofdstuk 1: Probleemanalyse

Dit hoofdstuk beschrijft de basis van het onderzoek en geeft een schets weer van het probleem.

Paragraaf 1.1 bevat de probleemanalyse, hierin wordt gekeken naar welke tendens er in de langdurige psychiatrische zorg plaatsvindt.

Hieruit volgt een logische probleemstelling omschreven in paragraaf 1.2. In paragraaf 1.3 bevindt zich de doelstelling waarin omschreven staat welke nieuwe inzichten dit onderzoek moet opleveren. Als vervolg hierop staan in paragraaf 1.4 de hoofd- en deelvragen. Afsluitend bevindt zich in paragraaf 1.5 de begripsafbakening.

1.1 Probleemanalyse

De probleemanalyse begint op macroniveau, hier wordt gekeken naar hoe de langdurige psychiatrische zorg zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Binnen mesoniveau wordt er gekeken naar instellingen waar en hoe deze ontwikkelingen zichtbaar zijn. Op microniveau wordt er gekeken naar de verhouding tussen cliënt en begeleider op afdeling X.

Macro:

In de afgelopen jaren zijn er veel veranderingen geweest binnen de psychiatrische zorg. Een tendens die opvalt is het verkleinen van de afstand tussen cliënt en professional. Een toelichting, de WMO wordt sinds 2013 ingevoerd en heeft enkele wijzigingen gehad tot aan 2015. WMO staat voor Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De WMO is een wet die het doel heeft dat verantwoordelijkheid van zorg voor cliënten meer bij cliënten en diens omgeving terecht moet komen. De WMO gebruikt termen als eigen kracht en zelfregie en heeft deze geïntroduceerd. De kern van de termen zijn het zelf kunnen en het zelf bepalen. In de praktijk betekent dit dat de cliënt meer inspraak in de behandeling heeft gekregen (Movisie, 2013). De invoer van de WMO heeft bijgedragen aan het verkleinen van de afstand tussen cliënt en professional. De afstand is dus niet letterlijk verkleind, maar meer op het gebied van gelijkwaardigheid tussen cliënt en professional.

Een andere term die terugkomt in de WMO is *outreaching* werken. De WMO vraagt professionals om meer *outreaching* te werken. Een actievere houding van professionals. Dit vertaalt zich in het op de cliënt afstappen en het creëren van laagdrempelige voorzieningen waar cliënt en professional in gesprek komen (De Kanteling, z.d.). De professional verkleint dus zelf actief de afstand tussen hem en zijn cliënten.

Een andere trend die plaatsvindt binnen de psychiatrische zorg is de werkwijze HOZ, herstel ondersteunende zorg. Vanuit deze werkwijze richt de professional zich op de eigen kracht van een cliënt. In de begeleiding wordt deze eigen kracht benadrukt en probeert de professional deze te vinden en in te zetten. De persoonlijke leerdoelen van de cliënt staan centraal (GGZ, 2016).

Door deze manier van werken wordt de cliënt nog meer betrokken bij zijn eigen herstelproces.

Al deze veranderingen hebben als doel het bevorderen van de zorg voor psychiatrisch cliënten. Het is een zichtbare tendens om niet boven maar naast de cliënt te staan, zo wordt de afstand letterlijk en figuurlijk verkleind.

Meso

De verpleegpost is een ruimte binnen psychiatrische ziekenhuizen waar personeel kan zitten om te overleggen, rapporteren of om een overdracht te houden. Een nieuw initiatief voor het verkleinen van de afstand tussen professional en cliënt is het weghalen van de verpleegpost. Dit gebeurt al bij sommige instellingen. Zo is in 2015 een onderdeel, 'de Dimence groep', op een nieuwe locatie gevestigd en zijn ze gaan werken zonder verpleegpost (SQwin, 2015). Uit onderzoek bij een vergelijkbare afdeling als afdeling X komt naar voren dat personeel veel tijd doorbrengt op de verpleegpost. De ervaring die cliënten hierbij hebben is dat er weinig naar hen wordt omgekeken (Ministerie Justitie en Veiligheid, 2016).

Er is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om te werken zonder verpleegpost op de ggz-instelling Kliniek Intensieve Behandeling te Amsterdam (Staij, Bosch & Dirks, 2014). Het onderzoek naar de KIB afdeling had verrassende resultaten. Onrust wordt eerder gesignaleerd bij cliënten, er ontstaat meer contact tussen begeleiders en cliënten en begeleiders zijn productiever zonder de verpleegpost. Het onderzoek richtte zich vooral op het effect van de werknemers en wat er nodig is om dit haalbaar te maken. Er zijn ook grote verschillen tussen de bovengenoemde afdelingen en afdeling X. Zo zijn bovengenoemde afdelingen vooral gesloten afdelingen die gericht zijn op het bewaken van veiligheid. Op afdeling X zijn er andere doelen en andere cliënten, hetgeen hieronder verder wordt omschreven.

Micro

Cliënten

Om een beeld te schetsen van afdeling X wordt er eerst gekeken naar het type cliënt dat zich daar bevindt. De doelgroep bestaat uit mensen met een EPA, ernstige psychiatrische aandoening. Daarnaast heeft bijna de gehele cliënten populatie (90 procent) een vorm van schizofrenie. Zichtbaar is dat cliënten achterdochtig worden wanneer ze voor een gesloten deur staan bij de verpleegpost. Dit blijkt uit gesprekken met cliënten. Cliënten vertellen achterdochtig te worden wanneer personeel op het kantoor zit te werken achter de computer of aan het overdragen zijn, ze hebben het idee dat het over hen gaat.

De cliënten zijn allemaal vrijwillig opgenomen. Doorgaans hebben ze een lang verleden met zorginstellingen. De meeste zijn al jaren opgenomen ten gevolge van hun ziektebeeld waardoor ze niet in staat zijn zelfstandig of ambulant te wonen.

Cliënten van afdeling X benoemde tijdens een bijeenkomst tussen professionals en cliënten dat professionals teveel op het kantoor zitten.

Personeel

Op afdeling X werken verpleegkundigen en SPH'ers. Ze begeleiden cliënten bij hun persoonlijke leerdoelen en willen de kwaliteit van leven zoveel mogelijk vergroten bij cliënten. Volgens het GGZ-agoog beroepsprofiel wordt geacht dat professionals competenties bezitten als *outreaching* werken

en het ondersteunen van de cliënt bij het herstelproces (Movisie, 2016). Van verpleegkundigen wordt dit ook verwacht, ze worden geacht vaardigheden te hebben op het gebied van *outreaching werken* (V&V 2020, 2012). De professionals trachten zorg te bieden wat aansluit bij de cliënt. Er wordt (on)bewust gebruik gemaakt van de presentiebenadering. De presentiebenadering gaat erover dat je er als professional voor de ander bent. Je ziet de ander als een volwaardig mens (Baart, 2004). Dit is belangrijk omdat professionals willen aansluiten bij de zorg die cliënten nodig hebben. Hiernaast wordt er actief gebruikt gemaakt van diverse gesprekstechnieken. Motiverende gespreksvoering, gericht op verandering van gedrag, wordt veel ingezet.

Anderzijds willen professionals hospitalisatie tegen gaan. Ze laten cliënten meer alleen, in de hoop de zelfstandigheid die cliënten nog hebben in stand te houden of te vergroten.

Een andere rol die de professional heeft is het observeren en verkennen van de fase waarin de cliënt zich bevindt. Dit sluit aan bij het *outreaching werken* dat de professional op zich neemt. Deze zoekt de cliënt actief op, gaat gesprekken aan, inventariseert de fase waarin de cliënt zich bevindt en verkent de behoeftes van de cliënt.

De sturende behandelaar heeft werknemers erop geattendeerd om zoveel mogelijk op de groep te zitten, zonder de effecten hier van te weten. Het doel hiervan is voornamelijk dat er meer contact ontstaat tussen cliënt en begeleider.

1.2 Probleemstelling en verificatie

Binnen de psychiatrische zorg is er een tendens ontstaan waarin er een toename in gelijkwaardigheid is tussen de cliënt en begeleider, dit om de zorg te verbeteren. Deze maatschappelijke ontwikkeling is ook zichtbaar bij afdeling X, ze zijn hier actief mee bezig. Zo opperde de sturend behandelaar te werken zonder verpleegpost. Uit berichtgeving van onderzoek naar vergelijkbare afdelingen die werken zonder verpleegpost en praktijkervaringen van cliënten en begeleiders van afdeling X, blijkt dat de verpleegpost invloed heeft op de behandeling en het herstel van de cliënt. Het probleem is echter dat er informatie ontbreekt over welke invloed de verpleegpost daadwerkelijk heeft op het herstel van cliënten met een EPA. Het is belangrijk hier onderzoek naar te doen. Dit om te ontdekken waar er rekening mee gehouden moet worden bij het al dan niet werken met of zonder verpleegpost. Onderzoek zal dit in kaart brengen.

Op 16-08-2017 vertelt de sturend behandelaar van afdeling X het volgende: *'Personeel moet meer zicht hebben wat er op de groep gebeurt, andere instellingen werken zonder verpleegpost. Ik weet alleen niet in hoeverre dat bij ons haalbaar is, maar vermoed wel dat dit de behandeling ten goede komt. Het zou goed zijn als personeel zo veel mogelijk op de groep aanwezig is.'* (persoonlijke communicatie, 16 augustus 2017)

Op 13-09-2017 vertelt een begeleider van afdeling X het volgende: *'Je ziet cliënten achterdochtig worden wanneer we een overdracht hebben, de deur gaat dicht en ze worden genegeerd. Aan de andere kant kunnen we niet anders want we hebben met privacy te maken. Ook moet ik gewoon mijn werk kunnen verrichten'* (persoonlijke communicatie, 13 oktober 2017)

Op 02-09-2017 vertelt een cliënt van afdeling X het volgende: *‘Jullie zitten in het kantoor te praten over mij, jullie zijn er nooit voor mij en maken plannen om mij ziek te houden’* (persoonlijke communicatie, 2 oktober 2017)

“Echter “kantoorverpleging” was en is een probleem in de GGZ. Verpleegkundigen verblijven vaak en lang op kantoor enerzijds om administratieve taken uit te voeren, anderzijds om te praten. Het kantoor heeft vaak een grote aantrekkingskracht.”- Mondriaan, GGZ inGeest, 2011

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Dit onderzoek maakt duidelijk hoe het herstel van cliënten van afdeling X geoptimaliseerd kan worden wanneer er gekeken wordt naar het wel of niet gebruiken van de verpleegpost. Dit onderzoek richt zich vooral op het herstel van de cliënt. Het is dus belangrijk om te kijken naar wat van invloed is op het herstel van cliënten met een EPA. Ook moet in kaart worden gebracht wat de effecten zijn van deze verpleegpost op de behandeling. Met deze nieuwe kennis worden er aanbevelingen gedaan aan de staf en de professionals van afdeling X over het dan wel of niet behouden van de verpleegpost, en waar rekening mee gehouden moet worden.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag:

Hoe kan het herstel van cliënten van de langdurige opnameafdeling X geoptimaliseerd worden met betrekking tot het wel of niet gebruiken van een verpleegpost?

Deelvragen:

1. Wat draagt bij aan het herstel van cliënten met een EPA van afdeling X?
2. Hoe ervaren cliënten en begeleiders het werken met een verpleegpost op afdeling X?
3. Hoe wordt het herstel van cliënten beïnvloed door het werken met een verpleegpost op afdeling X?

1.5 Begripsafbakening

Afdeling X

Cliënten wonen en leven op deze afdeling, ze hebben een eigen kamer. De afdeling is opgesplitst in 3 groepen met ieder een gezamenlijke woonkamer verbonden met elkaar door een gang, met

aangrenzend de verpleegpost. Ondanks dat het een langdurige opnameafdeling is, is de afdeling alsnog bedoeld als doorstroomafdeling. Dit houdt in dat cliënten uiteindelijk doorstromen naar een andere afdeling of een woonvorm zoals een RIBW. Deze afdeling heeft als doel om cliënten hun zelfstandigheid te laten behouden of deze te vergroten (GGZ,2016).

Ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

Er wordt gesproken over cliënten met een EPA. Dit betekent dat deze cliënten langdurige zorg nodig hebben, het ziektebeeld is minstens twee jaar in beeld. Ze hebben problemen op meerdere levensgebieden, zoals psychische of lichamelijke gezondheid, sociale relaties of werk (Phrenos (z.j.). Daarnaast is kenmerkend er gevoelens van (sociale) angst, achterdocht en vijandig heersende emoties zijn (Olij & Haan, 2009).

Hospitalisatie (syndroom)

Hospitalisatie is het effect dat cliënten ervaren die langdurig zijn opgenomen, ze hospitaliseren. Hiermee wordt bedoeld op de negatieve gevolgen van de langdurige opnamen. Cliënten laten een afname van interesse zien, nemen minder initiatief, worden passiever en krijgen een afwijzing voor verandering. Ook ontstaat er een onzelfstandigheid en geforceerde hulpbehoefendheid bij cliënten (Groffman, 1961).

Professional

Een werknemer die zowel een verpleegkundige of sociaal agogische achtergrond kan hebben. Hij/zij is werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg, functies die hier o.a. onder vallen zijn verpleegkundigen, SPH, sturend behandelaar. of psychiater.

Presentiebenadering

De presentiebenadering is een gedachtegoed in de zorg voor cliënten die complexe problematieken ervaren ontwikkeld door Baart (2004). Als professional benader je de cliënt als volwaardig mens, je ziet zijn eigen kracht en creëert ruimte voor verandering. Dit ondersteunt de behandelrelatie tussen cliënt en professional (Movisie, 2016).

Verpleegpost

De verpleegpost is een personeelsruimte waar cliënten niet mogen komen. Personeel gebruikt dit voor overleg, het schrijven van rapportages of het overdragen van diensten. Daarnaast wordt deze ruimte gebruikt voor het bewaren van materialen die verpleegkundige gebruiken zoals computers en afspraakmappen.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat theoretische inzichten die de resultaten van dit onderzoek zullen verduidelijken. Er wordt gekeken naar theorieën die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Dit om verklaringen te kunnen vinden voor de resultaten die in dit onderzoek naar voren komen.

In paragraaf 2.1 wordt er een completer beeld geschetst van de doelgroep van afdeling X. In paragraaf 2.2 wordt er gekeken naar termen als herstel en rehabilitatie van mensen met een EPA en hoe dit in verhouding staat tot een woonvorm. Paragraaf 2.3 gaat over de behandelrelatie en hoe om te gaan met afstand nabijheid, privacy & veiligheid. Paragraaf 2.4 gaat over hospitalisatie & zelfstandigheid.

2.1 Doelgroep van afdeling X

Wie zijn de cliënten van afdeling X? Op de langdurige opnameafdeling X zitten cliënten met een EPA (ernstige psychiatrische aandoening). In de begripsafbakening is de definitie van EPA al deels uitgewerkt. In Nederland zijn er in totaal 281.000 mensen met een EPA waarvan 75% in de GGZ-zorg zit (Delespaul en de EPA-consensusgroep, 2013).

De doelgroep ervaart een flinke achterstand in diverse levensgebieden. Voornamelijk op het gebied van huisvesting, onderwijs, intieme relaties en arbeid. Op de lange termijn herstelt ruim de helft geheel of gedeeltelijk (Phrenos, z.j.).

Zoals eerder benoemd in de probleemanalyse bevat 90% van de cliënten een vorm van schizofrenie. Om met schizofrenie gediagnostiseerd te kunnen worden heeft de DSM-5 criteria opgesteld. Kort samengevat zijn dit de volgende:

- Twee of meer van de onderstaande symptomen in een periode van een maand:
 - o Wanen Hallucinaties
 - o Gedesorganiseerde spraak
 - o Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag
 - o Negatieve symptomen, bijvoorbeeld verminderde emotionele expressie
- Een significant deel van de tijd sinds de stoornis staan er een of meer terreinen van functioneren op een lager niveau (zoals werk, sociale contacten, zelfverzorging) dan voorheen.
- Doorlopende tekenen van de stoornis gedurende minimaal zes maanden.
- Schizo affectieve stoornis en stemmingsstoornissen zijn uitgesloten.
- De stoornis is geen gevolg van directe fysiologische gevolgen van middelengebruik (bijvoorbeeld drugs, geneesmiddelen) of een somatische aandoening.
- Als er een historie bestaat van autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis, wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld als er gedurende een periode van minimaal een maand ook op de voorgrond tredende wanen of hallucinaties zijn (of minder bij succesvolle behandeling)

(American Psychiatric Association, 2013)

Deze stoornis is van chronisch beloop, de ziekte duurt zeer lang tot levenslang. De stoornis veroorzaakt acute episoden. Een acute episode kan bestaan uit wanen, hallucinaties, onlogisch denken, onsamenhangende uitspraken of bizar gedrag (Nevid, Rathus, & Greene ,2012). Dit worden ook wel positieve symptomen genoemd. Een ander verschijnsel van schizofrenie is het verlies van motivatie, zelfstandigheid en interesse in zichzelf en de omgeving (Nevid, Rathus, & Greene ,2012).

2.2 Herstel & rehabilitatie van mensen met een EPA

Herstel

Om antwoord te kunnen krijgen op de hoofdvraag is het belangrijk om na te gaan hoe herstel van een EPA cliënt wordt beïnvloed. Eerst moet toegelicht worden wat er binnen de GGZ wordt verstaan onder herstel. Op medisch gebied gaat herstel over een vermindering of verdwijning van symptomen. Vanuit het cliëntenperspectief gaat herstel over het herpakken van de eigen regie, dit zijn veelal unieke persoonlijke processen. Herstel van cliënten met een EPA gaat zeer moeilijk, het kost veel tijd en is zeer complex. Terugval en crises zijn geen uitzondering (Olij & Haan, 2009).

Cliënten met een EPA proberen te herstellen op verschillende gebieden, ook wel dimensies genoemd (Phrenos , z.j.). Welke dimensies dit zijn wordt op verschillende manieren omschreven. Er zijn meerdere auteurs die vaak vergelijkbare dimensies benoemen. Een voorbeeld is herstel van gezondheid, maatschappelijk functioneren, persoonlijke identiteit en het dagelijkse leven (Dröes & Plooy ,2010).

De mate van herstel van deze dimensies wordt beïnvloed door verschillende factoren.

Omdat herstel een uniek persoonlijk proces is, is het niet vast te stellen hoe zwaar een factor weegt, dit verschilt per individu. Wel wordt duidelijk welke factoren bevorderend en welke belemmerend zijn op het herstel van cliënten. Schene, Boer & Jaspers (2008) hebben een lijst opgesteld van deze factoren die invloed hebben op herstel, deze zijn weergegeven in Tabel 1.

Herstel bevorderende factoren	Herstel belemmerende factoren
• acute stabilisatie bij crisis en (toegang tot) goede behandeling en therapie; • de vervulling van de meest basale behoeften; • de aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competent persoon die begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt; • hoop; • acceptatie; • copingsvaardigheden; • vaardigheden om met een dreigende terugval om te gaan; • zelfzorgvaardigheden; • sociale vaardigheden;	• het ontbreken van de meest basale levensvoorzieningen; • inadequate en ineffectieve professionele hulp; • middelenmisbruik; • traumatische ervaringen; • onwaardige behandeling door anderen; • gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen; • het ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen; • gebrek aan informatie over bruikbare copingstrategieën ten aanzien van de psychische klachten;

• belangenbehartiging; • de moed om risico's te nemen; • begeleiding bij werk en opleiding; • bevredigend werk en bevredigende relaties; • diversiteit in gewaardeerde rollen; • financiële zekerheid; • intimiteit; • spiritualiteit.	• stigma; • schaamte.
---	--

Tabel 1: Herstel bevorderende en belemmerende factoren (aangepast overgenomen) uit *Jaarboek psychiatrie en psychotherapie* door A.H. Schene, F. Boer en J. P. C. Jaspers, 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Factoren als een onwaardige behandeling door anderen en schaamte worden gezien als belemmerende factoren voor herstel. Er is (nog) geen onderzoek wat expliciet benoemd dat verpleegposten dit veroorzaken. Wel valt er informatie te halen uit reacties van cliënten tijdens het PSO van afdeling X. Zij geven aan zich buitengesloten te voelen wanneer personeel op kantoor zit. Ook het hiërarchisch gevoel kan schaamte opleveren. Of dit breed gedeeld wordt onder cliënten moet nog nader onderzocht worden.

Zichtbaar is dat de behandelrelatie een enorm belangrijke factor is. Als begeleider ben je aanwezig en toon je betrokkenheid. Het belang van deze band wordt erkend door meerdere onderzoeken. Zoals eerder benoemd kan deze factor bepalend zijn of de geestelijke gezondheid verbeterd of verslechterd (Goldsmith et al. 2015). Hier wordt in paragraaf 2.2 meer op ingegaan.

Ook een noemenswaardige factor is achterdocht van cliënten. Deze groep cliënten ervaart vanuit hun ziektesymptomen al achterdocht (Molen, Perreijn & Hout, 2010). Vaak komt dit voor bij schizofrene cliënten, wat 90% van de doelgroep van afdeling X betreft.

Deze achterdocht belemmert de cliënt in de omgang met andere mensen. Dit kan invloed hebben op de behandelrelatie tussen professional en cliënt (Olij & Haan, 2009). Literatuur wijst uit dat de beste strategie is om cliënten te benaderen met een lage EE, *expressed emotion* (Anoiksis, 2010). Een benadering met een lage EE betekent dat er geen emotionele over-betrokkenheid is. Ondanks dat de professional de cliënt benadert met een lage EE kan achterdocht ook ontstaan door omgevingsfactoren, zoals een verpleegpost waar constant professionals aanwezig zijn. De cliënt kan bijvoorbeeld het gevoel hebben in de gaten te worden gehouden, van hieruit ontstaat achterdocht. Achterdocht is een belemmering voor het herstel van de cliënt.

Effectieve en adequate professionele hulp kan een ondersteunde factor zijn, er valt nog te twisten of het werken met een verpleegpost hieraan bijdraagt.

Rehabilitatie

Wanneer het gaat over herstel wordt er ook vaak gesproken over rehabilitatie. Rehabilitatie is ontwikkeld specifiek voor de doelgroep met ernstige langdurige fysieke en/of psychische problemen.

Dit geldt dus ook voor de doelgroep die ik beschrijf, mensen met een EPA. Rehabilitatie is echter niet hetzelfde als herstel. Waar herstel meer gaat over het proces van de cliënt zelf gaat rehabilitatie over het proces van de cliënt en de professional samen. Bij rehabilitatie worden door cliënten hun activiteiten- en participatiedoelen behaald door de samenwerking tussen de cliënt en de professional (Korevaar & Dröes ,2011).

In de langdurige zorg zijn twee begrippen nauw met elkaar verbonden; rehabilitatie en wonen. Hoe iemand woont heeft impact op iemand zijn rehabilitatie. Betere genormaliseerde huisvesting verwijst naar een betere re-integratie van mensen met een EPA (Korevaar & Dröes ,2011). Ondanks dat de cliënten niet zelfstandig kunnen wonen kan er gekeken worden naar een inrichting van hun verblijf. Vanuit deze theorie mag gesteld worden dat een afgesloten ruimte die niet toegankelijk is voor cliënten (verpleegpost) niet bijdraagt aan een genormaliseerde huisvesting.

2.3 Houding van de professional en de behandelrelatie

Behandelrelatie

De behandelrelatie tussen cliënt en begeleider is een belangrijke factor in de mate van herstel van een cliënt. Deze behandelrelatie is krachtig. De heersende norm was dat de professional afstand had van de cliënt. Hij liet geen kwetsbaarheid tonen en er was een hiërarchisch verschil tussen professional en cliënt (Netten, 2015). Tegenwoordig is deze norm aan het verschuiven. Ontwikkelingen omschreven in de probleemanalyse laten zien dat de afstand (figuurlijk en letterlijk) tussen professional en cliënt actief wordt verkleind. Samenwerking tussen professional en cliënt geeft mogelijk transparantie, vertrouwen en gelijkwaardigheid (Netten, 2015).

Het is belangrijk om te kijken hoe deze behandelrelatie zich ontwikkelt en wat factoren zijn die deze relatie beïnvloed. Deze verbinding kan ontstaan op basis van affectie en vertrouwen. Als professional is het belangrijk eigen initiatief, echtheid en eigen subjectiviteit te tonen. Ook afstand en nabijheid zijn kernbegrippen binnen de ontwikkeling van een behandelrelatie wat verder in dit onderzoek meer aandacht krijgt (Heinemeijer ,Marlisa ,2011).

In theorie kan de hiërarchische afstand tussen cliënt en begeleider een belemmerende factor zijn in de ontwikkeling van de behandelrelatie (Boumans, Tuithof, Hoof & Nuijen ,2014). Hiërarchie kan dus een belemmerende factor zijn in het herstel en kan belemmerend zijn in de behandelrelatie tussen cliënt en professional.

Presentie benadering

Een methode die binnen de langdurige psychiatrie afdeling X wordt aangenomen is de presentiebenadering. Baart (2004) heeft zijn theorie ontwikkeld na jarenlang onderzoek en observaties en heeft de 'presentiehouding' geleerd van werknemers. Ervaringen van cliënten zijn positief, ze hebben het gevoel dat er kennelijk iemand voor ze is.

Volgens Baart (2011) is het nodig om met iemand te zijn voordat je voor iemand iets kan betekenen. Presentie gaat dus over het zowel fysiek als psychisch bij iemand zijn. Je sluit aan bij de ander zijn leefwereld en zijn taal. Daarnaast vraagt het om trouw, aanspreekbaar en interpreteerbaar te zijn. Wanneer je dit vertaalt naar het al dan niet gebruiken van een verpleegpost zal het de presentiebenadering ten goede komen wanneer je meer aanwezig bent onder de cliënten ten gevolge van het niet gebruiken van een verpleegpost.

Afstand & nabijheid

Wanneer het gaat om de behandelrelatie gaat het ook vaak over afstand en nabijheid. Afstand en nabijheid zijn 2 definities die vaak gebruikt worden maar zelden een expliciete betekenis krijgen. In nabijheid gaat het over een niveau van affectieve expressie door de patiënt waar de begeleider empathisch op reageert zonder dat hij handelt vanuit zijn eigen gevoelens. Afstand nemen is observeren, objectief benaderen en vastleggen (Schwartz, 1993).

Deze begrippen kennen in hun uitersten valkuilen voor professionals. Deze valkuilen zijn overbetrokkenheid of afstandelijkheid. Als professional is het de bedoeling om een balans te vinden tussen deze 2 uitersten (Maes 2007).

Afstand tussen cliënt en hulpverlener kan een ander positief effect teweeg brengen. Het uitstellen van de hulpvraag. Dit is een fenomeen waarbij de cliënt niet direct zijn hulpvraag kan stellen of antwoord hierop krijgt. Het gevolg hiervan is dat hij zelfstandig aan de slag gaat. Dit draagt bij aan de ontwikkeling van de zelfstandigheid van de cliënt. Instellingen die ambulante woonvormen bieden voor cliënten hebben dit (het in staat zijn om de hulpvraag uit te stellen) als eis, dit blijkt uit een gesprek met een medewerker van Kwintes (persoonlijke communicatie, 15 september 2017). Naast Kwintes zijn er meerdere instellingen dit als eis hebben (Sociaal Domein Fryslân, 2016). Het is een breed gedeelde eis.

Modeling

Een gedragstherapeutische techniek die bewust en onbewust door professionals wordt gebruikt is modeling. Er wordt vanuit gegaan dat cliënten nieuw gedrag aanleren doordat de begeleider of iemand anders het gewenste gedrag voordoet of vertoont (Nevid, Rathus, & Greene, 2012). Dit gaat vaak samen met conditionering waarin wenselijk gedrag bekrachtigd wordt en niet wenselijk gedrag afgekeurd wordt door de professional of groepsgenoten (Nevid, Rathus, & Greene, 2012). Beide wordt ingezet door professional in het contact met de cliënt.

Privacy

Cliënten die langdurig opgenomen zijn kunnen een inbreuk op hun privacy ervaren. Ze worden (in hun ogen) constant geobserveerd. Ze delen hun hele leefomgeving, op hun eigen slaapkamer na, met groepsgenoten en personeel.

Privacy is een belangrijk aspect van adequate zorg, inbreuk op privacy moet voorkomen worden. Resultaten uit onderzoek laten zien dat dit cruciaal is als het gaat om intensieve zorg. Belangrijke

aspecten in dit onderzoek waren onder andere bejegening, contact, participatie van cliënten en preventief werken (IGZ,2013).

Wanneer personeel zonder verpleegpost moet werken heerst het beeld onder personeel dat ze zich voornamelijk op de afdeling moeten bevinden. Uitgaande van bovenstaande zou dit kunnen leiden tot overbetrokkenheid en mogelijk zou privacy te veel geschaad kunnen worden. Dit moet meegenomen worden in het behandelen van de hoofd- en deelvragen.

Veiligheid

Om deelvraag 3 te beantwoorden is het belangrijk om te kijken naar wat er nodig is voor personeel. Een belangrijk aspect dat niet vergeten mag worden is de veiligheid van personeel. Er zijn meerdere onderzoeken geweest naar de toe- of afname van agressie bij het veranderen van de opzet van de verpleegpost. Onderzoek op een acute afdeling in Chicago liet zien dat het open maken van de verpleegpost geen toename in agressie liet zien. Echter wordt wel benoemd dat meer onderzoek nodig is (Southard, Jarrell, Shattell, McCoy, Bartlett & Judge ,2012).

Wanneer het gaat om het bewaken van de veiligheid zijn er 4 belangrijke aspecten waar een professional rekening mee kan houden. Bejegening & contact, preventief werken & risicotaxatie en de-escalerend werken. Eerst wordt kort omschreven hoe professionals betekenis kunnen geven aan deze begrippen om een beeld te schetsen van de methodieken. Vervolgens wordt er gekeken of er een verband gelegd kan worden met de hoofd- en deelvragen (Voskes, Theunissen, Widdershoven , 2011).

Waar een * bij staat wordt nu al gebruikt door afdeling X.

Bejegening & contact

Juiste bejegening en contact vanuit de professional richting de cliënt kan bijdrage aan het behouden van veiligheid. Hier kan het volgende onder verstaan worden:

- Extra aandacht bij de opname van een cliënt: een respectvolle benadering *
- Het behouden van contact: dit om niet het vertrouwen te schaden en het vertrouwen in de hulpverlening te behouden *
- Extra aandacht bij het begin van de dienst. “De eerste 5 minuten”: op persoonlijke actieve wijze contact zoeken met de cliënt en de continue aanwezigheid van een hulpverlener
- Afschaffen van afdelingsregels: algemene regels afschaffen die ook als fatsoensnormen gelden om spanningen en conflicten te vermijden

(Voskes, Theunissen, Widdershoven , 2011)

Bovenstaande methodieken zijn allemaal uit te voeren met of zonder verpleegpost. Echter zoals eerder benoemd heeft de verpleegpost het effect dat personeel hier langer blijft hangen dan nodig is. Dit kan betekenen dat punt 3 ‘extra aandacht bij het begin van de dienst en continue aanwezigheid van een hulpverlener’ kan worden belemmerd door het gebruik van een verpleegpost. Dit omdat in de

praktijk vaak zichtbaar is dat personeel in het begin van hun dienst zich juist op de verpleegpost bevindt.

Preventief werken & risico taxatie

Door een naderende crisis op tijd te signaleren en hiernaar te handelen kan terugval, crisis en agressie voorkomen worden. Er zijn veel interventies ontwikkeld die als hulpmiddelen gebruikt kunnen worden:

- Signaleringsplan: Door samen met een cliënt een plan op te stellen kan er op tijd adequate hulp geboden worden. Dit plan beschrijft de fases die een cliënt doorloopt vanaf wanneer hij zich goed voelt tot aan een terugval en de passende hulp die hij kan ontvangen per fase. *
- Signaleringsplan voor het team: Hier staan 3 fases in waar personeel zich in kan bevinden. Dit helpt inzicht te geven in de sfeer en de samenwerking van het team te bepalen. Hier worden aan de hand van elke fase bijpassende stappen ontwikkeld om spanningen te voorkomen.
- Medicatie *
- Risicotaxatie: inschatting maken van het risico op agressie om hier vervolgens op te kunnen anticiperen. *

(Voskes, Y. , Theunissen, J. , Widdershoven , G. (2011)

De-escalerend werken *

Deze methode wordt actief gebruikt door veel instellingen, ze maken gebruik van crisisontwikkelingsmodellen. Het gaat ervan uit dat crisis ontstaat na een doorloop van verschillende fases. In deze ontwikkeling wordt uitgegaan van een toename van angst bij de cliënt met tegelijkertijd een afname van controle. Deze fases bestaan uit:

- Fase 0: evenwicht, de actie die hieruit volgt is contact maken
- Fase 1: angst voor controleverlies, de actie die hieruit volgt is ondersteunen
- Fase 2: controleverlies, de actie die hieruit volgt is grenzen stellen
- Fase 3: destructie, de actie die hieruit volgt is ingrijpen

Om te kunnen werken met deze methode dient een professional hier specifiek voor te zijn getraind en opgeleid.

(Voskes, Y. , Theunissen, J. , Widdershoven , G. (2011)

Bovenstaande methodieken zijn allemaal uit te voeren met of zonder verpleegpost. Er moet rekening gehouden worden met het kunnen maken van deze signaleringsplannen. Professionals zullen een ruimte moeten hebben waar ze hier aan kunnen werken. Om medicatie te kunnen blijven geven zal er minimaal een afgesloten medicijnkamer moeten zijn. Dit is doorgaans een kleinere ruimte dan de verpleegpost waar medicatie klaargezet kan worden en achter slot bewaard wordt.

2.4 Uitdagingen: Hospitalisatie & zelfstandigheid

Hospitalisatie

Hospitalisatie is het fenomeen dat plaatsvindt bij cliënten die langdurig zijn opgenomen, dus veelal ook bij de doelgroep van dit onderzoek. Dit fenomeen (ruimer omschreven in de begripsafbakening) belemmert het herstel van cliënten. Dit kan versterkt en in stand gehouden worden door de manier van zorg die geleverd wordt (Groffman, E. ,1961).

Oorzaken van hospitalisatie liggen in de ziekte en in de omgeving/instelling. Het is interessant om te kijken naar de omgeving- en instellingsfactoren omdat de verpleegpost daar betrekking op heeft. Deze factoren zijn:

- Vrijwel het hele leven van de cliënt speelt zich af op dezelfde plaats
- Cliënten wonen (gedwongen) samen met anderen, ze hebben hun burens niet uitgekozen
- Cliënten moeten activiteiten ondernemen met anderen
- Er is altijd personeel aanwezig
- Cliënten moeten zich aanpassen aan de regels van de instelling

(Groffman, E. ,1961)

Wanneer een instelling een open karakter heeft kan dat bijdragen aan het doorbreken van de hospitalisatie. Zo zal een verpleegpost hier niet direct aan bijdragen. Het tegenstrijdige is dat het altijd aanwezig zijn van personeel ook bijdraagt aan hospitalisatie. Hier moet voor gewaakt worden want dit kan een impact hebben op de zelfstandigheid van cliënten.

Zelfstandigheid

Een groot onderdeel van herstel is het vergroten van zelfstandigheid. Dit is belangrijk omdat zelfstandigheid vaak in grote mate wordt aangetast door schizofrenie (Nevid, Rathus, & Greene ,2012). De professional is actief bezig met het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt. Echter het werk dat hij levert werkt soms averechts. Namelijk de professional helpt de cliënt bij zijn wensen en hulpvragen. In de praktijk is zichtbaar dat de professional het soms uit handen neemt van de cliënt met als gevolg dat de zelfstandigheid van de cliënt alsnog niet wordt vergroot.

IGZ (2013) heeft een rapport geschreven over vrijheidsbeperking in de GGZ. Ook wordt er gesproken over uitgangspunten voor een optimale omgeving bevorderend voor herstel en welzijn. Privacy en zelfstandigheid zijn belangrijke uitgangspunten die gerealiseerd kunnen worden door de cliënten onder andere een eigen kamer en flexibele leefruimte te geven. Er wordt benoemd dat idealiter personeel een werkruimte heeft die fysiek gescheiden is van de afdeling. Dit om de zelfstandigheid te vergroten. Binnen hetzelfde rapport wordt geopperd niet te werken met een verpleegpost, als kernwaarde het contact te houden met cliënten (IGZ, 2013).

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt omschreven hoe er informatie is verzameld voor het behandelen van de hoofd- en deelvragen. In paragraaf 3.1 is een verantwoording te vinden bij wie het onderzoek is gehouden. In paragraaf 3.2 wordt omschreven hoe deze data is verzameld en een verantwoording gegeven hoe dit betrouwbaar en valide is gedaan. In paragraaf 3.3 is het meet instrument beschreven en toegelicht om vervolgens in paragraaf 3.4 is beschreven per stap hoe de data geanalyseerd is.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie is de groep waar het onderzoek betrekking op heeft (Baarda, Fisher, Goede & Peters, 2013). Het onderzoek richt zich op het herstel van cliënten die verblijven op afdeling X. Kenmerkend voor deze groep is dat ze allemaal een EPA hebben en langdurig zijn opgenomen. Ook gaat het over de professionals die deze groep cliënten ondersteund bij hun persoonlijke herstel. De professionals zijn werkzaam op afdeling X en maken gebruik van de verpleegpost. Ook is er een professional die een minder fysiek aanwezige rol heeft, de hoofdbehandelaar. Deze staat alsnog dicht bij de cliënt omdat deze het herstelproces nauw volgt.

Steekproef

Er wordt in dit kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef. Dit betekent dat er gekeken wordt naar kenmerken die relevant zijn voor het onderzoek. Er wordt hiervoor gekozen omdat het niet haalbaar is om de gehele populatie te benaderen bij het onderzoek. De redenen hiervoor worden meer zichtbaar onder het kopje 'Kenmerken en selectiecriteria'. Er zullen in totaal 5 professionals en 5 cliënten van afdeling X worden geïnterviewd.

Waarborgen van anonimiteit

Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen worden er geen namen geregistreerd. De respondenten zullen benoemd worden als 'respondent 1', 'respondent 2' enzovoorts. Verder worden er in het verslag zelf geen namen genoemd van professionals of cliënten. Ook de naam van de afdeling waar het onderzoek plaats heeft gevonden zal niet benoemd worden. Deze wordt omschreven als afdeling X.

Kenmerken en selectiecriteria

Voor het uitvoeren van de doelgerichte steekproef zijn er criteria opgesteld voor de professionals en cliënten die betrokken worden bij het onderzoek.

Randvoorwaarden voor professionals

- Minimaal de afgelopen 3 jaar werkzaam binnen de langdurige psychiatrie, bij instelling X. Zij hebben als functie verpleegkundige, SPH (sociaal pedagogisch hulpverlener), sturend behandelaar of psychiater.
- Er worden 4 verpleegkundigen of SPH'ers geïnterviewd. Daarnaast één sturend behandelaar. De voorkeur gaat uit naar meer verpleegkundigen/ SPH'ers omdat zij gebruik maken van de verpleegpost. De sturend behandelaar is belangrijk om te interviewen omdat deze mogelijk objectiever in het interview staat, omdat er vanuit deze functie geen gebruik gemaakt wordt van de verpleegpost. Echter staat de sturend behandelaar wel dicht bij de verpleegkundige, SPH en cliënt.

Randvoorwaarden voor cliënten

- De cliënt is minimaal 1 jaar opgenomen op afdeling X
- De cliënt heeft een EPA.
- Tijdens het interview is de cliënt niet in een psychose, dit wordt vastgesteld door een werkzame professional voor het interview
- De cliënt moet in staat zijn minimaal 30 minuten aanwezig te kunnen zijn bij het interview.
- De cliënt is minimaal 18 jaar oud

3.2 Dataverzamelmethode

De dataverzamelmethode is uitgekozen om aan te sluiten bij dit kwalitatief onderzoek. Volgens Boeije (2012) wordt bij een kwalitatief onderzoek de vraagstelling gericht op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving. Belangrijk hierin is dat er gekozen wordt voor een onderzoeksmethode die het mogelijk maakt om vanuit het perspectief van de mensen het onderwerp te beschrijven en waar mogelijk te verklaren.

De dataverzamelmethode in dit onderzoek is zijn semigestructureerde interviews. Deze manier van data verzamelen geeft ruimte om de diepte in te gaan. Als interviewer kan je doorvragen om zo meer informatie te kunnen verzamelen. Daarnaast blijft er ruimte voor kennis en de emoties van de respondent (Baarda et al., 2013). Hetgeen belangrijk en passend is voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen van dit kwalitatief onderzoek.

Betrouwbaarheid

Het is belangrijk dat een onderzoek betrouwbaar is. Dit zegt immers wat over de mate waarin het onderzoek niet afhankelijk is van toeval. Hoe minder het onderzoek afhankelijk is van toeval hoe betrouwbaarder het onderzoek is (Baarda, et al. 2013). Toeval kan voortkomen uit het gebruikte instrument, de onderzochte persoon, omstandigheden of de onderzoeker. Door van te voren vorm te geven aan de het interview wordt dit toeval ingeperkt. Ook het samenvatten van de antwoorden van de respondent en dit teruggeven en laten bevestigen vergroot de betrouwbaarheid.

Cliënten kunnen vatbaar zijn voor het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Dit wordt versterkt omdat ze weten dat personeel hun gedrag rapporteert. Daarom is het belangrijk om voor het interview

te vertellen dat dit interview los staat van de behandeling. Dit benadruk je door de cliënt te vertellen dat niets gerapporteerd zal worden. Ook vertel je de cliënt dat hij anoniem zal blijven bij het verwerken van de interviews. Dit ligt je toe door te vertellen dat namen uit de transcriptie van het interview gehaald zullen worden.

Als interviewer kan je er rekening mee houden door de vraag zo precies mogelijk voor te lezen zoals deze van tevoren opgeschreven. Hierdoor zullen de meest adequate antwoorden naar voren komen en ook dus zo min mogelijk sociaal wenselijke antwoorden (Westeinde, 2013).

Validiteit

Validiteit kan gemeten worden in twee termen, instrumentele validiteit en ecologische validiteit. De instrumentele validiteit gaat over de mate waarin er daadwerkelijk onderzocht wordt waar het onderzoek over gaat. De ecologische validiteit gaat over de mate waarin de resultaten betrekking hebben op de dagelijkse praktijk (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek wordt dit gewaarborgd door interviews te houden met mensen die betrokken zijn bij afdeling X. Daarnaast zullen de interviews gaan over het herstelproces van cliënten en de ervaringen van personeel en cliënten met de verpleegpost.

Om de geldigheid van het onderzoek te vergroten wordt er gebruik gemaakt van het principe triangulatie, vanuit meerdere perspectieven wordt er gekeken (Baarda, et al. 2013). Er worden niet alleen gesprekken gevoerd met cliënten van afdeling X maar ook met begeleiders en behandelaars. Daarnaast is het onderzoek onderbouwd met wetenschappelijke bronnen. Dit vormde de basis voor de probleemanalyse en het theoretische kader. Dit vergroot de betrouwbaarheid omdat met gebruik van verschillende methodes metingen herhaald worden. Wanneer theorie en praktijk overeenkomen kan dat als betrouwbaar worden gezien.

Ook spreekt men van intersubjectieve betrouwbaarheid, dit gebeurt wanneer professionals uit het werkveld en *peers* feedback op onderdelen van het onderzoek geven (Baarda et al. 2013). Dit onderzoek heeft dit gekregen van professionals werkzaam in instelling X.

Ethische verantwoording

Het bewaken en zorgvuldig omgaan met gegevens is een belangrijke taak binnen het onderzoek. Er is integer gehandeld door met diverse factoren rekening te houden. Zo is er aan het begin van elk interview uitgelegd wat het doel is van het interview, waar de gegevens voor gebruikt zullen worden en dat er geen namen vermeld worden en bij cliënten dat er niet over gerapporteerd wordt. Hiernaast is benoemd dat de gegevens bewaard zullen worden tot het einde van het onderzoek en vervolgens verwijderd worden. Tot slot is vermeld dat deze gegevens niet gedeeld zullen worden met derden. Respondenten is aangeboden dat ze de resultaten van het onderzoek mogen inzien. Vanuit de HBO gedragsregels voor praktijkgericht onderzoek zijn er vijf regels waar binnen dit onderzoek rekening is gehouden.

1. Het professionele en maatschappelijke belang dienen; het onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan de werkwijze van afdeling X en op diens beurt weer aan het herstel van de cliënt. Daarnaast dient het een bijdrage te leveren in de kennisontwikkeling.
2. Respectvol zijn; binnen het onderzoek is er rekening gehouden met de belangen en privacy van de betrokken respondenten.
3. Zorgvuldig zijn; er is getracht zo nauwkeurig en correct mogelijk te rapporteren. Hiernaast is gebruik gemaakt van betrouwbare en relevante bronnen ter ondersteuning van het onderzoek
4. Integer zijn; er is getracht het onderzoek zo objectief mogelijk te schrijven. Hiernaast is er autonoom aan het onderzoek gewerkt. Het verzamelen van de gegevens van het onderzoek is op een integere manier gedaan zoals hierboven is omschreven.
5. Keuzes en gedrag verantwoorden; bij diverse onderdelen in het onderzoek is verantwoord en omschreven welke keuzes de onderzoeker heeft gemaakt.

(Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010)

3.3 Meetinstrument

Voor het verzamelen van de data is ervoor gekozen gebruik te maken van interviews. Het gaat hier om semigestructureerde interviews. Dit betekent dat onderwerpen van tevoren zijn vastgesteld op basis van de probleemanalyse, het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen, een zo gehete topiclijst. Dit zorgt ervoor dat alle onderwerpen die belangrijk zijn voor het onderzoek aan bod komen. Een voorbeeld hiervan zal dit verduidelijken. Een belangrijk onderwerp in het onderzoek is de ervaring van cliënten en professionals met de verpleegpost. Topics die hierbij horen zijn:

- Wat is jou beeld bij de verpleegpost?
- Krijg je van cliënten een andere respons als je op de verpleegpost zit dan wanneer je op de groep zit?

Het gebruiken van een topiclijst verhoogd de validiteit van een onderzoek. De vragen zijn open van aard en als interviewer kan je zelf bepalen waar je op doorvraagt om zo aan de benodigde informatie te komen (Ferdie Migchelbrink Consultancy, persoonlijke communicatie, 20 oktober 2017).

De topiclijsten zijn belangrijk voor het stellen van open vragen (Baarda et al., 2013). Wanneer er gekozen zou worden voor een andere vorm van interviewen bestaat de kans dat er niet voldoende informatie wordt verworven voor het onderzoek. Het kan zijn dat de topics niet genoeg aan bod komen of dat er te weinig diepte in zit.

3.4 Data-analyse

De data is verzameld aan de hand van semi gestructureerde interviews gehouden op afdeling X, de instelling waar dit onderzoek op gebaseerd is. Vervolgens zijn de antwoorden uit de interviews getranscribeerd. Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve dataverzamelmethode om antwoord te krijgen op de vragen van dit kwalitatieve onderzoek (Baarda et al., 2013). Tijdens het maken van deze analyse is er continue geëvalueerd of er informatie verworven is die we willen krijgen en waarom (Boeije, 2014).

Eerst zijn de interviews getranscribeerd. Dit betekent dat de interviews zijn teruggeluisterd en overgeschreven om zo de informatie te kunnen verwerken. Hierna volgde eerst de stap van de dataordening, datareductie. Er is gekeken welke stukken bij elkaar passen en dit is opgedeeld in fragmenten. Sommige stukken waren in het eerste opzicht niet relevant. Toch zijn deze bewaard gebleven omdat het een iteratief proces is geweest. Het kan later nog van pas komen omdat het een proces is waar voortdurend wordt gepast en gemeten (Baarda et al., 2013). Fragmenten die relevant zijn worden gelabeld. Om de betrouwbaarheid te bewaken is er geprobeerd de labels zo veel mogelijk letterlijk over te nemen. Dit labelen wordt ook wel coderen genoemd. Dit gaf als resultaat dat er een overzichtelijker hoeveelheid data beschikbaar werd.

De volgende stap tot het op orde brengen van de data was het axiaal coderen. Dit hield in dat losse codes in groepen werden verdeeld. Er zijn groepering gemaakt door verwante labels bij elkaar te zetten. Een voorbeeld zal dit verduidelijken. De labels 'teveel op kantoor' en 'fijn als verpleging meer op de groep zit' vallen samen onder de groepering 'verpleegpost'. Dit omdat beide labels betrekking hebben op het gebruik van een verpleegpost.

Deze resultaten weergegeven in twee codebooms zijn te vinden in de bijlagen, waarin de ene codeboom de informatie heeft van de interviews met de professionals en de andere codeboom de informatie heeft van de interviews met de cliënten.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven die zijn voortgekomen uit de interviews met zowel cliënten als personeel van afdeling X. De resultaten zijn logisch beschreven en bij elke deelvraag zijn de benodigde resultaten vergeleken met de theorie uit het theoretisch kader hoofdstuk 2.

De feitelijke steekproef bestond uit 5 professionals en 5 cliënten. Van de 5 professionals waren er 4 begeleiders (3 VPK, 1 SPH) en 1 behandelaar (verpleegkundig specialist). De werkzame tijd varieert tussen de 17 en 33 jaar. Er zijn ook 5 cliënten geïnterviewd waarvan 3 gediagnostiseerd zijn met een vorm van schizofrenie. De tijd in aanraking met de GGZ varieert tussen de 5 en 32 jaar.

In de onderstaande teksten zijn er citaten van respondenten verwerkt. Hierachter wordt verwezen naar de respondent. Respondent 1 t/m 5 zijn professionals, respondent 6 t/m 10 zijn cliënten.

4.1 Deelvraag 1

Wat draagt bij aan het herstel van cliënten met een EPA van afdeling X?

Bovenstaande vraag heeft ertoe geleid dat er diverse onderwerpen aan bod kwamen in de theorie en in de interviews. De volgende onderwerpen zullen besproken worden; beroepshouding, hospitalisatie, zelfstandigheid, werkdruk & schaamte.

Beroepshouding

Uit alle interviews met personeel komt naar voren dat het beroep doen op de gezonde kant van de cliënt bijdraagt aan het herstel van de cliënt, dit wordt benoemd door 5 van de 5 professionals. Vanuit de HOZ visie wordt er ook gekeken naar de eigen kracht van de cliënt wat bijdraagt aan het herstel (GGZ, 2016). Dit komt overeen met het kijken naar de gezonde kant van de cliënt.

Cliënten benoemen vooral dat ze persoonlijke aandacht belangrijk vinden in de zorg die ze krijgen. 3 van de 5 respondenten zeggen dat personeel te weinig tijd voor ze heeft.

Deze persoonlijke aandacht is juist zo belangrijk volgens de presentie benadering (Baart, A. 2004).

Verder benoemt personeel dat je als hulpverlener de volgende rol moet opnemen ter bevordering van het herstel. Erkenning & respect tonen, deskundigheid hebben, samenwerken. Dit laatste, samenwerken, mag volgens respondent 4 meer gebeuren. *“ en dat zie ik nog wel eens bij verpleegkundige dat zij belangrijk vinden zo zou het moeten met die patiënt maar eigenlijk gewoon overslaan om te gaan kijken van vind die patiënt dat zelf ook, dus dat shared decision making, gezamenlijk tot een afspraak komen daar is denk ik nog wel wat winst in te behalen. ”* (Respondent 4)

Personeel geeft aan dat cliënten de volgende behoeftes hebben. Erkenning, respect, gelijkwaardige behandeling, prikkeling, vertrouwen en het bieden van een luisterend oor. Er zitten hier overeenkomsten tussen wat personeel belangrijk vindt in de behandelrelatie en wat de cliënt belangrijk

vind. Cliënten geven het volgende aan belangrijk te vinden; respect en vertrouwen, humor, eerlijkheid, oprechtheid.

Cliënten benoemen als belemmering in de behandelrelatie streng of autoritair gedrag (3 van de 5). Ook het opstellen als verpleegkundige wordt gezien als belemmerend, dit werd benoemd door 2 respondenten. Vanuit de theorie komt ook naar voren dat gelijkwaardigheid belangrijk is in de behandelrelatie, het opstellen als verpleegkundige en autoritair gedrag dragen hier niet aan bij (Netten, 2015).

Hospitalisatie

Wat ook opvalt is dat alle personeelsleden benoemen dat er hospitalisatie in zekere mate plaatsvindt. Als er wordt doorgevraagd blijkt dat de volgende factoren hier aan bijdragen: het uit handen nemen, het lange verblijf, het gebrek aan perspectief en de leefomstandigheden. Vooral dit laatste is interessant: *“Alleen hun leefomstandigheden hier al werkt hospitalisatie in de hand ...*

het gebouw, het altijd moeten leven onder begeleiding” (Respondent 3, 2017).

Groffman (1961) zegt dat het altijd leven met begeleiding hospitalisatie in de hand werkt. Ook kan een verpleegpost bijdragen aan een gesloten karakter van een instelling, wat op diens beurt weer een versterkende factor van hospitalisatie is.

Zelfstandigheid

Het uitstellen van de hulpvraag is een manier om cliënten te leren zelfstandiger te worden. 2 van de 5 personeelsleden vertellen dat de hulpvraag weinig wordt uitgesteld doordat personeel direct reageert. 2 van de 5 personeelsleden vertellen dat de hulpvraag niet altijd bewust wordt uitgesteld. Respondent 1 zegt het volgende hierover. *“Er is een deel in het team die wat meer zorgend achtergrond of een zorgende neiging hebben en dan lijkt het erop als je niet reageert of niet doet wat er gevraagd wordt op de hulpvraag alsof je dat niet zou willen terwijl het doel meer is dat ehm, het uitstellen van, dat betekend gewoon, dat is heel gezond”* (Respondent 1, 2017).

Dit vult ze aan met: *“En als je accuut constant bedient wordt op een vraag dan is er een stuk afhankelijkheid wat je in de hand werkt en het lijkt heel goed zo te helpen maar het is niet helpen. En als het heel druk is heb je de neiging om dan sneller te reageren op een hulpvraag of een appel, het hoeft niet eens een vraag te zijn in de deuropening staan en dan wordt er niet eens meer gevraagd of geklopt. Ze staan er en er wordt al gereageerd. Dat zie je dat in drukte ontstaat. “* De toename in werkdruk heeft invloed op het niet uitstellen van de hulpvraag.

Een opmerkelijk iets wat een verpleegkundig specialist (Respondent 4) benoemde was dat de aanwezigheid van personeel op de afdeling juist bij kan dragen aan de ontwikkeling van de zelfstandigheid van de cliënt. Ze vertelde het volgende: *“Wat mij betreft het meer op de groep zijn en minder in het kantoor ... denk ik dat als je samen met de patiënt de hele dag door samen met de patiënt opwerkt en diegene er in mee neemt, patiënten er in meenemen en ehm, dus het kan wel eens zijn dat iemand ehm, als de verpleegkundige er naast staat dat iemand zelfstandiger is dan dat je er niet naast staat en diegene doet het niet”* (Respondent 4, verpleegkundig specialist)

Dit is nog toegelicht met een voorbeeld: *“omdat ik denk , de aanwezigheid, of het samen doen ehm dat zorgt in ieder geval dat het gebeurt, en hoe vaker iets gebeurt ehm dan slijt het op een gegeven moment bij mensen ook in en dan kun je op een gegeven moment een beetje afstand nemen zeg maar of goh als jij dan dit doet dan doe ik dat”* (Respondent 4, verpleegkundig specialist)

Kijkende naar de theorie van Braswell & Kendall (2001) draagt modeling bij aan het leren van gewenst gedrag en zo ook bij aan herstel. Dit ondersteunt de uitspraak van respondent 4, de aanwezigheid van een professional kan de zelfstandigheid van een cliënt vergroten.

Werkdruk

Wat uit de interviews naar voren komt is dat de toename van werkdruk door 5 van de 5 personeelsleden wordt benoemd. Zelfs 1 van de 5 cliënten benoemde dit terwijl het onderwerp niet vanuit de interviewer aan bod kwam. De verhoogde werkdruk komt volgens personeel door de grotere zorgvraag en het administratieve werk. Personeel geeft aan dat deze toename aan werkdruk gevolgen met zich meebrengt. Hierdoor kunnen ze minder aandacht geven aan cliënten dan voorheen.

Ook vertelt een respondent dat personeel direct op hulpvragen reageert. : *“Ja als het druk op de afdeling is dan ga je sneller reageren. Zonder dat, diegene die daar staat die wil iets zeggen die wil iets vragen die wil iets doen, maar die moet eerst even aankloppen, die hoort iets te doen. Eigenlijk zijn we dat al voor, we nemen iets uit handen wat eigenlijk volstrekt normaal is. “*

Het overnemen van een taak van een cliënt die had kunnen leiden tot het vergroten van zelfstandigheid is belemmerend voor het herstel van de cliënt.

Schaamte

Er is ook navraag gedaan of er schaamte heerst onder cliënten, omdat dit belemmerend kan zijn in het stellen van hulpvragen of het toenaderen van het kantoor. Zowel merendeel van personeel (5 van de 5) als cliënten (4 van de 5) geven allemaal aan dat er geen schaamte plaatsvindt.

Hetgeen hierboven omschreven is laat zien dat een aantal cliënten het beeld heeft dat personeel te weinig tijd aan hen besteed, dat ze zich autoritair opstellen of dat ze gelijkwaardigheid of betrokkenheid missen. De verhoogde werkdruk draagt hier nog aan bij. Dit kunnen indicatoren zijn van inadequate zorg, Schene, Boer & Jaspers (2008) schrijven hier over, inadequate zorg wordt gezien als een belemmerende factor voor herstel.

4.2 Deelvraag 2

Hoe ervaren cliënten en begeleiders het werken met een verpleegpost op afdeling X?

Aanwezigheid op de groep

Uit interviews blijkt dat 3 van de 5 cliënten het prettig zouden vinden als personeel meer op de groep zit. Echter wordt er wel benoemd dat dit met mate moet. *“Ja, het moet ook niet teveel gebeuren, maar dan weet je ook wat er in de groep leeft niet alleen tijdens het eten en tijdens het medicijn uitdelen, want wat er gebeurd als jullie niet in de huiskamer zijn, er gebeuren soms meer dingen dat je denkt (Respondent 8, 2017).*

Hiernaast benoemen ook 2 van de 5 personeelsleden dat personeel meer op de groep moet zitten. Wel benoemt respondent 3 dat het niet lukt om werkzaamheden te doen op elke groep van afdeling X. *“Maar op groep X vind ik dat heel erg lastig want ze blijven, ze komen je opzoeken ze blijven tegen je praten, wat ook logisch is want je bent er, voor hun ben je er wezenlijk.” (Respondent 3, 2017).*

Achterdocht

Wanneer het gaat over achterdocht benoemen 3 personeelsleden expliciet dat cliënten mogelijk achterdocht ervaren wanneer personeel op de verpleegpost zit, daarnaast geeft ook 1 cliënt aan het gevoel te hebben bekeken te worden. *“Vanuit de verpleegkundige post voelt het alsof ze zich bemoeien met m’n kamer.” (Respondent 7, 2017).* Wanneer hier verder op doorgevraagd wordt blijkt dat hij ook achterdochtig wordt van het rapporteren. Een andere respondent benoemde juist dat wanneer professionals constant aanwezig zijn, op de groep bijvoorbeeld, dit een bekeken gevoel geeft. *“Jullie zijn er wel altijd, dus dan voel je je wel bekeken, of nou niet bekeken, net alsof je weer bij je ouders woont.” (Respondent 10, 2017).* Olij & Haan (2009) benoemen dat achterdocht belemmerende factor kan zijn binnen een behandelrelatie.

Centraal punt

Iets wat veel terugkomt in de interviews door werknemers is dat de verpleegpost wordt gezien als een centraal punt, dit wordt benoemd door 4 van de 5 personeelsleden. Dit brengt wel wat met zich mee, de verpleegpost wordt ervaren als een onrustige plek. Ook benoemt 1 personeelslid dat de verpleegpost een drempel kan zijn om iets te vragen. 1 cliënt benoemt expliciet dat de verpleegpost een prima locatie is, een andere cliënt verteld naar de verpleegpost te gaan als personeel niet te vinden is.

Ook is er navraag gedaan of personeel een andere respons krijgt wanneer ze aanwezig zijn op het kantoor ten opzichte van wanneer ze aanwezig zijn op. 3 van de 5 respondenten gaven aan dat ze dezelfde respons kregen. 2 respondenten benoemen dat cliënten altijd met een hulpvraag bij de verpleegpost komen.

Één personeelslid benoemt zelfs het gevoel te hebben afstand tussen cliënt en personeel te krijgen wanneer ze op de verpleegpost zit. *“Maar op een post ben je toch de zuster, je schept er ook afstand*

mee." (Respondent 1, 2017). Als aanvulling hierop benoemde één cliënt de volgende ervaring te hebben bij de verpleegpost "Ik zit aan de andere kant van de tafel hé, dus ja jullie hebben het voor het zeggen en ik ben de zieke en dat zal altijd zo blijven." (Respondent 10, 2017). Wanneer gevraagd werd om dit toe te lichten was het antwoord *"ja dat is een gezegde hé maar jullie hebben een beetje zegmaar de macht ofzo en als jullie daar zitten dan kunnen jullie naar mij kijken ik kan ook wel naar jullie kijken maar ik ook wel naar jullie kijken, ik kan het niet echt uitleggen, jullie beslissen wat er gebeurd ik niet, want ze zeggen wel van iedereen is gelijk maar dat voel je dan echt niet hoor, dan voel je je wel minder"* (Respondent 10, 2017). Deze ervaring is te verklaren door het hiërarchisch verschil wat zich hier laat zien. Volgens theorie van Boumans, Tuithof, Hoof & Nuijen (2014) kan dit een belemmerende factor zijn in de ontwikkeling van de behandelrelatie.

4.3 Deelvraag 3

Hoe wordt het herstel van cliënten beïnvloed door het werken met een verpleegpost op afdeling X?

In de theorie en de interviews zijn er ook onderwerpen aan bod gekomen die niet direct lijken te maken te hebben met de verpleegpost. Zo is privacy een van die onderwerpen. Echter wanneer men zonder een verpleegpost zou gaan werken wordt er vaak van uit gegaan dat men meer op de groep aanwezig is. Dit kan een impact hebben op de privacy die mensen ervaren. Daarnaast komt ook veiligheid aan bod aangezien het interessant is of de mate van veiligheid beïnvloed wordt door het gebruik van een verpleegpost. Bij de vorige deelvraag zijn onderwerpen als achterdocht en behandelrelatie al benoemd. Toch is het belangrijk deze weer aan bod te laten komen omdat het bijdraagt aan het beantwoorden van deelvraag 3.

Privacy

Zowel personeel (3 van de 5) als cliënten (3 van de 5) erkennen dat er te weinig privacy aanwezig is. Redenen die hiervoor genoemd worden door zowel personeel als cliënten zijn het samenleven met anderen, *"je leeft met een groep waar je niet voor hebt gekozen"* (Respondent 8)

Personeel verteld *"ook het gebouw werkt tegen"* zo gaat het over het delen van de sanitaire voorzieningen. 2 van de 5 cliënten benoemen wel dat ze het gevoel hebben dat er goed wordt omgegaan met hun gegevens, de andere respondenten hebben hier niets over gezegd omdat er niet naar is gevraagd in de interviews.

Veiligheid

Zowel personeel (5 van de 5) als cliënten (5 van de 5) ervaren veiligheid op de afdeling.

Wat bijdraagt aan de veiligheid is het gevoel van collega's op de afdeling en de bodyguard (telefoon). Eén personeelslid heeft zich een tijdje onveilig gevoeld. Het personeelslid dat zich onveilig heeft gevoeld maakte duidelijk dat de verpleegpost niet per definitie bijdroeg aan de veiligheid, of het onveiliger maakte. *"De verpleegpost is niet per se een veilige plek. Voor dat soort incidenten kwam naar voor dat je ook daar niet veilig bent je kan dus geen kant uit. Het is dus, ehmm.. daar draagt het niet aan bij dat is niet een manier."* (Respondent 1, 2017)

Ander onderzoek op het KIB liet zien dat het werken zonder verpleegpost kan bijdrage aan de veiligheid. Ook het eerder signaleren van onrust en agitatie draagt hier aan bij. (Staaïj, Bosch & Dirks, 2014). Vanuit het theoretisch kader kwam al naar voren dat de methodieken die nu worden gebruikt om veiligheid te waarborgen ook haalbaar zijn om uit te voeren zonder verpleegpost.

Cliënten ervaren de aanwezigheid van personeel als veiligheid.

Achterdocht & Behandelrelatie

In de resultaten van deelvraag 2 kwam naar voren dat één van de cliënten achterdocht ervaart die te maken heeft met de verpleegpost. Ook een deel van de professionals (3 van de 5) erkende dat een verpleegpost achterdocht bij cliënten met zich mee kan brengen. Vanuit de theorie blijkt dat achterdocht een belemmerende factor is voor het herstel van de cliënt dus zal dit meegenomen worden in het behandelen van deelvraag 3.

Ook is in de resultaten van deelvraag 2 naar voren gekomen dat professionals de ervaring hebben anders benaderd te worden wanneer ze op de verpleegpost zitten. Dit heeft ook invloed op de behandelrelatie en zal meegenomen worden in het behandelen van deelvraag 3.

Alternatieve vanuit personeel

Personeelsleden hebben alternatieven aangeboden voor de huidige werkwijze met de verpleegpost en om de werkdruk te verlichten. Wat belangrijk is om te noemen is dat ze hier zelf mee kwamen tijdens de interviews, hier is niet om gevraagd.

- Kantoorwerkzaamheden kunnen op de groep worden uitgevoerd (Respondent 4).
- Pauze nemen is belangrijk om te kunnen functioneren (Respondent 1). Pauze nemen kan in een ruimte buiten de afdeling gehouden worden om daar niet gestoord te worden door personeel (Respondent 4).
- Overlegvormen zijn intensief en tijdrovend (Respondent 4 & 5) Overdracht kan efficiënter uitgevoerd worden, Respondent 4 zegt het volgende hierover: *“dat is eigenlijk een heel soort ander onderwerp, je zou bijvoorbeeld kunnen zeggen van joh alleen de bijzonderheden doen we met elkaar en dan gaan we uiteen. En dan gaan de mensen, of als jij bijvoorbeeld een vroege dienst hebt en je draagt over naar collega die een late dienst heeft dat je daarna apart gaat overdragen ik denk dat dat efficiënter is”* (Respondent 4).

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn conclusies beschreven op de deel- en hoofdvragen, deze zijn beantwoord aan de hand van de resultaten omschreven in hoofdstuk 4 en het theoretisch kader hoofdstuk 2.

5.1 Deelvraag 1

Wat draagt bij aan het herstel van cliënten met een EPA van afdeling X?

Op afdeling X wordt gewerkt aan herstel door middel van medicatie, behandeling en begeleiding. Voornamelijk behandeling en begeleiding is dat waarin begeleiders en verpleegkundige een grote rol spelen. Vanuit de theorie komt naar voren dat een goede behandelrelatie een essentiële rol speelt in het herstel van de cliënt. Voor het opbouwen van een goede behandelrelatie zijn een aantal vaardigheden belangrijk, namelijk; samenwerking, empathie tonen, inlevingsvermogen, aansluiting vinden en betrouwbaar zijn (Baart, 2004). Uit de interviews is navraag gedaan naar wat personeel inzet en wat cliënten belangrijk vinden. Dit komt overeen met de theorie. Waarin personeel tekort schiet is dat cliënten ervaren dat ze te weinig persoonlijke aandacht krijgen. Vanuit de interviews verklaart personeel dat de verhoogde werkdruk invloed heeft op de hoeveelheid contact dat er kan zijn met cliënten. Echter benoemt de verpleegkundige specialist die van een afstand de situatie kan bekijken dat personeel meer dan nodig op kantoor zit, er wordt vaker gesproken van kantoorverpleging binnen de GGZ (*Mondriaan, GGZ inGeest*).

Ook blijkt vanuit de interviews dat het kijken naar de eigen kracht van de cliënt een grote bijdrage levert aan het herstel, dit vergroot de zelfstandigheid en zelfregie van cliënten. Bij het kijken naar de eigen kracht wordt er gekeken naar wat cliënten zelf kunnen en wordt dit benadrukt door de professional (GGZ, 2016). Wat hier haaks op staat is dat uit interviews blijkt dat er teveel uit handen wordt genomen door professionals. Dit botst omdat het niet gaat over het centraal stellen van de eigen kracht. Aanvullend is ook nog uit de interviews naar voren gekomen dat personeel niet altijd een hulpvraag stelt. Dit is zichtbaar doordat de professional snel reageert op de hulpvraag en het uit handen neemt van de cliënt. Ze nemen dingen uit handen door de verhoogde werkdruk of wanneer cliënten staan te wachten bij het kantoor om vervolgens in vluchtigheid te 'helpen'. Dit draagt niet bij aan het vergroten van de zelfstandigheid.

Een andere factor die bijdraagt aan herstel is de letterlijke begeleiding. De aanwezigheid van professionals zorgt ervoor dat er ruimte is voor gesprekken en dat er modeling plaatsvindt. Van professionals wordt verwacht dat ze *outrereachend* werken, gesprekken aangaan met cliënten en hierin hun gespreksvaardigheden inzetten zoals motiverende gespreksvoering.

Alle personeelsleden benoemen dat hospitalisatie aanwezig is. Ondanks dat hospitalisatie niet bijdraagt aan herstel, is het belangrijk om te benoemen. Er zijn namelijk factoren die hospitalisatie in stand houden. Zo blijkt vanuit het theoretisch kader dat het gebruik van een verpleegpost kan leiden

tot een gesloten karakter van een instelling wat bijdraagt aan hospitalisatie. Ook wanneer je als cliënt constant omringt bent door personeel kan dit een versterkende factor zijn voor hospitalisatie.

5.2 Deelvraag 2

Hoe ervaren cliënten en professionals het werken met een verpleegpost op afdeling X?

Zowel een deel van de cliënten als een deel van de personeelsleden benoemt dat verpleging meer op de groep aanwezig mag zijn, dus uit het kantoor mag.

Professionals

Voor professionals is de verpleegpost een ruimte waar zij hun werkzaamheden (overdracht, rapportages en overleggen) kunnen uitvoeren. Ze erkennen dat ze meer op de groep moeten zitten echter vinden sommige het lastig om hun werkzaamheden op de groep uit te voeren. In een interview wordt benoemd dat dit soort werkzaamheden onnodig veel tijd in beslag nemen. Zo zal er kritisch gekeken kunnen worden naar wat er overgedragen moet worden en zouden rapportages op de groep geschreven kunnen worden. Vanuit eerder onderzoek op een vergelijkbare afdeling is ook gebleken dat personeel effectiever werkt zonder verpleegpost (Staaïj, Bosch & Dirks, 2014). Hiernaast geeft personeel aan dat de verpleegpost gezien wordt als een centraal punt, waar verpleegkundige elkaar treffen.

Een deel van de personeelsleden heeft ook het gevoel anders benaderd te worden door cliënten wanneer ze op het kantoor aanwezig zijn, ten opzichte van wanneer ze op de groep aanwezig zijn. Cliënten komen vaker met hulpvragen naar het kantoor. Ook is naar voren gekomen dat een professional de ervaring heeft dat er meer afstand ontstaat tussen hem en de cliënt wanneer deze werkt op de verpleegpost. Vanuit theorie blijkt dat hiërarchie versterkt kan worden wanneer personeel op de verpleegpost zit, de plek waar cliënten niet mogen komen. Dit wordt gezien als een belemmerende factor voor de behandelrelatie. (Boumans, Tuithof, Hoof & Nuijen, 2014).

Cliënten

De ervaring van cliënten over de verpleegpost liggen uiteen. Vanuit de interviews zijn er zowel positieve als negatieve reacties over de verpleegpost naar voren gekomen. Cliënten hebben een correct beeld van wat er op de verpleegpost gebeurt, vinden de locatie prima en weten daardoor personeel te vinden. Er blijkt hiernaast geen schaamte plaats te vinden bij het stellen van een hulpvraag of het opzoeken van de verpleging op de verpleegpost. Één respondent benoemde ook nog dat personeel voldoende op de groep aanwezig is. Negatieve ervaringen die cliënten bij de verpleegpost hebben is dat verpleging er teveel aanwezig is, het staan voor een gesloten deur en één cliënt ervaart het beeld geobserveerd te worden vanuit de verpleegpost. Dit laatste brengt achterdocht met zich mee. Een andere negatieve ervaring die naar voren is gekomen is dat één cliënt hiërarchie ervaarde bij het gebruik van de verpleegpost. Er komt dus niet sterk een gedeelde mening of ervaring over de verpleegpost naar voren.

Daarnaast kwam nergens uit de interviews naar voren dat cliënt het apart of raar vinden dat personeel werkt vanuit een kantoor en dat dit aanwezig is in hun leefomgeving. Het kan gezien worden als iets wat 'normaal' is in de ogen van cliënten. Terwijl het afwijkt van genormaliseerde huisvesting, zou het een negatieve invloed hebben op rehabilitatie (Korevaar & Dröes ,2011).

5.3 Deelvraag 3

Hoe wordt het herstel van cliënten beïnvloed door het werken met een verpleegpost op afdeling X?

Vanuit de interviews is naar voren gekomen dat sommige cliënten achterdocht ervaren bij de verpleegpost. Achterdocht is een belemmerende factor in de ontwikkeling van een behandelrelatie. Merendeel (3 van de 5) professionals benoemen dat achterdocht een rol kan spelen wanneer personeel op de verpleegpost werkt. Ook uit een interview met een cliënt bleek dit plaats te vinden, die het gevoel had bekeken te worden vanuit de verpleegpost. Vanuit eerder onderzoek van IGZ (2013) blijkt dat het gebruik van een verpleegpost een negatieve invloed heeft op de zelfstandigheid van de cliënt.

Ook blijkt vanuit zowel de theorie als vanuit de interviews dat het gebruik van een verpleegpost een indirecte druk legt op de (behandel)relatie tussen cliënt en personeel. Personeel erkent langer op kantoor te zitten dan nodig, sommige vertellen zelfs extra hiërarchie te ervaren tussen hun en de cliënt. Dit zijn factoren die belemmerend zijn voor het herstel.

Aan de andere kant zorgt de verpleegpost ervoor dat er afstand blijft tussen cliënt en personeel. Wanneer personeel op de verpleegpost aanwezig is en niet op de groep aanwezig is, zijn cliënten meer op zichzelf aangewezen. Deze afstand zou zelfstandigheid vergroten. Daarnaast wanneer cliënten voor een gesloten deur staan bij de verpleegpost worden ze geforceerd hun hulpvraag uit te stellen.

Ook blijkt vanuit de theorie dat privacy invloed kan hebben op de mate van herstel (IGZ,2013). Vanuit de interviews blijkt dat het merendeel van de respondenten erkent dat er een gebrek aan privacy is. Ondanks dat dit gebrek toegekend wordt aan het gegeven dat cliënten samenwonen met mensen die ze niet zelf hebben uitgekozen is het toch van belang dat personeel hier rekening mee houdt. Dit omdat er vaak vanuit gegaan wordt dat het werken zonder verpleegpost betekent dat personeel meer op de groep aanwezig moet zijn. Dit kan ook gezien worden als een inbreuk op de privacy van de cliënten.

5.4 Hoofdvraag

Hoe kan het herstel van cliënten van de langdurige opnameafdeling X geoptimaliseerd worden met betrekking tot het wel of niet gebruiken van een verpleegpost?

Het gebruik van een verpleegpost heeft meerdere kanten. Enerzijds kan personeel zich hierin terugtrekken en hun werkzaamheden uitvoeren zoals rapporteren, overleggen en overdragen. Anderzijds blijkt vanuit dit onderzoek dat de verpleegpost invloed kan hebben op de mate van achterdocht van de cliënt, hospitalisatie, hiërarchie, behandelrelatie en de hoeveelheid contact tussen cliënt en begeleider.

In een ideale situatie zou er een ruimte zijn voor personeelsleden waar ze hun kantoorwerkzaamheden kunnen uitvoeren; deze ruimte zou gestationeerd zijn buiten de afdeling om zo niet bij te dragen aan een gesloten karakter. Daarnaast zal de tijdelijke afwezigheid van personeel (rond de overdracht, 3x30 minuten per dag) bijdragen aan het herstel. Cliënten zullen hun hulpvragen moeten uitstellen en ervaren dat personeel niet altijd aanwezig is, hetgeen de zelfstandigheid zal vergroten.

Ook zullen werkzaamheden als rapporteren zoveel mogelijk op de groep uitgevoerd moeten worden. De medicijnkamer zal blijven bestaan en gebruikt worden als opslag en het uitzetten van medicatie. Tevens kunnen hier dossiers en andere privacygevoelige materialen bewaard blijven.

Het huidige afgesloten kantoor zal veranderd moeten worden in een open balie. Eerder onderzoek heeft al laten zien dat afdelingen die werken met een open balie minder incidenten ervaren en dat personeel efficiënter werkt. Achterdocht die veroorzaakt zou worden door het gesloten kantoor zal afnemen wanneer deze er niet meer is. Daarnaast zal personeel minder hiërarchie ervaren tussen cliënt en personeel wat bijdraagt aan de gelijkwaardigheid tussen cliënt en professional. Een open balie draagt bij aan het normaliseren van de afdeling t. a. v. Huisvesting en zorgt voor het verminderen van hospitalisatie.

5.5 Aanbevelingen

Vanuit het onderzoek wordt aangeraden voor afdeling X om geen verpleegpost te gebruiken. Het gebruik hiervan draagt in zeker mate bij aan hospitalisatie en achterdocht en heeft een negatieve invloed op de relatie tussen cliënt en personeel. Dit zijn factoren die niet genegeerd mogen worden. Anderzijds moet rekening gehouden worden met het feit dat cliënten niet constant omringt moeten zijn met personeel. Dit kan namelijk achterdocht veroorzaken, een inbreuk op privacy en hospitalisatie versterken. Voor personeel is het essentieel dat ze alsnog een ruimte hebben waar ze hun werkzaamheden kunnen uitvoeren. Een balans is hierin te vinden.

Het advies is om gebruik te maken van een open balie. Een open balie houdt in dat het een open ruimte is waar personeel te vinden is, hier hebben ze een kast staan die op slot kan waar hun spullen als laptops opgeruimd kunnen worden. In deze open ruimte staat bijvoorbeeld een bureau of een tafel waar aan gewerkt kan worden. Deze ruimte is toegankelijk voor cliënten. In bijlage 3 is een plattegrond uitgetekend om dit te visualiseren. De eerste plattegrond is van de huidige situatie, hierna zijn 2 ideale situaties geïllustreerd.

Het is belangrijk om de kennis van dit onderzoek breed te delen onder professionals op afdeling X, in voorkeur instelling X, zodat het bewustzijn van professionals wordt vergroot over de effecten die het gebruik van een verpleegpost teweeg kunnen brengen. Hiernaast heeft het onderzoek inzichten opgeleverd over stimulerende en belemmerende factoren voor behandelrelatie die relevant zijn voor elke werknemer van afdeling X.

Er wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar wat er nodig is voor professionals om te werken zonder een verpleegpost. Hierdoor kunnen de aanbevelingen nog beter geïmplementeerd worden.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk is eerst beschreven welke betekenis en praktische bijdrage het onderzoek over afdeling X levert op verschillende niveaus. Vervolgens zijn er in de sterkte- en zwakte analyse kritische kanttekeningen van het onderzoek beschreven. Tot slot is er kritisch gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Het onderzoek is zeer relevant en bruikbaar voor professionals van afdeling X. Het probleem dat zich liet zien vanuit de probleemanalyse was dat het onduidelijk is welk effect een verpleegpost met zich meebrengt en hoe dit invloed kan uitoefenen op het herstel van cliënten met een EPA op afdeling X. De resultaten uit de interviews en het theoretisch kader hebben hier een beeld van geschetst.

Macro & Meso

Op landelijk niveau levert dit onderzoek een bijdrage aan de ontwikkeling van de intramurale zorg. Het onderzoek zal een bijdragen leveren aan de tendens van het verkleinen van de afstand tussen cliënt en professional. Het laat zien welke effecten een verpleegpost uit kan oefenen op het herstel van cliënten van afdeling X. Het onderzoek geeft een overzicht weer van alle factoren die invloed uitoefenen op het herstel van EPA cliënten en koppelt dit aan de feitelijke situatie van de verpleegpost en werkwijze van afdeling X. Zoals eerder benoemd komt in het onderzoek naar voren hoe achterdocht, herstel, werkzaamheden & de behandelrelatie beïnvloedt kunnen worden door het gebruik van een verpleegpost.

Op landelijk niveau zou er idealiter een discussie ontstaan over het gebruik van de verpleegpost: hoe dit in te richten in instellingen waar intramurale zorg wordt verleend. Dit onderzoek zal bijdragen aan de aanleiding tot deze discussie omdat het kritiek uit op de huidige werkwijze.

Wel moet vermeld worden dat het onderzoek in zijn conclusies niet leidend is. Dit omdat elke afdeling zijn eigen doelen, populatie, personeel en werkwijze heeft. Zo zal er per afdeling opnieuw gekeken moeten worden naar wat de ideale situatie is. Het probleem is dus complexer dan waar dit onderzoek antwoord op geeft.

Micro

Voor afdeling X levert het onderzoek het meeste op, dit ook omdat het onderzoek gericht is op het gebruik van de verpleegpost op afdeling X en de cliënten met een EPA van afdeling X. Het bestuur en de sturend behandelaar waren benieuwd naar het effect van de verpleegpost, om hier de werkwijze op aan te passen. Voordat het onderzoek was uitgevoerd was er het beeld dat verpleging vooral zo veel mogelijk op de groep aanwezig moest zijn en dat het sluiten van de verpleegpost hier aan zal bijdragen. Er ontbrak alleen informatie over welke invloed een verpleegpost daadwerkelijk uitoefent op het herstel van cliënten met een EPA. Ook was er geen rekening gehouden met wat personeel nodig

heeft om hun werkzaamheden te kunnen verrichten. In de aanbevelingen is er rekening gehouden met deze diverse aspecten waardoor de aanbevelingen ook geïmplementeerd kunnen worden op afdeling X.

Dit onderzoek zal bruikbaar zijn voor de werkwijze van professionals. Ongeacht of de aanbevelingen geïmplementeerd worden zal het presenteren van de resultaten bewustzijn vergroten onder professionals. Ze zullen inzicht krijgen in de invloed die het gebruik van een verpleegpost heeft op het herstel van de cliënt. Dit zal idealiter tot een discussie leiden alsmede tot een verandering van werkwijze.

Daarnaast heeft het onderzoek meerdere factoren in kaart gebracht waar nog kritisch naar gekeken kan worden. Zo bleek vanuit de interviews dat de overdracht effectiever kan. Ook geeft personeel aan onderbroken te worden tijdens hun pauze door cliënten. Ze geven aan dat deze pauze juist belangrijk is om op momenten te ventileren om daarna weer goed te kunnen gaan werken.

Een positief neveneffect dat het onderzoek heeft opgeleverd is bewustzijn onder personeel. Sinds het onderzoek op afdeling X is begonnen en er interviews zijn gehouden met professionals van de afdeling lijkt personeel zich meer bewust te zijn van de hoeveelheid tijd die ze op de verpleegpost aanwezig zijn. Dit blijkt uit gesprekken die personeelsleden onderling hebben. Het gebruik van de verpleegpost en het werken op de groep zijn onderwerpen geworden die vaker aan bod komen. Ook in het handelen van de professionals valt dit terug te zien, personeel zit minder op het kantoor. Mogelijk omdat ze zich hier bewust van werden gemaakt door de vraagstelling en uitleg over het onderzoek.

6.2 Sterkte- en zwakte analyse

Sterkte

Wat dit onderzoek sterk maakt is de bruikbaarheid voor afdeling X. Dit onderzoek geeft aanbevelingen die geïmplementeerd kunnen worden op afdeling X. Deze aanbevelingen zijn ter bevordering van het herstel. In de aanbevelingen is rekening gehouden met wat haalbaar is voor afdeling X.

De academische relevantie is een sterkte van dit onderzoek. Er is weinig tot geen voorgaand onderzoek geweest naar het effect van de verpleegpost. In onderzoek van Staaij, Bosch & Dirks (2014) is vooral gekeken naar de veiligheid omtrent het werken zonder verpleegpost. Er heeft nog geen onderzoek plaatsgevonden over het effect van de verpleegpost op de mate van herstel voor de specifieke doelgroep EPA cliënten in de langdurige zorg. Het onderzoek levert hier een sterke bijdrage aan.

Een andere factor die dit onderzoek sterk maakt is dat er zowel professionals als cliënten zijn geïnterviewd. Door het probleem te analyseren van twee kanten zijn de resultaten die uit het onderzoek zijn gekomen betrouwbaarder en interessanter.

Zwakte

Een zwakte van het onderzoek is dat er niet concreet gemaakt kan worden hoeveel invloed de verpleegpost nu daadwerkelijk heeft op het herstel van cliënten met een EPA. Het is duidelijk geworden welke factoren beïnvloed worden maar niet in welke mate. Zo is er wel duidelijk geworden dat achterdocht kan ontstaan wanneer personeel op het kantoor zit maar niet in welke mate. Dit is belangrijk om te onderzoeken om zo de ernst van het probleem te kunnen bepalen. Mogelijk dat door middel van observatie formulieren hier meer inzicht in komen. Wel moet vermeld worden, ondanks dat onduidelijk is in welke mate er negatieve gevolgen zitten aan het gebruik van een verpleegpost is, wel duidelijk geworden dat er meer negatieve dan positieve gevolgen zitten aan dit gebruik.

Een andere zwakte van dit onderzoek is dat er geen invloed is op de bereidheid van cliënten om mee te doen aan het onderzoek. Wat bleek bij onderzoek op afdeling X was dat veel cliënten niet geïnterviewd wilden worden. Door hiernaar te vragen werd duidelijk dat een deel van de cliënten er achterdochtig van werd. Daarnaast was er een deel wat simpelweg gewoon niet geïnterviewd wilde worden.

Ideaal

Het onderzoek had beter uitgevoerd kunnen worden in een ideale situatie, alleen om deze ideale situatie te realiseren zijn er een hoop factoren geweest waar geen invloed op uitgeoefend kon worden.

Een ideaal onderzoek zou 2 identieke afdelingen observeren met het enige verschil dat één afdeling zonder verpleegpost werkt en de ander met verpleegpost. Vervolgens zou er gekeken kunnen worden of er waarneembare verschillen zijn op het gebied van herstel.

Daarnaast is de relatief korte tijd van een half jaar en dat er maar één onderzoeker is een belemmerende factor geweest. Wanneer er meer tijd en menskracht in het onderzoek zou zitten, konden er meer respondenten gevonden worden wat het onderzoek meer diepgang zou geven. De betrouwbaarheid zou vergroot worden.

6.3 Betrouwbaarheid & validiteit

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van een onderzoek te bepalen wordt voornamelijk gekeken naar de data verzamelingsmethode. Hoe minder invloed vanuit toevallige of onsystematische fouten er zijn hoe hoger de betrouwbaarheid is (Boeije, 2012).

Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews om data te verzamelen voor dit onderzoek. Een valkuil volgens Boeije (2012) bij deze data verzamelingsmethode is dat de interviewer mogelijk meer doorvraagt bij het ene interview dan bij het andere. Dit is ingeperkt door genoeg tijd te reserveren voor de interviewers. Zo was er voor elk interview 60 minuten aan tijd gereserveerd en kost het direct beantwoorden van alle vragen 25 minuten. Dit zodat er genoeg tijd over is om door te vragen.

Doordat er vooraf een topiclijst is gemaakt worden bij alle respondenten dezelfde vragen gesteld. Dit verlaagd de mate van toeval wat de betrouwbaarheid vergroot (Baarda, et al. 2013). Hiernaast heeft

de interviewer zoveel mogelijk open vragen gesteld en de vragen zo geformuleerd dat ze geen suggestieve of sturende lading bevatten. Dit heeft de betrouwbaarheid positief beïnvloed.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is geschaad doordat niet alle mogelijke respondenten bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek (Boeije, 2012). Voornamelijk de cliëntenpopulatie liet weinig bereidheid tonen. Van de 12 gevraagde cliënten waren er maar 5 bereid deel te nemen aan het onderzoek.

De intersubjectieve betrouwbaarheid van dit onderzoek is hoog. Er is feedback gevraagd na het presenteren van de resultaten aan professionals uit het werkveld (Baarda et al. 2013). Deze erkennen de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Validiteit

Om de validiteit van een onderzoek vast te stellen wordt er gekeken naar interne validiteit, externe validiteit en algemene validiteit. Theorie geeft aan dat de interne validiteit toeneemt wanneer een zo groot mogelijk deel van de onderzoekspopulatie wordt ondervraagd (Boeije, 2012). In dit onderzoek zijn 10 respondenten geïnterviewd, waarvan 5 professionals en 5 cliënten. Op afdeling X wonen 38 cliënten en werken 19 professionals. Het is niet haalbaar geweest om de gehele populatie deel te laten nemen in het onderzoek. Dit maakt de interne validiteit minder sterk.

De externe validiteit verteld ons iets over de mate waarin de resultaten van een onderzoek ook gelden voor andere, niet onderzochte situaties. Het onderzoek heeft zich heel erg gericht op afdeling X. De conclusies die uit het onderzoek zijn gekomen gelden niet voor vergelijkbare afdelingen. Daarvoor is de steekproef te klein (Boeije, 2012). Het theoretisch kader is breder getrokken dan afdeling X. Hier zijn verbanden gelegd tussen de verpleegpost en diverse theorieën. Toch mogen hier geen statische uitspraken aan worden ontleend omdat het een praktijkgericht onderzoek is geweest en geen wetenschappelijk onderzoek.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2013) *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Andriessen, D. , Onstenk, J. , Delnooz, P. , Smeijsters , H. , Peij, S. (2010) *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo*. Geraadpleegd op 11 januari 2018
<https://www.kempel.nl/Onderzoek/Documents/Gedragscode%202010%20praktijkgericht%20onderzoek.pdf>
- Anoiksis (2010) *Expressed emotions en schizofrenie binnen de kliniek*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <http://www.anoiksis.nl/expressed-emotions-en-schizofrenie-binnen-de-kliniek/>
- Baarda, D.B., Fisher, T., Goede, M. de & Peters, V. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baart, A. (2004) *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Baart, A. (2011) *Presentie in 10 minuten* <http://www.presentie.nl/video/presentie-toegelicht/item/4-presentie-in-10-minuten>
- Boevink, W. & Dröes, J. (2005). *Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen?* Geraadpleegd op 15 oktober 2017, van <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03072191>
- Boeije, H. (2012) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Boumans, J. , Tuithof, M. , Hoof, F. van & Nuijen , J. (2014) *Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg*. Geraadpleegd op 10 oktober 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/e9f4cb82-b7bd-46cc-840b-55c1f5bc5dbb.pdf>
- De Kanteling (z.d.). *Kanteling WMO iedereen doet mee*. Geraadpleegd op 15 september 2017, van http://wmoraadborne.nl/images/archief/rapporten/Handreiking_GGZ.pdf
- Delespaul en de EPA-consensusgroep (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*. Tijdschrift voor Psychiatrie 55 (6), (p. 427-438).

- Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: een vergelijking met Engelstalige literatuur. Geraadpleegd op 24 september 2017, van <http://www.swptijdschriften.nl/Magazine/Article/1251>
- GGZ (2016). *Herstelondersteunende zorg*. Geraadpleegd op 2 oktober 2017, van <http://www.ggzcentraal.nl/hulp-nodig/behandeling--herstel/herstel/herstel>
- GGZ (2016). *Beukenhorst*. Geraadpleegd op 2 oktober 2017, van <https://www.ggzcentraal.nl/waar-vindt-u-ons/gebouwen-locaties/b/beukenhorst---amersfoort---langdurig-intensieve-zorg/beukenhorst---amersfoort---langdurig-intensieve-zorg>
- Goldsmith, L.P. , Lewis , S. W. , Dunn, G. , Bentall, R.P. (2015). *Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis*. Geraadpleegd op 21 oktober 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805118>
- Groffman, E. (1961) *Asylums Hospitalisatie. Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief*. Geraadpleegd op 20 november 2017, van <https://www.btsg.nl/infobulletin/hospitalisatie.html>
- Heinemeijer, A.M. , Marlisa S. (2011) *Bewustwording van het potentieel van intimiteit in de behandelrelatie*. Geraadpleegd op 25 november 2017 <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/438/articles/8459>
- IGZ (2013) *Vrijheidsbeperking in de GGZ, veldnorm insluiting*. Geraadpleegd op 5 november 2017, van https://www.igz.nl/Images/Rapport%20TNO%202013%20R10446_tcm294-341835.pdf
- Korevaar, L. en Dröes , J. (2011). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussem: Uitgeverij Coutinho
- Maes, J., (2006) *De hulpverlener: tussen afstand en nabijheid*. Geraadpleegd op 18 oktober 2017, van <http://www.johanmaes.co/upload/De%20hulpverlener%20tussen%20A%20en%20NA.pdf>
- Ministerie Justitie en Veiligheid (2016). *De Woenselse poort, incidentenonderzoek*. Geraadpleegd op 10 oktober 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/07/tk-bijlage-de-woenselse-poort>
- Molen, van der H.T. , Perreijn, S. Hout, van den M. A. (2010) *Klinische psychologie Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

- Movisie (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Geraadpleegd op 25 oktober 2017, van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf
- Movisie (2016). *GGZ-agoog beroepsprofiel hbo*. Geraadpleegd op 23 oktober 2017, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Beroepscompetentieprofiel%20GGZ%20Agoog%20HBO.pdf>
- Movisie (2016). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Geraadpleegd op 7 december 2017, van <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>
- Nevid, J.S. , Rathus, S. A. en B. Greene (2012). *Psychiatrie een inleiding 8^e editie*. Amsterdam: Pearson Benelux BV
- Netten, C. (2015) *De behandelrelatie als essentieel werkzaam bestanddeel*. Geraadpleegd op 15 oktober 2017, van <https://www.skipr.nl/blogs/id2445-de-behandelrelatie-als-essentieel-werkzaam-bestanddeel.html>
- Olij, L., Haan, E. de (2009). *Naar herstel en burgerschap: visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 16 september 2017, van http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf
- Phrenos (z.j.). *Ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 20 oktober 2017, van <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/epa/>
- Schene, A.H. , Boer, F. Jaspers, J. P. C. (2008) *Jaarboek psychiatrie en psychotherapie*. Houten: Bohn stafleu van Loghum
- Schwartz, R.S., (1993) *Managing closeness in psychotherapy*. Geraadpleegd op 17 november 2017, van <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.570.802&rep=rep1&type=pdf>
- Sociaal Domein Fryslân (2016) *Beleidsregels beschermd wonen en opvang*. Geraadpleegd op 15 november 2017, van http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/xhtmloutput/historie/Smallingerland/447448/447448_1.html

- Southard, K. , Jarrell, A. Shattell, M. McCoy, T.P. , Bartlett, R. , Judge, C.A. (2012) *Enclosed Versus Open Nursing Stations in Adult Acute Care Psychiatric Settings: Does the Design Affect the Therapeutic Milieu?* Geraadpleegd op 10 november 2017, van <https://www.healio.com/psychiatry/journals/jpn/2012-5-50-5/%7Bf915e493-cd0c-48f6-b310-d26b26ea38dc%7D/enclosed-versus-open-nursing-stations-in-adult-acute-care-psychiatric-settings-does-the-design-affect-the-therapeutic-milieu>
- SQwin (2015) *Westerdok almelo*. Geraadpleegd op 26 oktober, van <http://www.sqwin.nl/je-bouwt-aan-de-zorg-met-mensen-niet-met-stenen/>
- Staaïj, Y. van der , Bosch, M. , Dirks, H. (2014). *Verbeterplan*. Geraadpleegd op 4 november 2017, van <https://miekemb.files.wordpress.com/2014/06/zorgverbeteringsplan.pdf>
- Voskes, Y. , Theunissen, J. , Widdershoven , G. (2011) *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg* Geraadpleegd op 2 november 2017, http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_927058.pdf
- V&V 2020 (2012) *Beroepsprofiel verpleegkundige* Geraadpleegd op 4 oktober 2017 , https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Westeinde, M. van 't (2013) *De invloed van de interviewer op sociaal wenselijke antwoorden in survey interviews*. Geraadpleegd op 14 december 2017, van <http://arts.studenttheses.ub.rug.nl/13895/1/MA2067668tmvantwesteinde.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijsten

Topiclijst cliënten

Topic:	Vragen:
Introductie	Voorstellen, vragen hoe de persoon er bij zit, doel van het interview benoemen, vertellen over anonimiteit van de respondent. <i>Goedemiddag X, hoe is het vandaag?</i> <i>Dus je zit er goed/slecht/etc. bij?</i> <i>Zoals je misschien weet doe ik onderzoek op deze afdeling. Ik hoop met dit onderzoek bij te kunnen dragen aan de zorg die hier geleverd wordt, daar zijn deze interviews ook voor.</i> <i>Je weet en gaat ermee akkoord dat dit wordt opgenomen, uitgeschreven en je anoniem blijft, dus je naam en de naam van de instelling zullen niet worden vermeld?</i> <i>De gegevens zullen bewaard worden tot het einde van dit onderzoek, hierna zullen deze gegevens worden verwijderd. Ook zal ik ervoor zorgen dat ze niet gedeeld worden met derde.</i> <i>Fijn, dan kunnen we beginnen.</i>
Personalia	- Hoe lang in ben je aanraking met de GGZ? - Hoe lang verblijf je hier op de afdeling?
Visie	- Wat ervaar je tijdens het verblijf op deze afdeling? - Wat vind je van deze afdeling?
Privacy	- Heb jij het gevoel dat je voldoende privacy hebt? (zo nee, heb je een idee wat anders kan) - Hoe vind jij dat er hier met jou privacy omgegaan wordt?
Herstel	- Hoe ervaar je de zorg die je hier krijgt? - Wat maakt dat je dit zo ervaart? - Wat zou verbeterd kunnen worden voor jouw herstel?
Achterdocht/ angst	- Wat betekend bang zijn voor jou? - Ben je weleens bang, wat voor situaties, heeft het met bepaalde mensen te maken? <i>Mogelijkheden afgaan, open waar het kan ontstaan</i> - Wat helpt jou tegen deze angst?
Schaamte	- Schaam je je weleens? In wat voor situaties? - Wat draagt bij aan deze schaamte?
Band met personeel	- Hoe kan jij het vinden met personeel? - Wat zou voor jou helpen om deze band te verbeteren? - Wat zou niet moeten gebeuren want dan verslechterd deze band?

Verpleegpost	- Wat is jouw ervaring met de verpleegpost? - Heb je een idee wat we daar zitten te doen? - Vind je dat verpleging te weinig of te veel op de verpleegpost is? - Welk gevoel krijg je wanneer je verpleging op de verpleegpost ziet zitten? - Hoe denk je erover dat dit op de afdeling is, waar is dat voor?
Afsluiting	- Nabespreking; zijn er nog vragen, wat vond je van het gesprek, wilt u iets kwijt, een onderwerp wat niet genoemd is nog benoemen? - Bedanken voor het interview

Topiclijst professional

Topic:	Vragen
Introductie	Voorstellen, hoe zit je er vandaag bij, doel van het interview benoemen, vertellen over anonimiteit van de respondent. <i>Goedemiddag X, hoe is het vandaag?</i> <i>Dus je zit er goed/slecht/etc. bij?</i> <i>Zoals je misschien weet doe ik onderzoek op deze afdeling. Ik hoop met dit onderzoek bij te kunnen dragen aan het herstel van de cliënten en daar zijn deze interviews ook voor.</i> <i>Je weet en gaat ermee akkoord dat dit wordt opgenomen, uitgeschreven en je anoniem blijft, dus je naam en de naam van de instelling zullen niet worden vermeld?</i> <i>De gegevens zullen bewaard worden tot het einde van dit onderzoek, hierna zullen deze gegevens worden verwijderd. Ook zal ik ervoor zorgen dat ze niet gedeeld worden met derde.</i> <i>Fijn, dan kunnen we beginnen.</i>
Personalia	- Hoe lang ben je werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg? - Hoe lang ben je werkzaam op deze afdeling?
Visie	- Wat is jouw rol als hulpverlener? - Wat hebben deze doelgroep aan cliënten nodig?
Herstel	- Wat is herstel voor deze doelgroep? - Wat is belangrijk voor herstel bij deze doelgroep? - Wat kunnen we beter doen?
Privacy	- Heb jij het idee dat cliënten voldoende privacy hebben op de afdeling? - Heb jij een idee hoe we dit kunnen bewaren/verbeteren?
Zelfstandigheid	- Hoe wordt de zelfstandigheid van de cliënten vergroot? - Uitstellen van de hulpvraag

Verpleegpost	- Wat is jouw beeld bij de verpleegpost? - Krijg je van cliënten een andere respons als je op de verpleegpost zit dan wanneer je op de groep zit?
Band met cliënt	- Wat beïnvloedt volgens jou de band met je cliënt? - Wat draagt bij? - Wat is belemmerend?
Veiligheid	- Hoe ervaar jij de veiligheid op de afdeling? - Wat draagt volgens jou bij aan deze veiligheid?
Achterdocht/ angst	- Heb jij het idee dat cliënten negatieve gevoelens krijgen wanneer personeel op het kantoor zit?
Schaamte	- Heb jij het idee dat schaamte een rol speelt onder cliënten? - Wat beïnvloedt deze schaamte?
Hospitalisatie	- In hoeverre heb jij het idee dat er hospitalisatie plaatsvindt op de afdeling? - Wat zijn factoren die dit beïnvloeden? - Wat zou er volgens jou aan gedaan kunnen worden om dit tegen te gaan?
Werkzaamheden buiten cliënten contact	- Hoe ervaar jij deze werkzaamheden op de afdeling? - (wat zou anders kunnen)
Afsluiting	- Nabespreking; zijn er nog vragen, wat vond je van het gesprek, wilt u iets kwijt, een onderwerp wat niet genoemd is nog benoemen? - Bedanken voor het interview

Bijlage 2: Codeboom

Voor een subcode is beschreven door welke respondent het naar voren is gekomen. Bijvoorbeeld *R1/R2* wil zeggen dat de subcode in de interviews van respondent 1 en respondent 2 naar voren is gekomen. Achter de subcode is aangegeven hoe vaak de subcode naar voren is gekomen wanneer deze vaker dan 1 keer is benoemd. Bijvoorbeeld *R1/R2 erkenning 2/3* wil zeggen dat respondent 1 het 2 keer heeft gehad over erkenning en respondent 2 heeft het hier 3 keer over gehad.

Codeboom personeel

Herstel <i>Rol hulpverlener:</i> R1. Erkenning (3) R1/R2/R3. Respect (3/1/1) R4. Deskundigheid hebben R1/R2/R4/R5. Kijk naar de mens, richt op de gezondheid van de mens (1/1/1/4)	Veiligheid <i>Personeel</i> R1. Onveilige situatie meegemaakt R3. Veilig gevoel op de afdeling door collega's en bodyguard <i>Cliënt</i>
--	---

R4/R1/R2/R5. Samenwerken R4. Meer <i>shared decision making</i> R4. Valkuil verpleging vooroordeel <i>Behoeftte cliënt:</i> R1/R2/R5. Respect R1/R2. Erkenning (2/2) R2. Eigen kracht R2/R4. Cliënten gelijkwaardig behandeld (2/1) R1/R2/R4/R5. Kijken naar de mens achter de patiënt (beroep doen op de gezonde kant) (5/1/2/1) R4. Behoeftte cliënt dat je een soort bruggenbouwer bent R4. Prikkeling R1. Vertrouwen R5. luisterend oor (2) R5. positief blijven Privacy R2/R3/R4. Te weinig privacy (2/2/1) <i>Huidige situatie:</i> R1/R3/R4. Gebouw oorzaak gebrek privacy (2/1/1) R3. Je leeft met een groep waar je niet voor hebt gekozen R4/R5. Goed omgegaan met gegevens (1/2) R4. Gebrek privacy werkt hospitaliserend R5. Cliënt moet veel blootgeven waardoor er weinig privacy is <i>Gevolgen:</i> R1. Gebrek privacy creëert bekeken gevoel (2) <i>Oplossingen</i> R1. Meer privacy creëren door duidelijkere afspraken (2) R1. Verpleegpost weg zorgt voor verbetering privacy	R2/R3/R5. Cliënten ervaren veiligheid R4. Veilig op de afdeling/ Cliënten kwetsbaar voor aftroggeling Achterdocht/angst R4. Mogelijk achterdocht Schaamte R2. Schaamte beperkt R3. Schaamte kan plaatsvinden bij hulpvragen Hospitalisatie R1/R2/R3/R4/R5. Hospitalisatie aanwezig <i>Oorzaken</i> R1. Hospitalisatie komt voort uit het uit handen nemen (2) R2. Hospitalisatie vind plaats door lang verblijf Door gebrek perspectief R3. Leefomstandigheden werken hospitalisatie in de hand R3. Bewust om gaan tegen hospitalisatie Gebrek aan privacy werkt hospitaliserend <i>Oplossingen</i> R5. Voorkomen door bewustzijn R5. Team werkt hospitalisatie tegen Werkdruk <i>Oorzaken</i> R1/R2/R3/R4/R5. Toename werkdruk (door grotere zorgvraag en administratief werk, veranderingen)(1/4/5/1/1) <i>Gevolgen</i> R3. Minder aandacht voor cliënten R1. Pauze belangrijk voor effectief werk R1. Personeel reageert direct door werkdruk R2. Verschraling zorg chronische patiënten de dupe (3)
--	--

Zelfstandigheid <i>Huidige situatie</i> R1. Zelfstandigheid wordt vergroot op eigen manier (3) R4/R5. Eigen regie belangrijk bij zelfstandigheid Vergroten zelfstandigheid (2/1) R5. Cliënt ziet ons als redders, is zorg afhankelijk gemaakt <i>Oplossingen:</i> R2. Door vrijlaten (2) R2. Soms teveel vrijlaten (3) R4. Zelfstandigheid vergroot door kijken naar eigen kracht R5. Zelfstandigheid vergroten door creëren bewustzijn van afhankelijkheid R5. Zelfstandigheid vergroten door door psycho educatie R4. Aanwezigheid begeleiding vergroot zelfstandigheid (Doordat goed gedrag wordt overgenomen) Verpleegpost <i>Huidige situatie:</i> R1. Verpleegpost ouderwets R1/R2/R3. Verpleegpost onrustig waardoor werkzaamheden lastig zijn (veel cliënten, liever terugtrekken) (3/2/2) R1/R3. Cliënt komt altijd met een hulpvraag naar verpleegpost. (2/1) R1. Verpleegpost draagt bij aan afstand tussen cliënt en personeel R2/R4/R5. Verpleegpost centraal punt, meer gezelligheid (1/2/1) R4. Drempel om iets te vragen R2/R5. Zelfde benadering op de groep of op het kantoor (1/1) R2. niet veel cliënten: ach ze zitten weer op kantoor/ R1/R3. Pauze wordt verstoord door cliënten	Verbeterpunten R4. Idealiter meer op de groep: Iedere huiskamer ook een hart moeten zijn (Organisatie niet transparant genoeg) Uitstellen hulpvraag R2. Hulpvraag wordt bewust uitgesteld (2) R1. Uitstellen hulpvraag gebeurt weinig doordat personeel direct reageert R3/R5. Niet altijd bewust uitstellen hulpvraag R5. Soms wordt hulpvraag verkeerd uitgesteld door gebrek zorg R2. Teveel vragen van cliënt veroorzaakt onderzorg R5. Moeten leren vraag uitstellen bij gesloten deur Behandelrelatie <i>Belangrijk</i> R1. Respect en vertrouwen belangrijk voor behandelrelatie (2) R3. Humor, eerlijkheid, oprechtheid, present zijn voor iemand R2. Balans afstand nabijheid belangrijk voor behandelrelatie (3) R5. Band met cliënt / Menselijk contact (3) vertrouwen en veiligheid /Er is professionele afstand, geeft de cliënt niet dit gevoel <i>Belemmerend:</i> R1. Tijdgebrek belemmerend voor behandelrelatie R3. straffen R5. Afdeling meer empathie, inlevingsvermogen mag(2) R5. Valkuil vooroordelen(2) <i>Alternatief:</i> R2. Veel op de groep positief voor de cliënt
---	---

R3. Op niet elke groep lukt het om administratief werk te doen <i>Alternatief:</i> R1/R4. Personeel moet meer uit verpleegpost (2/1), werken op groep lastig i.v.m. apparatuur R1. Meer op de groep zijn heeft gewenning nodig voor personeel en cliënten R3 Concrete afspraak maken ik ga nu naar kantoor, gevolg minder bezoek (duidelijkheid) (uitstellen hulpvraag)(4) R1/R3/R4. Cliënt mogelijk irritatie/ achterdocht bij verpleegpost R4. Kantoorwerkzaamheden kunnen ook op de groep R4/R5 Wat moet er eigenlijk overgedragen worden, kan efficiënter(3/1) R3. Wanneer je op de groep zit makkelijker te vinden	R2. Behoeft gezelligheid
--	---------------------------------

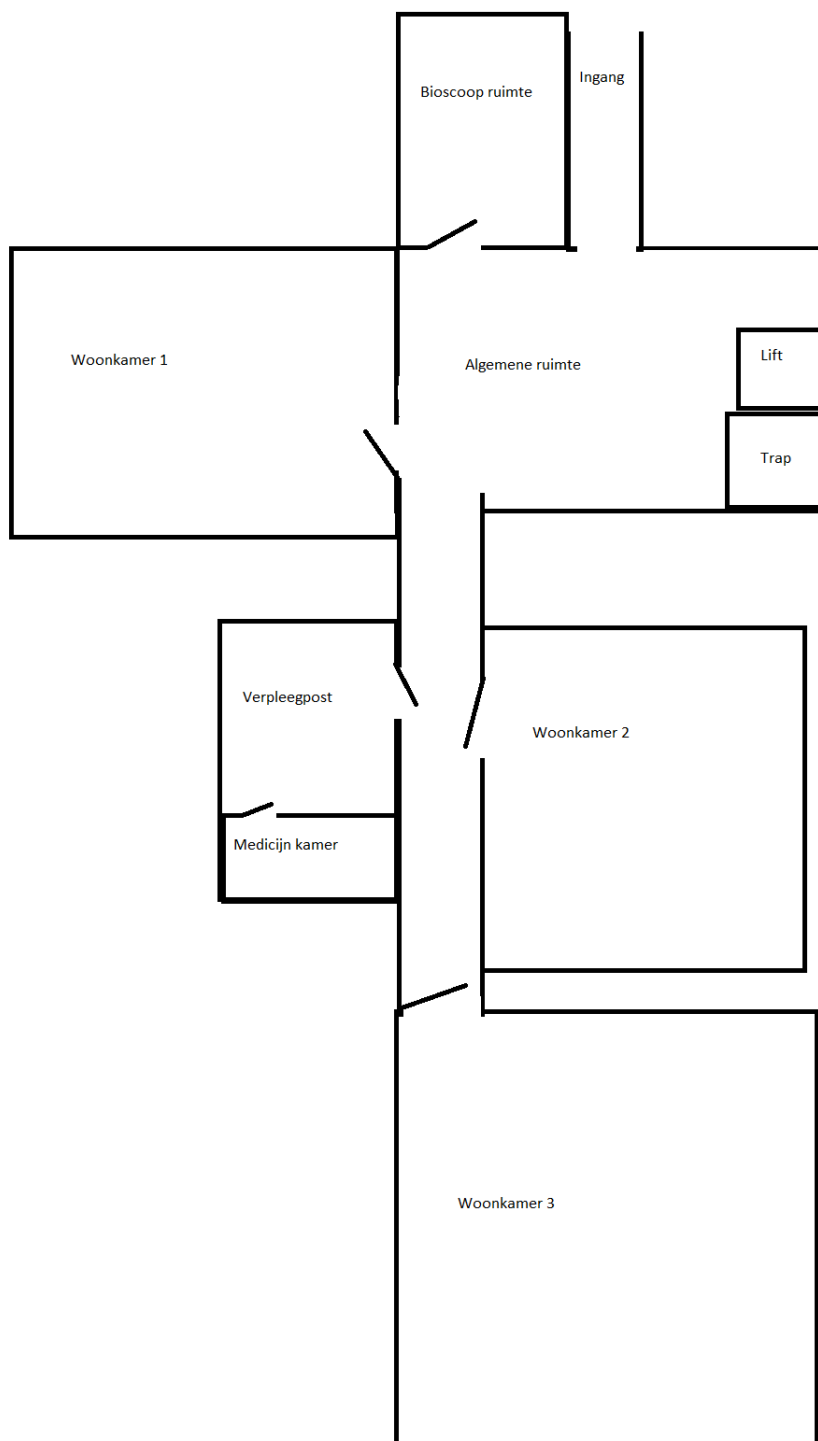
Codeboom cliënten

Afdeling R1. Open afdeling prettiger ervaren R1. Sommige bewoners druk(2) R2. Verblijf geeft gejaagd gevoel R2. Gejaagd gevoel door g.g.n. en verpleegkundigen R3. Irritaties door groepsgenoot De ontvangen zorg R1/R2/R5. Te weinig tijd voor je(Wil meer persoonlijke aandacht) (4/2/1) R1. Duidelijkheid is belangrijk R2. Vindt de zorg minder R2. Drukke werkzaamheden	Achterdocht/angst R2. Mogelijk achterdocht R4. Heeft soms angst (Achterdocht) R2. Ervaart achterdocht R2. Ervaart achterdocht op kamer en uit wanen R2. Achterdocht richting verpleging R2. Rapportages creëren achterdocht R2. Achterdocht wanneer ik bekeken wordt R3. Ervaart geen angst R4. Achterdocht richting mede-clieñten R5. Bekeken gevoel wanneer personeel altijd aanwezig is R5. Angst voor groepsgenoot
---	---

R3. Zorg goed ervaren (2) R4. Veel bezuinigd R5. Zou meer gesprekken willen met personeel R5. Waardeert de gesprekken en therapieën Privacy R1/R3. voldoende privacy (op kamer) (1/1) R1. Goed omgegaan met privacy (2) R2. Meer privacy wanneer ik alleen woon R2. Meer privacy betere toestand R2. Minder bemoeienis zorgt voor meer privacy R2/R4. Te weinig privacy R4. Mede-cliënten controleren kamers R5. Weinig privacy (op de groep) R5. Niet prettig als personeel de kamer op komt wanneer ze gewekt worden Relatie met personeel <i>Huidige situatie:</i> R1. Kan praten met personeel R1. Veel jong personeel wordt als lastig ervaren R5. Heeft met de helft van professionals een goede band <i>Slecht voor de band</i> R1/R2. Geen klik wanneer personeel te streng is (1/1) R1. Ontwijkt bepaald personeel R4. Autoritair R3. Betrokkenheid personeel gemist, vooral bij de maaltijd bekeken gevoel R3. Opstellen als verpleegkundige niet goed (2) <i>Goed voor de band</i> R2/R5. Meer praten verbetert behandelrelatie (2) R2/R4/R5. Eerlijkheid belangrijk R3. Goede band personeel R3. Het er mogen zijn belangrijk voor band	R5. Angst voor psychiater Schaamte R1. Schaamt zich bij onzekerheid R1. Onzekerheid bij boodschappenlijstje maken Ervaart geen schaamte (2) Opmerkelijk R2. Heeft dingen mooier verwoord dan het is X Zelfstandigheid R4. Vind het logisch dat hij zelfstandig moet worden, dat hij niet altijd bij personeel terecht kan
---	---

R3/R4/R5. Gelijkwaardige behandeling door personeel R4/R5. Vertrouwen R5. Regelmatig contact belangrijk voor band R5. Privacy belangrijk voor band R5. Meer op de groep zitten Veiligheid R3. Veilig op de afdeling R5. Kan naar haar kamer voor veilig gevoel Verpleegpost <i>Positief</i> R4. Maakt niet uit waar personeel zit R3. Komt naar verpleegpost toe als personeel niet te vinden is R4. Verpleegpost prima locatie R4. Duidelijk beeld wat we op kantoor doen R4. Genoeg op de groep <i>Negatief</i> R1/R5. Teveel op kantoor R1. Op de groep kan je personeel ook niet storen als ze met laptop zitten R1. Geen gevoel bij kantoor R2. Vanuit verpleegpost bekijkt personeel R2. Te klein kantoor R4. Fijn als verpleging meer op de groep zit (2) (Niet teveel op de groep) R3. Voor een gesloten deur op kantoor, vervelende situatie. R5. Gevoel hiërarchisch verschil bij kantoor R5. Bekeken gevoel vanuit kantoor R5. Weinig personeel op de groep (Ik zit altijd maar alleen) R5. Gevoel altijd personeel altijd op het kantoor is	
--	--

Huidige situatie



Ideale situatie 1



Ideale situatie 2

