

"De cliënt kun je niet altijd veranderen, maar de wijze waarop jij ermee om gaat wel" (Rosendal & Van Dorst, 2016).

PROJECTVERSLAG

De wijkverpleegkundige en de cliënt met een psychische stoornis.

Marije de Visser (529337)
Evi Witjes (494043)
Projectcode: 1617_1VERPL_31
Opleiding: HBO-Verpleegkunde
Datum: 16-01-2017

Colofon

Projectnummer	1617_1VERPL_31
Opdrachtgever	M. van de Groot Functie: Programmadirecteur 1 ^e lijn.
Contactpersoon	C. Steentjes Functie: Programmamanager 1 ^e lijn en thuisbegeleiding.
Docentbegeleider	J. Theunissen Functie: Docent Instituut Verpleegkundige Studies (IVS) Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
Examinator	Drs. H.J. Poppen Functie: Docent Instituut Verpleegkundige Studies (IVS) Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen en Onderzoeker bij Kenniskring Acute en Intensieve zorg.
Student-onderzoekers	E. Witjes (494043) ECJ.Witjes@student.han.nl M. de Visser (529337) MJC.deVisser@student.han.nl
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar	2016-2017
Onderwijsseenheid	Kwaliteit & Innovatie 2-3
Inleverdatum	16-01-2017
Trefwoorden	Wijkverpleegkundige Competenties Psychische stoornis Ongewenst gedrag

Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsverslag over wijkverpleegkundigen en de toename van cliënten met een psychische stoornis in haar werkveld. Dit verslag is geschreven in het kader van de onderwijseenheid Kwaliteit en Innovatie 2&3. Het verslag is opgesteld door Evi Witjes en Marije de Visser, vierdejaars verpleegkunde studenten aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Het onderzoek kwam voort uit een vraag van de ZZG zorggroep. We waren meteen enthousiast over het onderwerp omdat we beide affiniteit hebben met de geestelijke gezondheidszorg en ons beseffen dat de wijkverpleegkundigen een steeds belangrijkere rol spelen hierin. Het gehele onderzoeksproces hebben we afgelegd met twee enthousiaste professionals. We willen allereerst Cecile Steentjes bedanken voor haar enthousiasme, kritische vragen en geduld. Je hebt altijd met ons meegedacht en was laagdrempelig bereikbaar. Daarnaast hadden we met Jacqueline Theunissen heel nauw contact. We zijn je erg dankbaar voor je gepaste begeleiding, in zowel het schrijven van dit onderzoek als in de persoonlijke begeleiding en voor alle tijd die je in ons en in ons kwaliteitsverslag hebt gestopt.

Als laatste willen we de respondenten van dit onderzoek bedanken voor de snelle en enthousiaste reacties op de uitnodiging. Jullie expertise heeft er niet alleen voor gezorgd dat we dit onderzoek konden doen, maar heeft ons ook geïnspireerd. Jullie visie heeft ons doen nadenken over onze eigen visie en dit heeft tot interessante gesprekken geleid die vervolgens weer hebben geholpen voor onze eigen attitudevorming.

Het is voor ons als studenten ontzettend leerzaam geweest om dit onderzoek te doen. We hebben onder andere geleerd om samen te werken met meerdere partijen, interviews af te nemen, onderzoeksdata te analyseren en te reflecteren. Naast dat we er zelf veel van hebben geleerd hopen we dat (toekomstige) wijkverpleegkundigen de resultaten kunnen toepassen in de praktijk.

Veel leesplezier toegewenst,
Evi Witjes en Marije de Visser
Nijmegen, 16 januari 2017

Inhoudsopgave

Colofon	1
Voorwoord	2
Samenvatting	5
Hoofdstuk 1: inleiding	6
Hoofdstuk 2: theoretisch kader	9
2.1 Literatuurstudie	9
2.2 Verheldering van begrippen	9
2.2.1 Basis ggz en specialistische ggz.....	10
2.2.2 Psychische stoornis.....	10
2.2.3 Ongewenst of probleemgedrag.....	11
2.2.4 Competenties van de wijkverpleegkundige.....	12
2.2.5 Thuiszorg en indicatiestelling	12
2.2.6 Wijkverpleegkundige ggz.....	13
2.3 Relevantie verpleegkundig beroep	13
Hoofdstuk 3: methode	15
3.1 Onderzoeksdesign	15
3.2 Onderzoekspopulatie	15
3.3 Het verzamelen van data.....	17
3.4 Data analyse	18
3.5 Zorgvuldigheidseisen	18
3.6 Respons	19
3.7 Gedragscode en ethische verantwoording.....	20
Hoofdstuk 4: resultaten	21
4.1 Ongewenst gedrag	22
4.2 Kennis.....	23
4.3 Houding	25
4.4 Vaardigheden.....	25
4.5 Signaleren	27
4.6 Samenwerking	28
4.7 Taakafbakening	30
Hoofdstuk 5: discussie	31
5.1 Interpretatie van de resultaten.....	31
5.1.1 Ongewenst gedrag	31
5.1.2 Kennis.....	31

5.1.3 Houding	32
5.1.4 Vaardigheden.....	32
5.1.5 Signalering	33
5.1.6 Samenwerking	33
5.1.7 Taakafbakening	34
5.2 Beperkingen van het onderzoek	35
5.2.1 Grootte van de onderzoekspopulatie.....	35
5.2.2 Kwaliteit van de gegevens.....	35
5.2.3 Kwaliteit van de methode.....	36
5.2.4 Zorgvuldigheidseisen	36
5.2.5 Generaliseerbaarheid.....	36
Hoofdstuk 6: conclusie	38
Hoofdstuk 7: aanbevelingen	43
Literatuurlijst.....	45
Bijlage 1: format voor schriftelijke rapportage van een zoekstrategie.....	50
Bijlage 2: zoekstrings pubmed.....	55
Bijlage 3: zoekstrategie	57
Bijlage 4: beschrijving soorten probleemgedrag (Verenso, 2008)	58
Bijlage 5: competentieprofiel.....	59
Bijlage 6: verklaring geheimhouding	61
Bijlage 7: planning	63
Bijlage 8: gedragscode.....	64
Bijlage 9: voorbeeld e-mail	65
Bijlage 10: aanvullende informatie e-mail.....	66
Bijlage 11: topiclijst	69

Samenvatting

Achtergrond: de wijkverpleegkundige krijgt steeds meer te maken met een veranderde cliënten populatie. De wijkverpleegkundigen komen thuis bij de cliënt om voornamelijk somatische zorg te verlenen. Het blijkt dat wijkverpleegkundigen te weinig inhoudelijke expertise ervaren vanuit hun eigen vakgebied om zorg te verlenen aan cliënten met zowel somatische klachten als psychische stoornissen. Door het bijkomende ongewenste gedrag van deze doelgroep ervaren de wijkverpleegkundigen dat de zorgverlening niet optimaal vorm gegeven kan worden (ZZG zorggroep, 2016).

Doel: eind 2016 is in kaart gebracht welke inhoudelijke verdieping er nodig is op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om somatische zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundigen te maken krijgen met ongewenst gedrag.

Methode: om antwoorden te vinden op de onderzoeksvraag is er een kwalitatief onderzoek opgezet. Als methode van dataverzameling zijn open interviews gehouden met ggz-professionals, waar geluidsopnamen van zijn gemaakt. Deze zijn vervolgens verwerkt middels de grounded theory. De analyse van de data is afzonderlijk door de twee student-onderzoekers gedaan.

Resultaten: zes ggz-professionals met verschillende achtergronden hebben meegedaan met het onderzoek. Uit de resultaten komen de volgende hoofdthema's voort: ongewenst gedrag, competenties gekoppeld aan kennis, houding en vaardigheden, signalering, samenwerking en taakafbakening. Deze hoofdthema's geven weer wat er volgens ggz-professionals nodig is om zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis. Een verdieping van kennis over psychische stoornissen, kennis over de sociale kaart (kennismaking met ggz-aanbieders) en casuïstiekbespreking in eigen team komen naar voren als belangrijkste resultaten.

Conclusie: concluderend kan er gezegd worden dat er bij vijf van de zeven beroepsrollen een inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties nodig is.

Aanbevelingen: het kan voor de thuiszorgorganisatie nuttig zijn om een ggz-verpleegkundige in dienst te nemen. Zij kan consultatie bieden en klinische lessen en begeleide intervisie geven. Intervisie kan een vast punt worden op de agenda, zodat de wijkverpleegkundigen hier tijd voor hebben. Daarnaast is het verstandig als de wijkverpleegkundigen zich verdiepen in het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020. Ook zou het bevorderlijk zijn als er een betere samenwerking zou plaatsvinden tussen de wijkverpleegkundigen en ggz-professionals.

Keywords: competenties, wijkverpleegkundigen, cliënten met een psychische stoornis, ongewenst gedrag, ggz-professionals, beroepsprofiel, opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020.

Hoofdstuk 1: inleiding

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is aan vele veranderingen onderhevig. Een van deze veranderingen bestaat uit de-institutionalisering: mensen met een beperking of psychische aandoening komen steeds vaker in kleinschalige woningen in de wijk terecht in plaats van in grootschalige instituten op afgesloten terreinen (Postma, 2015). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het proces van de-institutionalisering breed wordt gedragen en bovenaan de beleidsagenda staat in Europa, maar in de praktijk op een aantal gemeenschappelijke knelpunten stuit (Hoof et al., 2012). Een van deze knelpunten heeft betrekking op wijkverpleegkundige zorg en wordt later in dit hoofdstuk beschreven.

Een van de organisaties die actief onderzoek doet in de ggz is het Trimbos Instituut. Het Trimbos instituut heeft in 2014 een rapport gepubliceerd waarin cijfers over het vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland staan beschreven. Het Trimbos instituut concludeert dat de incidentie¹ in 2014 circa 190.000 volwassenen (18-65 jaar) bedroeg. De meest recente gegevens over lifetimeprevalentie² komen uit een onderzoek in de periode 2007-2009. Dit onderzoek beschrijft dat 43,5% van de volwassen Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis heeft gehad (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2015).

Bovenstaande cijfers laten zien dat psychische aandoeningen³ frequent voorkomen in Nederland (Graaf, Have, Gool, Dorsselaer, 2012). Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2014 als doel gesteld dat mensen met psychische aandoeningen passende hulp en behandeling krijgen. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de generalistische basis ggz. De behandeling van complexe en risicovolle stoornissen valt onder de specialistische ggz (GGZ Nederland et al., z.j.). Om specialistische zorg te kunnen ontvangen, is er een verwijzing nodig van de huisarts. Specialistische zorg valt onder de tweedelijnszorg. Binnen de tweedelijnszorg kan een client extramuraal⁴ of intramuraal⁵ behandeld worden. Elke regio in Nederland kent meerdere ggz-instellingen of organisaties (GGZ Nederland, z.j.). Volgens Zorgkaart Nederland zijn er in Nederland 1427 GGZ-instellingen bekend (Zorgkaart Nederland, z.j.).

Het aantal bedden in deze ggz-instellingen wordt echter sinds 2012 afgebouwd. Het doel is om de beddencapaciteit in 2020 tot twee derde terug te brengen vergeleken met de capaciteit in 2008 (Vermolen et al., 2012). Dit zorgt voor een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg (Monitor Langdurige Zorg, z.j.). Het gevolg hiervan is dat het aanbod van extramurale zorg moet worden uitgebreid (Hoof & Kroon, 2015). Deze uitbreiding krijgt vorm vanuit zowel financiële als zorginhoudelijke factoren (Hoof et al., 2012). Zorginhoudelijk betekent het dat de zorgprofessional meer dan ooit zelfstandig zal moeten kunnen werken, buiten het kader van de instelling: in de wijk en in de leefomgeving van de cliënt (Hamers, Okkerman & Kroon, 2013).

¹ Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte dat zich gedurende een bepaalde periode voordoet in een populatie. (www.thesauruszorgenwelzijn.nl).

² Beschrijving van de prevalentie ooit in het leven ('lifetime') (Tijdschrift voor psychiatrie, 2012).

³ De begrippen: aandoeningen, klachten, problemen en stoornissen worden door elkaar gebruikt omdat deze zo in de literatuur beschreven staan. De basis ggz gebruikt bijvoorbeeld de termen klachten of problemen en de gespecialiseerde ggz gebruikt vaker de term: stoornissen.

⁴ Extramurale zorg wordt ook wel ambulante zorg genoemd: zorg waar mensen zo veel mogelijk in hun eigen omgeving verblijven (Monitor langdurige zorg, z.j.).

⁵ Zorg binnen een instelling (Monitor langdurige zorg, z.j.).

De zorgprofessionals die in de wijk en in de leefomgeving van de cliënt werken zijn veelal wijkverpleegkundigen. Het beroep wijkverpleegkundige bestaat al meer dan honderd jaar. De afgelopen vijf jaar is het beroep opgebloeid en kunnen de wijkverpleegkundigen weer in de volle breedte hun vak uitoefenen. Door de extramuralisering is er meer vraag naar wijkverpleegkundigen en wordt de meerwaarde van de wijkverpleegkundige weer gezien. Om de beroepsgroep te ondersteunen is het 'Expertisegebied wijkverpleegkundigen' gemaakt (Bont, Haaren, Rosendal & Wigboldus, 2012). Het expertisegebied is gekoppeld aan het algemene beroepsprofiel voor verpleegkundigen uit 2012. Het expertisegebied beschrijft de context waarin de wijkverpleegkundige het werk uitvoert en de daarbij benodigde kennis, houding en vaardigheden (competenties). Deze competenties zijn onderverdeeld in zeven centrale CanMEDSrollen. De competenties in het expertisegebied wijkverpleegkundigen gelden als aanvulling op de al bestaande competenties in het beroepsprofiel voor verpleegkundigen. Dit is van belang omdat het verlenen van extramurale zorg extra vaardigheden vraagt van de wijkverpleegkundige.

Probleemstelling:

Het 'Expertisegebied wijkverpleegkundigen' blijkt nog onvoldoende praktische en inhoudelijke handvatten te bieden aan de bestaande competenties voor de generalistische wijkverpleegkundige, die steeds meer te maken krijgt met een veranderde cliëntenpopulatie. Het blijkt dat wijkverpleegkundigen⁶ te weinig inhoudelijke expertise ervaren vanuit hun eigen vakgebied om zorg te verlenen aan cliënten met zowel somatische klachten als psychische stoornissen. De wijkverpleegkundigen komen thuis bij de cliënt om voornamelijk somatische zorg⁷ te verlenen. Door de bijkomende gedragsproblematiek (ongewenst gedrag⁸) bij deze doelgroep ervaren de wijkverpleegkundigen dat de zorgverlening niet optimaal vorm gegeven kan worden (ZZG zorggroep⁹, 2016). Het is van belang dat wijkverpleegkundigen de juiste handvatten krijgen 'hoe met dit gedrag om te gaan' en dat voor hen duidelijk is wanneer ze advies of ondersteuning kunnen vragen aan professionals uit de ggz.

De hierboven beschreven probleemstelling heeft tot de volgende onderzoeksvragen geleid:

Hoofdvraag: wat is er nodig aan inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om somatische zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundige te maken krijgt met ongewenst gedrag?

⁶ Werkzaam bij ZZG zorggroep.

⁷ Somatisch betekent lichamelijk. Iemand met een somatische aandoening heeft lichamelijke klachten. Somatische zorg is dus de zorg die wordt geboden om de lichamelijke aandoening te verbeteren of verlichten (www.zusterjansen.nl).

⁸ Ongewenst gedrag wordt verder gedefinieerd in hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.

⁹ Bron afkomstig van het Intranet van ZZG zorggroep. Niet publiekelijk toegankelijk.

Deelvraag: wat zijn signalen met betrekking tot ongewenst gedrag die een wijkverpleegkundige moet leren herkennen, zodat zij¹⁰ op tijd¹¹ ondersteuning vanuit ggz-professionals in kan schakelen?

Doelstelling: eind 2016 is in kaart gebracht welke inhoudelijke verdieping er nodig is op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundige te maken krijgt met ongewenst gedrag, en wordt dit gepresenteerd als een projectverslag aan ZZG zorggroep, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en (wijk)verpleegkundigen niveau 5.

¹⁰ Er is voor gekozen om de wijkverpleegkundigen aan te duiden als zij om het leesgemak te bevorderen en omdat het zo in de literatuur staat beschreven. Dit betekent niet dat alle wijkverpleegkundigen vrouwelijk zijn.

¹¹ Op tijd houdt in dat zowel de cliënt als de wijkverpleegkundigen geen negatieve gevolgen ervaren in de zorgverlening. Voor de cliënt betekent dit dat de kwaliteit van zorg niet in het gering komt. En voor de wijkverpleegkundige betekent dit dat de werkdruk niet te hoog wordt en zij zich bekwaam blijft voelen in de zorg die zij verleent (ZZG zorggroep, 2016).

Hoofdstuk 2: theoretisch kader

Dit hoofdstuk bestaat uit drie onderdelen. In het eerste onderdeel wordt kort beschreven hoe de literatuurstudie is uitgevoerd. In het tweede deel worden de begrippen bij de hoofd- en deelvraag verduidelijkt met behulp van verschillende informatiebronnen. Het laatste deel beschrijft de relevantie van dit onderzoek voor het verpleegkundig beroep waarbij een link wordt gelegd met de verpleegkundige beroepsrollen.

2.1 Literatuurstudie

Er is in de literatuur nog weinig bekend over de rol van de wijkverpleegkundige bij cliënten met een psychische stoornis in combinatie met ongewenst gedrag in de thuissetting.

Om gevalideerde begrippen te gebruiken voor de zoekstrategie hebben de student-onderzoekers de databases thesaurus en MeSH geraadpleegd. Er zijn in deze databases definities en synoniemen gezocht voor de woorden: wijkverpleegkundigen, cliënten met een psychische stoornis, ongewenst gedrag en competenties. Vervolgens hebben de student-onderzoekers de zoektermen voorgelegd aan een informatiespecialist op het gebied van gezondheid. Samen met deze specialist zijn zoekstrategieën opgesteld. Met deze zoekstrategieën is er in vier databases gezocht. Er werden geen bruikbare resultaten gevonden. Hierop hebben de student-onderzoekers besloten te zoeken met minder specifieke begrippen. Bijvoorbeeld door niet op “wijkverpleegkundige” maar op “verpleegkundige” te zoeken. Dit leverde meerdere resultaten op. Het enige bruikbare resultaat voor dit onderzoek werd gevonden in de database Pubmed (zie bijlage 3): Managing challenging patiënt behaviours (McKay, O’Neil & McMonigle, 2008) (zie bijlage 1). De informatie uit dit artikel is toegepast in par. 2.2.3.

Omdat de zoekstrategie slechts één bruikbaar artikel opleverde, zijn veel andere bronnen geraadpleegd. Het Trimbos Instituut en GGZ Nederland zijn geraadpleegd om jaarverslagen en onderzoekspublicaties te bestuderen. Deze organisaties richten hun onderzoek alleen op de geestelijke gezondheidszorg. Rijksoverheid, Nationaal Kompas en RIVM zijn onderbouwde bronnen die vooral cijfers over epidemiologie beschrijven en informatie bieden over het zorgstelsel in Nederland. Naast de websites van deze organisaties zijn ook diverse boeken en vaktijdschriften gebruikt als bron om het theoretisch kader te onderbouwen. Deze bronnen zijn beoordeeld op bruikbaarheid aan de hand van het boek: deskresearch (Veen & Westerkamp, 2010).

2.2 Verheldering van begrippen

De wijkverpleegkundige wordt steeds vaker geconfronteerd met psychiatrie in de thuiszorg. Er wordt gestreefd naar een generalistische (wijk)verpleegkundige. Een generalistische (wijk)verpleegkundige moet breed kunnen kijken en overstijgend kunnen werken (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, 2012). Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de wijkverpleegkundige zowel verstand moet hebben van somatische ziekten, als van psychische stoornissen. Uit de onderzoeksvraag en inleiding zijn de belangrijkste begrippen gefilterd en ter verheldering beschreven:

2.2.1 Basis ggz en specialistische ggz

In Nederland worden mensen met psychische problemen¹² op een zo passend mogelijke manier behandeld. Sinds 1 januari 2014 is de huisarts verantwoordelijk voor de behandeling van lichte psychische klachten. Hij krijgt hulp van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz). Ondanks dat de poh de zorg deels overneemt blijft de verantwoordelijkheid bij de huisarts zelf. De cliënt kan met psychische klachten bij de huisarts terecht voor de basis ggz. Als de cliënt intensievere of uitgebreidere zorg nodig heeft, kan er door de huisarts doorverwezen worden naar de specialistische ggz (GGZ Nederland et al., z.j.). De huisarts en poh-ggz verwijzen cliënten door via onderstaande criteria (Bakker & Jansen, 2013):

Huisarts + poh	Basis ggz	Specialistische ggz
Geen (vermoeden van) DSM-stoornis	Vermoeden van DSM-stoornis waarbij:	Vermoeden van DSM-stoornis waarbij:
➤ lage ernst, ➤ laag risico ➤ lage complexiteit ➤ beloop beantwoordt nog niet aan criteria ➤ stabiele chronische problematiek	➤ matig risico ➤ en/of matige complexiteit ➤ en/of het beloop dat beantwoord wordt a.d.h.v. de criteria	➤ hoog risico ➤ en/of hoge complexiteit

Als een cliënt wordt doorverwezen naar de specialistische ggz betekent dit dat de complexe zorg niet binnen de context van de basis ggz kan worden gegeven. Er is een gespecialiseerde inzet nodig. Een multidisciplinair team behandelt een cliënt die een risico kan zijn voor zichzelf of zijn omgeving. De specialistische zorg kan onder andere inhouden dat de cliënt (tijdelijk) wordt opgenomen of dat de cliënt ambulant behandeld wordt (NVGzP, 2016). Dit betekent dat zowel cliënten uit de basis ggz als de cliënten uit de specialistische ggz in hun eigen leefomgeving verblijven en dus in het werkgebied van de wijkverpleegkundige. Uit een recente poll op de website van het tijdschrift Nursing blijkt dat van de 433 stemmen door hulpverleners uit de wijk, 79,21% aangeeft een duidelijke toename te merken van verwarde mensen in de wijk door psychische problematiek (Berends, 2016).

2.2.2 Psychische stoornis¹³

In deze paragraaf is kort beschreven wat een psychische stoornis is. Daarna komen de criteria: indeling via DSM en indeling naar ernst aan bod.

Bij een psychische stoornis is er sprake van een ernstige ontregeling van iemands denken, voelen of gedrag. Deze stoornissen zijn ingedeeld op basis van symptomen en het moment waarop ze beginnen. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) heeft

¹² De basis ggz gebruikt de term psychische problemen of klachten en de psychiatrie of specialistische ggz gebruiken de term psych(iatr)ische stoornis.

¹³ De classificaties die voortkomen uit een DSM 5-onderzoek worden stoornissen in plaats van ziekten genoemd (Nussbaum, 2014, p.19).

een poging ondernomen om psychische stoornissen in te delen. Het wordt gebruikt als handboek en klinische richtlijn door gespecialiseerde hulpverleners om een diagnose te kunnen stellen. De DSM beschrijft bij elke psychische stoornis een lijst met criteria waar een cliënt aan moet voldoen om de diagnose te krijgen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.j.).

Naast de diagnostisering met behulp van de DSM 5, kunnen psychische stoornissen ook naar ernst worden ingedeeld:

- De cliënten met 'ernstige psychische aandoeningen' (epa), die naast langdurige psychische stoornissen ook ernstige maatschappelijke beperkingen hebben. Cliënten met EPA hebben een hoog risico op crisis. Specialistische ggz begeleiding is bij deze cliënt nodig om te waken voor mogelijkheden tot behandeling of herstel (zowel thuis als in de instelling).
- De 'stabilisatie'-groep, die slechts door continue begeleiding stabiel blijven.
- De 'basale psychische stoornissen', cliënten die in principe gedurende een beperkte tijd in diagnose specifieke poliklinieken (zorgprogramma's) behandeld worden.
- De cliënten met 'lichte' stoornissen, die buiten (in de schaduw van) de klassieke ggz voorkomen (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013).

Al deze cliënten kunnen in contact komen met de wijkverpleegkundige als er een indicatie is voor het verlenen van somatische zorg.

2.2.3 Ongewenst of probleemgedrag

De DSM beschouwt afwijkende gedragingen als uitingen of symptomen van onderliggende stoornissen of ziekten (Nevid, Rathus & Greene, 2016). Dit gedrag wordt vaak als ongewenst¹⁴ ervaren door hulpverleners (Klaessen, z.j.)¹⁵.

Uit het artikel van McKay, O'Neil & McMonigle (2008) blijkt dat veel verpleegkundigen zich niet bekwaam genoeg voelen om ongewenst gedrag vanuit cliënten en familie te managen.

In het artikel zijn de volgende vormen van ongewenst gedrag beschreven:

- Angst:

Bij angst is er vaak sprake van de fight or flight modus¹⁶. Deze doelgroep gedraagt zich vaak onrustig, maakt geen oogcontact en hebben moeite met het oplossen van problemen.

- Manipulatie:

Manipulerende cliënten zijn vaak bang om de controle te verliezen of dat ze niet in hun behoeften worden voorzien. Als er niet aan hun wensen wordt voldaan uit dit zich vaak in verbale agressie zoals intimiderende opmerkingen, en claimen.

- Bedreiging:

Bij bedreigend gedrag, verbaal of fysiek, staat veiligheid voorop. Bedreigingen komen vaak voor als er niet aan het verzoek van een cliënt kan worden voldaan.

- Onrust / gejaagdheid:

Als een cliënt onrust ervaart, kan dit geuit worden in fysieke agressie, niet-fysieke agressie en verbale agressie. Fysieke agressie houdt in dat er sprake is van het bewust aanbrengen van schade door middel van: beetpakken, schoppen, slaan, spugen, voorwerpen gooien en vernielen (RadarVertige, 2012). Niet-fysieke agressie uit zich in ijsberen of ongepast uitkleden.

¹⁴ Ongewenst gedrag wordt ook wel als gedragsprobleem gedefinieerd (www.thesauruszorgenwelzijn.nl).

¹⁵ Hoorcollege, enkel via de digitale leeromgeving HAN beschikbaar.

¹⁶ De term fight or flight beschrijft het verdedigingsmechanisme in het lichaam waardoor hormonen (adrenaline, cortisol) worden aangemaakt om met bedreigingen en stress om te kunnen gaan (https://cmhc.utexas.edu/stressrecess/Level_One/fof.html).

Bij verbale agressie komen vooral gedragingen als schreeuwen en repetitief vragen stellen voor.

- Afhankelijk opstellen:

Komt vaak voort uit onzekerheid of heeft als doel om te manipuleren (Klaessen, z.j.).

Bij cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) bepaalt de plek waar letsel is opgelopen in de hersenen wat voor gedrag ze vertonen. Als er schade is in de frontale kwab uit dit zich vaak in woedebuien en uitbarstingen van agressie (McKay et al., 2008).

Probleemgedrag komt ook voor bij de doelgroep met dementie (bijlage 4). Door de vergrijzing in Nederland stijgt het aantal mensen met dementie. Deze doelgroep omvat een groot deel van de cliënten populatie van de wijkverpleegkundige (53% van de patiënten ontvangt thuiszorg) (RIVM, z.j.).

Het gedrag, de vaardigheden en de kennis (competenties) van hulpverleners kunnen een doorslaggevende rol spelen in bijvoorbeeld agressieve situaties (Jenner, 2005).

2.2.4 Competenties van de wijkverpleegkundige

In dit onderzoek heeft de wijkverpleegkundige de hoofdrol als hulpverlener.

Wijkverpleegkundigen werken volgens een beroepsprofiel (expertisegebied wijkverpleegkundigen). Het expertisegebied bestaat uit extra uitgewerkte competenties per beroepsrol en geldt als aanvulling op het algemene beroepsprofiel van verpleegkundigen (bijlage 6). De zeven CanMEDSrollen uit het expertisegebied zijn: zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve EBP professional, gezondheidsbevorderaar, organisator en professional en kwaliteitsbevorderaar. Bij de rol van de reflectieve beroepsbeoefenaar en praktijkonderzoeker staat bijvoorbeeld als aanvullende competentie voor wijkverpleegkundigen: *'is in staat duidelijke grenzen aan te geven: wat is de verantwoordelijkheid van de cliënt en wanneer moet er professioneel worden ingegrepen?'* (Bont et al., 2012, p.23). Dit onderzoek heeft als doel te beschrijven wat er nodig is aan inhoudelijke verdieping op zulke competenties, om zorg te verlenen in situaties waar ongewenst gedrag voorkomt. Op 26 juni 2015 is echter het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 goedgekeurd door het sectoraal adviescollege hgZo van de Vereniging hogescholen. Het nieuwe opleidingsprofiel is gebaseerd op het oude beroepsprofiel maar is geschreven naar de nieuwste ontwikkelingen in de zorg. Het is de bedoeling dat alle verpleegkundigen breed gaan afstuderen en niet meer één specifieke richting kiezen. Ook de competenties uit het expertisegebied wijkverpleegkundige zijn verwerkt in het opleidingsprofiel. In de praktijk van nu wordt nog het expertisegebied door wijkverpleegkundigen gehanteerd.

2.2.5 Thuiszorg en indicatiestelling

Om thuiszorg te kunnen ontvangen wordt een cliënt door de wijkverpleegkundige geïndiceerd. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige samen met de cliënt bepaalt wat de cliënt nodig heeft, kijkend naar de individuele situatie. Ook wijst de wijkverpleegkundige zorg toe en bepaalt ze wie de zorg gaat uitvoeren. De zorgtaken en verzorging die een cliënt thuis ontvangt door de wijkverpleegkundige (extramurale zorg) worden vanaf één Januari 2015 vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet vergoed. Zorgtaken bestaan uit bijvoorbeeld het toedienen van medicatie, verzorgen van wonden en hulp bij het aankleden en wassen (Zorgwijzer, 2016).

2.2.6 Wijkverpleegkundige ggz

De trend dat ggz cliënten steeds vaker thuis blijven wonen wordt opgevangen door middel van ambulante zorgverlening (Hoof et al., 2012). De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) is gespecialiseerd op het gebied van de ggz. De SPV wordt ook wel wijkverpleegkundige ggz genoemd. In tegenstelling tot een wijkverpleegkundige, werkt een SPV niet alleen in de thuiszorg. Ze is op meerdere plekken inzetbaar. De SPV heeft meer specifieke kennis over de psychiatrische cliënt en de gevolgen en gevaren van een psychische stoornis dan een wijkverpleegkundige. De SPV heeft alleen bij een indicatie voor sociaal psychiatrische begeleiding dagelijks contact met een cliënt, terwijl de wijkverpleegkundige voor de persoonlijke verzorging dagelijks langs komt (Kort, 2014). Dat de SPV en de wijkverpleegkundige meer kunnen samenwerken blijkt uit het document: 'ggz in de wijk'. Hierin wordt beschreven dat de SPV en wijkverpleegkundigen elkaar kunnen ondersteunen bij de zorgverlening aan cliënten met een psychische stoornis. In het artikel staat geschreven dat het van belang is dat er instellingsoverstijgend gewerkt wordt (Venneman, Smits & Onderwater, 2013). Het zou hierdoor makkelijker worden voor de wijkverpleegkundige om advies te vragen aan de SPV.

2.3 Relevantie verpleegkundig beroep

Bij het beschrijven van de relevantie voor de verpleegkundige beroepsgroep zijn de zeven rollen van CanMEDS gebruikt. Deze rollen zijn het meest recent en worden nu in de opleiding HBO-V gehanteerd. De relevantie van dit onderzoek voor het verpleegkundig beroep uit zich in de volgende beroepsrollen:

De Reflectieve EBP-Professional

'De verpleegkundige werkt permanent aan de bevordering en ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep, haar eigen deskundigheid en die van haar directe (toekomstige) collega's door voortdurend actief (verschillende vormen van) kennis te zoeken en te delen' (Lambregts et al., 2015, p.28).

De onderzoeksvraag van dit onderzoek richt zich op deskundigheidsbevordering en nieuwe kennis. Er is onderzocht wat er nodig is aan inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties om de kwaliteit van zorgverlening van wijkverpleegkundigen aan cliënten met een psychische stoornis te verbeteren. De wijkverpleegkundigen kunnen de resultaten en aanbevelingen gebruiken voor hun persoonlijke ontwikkeling en om vervolgens deze kennis te delen met collega's.

De zorgverlener

'De verpleegkundige stelt op basis van klinisch redeneren de behoefte aan verpleegkundige zorg vast op lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal gebied, indiceert en verleent deze zorg in complexe situaties, volgens het verpleegkundig proces, op basis van evidence based practice' (Lambregts et al., 2015, p.16).

In de rol van zorgverlener staat beschreven dat de verpleegkundige in staat moet zijn om te signaleren, klinisch te redeneren en problemen te herkennen. Voor het beantwoorden van de deelvraag van dit onderzoek is onderzocht wat signalen zijn met betrekking tot ongewenst gedrag die de wijkverpleegkundige moet leren herkennen. Dit past bij de taken signaleren en probleemherkenning binnen de rol van zorgverlener. Als de wijkverpleegkundige inhoud kan

geven aan deze vaardigheden bij cliënten met psychische stoornissen die ongewenst gedrag vertonen heeft dit positief effect op haar rol als zorgverlener. Ze is beter in staat om de inhoud van de zorg aan de cliënt te bepalen, en hierdoor verbetert de kwaliteit van zorg voor de cliënt.

De samenwerkingspartner

‘De verpleegkundige werkt zowel binnen als buiten de eigen organisatie samen met andere beroepsbeoefenaren of instanties waarin zij als autonome professional haar bijdrage levert aan de kwaliteit en continuïteit van zorg’ (Lambregts et al., 2015, p.24).

In de concept versie “de rol van de wijkverpleging en de benodigde ondersteuning voor de wijkverpleging bij psychiatrische cliënten” staat beschreven dat de wijkverpleegkundigen, in het geval van een complexe casus, graag samen zouden willen werken met hulpverleners uit de domeinen psychiatrie, verslavingszorg, NAH en VG. Tevens moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden over het delen van verantwoordelijkheden bij de zorgverlening (ZZG zorggroep, 2016)¹⁷.

Een deelvraag bij dit onderzoek is: *wat zijn signalen m.b.t. ongewenst gedrag die een wijkverpleegkundige moet leren herkennen, zodat zij op tijd ondersteuning vanuit de ggz-professionals in kan schakelen?* Het antwoord op deze vraag kan de wijkverpleegkundigen helpen om een scheiding te maken tussen de taken van een wijkverpleegkundige en die van de professionals uit de ggz. Samenwerking met andere disciplines, in dit geval de ggz-professionals, zorgt voor een betere afstemming, meer duidelijkheid over de zorgtaken, haalbaarheid van zorg en verbetering van de kwaliteit van zorg.

¹⁷ Bron afkomstig van het Intranet van ZZG zorggroep. Niet publiekelijk toegankelijk.

Hoofdstuk 3: methode

Om dit praktijkgerichte onderzoek uit te voeren was het belangrijk dat er een eenduidige beschrijving was van de methodologie. In dit hoofdstuk is eerst het onderzoeksdesign beschreven en vervolgens is er dieper ingegaan op de onderzoekspopulatie.

Hierna staat beschreven hoe de data bij deze onderzoeksvraag is verzameld en komen de zorgvuldigheidseisen aan de orde. Als laatste zijn de respons en de gedragscode en ethische verantwoording beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

Omdat dit onderzoek een open onderzoeksvraag bevat, is het een kwalitatief onderzoek. Een van de kenmerken van een kwalitatief onderzoek is dat het vooral gaat over het verkrijgen van inzichten en niet zoals bij een kwantitatief onderzoek over harde, onderbouwde feiten (Baarda, 2014). In dit onderzoek hebben uitgewerkte gespreksverslagen het uitgangspunt van de data gevormd. Naast de keuze voor een kwalitatieve survey, hadden de student-onderzoekers besloten dat een verkennende case study het meest passend is. Het woord case, van case study, komt van het Latijnse casus (cadere = vallen). Het betekent oorspronkelijk 'voorval'; 'gebeurtenis'; 'toestand' of 'conditie'. Er is een verschijnsel geconstateerd wat verder onderzocht gaat worden (Swanborn, 1996, p.15). Het verschijnsel, dat de aanleiding heeft gevormd van dit onderzoek, is dat wijkverpleegkundigen knelpunten ervaren in het verlenen van zorg aan cliënten met een psychische stoornis.

Om antwoord te krijgen op de gestelde onderzoeksvraag is data verzameld door middel van deskresearch, interviews en de expertise van experts. Het doel van de interviews was om een beeld te krijgen over hoe professionals uit de ggz de zorg aan cliënten met een psychische stoornis ervaren en wat zij aan kennis, houding en vaardigheden bezitten om deze zorg te verlenen. De data eenheden zijn transversaal (cross-sectioneel) gemeten, dus op één moment en zonder follow-up (Baarda, 2014).

3.2 Onderzoekspopulatie

Er was al onderzoek gedaan door ZZG Zorggroep naar hoe de wijkverpleegkundige de zorg ervaart aan cliënten met een psychische stoornis. Wijkverpleegkundigen ervaren te weinig expertise in de zorgverlening aan cliënten met een psychische stoornis die ongewenst gedrag vertonen. In overleg met de opdrachtgever werd besloten om de interviews te richten op professionals uit het werkveld ggz en opleiders die gespecialiseerd zijn in de ggz. De keuze om interviews af te nemen bij professionals uit de ggz en niet bij andere hulpverleners kwam voort uit het feit dat zij experts zijn op het gebied van de ggz. Ze hebben niet alleen meer specifieke expertise, maar meestal ook meer ervaring in de zorgverlening aan cliënten met een psychische stoornis. Er zijn veel verschillende ggz-professionals. The American Psychiatric Association (2016, p.400) beschrijft bij het begrip ggz-hulpverlener: *'algemene term voor hulpverleners die geestelijke gezondheidszorg verlenen: onder meer praktijkondersteuners bij de huisarts, maatschappelijk werkers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, psychologen, psychotherapeuten, psychiaters'*. Omdat de onderzoeksvraag gericht is op het beroepsprofiel en de competenties van (wijk)verpleegkundigen, hebben de student-onderzoekers in overleg met de opdrachtgever ervoor gekozen om alleen professionals te benaderen met een verpleegkundige achtergrond.

Naast de door The American Psychiatric Association benoemde professionals uit de ggz, is gekozen om ook enkele opleiders van de HBO-V te betrekken in het onderzoek. Deze opleiders hebben kennis over het curriculum van HBO-V en hebben vaak een achtergrond in het werkveld van de psychiatrie. Daarnaast zijn veel van deze opleiders zelfstandig onderzoeker of onderdeel van een lectoraat.

De student-onderzoekers hebben de onderzoekspopulatie bewust uitgekozen (doelgerichte steekproef). De volgende in- en exclusiecriteria¹⁸ zijn gehanteerd:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Professionals uit de ggz bestaande uit: - sociaal psychiatrisch verpleegkundige: is werkzaam in het gebied van de wijkverpleegkundige en gespecialiseerd in de ggz. - wijkverpleegkundige die als verpleegkundige is afgestudeerd met de richting ggz. - poh-ggz: werkt als ondersteuner van de huisarts. Komt cliënten met een psychische stoornis tegen die thuis wonen. Opleiders van HBO-V: - docent van de HAN, HBO-V met als richting ggz: kan inzicht geven in problemen in het curriculum HBO-V. - lector van het Lectoraat Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg: kan beschrijven welke inzichten er zijn verkregen in het lectoraat en zijn expert validatie geven. Overige: -de respondent moet expertise hebben over de hoofdvraag.	- zorgprofessionals die geen verpleegkundige achtergrond hebben: hebben minder kennis over de al bestaande competenties voor verpleegkundigen en het beroepsprofiel. - professionals uit de zorg met niveau 3 of 4: hanteren wel dezelfde beroepsrollen maar andere competenties.

De onderzoekspopulatie is benaderd via email. Deze email is te vinden in bijlage 9. Omdat de student-onderzoekers de opleiders persoonlijk kennen waren hun gegevens bekend. Het steekproefkader was samengesteld met behulp van een informeel netwerk van de opdrachtgever, docentbegeleider en student-onderzoekers. Deze connecties hebben gezorgd voor een grotere bereikbaarheid van respondenten en hoge mate van respons. In overleg met de opdrachtgever was besloten dat verzadiging geen centrale rol zou spelen bij het verzamelen van data. Dit hield in dat het aantal interviews vastgesteld stond en niet afhankelijk was van de hoeveelheid nieuwe informatie die uit de interviews naar voren kwam.

¹⁸ Welke eisen er gesteld zijn om iemand wel of een deel uit te laten maken van het onderzoek.

Het doel van de interviews was om de ideeën en ervaringen van professionals en opleiders te verzamelen en te analyseren. Om voldoende ideeën en ervaring in kaart te brengen was besloten om zes tot acht interviews af te nemen. Vanwege het korte tijdsbestek was het niet haalbaar om meer interviews af te nemen omdat het analyseren van de verkregen gegevens veel tijd zou kosten. Daarnaast zou het afnemen van minder dan zes interviews de betrouwbaarheid van het onderzoek kunnen verminderen.

3.3 Het verzamelen van data

De student-onderzoekers hebben gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Dit wordt ook wel data triangulatie genoemd. Deze verschillende databronnen bestonden uit deskresearch en fieldresearch:

- Deskresearch

Bij het verzamelen van data hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van verschillende wetenschappelijke informatiebronnen. Met deze bronnen is onder andere vastgesteld hoe de begrippen uit de onderzoeksvraag gedefinieerd en gemeten moesten worden. Ook zijn deze bronnen gebruikt om de data-analyse uit te voeren en de resultaten te vergelijken met bestaande literatuur.

- Fieldresearch

Voorbereiding interviews.

Een andere manier van dataverzameling was het afnemen van open interviews.

In paragraaf 3.5 is beschreven hoe de onderzoekspopulatie benaderd is. De interviews zijn face to face gehouden en individueel. Dit had als voordeel dat het de neiging tot sociale wenselijkheid van de respondent verminderd (Baarda, 2014). Daarnaast was de kans hoger dat een respondent volledig antwoord zou geven op vragen bij het houden van een open interview. Bovendien was het voor de respondent prettig om te zien wie hem interviewt, dit kan vertrouwen scheppen (Baarda, 2010). De vragenlijst die als hulpmiddel diende voor de interviewer was half gestructureerd. Het gestructureerde gedeelte bestond uit een topiclijst¹⁹ en algemene vragen, zoals een start- of afsluitende vraag. Het ongestructureerde gedeelte bestond uit het doorvragen op bepaalde antwoorden. Het doorvragen was gebaseerd op de houding dat er vrijwel niets is dat zonder nadere toelichting van de respondenten begrepen kon worden (Maso & Smaling, 1998, p.93).

Uitvoering interviews.

De student-onderzoekers stelden zichzelf voor en vertelden waarom en in welke context het interview werd afgenomen. Het was belangrijk om het gesprek te beginnen in een sfeer die zo ontspannen mogelijk is (Baarda, 2010, p.112). Om de respondent op zijn gemak te stellen en de sfeer af te tasten kon de interviewer bijvoorbeeld, terwijl hij of zij zijn spullen klaar zet, het hebben over koetjes en kalfjes (Baarda, 2014). Verder werd het doel, de inhoud en de opbouw van het interview geïntroduceerd. Dit heeft er voor gezorgd dat de respondent wist wat hij kon verwachten. Tijdens het stellen van de vragen was het van belang dat de interviewer met een accepterende houding vragen stelde. Een accepterende houding kenmerkt zich door aandachtig luisteren, geen schrik of afkeuring tonen, bondige samenvattingen geven en

¹⁹ De topiclijst bestond uit alle relevante onderwerpen die te maken hadden met de onderzoeksvraag en het theoretisch kader.

verduidelijkende vragen stellen (Hulshof, 2007). De vragen moesten helder, concreet en objectief zijn (Baarda, 2014). Waar nodig werden begrippen of vragen toegelicht. De gesprekken zijn met behulp van een audiorecorder opgenomen.

3.4 Data analyse

De student-onderzoekers hebben de gefundeerde theoriebenadering gebruikt om de data te analyseren. Deze benadering is meer bekend als 'the grounded theory'. Hier was voor gekozen omdat de grounded theory de meest gebruikte vorm van analyseren is bij kwalitatief onderzoek en dit model een makkelijk te volgen stappenplan beschrijft. De analyse kende een aantal stappen die cyclisch werden uitgevoerd. Eerst werden er open interviews gehouden, daarna werden de interviews letterlijk uitgeschreven op papier (transcriberen). Vervolgens werd het materiaal volgens vaste stappen geanalyseerd.

De stappen van de analyse zien er als volgt uit:

1. Het ordenen van de gegevens: het ordenen van informatie in eenheden en fragmenten.
2. Het vaststellen van de relevantie: het beoordelen van de eenheden of fragmenten op relevantie.
3. Het open coderen: datareductie door het labelen van de overgebleven fragmenten. Hierbij vermijden de onderzoekers interpretaties. In deze stap worden ook synoniemen bij elkaar gezocht en gelabeld als één eenheid. Vervolgens wordt bij het label aangegeven hoe vaak het woord of synoniem ervan is gebruikt.
4. Het axiaal coderen: het ordenen van de eenheden in categorieën. Bijvoorbeeld de begrippen houding of expressie kunnen onder het label: non-verbale communicatie.
5. Het selectief coderen: het zoeken naar centrale begrippen (Baarda, 2014).

Het was belangrijk dat de onderzoekers ruim de tijd namen voor de data-analyse. Dit zou maanden in beslag kunnen nemen. De onderzoekers hebben hier rekening mee gehouden in de planning (bijlage 7).

3.5 Zorgvuldigheidseisen

- Geldigheid

Om de kwaliteit van de topiclijst en de algemene vragen te garanderen is expert validatie toegepast. Er is dus een expert die de lijst heeft beoordeeld. Er is literatuur gebruikt voor het optimaliseren van de begrippen in de topiclijst. Deze topiclijst is te vinden in bijlage 10.

Bij het houden van de open interviews hebben de student-onderzoekers doorgevraagd op bepaalde antwoorden. Er werd gestreefd naar een zo natuurlijk mogelijke situatie, dit hield bijvoorbeeld in dat een respondent geïnterviewd werd in zijn eigen kantoor. Dit zou kunnen zorgen voor een hogere ecologische validiteit. Wie er zijn en dat wat er is werd als onderzoeksmateriaal gebruikt (Buijsters, 2009). Bovendien hadden de student-onderzoekers gekozen voor datatriangulatie om de geldigheid van de resultaten te waarborgen. Tijdens de dataverzameling zijn respondenten geworven vanuit verschillende disciplines. De expertise vanuit deze verschillende disciplines heeft geleid tot een grotere geldigheid van de onderzoeksresultaten. Dit heeft er namelijk voor gezorgd dat er input is geweest vanuit meerdere invalshoeken.

- Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van de verkregen resultaten hoog te houden moesten de vragen door iedere respondent hetzelfde geïnterpreteerd worden. Om dit te bereiken is er aan iedere respondent een bijlage meegestuurd via de email met aanvullende informatie over de belangrijkste begrippen (bijlage 11). Door middel van doorvragen in de interviews werd de invloed van een toevallige factor minder groot. Een toevallige factor kon bijvoorbeeld zijn dat de respondent bij een bepaalde vraag even minder geconcentreerd was. Door middel van doorvragen werd de aandacht van de respondent weer op de vraag gelegd. Verder hebben de student-onderzoekers de data apart van elkaar geanalyseerd (interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid). Deze analyses zijn vergeleken waardoor verschillen en overeenkomsten duidelijk werden. Twijfels over bepaalde data zijn gedeeld met de docentbegeleider waarna de student-onderzoekers tot een consensus zijn gekomen.

- Andere zorgvuldigheidseisen

Er zijn verschillende bronnen gebruikt om data te verzamelen: interviews, literatuur en de expertise van ggz-professionals en opleiders HBO-V. Alle beslissingen over fragmenten of informatie uit de interviews zijn bijgehouden in een bestand. Daarnaast zijn alle gesprekken opgenomen. De onderzoekers laten hierbij een te controleren spoor na (audit trail).

Een betrokkene²⁰ van het onderzoek heeft de tussentijdse resultaten van het onderzoek gelezen. Dit wordt member checking genoemd. De respondenten hebben ter controle een samenvatting van het afgenomen interview gekregen. Naast de docentbegeleider, opdrachtgever en respondenten van het onderzoek is er ook collegiale controle geweest door de studiegenoten van de student-onderzoekers (peer debriefing).

Verder is rekening gehouden met een negatieve case analyse. Dit houdt in dat de student-onderzoekers tijdens de interviews eigen veronderstellingen op de achtergrond hebben geplaatst en open stonden voor antwoorden van respondenten die niet aan de verwachtingen voldeden. Zo werd getracht om tunnelvisie te voorkomen bij de student-onderzoekers (Baarda, 2014).

3.6 Respons

Omdat de meeste professionals werkzaam zijn in de zorg en daarom zeer waarschijnlijk onregelmatige diensten draaien, was het van belang om op tijd een mail te versturen met een uitnodiging. De emails zijn per respondent gepersonaliseerd, hierdoor voelden zij zich persoonlijk aangesproken. In de mail is uitgelegd wie de onderzoekers zijn en wat het doel van het interview was. Om de respons zo hoog mogelijk te houden is er voor gekozen om de interviews 30 minuten te laten duren. In de mail stond ook uitgelegd wat het onderzoek kan opleveren voor de beroepsgroep wijkverpleegkundigen. Ook stond in de mail beschreven dat de respondenten bij deelname een boekenbon konden winnen. Daarnaast werd ook alvast de waardering uitgesproken voor deelname en werd anonimiteit verzekerd. De student-onderzoekers hadden besloten dat als de opleiders na zeven werkdagen niet terug hadden gemaild, zij hen persoonlijk zouden benaderen op hun werkplek. De andere ggz-professionals zouden na zeven werkdagen eventueel een reminder email ontvangen. Als er dan eenmaal een

²⁰ Docentbegeleider.

afpraak was gemaakt, zou de kans dat iemand alsnog weigerde mee te doen of weigerde de vragen te beantwoorden niet zo groot zijn (Baarda, 2014).

3.7 Gedragscode en ethische verantwoording

Omdat de student-onderzoekers interviews hebben afgenomen, was het van belang dat er goed werd gelet op anonimiteit. De interviews zijn opgenomen als de respondent daarmee heeft ingestemd. De opnames zijn vervolgens anoniem verwerkt zodat de privacy van de respondent niet werd geschonden en de resultaten niet herleidbaar waren tot de individuele respondent. Voor aanvang van het onderzoek hadden de student-onderzoekers zich verdiept in de gedragscode praktijkgericht onderzoek. Doordat de student-onderzoekers zich aan de gedragscode hebben gehouden, is het eindproduct van hogere kwaliteit. Deze gedragscode is te vinden in bijlage 8.

Hoofdstuk 4: resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. In de eerste paragraaf is een toelichting gegeven over de respons van de onderzoekspopulatie. Vervolgens staat beschreven in welke context de interviews zijn afgenomen. Als laatste zijn de resultaten beschreven aan de hand van hoofd- en sub thema's. De resultaten zijn verhelderd met behulp van quotes uit de interviews.

Respondenten

In totaal hebben de student-onderzoekers met acht ggz-professionals contact gezocht. Zeven daarvan werden via email benaderd en een ggz-professional werd benaderd via de telefoon. Binnen een week hadden alle professionals geantwoord en was er geen noodzaak om een reminder te versturen.

In eerste instantie waren alle ggz-professionals bereid om mee te werken aan het onderzoek. Uiteindelijk was er een non-respons van twee personen, omdat twee ggz-professionals niet in de positie waren om tijd te vinden voor het interview.

De zes overgebleven kandidaten bestonden uit vier mannen en twee vrouwen. Ze hadden allemaal een HBO-V diploma behaald. Twee van hen hebben daarna doorgestudeerd voor sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Daarnaast hebben twee respondenten de opleiding praktijkondersteuner van de huisarts behaald en een van hen is nu onder andere werkzaam in de huisartsenpraktijk. Vijf van de zes respondenten geven les op hogescholen, vakopleidingen en in de praktijk. Daarnaast zijn drie respondenten aangesloten bij een lectoraat.

Contextbeschrijving

Bij aanvang van de interviews werden de respondenten geïnformeerd over het gebruik van de topiclijst. Daarnaast is er een korte introductie gegeven over de opbouw van het interview. De student-onderzoekers gaven aan dat de respondenten vrij waren om voorbeelden te geven vanuit de praktijk. Een aantal respondenten had voorafgaand aan het interview de aanvullende bijlage bij de e-mail gelezen (bijlage 10).

Analyse

Het selectief coderen heeft tot zeven verschillende hoofdthema's geleid (tabel 1). De zeven onderstaande hoofdthema's staan in verband met elkaar. Het zijn de zeven onderwerpen die in de interviews zijn besproken. Deze hoofdthema's zijn onderverdeeld in subthema's. De subthema's zijn gebaseerd op de antwoorden van de respondenten.

Hoofdthema's	Subthema's
Ongewenst gedrag	1. Term 2. Praktijkvoorbeelden 3. Oorzaak
Kennis	1. Vakinhoudelijke kennis 2. Kennis context patiënt 3. Zelfkennis
Houding	1. Professionele houding 2. Open houding
Vaardigheden	1. Algemene vaardigheden 2. Gesprekstechnieken
Signalering	1. Lichamelijke signalen 2. Omgevingssignalen
Samenwerking	1. Binnen eigen team 2. Multidisciplinair
Taakafbakening wijkverpleegkundigen en ggz	-

Tabel 1. hoofd- en subthema's na dataverzameling

De resultaten worden hieronder verder beschreven aan de hand van deze hoofd- en subthema's.

4.1 Ongewenst gedrag

De eerste vraag van de interviews richtte zich op wat de respondenten verstaan onder ongewenst gedrag. Dit begrip is door meerdere respondenten omschreven als een subjectieve term waar geen hard criterium voor is. Wel zien de respondenten het als niet wenselijk gedrag van de ander, dat moedwillig is toegepast. Dit gedrag doet afbreuk aan de samenwerking en communicatie tussen mensen. Meerdere respondenten geven aan moeite te hebben met de term "ongewenst", omdat het bestempelen van gedrag als ongewenst zorgt voor een verkeerde benadering van dit gedrag. Ze voegen er aan toe dat elk gedrag deugt, hoe bizar het ook is. Omdat het altijd een bepaald doel dient.

‘Ja, ik zou natuurlijk als ik collega van die wijkverpleegkundige was, zou ik denk ik beginnen met te zeggen: ja misschien moeten we het niet over ongewenst gedrag hebben maar moeten we het over, ja moeten we een andere term bedenken omdat die ons meer ruimte geeft om er minder normatief iets van te vinden’.

Een aantal respondenten geven in de interviews praktijkvoorbeelden van ongewenst gedrag. De voorbeelden die veel terugkomen zijn: slechte hygiëne, fysieke agressie, verbale agressie, seksuele intimidatie, niet in contact zijn, beledigen en discrimineren. In één van de interviews wordt het volgende gezegd over ongewenst gedrag:

‘Dus als je te maken krijgt met ongewenst gedrag, stel dat iemand inderdaad denkt van nou deze meid vind ik wel gezellig en dat vind ik wel leuk, die ga ik aan de billen zitten bij wijze van spreken tijdens de zorg. Dan denk ik dat is natuurlijk ook ongewenst gedrag’.

Volgens twee respondenten is ongewenst gedrag voor hen minder grensoverschrijdend als zij het gedrag kunnen plaatsen als gedrag dat voortkomt uit een ziektebeeld.

‘Maar als iemand vanuit schizofrenie mij iets wil doen en me daardoor een klap verkoopt, nou ja dat vind ik niet zo leuk. Maar dat kan ik wel plaatsen. Dan kan ik wel denken van oh die heeft een psychose en die denkt: ‘die wil mij iets doen, dus ik ga van me af bijten’. Dus het is niet zo zeer dat het dan gewenst gedrag is, maar omdat ik het kan plaatsen vind ik het niet zo erg’.

Wat verder over ongewenst gedrag gezegd wordt, is dat de **oorzaak van ongewenst gedrag** niet alleen bij de cliënt ligt maar ook bij de hulpverlener. Een aantal respondenten benoemt dat ongewenst gedrag voortkomt uit weerstand van de cliënt omdat de hulpverlener te snel gaat. Of dat de hulpverlener gedrag als ongewenst bestempeld omdat ze de cliënt niet kunnen volgen, begrijpen, bereiken of beïnvloeden. Een respondent zegt:

‘Dus ongewenst gedrag kan zijn, dat kan ook aan de hulpverleners kant zitten he. Dat hoeft niet alleen maar aan de patiënten kant te zitten. Op het moment dat ik als hulpverlener binnenkomt en zegt van Mevr. Jansen ik kom nu dit en dat doen en je maakt geen contact met iemand, geen verbinding, dan wordt er heel snel gezegd van: mevrouw Jansen die was niet tot samenwerking bereid’.

4.2 Kennis

Vervolgens kwam het hoofdthema kennis aan bod. De vraag die de student-onderzoekers daarbij hebben gesteld was: *welke kennis is er volgens u nodig om ongewenst gedrag te voorkomen en/of beëindigen?* Alle respondenten benoemen dat **vakinhoudelijke kennis** nodig is om ongewenst gedrag te voorkomen of beëindigen. De respondenten benadrukken dat het belangrijk is dat de hulpverlener kennis heeft over psychische stoornissen en symptomen die daarbij horen. Een aantal respondenten heeft daar aan toegevoegd dat dit basiskennis is. De basiskennis is volgens hen generalistisch en is dus voor alle verpleegkundige differentiaties van belang. Een andere respondent benoemt dat het hebben van kennis over psychische stoornissen en symptomen de wijkverpleegkundige kan helpen bij signaleren:

'Maar het is ggz kennis die kan helpen om die wijkverpleegkundige beter met ongewenst gedrag te leren omgaan en ook beter te leren signaleren'.

Daarnaast geven de respondenten aan dat ze kennis hebben over de kaders en wetten van de zorg en ze de vuistregels rondom veiligheid kennen. Over kennis van kaders en wetten zegt een respondent het volgende:

'Maar op het moment dat een cliënt een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder heeft getekend, dan heeft hij gewoon recht op de zorg totdat het of niet meer nodig is, of diegene de zorg opzegt. En dan vind ik het nog best lastig om een cliënt min of meer over te halen om zorg toch te laten ontbinden want ik heb geen poot om op te staan. Daar kunnen cliënten soms ook heel ver in gaan en ongewenst gedrag in tonen. Maar omdat ik de kaders, de wetten en mezelf ken, kan ik er vaak goed mee om kan gaan'.

Ook kennis over de sociale kaart wordt meerdere malen genoemd. Een respondent vertelt:

'Ook kennis rondom sociale kaart, rondom psychiatrie, ontbreekt. Tenminste toen ontbrak het daar ook nog best wel aan. Dus bij ons in de wijk zat er een RIBW maar daar hadden we nog nooit contact mee gehad. Ja dat is vrij bijzonder als je daar wel al drie keer een cliënt verzorgd hebt maar nooit met de verpleging daar in aanraking bent geweest. Dus dat is ook wel belangrijk, om er van op de hoogte te zijn en om contact mee te hebben'.

Naast kennis over de sociale kaart, wordt ook kennis over methodes rondom casusbesprekingen en intervisie meermaals genoemd. In een van de interviews vertelt een respondent dat casusbesprekingen snel op de achtergrond verdwijnen, vergeten worden of niet effectief zijn als hulpverleners geen kennis hebben over hoe een goede casusbespreking uitgevoerd kan worden. Kennis over methodes van casusbespreking en intervisie kan helpen om op een systematische manier casussen onderling goed te bespreken.

'Het moet wel op een gedegen manier gebeuren. Ik denk ook volgens een methode. Je moet niet gewoon uit de losse pols van: oh en hoe was het dan voor jou, vervelend joh, doe dat, en dan is het klaar. Maar bijvoorbeeld met de incidentmethode. En het moet consequent gebeuren'.

Ook benadrukken de respondenten dat **kennis van de context van de cliënt** heel erg belangrijk is. Het houdt in dat de hulpverlener kennis moet hebben over het systeem, de persoonlijkheid en de levensloop van de cliënt. Daarnaast is het belangrijk dat hulpverleners kennis hebben over de schema's van hoe iemand in het leven staat. Een respondent zegt hierover het volgende:

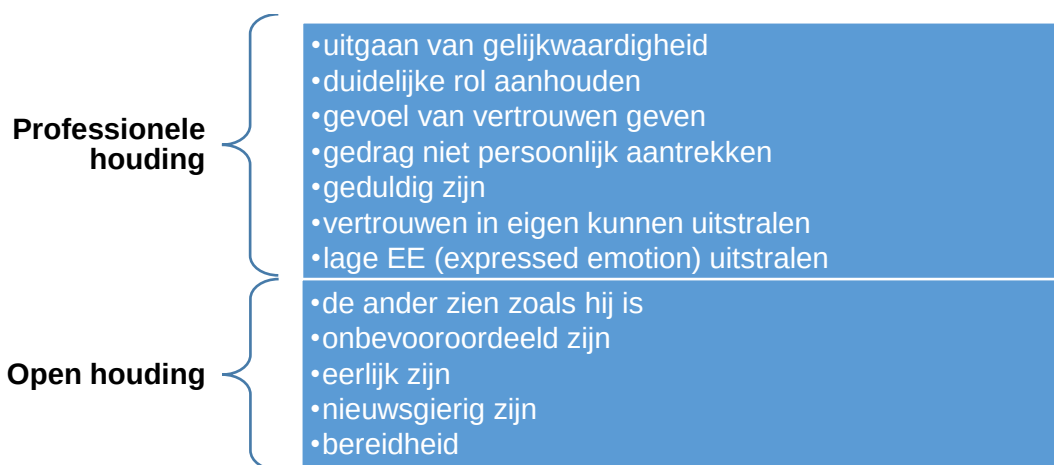
'Ja en waar het hier nu natuurlijk over ging, hier was een levensloop. Dus het is wel handig dat je een beetje weet hoe iemand in het leven staat. Dus hoe kijkt hij tegen zichzelf aan, hoe kijkt hij tegen de wereld aan en tegen de mensen met wie hij omgaat en wat betekent dat voor zijn of haar gedrag naar anderen. Dat soort schema's moeten verpleegkundigen volgens mij goed kunnen herkennen. Van hoe iemand in het leven staat. En op basis daarvan situaties inschatten'.

Bij het subthema **zelfkennis** benoemen de respondenten dat je als hulpverlener bewust moet zijn van je eigen referentiekader en de dingen die je spannend vindt. Kennis over je eigen grenzen hoort daar ook bij want als je niet weet wat je grenzen zijn, kun je ze ook niet aangeven:

'Natuurlijk ik moet bedenken waar mijn grenzen liggen en of ik hier wel moet zijn en of ik wel de juiste persoon ben'.

4.3 Houding

Op de vraag welke houding de ggz-professionals in zetten om zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar ze te maken krijgen met ongewenst gedrag wordt door de respondenten onderscheid gemaakt in professionele houding en open houding. De kenmerken die hierbij genoemd zijn staan in het volgende figuur beschreven:



Een van de respondenten zegt over open houding:

'Ja open houding en niets menselijks is ons vreemd. Eh, vertragen. En in de verwonderstand. In de zin van goh wat is er aan de hand? Verbaas me. Dus niet meteen reageren, maar even kijken of je hem stil kunt zetten naar zichzelf'.

4.4 Vaardigheden

Een ander hoofdthema dat tijdens de interviews aan bod kwam was vaardigheden. De interviewers hebben de respondenten gevraagd naar vaardigheden die zij inzetten in situaties met ongewenst gedrag. De vaardigheden die genoemd zijn, kunnen onderverdeeld worden in: algemene vaardigheden en vaardigheden met betrekking tot gesprekstechnieken.

Veel respondenten geven bij **algemene vaardigheden** aan dat het belangrijk is om terug te geven vanuit zelfreflectie, stil te staan bij gedrag, iets te doen met tegenoverdracht en te reflecteren. Ook reactief zijn in contact en alert zijn op signalen worden als vaardigheden genoemd. De respondenten geven aan dat een hulpverlener moet kunnen omgaan met verschillend gedragingen, flexibel moet zijn en zich moet kunnen aanpassen in een situatie. Over flexibel zijn zegt een respondent dat je moet kunnen veranderen van tactiek:

‘Dat je altijd moet zeggen, ik ben hier in een context en ik heb hier een opdracht maar wat is die hele context? En als ik in de gaten heb dat dit nu helemaal niet passend is of dat het nou helemaal niet datgene is wat hier speelt dan moet ik mezelf hier op aan kunnen passen. En dat eist van mij flexibiliteit’.

Verder wordt genoemd dat het belangrijk is dat een hulpverlener de situatie kan inschatten op veiligheid, de context van het hulpverleningscontact voor kan bereiden en randvoorwaarden voor de zorgsituatie creëert. Over het inschatten van een situatie op veiligheid zegt een respondent het volgende:

‘Vaardigheden die ik dan nodig heb zijn: hoe zorg ik voor mijn eigen veiligheid en hoe zorg ik ervoor dat ik daar die deur heb en niet omgekeerd en dat ik daar zit en jij daar zit. Dat soort dingen, dus dat zijn gewoon ook vaardigheidsaspecten die je nodig hebt. Ik weet ook hoe ik mezelf moet verdedigen, ik weet hoe ik op een gegeven moment als iemand echt dreigend wordt hoe ik daar uit moet stappen. Dat is een belangrijke vaardigheid ook. Uit de situatie stappen’.

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de training: omgaan met agressie handvatten kan bieden aan hulpverleners die in situaties komen met agressie. De training kan het gevoel van veiligheid vergroten, maar dan moet deze wel om de twee jaar worden herhaald.

Een andere vaardigheid die alle respondenten benoemen is dat het aangeven van grenzen belangrijk is. In de context van grensoverschrijdend gedrag worden de volgende vaardigheden genoemd: grenzen herhalen, keuze aanbieden, niet laten imponeren, geweld stoppen, de cliënt waarschuwen en duidelijk zijn. Ook het rapporteren van grensoverschrijdende situaties en het doen van aangifte door de hulpverlener wordt genoemd. Over het aangeven van grenzen zegt een respondent het volgende:

‘Dan kun je ook heel duidelijk aangeven dat je daar niet van gediend bent. En als iemand daar niet naar kan luisteren of als iemand niet bereid is om dat, ja dan, dan kun je zeggen dan is mijn grens hier bereikt en kan ik geen hulp verlenen. Dan is hier geen hulpverlening mogelijk’.

Dan tot slot de categorie **gesprekstechnieken**. Hier worden de volgende vaardigheden genoemd: spiegelen, rustig bespreken, open communiceren, algemene gesprekstechnieken, motiverende gespreksvoering, complimenteren, vertragen en uitlokken tot gesprek. Over motiverende gespreksvoering wordt door een van de respondenten het volgende gezegd:

‘En ja, ik denk dat ze dus ook heel veel hebben aan die training in motiverende gespreksvoering die ze gehad hebben. Dat is niet alleen maar voor die keukentafelgesprekken. Maar dat is echt voor de hele bejegening van die patiënt voor belang’.

Daarnaast benoemen de respondenten ook dat: objectief luisteren, doorvragen, terugvertalen, duidelijk zijn en met een omweg het gesprek beginnen belangrijke vaardigheden zijn die ze in zetten in situaties met ongewenst gedrag.

De volgende vraag aan de respondenten was: *hoe heeft u deze bovenstaande vaardigheden verkregen?* De respondenten geven aan dat ze de vaardigheden zowel in de praktijk als vanuit de theorie hebben aangeleerd. In de praktijk hebben de respondenten ervaring opgedaan. De meeste respondenten vertellen dat ze het door de opgedane ervaring makkelijker vinden om

hun grenzen aan te geven en te benoemen wat ze zien. Een andere respondent voegt daaraan toe dat ze zich door het werken in de praktijk ook steeds bewuster is geworden van haar eigen grenzen. Het ervaren van onveilige situaties heeft haar geleerd hoe ze hier mee om moet gaan:

‘Ja dat is toch de ervaring denk ik die je nodig hebt. Het kijken en het luisteren naar de cliënten, wat gebeurt er. De cliënt serieus nemen. Maar wel luisteren wat er in hem omgaat en daarin wel je grenzen aangeven. Tot hier kun jij gaan en tot hier kun jij komen. En als je er overheen gaat dan ga ik je waarschuwen of terugroepen. Zo van hier ben ik niet van gediend. Maar dat is ook ervaring, het doen’.

Meerdere respondenten benoemen ook dat ze het fijner vinden om te leren door het in de praktijk te ervaren. Een respondent geeft aan dat het wel belangrijk is dat een situatie daarna goed besproken wordt in een team, zodat ook andere collega's hiervan kunnen leren. De respondenten vertellen ook dat ze vaardigheden hebben verkregen middels hun opleiding. Zo vertelt een respondent dat je in een opleiding bepaalde basis dingen leert die altijd terugkomen. Intervisie en reflectie zijn hier voorbeelden van. Daarnaast benoemt een respondent dat hij in de opleiding, door middel van verdieping in de beroepscode en beroepsethiek, heeft geleerd om zijn eigen waarden en normen te vormen.

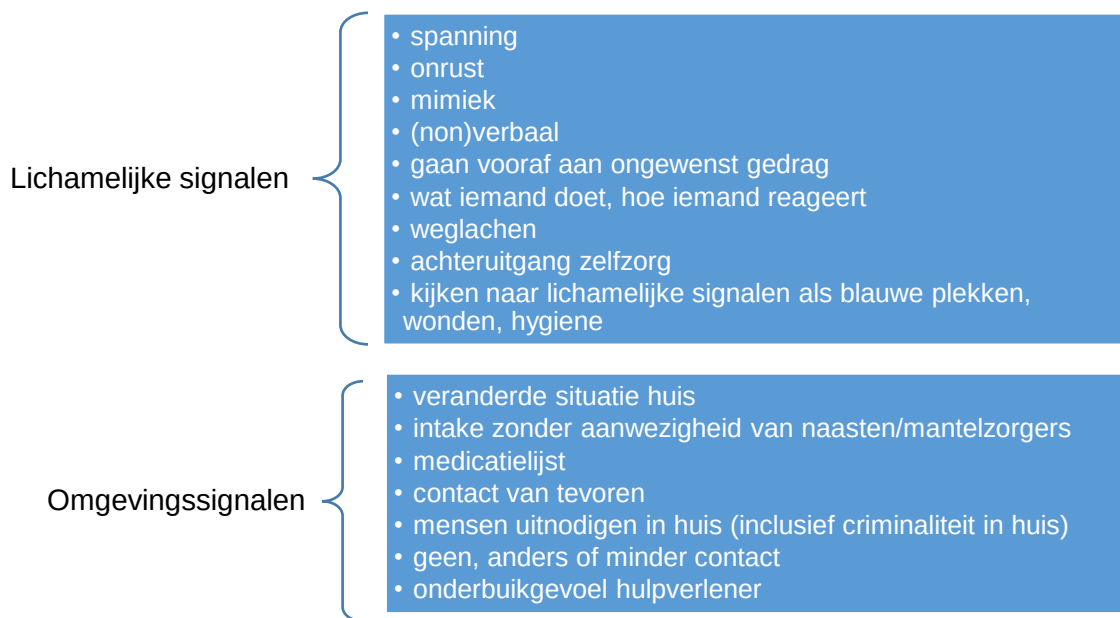
‘De beroepscode en beroepsethiek zijn wel belangrijke kennisbronnen. De praktijk vormt maar dat kun je natuurlijk niet zonder theorie doen’.

4.5 Signaleren

Vervolgens kwam het hoofdthema signaleren aan bod tijdens de interviews. Het eerste deel van de deelvraag van dit onderzoek bestaat uit de vraag wat signalen zijn met betrekking tot ongewenst gedrag die de wijkverpleegkundige moet leren herkennen. Deze vraag is ook gesteld aan de respondenten. Een respondent zegt er het volgende over:

‘Dus ik denk dat op het moment dat mensen boos worden en mensen echt zeggen van ik wordt agressief verbaal of non-verbaal, dan hebben we signalen die er van te voren waren al helemaal niet waargenomen, en die waren er vaak wel’.

De respondenten benoemen verschillende praktijkvoorbeelden van signalen. Deze zijn onderverdeeld in lichamelijke- en omgevingssignalen:



Bij lichamelijke signalen benadrukken de respondenten dat als een hulpverlener geen of anders contact krijgt met de cliënt, dit een belangrijk signaal is. Daarnaast zegt een respondent het volgende:

‘Nou ja als de spanning op loopt. Als mensen bijvoorbeeld vermijdend zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ze heel erg veel weglachen. Of dat je kunt zien dat de zelfzorg terug uit gaat of dat er meer gedronken wordt.’

Bij **omgevingssignalen** benoemt een respondent als voorbeeld dat er cliënten zijn die ineens veel mensen in huis halen. Zo komt er ook soms criminaliteit in huis. Een van de respondenten voegt daar aan toe dat het soms ook overlast geeft voor de buurt waar de cliënt woont.

‘En dat kun je signaleren door, wanneer een cliënt heel makkelijk bij alles zegt: oh nee hoor het gaat goed, niks aan de hand, prima. Terwijl jij als je bij iemand thuis bent, dan kun je best wel goed zien van het is hier een troep, of het stinkt hier naar bedorven voedsel.’

4.6 Samenwerking

De respondenten geven meermaals aan dat ook samenwerking een belangrijk onderdeel is in de zorgverlening. Binnen een team kunnen wijkverpleegkundigen van- en met elkaar leren door begeleide intervisie, supervisie, casusbesprekingen en feedback. Meerdere respondenten benoemen dat het goed zou zijn als teams zich meer lerend op zouden stellen en zich bewust zouden worden van de parallellen tussen samenwerking in het eigen team en de cliëntenzorg. Een respondent zegt:

'Het gaat over dat die verpleegkundigen van binnenuit zoiets hebben van ja we willen leren met elkaar. Dus als je lerende teams kunt krijgen waar je wederkerige kunt leren, als je jezelf kwetsbaar kunt opstellen en kunt zeggen nou dit kwam ik tegen en dat raakt me. En dat mensen dus bereid zijn om dat met elkaar te bespreken en dan wordt het ontzettend leuk. Dus ik zou het wel heel erg mooi vinden, als een instelling zoals ZZG daarin zou investeren, om begeleide intervisie zo in te richten dat het echt lerende teams worden. Want dan wordt iedereen er beter van. Want dan ben je de kennis, die er is, aan het oppoetsen en aan het verrijken. En wat je samen doet, kun je dan ook makkelijker met cliënten. Want hoe kun je in godsnaam goed met cliënten omgaan, met afstand en nabijheid, als je dat met je eigen collega's ook niet doet. Ik zou voor die parallellen zijn, wat je in een team doet moet je ook gewoon in de cliëntenzorg doen'.

Een respondent vult aan dat ondersteuning door het team en de leidinggevende hier een grote rol in speelt. Ook benoemt hij dat er eventueel een teamcoach kan worden ingeschakeld om de samenwerking in een team te versterken. Daarnaast geven alle respondenten aan dat het goed zou zijn als er een laagdrempelige ggz-verpleegkundige binnen het team beschikbaar is voor consultatie. Deze ggz-verpleegkundige kan bijvoorbeeld lastige casussen bespreken, klinische lessen geven en de wijkverpleegkundigen handvatten aanreiken vanuit haar eigen ervaring.

'Nee, nee nee, kijk ik denk dat het heel waardevol zou zijn als de ggz consultatie zou bieden aan wijkverpleegkundigen. Aan de andere kant zijn die wijkverpleegkundige-organisaties vaak zo groot, die hebben volgens mij meer dan voldoende capaciteit, om zelf om een ggz-verpleegkundige of een specialist in dienst te nemen'.

Een respondent vertelt over het nut van een ochtendoverleg. In dit overleg wordt onder andere besproken bij welke cliënten de hulpverleners op bezoek gaan die dag en wat ze denken te verwachten. Daarnaast is er tijd voor de hulpverleners om aan te geven of ze zich in een zorgsituatie onveilig voelen. Twee respondenten geven aan dat ze in geval van onveilige gevoelens vaak overleggen met collega's om vervolgens te beslissen of het verstandig is om met twee hulpverleners op huisbezoek te gaan.

Naast samenwerking binnen een organisatie, wordt ook instelling overstijgend en **multidisciplinair** samenwerken meerdere malen genoemd in de interviews. De respondenten stellen nadrukkelijk dat consultatie door betrokken instanties behulpzaam kan zijn voor de wijkverpleegkundigen. Niet alleen voor kennisoverdracht maar ook om de taken af te bakenen. Een respondent vertelt dat ze een lijst heeft gemaakt met alle betrokken organisaties. Ze voegt hier aan toe:

'Ik ging dan lijntjes leggen met de verschillende instanties die in de wijk aanwezig waren. Dus op het moment dat er een RIBW aanwezig was of dat er begeleiding vanuit Pro Persona was, thuisbegeleiding noem maar op, dan legde ik die lijntjes ook wel open en zorgde ik dat er ook gewoon korte communicatieve lijntjes waren tussen de betreffende verpleegkundige en die instanties'.

De respondenten vertellen dat het goed is als er duidelijke afspraken worden gemaakt en dat de instanties elkaar (voor zo ver mogelijk) inzage geven in de zorgplannen. Hierdoor kunnen de

verschillende disciplines ook voor elkaar signaleren, hypothesen bespreken en gebruik maken van elkaars expertise.

'Dat je van elkaar weet dat er een zorgplan is. Psychiatrie heeft misschien nog een zorgplan of een behandelplan in dat geval. Dus dan heb je drie zorgplannen. Iedereen doet natuurlijk op zijn eigen vakgebied de begeleiding en zorgverlening. En dan is het belangrijk om met elkaar om tafel te blijven zitten. Van wat doen we. En het kan goed zijn dat de wijkverpleging, net als bij wondverzorging dat dat na een aantal weken weer voorbij is. Dan stappen wij er weer uit natuurlijk. Maar in de langdurige zorg is het belangrijk om regelmatig met elkaar om tafel te gaan zitten. En dat je dat ook afsprekt. Vind ik belangrijk'.

In meerdere interviews is benoemd dat ook de huisarts en de poh-ggz kunnen consulteren. De huisarts ziet de cliënt meestal regelmatig en is verantwoordelijk voor eventuele verwijzingen. Een respondent vertelt hierbij dat de wijkverpleegkundige met toestemming van de cliënt het gehele dossier van de cliënt kan opvragen bij de huisarts, zodat de informatie compleet is.

4.7 Taakafbakening

Op de vraag waar de grens ligt tussen wat de wijkverpleegkundige moet kunnen in de zorgverlening aan cliënten met een psychische stoornis en wanneer ze ondersteuning moet vragen vanuit de ggz werden verschillende antwoorden gegeven door de respondenten. Een aantal respondenten geeft aan dat het goed is als wijkverpleegkundigen stil staan bij ontoreikende competenties. Daarnaast wordt gezegd dat een wijkverpleegkundige een hulpverlener met kennis over psychiatrie moet inschakelen als ze ergens haar vinger niet op kan leggen en de situatie niet meer kan overzien. Een respondent zegt het volgende hierover:

'Als je merkt van hé ik overzie het niet meer, of ik kan niet meer beïnvloeden zoals ik zou willen, want daar worden we eigenlijk voor opgeleid he, om te beïnvloeden. Dan moet je denk ik iemand anders vragen, maakt niet uit of dat somatisch of een ander gebied is. Maar ik denk wel dat wijkverpleegkundigen meer kunnen dan ze nu doen als het gaat om psychosociale zorg'.

De meeste respondenten geven aan dat er niet uit moet worden gegaan van een scheiding tussen ggz en somatische zorg:

'En omdat je het allemaal niet kan scheiden. Dus je kunt niet zeggen van dit is een problematiek die hoort niet bij ons want dat is ggz problematiek. De patiënt kun je niet uitschakelen'.

Een andere respondent vertelt juist dat verplegen bij wijkverpleegkundigen hoort en begeleiding bij ggz maar dat er wel overleg mogelijk is om gebruik te maken van elkaars kennis.

Hoofdstuk 5: discussie

De resultaten van het onderzoek worden in de eerste paragraaf beoordeeld op bruikbaarheid en onderbouwd of bediscussieerd met behulp van literatuur. Verder zijn in dit hoofdstuk de kritische kanttekeningen van het onderzoek beschreven op het gebied van de onderzoekspopulatie, steekproef, kwaliteit van gegevens, methode, kwaliteitseisen en generaliseerbaarheid.

5.1 Interpretatie van de resultaten

De antwoorden op de hoofdvraag van het onderzoek moeten inzicht geven in de benodigde verdieping op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om somatische zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundige te maken krijgt met ongewenst gedrag. De antwoorden op de deelvraag van het onderzoek beschrijven wat signalen zijn met betrekking tot ongewenst gedrag die een wijkverpleegkundige moet leren herkennen, zodat zij op tijd ondersteuning vanuit GGZ professionals in kan schakelen.

5.1.1 Ongewenst gedrag

In het theoretisch kader staat beschreven dat afwijkende gedragingen die ontstaan uit onderliggende stoornissen of ziekten, vaak als ongewenst worden ervaren door hulpverleners (paragraaf 2.2.3). Ook in het onderzoek van ZZG zorggroep omschrijven de wijkverpleegkundigen het gedrag als ongewenst (ZZG zorggroep²¹, 2016). Vier van de zes respondenten gaven aan dat ze moeite hebben met de term: ongewenst. Dit is relevant voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag omdat de respondenten hierbij aangeven dat het zorgt voor een verkeerde benadering van het gedrag. Een aantal respondenten vertellen hierover dat de oorzaak van ongewenst gedrag ook aan de hulpverleners kant kan zitten. En dat er in situaties met ongewenst gedrag niet alleen gekeken moet worden naar de rol van de cliënt maar ook naar de rol van de wijkverpleegkundige. Dit sluit aan bij de opvatting dat het gedrag van hulpverleners een doorslaggevende rol kan spelen in bijvoorbeeld agressieve situaties (hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.3).

5.1.2 Kennis

Kennis over psychische stoornissen en de bijbehorende symptomen.

De resultaten van het hoofdthema kennis komen overeen met een nieuw artikel van het vaktijdschrift Nursing: 'omdat mensen met deze problematiek ook langer thuis blijven wonen, moeten wijkverpleegkundigen die rol dan ook beter en breder oppakken. Wat is daarvoor nodig? Ten eerste een verdieping van kennis over psychiatrische ziektebeelden: hoe herken je deze, en wat kun je doen (Rosendal & Van Dorst, 2016)?'

Kennis over de kaders en wetten van zorg.

In het theoretisch kader staat in paragraaf 2.2.5. kort al beschreven dat de wijkverpleegkundige werkt met indicatiestelling en met de Zorgverzekeringswet. Kennis over kaders en wetten heeft als voordeel dat de wijkverpleegkundige weet wat haar zorgtaken zijn. Een nadeel hiervan is dat de zorg voor een cliënt niet zomaar ontbonden kan worden, ook als er sprake is van constant grensoverschrijdend gedrag (art. 6 lid Zorgverzekeringswet 2005).

Kennis over de vuistregels rondom agressie en kennis over agressief gedrag.

In 2012 is het actieplan: 'veilig werken in de zorg' gepresenteerd. Hierin staat geschreven dat agressie en geweld tegen hulpverleners niet altijd is te voorkomen. 'Medewerkers dienen in

²¹ Bron afkomstig van het Intranet van ZZG zorggroep. Niet publiekelijk toegankelijk.

zulke gevallen toegerust te zijn om adequaat te reageren op uitingen van agressie, met name om te zorgen voor de-escalatie van de dreiging om daarmee erger te voorkomen' (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2012). Deze tekst sluit aan bij de resultaten waaruit blijkt dat het belangrijk is om vuistregels rondom veiligheid te kennen en daarnaast ook kennis te hebben over agressief gedrag. Dit vergroot het gevoel van veiligheid voor hulpverleners.

Kennis over de sociale kaart.

Naast kennis over agressie en veiligheid is kennis over de sociale kaart meerdere malen genoemd in de interviews. Dit wordt ondersteund in een recent artikel: 'ten tweede zorgen voor een gedegen kennis van de wijk: wie kan jou hierin bijstaan? Denk bijvoorbeeld aan GGZ-aanbieders, en de POH-GGZ' (Rosenthal & Van Dorst, 2016). Dit wordt ook benadrukt in het expertisegeried wijkverpleegkundige: 'is op de hoogte van de sociale kaart van de wijk/buurt, dorp/stad en regio en informeert zorgvrager en sociale systeem over de mogelijkheden' (Bont, Haaren, Rosendal & Wigboldus, 2012).

5.1.3 Houding

De resultaten verkregen bij het hoofdthema houding zijn deels terug te vinden onder attitude bij verschillende beroepsrollen in het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 (Lambregts et al., 2015). Aspecten van attitude uit de resultaten die niet terug te vinden zijn in het expertisegeried of opleidingsprofiel zijn deels terug te vinden in literatuur vanuit de ggz. In één artikel wordt geschreven over een attitude die gebaseerd is op gelijkwaardigheid, verbondenheid, rechtvaardigheid, dialoog, verantwoordelijkheid en zich afstemmen (Van den Berg, 2006). Een van de respondenten heeft verteld over het hanteren van een lage EE. In de literatuur staat het volgende geschreven over de lage EE-benadering: *'bij een lage EE wordt er op een rustige toon gepraat en straalt de begeleider uit dat het gedrag op hem geen persoonlijk indruk maakt. Bij een lage EE is er de acceptatie dat het probleemgedrag uit onmacht voortkomt en dat er geen definitieve oplossing is. De begeleider zoekt naar de beste omgangsstrategie om het gedrag tijdig te buigen. De begeleider benoemt de objectieve waarneming zonder daar een waardeoordeel aan te koppelen. Discussies worden vermeden'* (Janssens, 2010).

5.1.4 Vaardigheden

Bij het hoofdthema vaardigheden kwamen zelfreflectie (spiegelen), stilstaan bij gedrag en iets doen met tegenoverdracht aan bod. Over spiegelen wordt het volgende geschreven in de literatuur: *'wanneer je de ander spiegelt, wordt de beleving van de ander letterlijk voelbaar. Het automatisch spiegelen van de acties van anderen maakt dat hun verhalen invoelbaar zijn en begrepen kunnen worden'* (Buckers & Wilgeroth, 2015).

Tegenoverdracht wordt in het boek 'overdracht en tegenoverdracht' omschreven als een reactie van de hulpverlener op het gedrag van de cliënt. De hulpverlener reageert vanuit eigen oud (onbewust) gevoel: *'om zicht te krijgen op tegen overdrachtsmechanismen zal de hulpverlener kritisch moeten durven kijken naar zijn gedrag en bedoelingen. Dit vraagt om reflectie en zelfbewustzijn en dit kan angst oproepen omdat het kan confronteren met onbewuste pijnlijke gevoelens, maar ook omdat het verantwoordelijk maakt voor eigen gedrag. Van een professional wordt echter verwacht dat hij hiertoe bereid is. Bewustwording biedt inzicht en ruimte voor reflectie'* (Van Delft, 2015).

Daarnaast wordt reflecteren als competentie beschreven in het opleidingsprofiel Bachelor of

Nursing 2020 onder de rol van reflectieve EBP- professional. *‘De verpleegkundige reflecteert voortdurend en methodisch op haar eigen handelen in de samenwerking met de zorgvrager en andere zorgverleners en betreft hierbij inhoudelijke, procesmatige en moreel-ethische aspecten van haar keuzes en beslissingen’* (Lambregts, Grotendorst & Merwijk, 2015, p.28). Verder blijkt uit de resultaten dat een hulpverlener reactief moet zijn in contact met cliënten. Respondenten geven hierbij aan dat het belangrijk is om flexibel te zijn, om te kunnen gaan met veel soorten gedrag en zich aan te kunnen passen op de situatie. Over flexibel zijn is verteld dat je moet kunnen veranderen van tactiek. De vaardigheden reactief zijn, omgaan met veel soorten gedrag, flexibel zijn en aanpassen op de situatie worden onderbouwd in het expertisegebied van wijkverpleegkundigen: *‘heeft lef, is creatief en flexibel en kan inspelen op uiteenlopende cliënten en situaties’* (Bont et al., 2012, p.18).

Alle respondenten geven in de interviews aan dat gespreksvaardigheden nodig zijn. Deze vaardigheden sluiten aan bij het de beroepsrol van communicator in het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020: *‘kan gesprekstechnieken toepassen, passend bij de zorgvrager en de fase van het verpleegkundig proces’* (Lambregts et al., 2015, p.20). Er staan echter geen concrete voorbeelden van gespreksvaardigheden in dit opleidingsprofiel.

5.1.5 Signalering

Wijkverpleegkundigen hebben volgens de respondenten een belangrijke taak in signaleren. Dit wordt onderbouwd in een rapport van het Trimbos Instituut, waar dit letterlijk in wordt beschreven. *‘De thuiszorgmedewerkers vormen een natuurlijke schakel tussen zorg en preventie en hebben een groot bereik in alle lagen van de bevolking’* (Groefsema & Blekman, 2010). Meerdere respondenten hebben aangegeven dat de wijkverpleegkundigen continuïteit hebben in de zorg aan cliënten en dus een signalerende rol hebben. Praktijkvoorbeelden van signalen met betrekking tot ongewenst gedrag die door de respondenten zijn genoemd zijn niet concreet terug te vinden in de literatuur. Een aantal respondenten geeft aan dat het voornamelijk om ‘onderbuikgevoel’, ervaring en ‘feeling’ gaat. Dit sluit aan bij het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 onder de competentie: *‘kent de betekenis van het begrip intuïtie als onbewuste bekwaamheid’* (Lambregts et al., 2015, p.30).

5.1.6 Samenwerking

De resultaten rondom het hoofdthema samenwerking hebben grote overeenkomsten met het document ‘GGZ in de wijk’ (paragraaf 2.2.6.). Wat niet in dit document staat, maar wel door de respondenten is aangekaart, is dat samenwerking binnen een team heel belangrijk is. Dit wordt onderbouwd door een recent artikel van het vaktijdschrift Nursing. *‘En, als derde, bespreek deze casuïstiek in je eigen team zodat je van elkaar kunt leren, en afspraken kunt maken over omgaan met onbegrepen, verward, of grensoverschrijdend gedrag. De cliënt kun je niet altijd veranderen, maar de wijze waarop jij ermee omgaat wel’* (Rosendal & Van Dorst, 2016). Daarnaast is in de interviews genoemd dat begeleide intervisie, casusbesprekingen en het geven van feedback manieren zijn om van, en met elkaar te leren. Dit staat in het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 beschreven onder de rol van reflectieve EBP professional: *‘de verpleegkundige werkt permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en levert een bijdrage aan die van collega’s. De verpleegkundige leert via formele leertrajecten, én dagelijks op de werkplek. bijvoorbeeld door casusbesprekingen,*

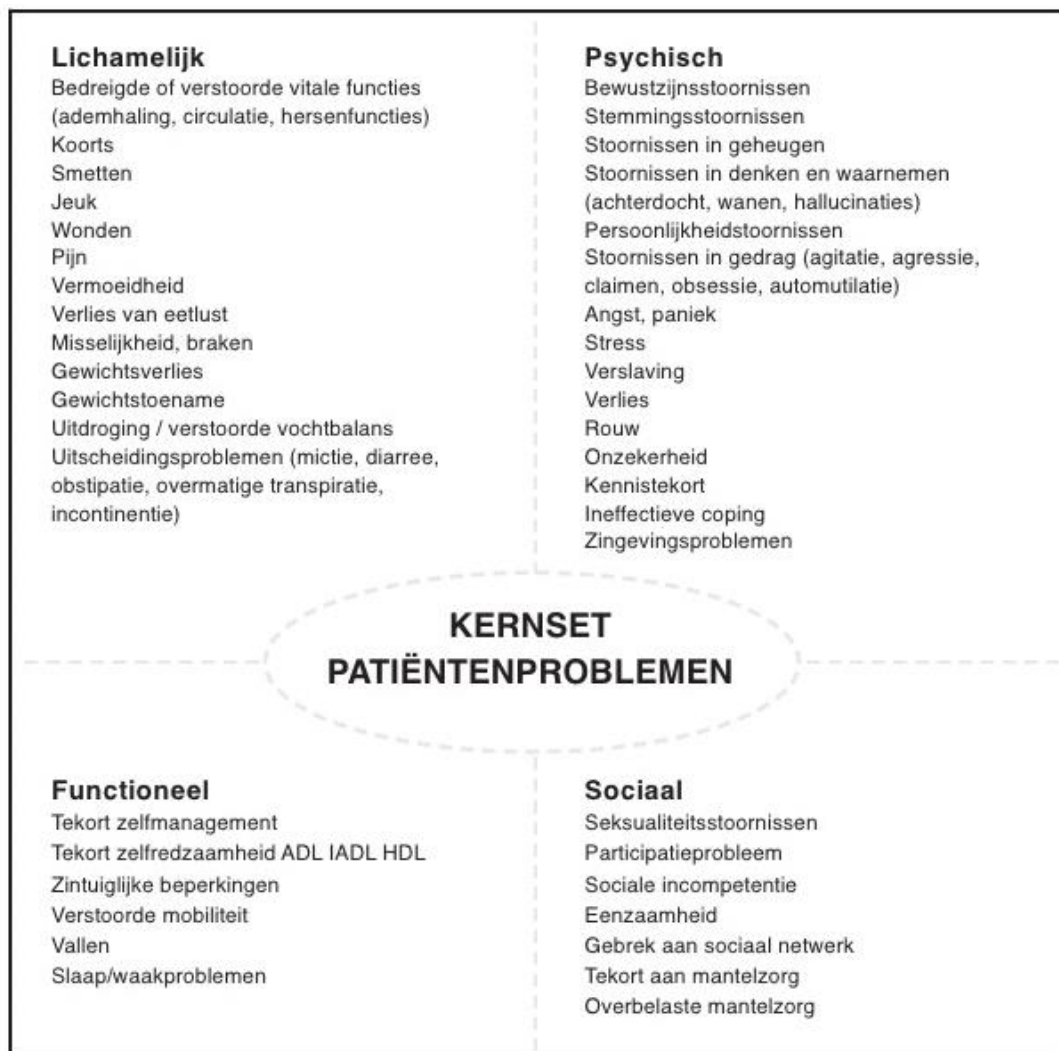
intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing' (Lambregts et al., 2015, p.27).

De resultaten laten zien dat meerdere respondenten hebben aangegeven dat er meer samenwerking nodig is tussen verschillende disciplines. Volgens de respondenten zou hierdoor meer gebruik gemaakt kunnen worden van elkaars expertise.

Het samenwerken met verschillende disciplines staat als competentie beschreven in het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020: *'het handelen vanuit de eigen verpleegkundige deskundigheid en samenwerken op basis van gelijkwaardigheid met de eigen en andere disciplines binnen en buiten de gezondheidszorg met betrekking tot (multidisciplinaire) zorg en behandeldoelen'* (Lambregts et al., 2015, p.25). Dit betekent dat er van (wijk)verpleegkundigen al wordt verwacht dat zij samenwerken met andere disciplines, maar dat dit in de praktijk van de ggz en de wijk beperkt gebeurt. Ook in een rapport van het Trimbos Instituut staat beschreven dat de thuiszorg en ggz-preventie elkaar samen in de eerste lijn veel meer kunnen bieden dan tot dusver gebeurt. In het rapport staat onder andere dat samenwerking begint bij goed geïnformeerd zijn over wat andere zorgaanbieders doen. Ook adviseert het rapport dat er overleg plaats kan vinden tussen de thuiszorg en de ggz-instellingen in de regio: *'ook de ggz zoekt naar samenwerkingsmogelijkheden. Actief de samenwerking zoeken met andere sectoren is een missie voor alle gezondheidszorgsectoren, en dat geldt zeker op het terrein van de preventie van psychische problemen. Samenwerking tussen lokale en regionale zorgaanbieders, in overleg met ggz en gemeenten, is wenselijk en steeds meer gebruikelijk voor een integrale aanpak van preventie en gezondheidsbevordering'* (Groefsema & Blekman, 2010).

5.1.7 Taakafbakening

In de interviews is ook gevraagd naar waar de grens ligt van wat de wijkverpleging moet kunnen in de zorgverlening en wanneer er ondersteuning nodig is van ggz-professionals. De meeste respondenten geven aan dat er niet uitgegaan moet worden van een scheiding tussen wijkverpleegkundige zorg en ggz. Het beroepsprofiel verpleegkundige en het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing gaan uit van een meer generalistische verpleegkundige die moet kunnen werken met de volgende patiëntproblemen (Lambregts et al., 2015):



5.2 Beperkingen van het onderzoek

5.2.1 Grootte van de onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit zes ggz-professionals. Het onderzoek had vollediger kunnen zijn als cliënten en wijkverpleegkundigen ook meegenomen waren in de onderzoekspopulatie. Cliënten kunnen vanuit hun ervaring vertellen waar zij behoefte aan hebben in de zorg. Daarnaast hadden wijkverpleegkundigen inbreng kunnen doen vanuit het wijkverpleegkundig perspectief. Nu zijn de resultaten voornamelijk vanuit perspectief van de ggz geschreven. Wel is er sprake van een goede representatieve onderzoekspopulatie.

5.2.2 Kwaliteit van de gegevens

Er is zeer zorgvuldig omgegaan met de verkregen data. De data is door beide student-onderzoekers geanalyseerd en vergeleken. Ook hebben de student-onderzoekers bij twijfel tijdens de analyse advies gevraagd aan een expert. De student-onderzoekers hebben vervolgens de feedback van de expert verwerkt en zijn zo tot gezamenlijke beslissingen gekomen. Alle relevante data is meegenomen in de resultaten, ook als het ging om data die niet

overeenkwam met wat de student-onderzoekers verwachtten als antwoord of tegenstrijdig was met andere verkregen antwoorden. Tijdens het analyseren van de resultaten werd duidelijk dat sommige respondenten de vragen soms verkeerd hadden geïnterpreteerd. Hierdoor waren sommige antwoorden niet bruikbaar. Deze data is beoordeeld als niet relevant. Er is geen verzadiging bereikt omdat het aantal interviews niet afhankelijk is geweest van de hoeveelheid aan nieuwe informatie.

5.2.3 Kwaliteit van de methode

De onderzoekspopulatie is van tevoren vastgesteld via een informeel netwerk. Dit heeft ertoe geleid dat er geen sprake was van randomisatie. Hierdoor zijn de resultaten minder geldig (Baarda, 2014). Ook de wijze waarop de interviews zijn uitgevoerd kan enige invloed hebben op de geldigheid van de resultaten. De student-onderzoekers zijn onervaren op het gebied van interviewen. Hierdoor bestaat de kans niet alle interviews op de meest effectieve manier zijn gehouden. Bij het analyseproces is gebleken dat in sommige gevallen geen open vragen zijn gesteld of dat er niet goed is doorgevraagd. Ook zijn er soms bevestigende vragen gesteld, waardoor het antwoord niet alleen gebaseerd was op de eigen mening van de respondent. Daarnaast hebben de interviews niet langer dan 30 minuten geduurd waardoor de interviews soms afgekapt moesten worden. Als er iets meer tijd was geweest waren er misschien nog interessante feiten of ideeën naar voren gekomen.

5.2.4 Zorgvuldigheidseisen

De topiclijst is beoordeeld door de docentbegeleider en opdrachtgever. Zo hebben de student-onderzoekers voor expert validatie gezorgd. Daarnaast zijn de interviews gehouden op locatie naar keuze. Vijf respondenten werken op de HAN en zijn in hun eigen omgeving geïnterviewd, waarvan twee op hun eigen kantoor. Dit heeft tot een hoge ecologische validiteit geleid. De onderzoeksgegevens zijn hierdoor meer geldig, want de respondenten zullen waarschijnlijk bij verschillende onderzoekers onder dezelfde omstandigheden hetzelfde antwoord geven. Verder zijn de gegevens apart geanalyseerd door de student-onderzoekers, en zijn de resultaten onafhankelijk van wie het interview hield op dezelfde manier verzameld. De topiclijst was hierbij leidraad. Deze aspecten zorgen voor een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bovendien zijn alle interviews opgenomen (audit trail). Het onderzoeksmateriaal is voor derden toegankelijk, op aanvraag.

Er zijn een aantal kritische kanttekeningen. Tijdens de interviews hebben de student-onderzoekers misschien onbewust invloed uitgeoefend op de resultaten. Beide onderzoekers hebben affiniteit met de ggz en hebben hierdoor mogelijk tijdens de interviews met non-verbale communicatie en gesloten vragen richting gegeven aan de antwoorden van de respondenten. Bovendien kenden de student-onderzoekers sommige respondenten persoonlijk waardoor er minder ruimte was voor objectiviteit. Daarnaast gaf dit mogelijk meer ruimte voor systematische fouten als een sociaal wenselijk antwoord. Voorafgaand aan het interview kregen de respondenten een e-mail waarin de begrippen: ongewenst gedrag en competenties werden gedefinieerd. Tijdens de interviews bleek dat niet alle respondenten deze vooraf hadden gelezen. Hierdoor zijn er mogelijk andere interpretaties aan deze begrippen gegeven.

5.2.5 Generaliseerbaarheid

De resultaten van het onderzoek gelden ten eerste voor de wijkverpleegkundigen van ZZG omdat zij degene zijn die het probleem hebben aangekaart. Daarnaast gelden de resultaten ook

voor alle andere wijkverpleegkundigen niveau vijf omdat de vragen in het interview niet specifiek toegespitst waren op de ZZG. De verkregen data is gekoppeld aan het algemene opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020. Alle verpleegkundigen niveau 5 in Nederland hanteren dit opleidingsprofiel of gaan dit in de toekomst hanteren. Wel zal per organisatie verschillen in hoeverre de aanbevelingen over de praktijk van de organisatie bij hen van toepassing zijn. Alhoewel er kritische kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij dit onderzoek, kunnen thuiszorgorganisaties toch baat hebben bij de verkregen resultaten. De resultaten kunnen richting geven aan beleid en/of aanleiding zijn voor nieuw onderzoek. Dit is terug te lezen in het hoofdstuk: aanbevelingen. De resultaten die van toepassing zijn op de deelvraag geven richting aan de competentie signaleren, en geven daarnaast indicatie voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 6: conclusie

Per CanMEDSrol is aangegeven welke inhoudelijke verdieping er nodig is op de competenties voor wijkverpleegkundigen die in aanraking komen met ongewenst gedrag. Alle beschreven CanMEDSrollen en competenties komen uit het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020.

Hoofdvraag: wat is er nodig aan inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om somatische zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundige te maken krijgt met ongewenst gedrag?

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
Rol van zorgverlener	Kent onderliggende basisprincipes uit o.a. de anatomie, fysiologie, psychologie, pathologie en farmacologie.	- Kennis over psychische stoornissen - Kennis over symptomen die daar uit voort kunnen komen
	Kent/weet de persoonlijke beleving van de zorgvrager ten aanzien van het probleem.	- Kennis over de context van de cliënt: - Kennis over de persoonlijkheid van de cliënt - Kennis over levensloop van cliënt - Kennis over hoe cliënt in het leven staat
	Toont zich verantwoordelijk in het hanteren van de grenzen van de eigen deskundigheid	- Kennis van eigen ontoereikende competenties - Kan dit communiceren naar collega's
	Toont een open en respectvolle houding naar de zorgvrager en diens systeem.	- Is onbevooroordeeld - Is eerlijk - Is nieuwsgierig - Ziet de cliënt zoals hij is - In de verwonderstand - Niet meteen reageren
	Kan werken volgens standaarden, richtlijnen en protocollen die horen bij de functionele verantwoordelijkheid, en is in staat daar verantwoord van af te wijken als de wensen van de zorgvrager of eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven.	- Is flexibel: kan zich aanpassen in verschillende zorgsituaties

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
Rol van communicator	Kent gesprekstechnieken en communicatieniveaus (inhoud, procedure, proces) in relatie tot verschillende theorieën en modellen van communicatie.	- Heeft kennis over motiverende gespreksvoering
	Kan gesprekstechnieken toepassen, passend bij de zorgvrager en de fase van het verpleegkundig proces.	- Kan doorvragen - Kan terugvertalen - Kan objectief luisteren - Kan vertragen - Kan een gesprek uitlokken - Kan gedrag spiegelen - Kan met een omweg een gesprek beginnen - Kan rust bewaren in gesprek - Is duidelijk in contact
	Kan knelpunten in de communicatie herkennen en omgaan met moeilijke situaties als weerstand, heftige emotie en lastige interactiepatronen.	- Kan randvoorwaarden van de zorgsituatie creëren - Laat zich niet imponeren - Biedt de cliënt keuzes aan - Herhaalt gestelde grenzen - Kan eigen rust bewaren
	Kan adviezen geven en de zorgvrager instrueren en motiveren.	- Kan motiverende gesprekstechnieken toepassen.

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
Rol van samenwerkingspartner	Kent de samenwerkingspartners (rollen, deskundigheid en bevoegdheden).	- Heeft kennis van betrokken disciplines en instanties - Heeft kennis van de sociale kaart
	Kan de communicatie tussen de verschillende zorgverleners bevorderen.	- Kan contact opnemen met verschillende betrokken zorgverleners

		- Onderhoudt het contact tussen verschillende betrokken zorgverleners - Rapporteert adequaat voor andere zorgverleners
	Kan binnen het hulpverleningsproces de regiefunctie oppakken waarbij zij de belangen van de zorgvrager behartigt.	- Kan om consult vragen aan collega's, huisarts en/of ggz-professionals. - Vraagt zo nodig zorgplannen op

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
Rol van reflectieve EBP professional	Kent de principes van reflectieve praktijkvoering.	- Heeft kennis van methodes rondom casusbespreking en interview
	Kent de betekenis van het begrip intuïtie als onbewuste bekwaamheid.	- Herkent "onderbuik" gevoel: - Gebruikt dit om situatie in te schatten
	Kent en weet de invloed van het eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.	- Is bewust van eigen EE - Kan inschatten wat invloed hiervan is op gedrag van cliënt
	Consulteert collega's en andere zorgverleners.	- Kan collega's en andere zorgverleners om consulten vragen
	Toont zich voortdurend nieuwsgierig naar nieuwe kennis die het vakgebied kan versterken.	- Lerende houding - Actieve houding - Is bereid om klinische lessen over psychiatrie te volgen - Houdt ontwikkelingen bij met betrekking tot het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020
	Kan het eigen functioneren, de eigen motieven, normen en emoties herkennen, kritisch onderzoeken en bespreekbaar maken.	- Is bewust van dingen van eigen angsten - Weet wat invloed van eigen functioneren is op de zorgverlening - Kennis over eigen grenzen - Kan grenzen bespreekbaar maken met collega's

	Kan reflecteren op de gekozen en uitgevoerde aanpak en de gevonden resultaten.	- Kan op een systematische manier een casus bespreken - Kan intervisie toepassen
--	--	---

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
Rol van organisator	Kent veiligheidsbeleid (landelijk en in de eigen organisatie) en wet- en regelgeving omtrent veiligheid van medewerkers en zorgvragers.	- Kent kaders en wetten van de zorg - Kent vuistregels rondom veiligheid - Houdt rekening met de ruimte waar zij zich in bevindt en denkt daar bij na waar ze gaat zitten, staan etc.
	Kent en overziet de consequenties van het eigen handelen in relatie tot het ontstaan van onveilige situaties.	- Kan inschatten of zij de juiste persoon is voor de cliëntzorg. - Kan inschatten of het verstandig is om uit een zorgsituatie te stappen
	Kan (bijna) incidenten herkennen en adequaat reageren om schade voor de zorgvrager te beperken, openheid te bieden en herhaling te voorkomen.	- Kan ongewenst gedrag signaleren en bespreekbaar maken met cliënt en collega's - Kan grensoverschrijdende situaties adequaat rapporteren - Kan in geval van grensoverschrijdende situatie zo nodig aangifte doen

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
De professional en kwaliteitsbevorderaar	Kent de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep (beroepscode).	- Kent beroepsprofiel verpleegkundigen en het aanvullende expertisegebied - Is zich bewust van eigen referentiekader

Deelvraag: wat zijn signalen met betrekking tot ongewenst gedrag die de wijkverpleegkundige moet leren herkennen zodat zij op tijd ondersteuning vanuit ggz-professionals kan inschakelen?

De wijkverpleegkundige heeft continuïteit in de cliëntzorg en kan zo een signalerende rol hebben voor ggz-professionals die betrokken zijn bij de cliënt. Om de signalen te kunnen herkennen is er kennis nodig van de psychische stoornissen en de bijbehorende symptomen.

Deze kennis kan worden verkregen door verdieping in de bestaande literatuur, het delen van ervaringen in de praktijk door middel van casusbesprekingen en door samenwerking met ggz-professionals. De concrete praktijkvoorbeelden van signalen die genoemd zijn door de respondenten staan beschreven in hoofdstuk vier.

CanMEDSrol	Competenties	Benodigde inhoudelijke verdieping
De rol van gezondheidsbevorderaar	Kan gegevens verzamelen in brede context, gericht op vroeg signalering en risicobeoordeling, en screenings methoden uitvoeren en beoordelen.	- Herkent lichamelijke signalen - Herkent omgevingssignalen - Kan signalen adequaat rapporteren

Hoofdstuk 7: aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan op basis van de verkregen resultaten. Eerst zijn de aanbevelingen voor de praktijk beschreven, vervolgens de aanbevelingen voor het onderwijs en als laatst de aanbevelingen voor een vervolgonderzoek.

Aanbevelingen voor praktijk

Opleidingsprofiel

- Het is aan te raden dat wijkverpleegkundigen zich verdiepen in het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020. Het opleidingsprofiel biedt veel nieuwe competenties en meer uitgebreide beroepsrollen vergeleken met het beroepsprofiel uit 2012 en het expertisegeried voor wijkverpleegkundigen. De verkregen resultaten van dit onderzoek komen grotendeels overeen met wat er al beschreven staat aan competenties in dit nieuwe opleidingsprofiel. Daarnaast sluit het nieuwe opleidingsprofiel aan bij een generalistische verpleegkundige. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat generalistische (wijk)verpleegkundigen nodig zijn voor het verlenen van zorg en de toenemende complexiteit hiervan.

Samenwerking

- Het is aan te raden dat alle disciplines die betrokken zijn in één wijk of bij een cliënt meer gaan samenwerken met elkaar. Het is belangrijk dat de poh-ggz en SPV laagdrempelig beschikbaar zijn of worden, zodat de wijkverpleegkundigen een beroep op hen kunnen doen voor consultatie.
- Ook wordt geadviseerd om de sociale kaart in de wijk in beeld te brengen. Op deze kaart moeten ook de telefoonnummers, contactgegevens en werkzaamheden van de organisaties of disciplines worden weergegeven zodat contact kan worden gezocht met overstijgende zorginstellingen. Dit kan bevorderlijk werken voor de samenwerking en maakt de drempel lager voor wijkverpleegkundigen om ondersteuning of consultatie te vragen.
- Op basis van de resultaten wordt aangeraden om een ggz-verpleegkundige aan te nemen in het team. Het is belangrijk dat deze ggz-verpleegkundige laagdrempelig beschikbaar is voor consultatie. Ze kan de intervisie leiden, klinische lessen geven en de wijkverpleegkundige handvatten aanreiken vanuit haar eigen ervaring.

Intervisie/overleg

- Intervisie en klinische lessen (over psychiatrie) kunnen een vast punt worden op de agenda van de wijkverpleegkundige teams.
- Intervisie kan het beste worden gehouden via een vaste methode zodat er vaste stappen gevolgd worden en de intervisie efficiënt gebeurt.
- Het is aan te raden dat er gekeken wordt naar de mogelijkheid tot ochtendoverleg.

Scholing

- Wijkverpleegkundigen kunnen baat hebben bij scholing over psychische stoornissen en de daarbij behorende symptomen. Deze scholing kan gegeven worden door de ggz-verpleegkundige in het team of door een externe ggz-professional.
- De training omgaan met agressie wordt aanbevolen om kennis over agressief gedrag op te doen en praktische handvatten te krijgen voor situaties met agressief gedrag. De training vergroot ook het gevoel van veiligheid voor de zorgverlener. Daarnaast kan in

deze trainingen geoefend worden met het aangeven van grenzen. Het organiseren van deze trainingen valt onder de verantwoordelijkheid van de werkgever (Schipper & Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2012).

- Het is aan te raden om een training over motiverende gespreksvoering aan te bieden aan de wijkverpleegkundigen.
- Daarnaast kan scholing zich richten op de gespreksvaardigheden die beschreven zijn onder benodigde inhoudelijke verdieping in hoofdstuk 6 onder de rol van communicator.
- Het is aanbevolen om bovenstaande scholingen en trainingen om de zoveel jaar te herhalen. De nieuwe kennis kan getoetst worden met behulp van kennistoetsen zodat iedere wijkverpleegkundige inzicht heeft in haar eigen leerproces. Daarnaast kan er toetsing plaatsvinden bij de trainingen in de vorm van performance toetsen.

Aanbevelingen voor onderwijs

- De ggz-professionals gaven aan dat er op de HBO-V opleiding en op vervolgoopleidingen meer aandacht moet worden besteedt aan attitudevorming. Dit kan bereikt worden door het attitude aspect vaker te laten terugkomen in het onderwijs en daarnaast ook in de BPV periodes uitgebreider te bespreken. Attitude kan gevormd worden door middel van reflectie, intervisie, praktijkervaring.
- Tijdens de opleiding kan er meer worden geoefend met casussen uit de wijk zodat de studenten beter inzicht krijgen in dit werkveld.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Het wordt aanbevolen dat een vervolgonderzoek ook ggz-cliënten en wijkverpleegkundigen includeert in de onderzoekspopulatie, zodat zowel de kant van de wijkverpleegkundigen als behoeften van cliënten in kaart worden gebracht.
- Het is aan te raden dat vervolgonderzoek gericht wordt op een nieuw expertisegebied voor wijkverpleegkundigen. Deze kan dan gekoppeld worden met het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020.
- Dit onderzoek richt zich op wijkverpleegkundigen niveau 5. Het is aan te bevelen dat vervolgonderzoek gedaan wordt naar wat er nodig is aan inhoudelijke verdieping op de competenties voor zorgkundigen en verzorgenden in de wijk.

Literatuurlijst

- Actiz. (2012). Kamerbrief zorg en ondersteuning in de buurt. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <https://www.actiz.nl/ledennet-onderwerpen/wijkverpleegkundige/kennisberichten/kamerbrief-zorg-en-ondersteuning-in-de-buurt>
- American Psychiatric Association. (2016). *Alles over psychische stoornissen*. Boom: Amsterdam.
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo*. Gedownload op 25-10-2016, van https://www1.han.nl/insite/ggm/adviescommissie/content/gedragscode.xml?inno_gen=gen_id_76&sitedir=/insite/ggm/adviescommissie
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! (2e druk)*. Noordhoff Uitgevers: Groningen/ Houten.
- Baarda, B. & Goede, M. de. (2010). *Basisboek enqueteren*. Noordhoff Uitgevers: Groningen/ Houten
- Bakker, P. & Jansen, P. (2013, Januari 30). *Generalistische Basis GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen*. Gedownload op 25-10-2016, van <http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/09/generalistische-basis-ggz-verwijsmodel-en-productbeschrijvingen.pdf>
- Berends, N. (2016, December 2). 'Wijkverpleegkundige niet getraind voor verwarde cliënt'. Geraadpleegd op 19-12-2016 van <https://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2016/12/Wijkverpleegkundige-niet-getraind-voor-verwarde-client/>
- Berg, K. van den. (2006, Juni 10). Zorgvisie vanuit de presentie attitude en vanuit de humanistische visie [Presentatie]. Geraadpleegd van www.gerdierx.nl/wp-content/uploads/2013/02/presentatie_kaspervdberg06.pdf
- Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H. & Wigboldus, M. (2012). *Expertisegebied wijkverpleegkundige*. Gedownload op 25-10-2016, van <http://mgz.venvn.nl/Themas/Competentieprofiel-wijkverpleegkundige>
- Buckers, R. & Wilgeroth, F. (2015). Effect van een training op het inschatten van de therapeutische alliantie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41(5), 325-340.
- Buijnsters, P. (2009). *Effectief verplegen 0*. Kavanah: Dwingeloo.
- Delespaul, P.H. & Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 427 - 438.

- Delft, F. van. (2015). *Overdacht en tegenoverdracht (6^e druk)*. Boom: Amsterdam.
- GGZ Nederland. (2013). *Meerjarenvisie 2013-2020*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van www.ggznederland.nl/uploads/assets/2013-396%20meerjarenvisie%20GGZN.pdf
- GGZ Nederland, InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGZ, Nederlands Instituut voor Psychologen, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland & Zorgverzekeraars Nederland. (z.d.). *Behandeling door de huisarts of doorverwijzing?*. Geraadpleegd van <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/behandeling-door-de-huisarts-of-doorverwijzing>
- GGZ Nederland. (z.d.). *GGZ Sector*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <http://www.ggznederland.nl/pagina/ggz-sector>
- Graaf, R. de., Have, M. Ten., Gool, C. Van., & Dorsselaer, S. Van. (2012). *Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS 2*.
- Groefsema, M. & Blekman, J. (2010). *Thuiszorg en GGZ-preventie: Interventies en samenwerkingsmogelijkheden*. Geraadpleegd op 09-01-2017, van http://www.simpssite.nl/uploads/145/159/Home/folder_trimboos_thuiszorg_en_ggzpreventie_pt.pdf.
- Hamers, H., Okkerman, L. & Kroon, F. (2013). *Ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg. Als management en als maatschappelijke opgave*.
- Hoof, F. van & Kroon, H. (2015, Mei 12). *Position paper ten behoeve het rondetafelgesprek GGZ van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer*. Gedownload op 25-10-2016, van <https://www.trimbos.nl/themas/ambulantisering/ambulantisering-feiten-en-cijfers>
- Hoof, F. van., Knispel, A., Erp, N. van., Overweg, K., Place, C. & Vugt, M. van. (2012). *Trendrapportage GGZ 2012. Deel 1*. Gedownload op 25-10-2016, van <https://www.trimbos.nl/?act=winkeldl.download&prod=577>
- Hulshof M. (2007). *Leren interviewen*. Noordhoff Uitgevers: Groningen.
- Janssens, M. (2010). *Alert zijn op agressief gedrag én je eigen emoties*. Geraadpleegd op 09-01-2017, van http://www.concretecoaching.eu/docs/AS_5_2010%20Artikel%20Agressie%20Concrete%20coaching.pdf

- Jenner, J.A. (2005). *Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie (4e druk)*. Koninklijke Van Gorcum: Assen.
- Klaessen, N. (2016). Psychiatrie in de wijk [College-slides].
- Kort, B. de. (2014). *Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: generalist in een specialistische omgeving*. Gedownload op 25-10-2016, van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp108/sp108-hoofd04.pdf>
- Lambregts J., Grotendorst, A. & Merwijk, C. van. (2015). Bachelor of Nursing 2020. Toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Gedownload op 25-10-2016, van http://www.verenighogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/180/original/Bachelor_of_Nursing_2020_-_Toekomstbestendig_opleidingsprofiel_4.0.pdf?1449493532
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma: Amsterdam
- McKay, A., O'Neil, M. & McMonigle, A. (2008). *Managing challenging patient behaviors*.
- Monitor Langdurige Zorg. (z.d.). *Over langdurige zorg*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <http://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/over-langdurige-zorg>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (z.d.). *Afkortingen prevalentie en incidentie*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/afkortingen>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (z.j.). *DSM-5*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/dsm-5>
- Nevid J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2016). *Psychiatrie, een inleiding (8e ed.)*. Pearson Benelux: Amsterdam.
- NVGzP. (2016, Augustus 5). *Basis GGZ in hoofdlijnen*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <http://www.nvgzp.nl/basis-ggz-in-hoofdlijnen/>
- Nussbaum, A.M. (2014). *Werken met de DSM-5*. Boom: Amsterdam.
- Postma, J. (2015). *Scaling care: An analysis of the structural, social and symbolic dimensions of scale in healthcare*.
- RadarVertige. (2012). *Omgaan met emotioneel en agressief gedrag*.
- RIVM. (z.j.). *Dementie*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie>

- Rosendal, H. & Dorst, J. van. (2016). Verward in de wijk. Geraadpleegd op 13-1-2017, van <https://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Blogs/2016/12/Blog-Henk-en-Jose-Verward-in-de-wijk/>
- Schippers, E.I. & Veldhuijzen Zanten-Hyllner, M.L.L.E. van. (2012, 22 maart). Veilig Werken in de Zorg [Kamerbrief]. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/03/22/actieplan-veilig-werken-in-de-zorg>
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A. (2012). V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige. gedownload op 25-10-2016, van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf.
- Swanborn, P.G. (1996). *Case-study's wat, wanneer en hoe?* Boom Lemma: Amsterdam
- Veen, M. van & Westerkamp, K. (2010). Desk research (2e ed.). Pearson Education: Amsterdam
- Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen J. (2015). *GGZ in tabellen*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1363>
- Venneman B.J.M. (2002). *Beroepsprofiel SPV (2e druk)*. Gedownload op 25-10-2016, van www.venvn-spv.nl/publicaties/publicatiespdf/profiel_spv-2edruk.pdf
- Venneman, B., Smits, M. & Onderwater, K. (2013, Juli 4). GGZ in de wijk. Gedownload op 25-10-2016, van <http://werkenindewijk.nu/site/wp-content/uploads/2013/07/2013-Notitie-GGZ-in-de-Wijk-4juli.pdf>
- Verenso. (2008). *Richtlijn probleemgedrag*. Gedownload op 25-10-2016, van <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VER00316Probleemgedragherzien02.pdf>
- Vermolen H.W.A., Rouvoet, A., Altenburg, P.M., Kamsma, J.P.A., Buuren, A.A. van, Barth, M.A.M., Gaag, R.J. van der, Kliphuis, L., Bakker, B. & Schippers, E.I. (2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014*. Gedownload op 25-10-2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>
- V&VN. (z.j.). *Verpleegkundige Indicatiestelling: het normenkader*. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <http://mgz.venvn.nl/Verpleegkundige-indicatiestelling>

Wat zijn de CanMEDS-rollen en welke activiteiten vallen eronder?. (z.j.). Gedownload op 25-10-2016, van https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/6876691/.../CanMEDS-bron_V_VN_.pdf

Zorgkaart Nederland. (z.j.). GGZ. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <https://www.zorgkaartnederland.nl/ggz>

Zorgwijzer. (2016, April 25). AWBZ: alle wijzigingen op een rij. Geraadpleegd op 25-10-2016, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

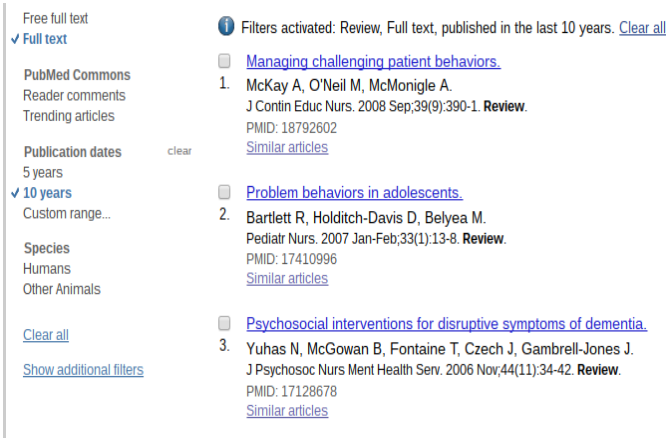
ZVW, 2005. (2005, 14 juli). Geraadpleegd op 12-01-2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2017-01-01>

ZZG Zorggroep. (2016, September 8). Advies over de rol van wijkverpleging en de benodigde ondersteuning voor de wijkverpleging bij psychiatrische cliënten [intern document].

Bijlage 1: format voor schriftelijke rapportage van een zoekstrategie

Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	Stap 1: <i>Wat is er nodig aan inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om somatische zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundige te maken krijgt met ongewenst gedrag?</i>
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Stap 2: Er is geen pico voor deze onderzoeksvraag. De onderdelen van de onderzoeksvraag konden niet verwerkt worden. Er is geen sprake van een interventie of van een controle groep.
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen ver-talen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende defi-nitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden.	Stap 3: 1. - wijkverpleegkundige - competenties (kennis, houding, vaardigheden) - ongewenst of probleemgedrag - thuiszorg - psychische stoornis - cliënten - verpleegkundige 2. - Wijkverpleegkundige = district nurse, community nurse - Ongewenst gedrag = behavior disorder, undesirable behavior, behavior problems, challenging behavior - Vaardigheden gedrag = behavior management - Thuiszorg = home-care - Psychische stoornis = mental disorder - Verpleegkundige = nurse('s role), nursing 3. - "Nurses, Community Health"[Mesh] → Nurses whose work combines elements of both primary care nursing and public health practice and takes place primarily outside the therapeutic institution. Primary nursing care is directed to individuals, families, or groups in their natural settings within communities. - "Home Care Services"[Mesh] → Community health and NURSING SERVICES providing coordinated multiple services to the patient at the patient's homes. These home-care services are provided by a visiting nurse, home health agencies, HOSPITALS, or organized community groups

	using professional staff for care delivery. - "Social Behavior Disorders"[Mesh] → Behaviors which are at variance with the expected social norm and which affect other individuals. - "Mental Disorders"[Mesh] → Psychiatric illness or diseases manifested by breakdowns in the adaptational process expressed primarily as abnormalities of thought, feeling, and behavior producing either distress or impairment of function. - "Nurse's Role"[Mesh] → The expected function of a member of the nursing profession. Vrije woorden: - district nurse - community nurse - behavior disorder - undesirable behavior - behavior problems - behavior management - challenging behavior - Indecency
4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc)	4. Zie zoekstrings in bijlage 2.
5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc)	5. Human species, review, full text, 10 years publication date.
6. Bouw de search per zoekterm op	6. Zie bijlage 2.
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Zie bijlage 2.

Stap 4A: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	Stap 4A: search PubMed: 4A. Zie bijlage 2.
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	Stap 4B: de trefwoorden in de titels, samenvattingen en conclusies moeten verwant zijn aan onze onderzoeksvraag. Omdat veel artikelen niet aansluiten op onze onderzoeksvraag hebben de student-onderzoekers gekeken naar een artikel waar bredere termen in staan die synoniem zijn aan onze zoekwoorden. De rode draad van het artikel moet aansluiten op de rode draad van onze onderzoeksvraag.
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	Stap 4C: met de zoekstring in bijlage 2 is er geen bruikbaar artikel gevonden op Pubmed. Met de tweede zoekstring in bijlage 2 blijven er 3 artikelen over.  Van bovenstaande 3 artikelen is er, kijkend naar de trefwoorden in de titel, één gericht op dementie en één gericht op probleemgedrag door adolescenten. Het artikel gericht op dementie is niet geschikt voor ons onderzoek omdat wij ons richten op een bredere doelgroep.

	Het artikel gericht op adolescenten is minder geschikt omdat het gericht is op jongvolwassenen die gedrag vertonen als spijbelen, stelen en vechten. Het artikel dat overblijft heeft de trefwoorden: managing (wat met vaardigheden te maken heeft), challenging behavior (een van onze zoekwoorden) en patiënten in de titel staan.
Stap 4D: FULL-TEXT	Stap 4D: van de 3 overgebleven artikelen zijn er 3 beschikbaar in full-text.
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	Stap 4E: er is gekozen om het artikel: managing challenging patiënt behaviors te gebruiken. Onderzoeksdesign: review. Land: USA. Setting: Mayo Clinic-Rochester. Na het lezen van de drie abstracts bleek het bovenstaande artikel het meest geschikt te zijn. Het onderzoek richt zich op soorten gedrag dat cliënten vertonen bij verschillende psychische stoornissen. Ook worden er interventies voor verpleegkundigen beschreven. Dit sluit aan op onze onderzoeksvraag.

Evidence tabel

Auteur	Jaar	Niveau	N	Populatie	Resultaten
<u>McKay A¹</u> , <u>O'Neil M</u> , <u>McMonigle A</u> .	2008	Review	n.v.t.	Verpleegkundigen	Communicating with patients in behavioral crisis begins with respect for them as individuals with needs. Exploring their needs while conveying respect and genuine caring can help prevent situations from becoming threatening or violent.

Bijlage 2: zoekstrings pubmed

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#46	Add	Search (((((((("home care services"[Mesh]) OR "nursing"[Mesh]) OR "Nurses, Community Health"[Mesh]) OR community nurse) OR district nurse)) AND (((((((behavior disorder) OR undesirable behavior) OR behavior problems) OR challenging behavior) OR ("behavior and behavior mechanisms"[Mesh])) OR "social behavior disorders"[Mesh]) OR indecency)) AND (("patients"[Mesh]) OR "mental disorders"[Mesh]))) Filters: Systematic Reviews; published in the last 5 years; Humans	130	08:49:35
#45	Add	Search (((((((("home care services"[Mesh]) OR "nursing"[Mesh]) OR "Nurses, Community Health"[Mesh]) OR community nurse) OR district nurse)) AND (((((((behavior disorder) OR undesirable behavior) OR behavior problems) OR challenging behavior) OR ("behavior and behavior mechanisms"[Mesh])) OR "social behavior disorders"[Mesh]) OR indecency)) AND (("patients"[Mesh]) OR "mental disorders"[Mesh]))) Filters: Systematic Reviews; published in the last 5 years	131	08:49:29
#44	Add	Search (((((((("home care services"[Mesh]) OR "nursing"[Mesh]) OR "Nurses, Community Health"[Mesh]) OR community nurse) OR district nurse)) AND (((((((behavior disorder) OR undesirable behavior) OR behavior problems) OR challenging behavior) OR ("behavior and behavior mechanisms"[Mesh])) OR "social behavior disorders"[Mesh]) OR indecency)) AND (("patients"[Mesh]) OR "mental disorders"[Mesh]))) Filters: Systematic Reviews	602	08:49:26
#43	Add	Search (((((((("home care services"[Mesh]) OR "nursing"[Mesh]) OR "Nurses, Community Health"[Mesh]) OR community nurse) OR district nurse)) AND (((((((behavior disorder) OR undesirable behavior) OR behavior problems) OR challenging behavior) OR ("behavior and behavior mechanisms"[Mesh])) OR "social behavior disorders"[Mesh]) OR indecency)) AND (("patients"[Mesh]) OR "mental disorders"[Mesh])))	19781	08:49:17
#42	Add	Search (((((((("home care services"[Mesh]) OR "nursing"[Mesh]) OR "Nurses, Community Health"[Mesh]) OR community nurse) OR district nurse)) AND (((((((behavior disorder) OR undesirable behavior) OR behavior problems) OR challenging behavior) OR ("behavior and behavior mechanisms"[Mesh])) OR "social behavior disorders"[Mesh]) OR indecency)) AND (("patients"[Mesh]) OR "mental disorders"[Mesh])))	19781	08:39:03
#40	Add	Search ("patients"[Mesh]) OR "mental disorders"[Mesh]	1089763	08:34:07
#39	Add	Search "mental disorders"[Mesh]	1047437	08:33:27
#38	Add	Search "patients"[Mesh]	51576	08:31:54
#36	Add	Search (((((((behavior disorder) OR undesirable behavior) OR behavior problems) OR challenging behavior) OR ("behavior and behavior mechanisms"[Mesh])) OR "social behavior disorders"[Mesh]) OR indecency	2958117	08:31:22
#35	Add	Search indecency	22	08:24:43
#32	Add	Search "social behavior disorders"[Mesh]	5315	08:22:35
#31	Add	Search "behavior and behavior mechanisms"[Mesh]	2331364	08:22:15
#30	Add	Search challenging behavior	10510	08:21:30
#29	Add	Search behavior problems	73211	08:21:09
#28	Add	Search undesirable behavior	2020	08:20:53
#27	Add	Search behavior disorder	1085619	08:20:31
#26	Add	Search (((("home care services"[Mesh]) OR "nursing"[Mesh]) OR "Nurses, Community Health"[Mesh]) OR community nurse) OR district nurse	279874	08:16:33
#25	Add	Search "home care services"[Mesh]	42311	08:15:12
#24	Add	Search "nursing"[Mesh]	233529	08:14:30
#23	Add	Search "Nurses, Community Health"[Mesh]	535	08:13:38
#22	Add	Search community nurse	20168	08:12:55
#21	Add	Search district nurse	4921	08:12:30

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#12	Add	Search (("Social Behavior Disorders"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh] Filters: Review; Full text; published in the last 10 years	3	06:28:04
#11	Add	Search (("Social Behavior Disorders"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh] Filters: Review; Full text	4	06:27:58
#10	Add	Search (("Social Behavior Disorders"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh] Filters: Review	5	06:27:55
#9	Add	Search (("Social Behavior Disorders"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]	5	06:27:48
#8	Add	Search "Social Behavior Disorders"[Mesh]	5315	06:27:39
#6	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	1047437	06:27:20
#4	Add	Search "Nurse's Role"[Mesh]	36188	06:26:57

Bijlage 3: zoekstrategie

Database	Zoekstring	Resultaten	Bruikbaar
CINAHL	district nurse OR home care services OR nursing AND behavior problems OR undesirable behavior OR challenging behaviour AND caregiver OR home nursing OR family members AND (mental health or mental disorder or mental illness) AND (patients or clients)	16283	Nee
	nursing role OR nursing OR home care services AND (mental disorders or mental health or mental illness) AND behavior disorders OR behavior management	575,114	Nee
	Nurse's role AND social behavior disorder AND mental disorder	2	Nee
INVERT	verpleegkundige EN gedrag EN psychiatrie	0	Nee
	verpleegkundige EN gedrag EN patiënt	1	Nee
Cochrane	nurse AND behavior management OR behavior disorder AND mental disorder	3	Nee
Pubmed	Search (((("Nurses"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND behavior management) OR behavior disorder	1085619	Nee
	Search (("Social Behavior Disorders"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh] Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Full text; Humans	4	Ja

Bijlage 4: beschrijving soorten probleemgedrag (Verenso, 2008)

- Agitatie: Innerlijke rusteloosheid leidend tot ondoelmatig gedrag, met een sterk repeterend karakter

Subtypen

* *Motorische agitatie: continu rondlopen, niet stil kunnen zitten of liggen, rammelen aan deuren, tikken op tafel, alles overhoop halen*

* *Verbale agitatie: continu praten, mompelen*

* *Vocale agitatie: jammeren, schreeuwen, roepen, zingen, (stereotiepe) geluiden maken*

- Agressie: Gewelddadig gedrag

Subtypen

* *Verbale agressie: schelden, vloeken, beschuldigen, dreigen*

* *Handelende agressie: slaan, duwen, schoppen, vernielen, met voorwerpen gooien, dreigende gebaren maken, automutilatie*

- Negativisme: Gerichtte afweer of verzet, tegenwerken bij de verzorging (situationeel), (alle) hulp afwijzen, medicatie en voeding weigeren, altijd klagen, nergens tevreden over zijn, altijd kritiek hebben
- Omkering van het dag- en nachtritme: Slaapprobleem of agitatie tijdens avond en nacht in combinatie met overmatige slaperigheid, sufheid, apathie of initiatiefloosheid overdag.
- Claimend gedrag: Zodanig aandacht en hulp vragen dat dit leidt tot irritatie bij hulpverleners
- Prikkelbaarheid: Zeer snel boos, geïrriteerd of ontstemd zijn
- Ontremming Gedrag: gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies

Subtypen

* *Ontremming bij eten: gulzig eten, vraatzucht, eten zolang er eten is*

* *Seksuele ontremming: handtastelijk gedrag, seksuele intimidatie, obscene gebaren maken, steeds masturberen*

- Zwerfgedrag: Continu (rond)lopen met een doel, steeds op zoek of op weg zijn naar een bepaalde plaats, persoon of bezigheid
- Verzamelwoede: Verzamelen van voorwerpen, alles meenemen in rollator of verstoppen in tasje
- Decorumverlies: Onaangepast, schaamteloos gedrag, uitkleden in het openbaar, er onverzorgd bijlopen, boeren, winden laten, overal urineren, grof taalgebruik, knoeien met eten
- Apathie: Initiatiefloos gedrag, niet tot activiteiten te bewegen, niet uiten van emoties
- Overmatig oninvoelbaar huilen of lachen
- Spontaan of na geringe emotie onbedwingbaar huilen of lachen dat vaak in elkaar over gaat

Bijlage 5: competentieprofiel

Hieronder staan in het kort de zeven rollen van CanMEDS beschreven. Eerst worden de zeven algemene verpleegkundige rollen benoemd. Daarna worden de uitgebreide rollen voor het wijkverpleegkundig beroep vermeldt.

De rol van zorgverlener bestaat uit veel taken. De (wijk)verpleegkundige zorgt bijvoorbeeld voor therapeutische interventies, helpt de cliënt met persoonlijke verzorging, geeft informatie en voorlichting en zorgt voor lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Een andere belangrijke taak in de rol van zorgverlener is het klinisch redeneren. Dit betekent kortgezegd dat de (wijk)verpleegkundige de vaardigheid heeft om eigen observaties en interpretaties te koppelen aan medische kennis. Zoals eerder beschreven is deze rol erg belangrijk. De andere rollen staan hiermee in verbinding.

De communicator kan communiceren op maat. Wat betekent dat zij rekening houdt met de persoonlijke factoren van een cliënt en diens naasten. Deze persoonlijke factoren kunnen bijvoorbeeld leeftijd, taalbeheersing, emotie, copingstijl en draagkracht bevatten. De (wijk)verpleegkundige communiceert met een groot inlevingsvermogen op een respectvolle manier. Ook moet zij zich bewust zijn van haar non-verbale communicatie. Communicatie met cliënten gaat door technologische ontwikkelingen steeds vaker via de telefoon of het internet. Dit vraagt om technische vaardigheid van de (wijk)verpleegkundige.

De samenwerker werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de cliënt en zijn naasten, leidinggevend en eigen en andere disciplines. Goede afstemming binnen de disciplines en naar de cliënt toe is hier essentieel. De continuïteit van zorg voor de individuele cliënt wordt zo gewaarborgd. Daarnaast werkt de (wijk)verpleegkundige over de grenzen van de zorginstellingen heen. Er is contact met bijvoorbeeld politie, woonverenigingen, dagbesteding, wijkcentra's, kerken en scholen. Via deze weg kan de (wijk)verpleegkundige ook zorgmijders met eventuele gezondheidsproblemen opsporen. Om de continuïteit van zorg te bewaken moet de (wijk)verpleegkundige goede schriftelijke of digitale rapportages kunnen schrijven.

De reflectieve beroepsbeoefenaar en praktijkonderzoeker verdiept zich in resultaten van wetenschappelijk onderzoek en past die kennis toe waar mogelijk is in de beroepspraktijk. Ook neemt zij deel aan onderzoeken van specialisten en onderzoekers. De (wijk)verpleegkundige blijft werken aan kennis, ontwikkeling en deskundigheid en helpt collega's bij deze ontwikkelingen. Ook op de werkplek blijft zij zich ontwikkelen d.m.v. bijvoorbeeld klinische lessen, intervisie en casusbesprekingen. Naast de kennis die zij zelf op doet coacht de (wijk)verpleegkundige (aankomend) verpleegkundigen en heeft hierbij een voorbeeldrol. Als de (wijk)verpleegkundigen tekorten aan kennis in de beroepspraktijk signaleert, onderneemt ze actie om de tekorten te verhelpen. Door de reflectieve beroepshouding is de (wijk)verpleegkundige in staat om de beslissingen te overdenken en vervolgens af te wegen in haar eigen morele kader van waaruit zij handelt en welke impact dit vervolgens heeft op de zorgverlening.

De gezondheidsbevorderaar draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen door het ondersteunen van het zelfmanagement. In plaats van het denken in termen als zorg en ziekte wordt er gedacht in termen van gedrag en gezondheid. De (wijk)verpleegkundige betreft

de mantelzorgers en naasten van een cliënt actief bij het proces en houdt daarbij rekening met sociale relaties, leefstijl, cultuur en leefomgeving. Ook de omgeving van de cliënt wordt benaderd. Zo beïnvloedt zij de leefstijl en bevordert gezond gedrag van cliënten en burgers in de context waarin zij werkt.

De organisator werkt als professional in verschillende sectoren van de zorg. Binnen de verschillende contexten begrijpt en overziet zij de financieel-economische en bedrijfsmatige belangen van de zorg. Doordat zij de zorg betaalbaar wil houden gaat zij zuinig om met de materialen. Daarnaast houdt de (wijk)verpleegkundige het hele proces van een cliënt in de gaten en gaat samen met hem op zoek naar oplossingen.

Omdat de mogelijkheden van ICT steeds verder reiken, past de (wijk)verpleegkundige de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe. Zij leert zelf en anderen aan om op een goede manier zorg op afstand te bieden (E-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de cliënt. Ook neemt de (wijk)verpleegkundige verantwoordelijkheid naar de organisatie waar zij werkt. Ze houdt in de gaten dat er goed wordt gerapporteerd, gesignaleerd en dat de fouten en incidenten worden gemeld.

De professional en kwaliteitsbevorderaar heeft haar ogen gericht op kwaliteitsverbetering. Zij monitort, meet en screent haar zorg systematisch. Ze werkt zoveel mogelijk evidence-based en is in staat om kostenbewust te werk te gaan. Daarnaast levert de (wijk)verpleegkundige een bijdrage aan de kwaliteitssystemen binnen de organisatie. Ze zorgt er voor dat de protocollen en richtlijnen toepasbaar worden en heeft een assertieve beroepshouding. Dit houdt ook in dat zij haar collega's feedback en complimenten geeft en dat zij samen met haar collega's reflecteert.

Naast de verpleegkundige rollen die hierboven beschreven staan, zijn er aanvullingen gedaan voor de wijkverpleegkundigen. Uit die aanvullingen is er een selectie gemaakt en is er gekeken naar welke aanvullingen van belang zijn om zorg te kunnen verlenen aan cliënten met psychische problematiek:

De wijkverpleegkundige weet hoe de gezondheid bepaald wordt en welke factoren daarop van invloed en beïnvloedbaar zijn. Daarnaast is zij in staat om breder te kijken dan de oorspronkelijke hulpvraag. Dit geldt ook bij zorgmijders en minder mondige burgers met (dreigende) gezondheidsproblemen. De wijkverpleegkundige kan samenwerken met andere hulpverleners als de GGZ, GGD, buurthuizen etc.

Ze legt het accent op de mogelijkheden van de cliënt en adviseert hem en de eventuele mantelzorger. Omdat mantelzorgen een zware taak kan zijn, let de wijkverpleegkundige niet alleen op de draagkracht en last van de cliënt, maar ook op die van de mantelzorger en stimuleert zij hun zelfredzaamheid.

Omdat cliënten vaak op meerdere levensgebieden problemen ervaren, is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige multidisciplinair kan samenwerken met professionals in de zorg en overkoepelende organisaties. De wijkverpleegkundige kan problemen vroegtijdig herkennen en vervolgens ingrijpen (soms verwijzen) en hulp vragen door middel van het multidisciplinair samenwerken.

Bijlage 6: verklaring geheimhouding

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	529337
Naam	Marije de Vissen
Opleiding	HBO Verpleegkunde
Geboortedatum	27-01-1995
Geboorteplaats	Overasselt

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze Gedragscode. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	26-10-16
Handtekening	

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	494043
Naam	Evi Witjes
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Geboortedatum	07-10-1992
Geboorteplaats	Elst

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	18-10-2016
Handtekening	

Bijlage 7: planning

B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF																			
Betrokkenen		Begeleider/opdrachtgever:																									Uren uitgevoerd ▼		Kosten		Doc Opgeslagen		Bijzonderheden																
1	Naam:	E-mailadres	Naam	E-mailadres																									5-9-2016		18-1-2017		31-10-2016																
2	Evi Witjes	Evi.Witjes@han.nl	J. Theunissen	jacqueline.theunissen@han.nl																																													
3	Marlie de Visser	marlie_dev99@hotmail.com	C. Steentjes	c.steentjes@zgzorggroep.nl																																													
4																																																	
5																																																	
6																																																	
7																																																	
8	▼ Onderzoekstaken		Geplande uren, Weeknummer ▶		44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5						150																									
9	Voorbereiding + afname interviews		50	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20						150																									
10	transcriberen		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30						100																									
11	analiseren		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15						125																									
12	Resultaten		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15						80																									
13	Discussie en aanbevelingen		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10						65																									
14	Conclusie		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10						45																									
15	Samenvatting		25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25						35																									
16	Aanpassen Inleiding, Theoretisch kader, Methode		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5						75																									
17	Presentatie voorbereiding		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5						15																									
18	Layout en APA-toepassing		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						10																									
19	Feedback DB en OG verwerken		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						12																									
20	Contacturen DB en OG		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						10																									
21	Reistijd		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						0																									
22																																0																	
23	Totaal aantal uren/ kosten		77	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54																		
24	Bijzonderheden:																															0		0		0		0		0		0		872		€0,00			
25																																P ₁		P ₂		P ₃		Totaal		Totaal		Versie							
26																																										8-11-2016 16:07							
27																																																	

Bijlage 8: gedragscode

De volgende vijf punten staan benoemd in de gedragscode en worden door de student-onderzoekers in acht genomen:

“1. Onderzoekers aan het hbo dienen het professionele en maatschappelijke belang. Zij leveren een bijdrage aan de professie en het betreffende beroepenveld en zetten zich in voor het publieke belang. Zij richten zich op relevante thema's en problemen uit de beroepspraktijk en op creatieve, innovatieve en toepasbare oplossingen voor de praktijk. Ze leveren een bijdrage aan kennis- en theorieontwikkeling, stimuleren kenniscirculatie naar praktijk en onderwijs en streven ernaar resultaten toegankelijk te maken volgens de principes van Open Access 1.

2. Onderzoekers aan het hbo zijn respectvol.

Zij houden rekening met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en van collega onderzoekers. Ze leven de regelgeving en protocollen na die in het vakgebied gelden voor het doen van onderzoek. Als onderzoek met mensen of dieren enig risico oplevert, moet het belang van het onderzoek het nemen van dat risico rechtvaardigen. In dat geval wordt externe deskundigen om advies gevraagd.

3. Onderzoekers aan het hbo zijn zorgvuldig.

Zij nemen meerdere wetenschapsopvattingen en daarmee samenhangende vormen van onderzoek in overweging, de beschikbare onderzoeksmethoden en de methodologische regels die daarbij horen, alsook de onderzoeks- en beroepsethiek en de waarden die binnen het vakgebied gelden. Ze maken gebruik van reeds beschikbare kennis uit praktijk en wetenschap. Zij rapporteren juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar. Zij nemen in overweging

de wenselijkheid de data zorgvuldig te bewaren en zorgen dat de intellectuele eigendomsrechten

van data, resultaten en innovaties goed zijn geregeld.

4. Onderzoekers aan het hbo zijn integer.

Zij zijn kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities, onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, autonoom in hun analyses en onpartijdig in hun rapportages.

5. Onderzoekers aan het hbo verantwoorden hun keuzes en gedrag.

Zij verantwoorden zich over de relevantie van het gekozen thema, de keuze van het onderzoeksontwerp en gehanteerde methoden en de beperkingen daarvan, de zorgvuldigheid van de uitvoering, de onderbouwing van de conclusies, de gehanteerde bronnen, de implementatie in de praktijk alsmede de doorwerking in het onderwijs” (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010, p.5).

Bijlage 9: voorbeeld e-mail

Beste ...,

Wij zijn studenten in het laatste jaar van HBO-V en zijn bezig met het kwaliteitsproject (bachelorscriptie).

Uit een onderzoek van ZZG zorggroep blijkt dat wijkverpleegkundigen in toenemende mate knelpunten ervaren in de zorgverlening aan cliënten met naast somatische klachten, ook psychische klachten. Ze ervaren vanuit hun eigen vakgebied te weinig expertise om zorg te verlenen aan cliënten die ongewenst gedrag vertonen dat voortkomt uit een psychische stoornis. Wij gaan onderzoeken wat er nodig is aan inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om handvatten te geven over 'hoe met dit gedrag om te gaan'.

Aangezien u o.a. onderzoek doet naar methodisch werken in de psychiatrische zorg en docent bent van HBO-V met als specialisme ggz, denken wij dat uw expertise van pas komt in het beantwoorden van onze hoofdvraag.

Hierom willen wij vragen of u in de aankomende weken (week 45 t/m week 49) in de gelegenheid bent om ons verder te helpen.

We zouden graag een afspraak maken met u, op locatie naar keuze, om een interview te houden van +- 30 minuten. Voorafgaand aan het interview sturen wij u een bijlage met aanvullende informatie over de onderwerpen die aan bod komen tijdens het interview. Om de geldigheid van de resultaten te waarborgen, sturen wij u een samenvatting van de analyse van het afgenomen interview op ter controle. De verkregen gegevens van het interview zullen anoniem worden verwerkt.

Wij verloten onder de respondenten een boekenbon. U zou ons, en de wijkverpleegkundigen enorm helpen door uw kennis te delen.

We horen graag van u.

Voor eventuele vragen kunt u mailen naar:

marijeevi@gmail.com

Met vriendelijke groet,

Evi Witjes

Marije de Visser

Bijlage 10: aanvullende informatie e-mail

Hoofdvraag van het onderzoek:

Wat is er nodig aan inhoudelijke verdieping op de al bestaande competenties voor wijkverpleegkundigen om zorg te verlenen aan cliënten met een psychische stoornis waar de wijkverpleegkundige te maken krijgt met ongewenst gedrag?

Verheldering van begrippen:

Vormen van ongewenst gedrag / probleemgedrag.

- Angst:

Bij angst is er vaak sprake van de fight or flight modus²². Deze doelgroep gedraagt zich vaak onrustig, maakt geen oogcontact en hebben moeite met het oplossen van problemen.

- Manipulatie:

Manipulerende cliënten zijn vaak bang om de controle te verliezen of dat ze niet in hun behoeften worden voorzien. Als er niet aan hun wensen wordt voldaan uit dit zich vaak in verbale agressie zoals intimiderende opmerkingen, en claimen.

- Bedreiging:

Bij bedreigend gedrag, verbaal of fysiek, staat veiligheid voorop. Bedreigingen komen vaak voor als er niet aan het verzoek van een cliënt kan worden voldaan.

- Onrust / gejaagdheid:

Als een cliënt onrust ervaart, kan dit geuit worden in fysieke agressie, niet-fysieke agressie en verbale agressie. Fysieke agressie houdt in dat er sprake is van het bewust aanbrengen van schade door middel van: beetpakken, schoppen, slaan, spugen, voorwerpen gooien en vernielen (RadarVertige, 2012). Niet-fysieke agressie uit zich in ijsberen of ongepast uitkleden. Bij verbale agressie worden vooral gedragingen als schreeuwen en repetitief vragen stellen geuit.

- Afhankelijk opstellen:

Komt vaak voort uit onzekerheid of heeft als doel om te manipuleren (Klaessen, z.j.).

Bij cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) bepaalt de plek waar letsel is opgelopen in de hersenen wat voor gedrag ze vertonen. Als er schade is in de frontale kwab uit dit zich vaak in woedebuien en uitbarstingen van agressie (McKay et al., 2008).

Probleemgedrag komt ook voor bij de doelgroep met dementie (bijlage 4). Door de vergrijzing in Nederland stijgt het aantal mensen met dementie. Deze doelgroep omvat een groot deel van de cliënten populatie van de wijkverpleegkundige (53% van de patiënten ontvangt thuiszorg) (RIVM, z.j.).

Bijlage 4:

- Agitatie: Innerlijke rusteloosheid leidend tot ondoelmatig gedrag, met een sterk repeterend karakter

²² De term fight or flight beschrijft het verdedigingsmechanisme in het lichaam waardoor hormonen (adrenaline, cortisol) worden aangemaakt om met bedreigingen en stress om te kunnen gaan (https://cmhc.utexas.edu/stressrecess/Level_One/fof.html).

Subtypen

** Motorische agitatie: continu rondlopen, niet stil kunnen zitten of liggen, rammelen aan deuren, tikken op tafel, alles overhoop halen*

** Verbale agitatie: continu praten, mompelen*

** Vocale agitatie: jammeren, schreeuwen, roepen, zingen, (stereotiepe) geluiden maken*

- Agressie: Gewelddadig gedrag

Subtypen

**Verbale agressie: schelden, vloeken, beschuldigen, dreigen*

**Handelende agressie: slaan, duwen, schoppen, vernielen, met voorwerpen gooien, dreigende gebaren maken, automutilatie*

- Negativisme: Gerichtte afweer of verzet, tegenwerken bij de verzorging (situationeel), (alle) hulp afwijzen, medicatie en voeding weigeren, altijd klagen, nergens tevreden over zijn, altijd kritiek hebben
- Omkering van het dag- en nachtritme: Slaapprobleem of agitatie tijdens avond en nacht in combinatie met overmatige slaperigheid, sufheid, apathie of initiatiefloosheid overdag.
- Claimend gedrag: Zodanig aandacht en hulp vragen dat dit leidt tot irritatie bij hulpverleners
- Prikkelbaarheid: Zeer snel boos, geïrriteerd of ontstemd zijn
- Ontremming Gedrag: gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies

Subtypen

**Ontremming bij eten: gulzig eten, vraatzucht, eten zolang er eten is*

**Seksuele ontremming: handtastelijk gedrag, seksuele intimidatie, obscene gebaren maken, steeds masturberen*

- Zwerfgedrag: Continu (rond)lopen met een doel, steeds op zoek of op weg zijn naar een bepaalde plaats, persoon of bezigheid
- Verzamelwoede: Verzamelen van voorwerpen, alles meenemen in rollator of verstoppen in tasje
- Decorumverlies: Onaangepast, schaamteloos gedrag, uitkleden in het openbaar, er onverzorgd bijlopen, boeren, winden laten, overal urineren, grof taalgebruik, knoeien met eten
- Apathie: Initiatiefloos gedrag, niet tot activiteiten te bewegen, niet uiten van emoties
- Overmatig oninvoelbaar huilen of lachen
- Spontaan of na geringe emotie onbedwingbaar huilen of lachen dat vaak in elkaar over gaat

Competenties (wijk)verpleegkundigen.

Voorbeelden:

- Heeft kennis van de principes van zelfmanagement, leefstijlen, gedrag en manieren van gedragsbeïnvloeding.
- Kent de theoretische modellen achter haar activiteiten en interventies.
- Kan risico's inschatten, problemen vroegtijdig signaleren, interventies kiezen en uitvoeren, het verloop monitoren en de resultaten evalueren bij zorgproblemen in de vier gebieden van het

menselijk functioneren.

- Kan de patiënt ondersteunen bij persoonlijke verzorging en deze waar nodig overnemen.
- Is in staat om te signaleren, (her)indiceren, verwijzen, bemiddelen, coördineren en evalueren van de zorg- en dienstverlening met de zorgvrager én mantelzorger.
- Is in staat breder te kijken dan de oorspronkelijke hulpvraag.
- Is in staat de afweging te maken tussen zorg voor ziekte en bevorderen van gezond gedrag, met accent op wat cliënt nog wel kan.
- Heeft lef, is creatief en flexibel en kan inspelen op uiteenlopende cliënten en situaties.
- Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en versterken van de positie van de cliënt.
- Kan gesprekstechnieken toepassen, passend bij de patiënt en het niveau van communicatie: luisteren, vragen stellen, samenvatten en parafraseren, spiegelen, gevoelsreflecties geven.
- Is in staat de dialoog te voeren met zorgvrager én zijn sociale systeem, met specifieke aandacht voor de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. Schat in welke informatiebehoefte en begripsvermogen de zorgvrager en zijn sociale systeem hebben.
- Is in staat initiatief te nemen tot multidisciplinair samenwerken van professionals zorg en welzijn, gemeente en wooncorporaties en dit te coördineren, regisseren en te bevorderen.
- Is in staat haar eigen functie/meerwaarde te benoemen in relatie met samenwerkingspartners en cliënten.
- Kan in teams en samenwerkingsprocessen haar bijdrage leveren en zichzelf positioneren, schuwt confrontaties en verschil van mening daarbij niet.
- Is bekend met manieren waarop gezond gedrag gestimuleerd kan worden.
- Heeft vaardigheden op het gebied van outreachende zorg en bemoeizorg.
- Is in staat het sociale netwerk rond een patiënt te versterken.
- Heeft zicht op de expertise van haar team en weet hoe ze de vaardigheden van haar teamgenoten optimaal kan benutten, neemt hiervoor de verantwoordelijkheid en toont leiderschap.

Rollen

- Zorgverlener
- Samenwerker
- Organisator
- Reflectieve Professional
- Professional en kwaliteitsbevorderaar
- Communicator
- Gezondheidsbevorderaar

Bijlage 11: topiclijst

Topic	Voorbeeldvragen
Ongewenst gedrag	- Wat verstaat u onder ongewenst gedrag? - Wanneer is ongewenst gedrag voor u grensoverschrijdend? - Kunt u een praktijkvoorbeeld geven van een situatie waar u met ongewenst gedrag te maken kreeg? - Hoe heeft u de eerste situatie met ongewenst gedrag ervaren? - Kunt u ons vertellen welke rol een zorgverlener kan hebben in situaties met ongewenst gedrag? - Zijn er situaties m.b.t ongewenst gedrag waar u moeite mee heeft? Kunt u een voorbeeld noemen? (knelpunten)
Signaleren van ongewenst gedrag (wat is signaleren)	- Zijn er signalen waaraan een hulpverlener ongewenst gedrag kan herkennen? - Wat zijn deze signalen?
Competenties	- Welke competenties (kennis, houding en vaardigheden) zet u in om ongewenst gedrag te voorkomen en/of te beëindigen? - Hoe heeft u deze competenties verkregen?
Wijkverpleegkundigen niveau 5	- Heeft u tijdens uw werk contact met een wijkverpleegkundige? - Waar gaat dit contact over?

- Heeft u ooit professioneel samengewerkt met een wijkverpleegkundige? Waar ging deze casus over? Wat had de wijkverpleegkundige nodig?
- Wat merkt u in de praktijk van de knelpunten die wijkverpleegkundigen ervaren in de zorg aan een cliënt met een psychische stoornis die ongewenst gedrag vertoond?
- Wat is er volgens u nodig voor wijkverpleegkundigen om beter om te kunnen gaan met deze knelpunten?
- Waar ligt volgens u de grens in de professionele ondersteuning van de wijkverpleging en de ggz?
- Wat is volgens u de rol van een wijkverpleegkundige in de zorg van een somatische cliënt met daarbij een psychische stoornis?

Dieper doorvragen op wat werkt in de praktijk.

