

Familieondersteuning

Onderzoek naar de behoefte aan ondersteuning van familie tijdens de opname van hun familielid op KCEP

Student Ashleigh de Graaf

Sociaal Pedagogische Hulpverlening

2006-2007

Begeleider Patrick Hoff

VOORWOORD

Voor u ligt het productverslag van mijn afstudeerproject. Dit is geschreven in het kader van mijn opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool. Het onderwerp van mijn afstudeerproject is onderzoek doen naar de behoefte van de familie aan ondersteuning vanuit KCEP. Daarnaast geef ik aanbevelingen voor het toekomstige aanbod van ondersteuning aan de familie.

Met dit afstudeerproject wil ik bereiken dat er in de toekomst meer aandacht wordt besteed aan de familie waarvan een familielid is opgenomen op KCEP. Ondersteuning van de familie door de PB'ers komt naar mijn mening ten goede aan de mensen die opgenomen zijn binnen ons zorgprogramma.

Langs deze weg wil de volgende personen bedanken voor de hulp die zij geboden hebben tijdens het maken van mijn afstudeerproject.

Als eerste wil ik mijn afstudeerbegeleider Patrick Hoff bedanken voor de feedback die hij heeft gegeven op het stuk. Vooral aan het einde heb ik zijn hulp zeer gewaardeerd toen hij de tijd nam om snel feedback te geven en afspraken te maken.

Ik wil mijn collega's bedanken die ik heb geïnterviewd, zonder hun informatie en samenwerking had ik dit afstudeerverslag niet kunnen maken. De families die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Zonder hun antwoorden en verhalen had ik dit stuk niet volledig kunnen maken.

Daarnaast mijn collega's op de werkvloer die me de tijd hebben gegeven om op het werk aan de slag te gaan met mijn afstudeerproject. Mijn lieve klasgenoten die belden en me hebben gemotiveerd om door te gaan.

Als laatste wil ik mijn vriend, ouders en vrienden bedanken voor de steun die ze me hebben gegeven als ik er helemaal doorheen zat.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Woorden

Steunsysteem	Het natuurlijke steunsysteem van een patiënt wordt gevormd door mensen met wie de patiënt een relatie heeft en/of mee samenleeft zoals partner, gezin, familieleden en vrienden.
Life events	Ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven
DSM IV	Dit is een classificatie voor psychische stoornissen. Dit is ontwikkeld door de American Psychiatric Association. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt door onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder (www.hulpguids.nl).
Psycho-educatie	Een informatieve bijeenkomst waarbij mensen informatie krijgen over ziektebeelden

Afkortingen

SPH	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
PB'er	Persoonlijk begeleider
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
CEP	Centrum Eerste Psychose
ACEP	Ambulant Centrum Eerste Psychose
KCEP	Kliniek Centrum Eerste Psychose
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
CASH	Comprehensive Assessment of Symptoms and History
IRAOS	Interview For The Retrospective Assessment of the Onset Of Schizophrenia
DSM IV	Diagnostic Statistical Manual

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Verklarende woordenlijst	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	6
Inleiding	7
Hoofdstuk 1. Probleemoriëntatie	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Probleemoriëntatie	8
1.3 Probleemstelling	8
1.4 Doelstelling	8
1.5 Deelvragen	9
1.6 Motivatie	9
1.7 Koppeling SPH werkveld	10
Hoofdstuk 2. Beschrijving werkplek	11
2.1 Inleiding	11
2.2 KCEP	11
2.3 Situatieschets	11
2.4 Doelgroep	12
2.5 Doelstelling	13
2.6 Diagnostische fase	13
2.7 Behandelteam	13
2.8 Behandelfaciliteiten	14
2.9 Het zorgprogramma	14
2.10 Familiebegeleiding individuele gesprekken	16
Hoofdstuk 3. Psychose	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Omschrijving psychose	17
3.3 Hallucinaties	17
3.4 Wanen	17
3.5 Gedesorganiseerdheid	18
3.6 Oorzaken van een psychose	18
3.7 Psychose volgens de DSM IV	20
Hoofdstuk 4. Schizofrenie	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Wat is schizofrenie	21
4.3 Misverstand over schizofrenie	21
4.4 Ontstaan van schizofrenie	21
4.5 schizofrenie volgens de DSM IV	22

Hoofdstuk 5. Onderzoek	24
5.1 Inleiding	24
5.2 Methoden van dataverzameling	24
Hoofdstuk 6. Analyse interviews	26
6.1 Inleiding	26
6.2 Interview familieleden	26
6.3 Interview SPV	28
6.4 Interview arts-assistent	29
Hoofdstuk 7. Uitkomsten literatuuronderzoek	31
7.1 Inleiding	31
7.2 Behoeft van familie	31
7.3 Familielid in crisis	32
7.4 Steunsysteem	33
Hoofdstuk 8. Conclusies en aanbevelingen	34
8.1 Inleiding	34
8.2 Conclusies	34
8.3 Aanbevelingen	34
Zorgproduct	36
Werkwijze zorgproduct	36
Evaluatie	37
Literatuuroverzicht	38
Bijlage 1. Interview vragen	40
Bijlage 2. Onderzoeksresultaten	41

SAMENVATTING

In het jaar 2000 is CEP opgezet binnen de GGZ instelling Parnassia in Den Haag. Deze afdeling is er voor mensen die voor het eerst een psychose doormaken of in behandeling zijn voor de eerste episode van de ziekte schizofrenie in de leeftijd van 16 tot 40 jaar. Als iemand psychotisch is, dan is hij het normale contact met onze werkelijkheid kwijtgeraakt. Dat wijst op een ernstige verstoring van de verwerking van informatie. Een psychose geeft aan dat er sprake is van; hallucinaties en/of wanen en/of, gedesorganiseerdheid in denken, handelen en/of emotie. Per persoon kunnen de verschijnselen verschillen in ernst, duur en frequentie. (van Peperstraten, 2002)

Schizofrenie is een psychiatrische ziekte en betekent dat je gevoelig bent voor het krijgen van een psychose. Schizofrenie is een chronische ziekte en gaat dus niet meer over. Mensen blijven dus altijd kwetsbaar voor het krijgen van een psychose. (van Peperstraten, 2002)

Voordat er een opname op KCEP plaats vindt heeft de patiënt en ook de familie heftige ervaringen meegemaakt. Ik ben van mening dat het voor de familie net zo schokkend moet zijn als voor de patiënt zelf. Deze doelgroep is druk bezig met een opleiding, werk, sociale contacten, op zichzelf wonen. Alles verandert doordat ze een psychose doormaken en terecht komen in de psychiatrie. Zowel voor familie als voor de patiënt zelf. Ik vind het belangrijk om de familie te ondersteunen omdat dit de eerste keer is dat ze in aanraking komen met de psychiatrie. Sinds ik bij KCEP werk heb ik gemerkt dat wij weinig contact hebben met de familie van mensen binnen ons zorgprogramma die opgenomen zijn op de kliniek. Door dit afstudeerproject te maken wil ik daar verandering in brengen.

Mijn doelstelling is: Met dit onderzoek wil ik uiteindelijk een adequate vorm van ondersteuning ontwikkelen waarop een SPH'er binnen KCEP de familie tijdens een opname kan ondersteunen.

Door de familie van de reeds opgenomen of in het verleden opgenomen mensen uit ons zorgprogramma te interviewen heb ik antwoorden gekregen op mijn deelvragen. Daarnaast heb ik mijn collega's geïnterviewd om hun mening te inventariseren op het gebied van familieondersteuning die naar mijn idee ontbreekt op de kliniek. Ik heb vijf familieleden geïnterviewd, vier interviews heb ik telefonisch afgenomen om de drempel voor de familieleden te verlagen. Naast de familie heb ik ervoor gekozen om twee SPV'en te interviewen. Zij doen de familieondersteuning individueel en in groepsverband. Daarnaast spreken zij de familie ter ondersteuning. Verder heb ik gesproken met de arts-assistent. De arts-assistent spreekt de familie tijdens een opname op hun verzoek. Ik heb gekozen voor half gestructureerde interviews. Op deze wijze heb ik de familie en collega's de gelegenheid gegeven om hun persoonlijke mening te geven.

Vanuit de literatuur komt naar voren dat familieleden informatie nodig hebben zodra hun familielid in crisis is. Ze hebben behoefte aan uitleg over het ziektebeeld en behandelmogelijkheden. Daarnaast willen ze betrokken worden bij de behandeling van hun familielid.

Dit hoor ik ook terug in de interviews die ik met de families heb gehad. Daarnaast ondersteunen de SPV'en en de arts-assistent deze meningen en zouden ook graag zien dat de PB'er contact onderhoudt met de familie en hun voorziet van informatie.

Omdat alle partijen die ik heb geïnterviewd meer informatie wensen over de afdeling en het behandelaanbod heb ik als zorgproduct een folder ontworpen. Deze folder is speciaal ontworpen voor families waarbij hun familielid is opgenomen op KCEP. Hierin staat kort uitgelegd wat opname op de kliniek inhoudt en bij wie ze met vragen contact kunnen opnemen.

INLEIDING

Sinds september 2003 ben ik werkzaam binnen Parnassia, dit is een GGZ instelling in Den Haag. Vanaf september 2005 ben ik werkzaam op de afdeling KCEP in de functie van persoonlijk begeleider. Deze afdeling is er voor mensen die voor het eerst een psychose doormaken, hebben doorgemaakt of de ziekte schizofrenie hebben. Ik heb de duale opleiding SPH gevolgd en dat hield in dat ik één dag in de week naar school ging en de rest van de week werkzaam was binnen het team op KCEP. Tijdens mijn werk/leerperiode heb ik veelvuldig contact gehad met de mensen binnen ons zorgprogramma, maar nauwelijks met de familie van deze mensen. Familiebegeleiding wordt nogal eens vergeten in de behandeling van patiënten en zoals in hoofdstuk 1 probleemoriëntatie te lezen is ben ik hierdoor geïnspireerd geraakt om van dit onderwerp mijn afstudeerproject te maken. De beschrijving van mijn werkplek is terug te vinden in hoofdstuk 2. Hierin staat het zorgprogramma omschreven van CEP en schets ik twee voorbeelden waarin duidelijk wordt hoe de familie betrokken is wanneer hun familielid een psychose doormaakt. Uitleg over psychose kunt u lezen in hoofdstuk 3 en in hoofdstuk 4 heb ik beschreven wat de ziekte schizofrenie inhoudt. Het onderzoek heb ik uitgevoerd op mijn werkplek en de opzet van het onderzoek heb ik beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 is de analyse te lezen van de interviews die ik heb afgenomen bij familieleden, SPV'en en arts-assistent. Hoofdstuk 7 beschrijft de uitkomsten van mijn literatuuronderzoek, hierin kunt u terug lezen wat volgens de literatuur de behoefte is van families. In hoofdstuk 8 geef ik de conclusies en aanbevelingen weer. Het zorgproduct heb ik ontworpen naar aanleiding van de conclusies.

HOOFDSTUK 1. PROBLEEMORIËNTATIE

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik de probleemoriëntatie beschrijven, probleemstelling, doelstelling, deelvragen en mijn motivatie om voor dit onderwerp te kiezen.

1.2 Probleemoriëntatie

Voordat er een opname op KCEP plaats vindt heeft de patiënt en ook de familie heftige ervaringen meegemaakt. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt zijn familie heeft bedreigd vanuit zijn psychotische beleving. Ik ben van mening dat het voor de familie net zo schokkend moet zijn als voor de patiënt zelf. Geen enkele ouder wenst een opname voor zijn kind. Deze doelgroep is druk bezig met een opleiding, werk, sociale contacten, op zichzelf wonen. Alles verandert doordat ze een psychose doormaken en terecht komen in de psychiatrie. Zowel voor familie als voor de patiënt zelf. Ze moeten stoppen met opleiding, werk en op zichzelf wonen lukt vaak niet meer. De familie merkt dit doordat ze mogelijk meer ondersteuning moeten bieden aan hun kind of dat hun kind helemaal geen contact meer met hen zoekt. Ik vind het belangrijk om de familie te ondersteunen omdat dit de eerste keer is dat ze in aanraking komen met de psychiatrie.

Sinds ik bij KCEP werk heb ik gemerkt dat wij weinig contact hebben met de familie van mensen binnen ons zorgprogramma die opgenomen zijn op de kliniek. Wat mij opvalt is dat ik helemaal geen familie op de kliniek zie en daar maak ik me zorgen om. Mijn idee is dat familie wel behoefte heeft aan meer ondersteuning als de patiënt is opgenomen op de kliniek. Ik heb dit niet rechtstreeks gehoord van familie, maar mijn idee is dat familie het als een drempel ervaart om op een psychiatrische afdeling te komen en ik denk dat wij als PB'er die drempel kunnen verlagen door familie te informeren over de afdeling en het ziektebeeld.

Het geven van ondersteuning aan de familie vanuit de kliniek kan een meerwaarde zijn voor de familie van de opgenomen patiënt. Door familie te informeren over het ziektebeeld en de afdeling kunnen zij mogelijk meer handvatten hebben om in de thuissituatie om te gaan met de patiënt. Daarnaast kunnen de PB'ers vragen beantwoorden die de familie heeft ten aanzien van het ziektebeeld.

Alle disciplines van KCEP zijn het met mij eens dat familieondersteuning een meerwaarde kan betekenen voor de familie. In gesprek met hen beschouwde ze het allen als een logisch onderdeel binnen de behandeling die wij bieden aan patiënten. Ook zij zien geen ouders op de afdeling en maken zich hier ook zorgen om.

1.3 Probleemstelling

Op welke adequate wijze kan een SPH'er de familie ondersteunen bij een opname van de patiënt op de KCEP?

1.4 Doelstelling

Met dit onderzoek wil ik uiteindelijk een adequate vorm van ondersteuning ontwikkelen waarop een SPH'er binnen KCEP de familie tijdens een opname kan ondersteunen.

1.5 Deelvragen

Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling heb ik de volgende deelvragen bedacht:

- Wat biedt CEP aan familieondersteuning?
- Hoe is de familie uitgenodigd tot ondersteuning, zijn ze hier tevreden over, zo nee wat missen ze?
- Hoe ervaart de familie de aangeboden ondersteuning van CEP, zijn ze daar tevreden over, zo nee wat missen ze?
- Voelt de familie zich begrepen of gesteund door de aangeboden ondersteuning?
- Welke veranderingen zou de familie willen m.b.t. ondersteuning van CEP?
- Wat is het belang van familieondersteuning bij familie van een opgenomen patiënt?
- Hoe dien je om te gaan met familieondersteuning op de kliniek?

1.6 Motivatie

Mijn interesse voor dit onderwerp groeide in het gesprek met de zorgcoördinator van mijn werkplek. Ik had eerst andere onderwerpen in gedachten, maar ze overtuigde me met haar enthousiasme om voor dit onderwerp te kiezen. Daarnaast heb ik in het derde jaar van mijn opleiding een vrije studie eenheid gevolgd wat ging over ouderbegeleiding. Hierin werd de ouderondersteuning vanuit een andere hoek belicht dan mijn afstudeerproject, maar wat mij bij is gebleven van deze module is dat families vaak worden vergeten in de behandeling van een patiënt. Zelf vind ik dat een kwalijke zaak. Door een goede band op te bouwen met de familie heeft dat zo zijn positieve uitwerking op de mensen binnen ons zorgprogramma.

Tijdens een psycho-educatie training voor personeel van Parnassia gegeven door H. van Peperstraten heb ik zijn visie gekregen op de familieondersteuning binnen Parnassia. Door zijn visie op familieondersteuning ben ik geïnspireerd geraakt.

Hans vertelt dat zodra je de familie van mensen binnen het zorgprogramma betreft bij de behandeling de draaglast voor hen wordt verminderd. Ze hebben veelal heftige situaties meegemaakt en dat kan verminderd worden door hen te betrekken bij de behandeling. Hans hoort regelmatig dat de familie niet bij de behandeling kan worden betrokken vanwege de privacy van de mensen binnen het zorgprogramma. Hij ziet dit als een excuus om de familie er niet bij te betrekken en de lastige situaties niet aan te gaan. Hij is van mening dat als je aan de mensen binnen het zorgprogramma uitlegt dat de familie er ook bij hoort en deze onderdeel zijn van de behandeling het geen problemen zal geven.

Hans is van mening dat de familie niet wordt vergeten tijdens een behandeling, maar dat het apart wordt gezet omdat het personeel het vaak lastig vindt om met families om te gaan. Veelal is de familie boos over de situatie of dat de behandeling te laat is gestart. Hierdoor werkt de familie in het begin niet mee met de behandeling, met als gevolg dat de hulpverleners een stap achteruit doen. Hij is juist van mening dat je dat niet moet doen en vol moet blijven houden om de familie te ondersteunen. Daarin zul je als hulpverlener je eigen ideeën en doelen opzij moeten zetten en kijken naar wat de familie nodig heeft en daar op in spelen. De ervaring die hij daarmee heeft is positief, familie draait bij en is uiteindelijk blij dat ze ondersteund worden.

1.7 Koppeling SPH werkveld

Ik heb voor dit onderwerp gekozen omdat ik het vind samenhangen met het SPH werkveld. Als SPH'er houd je je onder anderen bezig met de context waarin een patiënt leeft en familieondersteuning sluit daar mooi bij aan.

Vanuit de opleiding heb ik meegekregen dat je als SPH'er probeert de leefomgeving van de mensen die zorg nodig hebben te beïnvloeden. Dat betekent dat je de mensen om de hulpvragende mens heen betreft bij de zorg. Denk hierbij aan familie, vrienden, burens of kennissen. Je beschouwt de mensen die je zorg verleent niet op zichzelf staand, maar benut het steunsysteem om zo goed mogelijk zorg te verlenen.

Daarnaast wordt er van je verwacht als SPH'er dat je meedenkt over visie en beleid in de zorginstelling waar je werkzaam bent. Door middel van dit afstudeerproject draag ik mijn visie uit over familiebegeleiding die ik vindt ontbreken op KCEP. *(bron: studentenstatuut deel 2, 2006-2007)*

HOOFDSTUK 2. BESCHRIJVING WERKPLEK

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik een beschrijving geven van mijn werkplek. Daarnaast zal ik een situatieschets geven door middel van twee voorbeelden. Verder zal ik de volgende punten beschrijven: de doelgroep, doelstelling KCEP, diagnostische fase, behandelteam, behandelfaciliteiten en het zorgprogramma.

2.2 KCEP

In het jaar 2000 is CEP opgezet binnen de GGZ instelling Parnassia in Den Haag. Deze afdeling is er voor mensen die voor het eerst een psychose doormaken of in behandeling zijn voor de eerste episode van de ziekte schizofrenie.

2.3 Situatieschets

Hieronder zal ik twee voorbeelden beschrijven die weergeven hoe een patiënt terecht kan komen op CEP. Deze voorbeelden geven aan hoe de familie betrokken is wanneer hun familielid een psychose doormaakt.

2.3.1 Voorbeeld 1

Peter zit op de Havo, in het eindexamenjaar. Hij wil na de Havo naar het Atheneum, zodat hij aan de grote wens van zijn vader kan voldoen: naar de universiteit gaan. Zijn ouders hebben met hem al vaak gesproken over zijn toekomst. Zijn broers en zussen doen het allemaal erg goed. Het schijnt hen makkelijk af te gaan.

Peter moet zich inspannen om het tempo bij te houden; het kost hem veel moeite om zijn huiswerk te maken. Hij vindt dat hij niet genoeg zijn best doet. Hij neemt zich iedere keer voor om zich eens aan het leren te zetten. Zijn cijfers zijn lager dan vorig jaar. Op school heeft hij een vriendin. Hij is verliefd, maar zij laat hem op zekere dag weten dat zij niet op hem verliefd is. Ze vindt dat hij minder moet blowen en zich niet zo moet 'aanstellen'. Vaak lijkt het alsof hij zit te dromen, er niet helemaal bij is met zijn hoofd. Peter kan zich steeds moeilijker concentreren. Een aantal vrienden gaan niet (meer) naar school. Zij hebben een baan of zijn werkeloos. Peter ziet dat dit aantrekkelijke kanten heeft. Op een morgen, wanneer hij (weer eens) te weinig heeft geslapen, schrikt hij van een stem die hij van buiten het lokaal hoort. Hij kijkt naar buiten, maar ziet niets. Klasgenoten gaan gewoon door en de leraar doet alsof er niets aan de hand is. Tijdens het lesuur gebeurt het nog een keer. Nu kan hij beter verstaan wat de stem zegt. Die week gebeurt dat nog een paar keer. Heel even maar, maar toch. Hij is vervolgens letterlijk en figuurlijk niet bij de les. Peter zit eigenlijk te wachten op die stem en is er tegelijkertijd bang voor. Wanneer hem iets gevraagd wordt, reageert hij geprikkeld en zondert zich in de pauzes af van zijn klasgenoten. De aanwezigheid van anderen benauwt hem. Hij gaat het weekend niet uit, hij blijft op zijn kamer. Hij spijbelt. Zijn ouders worden op de hoogte gesteld van het spijbelen. Zij verwachten van hem een verklaring. Hij durft niet te vertellen wat hem bezighoudt. Hij trekt zich meer en meer terug. Ook rond het huis is nu die stem. Deze geeft hem opdrachten.

Uiteindelijk treffen zijn ouders hem midden in de nacht in de tuin aan. Ze waren wakker geworden van glasgerinkel. Peter heeft met een steen een ruit ingegooid. Hij zegt en schreeuwt van alles, maar zijn ouders kunnen hem in zijn verwardheid niet volgen. De volgende morgen besluiten zijn ouders hem mee

te nemen naar de huisarts. Deze maakt voor hen een afspraak bij een psychiater en die vertelt dat Peter mogelijk een psychose heeft. *(van Peperstraten, 2002)*

2.3.2 Voorbeeld 2

Ellen vindt van zichzelf dat ze maar eens op eigen benen moet gaan staan. Ze kiest voor een HBO-opleiding een eind bij haar ouders vandaan. Ze vond het bij hen ook niet alles. Haar broertje zorgt voor nogal wat problemen (overactief) en hij eist en krijgt veel aandacht. Ze mocht ook niet veel van haar (naar haar idee) strenge ouders. Deze verwachten veel van haar. Haar broertje zou geen succes hebben, maar zij wel... Veel vrienden en vriendinnen had ze niet. Ook nu ze op kamers woont, is dit het geval. Ze doet dingen het liefst alleen. Het valt haar zwaar, zo alleen op kamers.

In het derde jaar van de opleiding gaat ze stage lopen. In het bedrijf is alles nieuw en spannend voor haar, er is weinig begeleiding en ze durft er ook niet om te vragen. Ze moet op veel dingen zelf afstappen en zelf oplossingen zien te bedenken. In het team vind men haar stil, teruggetrokken. Zou wel overgaan. Het was bij meer stagiaires te zien geweest. Alleen Ellen blijft zo.

Bij een tussentijdse beoordeling op school vindt de schoolbegeleider dat Ellen er typische ideeën op nahoudt. Ze schuift veel af op anderen en anderen zouden tegen haar zijn. Op haar stage zelf valt het niet zo op, ja, ze blijft stil. Ze besluit om minder vaak in het weekend naar haar ouders te gaan. Ze kan dan vragen van haar ouders ontlopen en bovendien hebben ze dan meer tijd voor haar broertje. Ze gaat slechter slapen, slechter eten en het kost haar moeite om de gedachte los te laten dat anderen tegen haar zijn, dat anderen dingen doen om haar te dwarsbomen. Eigenlijk vindt ze ook dat ze geen dochter van haar ouders is, maar dat ze te vondeling is gelegd en op een dag zal dit allemaal uitkomen en dan zullen haar echte ouders haar komen halen. Die weten waar ze zit en wat ze doet, want burens luisteren haar af en houden haar ouders op de hoogte.

Ze verschijnt niet meer op haar stage en school. Die week belt haar moeder. Deze hoort Ellen alleen maar onbegrijpelijke en onsamenhangende dingen zeggen. Ze komt Ellen opzoeken, maar deze doet niet open. Een paar dagen later waarschuwen de burens de politie omdat Ellen onophoudelijk op de muren bonst en schreeuwt dat de burens moeten ophouden. Het duurt daarna nog veertien dagen voordat haar moeder erin slaagt haar mee te nemen naar het ouderlijk huis en een huisarts waarschuwt. *(van Peperstraten, 2002)*

2.4 Doelgroep

Het CEP zorgprogramma is er voor mensen die voor het eerst een psychose doormaken, in de leeftijd van 16 tot 40 jaar. Deze psychose kan zijn in het kader van:

- Schizofrenie of aanverwante stoornis;
- Psychose (niet anders omschreven);
- Kortdurende psychose.

Mensen kunnen worden aangemeld wanneer zij voor het eerst in aanraking komen met de GGZ. Tijdens de behandeling kan er uitgezocht worden of er sprake is van een psychose en welk type psychose.

Het CEP is niet bedoeld voor een psychose in het kader van:

- Duidelijke stemmingsstoornis;
- Duidelijke drugpsychose;

- Een persoonlijkheidsstoornis met uitzondering van schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis;
- Zwakzinnigheid (IQ <70);
- Somatische aandoening;
- Als er sprake is van illegaliteit;
- Als patiënten langer dan 4 maanden elders in zorg zijn, hetzij binnen Parnassia, hetzij een andere GGZ instelling.

(bron: HKZ Handboek CEP)

2.5 Doelstelling

Het doel van CEP is tijdige herkenning, diagnostiek, behandeling van patiënt met psychotische stoornissen en het steunsysteem. Het verkorten van de wachttijd in de behandeling zorgt ervoor dat er beperking is van schade ten gevolge van de psychose. (bron: HKZ Handboek CEP)

2.6 Diagnostische fase

Tijdens de diagnostische fase van deze doelgroep richten we ons op de volgende punten:

- Of er bij iemand werkelijk sprake is van een psychose;
- Welk type psychose het is, en;
- Of er sprake is van schizofrenie.

Om tot een diagnose te komen bij deze doelgroep maken we gebruik van een diagnostiek verslag bestaande uit twee delen:

CASH	Comprehensive Assessment of Symptoms and History. Deze wordt afgenomen door de arts-assistent bij de patiënt. De arts-assistent voert dit uit vanwege het medische gedeelte in het interview.
IRAOS	Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizofrenia. Dit wordt afgenomen door de SPV bij de familie van de patiënt.

Dit verslag vormt de basis van de diagnose en wordt besproken door meerdere psychiaters. Tijdens deze bespreking wordt er bepaald welke diagnose de patiënt krijgt. Vervolgens wordt dit besproken met de patiënt en waar mogelijk met het steunsysteem van de patiënt (mits patiënt hier toestemming voor heeft gegeven), (bron: HKZ Handboek CEP)

2.7 Behandelteam

Het team van CEP bestaat uit: één teamleider, één psychiater, één arts-assistent in opleiding tot psychiater, één coassistent, één psycholoog, zes sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, één zorgcoördinator, drie verpleegkundigen en twee sociaal pedagogisch hulpverleners.

2.8 Behandelfaciliteiten

CEP heeft twee behandelmogelijkheden:

Ambulante behandeling

De SPV begeleidt de patiënt wanneer deze buiten de instelling verblijft. Deze SPV is de regieverantwoordelijke tijdens de gehele behandeling van de patiënt en coördineert de zorg rondom de patiënt. De eindverantwoordelijkheid van de behandeling ligt bij de psychiater. De patiënt kan gebruik maken van het zorgprogramma van CEP. Daarnaast kan het zijn dat de patiënt geïndiceerd is voor een opname in de kliniek.

Klinische behandeling

Op de kliniek is er plaats voor dertien patiënten die kunnen worden opgenomen als ambulante behandeling niet meer toereikend is. Op de kliniek krijgt de patiënt één PB'er toegewezen die hem tijdens de opname begeleidt. Het is een open afdeling, we bieden de patiënten structuur, veiligheid en activiteiten binnen het zorgprogramma. *(bron: HKZ Handboek CEP)*

2.9 Het zorgprogramma

Het zorgprogramma van CEP bestaat uit de volgende delen:

Aanmelding en inclusie

Mensen kunnen bij ons zorgprogramma terecht komen wanneer zij voldoen aan de inclusie criteria. De coördinerend SPV van de ambulante locatie beoordeelt of mensen geïncludeerd kunnen worden in ons zorgprogramma.

Toewijzing aan SPV

Nadat mensen zijn geïncludeerd in ons zorgprogramma krijgen ze een SPV aangewezen. De SPV vormt samen met één van de psychiaters het zorgkoppel. De SPV heeft in principe de regie en leidt patiënt en diens steunsysteem toe naar de diverse modules van het zorgprogramma.

Diagnostiek

Tijdens de diagnostische fase worden er twee interviews afgenomen, deze heb ik hierboven beschreven in 2.6. Van bovenstaande interviews, eventuele verpleegkundige observaties en uit de informatie in de medische status wordt een verslag gemaakt wat binnen de diagnostiekbespreking wordt besproken. Deze diagnostiekbespreking vindt eens per twee weken plaats. Hierbij wordt een DSM-classificatie vastgesteld en wordt er een beschrijvende diagnose gegeven.

Individuele behandeling

Individuele behandeling met het accent op: eerste opvang/steun, acceptatie, rouwverwerking, omgaan met kwetsbaarheid en inschatten van coping-strategieën. Het behandelen van co-morbiditeit zoals angst en depressie. Daarnaast begeleiding bieden bij fasespecifieke problemen; op gang brengen van de gestagneerde ontwikkeling, begeleiding bij werk- en schooloriëntatie of rehabilitatie op dit gebied. Psycho-educatie aanbieden zodat men informatie krijgt over: wat is een psychose, mogelijke oorzaken van de psychose, eventuele terugval herkennen en voorkomen, vooruitzichten voor de toekomst.

Uitleg geven over medicatiegebruik en de bijwerkingen hiervan. Daarnaast bieden we hulp bij praktische en materiële zaken eventueel met behulp van maatschappelijk werk.

Familiebegeleiding

Uitgangspunt is dat met het familie- en/of steunsysteem een samenwerking tot stand komt om het herstel te bevorderen. Familie krijgt eerste opvang/steun, begeleiding met betrekking tot acceptatie, rouwverwerking, leren omgaan met de kwetsbaarheid van hun familielid, schaamte of schuldgevoel. Ook krijgt de familie voorlichting en informatie met betrekking tot wat een psychose is, mogelijke oorzaken, de behandeling, terugval te herkennen en helpen te voorkomen, vooruitzichten voor de toekomst.

Psycho-educatie

Psycho-educatie wordt individueel en in groepsverband aangeboden. Het lotgenotencontact is hierbij van grote therapeutische waarde.

Psycho-educatie "voor het eerst een psychose" voor mensen binnen het zorgprogramma bestaat uit vijf bijeenkomsten:

- 1^e bijeenkomst : Psychotische verschijnselen
- 2^e bijeenkomst : Psychosen en oorzaken
- 3^e bijeenkomst : Inbreuk op je leven: psychotisch worden
- 4^e bijeenkomst : Medicijnen, alcohol en drugs
- 5^e bijeenkomst : Psychotisch (geweest), hoe nu verder?

Vragenlijst waarschuwingssignalen

Psycho-educatie "Eerste psychose en behandeling" voor familie en direct betrokkenen bestaat uit twee bijeenkomsten:

- 1e bijeenkomst : Wat is een psychose, mogelijke oorzaken, uitlokkende factoren
- 2e bijeenkomst : De behandeling van mensen met een eerste psychose
 - patiëntgerichte behandelactiviteiten
 - familiegerichte behandelactiviteiten

Medicatie

In de meeste gevallen wordt er medicatie voorgeschreven bij een eerste psychotische episode. Mede door medicatie verandert de toestand van de patiënt meestal zodanig dat deelname aan andere behandelvormen mogelijk wordt. Tevens wordt met medicatie secundaire problematiek als gevolg van de ziekte (bijvoorbeeld verlies van werk, verlies van vrienden, zelfmedicatie door middel van drugs et cetera) zoveel mogelijk beperkt. Met behulp van medicatie kunnen psychotische symptomen soms geheel worden teruggedrongen. Er kunnen ondanks de zorgvuldigheid met betrekking tot de keuze en dosering - bijwerkingen optreden. Dit onderstreept nogmaals het belang van voorlichting over de werking en bijwerking van medicatie én een goede samenwerking tussen behandelaar en patiënt met betrekking tot de medicamenteuze behandeling.

Crisisinterventie

Onder crisisinterventie wordt verstaan het beheersen en verhelpen van escalatie van symptomen en zo mogelijk voorkomen van negatieve maatschappelijk gevolgen. Het gaat bij crisisinterventie om kritieke situaties, die onmiddellijk handelen vereisen en die niet kunnen wachten op het aanslaan van (voorgenomen) behandelactiviteiten. Voorbeelden van crisissituaties zijn ernstige suïcidaliteit, gewelddadigheid en andere levensbedreigende situaties. De interventie kan bestaan uit opname op de open afdeling van het zorgprogramma, (over)plaatsing naar een gesloten afdeling, het toedienen van (nood)medicatie, vergroten van toezicht of het nemen van vrijheidsinperkende maatregelen (separeren).

Voordat een opname tot stand komt wordt eerst gekeken of in de ambulante situatie een oplossing te vinden is (extra ondersteuning steunsysteem/medicatie) of dat met extra interventies een opname mogelijk blijft op de eigen afdeling. *(bron: Handboek HKZ CEP)*

2.10 Familiebegeleiding individuele gesprekken

Wanneer een patiënt is aangemeld bij CEP dan wordt er eerst met de patiënt overlegd of er contact mag worden gezocht met zijn familie. Wanneer de patiënt hiervoor toestemming geeft zullen er gesprekken plaats vinden tussen de familie en de SPV. Tijdens deze gesprekken ligt het accent op het geven en krijgen van informatie. Aan de familie wordt uitgelegd wat het ziektebeeld voor de patiënt betekent en wat de familie kan betekenen als steunsysteem voor de patiënt. Daarnaast kijkt de SPV of de familie intensievere zorg nodig heeft en verwijst door waar nodig is.

Wanneer de diagnose bij de patiënt bekend is dan wordt familie uitgenodigd om dit met hen en de patiënt te bespreken. Het is voor de familie veelal het eerste contact met de GGZ en het horen van een diagnose. Het doel van deze begeleiding is het informatie verstrekken aan familie. *(bron: HKZ Handboek CEP)*

2.10.1 Familiebegeleiding groepsverband

Familieleden van de patiënt worden voor het volgende groepsaanbod uitgenodigd:

Psycho-educatie Eerste Psychose

Bij deze groepsbijeenkomst wordt er in twee bijeenkomsten algemene informatie gegeven over psychose en de behandeling hiervan. De SPV begeleidt deze groep en zorgt ervoor dat de ouders worden uitgenodigd. Dit gebeurt binnen een half jaar nadat de patiënt is aangemeld bij de CEP.

Psycho-educatie Schizofrenie

Deze groep bestaat uit twee groepsbijeenkomsten waarin informatie wordt gegeven over schizofrenie en de behandeling hiervan. De behandelend SPV draagt er zorg voor dat de familieleden tijdens het eerste jaar van de behandeling van de patiënt worden uitgenodigd voor deze bijeenkomsten.

Gespreksgroep Schizofrenie

In tien groepsbijeenkomsten wordt informatie gegeven over schizofrenie en de behandeling daarvan. Tevens ligt het accent op de ondersteuning van de familieleden in het leren omgaan met de ziekte schizofrenie. De behandelend SPV draagt er zorg voor dat de familieleden uiterlijk het tweede jaar van de behandeling van de patiënt worden uitgenodigd voor deze bijeenkomsten. *(bron: HKZ Handboek CEP)*

HOOFDSTUK 3. PSYCHOSE

3.1 Inleiding

Hoeveel mensen er per jaar in Nederland voor het eerst een psychose krijgen is niet bekend. Er zijn mensen met een eerste psychose die zich niet melden bij een GGZ instelling. In dit hoofdstuk beschrijf ik wat een psychose inhoud, welke symptomen hierbij horen en hoe een psychose kan ontstaan.

3.2 Omschrijving psychose

Als iemand psychotisch is, dan is hij het normale contact met onze werkelijkheid kwijtgeraakt. Dat wijst op een ernstige verstoring van de verwerking van informatie.

Mensen met een eerste psychose horen mogelijk stemmen, ze zien dingen die anderen niet zien. Ze denken soms dat er een complot tegen hen bestaat, dat anderen tegen hen zijn, dat op de tv, radio of via de computer dingen gezegd worden die speciaal voor hen bestemd zijn. Tegelijkertijd kost het hen soms meer moeite om de aandacht en concentratie vast te houden en om het overzicht te bewaren over de dagelijkse dingen.

Een psychose geeft aan dat er sprake is van; hallucinaties en/of wanen en/of, gedesorganiseerdheid in denken, handelen en/of emotie. Per persoon kunnen de verschijnselen verschillen in ernst, duur en frequentie. *(van Peperstraten, 2002)*

3.3 Hallucinaties

Hallucinaties zijn zintuiglijke waarnemingen zonder prikkel. Hallucinaties zijn het gevolg van foutieve informatieverwerking tussen de zintuigen en de hersenen. Mensen denken dat de prikkel van buiten komt terwijl deze eigenlijk van binnenuit wordt doorgeven.

Aan de hand van de vijf zintuigen worden de volgende hallucinaties onderscheiden:

- Gehoorshallucinaties: stemmen, geluiden horen;
- Gezichthallucinaties: dingen en beelden zien;
- Reukhallucinaties: geuren ruiken;
- Smaakhallucinaties: dingen proeven, een vreemde smaak in de mond hebben;
- Tasthallucinaties: voelen dat er iets in het lichaam wordt bewerkt, meestal ingewanden.

(van Peperstraten, 2002)

3.4 Wanen

Wanen zijn gedachten die niet overeenkomen met de werkelijkheid. Dit wordt veroorzaakt door een stoornis in de inhoud van het denken. Mensen die een waanidee hebben zijn niet te overtuigen van het tegendeel, het is hun waarheid en ze houden hier hardnekkig aan vast. Zelfs wanneer er bewijzen zijn die het tegendeel beweren.

Voorbeelden van wanen zijn:

- Denken dat anderen iets tegen je hebben;
- Van mening zijn dat je een belangrijke rol op deze wereld te vervullen hebt (bijvoorbeeld de wereld van alle kwaad redden);
- Denken dat je lid bent van de CIA en dat de KGB het op je gemunt heeft;
- Ervan overtuigd zijn dat er sprake is van zwangerschap, terwijl dat niet zo is;
- Overtuigd zijn dat je over magische krachten beschikt;
- De gedachte hebben dat je wordt bestuurd door een computer.

(van Peperstraten, 2002)

3.5 Gedesorganiseerdheid

Door een stoornis in de informatieverwerking in de hersenen is het mogelijk dat iemand niet meer in staat is orde aan te brengen in zijn functioneren. Het gevolg hiervan is onsamenhangendheid op tal van terreinen van het functioneren.

Voorbeelden hiervan:

- Verwardheid in het denken: moeite met logisch nadenken en redeneren. In een gesprek van de hak op de tak springen. Aan zinnen beginnen, maar ze niet afmaken. Mensen die gedesorganiseerd zijn in het denken hebben veel moeite om het overzicht in hun eigen doen en laten vast te houden.
- Verwardheid in het handelen: Met veel dingen tegelijk bezig zijn. Aan zaken beginnen, maar ze niet afmaken. Bijvoorbeeld: van plan zijn om naar de film te gaan, ook de deur uit te gaan, maar halverwege zonder aanwijsbare reden of (logische) verklaring weer terug te keren of geheel iets anders te gaan doen.
- Verwardheid in emoties: Mensen beginnen voor anderen op onverwachte momenten, zonder aanleiding te grinniken of te lachen. Ook kunnen ze zonder ogenschijnlijke aanleiding boos worden of in woede uitbarsten. Mensen die gedesorganiseerd zijn in hun emoties, hebben veel moeite zich te voegen in het dagelijkse sociale leven, in de omgang met anderen.

(van Peperstraten, 2002)

3.6 Oorzaken van een psychose

Het is nog niet duidelijk waar psychoses door ontstaan. Een psychose kan door verschillende combinaties van factoren "uitgelokt" worden. Hieronder zal ik de mogelijke oorzaken van het krijgen van een psychose beschrijven. (van Peperstraten, 2002)

3.6.1 Mogelijke oorzaken

In principe kan iedereen een psychose krijgen. Het is niet duidelijk waarom de één wel een psychose krijgt en de ander (in dezelfde omstandigheden) niet. Mensen worden geboren met een kwetsbaarheid om een psychose te krijgen, maar niet iedereen met die kwetsbaarheid krijgt ook daadwerkelijk een psychose. Het is dus niet volledig erfelijk.

Bij het bespreken van mogelijke oorzaken wordt veel gebruik gemaakt van het model van de draagkracht en de draaglast. Het evenwicht tussen de draagkracht en de draaglast is op een of andere manier verstoord. Iedereen heeft een andere draagkracht en een andere draaglast. (van Peperstraten, 2002)

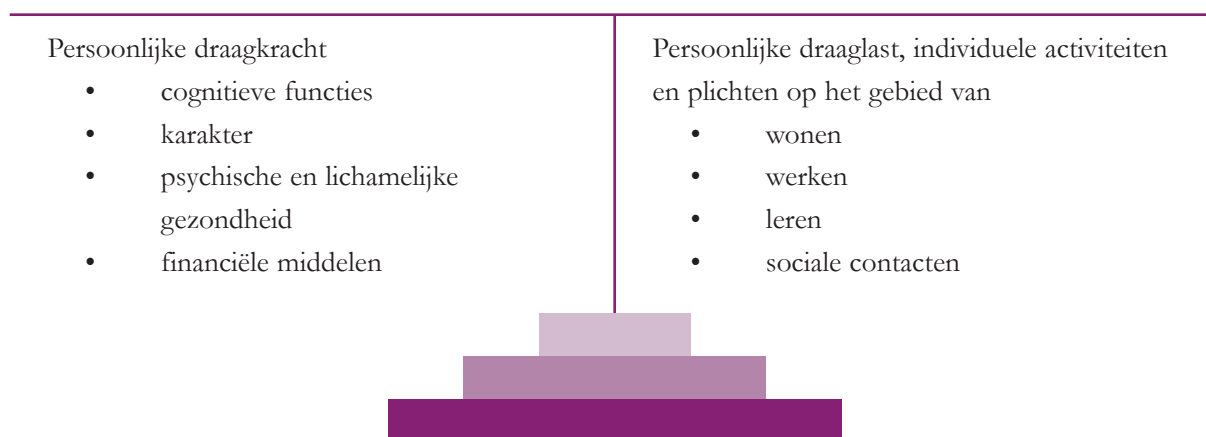
3.6.2 Draagkracht

De draagkracht is een combinatie van hoe de hersenen werken, de karaktertrekken, de lichamelijke en geestelijke gezondheid, de eventuele opgedane traumatische ervaringen, het hebben van (voldoende) sociale steun en financiële middelen. Veel van de draagkracht is eigenlijk al met de geboorte meegekregen. (van Peperstraten, 2002)

3.6.3 Draaglast

De draaglast is te omschrijven als een optelsom van activiteiten en plichten op het gebied van wonen, werken, leren, vrije tijdsbesteding en sociale contacten. (van Peperstraten, 2002)

Deze afbeelding van de weegschaal geeft een overzichtelijke indeling van de draagkracht en draaglast. Zodra deze weegschaal uit balans is en dus de draagkracht of draaglast te veel "weegt" heeft dat invloed op iemand zijn geestelijke gezondheid.



(van Peperstraten, 2002)

3.6.4 Werking van de hersenen

De ontwikkeling en de werking van de hersenen, als een informatieverwerkend systeem, zijn van zeer grote invloed op de verhouding tussen ieders persoonlijke draagkracht en draaglast. (van Peperstraten, 2002)

3.6.5 Stress

Stress heeft een grote invloed op het krijgen van een psychose. Stress ontstaat wanneer je problemen hebt waar je op dat moment geen oplossing voor hebt. Wanneer je tijdens een stressvolle periode onvoldoende rust neemt stapelt de stress zich op.

Iedereen kan bij een verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast in principe kwetsbaar blijken te zijn voor het krijgen van een psychose. De hersenen kunnen niet voldoende toegerust blijken om de prikkels op een juiste manier te verwerken. De hersenen kunnen overprikkeld raken. Dat kan onder andere door:

- Het gebruiken van drugs en/of alcohol verminderd de draagkracht;
- Een lichamelijke aandoening kan de draagkracht ook verminderen, bijvoorbeeld door een stofwisselingsstoornis;
- De draaglast is in bepaalde periodes van het leven groter dan gemiddeld;
- In de periode van de adolescentie wordt meer stress ervaren dan in andere periodes;

- Langdurig veel dagelijkse beslommeringen kunnen het stressniveau verhogen;
- Een zwangerschap of bevalling kan veel stress met zich meebrengen;
- Life-events kunnen stress met zich meebrengen, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbaar familielid of vriend of het uitgaan van een relatie;
- Ook kan een psychose het gevolg zijn van een psychiatrische ziekte zoals manisch-depressiviteit of schizofrenie.

(van Peperstraten, 2002)

3.6.6 Uitlokkende factoren

Een psychose kan op verschillende manieren worden uitgelokt. Naast een zekere (aangeboren) kwetsbaarheid voor psychoses kunnen er verschillende aanleidingen zijn om een psychose te laten ontstaan.

De volgende factoren kunnen daar een invloed op hebben:

- Een drugpsychose is het gevolg van het (langdurig en/of veel) gebruik van drugs;
- Een psychose kan het gevolg zijn van een lichamelijke aandoening, bijvoorbeeld een stofwisselingsstoornis;
- Een psychose kan ontstaan tijdens de zwangerschap;
- Een psychose kan optreden na de bevalling (postpartum psychose);
- Een psychose kan het directe gevolg zijn van een ingrijpende gebeurtenis (reactive psychose);
- Een psychose kan het gevolg zijn van een psychiatrische ziekte zoals schizofrenie of manisch-depressiviteit.

Iedereen kan een kwetsbaarheid hebben om een psychose te krijgen. Als mensen kunnen achterhalen wat er voorafging aan de psychose kan zicht worden gekregen op de verhouding tussen de draagkracht en de draaglast. (van Peperstraten, 2002)

3.7 Psychose volgens de DSM IV

Volgens de DSM IV is er sprake van een psychose wanneer er één of meer van de volgende symptomen aanwezig zijn.

- Wanen;
- Hallucinaties;
- Onsamenvhangende spraak;
- Ernstig chaotisch of katatoon gedrag.

De duur van een episode van de stoornis is ten minste één dag, maar niet langer dan één maand met uiteindelijk een volledige terugkeer naar het premorbide niveau van functioneren.

De stoornis is niet toe te schrijven aan een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, schizo-affectieve stoornis of schizofrenie, en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening. (www.hulpguids.nl)

HOOFDSTUK 4. SCHIZOFRENIE

4.1 Inleiding

Ongeveer 1 op de 100 mensen heeft de ziekte schizofrenie. De ziekte komt in alle lagen van de bevolking voor en het is niet gebonden aan cultuur, ras, geslacht of milieu. Het komt zowel bij mannen als bij vrouwen voor. De ziekte schizofrenie komt vaak tot uiting bij jonge mensen tussen het achttiende en vijfentwintigste levensjaar. Dit is een leeftijdsperiode waarin mensen verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun eigen bestaan. In deze periode kunnen veel jong volwassenen meer dan gewoonlijk stress ervaren.

In dit hoofdstuk zal ik als eerste de misverstanden over schizofrenie beschrijven en daarna wat schizofrenie inhoud. *(van Peperstraten, 2002)*

4.2 Wat is schizofrenie

Schizofrenie is een psychiatrische ziekte en betekent dat je gevoelig bent voor het krijgen van een psychose. De kenmerken die ik in hoofdstuk drie heb geschreven zijn hierop van toepassing. Schizofrenie is een chronische ziekte en gaat dus niet meer over. Mensen blijven dus altijd kwetsbaar voor het krijgen van een psychose. *(van Peperstraten, 2002)*

4.3 Misverstand over schizofrenie

De letterlijke vertaling van schizofrenie vanuit het Grieks betekent letterlijk 'gespleten geest'. Deze letterlijke vertaling heeft in de loop der jaren voor misverstanden gezorgd. Mensen die aan schizofrenie lijden hebben geen gespleten geest of hersenen die gespleten zouden functioneren. Ook hebben ze geen gespleten persoonlijkheid.

Een ander misverstand is dat schizofrenie een zeldzame aandoening is en dat het alleen in de westerse wereld voorkomt. Over de gehele wereld is het percentage mensen dat aan schizofrenie lijdt min of meer gelijk.

Voorheen werd er gedacht dat schizofrenie zou liggen aan een verkeerde opvoeding. Ook dit is achterhaald en klopt niet. *(van Peperstraten, 2002)*

4.4 Ontstaan van schizofrenie

Er zijn in het verleden verschillende theorieën geweest over het ontstaan van schizofrenie. In het begin van de vorige eeuw dacht men vooral aan een biologische stoornis van de hersenen. Omdat het in bepaalde families vaker voorkwam dan in andere, dacht men dat erfelijkheid bij het ontstaan van schizofrenie een belangrijke rol speelde. Dankzij de opkomst van de zongenaamde "mens-wetenschappen" stonden tal van nieuwe sociologische en psychologische theorieën in de belangstelling. Op zoek naar de oorzaak van schizofrenie keken "mens-wetenschappers" onder andere naar de manier, waarop de maatschappij werd georganiseerd en welke gevolgen dit kon hebben voor individuen. Één van de ontwikkelde gedachten was, dat het aan de moeder zou liggen. De manier waarop zij met haar kind(eren) in het gezin omging, zou schizofrenie veroorzaken. Later was men van mening dat de onderlinge communicatie binnen een gezin 'ziek' zou zijn. Hierdoor werd één kind tot slachtoffer gemaakt. Weer later bedacht men dat schizofrenie eigenlijk een gezonde reactie was op een zieke samenleving. Al deze theorieën blijken achterhaald te zijn. Men weet dat ze niet wetenschappelijk te bewijzen zijn.

Op dit moment is de precieze oorzaak van schizofrenie nog niet bekend. Er bestaan wel een aantal vermoedens en het zou vooral liggen aan een combinatie van factoren. Dit zijn tot nu toe de factoren die bekend zijn:

- Erfelijke gevoeligheid;
- Problemen tijdens de zwangerschap of rond de bevalling (virusinfectie, slechte voedingstoestand en zuurstoftekort);
- Druggebruik;
- Teveel stress.

De erfelijke gevoeligheid is van bovenstaande factoren de enige waar met grote zekerheid over gesproken kan worden. De andere drie problemen tijdens de zwangerschap of rond de bevalling, druggebruik en teveel stress, dienen beschouwd te worden als "ontlokkers" van de eerste psychose. Ze zijn afzonderlijk niet de oorzaak van schizofrenie. Deze factoren kunnen wel de (aangeboren) kwetsbaarheid voor psychoses vergroten.

Uit het voorgaande blijkt dat schizofrenie deels aangeboren is en deels wordt uitgelokt door buiten de persoon gelegen factoren. Schizofrenie wordt daarom ook wel een neurobiologisch ontwikkelingsstoornis genoemd. Dat wil zeggen dat er sprake is van een kwetsbaarheid in de hersenen die zich in de loop van de ontwikkeling openbaart. De erfelijke aanleg eventueel gecombineerd met de problemen tijdens de zwangerschap, eventueel gecombineerd met het gebruik van drugs (en/of alcohol) en teveel stress kunnen leiden tot het tot uiting komen van schizofrenie.

De kern van de ziekte is waarschijnlijk een niet goed functioneren van de hersenen waardoor stoornissen in de informatieverwerking ontstaan, met als gevolg problemen in de waarneming, het geheugen, de aandacht en dergelijke. Door dit niet goed functioneren van de hersenen is er een grote kwetsbaarheid voor het optreden van psychoses. Deze kwetsbaarheid wordt met name duidelijk zodra iemand te veel onder stress komt te staan. Deze kwetsbaarheid voor psychoses kan worden versterkt door het gebruik van drugs. *(van Peperstraten, 2002)*

4.5 schizofrenie volgens de DSM IV

De DSM IV vat de symptomen van schizofrenie samen in vijf rubrieken:

- Wanen;
- Hallucinaties;
- Negatieve symptomen;
- Onsamenvattend gedrag/ gedesorganiseerdheid;
- Ernstig chaotisch en katatoon gedrag.

De diagnose schizofrenie geldt als de persoon minstens twee van deze verschijnselen vertoont en bovendien sociaal en beroepsmatig disfunctioneert. Soms is één symptoom uit deze rubrieken al voldoende voor de diagnose, namelijk als de wanen bizar zijn of de persoon stemmen hoort. In hoofdstuk drie heb ik de volgende symptomen al beschreven: wanen, hallucinaties en gedesorganiseerdheid. Ernstig chaotisch en katatoon gedrag zal ik hieronder beschrijven. *(www.trimbos.nl)*

4.5.1 Ernstig chaotisch en katatoon gedrag:

Het gaat in het laatste geval om gezichtsuitdrukkingen of lichaamshoudingen die raar overkomen, om bewegingen die buitensporig lijken of een repeterend karakter hebben. (www.trimbos.nl)

HOOFDSTUK 5. ONDERZOEK

5.1 Inleiding

Ik heb mijn afstudeerproject uitgevoerd op:

Centrum Eerste Psychose

Paradijsappelstraat 2 unit 1

2552 HX Den Haag

Door de familie van de reeds opgenomen of in het verleden opgenomen mensen uit ons zorgprogramma te interviewen heb ik antwoord kunnen krijgen op mijn deelvragen. Daarnaast heb ik mijn collega's geïnterviewd om hun mening te inventariseren op het gebied van familieondersteuning die naar mijn idee ontbreekt op de kliniek. In dit hoofdstuk zal ik beschrijven hoe ik mijn onderzoek heb aangepakt.

5.2 Methoden van dataverzameling

Voor dit onderzoek heb ik gekozen voor de triangulatieaanpak. Door het verzamelen van gegevens uit verschillende hoeken heb ik een breed beeld gekregen van de huidige situatie.

Bij dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van theoretische bronnen¹ en een half gestructureerde vragenlijst. De situaties heb ik niet kunnen observeren omdat het om de mening van de familie ging die niet dagelijks op de kliniek aanwezig zijn.

5.2.1 Literatuuronderzoek

Bij het zoeken naar literatuur vond ik drie boeken² die specifiek gericht waren op families waarbij een familielid een psychose had doorgemaakt of gediagnosticeerd is met de ziekte schizofrenie. De andere boeken waren gericht op methodieken die gebruikt konden worden voor familiebegeleiding. Naast boeken uit de bibliotheek heb ik een aantal readers³ gebruikt van mijn werplek. Deze worden gebruikt voor de psycho educatie aan patiënten en was voor mij bruikbaar om het ziektebeeld te beschrijven. Naast de readers over het ziektebeeld waren er twee readers waarin de richtlijnen stonden beschreven over familiebegeleiding binnen de GGZ.

5.2.2 Documentanalyse

Voor de beschrijving van de werkplek, doelstelling en het zorgaanbod van CEP heb ik gebruik gemaakt van bestaande documenten⁴ van de afdeling. In deze documenten heb ik kunnen lezen op welke wijze er nu familieondersteuning wordt gegeven en door de familie te interviewen kwam ik erachter dat het gaat zoals de stukken het beschrijven. Onlangs is onze afdeling HKZ gecertificeerd en alle informatie was hierdoor goed voor handen.

1) Zie voor bronnen literatuuroverzicht.

2) Zie voor boeken literatuuroverzicht.

3) Zie voor readers literatuuroverzicht.

4) Zie voor documenten literatuuroverzicht.

5.2.3 Half gestructureerde vragenlijsten

Voor dit onderzoek heb ik vijf familieleden geïnterviewd. Ik heb vier interviews telefonisch gedaan om de drempel voor de familieleden te verlagen. Allen hebben ze een baan en weinig tijd om een face to face interview af te geven. Ook is hun familielid niet meer opgenomen op de kliniek. Één interview heb ik wel face tot face kunnen afnemen, dit was bij een moeder waarvan haar zoon is opgenomen op de kliniek. Zij kon dit interview combineren met een bezoek aan haar zoon.

Naast de familie heb ik ervoor gekozen om twee SPV'en te interviewen. Van de SPV'en is één daarvan de zorgcoördinator van ACEP en de ander is leerling SPV en rondt dit jaar haar opleiding af.

Deze hebben regelmatig contact met de familie van mensen in ons zorgprogramma. Zij doen de familieondersteuning individueel en in groepsverband. Daarnaast spreken zij de familie ter ondersteuning.

Verder heb ik gesproken met de arts-assistent. De arts-assistent spreekt de familie tijdens een opname op hun verzoek.

Ik heb gekozen voor half gestructureerde interviews. Op deze wijze heb ik de familie de gelegenheid gegeven om hun persoonlijke mening te geven. Ik heb naast de vaste vragen open vragen gesteld die aansloten op wat de familie vertelde. Ik was benieuwd naar hun mening over de ondersteuning en begeleiding van CEP.

HOOFDSTUK 6. ANALYSE INTERVIEWS

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik de analyse beschrijven van de interviews met familieleden en collega's waaronder SPV'en en de arts-assistent van de afdeling.

6.2 Interview familieleden

Ambulant

Vier van de vijf familieleden zijn op de hoogte van de aangeboden familieondersteuning die geboden wordt vanuit CEP. Ze noemen allemaal de groepen die ik in hoofdstuk drie heb beschreven.

Vier van de vijf familieleden zijn uitgenodigd voor de familieondersteuning in groepsverband. Één daarvan niet, maar die zit net in het zorgprogramma en daarbij is de diagnose nog niet gesteld.

Drie families hebben een brief thuisgestuurd gekregen en één daarvan is mondeling uitgenodigd door de SPV om deel te nemen aan de familie ondersteuningsgroepen.

Vier families hebben de familieondersteuning als prettig en als ondersteunend ervaren, door de herkenning die ze vonden bij andere families. Daarnaast kregen ze informatie over het ziektebeeld, waardoor ze de situatie van hun familielid beter begrepen.

Alle vier de families vertelde dat de familieondersteuning ook een keerzijde had, namelijk dat ze "nare" verhalen hoorde van andere families die ze met moeite konden verwerken. Iedereen zat daar met zijn eigen problemen en de problemen binnen de andere gezinnen vormde voor hen een extra belasting. Verder hadden ze moeite dat er families waren die veelvuldig aan het woord waren, die alle aandacht naar zich toetrokken en heftige verhalen vertelde die verzwarend werkte voor de andere families. Ze hadden graag gezien dat de SPV die de groep leidde hier een sturende rol had ingenomen.

Één moeder geeft aan dat ze blij is de psycho educatie groep te hebben gedaan over het ziektebeeld schizofrenie. Ze beschikte niet over de informatie van het ziektebeeld en had het beeld van vroeger voor zich. Hierdoor kon ze zich niet voorstellen dat haar kind deze ziekte had en wilde er ook niet aan toegeven. Doordat de SPV haar heeft overgehaald om toch de psycho educatie te volgen kreeg ze nieuwe informatie waardoor ze haar beeld van de ziekte kon bijstellen. Ze vond herkenning bij de uitleg van het ziektebeeld en kan het gebruiken in de omgang met haar zoon.

Alle families zijn betrokken bij de ambulante behandeling van hun familielid. Dat betekent dat de mensen die zijn opgenomen in ons zorgprogramma daar toestemming voor hebben gegeven. De families hebben regelmatig gesprekken met de SPV en zijn op bezoek geweest wanneer hun familielid was opgenomen op de kliniek.

Alle familieleden zijn te spreken over de ondersteuning die zij krijgen van de SPV. De gesprekken die individueel plaats vinden worden als zeer prettig ervaren. Ze vinden er steun en begrip voor hun situatie. De bereikbaarheid van de SPV is goed vinden de families, ze geven aan dat als ze op gesprek willen komen dit altijd kan en ze kunnen vragen stellen.

Kliniek

Iedereen is weleens op de kliniek geweest voor het bezoeken of om hun familielid op te halen om buiten het terrein iets te ondernemen. Één moeder vindt dat de afdeling er ongezellig uit ziet. Ze is

regelmatig op de afdeling geweest, maar heeft toen geen verpleegkundige gezien om eventueel vragen aan te stellen. Ze heeft het als een gemis ervaren dat er geen contact werd gezocht met haar. Zelf vond ze het een te grote stap om contact te zoeken en had ze de verwachting dat de verpleging die haar zoon begeleidde dit contact zou zoeken. De andere vinden dat de afdeling er gezellig uit zag en dat de verpleging makkelijk te bereiken was.

Allen geven ze aan dat ze informatie over de afdeling hebben gemist. Het gaat dan voornamelijk over de praktische informatie, wie kunnen ze bellen, wie is wie binnen de afdeling, hoe ziet een dag eruit en wat voor activiteiten zijn er te doen. Twee familieleden geven aan dat ze wel informatie hebben gehad, maar omdat het een emotionele situatie was waarin hun familielid werd opgenomen ze de informatie niet hebben kunnen onthouden. Ze waren bezig met het verwerken van de opname en de schrik dat hun familielid een psychose doormaakte.

Wat mij opviel tijdens de interviews is dat vier van de vijf familieleden zelf begonnen over hun ervaringen over de gesloten afdelingen binnen Parnassia. Alle drie hebben ze de gesloten afdeling als naar ervaren. Het gebouw was kil, ongezellig, drukke afdeling waar veel mensen waren opgenomen en de familie heeft nauwelijks informatie gekregen over de afdeling en behandeling aldaar.

Één moeder vertelt dat ze erg geschrokken was van de gesloten afdeling, ze heeft mensen horen gillen en bonken vanuit de separeerruimte en er liepen mensen over de gang in zichzelf te praten. Voor haar was het de eerste aanvaring met de gesloten afdelingen van de psychiatrie en ook de eerste opname van haar zoon. Ze wilde hem daar niet achterlaten en heeft ervoor gezorgd dat haar zoon binnen twee dagen werd overgeplaatst naar KCEP.

Een andere moeder heeft hetzelfde verhaal. Zij vond zelf dat haar zoon te goed was voor een gesloten afdeling en heeft ook haar zoon weten over te plaatsen naar KCEP. Ook voor haar was het 't eerste contact met de gesloten afdelingen van de psychiatrie. Ze waren op gesprek geweest bij de SPV en haar zoon moest gelijk blijven voor een opname. Dit was voor haar en haar man schrikken, ze hadden niet verwacht dat de opname zo snel geregeld zou zijn. Ook zij hebben er voor gezorgd dat hun zoon binnen twee dagen overgeplaatst werd naar KCEP.

De andere moeder is ook geschrokken dat haar zoon op de gesloten afdeling van Parnassia werd opgenomen. Ze was opgelucht dat haar zoon werd opgenomen om voor haarzelf druk van de ketel te halen, maar eenmaal op de afdeling schrok ze van hoe het gebouw eruit zag en de situaties die zich afspeelde op de gangen van de afdeling. Haar zoon is een aantal weken opgenomen geweest op de gesloten afdeling en is daarna overgeplaatst naar KCEP. Dit was bij haar niet bekend gemaakt, ze wist ook niets van het bestaan van KCEP. Ze schrok dat haar zoon al zo snel naar een open kliniek was overgeplaatst en was bang dat hij snel weer bij haar op de stoep zou staan.

Een zus vond de wisselende berichten die zij kreeg van de gesloten afdeling verward. Haar broer was opgenomen en ze wilde met de familie op bezoek komen. De gesloten afdeling vertelde de ene keer dat het kon en draaide het vervolgens terug zodra ze voor het bezoekuur kwamen. Haar werd medegedeeld

dat haar broer een gevaar zou vormen voor de familie en daar lieten ze het bij. Er was geen gelegenheid om extra vragen te stellen.

De literatuur beschrijft dat families vaker moeite hebben met het gedrag dan met de ziekte zelf. De familieleden bevestigen dit. Vooral de zelfzorg en de sociale contacten blijken lastig te zijn. Één moeder verteld dat ze zich daarbij neer heeft gelegd en haar zoon daarin probeert te ondersteunen door samen boodschappen te doen, hem te blijven uitnodigen voor feestjes en etentjes. Ze geven er een positieve draai aan en ondersteunen hem waar het mogelijk is. Wat ik hoorde was dat haar zoon een groot sociaal steunend netwerk om zich heen heeft wat ook een positieve uitwerking op hem heeft. Namelijk dat hij kan terugvallen op familieleden en vrienden wanneer hij een terugval heeft. Moeder geeft aan dat het in het begin lastig was om een balans te vinden tussen de verantwoordelijkheid van haar zoon en de verantwoordelijkheid van de familie. Ze wilde hem niet voortdurend op de lip zitten en hem behandelen als een kind.

6.3 Interview SPV

Beide SPV'en nodigen de familie uit om het diagnostisch interview bij hen af te nemen. Daarnaast nodigen ze de familie apart uit om op gesprek te komen. Als de diagnose van de mensen binnen ons zorgprogramma bekend is dan nodigen ze beiden de familie uit om de diagnose met hen te bespreken. Beiden doen dit in goed overleg met de mensen binnen ons zorgprogramma, zij moeten toestemming geven dat de familie erbij betrokken wordt omdat ze meerderjarig zijn. Verder geven ze beiden aan de familie mee dat ze altijd kunnen bellen met vragen.

Één SPV nodigt de familie ongeveer twee á drie keer uit om op gesprek te komen voor ondersteuning en begeleiding. Als blijkt dat de familie behoefte heeft aan meer gesprekken voor ondersteuning en begeleiding, dan verwijst ze de familie door naar collega SPV of psycholoog binnen het team. De reden hiervan is dat ze anders te veel betrokken raakt bij de familie en de behandeling is er uiteindelijk voor de mensen binnen ons zorgprogramma.

De leerling SPV heeft een afwachtende houding naar de familie toe, ze wacht af of de familie zelf met het verzoek komt voor gesprekken. Daarnaast hangt het af van de thuis situatie bij de familie. Als de SPV hierin signaleert dat extra ondersteuning en begeleiding gewenst is dan nodigt ze hen uit voor gesprekken.

Allebei de SPV'en geven de familie begeleidingsgroepen en vinden dat het aanbod zoals het er nu is voldoende informatie geeft voor de familie. De leerling SPV vind niet dat er informatie mist bij deze groepen en is tevreden zoals het nu gaat. De andere SPV heeft hier een andere mening over. Zij zou graag zien dat er een standaard aanbod is voor alle families. Op dit moment wordt er gewerkt door te kijken naar de behoefte van de familie. Als families extra ondersteuning en begeleiding wensen dan wordt die zorg geboden. Families die geen behoefte uitspreken over extra ondersteuning en begeleiding krijgen deze extra zorg niet. Zij zou graag één lijn willen trekken zodat iedereen dezelfde zorg krijgt.

Beide SPV'en krijgen positieve reacties terug van de familie over de geboden familieondersteuning in groepsverband. Vooral de herkenning die de families bij elkaar vinden is belangrijk, ze beseffen hierdoor

dat ze niet de enig zijn waarbij een familielid een psychose doormaakt of heeft doorgemaakt. De individuele begeleiding en ondersteuning wordt door de families wisselend beoordeeld. De één heeft hele positieve ervaringen en de ander vindt dat ze niet genoeg informatie krijgt.

De leerling SPV ziet dat door de psycho-educatie in groepsverband en individueel de draaglast van de families wordt verminderd.

In gesprek met beide SPV'en waren ze het erover eens dat er begeleiding en ondersteuning ontbreekt op de kliniek. Zij zouden graag zien dat we de familie betrekken bij de opname van mensen binnen ons zorgprogramma. Dat houdt in rondleiding geven, bereikbaarheid van verpleging melden, individuele psycho-educatie bieden in gesprek met de familie, informatie over de afdeling en uitleg geven over de behandeling op de KCEP. Beiden zijn ze het erover eens dat dit een taak kan zijn voor de PB'er van de opgenomen mensen in de kliniek.

Daarnaast hebben ze van verschillende families vernomen dat ze begeleiding en ondersteuning hebben gemist tijdens de opname van hun familielid in de kliniek. De families hebben vooral informatie gemist over de afdeling en de behandeling. Verder is het een aantal keer voorgekomen dat de familie niet op de hoogte was gesteld dat hun familielid met ontslag werd gestuurd. De families zijn daar toen erg van geschrokken. Voor een opname zijn er heftige situaties ontstaan in de thuissituatie die ze niet zomaar van zich af konden zetten.

6.4 Interview arts-assistent

De arts-assistent van de afdeling vindt dat hij te weinig betrokken is bij de familie van de mensen binnen ons zorgprogramma. Hij richt zich voornamelijk op de behandeling van mensen binnen ons zorgprogramma. Het is voor hem wel wenselijk om meer contact te hebben met de familie omdat er meestal een complex verhaal speelt binnen een familie wanneer een familielid een psychose doormaakt. De arts-assistent spreekt met de familie tijdens een systeemgesprek om de familie informatie te geven over het ziektebeeld. Hij hoort regelmatig dat de familie hun familielid voorziet van adviezen. Deze zijn vaak goed bedoeld, maar er zijn ook adviezen die van invloed zijn op de psychose. Door de familie te voorzien van informatie over het ziektebeeld probeert hij de familie te laten inzien dat de adviezen die gegeven worden niet bijdragen aan het herstel van hun familielid. Het gaat hier dan vooral om adviezen waarbij de familie het tegendeel probeert te bewijzen wanneer hun familielid last heeft van hallucinaties.

De arts-assistent heeft het idee dat de familie geen ondersteuning mist. De ondersteuning die nu geboden wordt vindt hij voldoende. In gesprekken met de familie merkt hij dat er behoefte is aan informatie over het ziektebeeld en dat het goed is om dit te geven in de vorm van psycho-educatie. Daarnaast ziet hij dat de familie hun beeld bijstellen nadat ze informatie hebben gehad over het ziektebeeld en hierdoor anders omgaan met de behandeling die hun familielid krijgt.

Ook de arts-assistent vindt het van belang dat er op de kliniek ondersteuning wordt geboden aan de familie van de opgenomen mensen binnen ons zorgprogramma. Juist in de kliniek omdat daar de mensen zitten die een terugval hebben gehad en dus extra zorg nodig hebben. Dat geldt niet alleen voor de opgenomen mensen, maar juist ook voor hun familielid. De familie heeft ook heftige situaties

meegemaakt voordat hun familielid werd opgenomen. Door de familie te ondersteunen kom je achter hun zorgen en kun je ze daarbij helpen.

Voor de arts-assistent is het belangrijk dat als wij als team op de kliniek ondersteuning gaan bieden aan de familie dat dit in goed overleg wordt gedaan met de SPV'en die nu de ondersteuning bieden. Hierbij kunnen we naar zijn idee gebruik maken van elkaars ervaring. De SPV'en hebben vaak al langere tijd contact met de familie en kan hierin informatie geven aan het team op de kliniek. Daarnaast vind hij dat het voor de familie duidelijk moet zijn dat de ondersteuning die geboden wordt in de kliniek tijdelijk van aard is en dat na ontslag de begeleiding wordt overgenomen door de SPV.

De ondersteuning die wij volgens de arts-assistent kunnen bieden ligt vooral op het geven van informatie aan de familie. Dat we ons daarbij richten op de situatie van hun familielid, informatie geven over het ziektebeeld, uitleg geven over de behandel mogelijkheden op de kliniek, het doel van de opname bespreken en uitleggen met wie ze contact op kunnen opnemen.

De arts-assistent heeft niet van familieleden gehoord dat ze ondersteuning hebben gemist vanuit de kliniek, maar hij heeft het idee dat de SPV dit hoort.

HOOFDSTUK 7. UITKOMSTEN LITERATUURONDERZOEK

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik de uitkomsten beschrijven van mijn literatuuronderzoek over familieondersteuning. Als eerste zal ik de behoefte van de familie beschrijven volgens de literatuur, daarop volgt familielid in crisis en als laatste steunsysteem.

7.2 Behoeft van familie

Volgens Dingemans en Pater-zijlstra (1998) *"heeft de familie in de beginfase van de ziekte moeite met het accepteren van de ziekte van de patiënt. Ze vinden het schokkend en onderkennen niet dat hun familielid ziek is. Zij hebben onderzoek gedaan naar wat de familie het moeilijkst vindt om mee om te gaan, daaruit blijkt dat ze de dagelijkse gang van zaken het lastigst vinden. De negatieve symptomen van de patiënt en de beperkingen die hij heeft op sociaal vlak is voor de familie moeilijk te begrijpen en mee om te gaan. De familie blijkt het omgaan met hun familielid in tijden van crisis niet lastig te vinden. Dit komt omdat de familie op dat moment hulp kan inroepen van professionals en hierdoor niet het gevoel heeft er alleen voor te staan."*

In de boeken die ik heb gelezen komt veelal naar voren dat de familie gebrek aan informatie ervaart en dat dit een groot gemis voor hen is. C.R. van Meer, 1991 beschrijft dit in zijn boek:

"De wensen van familieleden is dat men meer informatie wil. Het gebrek aan informatie is ook één van de grote klachten. Men wil graag weten wat er gebeurt en wat de behandeling inhoud."

Een vaak geboorde klacht van familieleden is dat hen weinig verteld wordt over wat er met de patiënt aan de hand is. Behalve dat de familieleden weinig hoorden over de diagnose, de verschijnselen van de aandoening en de prognose, werd hun vaak ook weinig verteld over de behandeling. Daarnaast was er een gebrek aan informatie over de bijwerkingen van de medicatie. Hierdoor zijn familieleden geschrokken van deze bijwerkingen."

Ook het boek van, Van Lier, Van W & Moree, M 2006 beschrijven de behoefte van de familie en maken een verdeling in verschillende typen van informatie verstrekking.

- Familieleden van patiënten hebben behoefte aan verschillende typen informatie:
- Over der ziekte en de behandeling van de patiënt
- Over de afdeling waar de patiënt verblijft, de regels van de afdeling, bezoektijden, contactpersonen
- Over de organisatie als geheel, bijvoorbeeld over cursussen psycho-educatie, de aanwezigheid van een familieraad of familievertrouwenspersoon.

Een aantal instellingen beschikt over aparte informatiecentra voor familie, aparte op familiegerichte folders en teksten op de website of een nieuwsbrief. Familieleden die vragen stellen krijgen antwoord, maar vaak geven hulpverleners uit eigen beweging slechts beperkte informatie of verwijzen familieleden niet door. Privacy blijft een heikele aangelegenheid. De terughoudendheid van hulpverleners op dit punt geeft familieleden het gevoel dat zij zelf steeds aan de bel moeten trekken. De bereikbaarheid is in veel instellingen voor verbetering vatbaar. Familieleden weten vaak niet welke hulpverlener zij moeten aanspreken. Als zij geen gehoor krijgen bij het verpleegkantoor van de afdeling ervaren ze dat als bijzonder vervelend."

Daarnaast vond ik in multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, 2005 het volgende:

"Ondersteuning van familie is vaak wenselijk. Het kan zijn dat de patiënt niets met de familie te maken wil hebben of dat de familie afhaakt (bijvoorbeeld doordat de draaglast te groot wordt). Ook kunnen familieleden andere belangen hebben dan de patiënt. Hulpverleners horen er naar te streven dat de familie betrokken blijft door hun voldoende ondersteuning te bieden.

Familieleden krijgen zowel emotionele als praktische ondersteuning. De hulpverlener informeert de familie en verwijst naar mogelijkheden voor hulp en ondersteuning."

7.3 Familielid in crisis

Dingemans en Pater-zijlstra, 1998 beschrijven in hun boek het volgende over hoe de familie omgaat met hun familielid die een psychose doormaakt:

"Wanneer een lid van de familie psychotisch gedrag vertoont is het voor de familie lastig om hier mee om te gaan. Het psychotische gezinslid vertoont vreemd en onbegrijpelijk gedrag. Ze kunnen hierbij pijnlijke dingen zeggen, waarop de familie het probeert te sussen of het tegendeel wil bewijzen. Dit werkt averechts waardoor het psychotische gezinslid nog standvastiger wordt in zijn waan en gedrag. In tijden van crisis binnen een familie is de samenwerking tussen de familie en hulpverleners het belangrijkste. Op het moment dat de familie zich gesteund voelt door de hulpverleners ontstaat er een band tussen beiden die belangrijk is voor de verdere behandeling van het psychotische gezinslid. Door de familie bij te staan om zich staande te houden, maak je de wereld voor de mens met een psychose veiliger."

Verder beschrijven Dingemans en Pater-zijlstra, 1998 dat *"wanneer een gezinslid last krijgt van een psychische ziekte, weten de patiënt en de familie vaak niet wat hen overkomt. Informatie daarover ontbreekt. Het is dan ook heel belangrijk dat de patiënt, maar ook de familie algemene informatie krijgt over psychische ziekten en in het bijzonder over de ziekte die de patiënt heeft. Deze informatie moet niet alleen met een foldertje worden overgedragen, maar moet ook mondeling toegelicht worden en er moeten vragen kunnen worden gesteld. Bij deze informatie hoort ook informatie over behandelmogelijkheden, medicatie en de werking daarvan. Medicijnen veranderen een patiënt en maken dat hij zich soms anders gaat gedragen. Als de familie hiervan niet op de hoogte is, kunnen er veel misverstanden ontstaan."*

In de ondersteuning van familieleden geven Dingemans en Pater-zijlstra, 1998 aan dat je moet letten op de schuldgevoelens van de familie:

"Bij families dien je voorzichtig om te gaan met de vragen die je hen stelt. De familie kan door bepaalde vragen het gevoel hebben dat zij de schuld krijgen van de ziekte van hun familielid. Het is raadzaam om de familie uit te nodigen om met vragen te komen, hierop kun je dan als hulpverlener antwoorden en is het vraaggericht werken wat je bied aan de familie. Veelal heeft de familie de vraag hoe je om dient te gaan met iemand die een psychose doormaakt of heeft doorgemaakt. Voor de familie zijn vooral praktisch gerichte oplossingen prettig omdat ze het meest geconfronteerd worden met het gedrag dat hun familielid vertoont wanneer hij psychose doormaakt."

Wanneer een familielid wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis is dat een heftige ervaring, Dingemans en Pater-zijlstra, 1998 beschrijven het volgende:

"En dan volgt de psychiatrische opname. Patiënt en familie gaan binnen in een andere wereld, die wel eens een hel blijkt te zijn. De eerste ontmoeting wordt door hulpverleners vaak niet zo belangrijk gevonden, maar ze zouden toch wat beter gericht kunnen zijn op het omgaan met de al dan niet zichtbare ontredde van zowel patiënt als ouders. Ze zouden kunnen proberen de patiënt wat op zijn gemak te stellen, ze zouden ouders kunnen aanspreken in plaats van ze te behandelen als de taxichauffeur en ze zelfs 's avonds even kunnen opbellen om ze bij te praten".

C.R. van Meer 1991 ondersteunt de mening van Dingemans en Pater-zijlstra, 1998 over een opname in de psychiatrie, in zijn boek beschrijft hij:

"De eerste opname in een psychiatrische ziekenhuis is een gebeurtenis die een diepe indruk achterlaat bij de patiënt en zijn familie. De opname wordt door de familie vaak als een nederlaag en tegelijk als een opluchting ervaren."

7.4 Steunsysteem

Het steunsysteem is voor mensen die een psychose hebben doorgemaakt of de ziekte schizofrenie hebben belangrijk. Dit ondersteunen Dingemans en Pater-zijlstra, 1998:

"Zonder familie en vrienden is het voor de patiënt erg moeilijk om zich staande te houden in de maatschappij. De familie is dan vaak de vaste boei, een baken waar men van op aan kan. Het gezin van herkomst haakt immers niet zo snel af. De familie wordt door dit gegeven weleens overbelast: zij is geen onuitputtelijke bron van zorg en kan niet altijd alleen maar beschikbaar zijn voor de psychische zieke. Er moeten grenzen worden gesteld en dit lukt de familie zelf vaak niet. Men gaat vaak te lang door met zorgen en zichzelf wegcijferen en dat loopt dan uit op situaties die niet wenselijk zijn en voor de patiënt soms noodlottig. Er gaat dan in de relaties meer kapot dan nodig was."

Naast het feit dat de familie belangrijk is voor deze doelgroep is het voor de familie niet altijd makkelijk om om te gaan met de heftige situaties die zich voordoen binnen een gezin. Dingemans en Pater-zijlstra, 1998 schrijven er het volgende over:

"veel families hebben nare ervaringen opgedaan en deze nog niet verwerkt. Zij willen de patiënt na een opname met alle liefde weer in het gezin opnemen, maar zien daar ook enorm tegenop. Met goede hulp van buiten zouden er afspraken gemaakt kunnen worden over waar de grenzen liggen en wat er verwacht wordt van iedereen. Op deze wijze kan gezinsbegeleiding een goede manier zijn om families te helpen om, ondanks de psychische ziekte van één van hen, op een goede manier met elkaar om te gaan en elkaar te respecteren."

Pas, van der A, 2000 gaat ervan uit dat ouders ten alle tijden het goede voor hebben met hun kind en dat het niet altijd makkelijk voor hen is om hun kind op te voeden:

"Alle ouders zijn kwetsbaar wegens de niet te realiseren opdracht die zij zichzelf hebben gesteld: het tijdloos en onvoorwaardelijk verantwoordelijk zijn voor een kind en ouders met problemen binnen het gezin zijn extra kwetsbaar. Verantwoordelijkheid en schuld liggen in ieders denken immers vlak naast elkaar."

HOOFDSTUK 8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik de conclusies en aanbevelingen beschrijven naar aanleiding van het onderzoek. Ik zal drie conclusies beschrijven en dat verdeel ik over drie punten, te weten:

Literatuur, interviews familie en de interview met collega's. Hierna volgen er vijf aanbevelingen die aansluiten op de conclusies.

8.2 Conclusies

Vanuit de literatuur komt naar voren dat familieleden informatie nodig hebben zodra hun familielid in crisis is. Ze hebben behoefte aan uitleg over het ziektebeeld en behandelmogelijkheden. Daarnaast willen ze betrokken worden bij de behandeling van hun familielid. Volgens de literatuur wil de familie weten wie ze kunnen bellen voor vragen. Dit hoor ik ook terug in de interviews die ik met de families heb gehad. Daarnaast ondersteunen de SPV'en en de arts-assistent deze meningen en zouden ook graag zien dat de PB'er contact onderhoud met de familie en hun voorziet van informatie.

Slotconclusie

Iedereen die betrokken is geweest bij dit onderzoek wenst dat er informatie gegeven wordt over de opname op KCEP aan de familie van de opgenomen patiënt. Dit wordt ook ondersteunend door de literatuur.

8.3 Aanbevelingen

Aanbeveling 1

Om familie meer ondersteuning te bieden tijdens de opname van hun familielid zal de PB'er in de eerste week van de opname contact opnemen met de familie van de opgenomen mensen binnen het zorgprogramma. De PB'er belt naar de familie en nodigt hen uit om op KCEP te komen voor een rondleiding over de afdeling. Tijdens dit contact heeft de familie de gelegenheid om vragen te stellen over de afdeling.

Aanbeveling 2

De PB'er onderhoud contact met de familie tijdens de opname van hun familielid en nodigt familie uit tot individuele psycho-eduatie. In dit contact kan de familie vragen stellen over het ziektebeeld van hun familielid en ondersteuning krijgen in het omgaan met hun familielid.

Aanbeveling 3

Familie wordt standaard uitgenodigd voor een gesprek met de arts-assistent. Deze kan de familie informatie geven over de medische behandeling van hun familielid. Dit kan de arts-assistent doen bij het opnamegesprek of binnen twee weken van opname.

Aanbeveling 4

Folder meegeven die speciaal ontworpen is voor families waarbij hun familielid is opgenomen op KCEP. Hierin staat kort uitgelegd wat opname op de kliniek inhoudt en bij wie ze met vragen contact kunnen opnemen.

Aanbeveling 5

De folder die ik ontworpen heb kan ook ontworpen worden voor de gesloten afdelingen binnen Parnassia. De inhoud van de folder zal dan aangepast moeten worden op de werkwijze binnen de gesloten afdelingen. Deze folders kunnen dan ook op de ambulante locatie worden verspreid onder familieleden zodra hun familielid geïndiceerd is voor opname op een gesloten afdeling.

ZORGPRODUCT

Werkwijze zorgproduct

Dit zorgproduct zal op de ambulante locatie van CEP komen te liggen en worden uitgereikt aan de familie wanneer opname bij een familielid geïndiceerd is. Deze folder zal ook op de gesloten afdelingen van Parnassia komen te liggen waar mensen uit ons zorgprogramma mogelijk worden opgenomen. Familieleden kunnen de folder meekrijgen zodra hun familielid met ontslag gaat van de gesloten afdeling.

Door het op deze locaties te verspreiden aan familieleden weten ze van het bestaan van KCEP en weten voorafgaand aan de behandeling wat ze kunnen verwachten zodra hun familielid wordt opgenomen op KCEP.

EVALUATIE

Voor mijn afstudeerproject heb ik bewust gekozen om het alleen te doen. Na vier jaar lang te hebben moeten werken in groepjes wilde ik me dit jaar niet schikken naar andermans agenda. Daarnaast vond ik het voor mezelf een goede uitdaging om het alleen te doen. In het begin wilde ik het niet alleen doen vanuit onzekerheid. De gedachte dat ik het hele onderzoek zelf moest opzetten vond ik erg spannend. Zeker ook omdat het in het derde jaar waarbij we in een groep onderzoek moesten uitvoeren compleet mis is gegaan. Omdat ik tijdens deze opdracht niet goed had kunnen "oefenen" met het maken van een onderzoek heb ik getwijfeld of ik het afstudeerproject wel helemaal alleen zou kunnen. Door de les van Emily Gomperts heb ik mijn onzekerheid losgelaten en heb ervoor gekozen het alleen te doen. Emily zei in haar les: *"Als je besluit het afstudeerproject samen te doen, doe dat dan uit goede overwegingen. Ga niet samen aan de slag uit onzekerheid omdat je dan geen goede steun aan elkaar hebt en op elkaar gaat leunen."*

Het maken van het startdocument heeft nogal wat voeten in de aarde gehad. Ik vond het erg lastig om concreet te zijn in wat ik wilde gaan doen met mijn afstudeerproject. Hierdoor heb ik naast mijn begeleider Patrick Hoff ook andere personen erbij betrokken om feedback te geven om mijn startdocument. In totaal hebben drie mensen ernaar gekeken en alle drie hadden ze andere feedback. Doordat het voor mij alleen maar onduidelijker werd heb ik niet meer gevraagd of andere mensen het stuk wilden lezen en heb ik alleen de feedback aangenomen van mijn begeleider. Dat gaf ook rust omdat het voor mij nu duidelijk was wat ik moest aanpassen in mijn startdocument.

Het formuleren van de probleemstelling en doelstelling vond ik lastig. Ik heb het startdocument aardig wat keren moeten aanpassen, maar uiteindelijk in maart 2007 had ik een GO. Doordat ik op dat moment pas een GO had voor mijn onderzoek moest ik in korte tijd mijn gehele onderzoek uitvoeren. Ik ben op dat moment keihard aan de slag gegaan om de deadline van 23 april te halen.

Het onderzoek verliep zonder problemen, alles wat ik wilde doen is me gelukt. Ook de interviews met familieleden en collega's verliep goed. Het fijne voor mijn onderzoek was dat alles met elkaar overeenkwam. Zowel de literatuur als de familieleden en collega's vonden het belangrijk om de familie bij de behandeling te betrekken en te voorzien van informatie. Doordat alles goed op elkaar aansloot waren er geen verassingen in mijn onderzoek waar ik creatief mee om hoefde te gaan.

Alles sloot dus aan op mijn probleemoriëntatie die ik had gemaakt voor het onderzoek.

Als ik kijk naar het eindresultaat mijn afstudeerproject dan ben ik zeer tevreden. Dat ik dit verslag zelf heb gemaakt in de korte tijd die ik ervoor had ben ik trots op mijn prestatie. Zeker mijn zorgproduct vind ik erg mooi geworden. Doordat ik het afstudeerproject voor mijn gevoel goed heb afgerond ga ik er ook zeker verder mee op het werk. Mijn collega's heb ik in de tussentijd ook op de hoogte gehouden van het onderzoek en hen mijn folder laten zijn en allen waren ze enthousiast. Ik heb dit verslag dus niet alleen geschreven voor mijn afstuderen, maar ben ook echt van plan het te gaan implementeren op mijn werkplek.

LITERATUUROVERZICHT

Boeken

Dingemans, P.M. & Pater- Zijlstra, de M.A. (1998) *Gezinsbegeleiding bij psychotische patiënten; een aanzet tot transmurale hulpverlening*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Meer, van C.R.(1991), *Schizofrenie van nabij*, Delft: Eburon.

Pas, van der A (2000), *Handboek methodische ouderbegeleiding*, Rotterdam: Ad Donker bv..

Readers

Aalders, H & Peperstraten, van H. (2000), *Duurzame zorg voor mensen met psychotische stoornissen; Psycho educatie werkboek voor deelnemers*, Den Haag: Parnassia, Psycho medisch centrum.

Duin, van D, Boerema, I & Hofstra, K & Henkelman, L (2005), *Samenvatting multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*, Utrecht: Trimbos-instituut.

Lier, van W & Moree, M (2006), *Familiebeleid in de GGZ: van moeilijkheden naar mogelijkheden*. NIZW zorg.

Peperstraten, van H (2002), *Voor het eerst een psychose; psycho educatie werkboek voor deelnemers*, Den Haag: Parnassia, Psycho medisch centrum.

HKZ Handboek CEP, 2007: Parnassia Den Haag.

Studentenstatuut deel 2, onderwijs & examenregeling en studiegids Sociaal Pedagogische Hulpverlening deeltijd en duale opleiding, 2006-2007: Haagse Hogeschool, Den Haag.

Geraadpleegde literatuur

Baarda, D.B. & Goede, de M.P.M. & Teunissen, J (2005), *Basisboek kwalitatief onderzoek*.

Griez, E, Honig, A & Os, van J & Verhey, F (2003), *Beknopte psychiatrie*, Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Heus, T (2000), *Methodiek in de gespecialiseerde gezinsbegeleiding*, Baarn: H. Nelissen B.V.

Keken, van H (2006), *Voor het onderzoek*: Boom onderwijs.

Kuipers, L & Lam, D & Leff, J.(1998), *Werken met gezinnen bij schizofrenie*, Utrecht: Paul Roosenstein

Pas, van der A (1999), *Ouderbegeleiding, tussen ergernis en bekommernis*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

W. Vandereycken & R. van Deth (2004), *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Internet

www.schizofrenieplein.nl

www.psychoseplein.nl

www.ypsilon.nl

www.parnassia.nl

www.trimbos.nl

www.hulpgids.nl

BIJLAGE 1. INTERVIEW VRAGEN

Familie

- Weet u welke ondersteuning wij bieden op CEP?
- Heeft u een uitnodiging gekregen voor familieondersteuning, zo ja op welke wijze?
- De familieondersteuning die geboden wordt zoals psycho educatie en de lotgenotengroep, hoe heeft u dit ervaren?
- Voelt u zich gesteund door de aangeboden ondersteuning van CEP?
- Welk familielid van u is op dit moment opgenomen of in het verleden opgenomen geweest op KCEP?
- Hoe bent u betrokken bij de opname van uw familielid?
- Bent u weleens op de kliniek geweest tijdens de opname van u familielid, zo ja hoe was dit en zo nee waarom niet?
- Heeft u iets gemist tijdens de opname van u familielid op KCEP, zo ja wat heeft u gemist?

Collega's

- Wat is je functie binnen CEP?
- Op welke wijze ben je betrokken bij de familie van patiënten die in behandeling zijn?
- Hoe ervaar jij de aangeboden ondersteuning aan familie vanuit CEP?
- Welke ervaringen krijg jij terug van de familie ten aanzien van de aangeboden ondersteuning?
- Ontbreekt er bij jou inziens iets aan ondersteuning vanuit CEP, zo ja wat?
- Vind je dat er op de kliniek ondersteuning geboden moet worden? Zo ja, hoe zie je dat?
- Hoor jij van de familie terug dat zij ondersteuning hebben gemist vanuit KCEP? Zo ja wat houdt dat in?

BIJLAGE 2. ONDERZOEKSRESULTATEN

Interview Rutger (arts assistent)

Wat is je functie binnen CEP?

Arts assistent van de afdeling CEP ben er voor opnames en vervolg consult van de patiënt tijdens zijn opname.

Op welke wijze ben je betrokken bij de familie van patiënten die in behandeling zijn?

Alleen indirect, ik behandel de patiënt zelf en natuurlijk blijkt dat er een heel systeem om heen zit van ouders, broers zussen die ook heel bezorgd zijn om de patiënt.

Wat doe je met de familie van de patiënt?

Zelf vind ik te weinig, dat vind ik jammer omdat de patiënt vaak een heel complex verhaal met zich meebrengt. Dat verhaal wordt vaak gecompliceerd om dat daar ook de hele familie om heen staat en de patiënt voorziet van adviezen. Wat soms goede adviezen zijn, maar ook minder goede adviezen wat voor mijn gevoel ook doorwerkt in het ziektebeeld van de patiënt. Dat kost extra tijd om daar aandacht aan te besteden en achter dat verhaal te komen. Dus wat ik in de praktijk doe is dat ik systeemgesprekken voer met de familie van de patiënt. Dat is eigenlijk het enige wat ik doe met het systeem van de patiënt.

Hoe ervaar jij de aangeboden ondersteuning aan familie van CEP?

Ik ben blij dat het plaats vind, maar ik ben er nog nooit bij geweest. Dat is misschien wel een keer goed om te doen. Ik heb niet het idee dat ouders daar iets in missen er is nu een hele duidelijke structuur in wat de familie aangeboden krijgt en ze dat ze daarbij ondersteund worden. Ik merk vaak in systeem gesprekken dat er behoefte is aan kennis over het ziektebeeld. Ik merk ook wel eens dat ouders tegendraads zijn in de behandeling en andere ideeën hebben. Ik denk dat d.m.v. de psycho-educatie die geboden wordt ouders daar anders naar kunnen gaan kijken op den duur.

Welke ervaringen krijg jij terug van de familie ten aanzien van de aangeboden ondersteuning?

Ja, dat heb ik vaak gehad. Een voorbeeld daarvan is dhr. J., die had een vader die erg bezorgd was om zijn zoon. Dat vond ik wel heel inzichtgevend dat was echt een betrokken vader die zei ik weet te weinig over de diagnose van mijn zoon. We hebben toen de vader na lange gesprekken ervan overtuigd van kijk dit is wat we kunnen doen, we willen wel meer, maar er zijn ook maatschappelijke factoren die invloed hebben op zijn situatie. Bijvoorbeeld dat het heel erg makkelijk is om aan weed te komen, daar hebben we hem van op de hoogte gebracht. Daarnaast gesproken over de behandeling, ziektebeeld en ook over alle andere invloeden die bijdragen aan het feit dat zijn zoon nog steeds ziek is. Het is prettig dat je op deze manier achter de zorgen komt van de familie.

Vind je dat er op de kliniek ondersteuning geboden moet worden? Zo ja, hoe zie je dat?

Dat vind ik echt jammer. Nu is het zo geregeld dat de polikliniek een centraal punt is vanwaar alles geregeld wordt. Bij een acute terugval van de patiënt waarbij ze terug moeten naar de kliniek en dan daarna weer terug naar de poli dat wordt eigenlijk vind ik als een periode vervelend afgedaan en dan moet de patiënt even bij komen een Time out zoals we dat weleens noemen. Terwijl ik denk dat juist op het acute moment als het echt even niet goed gaat dat de zorg dan juist het grootst is. Wij krijgen op dat

moment ook een beter beeld hebben van wat er gebeurt dan op de polikliniek, want op dat moment verdwijnt de patiënt op de poli omdat ze onder onze zorg vallen. Dat het dan ook goed is om de ouders/familie te begeleiden vanuit de kliniek.

Dus eigenlijk zou je dat terug willen zien op de kliniek, maar hoe zie je dit voor je, welk beeld heb je daarbij?

Ik denk dat het niet handig is dat er gescheiden gewerkt wordt, dus poliklinisch en op de kliniek. Het zou mooi zijn als er overleg is tussen beiden en dat er van elkaars ervaring gebruik gemaakt kan worden. Dat het wel medewerkers van de kliniek zijn die de familiebegeleiding gaan overnemen, omdat deze dicht bij de patiënt staan en de informatie gaan overdragen. Ik denk dat er dan wel goed overlegd moet worden en dat medewerkers van de kliniek niet op eigen houtje aan de slag moeten gaan, maar overleggen met de collega's die al op de lange termijn ervaring hebben met de familie van de patiënt. Dat we daarbij een onderscheiding maken dat de kliniek een korte termijn ondersteuning bieden tijdens de opname van de patiënt en dat de poli het weer over neemt zodra de patiënt met ontslag gaat.

En heb je ideeën wat wij als verpleegkundig team kunnen bieden daarin. Ambulant geeft de psychoeducatie en de groepsbijeenkomst aan familie. Ik denk dat het dan niet handig is dat wij dat hier dan ook gaan doen?

Ik denk dat we ouders moeten voorlichten over wat er precies gebeurt is met de patiënt en daarin voorlichting geven over hoe het ziektebeeld kan verlopen. Familie daarin ook geruststellen en ze de kaders aangeven van de behandeling hier op de afdeling. Dus wie doet wat tijdens een opname en de ouders laten weten bij wie ze kunnen komen met vragen. Dat ouders dus het doel in gaan zien van een opname. Ze hebben dan een beeld van wat wij hier doen op de kliniek. Het komt er dus op neer dat we ouders duidelijkheid geven over de opname op de kliniek.

Hoor jij van de familie terug dat zij ondersteuning hebben gemist vanuit KCEP? Zo ja wat houdt dat in? Nee, dit heb ik niet terug gehoord van ouders, maar dat is denk ik iets wat de SPV te horen krijgt.

Interview SPV zorgcoördinator

Wat is je functie binnen CEP?

Ik ben de zorgcoördinator van ambulante CEP en werk daar als SPV.

Op welke wijze ben je betrokken bij de familie van patiënten die in behandeling zijn?

Ik neem de IRAOS af bij de familieleden voor de diagnostiek, nodig de familie uit voor ondersteunende gesprekken, nodig de familie uit zodra de diagnose wordt besproken, geef de familie individuele psycho-educatie over het ziektebeeld en de familie kan mij bellen als ze vragen hebben. Daarnaast geef ik in groepsverband de psycho-educatie aan familie. Als de familie meer ondersteuning nodig hebben dan verwijst ik ze door naar mijn andere collega's SPV'en of naar de psycholoog van de afdeling.

Hoe ervaar jij de aangeboden ondersteuning aan familie vanuit CEP?

Het zou naar mijn idee wel meer mogen. Nu is het zo dat families die aangeven meer ondersteuning nodig te hebben dat ze dit ook krijgen en de families die dat misschien ook nodig hebben, maar het niet zeggen krijgen geen extra ondersteuning. Ik zou graag zien dat er een standaard protocol komt die alle families doorlopen, dus geen uitzonderingen, iedereen heeft recht op dezelfde ondersteuning.

Welke ervaringen krijg jij terug van de familie ten aanzien van de aangeboden ondersteuning?

Ik krijg positieve reacties terug van de familie. Ze waarderen de ondersteuning in groepsbijeenkomsten omdat ze herkenning bij elkaar vinden. Het zijn lotgenoten van elkaar. Daarnaast hoor ik van families dat ze de bereikbaarheid van de SPV'en goed vinden, ze hebben het gevoel hier terecht te kunnen met vragen. De individuele ondersteuning die geboden wordt wisselt de ene familie heeft nooit genoeg informatie en vind de individuele ondersteuning summier en de andere familie heeft genoeg ondersteuning en zijn altijd positief.

Ontbreekt er bij jou inziens iets aan ondersteuning vanuit CEP, zo ja wat?

Die ondersteuning die geboden wordt vanuit ambulante in groepsverband niet, maar zoals ik al bij vraag drie heb geantwoord vind ik dat dat nog ontbreekt.

Vind je dat er op de kliniek ondersteuning geboden moet worden? Zo ja, hoe zie je dat?

Juist op de kliniek omdat hun familielid in crisis is. Ik denk dan aan informatie over de afdeling, de behandeling met hen bespreken. Ik vind dat de PB'ers deze taak op zich kunnen nemen zij begeleiden de patiënt en kunnen de informatie hiervan bespreken met de familie. Daarnaast zou ik voorstander zijn dat de familie standaard wordt uitgenodigd om bij het opnamegesprek aanwezig te zijn. Op deze manier kan er ook aan de familie worden uitgelegd wat de bedoeling is van een opname en ze kunnen informatie geven over de patiënt en zijn situatie.

Hoor jij van de familie terug dat zij ondersteuning hebben gemist vanuit KCEP? Zo ja wat houdt dat in?

Ja ik heb van familie terug gehoord dat ze informatie van de afdeling hebben gemist. Vooral bij opname en ontslag, ik heb meegemaakt dat de familie helemaal niet op de hoogte was van de opname of het ontslag van hun familielid. De familie schrikt daarvan, ineens staat hun familielid op de stoep waar heftige situaties zijn voorgevallen voor de opname. Dus nog een toevoeging op wat er ontbreekt: de familie bellen bij opname en ontslag!

Interview leerling SPV

Wat is je functie binnen CEP?

Ik ben leerling SPV op CEP

Op welke wijze ben je betrokken bij de familie van patiënten die in behandeling zijn?

Ik heb contact met de familie als de patiënt hier toestemming voor geeft. Daarnaast spreek ik de familie als zij aangeven hier behoefte aan te hebben. Ik doe standaard de IRAOS afnemen bij de familie, nodig ze uit voor de intake van de patiënt en nodig ze in overleg met de patiënt uit voor de diagnose bespreking.

Hoe ervaar jij de aangeboden ondersteuning aan familie vanuit CEP?

De aangeboden ondersteuning zoals we die nu bieden vind ik goed, ik heb hier geen aanvullingen op of dingen die anders zouden moeten gaan.

Welke ervaringen krijg jij terug van de familie ten aanzien van de aangeboden ondersteuning?

De families die ik daarover gesproken heb zijn positief over de groepsbijeenkomsten. Wat ik ook zie is dat de draaglast voor de familie verminderd als ze naar die ondersteuningsgroepen zijn geweest. Voor hen wordt het duidelijk dat ze niet alle verantwoordelijkheid hoeven te dragen voor hun familielid en hierdoor raken ze minder belast. Dat zie ik ook gebeuren in de individuele gesprekken met de familie.

Ontbreekt er bij jou inziens iets aan ondersteuning vanuit CEP, zo ja wat?

Nee, zoals het nu is is het naar mijn idee voldoende.

Vind je dat er op de kliniek ondersteuning geboden moet worden? Zo ja, hoe zie je dat?

Ja, ik zou graag willen zien dat de familie betrokken wordt bij een opname op de kliniek. Door ze uit te nodigen voor een gesprek en ze hierin informatie geven over de afdeling. Daarnaast een gastvrije houding hebben naar de familie toe, leg uit wie ze kunnen bereiken en wie wie is binnen de afdeling.

Hoor jij van de familie terug dat zij ondersteuning hebben gemist vanuit KCEP? Zo ja wat houdt dat in?

In ieder geval hoor ik dat ze informatie missen over de afdeling, wat gebeurt er op de afdeling en wat houdt het programma van de afdeling in. Daarnaast vinden families het lastig dat er geen contact met hen wordt opgenomen en ervaren ze het als een drempel om zelf te bellen en te informeren over hun familielid.

Interview familie 1

Weet u welke ondersteuning wij bieden op CEP?

Ja de psycho-educaties in groepsverband en de ondersteuningsgroepen in groepsverband.

Heeft u een uitnodiging gekregen voor familieondersteuning, zo ja op welke wijze?

Ik ben in een gesprek uitgenodigd om deel te nemen aan de ondersteuningsgroepen in groepsverband. Voor de psycho-educatie ben ik per brief uitgenodigd.

De familieondersteuning die geboden wordt zoals psycho educatie en de lotgenotengroep, hoe heeft u dit ervaren?

Ik vond dat er in de groepen teveel mensen aan het woord waren, deze vertelde verhalen die naar mijn mening er niet toe deden. Ik heb wel voldoende informatie gekregen over het ziektebeeld, maar ik vond het jammer dat het daartoe beperkt bleef.

Wat bedoelt u hiermee?

Nou dat het eigenlijk alleen maar ging over informatie over het ziektebeeld, maar dat er geen informatie werd gegeven over hoe je om kunt gaan met het gedrag wat daarbij hoort. Dat ervaar ik zelf als een gemis. Ik zit namelijk met mijn zoon waarbij ik het erg lastig vind om om te gaan met zijn gedrag.

Voelt u zich gesteund door de aangeboden ondersteuning van CEP?

Nou ja alleen dan dat ik informatie kreeg over het ziektebeeld, daarnaast voel ik me niet gesteund. Ik zit hier namelijk met mijn zoon waarbij ik niet kan omgaan met zijn gedrag en dan wordt er wel gezegd dat ik dat moet los laten, maar dat vind ik nogal lastig.

Welk familielid van u is op dit moment opgenomen of in het verleden opgenomen geweest op KCEP?

Mijn zoon

Hoe bent u betrokken bij de opname van uw familielid?

Voor de eerste opname van mijn zoon was ik bij het gesprek met de SPV, deze besloot toen abrupt dat hij opgenomen moest worden.

Hoe was dat voor u?

Dat is schrikken natuurlijk, je denkt ik ga op gesprek en daarna weer naar huis en het volgende moment sta je op een gesloten afdeling van Parnassia.

Hoe was dat op de gesloten afdeling?

Heftig, je ziet daar mensen rond lopen die behoorlijk ziek zijn en daar schrik je van. Ik dacht ook moet mijn zoon hier blijven, zo ziek is hij toch niet. Binnen twee dagen heb ik ervoor gezorgd dat hij over kon naar de KCEP, hij werd nog gekker op de gesloten afdeling.

En toen werd hij overgeplaatst naar de KCEP, hoe was dat voor u?

In ieder geval een geruststelling dat hij weg was vanuit de gesloten afdeling, maar dan kom je op de open afdeling en daar was ook geen gezelligheid. De verpleging heb ik daar geen een keer gezien en ik wist niets over de gang van zaken op de afdeling.

Heeft u iets gemist tijdens de opname van u familielid op KCEP, zo ja wat heeft u gemist?

Informatie over de behandeling van mijn zoon, wat gebeurt er op een afdeling en dat er geen contact met ons werd gezocht. Ik heb het zelf als een drempel ervaren om contact te zoeken met de verpleging en vond het eigenlijk de taak van de verpleging.

Interview familie 2

Weet u welke ondersteuning wij bieden op CEP?

Ja, ik weet dat er ondersteuningsgesprekken zijn met de SPV en dat er psycho-eduatie gegeven wordt.

Heeft u een uitnodiging gekregen voor familieondersteuning, zo ja op welke wijze?

Ik ben uitgenodigd via een brief voor de psycho-eduatie voor het eerst een psychose en voor de andere groep over schizofrenie ben ik via mijn zoon uitgenodigd.

Hoe is dat gegaan?

Nou ik wilde het niet achter zijn rug om doen en in samenspraak met hem beslissen of ik daar naartoe ging. Het was voor mij ook lastig omdat ik er eigenlijk niet naar toe wilde omdat ik niet wilde erkennen dat mijn zoon schizofrenie heeft. Ik was ook zo geschrokken van de diagnose en ik dacht alleen maar mijn zoon heeft dit niet. Ik had namelijk het oude beeld van vroeger in gedachten.

Uiteindelijk bent u wel gegaan, hoe is dat gegaan?

Ik ben door de SPV van mijn zoon overgehaald die heeft me ervan overtuigd dat het goed was om er naar toe te gaan.

U bent dus naar de ondersteuningsgroepen gegaan, maar hoe heeft u dit?

Heel erg positief, ben erg blij dat ik naar die groepen gegaan ben omdat ik het oude beeld van vroeger heb kunnen loslaten want dat klopte niet. Door deze groepen heb ik meer informatie gekregen en heb ik durven erkennen dat mijn zoon schizofrenie heeft.

Voelt u zich gesteund door de aangeboden ondersteuning van CEP?

Ik voelde me wel gesteund door de groepen, ben erg positief gesteld over de SPV'en die deze groepen begeleide. Ik vond ook herkenning bij andere families, ik was dus niet de enige er waren er meer waarvan een familielid schizofrenie heeft. In de groep heb ik mijn verhaal kwijt gekund. Wat ik nog wel lastig vond in deze groepen was de verhalen van andere gezinnen aanhoren.

Kunt u daar iets meer over vertellen?

Nou je zit zo met je eigen problemen en dat is al vaak te veel en de verhalen van andere families grijpt je ook aan waardoor je een extra portie zwaarte erbij krijgt.

Welk familielid van u is op dit moment opgenomen of in het verleden opgenomen geweest op KCEP?

Mijn zoon

Hoe bent u betrokken bij de opname van uw familielid?

Ik ben betrokken geweest bij de opname van mijn zoon toe hij werd opgenomen op een gesloten afdeling en dat was verschrikkelijk om te zien wat daar allemaal gebeurt.

Kunt u voorbeelden geven?

Nou ja je ziet mensen over de gangen lopen die je aanstaren, ik heb mensen horen gillen en bonken vanuit de separeercellen. Dat was voor mij een angstige ervaring en het erge was dat ik mijn kind daar achter moest laten.

Wat heeft u toen gedaan?

Ik heb ervoor gezorgd dat hij over werd geplaatst naar de open afdeling, ik vond hem te goed om tussen al die zieke mensen te laten zitten. Gelukkig vond de SPV dit ook en heeft de opname op de KCEP geregeld.

Bent u weleens op de kliniek geweest tijdens de opname van u familielid, zo ja hoe was dit en zo nee waarom niet?

Ik ben er weleens geweest, niet vaak omdat mijn zoon vrijheden had om buiten de afdeling activiteiten te ondernemen. De verpleging op de afdeling hebben wel informatie gegeven over de afdeling en waren bereid vragen te beantwoorden. Maar je zit zo vol in je hoofd met de situatie dat je zoon word opgenomen dat ik het niet heb kunnen onthouden.

Heeft u iets gemist tijdens de opname van u familielid op KCEP, zo ja wat heeft u gemist?

Ik heb vooral gemist dat ik geen handvatten heb gekregen om om te leren gaan met het gedrag van mijn zoon. Bijvoorbeeld de slechte zelfzorg, moeite om sociale contacten aan te gaan. Ik heb me erbij neergelegd en probeer mijn zoon daarin te ondersteunen door samen met hem deze activiteiten op te pakken. Het fijne is ook dat niemand van zijn familie of sociale netwerk hem heeft laten vallen. Iedereen betreft hem nog bij activiteiten.

Interview familie 3

Weet u welke ondersteuning wij bieden op CEP?

Geen idee, ik ben nog niet uitgenodigd voor ondersteuning.

Weet u wat de reden hiervan is?

Ik denk dat het te maken heeft dat mijn broer net in zorg is gekomen.

Welk familielid van u is op dit moment opgenomen of in het verleden opgenomen geweest op KCEP?

Mijn broer is op dit moment opgenomen.

Hoe bent u betrokken bij de opname van uw familielid?

Ik ben betrokken geweest bij de opname van mijn broer. Hij is eerst opgenomen geweest op de gesloten afdeling van Parnassia. Dit was voor ons als familie geen prettige ervaring. Vanuit deze afdeling kwam veel onduidelijkheid over of we hem mochten bezoeken. Het ene moment mochten we op bezoek komen en het volgende moment kon dit weer niet. Er werd gezegd dat mijn broer een gevaar vormde voor de familie en dat was het enige wat ze gezegd hebben. We konden geen vragen stellen, niets.

Bent u weleens op de kliniek geweest tijdens de opname van u familielid, zo ja hoe was dit enzo nee waarom niet?

Ik ben er weleens geweest, niet vaak omdat mijn broer naar buiten mocht en dus naar huis kon komen. Ik vond de afdeling er prettiger uitzien dan de gesloten afdeling. In ieder geval was het er een stuk rustiger.

Heeft u iets gemist tijdens de opname van u familielid op KCEP, zo ja wat heeft u gemist?

Informatie over de afdeling heb ik niet gekregen, ik wist ook eigenlijk niet wat de bedoeling was van de behandeling. Het was voor mij ook fijn geweest als ik had geweten wie ik had kunnen bellen voor vragen.

Interview familie 4

Weet u welke ondersteuning wij bieden op CEP?

Ja, ik weet dat er ondersteuningsgroepen gegeven worden in groepsverband.

Heeft u een uitnodiging gekregen voor familieondersteuning, zo ja op welke wijze?

Ik heb een brief ontvangen waarop ik uitgenodigd werd voor de groepen

De familieondersteuning die geboden wordt zoals psycho educatie en de lotgenotengroep, hoe heeft u dit ervaren?

Ik heb dit positief ervaren, ik heb er steun gevonden bij andere families. Vooral de verhalen van andere families hebben indruk op mij gemaakt. Ik merkte dat ik dus niet de enige was waarbij een familielid ziek is.

Voelt u zich gesteund door de aangeboden ondersteuning van CEP?

Ik heb me zeker gesteund gevoeld door de ondersteuning. De ondersteuning van uit de SPV ben ik zeer tevreden. Ze neemt de tijd om vragen te stellen en ik kan een afspraak maken wanneer ik dat nodig vindt.

Ervaart u het als een drempel om zelf een afspraak te maken?

Nee, het contact is heel open tussen de SPV en mij dus ik bel wanneer ik haar nodig heb.

Welk familielid van u is op dit moment opgenomen of in het verleden opgenomen geweest op KCEP?

Mijn zoon

Hoe bent u betrokken bij de opname van uw familielid?

Ik weet dat hij is opgenomen geweest op KCEP dat werd toen besloten in het gesprek met de SPV, echter heb ik niets vernomen van KCEP toen mijn zoon daar was opgenomen.

Bent u weleens op de kliniek geweest tijdens de opname van u familielid, zo ja hoe was dit en zo nee waarom niet?

Ik ben weleens op de kliniek geweest voor bezoeken van mijn zoon, maar meestal kwam hij naar huis of ondernamen we activiteiten buiten de afdeling aangezien hij de vrijheid had om van de afdeling af te gaan.

Heeft u iets gemist tijdens de opname van u familielid op KCEP, zo ja wat heeft u gemist?

Wat me is tegengevallen is dat ik geen informatie heb gekregen van KCEP. Ik wist niet wat de opname inhoud of wat er gedaan werd met mijn zoon. Ik had ook geen idee wie ik kon bellen voor vragen over de behandeling.

Interview familie 5

Weet u welke ondersteuning wij bieden op CEP?

In eerste instantie niet, heb overal foldertjes vandaan gehaald bijvoorbeeld op internet. Bij ons als familie is de informatie ook fout gegaan in eerste instantie. Bij zijn eerste opname op de gesloten afdeling was er geen folder voor handen en werd er gezegd kijk maar op het internet. Vervolgens ben ik gaan kijken, maar er kwam zoveel informatie op me af dat ik dat niet kon bolwerken. Ik zat natuurlijk ook met mijn eigen gemoedstoestand, mijn zoon was opgenomen en daar was ik mee bezig. Ik weet nu dat CEP ondersteuningsgroepen heeft voor de familie en ik weet ook dat Parnassia een aantal informatie bijeenkomsten heeft over verschillende onderwerpen.

Bent u daar ook weleens naar toe geweest?

Ik ben toen naar een informatie avond geweest over psychose.

Hoe was dat?

Wat voor mij lastig was in deze bijeenkomst was dat er ouders en familieleden waren die al meerdere opnames hadden meegemaakt. Het waren doorgewinterde ouders zal ik maar zeggen. Ik zat op dat moment in een heel ander stadium, voor mij was het de eerste keer dat mijn zoon was opgenomen en dat was voor mij heel lastig. Daarnaast hoorde ik dat alle familieleden zo in de weer waren met hun kind dat ik daarvan geschrokken ben, alles draaide alleen maar om hun kind. Ik wilde dat niet, ik heb ook nog drie andere kinderen en die hebben ook aandacht nodig.

De familieondersteuning die geboden wordt zoals psycho educatie en de lotgenotengroep, hoe heeft u dit ervaren?

In eerste instantie was ik daar niet zo happig op, ik dacht dat als ik die ellende van andere families erbij krijg dan wordt me dat teveel. Doordat de SPV mij heeft opgeven en me dat ene zetje heeft gegeven om er toch naar toe te gaan, was ik blij dat ik was gegaan. Het was een goede bijeenkomst, het viel me alleszins mee. Het waren ook emotionele bijeenkomsten omdat je daar ook je verhaal aan het vertellen bent, maar ik merkte dat me dit ook opluchtte. Ik zou wel willen meegeven dat de gespreksleiders in het vervolg letten op het sturen van zo een bijeenkomst. Dit omdat er families waren die lang aan het woord waren wat een verzwarende werking had op de groep.

Voelt u zich gesteund door de aangeboden ondersteuning van CEP?

Ja zeker het contact met de SPV omdat deze me heel veel duidelijkheid verschaftte over zijn behandeling en hoe de opname in zijn gang gaat. Zij geeft me erg veel steun, zeker wanneer mijn zoon wordt opgenomen in de kliniek spreken we elkaar regelmatig. Dat geeft voor mij het gevoel dat ik er met al mijn vragen en problemen terecht kan er is een vertrouwensband tussen ons.

Welk familielid van u is op dit moment opgenomen of in het verleden opgenomen geweest op KCEP?

Mijn zoon

Hoe bent u betrokken bij de opname van uw familielid?

Ik ben bij al zijn opnames betrokken geweest. Wat voor mij lastig was dat ik tijdens zijn eerste opname niet wist dat er naast de gesloten afdeling er een open afdeling bestond in dit geval dus CEP. Met name bij zijn eerste opname en zijn tweede. Ik sta er nu anders in, heb meer afstand genomen omdat het me anders gaat opbreken. Mijn zoon hangt tijdens een opname erg aan mij en ik kan dat dan niet aan. Het geeft me op deze manier meer rust en ik heb ook het gevoel omdat ik nu weet hoe alles in zijn werk gaat het kan loslaten. Ik hoef niet meer te controleren of alles met zijn medicatie is geregeld.

Bent u weleens op de kliniek geweest tijdens de opname van u familielid, zo ja hoe was dit en zo nee waarom niet?

Ja ben er regelmatig geweest, heb een goede indruk van de kliniek, ziet er gezellig uit.

Heeft u iets gemist tijdens de opname van u familielid op KCEP, zo ja wat heeft u gemist?

Ik heb vooral informatie gemist vanuit de afdeling hoe gaat het proces van opname en ontslag in zijn werk. Ik was bang dat mijn zoon binnenkort weer op de stoep zou staan zonder dat ik daar iets van af wist. Daarnaast heb ik het gemist dat ik niet op de hoogte was wat opname inhield.

Weekendverlof

Weekendverlof wordt altijd besproken en in overleg gedaan met de persoonlijk begeleider. De weekopening en weeksluiting worden gebruikt om het weekendverlof voor en na te bespreken.

Het weekendverlof wordt rustig opgebouwd. Zo is het in de eerste week waarin uw familielid is opgenomen mogelijk om dagdelen op verlof te gaan. In de tweede week kan er één nacht verlof worden aangevraagd en daarna mag uw familielid twee nachten op verlof.

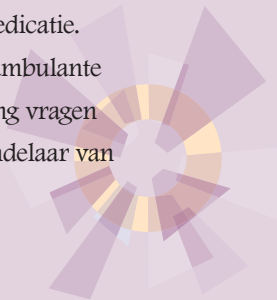
Het weekend begint vrijdagmiddag om 15.30 uur en eindigt zondagavond om 22.00 uur.

Verlofdagen op een doordeweekse dag kunnen alleen bij uitzondering.

Wat bij ontslag

Wanneer uw familielid toe is aan ontslag van de kliniek zal dit ook naar u worden gecommuniceerd. Dit wordt besloten in een gesprek tussen de arts-assistent, de persoonlijk begeleider en uw familielid. Op dat moment wordt er een afspraak gemaakt bij de ambulante behandelaar (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige) en krijgt uw familielid een recept mee voor zijn medicatie.

De behandeling zal zich verder voortzetten op de ambulante locatie. Mocht u tijdens deze ambulante behandeling vragen hebben dan kunt u contact opnemen met de behandelaar van uw familielid.



Mocht u nog vragen hebben over de informatie in deze folder en de behandeling van uw familielid op KCEP dan kunt u te allen tijden contact opnemen met het team van KCEP.



Informatieboekje

KCEP

voor familieleden

Contactgegevens

Uw familielid is momenteel opgenomen op:

Parnassia Klinisch Centrum Eerste Psychose (KCEP)

Paradijsappelstraat 2 unit 1

2552 HX Den Haag

Telefoonnummers

Verpleging (van 08.00 uur tot 22.30 uur) : (070) 391 75 14

Verpleging (van 22.30 uur tot 08.00 uur) : (070) 391 75 23

Patiëntentelefoon : (070) 391 75 13

Belangrijk voor u als familie

KCEP is een open afdeling waar mensen binnen het zorgprogramma van CEP worden opgenomen als ambulante behandeling niet meer toereikend is. Het is een open afdeling en dat betekent dat uw familielid de vrijheid heeft om buiten de afdeling activiteiten te ondernemen.

Tijdens de behandeling van uw familielid op KCEP spreekt hij wekelijks de arts-assistent van de afdeling. Daarnaast heeft uw familielid een persoonlijk begeleider aangewezen gekregen waar hij wekelijks contact mee heeft. Deze persoonlijk begeleider is ook het aanspreekpunt voor al uw vragen.

U zult in de eerste week van de opname worden uitgenodigd door de persoonlijk begeleider voor een kennismaking op de kliniek. Tijdens deze kennismaking krijgt u een rondleiding op de kliniek en folders mee naar huis om de informatie die u op dat moment heeft gekregen nog eens rustig na te lezen.

Naast het contact met de persoonlijk begeleider bestaat de mogelijkheid om een afspraak te maken met de arts-assistent. Deze kan uw vragen beantwoorden over de medische behandeling die uw familielid krijgt.

Wat houdt opname op KCEP in

- Voeren van begeleidingsgesprekken;
- Medicatiebegeleiding en diagnostiek;
- Psychologisch onderzoek;
- Volgen van specifieke cursussen.

Wat kunt u van ons verwachten

- Rondleiding op de kliniek;
- Gesprek met de persoonlijk begeleider van uw familielid;
- Gesprek met de arts-assistent van de afdeling;
- Informatie over het ziektebeeld;
- Informatie over familieondersteuning die geboden wordt in groepsverband.

Dagprogramma van de afdeling

In overleg met uw familielid maakt de persoonlijk begeleider een activiteitenprogramma. Er zijn diverse activiteiten die vanuit KCEP worden aangeboden en daarbij wordt deelname van uw familielid op prijs gesteld. Het doel van het activiteitenprogramma is structuur en regelmaat bieden voor uw familielid.

Ontbijt : 09.00 uur - 10.15 uur
Lunch : 12.00 uur - 12.30 uur
Avondmaaltijd : 17.30 uur - 18.00 uur

Maandag Weekopening
10.30 uur - 11.00 uur

Dinsdag Psycho-educatie; voor het eerst een psychose
15.45 uur - 17.30 uur

Woensdag Sportactiviteit met de hele afdeling
12.45 uur - 14.45 uur

Donderdag Koken op de afdeling en psycho-educatie eerste episode schizofrenie behandeling
15.00 uur - 16.00 uur

Vrijdag Voedingseducatie
12.00 uur - 15.00 uur
en weekafsluiting
15.00 uur - 15.30 uur

Naast deze vaste onderdelen worden er sportactiviteiten aangeboden wat openbaar is voor alle patiënten binnen Parnassia. Verder is er op het terrein een dagactiviteitencentrum "Johannes van Duuren" waar verschillende activiteiten mogelijk zijn.

Bezoektijden

Dagelijks van 19.00 uur tot 20.00 uur.

Zaterdag, zondag en op feestdagen is het bezoek van 14.00 uur tot 17.00 uur en van 19.00 uur tot 20.00 uur.