

Januari 2017

Projectverslag

De EPA-cliënt in de wijk

*Ervaringen van wijkverpleegkundigen met cliënten
met een ernstig psychiatrische aandoening*

Kwaliteitsproject

Auteurs: A.R. Bakker (531517) & E.W.J. Hagens
(523053)

Opdrachtgever: M.C. Timmers & R. Teunis

Docentbegeleider: Drs. H.J. Poppen

Examinator: J. Ruck, arts

Projectcode: 1617_1VERPL38

Opleiding: HBO-Verpleegkunde, voltijd

Hogeschool



van Arnhem en Nijmegen

HAN University of Applied Sciences

BUURTZORG

Colofon

Projectcode:	1617_1VERPL38
Opdrachtgevers:	Mw. M.C. Timmers <i>Wijkverpleegkundige Buurtzorg, team Druten</i> Mw. R. Teunis <i>GGZ-verpleegkundige BuurtzorgT, team Lingewaard</i>
Docentbegeleider:	Drs. H.J. Poppen <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
Examinator:	Dhr. J. Ruck, arts <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
Studentonderzoekers:	A.R. Bakker [531517] AR.Bakker@student.han.nl E.W.J. Hagens [523053] EWJ.Hagens@student.han.nl
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar:	2016-2017
Onderwijseenheid:	Kwaliteit en Innovatie 2 & 3

Voorwoord

Nijmegen, 16 januari 2017

Voor u ligt het projectverslag van het kwaliteitsproject: “Ervaringen van wijkverpleegkundigen met cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening.” Dit onderzoek is uitgevoerd in de onderwijseenheid Kwaliteit en Innovatie 3. Deze onderwijseenheid is onderdeel van de studie HBO Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

De onderzoeksvraag is ingediend door de organisatie Buurtzorg. Mw. M.C. Timmers, wijkverpleegkundige bij Buurtzorgteam Druten, samen met mw. R. Teunis, psychiatrisch wijkverpleegkundige bij BuurtzorgT, team Lingewaard, zijn hierbij de achterliggende drijfveer geweest.

Tijdens het proces hebben mw. M.C. Timmers en mw. R. Teunis ons bijgestaan op verschillende momenten. Zij hebben ons bijgestaan met feedback en het vinden van respondenten voor de interviews. Beiden willen wij hartelijk bedanken voor de geboden begeleiding.

Vanuit de HAN zijn wij in dit proces begeleidt door onze docentbegeleider drs. H.J. Poppen. Hij heeft ons meerdere malen feedback gegeven en ons bijgestaan in het verloop van het proces. In verband met omstandigheden is drs. H.J. Poppen tijdelijk afwezig geweest. Daarom heeft mw. N. Klaessen tijdelijk onze begeleiding op zich genomen. Ook hen willen wij hartelijk bedanken voor de geboden begeleiding en samenwerking.

Examinator dhr. J. Ruck, arts, heeft tijdens dit proces ons product op verschillende momenten beoordeeld. Wij willen hem ook bedanken voor de momenten van beoordeling en de gekregen feedback.

Tot slot willen wij alle respondenten bedanken voor de tijd en moeite die zij gestoken hebben in de interviews. Zonder hun enthousiasme en medewerking had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen.

Na een aantal maanden hard werk, zijn wij trots op het product dat wij hebben neergezet. We hopen dat dit onderzoek kan bijdragen aan het vergroten van de bewustwording van (wijk)verpleegkundigen over de zorg voor een relatief nieuwe doelgroep. Voor ons persoonlijk was dit een zeer interessant en uitdagend onderwerp. Wij wensen u veel leesplezier toe!

Anna Bakker & Esther Hagens

Samenvatting

De huidige veranderingen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) hebben er toe geleid dat er meer cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) somatische zorg ontvangen van wijkverpleegkundigen. Voor de wijkverpleging is dit een nieuwe doelgroep, waar zij niet voor zijn geschoold. Zowel 'moeilijk' gedrag van EPA-clieënten, als gebrek aan omschreven competenties voor de wijkverpleegkundigen, kan de zorgverlening hinderen. Dit kan extra spanning op de wijkverpleegkundigen zetten, wat tot extra ziekteverzuim kan leiden. Om deze reden is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor wijkverpleegkundigen van Buurtzorg om zorg te verlenen aan EPA-clieënten met een somatische zorgvraag?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, is een kwalitatief verkennend onderzoek opgezet. Er hebben zeven interviews met wijkverpleegkundigen en -verzorgenden plaats gevonden in de omgeving van Nijmegen. De interviews zijn geanalyseerd door deze samenvattend te transcriberen en inductief te coderen. Uit de analyse zijn de hoofdthema's: opstart zorg, gedrag van cliënt, ervaring zorgverlener, samenwerking en verpleegkundige zorg, naar voren gekomen.

Wijkverpleegkundigen zijn in staat om EPA-clieënten te herkennen in de wijk, door hun onderbuikgevoel. Wijkverpleegkundigen signaleren dat er iets niet pluis is tijdens de zorgverlening. Tijdens de zorg voor EPA-clieënten komen wijkverpleegkundigen in aanraking met 'moeilijk' gedrag, dit wordt niet altijd gesignaleerd. Het gedrag dat voorkomt is: manipuleren, splitten, claimen, te afhankelijk opstellen of zorg mijden. EPA-clieënten lopen hierdoor het risico om als onwelwillend te worden gezien, in tegenstelling tot somatische cliënten die als niet-kunnend worden gezien. Wanneer wijkverpleegkundigen op de hoogte zijn van de EPA-diagnose, kunnen zij gerichtere interventies inzetten in de zorg voor de cliënten. Het is voor wijkverpleegkundigen lastig om in te schatten in hoeverre zij de zelfregie aan cliënten kunnen geven, omdat deze die niet altijd aan lijken te kunnen. Dit maakt het lastig om een concreet zorgplan op te stellen. De wijkverpleegkundige moet in staat zijn om met haar team samen te werken, door één lijn te trekken binnen de zorg. Dit houdt in dat zij duidelijke afspraken maken en zich hier aan moeten houden. Wanneer dit niet gebeurt, lopen teams het risico om ontregeld te raken. Ook samenwerking met de huisarts speelt een belangrijke rol binnen de zorg voor EPA-clieënten. De huisarts heeft een coachende en adviserende rol. Echter wordt er met GGZ disciplines nauwelijks samengewerkt. Wanneer deze wel worden ingezet, is dit voornamelijk voor scholing van de wijkverpleegkundigen.

Concluderend kan worden gezegd dat bevorderende factoren in de zorgverlening voor EPA-clieënten zijn: een goede samenwerking met het team; waar problemen open besproken kunnen worden en waarbij het team instaat is om één lijn te trekken bij de cliënt. Ook coaching en advies van de huisarts en aanvullende scholing vanuit de GGZ disciplines helpen de wijkverpleegkundigen in de zorg voor EPA-clieënten.

Belemmerende factoren in de zorgverlening voor EPA-clieënten zijn: het gebrek aan ervaring en affiniteit met de doelgroep, het gebrek aan samenwerking met de GGZ, gebrek aan voorinformatie en gebrek aan begrip voor het gedrag van de cliënt. Ook kunnen wijkverpleegkundigen niet terug vallen op duidelijk omschreven taken en competenties binnen hun competentieprofiel.

Aan de hand van dit product wordt aanbevolen om de samenwerking met de GGZ binnen de zorg voor EPA-clieënten te stimuleren. De GGZ zou de wijkverpleegkundigen kunnen coachen in de zorg voor de cliënt en hen kunnen ondersteunen met het opstellen van een haalbaar zorgplan. Ook moeten wijkverpleegkundigen worden gemotiveerd om aanvullende scholingen te volgen om hen meer bewust te maken van de ziektebeelden en het gedrag van de EPA-clieënt.

Aanvullend onderzoek is nodig naar de precieze competenties en taken die de wijkverpleegkundigen nodig hebben binnen de zorg voor EPA-clieënten. Ook zal aanvullend onderzoek moeten worden gedaan naar hoe student-verpleegkundigen tijdens hun studie onderwijs kunnen krijgen over de zorg omtrent de EPA-doelgroep. Hiermee kan bereikt worden dat het begrip voor deze doelgroep wordt vergroot en wijkverpleegkundigen dan beter kunnen inschatten welke interventies zij kunnen toepassen in de zorg voor EPA-clieënten.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding.....	8
1.1 Probleemstelling	10
1.2 Doelstelling	10
1.3 Vraagstelling.....	10
1.4 Deelvragen	10
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	11
2.1 Context en zoekstrategie	11
2.2 De algemene eerstelijnszorg.....	12
2.3 Buurtzorg	12
2.4 ‘Moeilijk’ gedrag	14
2.5 Verpleegkundige relevantie	17
Hoofdstuk 3: Methode.....	18
3.1 Onderzoeksdesign.....	18
3.2 Populatie en steekproef.....	18
3.3 Werving respondenten	19
3.4 Dataverzameling en -verwerking	19
3.5 Data-analyse	20
3.6 Zorgvuldigheidseisen	20
3.7 Ethische verantwoording	22
Hoofdstuk 4: Resultaten	23
4.1 Onderzoekspopulatie.....	23
4.2 Contextbeschrijving	24
4.3 Karakteristieken van de cliënt.....	24
4.4 Beschrijving van de resultaten	25
Hoofdstuk 5: Discussie	33
5.1 Resultaten en literatuur	33
5.2 Geldigheid van het onderzoek	34
5.3 Praktische toepasbaarheid	36
Hoofdstuk 6: Conclusie	37

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen.....	39
7.1 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk.....	39
7.1.3 EPA-diagnose	39
7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	40
Hoofdstuk 8: Literatuurlijst	41
Bijlage 1: Zoekstrategieën.....	45
Bijlage 2: Evidence tabel Verpleegkundige-cliënt relatie	54
Bijlage 3: Geldigheid binnen het onderzoek	57
Bijlage 4: E-mail met uitnodiging en informatie	59
Bijlage 5: Topiclijst interviews.....	60
Bijlage 6: Toelichting hoofd- en subthema's.....	61
Bijlage 7: Overzicht 'moeilijk' gedrag van cliënten	62
Bijlage 8: Ondertekende formulieren gedragscode.....	64

Hoofdstuk 1: Inleiding

De afgelopen jaren hebben wijkverpleegkundigen ervaren dat er meer cliënten in zorg zijn gekomen waarbij naast somatische problematiek ook psychiatrische problematiek een rol speelt. Wijkverpleegkundigen hebben het gevoel dat zij weinig ervaring hebben met deze cliëntgroep (ZZG Zorggroep, 2016). Binnen het expertisegebied wijkverpleegkundigen is de zorg voor cliënten met een psychiatrische achtergrond ook niet opgenomen (V&VN, 2012). Een medewerker van de vakgroep 'psychiatrie' van Buurtzorg (A. Abbink, persoonlijke mededeling, 21 oktober 2016) vertelt dat wijkverpleegkundigen een psychiatrische aandoening bij een cliënt ook vaak niet herkennen. Door dit gebrek aan ervaring zijn wijkverpleegkundigen bang om tekort te schieten in de zorg. Dit gevoel veroorzaakt frustratie, extra werkdruk en stress voor de wijkverpleegkundigen en het team waarin zij werken (ZZG Zorggroep, 2016). Er lijkt dus sprake te zijn van een probleem. Echter is er nog nauwelijks gedegen onderzoek naar dit onderwerp gedaan. De vraag is nu, wat zijn de ervaringen van wijkverpleegkundigen in de praktijk met deze doelgroep? Waar bestaat de doelgroep 'psychiatrische cliënt' precies uit? En waar komt deze doelgroep vandaan?

Om te begrijpen waarom er meer psychiatrische cliënten in zorg komen bij de wijkverpleging en waar deze groep precies uit bestaat, moet eerst gekeken worden naar de recente veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Oorspronkelijk werden psychiatrische cliënten voornamelijk behandeld binnen deze sector. Sinds 2008 hebben er veranderingen plaats gevonden binnen de GGZ. De financiering van de GGZ is veranderd. Om kosten te reduceren is de capaciteit van de intramurale zorg verminderd. Het uiteindelijke doel is om het aantal intramurale bedden in 2020 tot 67% van de capaciteit in 2006 te laten dalen. Om de gevolgen hiervan op te vangen, zijn de voorzieningen in de ambulante zorg vergroot en zijn meer cliënten thuis komen te wonen (Trimbos Instituut, 2015a). Op jaarbasis krijgt 18% van de Nederlandse bevolking te maken met een psychische stoornis. Omgerekend zijn dit ongeveer 1.896.700 personen. Van de Nederlandse burgers zal 43,5% ooit in het leven te maken krijgen met een psychische stoornis (Veerbeek, Knispel, & Nuijen, 2014). In 2009 werd aan circa 940.000 personen een vorm van GGZ geboden (Trimbos Instituut, 2011). Een subgroep waarvoor de herfinanciering van zorg voornamelijk grote gevolgen heeft gehad, zijn mensen binnen de doelgroep 'Ernstige Psychiatrische Aandoening', oftewel EPA (Trimbos Instituut, 2015a). In 2013 kampten ongeveer 281.000 personen met EPA, waarvan er 216.000 zorg ontvingen. In de leeftijdscategorie van 18 tot 65 jaar oud, ontvingen 160.000 personen zorg. Van de EPA-cliënten, lijdt 67% aan een psychotische stoornis. Verder heeft 33% een niet-psychotische diagnose, zoals autisme, angststoornis, ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis (Delespaul et al., 2013). "De levensverwachting van EPA-cliënten is 15-20 jaar korter dan voor de gemiddelde Nederlander" (Cohen, 2015, p. 16). Dit verschil komt voornamelijk doordat EPA-cliënten een hoger risico lopen op hart-en-vaatziekten (Cohen, 2015). Delespaul et al. (2013) stellen verder dat volwassenen vaker binnen de doelgroep EPA voorkomen dan jongeren.

Een groot deel van de EPA-cliënten woont zelfstandig. Echter heeft een deel van deze groep wel zorg nodig. Zij kunnen dan ambulant begeleid worden, wat betekent dat de zorgverlener bij de cliënt thuis komt (Trimbos Instituut, 2015b). Om de cliënten van de juiste zorg te voorzien, worden er nieuwe initiatieven binnen de GGZ opgezet om cliënten ambulant te kunnen begeleiden (Trimbos Instituut, 2012; Veerbeek et al., 2014). Deze ontwikkelingen binnen de GGZ vallen onder de naam 'ambulantisering'. Om de gevolgen van de ambulantisering voor EPA-cliënten te volgen, heeft het Trimbos Instituut het panel 'Psychisch gezien' opgericht. Het panel bestaat uit cliënten met een EPA.

Uit onderzoek onder de panelleden kwam naar voren dat 81% van de onderzochte EPA-cliënten zelfstandig woont. Van deze EPA-cliënten kampt 61% met actuele lichamelijke gezondheidsproblemen (Trimbos Instituut, 2015a). Uit het onderzoek van Berg et al. (2014) blijkt dat deze lichamelijke problemen bij EPA-cliënten doorgaans niet worden gesignaleerd. Binnen de Nederlandse GGZ wordt weinig structurele aandacht besteed aan lichamelijke, oftewel somatische zorg (Berg et al., 2014). Zo is ook de GGZ-verpleegkundige voornamelijk geschoold in het begeleiden van de geestelijke problematiek van cliënten. In het expertisegebied van de ambulante GGZ-verpleegkundigen is de zorg voor somatische klachten niet opgenomen (Nederlandse vereniging voor psychiatrische verpleegkunde, 2004). EPA-cliënten met een somatische zorgvraag, zijn voor de somatische zorg grotendeels afhankelijk van de algemene eerstelijnszorg waaronder de wijkverpleging.

Waar de GGZ-verpleegkundige in de wijk zich richt op de ambulante behandeling en begeleiding van de cliënt op het geestelijke gezondheidsvlak (Nederlandse vereniging voor psychiatrische verpleegkunde, 2004), richt de wijkverpleegkundige zich voornamelijk op de somatische zorgvraag (V&VN, 2012). Wijkverpleegkundigen zijn bekwaam in het verlenen van somatische zorg aan thuiswonende cliënten. Binnen de zorg komt de wijkverpleegkundige in aanraking met verschillende ziektebeelden (V&VN, 2012). Echter is de wijkverpleegkundige minder ervaren in de omgang met EPA-cliënten. Deze cliëntengroep kan gedrag vertonen dat verpleegkundigen als 'moeilijk' kunnen ervaren. Hierdoor lopen EPA-cliënten het risico om als 'moeilijke' cliënt te worden gezien (Koekkoek, Hutschemaekers, Meijel, & Schene, 2010a). Doordat wijkverpleegkundigen weinig tot geen ervaring hebben met EPA-cliënten, is het mogelijk dat wijkverpleegkundigen dit 'moeilijk' gedrag niet signaleren. Wijkverpleegkundigen zijn niet altijd op de hoogte van alle psychische of somatische ziektebeelden van cliënten, wat het herkennen van en omgaan met 'moeilijk' gedrag nog lastiger maakt. Doordat dit een relatief nieuw probleem is, zijn er voor wijkverpleegkundigen nog weinig handvaten om hier mee om te gaan. Zo wordt er geen aandacht besteed aan de zorg voor EPA-cliënten binnen het *expertisegebied Wijkverpleegkundigen* (V&VN, 2012). Er zijn geen Evidence-Based Practice documenten voor wijkverpleegkundigen om op terug te vallen binnen de psychiatrische zorg. Hierdoor hebben de wijkverpleegkundigen geen standaard om hen ondersteuning te bieden in de omgang met EPA-cliënten. Wijkverpleegkundigen kunnen mogelijk meer problemen ervaren in het verlenen van zorg aan EPA-cliënten. Voor EPA-cliënten heeft dit het gevolg dat hun gedrag mogelijk niet begrepen wordt door wijkverpleegkundigen, waardoor EPA-cliënten mogelijk niet de juiste zorg krijgen.

Wijkverpleegkundigen van de organisatie Buurtzorg geven ook aan dat zij vaker EPA-cliënten met een somatische zorgvraag in zorg krijgen. Ook hier geven wijkverpleegkundigen aan moeite te hebben om met deze doelgroep om te gaan (A. Abbink, persoonlijke mededeling, 21 oktober 2016).

Wijkverpleegkundigen voelen zich onzeker in hoe zij het beste met deze cliënten om kunnen gaan. Ze vinden het lastig om concrete afspraken te maken met deze cliënten en hebben het gevoel dat de communicatie stroef verloopt (ZZG Zorggroep, 2016). Het is überhaupt onbekend of verpleegkundigen bij alle EPA-cliënten op de hoogte zijn van de gestelde psychiatrische diagnose. Wanneer wijkverpleegkundigen niet weten dat EPA bij een cliënt speelt, zal het alleen maar lastiger zijn om het 'moeilijk gedrag' te herkennen als gedrag dat voor kan komen bij EPA. Dit vergroot de kans op frustraties, onbegrip en onzekerheid bij de wijkverpleegkundigen.

Doordat wijkverpleegkundigen het gevoel hebben te kort te schieten in de omgang met de EPA-cliënt, kunnen zij extra stress ervaren (ZZG Zorggroep, 2016). Het risico op een ziekteverzuim neemt hierdoor toe (Maurits, Veer, & Francke, 2016). Ook bij Buurtzorg ziet men dit terug. Individuele verpleegkundigen lopen het risico om hierdoor thuis te komen zitten.

De teams van deze verpleegkundigen lopen het risico om ontregeld te raken (A. Abbink, persoonlijke mededeling, 21 oktober 2016). Buurtzorg wil graag weten hoe zij haar werknemers kan ondersteunen in deze situatie.

1.1 Probleemstelling

Waar wijkverpleegkundigen precies tegen aanlopen in de zorg voor EPA-cliënten met een somatische zorgvraag, is op dit moment nog onduidelijk. Om deze reden is ook onduidelijk hoe Buurtzorg wijkverpleegkundigen zou kunnen ondersteunen in deze zorg. Wijkverpleegkundigen lijken moeite te hebben met de zorg voor de toegenomen groep EPA-cliënten. Hierdoor lopen zij onnodig risico op overbelasting of ziek worden. De EPA-cliënt loopt het risico om als 'moeilijke' cliënt te worden gezien en niet begrepen te worden. Vanuit de organisatie Buurtzorg wil men meer handvaten ontwikkelen om de wijkverpleegkundigen te steunen in de omgang met EPA-cliënten met een somatische zorgvraag.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om de kansen en de knelpunten in de zorg door wijkverpleegkundigen voor EPA-cliënten met een somatische zorgvraag in kaart te brengen. Hiermee kunnen verbeterpunten worden geformuleerd om de wijkverpleegkundigen in de zorg voor EPA-cliënten te ondersteunen. Het uiteindelijke doel is dat wijkverpleegkundigen zich bewuster worden van EPA-cliënten, hoe zij dit gedrag ervaren en inzicht krijgen in welke invloed het gedrag van de wijkverpleegkundige heeft op het gedrag van de cliënt. Om dit te bereiken kan Buurtzorg een interventie- of scholingsprogramma creëren voor de wijkverpleegkundige om haar handvaten te geven in de omgang met EPA-cliënten met een somatische zorgvraag. Hiervoor is de volgende doelstelling geformuleerd:

In januari 2017 ligt er een inventarisatie van de kansen en knelpunten in de zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening gecombineerd met een somatische zorgvraag, die door Buurtzorg kan worden gebruikt om verbeterpunten te formuleren ter ondersteuning van haar wijkverpleegkundigen.

1.3 Vraagstelling

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor wijkverpleegkundigen van Buurtzorg om zorg te verlenen aan EPA-cliënten met een somatische zorgvraag?

1.4 Deelvragen

- Hoe ervaren wijkverpleegkundigen de zorgverlening aan EPA-cliënten met een somatische zorgvraag?
- Hoe gaan de wijkverpleegkundigen binnen het team om met de zorg voor EPA-cliënten?
- In hoeverre worden wijkverpleegkundigen geïnformeerd door andere disciplines over de psychiatrische klachten van een EPA-cliënt wanneer deze in zorg komt?
- In hoeverre voelen wijkverpleegkundigen aan dat zij mogelijk te maken hebben met een EPA-cliënt wanneer dit niet van te voren bekend is?

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

2.1 Context en zoekstrategie

In dit hoofdstuk zal het kader geschetst worden waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Vanuit de Nederlandse wijkverpleegkundigen komt het signaal dat zij steeds vaker te maken krijgen met ‘moeilijk’ gedrag bij cliënten met een psychiatrische achtergrond. Zij hebben het gevoel ook steeds meer psychiatrische patiënten in zorg te krijgen. Vanuit de literatuur is terug te lezen dat dit komt door de ambulantisering van de GGZ de afgelopen jaren. Hierdoor zijn patiëntgroepen die zich eerst in zorg waren binnen de GGZ, nu in zorg zijn gekomen bij de eerstelijnszorg. Voornamelijk voor de EPA-cliënten is veel veranderd. Waar zij eerst vooral met de GGZ in aanraking kwamen, lijkt deze groep nu steeds meer gebruik te maken van de algemene eerstelijnszorg zoals de wijkverpleging.

Omdat de veranderingen binnen de zorg recent zijn, is er nog weinig informatie te vinden in de literatuur over hoe wijkverpleegkundigen omgaan met EPA-cliënten. Ook is de onderzoeksvraag niet in de oorspronkelijke PICO-vorm te vatten. Om deze redenen is in eerste instantie breed gezocht, naar wat wijkverpleegkundigen als ‘moeilijk gedrag’ kunnen zien bij psychiatrische cliënten. Binnen HANQuest en Pubmed is naar literatuur over dit onderwerp gezocht. Hiervoor zijn de MESH-termen gebruikt gerelateerd aan het begrip wijkverpleegkundige, psychiatrische cliënt en ‘moeilijk gedrag’. Voor het begrip wijkverpleegkundige zijn de volgende termen gebruikt: [Community Health Services], [Home Nursing], [Community Mental Health Services], [Ambulatory Care], [Nursing, Team], [Home Care Services], [Home Care Agencies] en [Home Nursing]). Voor de term ‘psychiatrisch cliënt’ zijn de termen [Mental Health], [Chronic Disease/nursing] en [Chronic Disease/psychology] gebruikt. Het laatste begrip, ‘moeilijk gedrag’ is in de volgende termen gevat: [Problem Behavior], [Patient Compliance], [Nurse-Patient Relations], [Countertransference (psychology)] en [Attitude of Health Personnel]. De complete, uitgebreide zoekstrategie is terug te vinden in ‘Bijlage 1: Zoekstrategieën’.

Door deze zoekstrategie in HANQuest en Pubmed uit te voeren, zijn meerdere artikelen gevonden. Er is geen systematische review gevonden. Dit zou kunnen zijn omdat het onderwerp pas redelijk recent is gaan spelen. De gevonden artikelen zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek. In ‘Bijlage 2: Evidence tabel’ zijn de gebruikte artikelen terug te vinden.

2.2 De algemene eerstelijnszorg

De wijkverpleegkundige is werkzaam in de eerstelijnszorg. Onder de eerstelijnszorg valt de extramurale zorg die wordt geboden aan thuiswonende cliënten die begeleiding, zorg of voorlichting nodig hebben. In de eerstelijnszorg is een breed scala aan disciplines te vinden, zoals wijkverpleging, huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, en verloskundigen (Health Systems and Policy Monitor, z.d; V&VN, 2010). Binnen de algemene eerstelijnszorg heeft de huisarts een bijzondere rol. De huisarts is de eerst verantwoordelijke voor de situatie rondom zijn cliënten. De huisarts is degene die de cliënt moet doorverwijzen naar de tweedelijnszorg wanneer hij dit nodig acht (Health Systems and Policy Monitor, z.d.).

Sinds 2015 is er veel veranderd in de algemene eerstelijnszorg. Door verschillende wetswijzigingen is een transitie in gang gezet. Het doel van deze transitie is om cliënten langer thuis te laten wonen en minder lang en vaak in een instelling of ziekenhuis te laten verblijven. Zo wordt de stijging van de kosten van de gezondheidszorg beperkt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Doordat cliënten minder vaak en minder lang in instellingen verblijven maar nog wel zorg nodig hebben, neemt het aantal cliënten in de eerstelijnszorg toe. Ook de complexiteit van ziektebeelden van de cliënten worden groter en er zijn meer cliënten met comorbiditeit. Ook neemt de prevalentie van cliënten die langdurige zorg nodig hebben toe. Door deze toenemende zorgvraag wordt een steeds groter beroep gedaan op de wijkverpleging (Health Systems and Policy Monitor, z.d; V&VN, 2010).

2.2.1 Structuur van de wijkverpleging

In de wijkverpleging waren in 2010 ongeveer 118.600 mensen werkzaam. Hiervan waren er ongeveer 15.500 medewerkers geregistreerd als verpleegkundige, niveau 4 of 5 (V&VN, 2010). In de wijkverpleging zijn een groot aantal verschillende thuiszorgorganisaties te vinden. Zij leveren elk persoonlijke verzorging en verpleging bij cliënten thuis. De meest voorkomende patiëntgroepen in de wijkverpleging zijn ouderen (85+), chronisch zieken, oncologische cliënten, cliënten met dementie en palliatieve cliënten. Echter zijn binnen de wijkverpleging nog meer verschillende cliëntgroepen terug te vinden elk met hun eigen zorgvragen. In de praktijk kunnen professionals uiteenlopende ziektebeelden tegen komen (KPMG & Plexus, 2015). Zoals eerder is gesteld, hebben de veranderingen in de eerstelijnszorg een duidelijke weerslag op de wijkverpleging. In 2016 is door Maurits et al. onderzoek gedaan naar de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met de veranderingen in de zorg. Hier uit bleek, dat driekwart van de zorgverleners in de wijkverpleging een toename ervaart van cliënten die zorg nodig hebben voor meerdere domeinen. Dit betekent dat cliënten niet alleen op lichamelijk vlak zorg nodig hebben, maar ook op psychisch of sociaal vlak. Minder dan driekwart van de ondervraagden voelde zich in hoge mate competent in de uitvoerende en/of coördinerende zorg voor deze cliënten. Wel voelen verpleegkundigen zich vaker competent in de zorg voor deze cliëntgroep dan verzorgenden (Maurits et al., 2016).

2.3 Buurtzorg

Buurtzorg is één van de Nederlandse thuiszorgorganisaties. Buurtzorg is begonnen met het verlenen van wijkverpleging. Echter bestaat Buurtzorg tegenwoordig uit meerdere onderdelen. Deze onderdelen zijn elk gespecialiseerd in een onderdeel van de zorg. Eén hiervan is BuurtzorgT, dat zich specialiseert in cliënten met een psychische hulpvraag (BuurtzorgT, 2016). Het onderdeel wijkverpleging van Buurtzorg heeft ongeveer 8.000 medewerkers (Beste Werkgever, z.d.). Buurtzorg gaat uit van de professionele autonomie van haar medewerkers. De medewerkers werken in kleine zelfsturende teams, zonder direct management. Ook staat de zelfredzaamheid van de cliënt hoog in het vaandel.

De cliënt neemt zelf beslissingen binnen het toegewezen budget over de inhoud van de zorg en werkwijze van de professionals. In alle processen binnen Buurtzorg wordt de relatie cliënt-professional centraal gesteld (Buurtzorg, z.d.).

2.3.1 BuurtzorgT

BuurtzorgT is onderdeel van de organisatie Buurtzorg. BuurtzorgT richt zich op cliënten die thuis wonen en een psychische of psychiatrische hulpvraag hebben. Ze verlenen uitsluitend psychische ondersteuning aan de cliënt, zij verlenen geen somatische zorg. BuurtzorgT is een relatief nieuw concept, niet alle Buurtzorg teams zijn op de hoogte van hun bestaan of de functie die zij hebben. Zorgverleners van BuurtzorgT kunnen namelijk ook ingezet worden om wijkverpleegkundigen te ondersteunen in de zorg voor bijvoorbeeld EPA-clients. Wanneer wijkverpleegkundigen tegen problemen aanlopen bij cliënten met een somatische zorgvraag en een psychiatrische achtergrond, kunnen zij BuurtzorgT raadplegen voor extra begeleiding. Een zorgverlener van BuurtzorgT kan dan mee gaan naar de cliënt om te observeren wat er gebeurt, of intervisie verzorgen binnen het team van de wijkverpleegkundigen (Buurtzorg, 2016b).

2.3.2 Zelfsturende teams

Buurtzorg en BuurtzorgT bestaan uit zelfsturende teams, verspreid over heel Nederland. De teams van de reguliere Buurtzorg bestaan uit wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen niveau 4 en wijkzickenverzorgenden 3 IG. Het team kan zelf de rollen en taken ten aanzien van de cliënt onderling onder de medewerkers verdelen (Buurtzorg, z.d.). Elk teamlid krijgt cliënten toegewezen waarvan dit teamlid persoonlijk begeleider is. Dit betekent dat zij fungeert als aanspreekpunt voor de cliënt en dat zij verantwoordelijk is voor het regelen van de zorg rondom de cliënt (Buurtzorg, 2016a).

2.3.3 De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is een onderdeel van het zelfsturende team binnen Buurtzorg. Ook bij andere thuiszorgorganisaties kan zij werkzaam zijn. De wijkverpleegkundige is een niveau 5 verpleegkundige. Ze staat bekend als generalist die kennis moet hebben van een breed scala aan ziektebeelden. Sinds de transitie in algemene eerstelijnszorg de zorg is de complexiteit van de zorg verhoogt en zijn er steeds meer verschillende zorgvragen in de wijk te vinden. De belangrijkste taken van de wijkverpleegkundige zijn het verlenen van verpleging en verzorging aan cliënten en het coördineren van de zorg rondom de cliënt met alle betrokken hulpverleners. Hoewel de wijkverpleegkundige in teamverband werkzaam is, is een ander belangrijk kenmerk van de wijkverpleegkundige dat zij meestal op zichzelf werkt bij de cliënt in de thuissituatie. Hierdoor zijn er minder mogelijkheden voor directe collegiale ondersteuning en overleg. De wijkverpleegkundige moet zelfstandig risico's bij de cliënt kunnen inschatten en zelfstandig kunnen besluiten hoe met deze risico's om te gaan (V&VN, 2012). In een e-mail van een medewerker van de vakgroep 'psychiatrie' van Buurtzorg (A. Abbink, persoonlijke mededeling, 21 oktober 2016) wordt gesuggereerd dat de wijkverpleegkundige in aanraking komt met zowel de klacht waarvoor zij komt als met psychische klachten waar zij in eerste instantie geen weet van heeft. Het kan zijn dat zij deze laatste niet eens als psychische klachten herkent. Hierdoor bestaat de kans dat wijkverpleegkundigen gedrag gerelateerd aan EPA, als 'moeilijk' ervaren.

2.4 ‘Moeilijk’ gedrag

In onderstaande casus wordt beschreven hoe een wijkverpleegkundige omgaat met een cliënte die moeilijk gedrag blijkt te vertonen. Dit om een voorbeeld te geven van ‘moeilijk’ gedrag wat een wijkverpleegkundige tijdens haar werk kan tegenkomen.

Een wijkverpleegkundige komt bij een cliënte om haar te ondersteunen bij de ADL en medicatie aan te reiken. Tijdens de zorg lijkt alles rustig te verlopen en de verpleegkundige ervaart geen problemen. Ook de cliënte lijkt tevreden. Echter krijgt de verpleegkundige de volgende dag een mailtje van een collega. De cliënte heeft tegen de collega geklaagd dat de verpleegkundige haar werk niet goed heeft gedaan en zich onbeschoft gedroeg tegenover de cliënte. De verpleegkundige zag deze reactie van de cliënte totaal niet aankomen en is hier erg door ontdaan. Tijdens de zorg was de cliënte juist gewoon enthousiast.

De verpleegkundige wil de situatie graag uitpraten met de cliënte, maar deze belt de zorg af wanneer ze hoort dat de verpleegkundige in kwestie langs zal komen. Ondertussen blijft de cliënte over de verpleegkundige klagen bij collega's, die vervolgens aan de verpleegkundige beschuldigende mailtjes sturen. De verpleegkundige krijgt hierdoor het idee gefaald te hebben in de zorg voor de cliënte, maar ze krijgt geen kans om de situatie te verbeteren. Ook voelt de verpleegkundige zich niet gesteund door haar team, terwijl er eerder problemen zijn geweest met dit gedrag van de cliënte. De hele situatie roept frustratie op bij de verpleegkundige. Langzamerhand krijgt ze steeds minder zin in haar werk...

De cliënte vertoont gedrag wat als moeilijk wordt ervaren door de wijkverpleegkundige. De cliënte vertoont manipulerend gedrag en stookt de collega's binnen het team op tegen de verpleegkundige. Vervolgens ontwijkt de cliënte de confrontatie met de verpleegkundige, waardoor de verpleegkundige geen kans heeft om de situatie op te lossen. Het gedrag van de cliënten lijkt op ‘manipuleren’ en ‘splitten’. Deze gedragingen zijn vaker terug te zien bij cliënten met borderline, een persoonlijkheidsstoornis, een stoornis die vaak voorkomt bij EPA-cliënten (Delespaul et al., 2013; Townsend, 2003). In de casus is terug te zien dat dit gedrag niet als samenhangend met een mogelijke psychiatrische stoornis wordt herkend door de collega's en de wijkverpleegkundige. Hierdoor kan de cliënte steeds weer de collega's tegen elkaar uitspelen (A. Abbink, persoonlijke mededeling, 21 oktober 2016). Wanneer de wijkverpleegkundige de achtergrond van het gedrag wel herkent, hebben wijkverpleegkundigen vaak het gevoel dat zij niet weten hoe zij met dit gedrag om moeten gaan (Barker, Heaslip, & Chelvanayagam, 2014). Het is ook belangrijk om in de gaten te houden dat de cliënte haar gedrag zelf niet als ‘moeilijk’ beschouwt. Het gedrag van de cliënte is voornamelijk ‘moeilijk’ in de ogen van de verpleegkundige. Cliënten en verpleegkundigen hebben een heel ander idee over wanneer iemand een ‘moeilijke’ cliënt is (Koekkoek et al., 2010a).

In alle sectoren van zorg komen cliënten voor die door verpleegkundigen of andere hulpverleners als ‘moeilijk’ worden gezien. Dit label kan om verschillende redenen aan een cliënt worden gegeven. Bij een groot deel van deze cliënten speelt hierbij de ‘sick-role’. Deze term beschrijft de rechten en plichten die de maatschappij aan een zieke oplegt. De belangrijkste plichten van de cliënt zijn dat de cliënt er alles aan moet doen om beter te worden en dat de cliënt een duidelijk herkenbaar en behandelbaar ziektebeeld heeft. Ook moet de cliënt prettig in de omgang en therapietrouw zijn. In ruil voor deze plichten, krijgt de cliënt het recht om zich te onttrekken aan zijn maatschappelijke taken en wordt het de cliënt niet verweten dat hij ziek is (Koekkoek et al., 2010a; Koekkoek, Meijel, Tiemens, Schene, & Hutschemaekers, 2010b). Wanneer de cliënt zich volgens de hulpverlener niet aan de plichten van de sick-role houdt, loopt de cliënt het risico dat de hulpverlener de cliënt zelf verantwoordelijk houdt voor diens eigen ziekte.

Uit verscheidene artikelen blijkt dat cliënten met uiteenlopende ziektebeelden hier tegen aan kunnen lopen bij verschillende soorten hulpverleners in de gezondheidszorg (Koekkoek et al., 2010a; Morgan & Moffat, 2008; Werner & Malterud, 2003).

2.4.1 De doelgroep: 'cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening'

Bij EPA-cliënten is niet alleen de sick-role van belang, maar spelen er ook nog behandelings- of ziektegerelateerde gedragingen een grote rol in het krijgen van het label 'moeilijk'. Een Ernstig Psychiatrische Aandoening is geen specifieke diagnose uit de DSM-5, maar een doelgroep binnen de psychiatrie (Delespaul et al., 2013). In 1998 is de term EPA gedefinieerd als: "een patiënt met een psychiatrische stoornis volgens DSM, die niet klachten vrij is (wisseling in ernst en intensiteit is mogelijk), met een langdurend beloop (>2 jaar) en beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren", deze definitie wordt veelal gebruikt in Nederland (Delespaul et al., 2013, p. 428).

De definitie van 1998 is herzien in 2013. In het artikel van Delespaul et al. (2013) is er met een consensusgroep samengewerkt om een gerichter, algemene definitie voor EPA te formuleren. Het resultaat hiervan is als volgt:

"De consensusgroep stelt voor om mensen tot de groep EPA-cliënten te rekenen wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren" (Delespaul et al., 2013, p. 429-430).

EPA-cliënten ervaren niet alleen klachten op psychisch vlak. Ook op fysiek vlak kunnen klachten optreden. Zo krijgen EPA-cliënten relatief vaak te maken met hart-en-vaatziekten. Mede hierdoor is levensverwachting van EPA-cliënten 15-20 jaar korter dan die van de gemiddelde Nederlander (Cohen, 2015). Ook wijst onderzoek uit dat relatief veel EPA-cliënten er een ongezonde leefstijl op na houden. Onder een ongezonde leefstijl valt roken, weinig bewegen of ongezond eten. Verder hebben EPA-cliënten vaker dan de algemene Nederlander last van meerdere lichamelijke aandoeningen, oftewel comorbiditeit (Meeuwissen et al., 2014).

2.4.2 'Moeilijk' gedrag van de EPA-cliënt

Koekkoek et al. (2010a; 2010b) stellen dat EPA-cliënten die abnormaal hulpzoekend gedrag vertonen een grotere kans hebben om als moeilijk gezien te worden door hulpverleners. EPA-cliënten met een persoonlijkheidsstoornis worden ook vaak als moeilijk gezien, vanwege hun afwijkende gedrag of complexe persoonlijkheid. Verder zijn het vertonen van ongezond gedrag, het vertonen van uitdagend gedrag richting de hulpverleners, of het hebben van onverklaarbare symptomen of een onduidelijke medische diagnose redenen dat professionals een cliënt als moeilijk ervaren.

In het artikel van Koekkoek et al. (2010b) worden drie patiëntgroepen beschreven die een vergroot risico hebben om als moeilijk gezien te worden door verpleegkundigen:

- de cliënt die moeilijk te behandelen is, deze valt vaak terug in ongewenst gedrag en vertoont weinig vooruitgang;
- de cliënt die moeilijk is in de omgang met zorgprofessionals, deze heeft een complex karakter of een complexe persoonlijkheid;
- de cliënt in een moeilijke situatie, die veel sociale probleem heeft, veelvuldig gebruik maakt van (nood)hulp en moeite heeft met het vinden van de juiste behandelcentra.

2.4.3 Gevolgen van het label 'moeilijk' voor de cliënt en professional

Wanneer een verpleegkundige een cliënt als 'moeilijk' ziet, heeft dit gevolgen voor zowel de verpleegkundige als de cliënt. In de volgende tabel worden de gevolgen van het krijgen van het label 'moeilijk' uitgewerkt voor respectievelijk de cliënt en de verpleegkundige (Koekkoek et al., 2010a; Morgan & Moffat, 2008).

Cliënt	Verpleegkundige
Kan zich ongehoord voelen;	Ontwikkelt professioneel pessimisme: professional heeft geen vertrouwen meer in de inzet en herstel van cliënt;
Stelt zich boos of onwillig op;	Raakt gedemoraliseerd;
Vertoont ineffectief chronisch ziektegedrag;	Ervaart toenemende stress;
Vraagt te vaak om hulp, mist gemaakte afspraken;	Loopt meer risico op een burn-out;
Neemt contact op met professional buiten gemaakte afspraken, de cliënt maakt hierdoor inbreuk op de privacy van de professional;	Vertoont ineffectief chronisch professioneel gedrag;
Manipuleert de professional;	Weigert behandeling aan cliënt;
Dreigt met zelfdestructieve acties;	Negeert therapie ontrouw zijn van de cliënt;
Schakelt meerdere instanties of organisaties in, stelt deze echter niet van elkaar op de hoogte;	Wordt moeilijk bereikbaar voor cliënt;
Weigert relevante thema's te bespreken binnen behandeling.	Krijgt moeite met het stellen van grenzen;
	Botst met collega's over behandeling van cliënt;
	Verwijst cliënt onterecht door of plaatst deze uit zorg;
	Gaat zinloze, routineuze, rituele handelingen uitvoeren ('pappen en nat houden').

Tabel 2.1: Gevolgen label 'moeilijk'

2.5 Verpleegkundige relevantie

Dit onderzoek is voornamelijk relevant voor wijkverpleegkundigen die werken in de verpleging en verzorging. Om de verpleegkundige relevantie uit te werken, wordt er hier gebruik gemaakt van de CanMEDS-rollen, CanMEDS is een afkorting voor Canadian Medical Education Direction for Specialists (V&VN, 2012).

Het doel van dit onderzoek is om handvaten te creëren voor Buurtzorg om wijkverpleegkundigen te ondersteunen in de omgang met EPA-cliënten met een somatische zorgvraag. Met deze handvaten kan Buurtzorg interventies ontwikkelen om de wijkverpleegkundigen te ondersteunen bij de zorg van deze nieuwe doelgroep in haar werkveld. De verpleegkundigen herkennen deze doelgroep niet altijd en ervaren EPA-cliënten vaak als lastig (ZZG Zorggroep, 2016). De (wijk)verpleegkundige CanMEDS-rollen die aansluiten bij het streven van het onderzoek zijn die van de zorgverlener, de reflectieve Evidence Based Practice (EBP)-professional en de samenwerker (V&VN, 2012).

De rol van zorgverlener sluit aan op dit onderzoek omdat (wijk)verpleegkundigen in staat moeten zijn om met verschillende soorten cliënten te werken. Zij moet ook bij EPA-cliënten risico's kunnen inschatten, vroegtijdig problemen signaleren, hier interventies voor kiezen en uitvoeren en de voortgang van de cliënt monitoren (V&VN, 2012). Door de wijkverpleegkundigen meer bewust te maken van de EPA-cliënten die zij in zorg heeft, hoopt dit onderzoek haar in staat te stellen sneller EPA-cliënten en hun gedrag te herkennen. Zo kan zij sneller en gericht interventies opstellen, waardoor de kwaliteit van zorg voor EPA-cliënten wordt verhoogd.

Ook de rol van reflectieve EBP-professional is relevant voor dit onderzoek. Wijkverpleegkundigen zijn op dit moment niet altijd bewust van de toename van EPA-cliënten die bij hen in zorg zijn gekomen (V&VN, 2012). Doordat zij EPA niet altijd herkennen, wordt het lastiger voor de wijkverpleegkundigen om te beoordelen of zij de juiste zorg leveren. Zij kan hierdoor niet altijd beoordelen waar de verantwoordelijkheden van de cliënten liggen en waar de verantwoordelijkheid van de professional begint.

Verder is de rol van samenwerker belangrijk binnen dit onderzoek. Binnen de rol van samenwerker moeten verpleegkundigen in staat zijn om samen te werken met cliënten, zijn naasten en mantelzorgers, maar ook andere disciplines (V&VN, 2012). Omdat veel wijkverpleegkundigen nog minder affiniteit hebben met de doelgroep EPA-cliënten, moeten zij weten welke disciplines zij in kan schakelen ter ondersteuning. Onder ander verpleegkundigen van BuurtzorgT zouden zich hier goed voor lenen.

Hoofdstuk 3: Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Binnen dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Dit omdat er gezocht werd naar bevorderende en belemmerende factoren voor wijkverpleegkundigen in de zorgverlening voor EPA-cliënten en een somatische zorgvraag. Om dit te onderzoeken is voor een open vraagstelling gekozen. Baarda (2014) stelt dat bij een open vraag een kwalitatief onderzoeksdesign hoort. Het onderzoek richt zich op een probleem dat recent is ontstaan en waar nog weinig onderzoek naar gedaan is. Om die reden is in overleg met de opdrachtgever gekozen voor een explorerend of verkennend design (Baarda, 2014; Nieswiadomy, Maten-Speksnijder, & Hoogerduijn, 2013).

Om tijdens dit explorerend design tot de juiste gegevens te komen, is er gekozen voor een kwalitatief, semigestructureerd interview. Deze interviews zijn afgenomen bij wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen niveau 4 en verzorgenden IG. Tijdens het kwalitatieve interview werd gebruik gemaakt van open vragen. Door middel van deze open vragen werd getracht om de bevorderende en belemmerende factoren tijdens het verlenen van zorg aan EPA-cliënten door wijkverpleegkundigen te vinden (Baarda, 2014). Het onderzoek was cross-sectioneel, wat inhoudt dat de respondenten eenmalig geïnterviewd werden. De gegevens van de respondent werden tijdens één gesprek verzameld (Baarda, 2014; Nieswiadomy et al., 2013).

3.2 Populatie en steekproef

In overleg met de opdrachtgever is besloten dat de populatie van dit onderzoek bestond uit alle verzorgenden 3 IG en verpleegkundigen niveau 4 en 5, die werkzaam zijn in de wijk bij Buurtzorg in de regio Arnhem en Nijmegen. Dit omdat de opdrachtgever stelt dat binnen Buurtzorg alle zorgverleners op uitvoerend niveau hetzelfde werk uitvoeren, gerelateerd aan hun persoonlijk deskundigheidsniveau en iemands kwaliteiten. Het was niet mogelijk om alle professionals uit de populatie te interviewen tijdens dit onderzoek. Om deze reden is er gekozen voor een representatieve steekproef uit de populatie. Om zoveel mogelijk teams bij dit onderzoek te betrekken, is in overleg met de opdrachtgever besloten om één professional per Buurtzorg-team te interviewen. Deze professional moet tenminste zes maanden werkzaam zijn binnen dit Buurtzorg-team en heeft zicht op de werkwijze bij de EPA-cliënt binnen de zorgverlening van het team. Verder was het van belang dat de professional al eerder een persoonlijk begeleider geweest is bij een psychiatrische cliënt. Ten eerste is gekozen voor Buurtzorgteams in de omgeving van Arnhem en Nijmegen, waarna de desbetreffende teams zelf een zorgverlener hebben aangewezen voor het interview, waarbij er rekening gehouden werd met de in- en exclusiecriteria gesteld door de studentonderzoekers. Deze werkwijze is vergelijkbaar met een getrapte steekproef. Echter is deze steekproef select omdat de teams werden aangewezen door de opdrachtgever. Hierdoor is de kans om geïncludeerd te worden als team niet gelijk (Baarda, 2014; Nieswiadomy et al., 2013).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De professional moet minimaal 6 maanden werkzaam zijn binnen het Buurtzorgteam;	De professional heeft geen ervaring met de zorg voor een psychiatrische cliënt;
De professional is op de hoogte van het reilen en zeilen binnen het team;	De professional is een stagiaire of flex-medewerker.
De professional is op de hoogte van wat het begrip EPA inhoudt.	

Tabel 3.2: In- en exclusiecriteria

Baarda (2014) stelt dat er zo lang door gegaan moet worden met de observaties tot er geen nieuwe feiten meer voorkomen, dan spreekt men van verzadiging of saturatie. De studentonderzoekers schatten dat er binnen de regio Arnhem-Nijmegen ongeveer 50 teams actief zijn. In overleg met de opdrachtgever is besloten dat er gestreefd wordt om 10 interviews met leden van 10 verschillende teams af te nemen. Wanneer eerder saturatie bereikt wordt, zullen de studentonderzoekers eerder stoppen met het afnemen van interviews.

3.3 Werving respondenten

In overleg met de opdrachtgever is er een contactpersoon van BuurtzorgT benaderd. De contactpersoon heeft mogelijk inzicht in Buurtzorgteams die zorg verlenen of hebben verleend aan EPA-cliënten en waarbij mogelijk problemen zijn opgetreden. Op deze manier kon snel beoordeeld worden welke teams geschikt waren. Echter speelde gatekeeper bias hier een rol. Dit wil zeggen dat de contactpersoon enkel teams aanwijst, waarvan zij weet dat er een EPA-cliënt is of is geweest. De gatekeeper bias wordt verder uitgewerkt in 'Bijlage 3: Geldigheid binnen het onderzoek'. Mocht er op deze manier te weinig teams bereid gevonden worden om mee te doen aan het interview, dan zal de opdrachtgever contact opnemen met teams om het onderwerp van dit onderzoek voor te leggen. Vervolgens zullen de studentonderzoekers contact opnemen met deze contactpersonen van de teams.

De teams werden door de opdrachtgever en contactpersoon benaderd per mail. In deze mail werd uitgelegd wat het onderzoek inhoudt en wat het doel van het interview is. Er werd gevraagd of het team een mogelijkheid zag om mee te doen aan het onderzoek. De voorwaarden om mee te doen aan het interview werden door de studentonderzoekers toegelicht. Op deze manier kon het desbetreffende team de mail rustig lezen en een besluit nemen of zij mee wilden doen aan het onderzoek. Vervolgens hebben de studentonderzoekers per telefoon of mail contact opgenomen met de teams die zijn gemaild, zo werden concrete afspraken gemaakt. De mail die verstuurd werd naar de teams door de opdrachtgever, is te vinden in 'Bijlage 4: E-mail met uitnodiging en informatie'.

3.4 Dataverzameling en -verwerking

Voor de dataverzameling is er gekozen voor semigestructureerde, face-to-face interviews. De gesprekken werden per audio opgenomen. Bij explorerend onderzoek wordt met de literatuur bepaald welke vragen tijdens de interviews gesteld worden. De interviews werden gevoerd aan de hand van een topiclijst die geformuleerd is vanuit de literatuur. De literatuur die hiervoor gebruikt werd, is die van het theoretisch kader. In deze topiclijst staan steekwoorden van onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens het interview (Nieswiadomy et al., 2013). De topiclijst is gevalideerd door experts, zo is expertvaliditeit bereikt. Deze experts waren de opdrachtgever en contactpersoon van BuurtzorgT zijn. De topiclijst is opgenomen in 'Bijlage 5: Topiclijst interviews'.

De topiclijst werd gebruikt als structuur voor het interview, echter is het de onderzoeker toegestaan om tijdens een semigestructureerd interview door te vragen (Nieswiadomy et al., 2013). Hierdoor kon er dieper op relevante onderwerpen worden ingegaan. Omdat er tijdens een kwalitatief interview aandachtig en intensief wordt geluisterd, werd er voor gewaakt dat de topiclijst niet teveel onderwerpen bevatte. Dit zodat de onderzoekers voldoende tijd hadden om alle onderwerpen tijdens het interview uit te diepen (Evers, 2015). De interviews duurden maximaal 45 minuten.

3.5 Data-analyse

De studentonderzoekers wilden de kernpunten van de interviews achterhalen. Daarom is gekozen om samenvatten als analysetechniek te gebruiken (Migchelbrink, 2013). De verzamelde data tijdens interviews werden dezelfde dag verwerkt door de studentonderzoekers. Op dat moment lag het interview nog vers in het geheugen en is er nog weinig vertroebeling opgetreden. Het schrijven van de samenvatting hebben de studentonderzoekers los van elkaar gedaan. Deze samenvatting werd geschreven in de vorm van een 'samenvattend transcript'. Het samenvattend transcript houdt in dat de studentonderzoekers de woorden van de respondent transcriberen die zij relevant achten voor de probleemstelling van het onderzoek. Er is geen volledig transcript van de audio-opnames gemaakt (Evers, 2015). Hierna werden de samenvattingen besproken door de studentonderzoekers, zodat interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gewaarborgd werd. Op deze manier zijn de onderzoekers tot de meest complete en juiste samenvatting gekomen (Migchelbrink, 2013). Deze samenvatting werd vervolgens naar de respondent gestuurd, om eventuele aanpassingen toe te voegen. Op deze manier kon de respondent de samenvatting controleren op inhoud, een zogenaamde member-check (Baarda, 2014).

De gegevens uit de samenvatting werden vervolgens volgens de inductieve werkwijze verwerkt. Dit houdt in dat de studentonderzoekers van te voren geen hypothese ontwikkelen, maar op basis van de data tot een theorie zullen komen. Eerst werd er open gecodeerd. Elk fragment van de uitgewerkte tekst kreeg een label. Door het toekennen van labels, worden inhoudelijke thema's opgespoord. Wanneer de fragmenten open gecodeerd zijn, werden de fragmenten door middel van axiaal coderen met elkaar vergeleken. Zo werden de gecodeerde labels tot hoofd- en subthema's verwerkt (Migchelbrink, 2013; Nieswiadomy et al., 2013).

3.6 Zorgvuldigheidseisen

3.6.1 Geldigheid

Aangezien er een kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd, is er geen sprake van validiteit. Wel is de geldigheid van het onderzoek van groot belang (Baarda, 2014). De geldigheid werd ondervangen door de volgende vier begrippen: geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, verifieerbaarheid en plausibiliteit. In de onderstaande alinea's worden deze begrippen uitgelegd. Hoe de technieken werden gebruikt om de geldigheid te verhogen, is uitgewerkt in 'Bijlage 3: Geldigheid binnen het onderzoek'.

Geloofwaardigheid

Onder de geloofwaardigheid wordt verstaan of de studentonderzoekers een realistisch beeld scheppen van wat er bestudeerd is. De geloofwaardigheid van het onderzoek werd verhoogd door het toepassen van triangulatie, peer debriefing, negatieve casusanalyse, audit trail (het bijhouden van een logboek) en memberchecking.

Verplaatsbaarheid

Met de verplaatsbaarheid kijkt men of de resultaten van dit onderzoek ook toepasbaar zijn in een andere setting. Verplaatsbaarheid werd bereikt door gebruik te maken van een representatieve steekproef. De studentonderzoekers hebben eerder al beschreven hoe zij een representatieve steekproef willen creëren.

Verifieerbaarheid

Een onderzoek is verifieerbaar wanneer aangetoond kan worden of de resultaten zijn gebaseerd op de input van respondenten en niet vanuit de bias van de studentonderzoekers. Om de verifieerbaarheid te verhogen werd gekeken naar de gatekeeper bias en de bias van de studentonderzoekers. Voor de aanvang van het veldonderzoek, hebben de studentonderzoekers hun bias in kaart gebracht en besproken. Elk van de studentonderzoekers heeft een reflectie hierover toegevoegd in het logboek.

Plausibiliteit

De plausibiliteit van een onderzoek heeft betrekking op de consistentie van de bevindingen en resultaten van het onderzoek op de realiteit. Om de plausibiliteit te verhogen, werd er rekening gehouden met het Rosenthal-effect, dat invloed heeft op interviews.

3.6.2 Betrouwbaarheid

“Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval” (Baarda, 2014, p. 90). Doordat dezelfde topiclijst werd gebruikt bij elk interview, werd op dezelfde manier de gegevens verzameld tijdens de verschillende ‘meetmomenten’. Betrouwbaarheid werd in het oog gehouden door beide studentonderzoekers wanneer zij een respondent interviewden, dezelfde topiclijst te gebruiken. Om betrouwbaarheid op een juiste manier te bereiken, hebben de studentonderzoekers vooraf besproken hoe zij de interviews zouden afnemen. De interviews werden afgenomen aan de hand van de topiclijst. Beide onderzoekers hebben om en om een interview afnemen. De samenvatting van deze interviews hebben zij afzonderlijk van elkaar geschreven. Om vervolgens op één juiste samenvatting uit te komen, werden de samenvattingen besproken en eventueel aangepast. Zo werd interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bereikt (Migchelbrink, 2013; Nieswiadomy et al., 2013).

Verantwoording

De onderzoekers hebben geluidsopnamen gemaakt tijdens de interviews. Deze bestanden werden vertrouwelijk bewaard op een beveiligde USB-stick. De onderzoekers hebben deze audio bestanden gebruikt om de samenvattingen van de interviews te schrijven. Op de beveiligde USB-stick werden dan ook de eerste samenvattingen van beide onderzoekers, het ruwe bestand en de definitieve samenvatting van de onderzoekers geplaatst. De definitieve versie is de versie die de respondent heeft aangeleverd, na het hebben doorgelezen van de samenvatting. Al deze bestanden werden bewaard tot het einde van het onderzoek (Migchelbrink, 2013).

Nauwkeurigheid

Nauwkeurigheid werd bereikt door na elk interview op dezelfde dag een samenvatting van het interview te schrijven. Ook hebben de studentonderzoekers één interview per dag gepland. Op deze manier hebben de studentonderzoekers de kans op vertroebeling verkleind, waardoor er minder kans is op vertekening (Migchelbrink, 2013).

Zelfcontrole of reflectie

De studentonderzoekers hebben ook na elk interview elkaar feedback gegeven. Ze hebben beiden één reflectie geschreven aan de hand van een feedbacklijst (Evers, 2015). Deze reflecties zijn opgenomen in het audit trail. Ook is de methode van onderzoek en de topiclijst geëvalueerd terwijl het onderzoek liep (Migchelbrink, 2013).

3.7 Ethische verantwoording

Om ethische bezwaren in dit onderzoek te voorkomen, hebben de studentonderzoekers aandacht besteed aan het bereiken van 'informed consent' bij de respondenten. Ook hebben de studentonderzoekers de gedragscode 'praktijkgericht onderzoek met mensen' aandachtig doorgelezen.

Informed consent

Voor aanvang van de interviews hebben de studentonderzoekers en de opdrachtgever de respondent een mail gestuurd met informatie over het onderzoek. Op deze manier kon de respondent een goed geïnformeerde, onderbouwde beslissing maken om mee te werken aan het onderzoek. Deze mail is terug te vinden in 'Bijlage 4: E-mail met uitnodiging en informatie'. De respondenten zijn voor aanvang van het interview geïnformeerd over het feit dat er geluidsopnames worden gemaakt. Mochten respondenten hier bezwaar tegen hebben, dan kon het interview worden afgebroken. Indien een respondent tijdens of na de afname van het interview toch besluit zich terug te trekken, zullen de student onderzoekers dit respecteren. De data van het interview met de respondent zal in dit geval uit de dataverzameling van het onderzoek worden verwijderd.

Toepassing gedragscode

De studentonderzoekers hebben voor de start van het onderzoek de gedragscode 'praktijkgericht onderzoek met mensen' doorgenomen. In het onderzoek wordt hier dan ook rekening mee gehouden. Het ondertekende formulier "Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker" is dan ook te vinden in 'Bijlage 8: Ondertekende formulieren gedragscode' (Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2016).

Hoofdstuk 4: Resultaten

4.1 Onderzoekspopulatie

Door de opdrachtgevers zijn 20 teams in Nijmegen en omgeving benaderd, een van deze teams was het team waar een van de opdrachtgevers werkt. Vier van deze teams hebben aangegeven interesse te hebben in een interview. Eén team gaf aan als back-up te willen fungeren. Telefonisch hebben de studentonderzoekers vervolgens de overige 15 teams benaderd. Naar aanleiding van deze telefoongesprekken zijn nog drie interviews gepland. De teams waarmee geen interview gepland is, hadden geen geschikte casus voor handen of konden vanwege ziekten binnen het team geen interview plannen.

Uiteindelijk zijn er 7 interviews uitgevoerd. Bij drie van de gevoerde interviews, waren twee respondenten aanwezig. Zij werden tegelijk geïnterviewd. Eén interview is geëxcludeerd omdat bij dit interview de psychische diagnose niet bekend was, hierdoor kon niet worden nagegaan of er sprake was van een EPA-cliënt. Vanwege tijdsgebrek is het team wat als reserve fungeerde, niet meer benaderd.

De respondenten zijn allen tussen de 40 en 60 jaar oud en hebben ruime ervaring in het verlenen van zorg in de wijk. De overige karakteristieken van de respondenten zijn weergegeven in de onderstaande tabel.

Respondent	Geslacht	Opleidingsniveau
1	Vrouw	Wijkverpleegkundige niveau 5
2	Vrouw	Wijkverpleegkundige niveau 5
3	Vrouw	Wijkverpleegkundige niveau 5
4a	Vrouw	Wijkverpleegkundige niveau 5
4b	Vrouw	Verpleegkundige niveau 4
5a	Vrouw	Wijkverpleegkundige niveau 5
5b	Vrouw	Wijkzikenverzorgende 3 IG
6a	Vrouw	Wijkzikenverzorgende 3 IG
6b	Vrouw	Wijkverpleegkundige niveau 5
7 (geëxcludeerd)	Vrouw	Wijkzikenverzorgende 3 IG

Tabel 4.1: Karakteristieken respondenten

4.2 Contextbeschrijving

Voordat er met de interviews werd gestart, is er door de studentonderzoekers kennis gemaakt met de respondent. Na de kennismaking werd het doel van het interview en de procedure toegelicht. De manier van interviewen werd uitgelegd, daarbij ook de member-check na het interview en de mogelijkheid om zich te allen tijde terug te trekken. Hierna werd de audio-opname gestart en begon het echte interview.

De respondenten konden zelf aangeven welke locatie zij prettig vonden om het interview te laten plaatsvinden. Vijf van de interviews werden gehouden op het kantoor van het team van de respondent(en). Bij twee van deze interviews waren er andere collega's op het kantoor aanwezig tijdens het interview, waardoor deze collega's mee konden luisteren tijdens het interview. Eén interview werd gevoerd in een openbare ruimte, daar het kantoor van het team op dat moment verbouwd werd. Eén interview werd bij een respondent thuis gevoerd. Alle respondenten leken het tijdens het interview leuk te vinden om over hun casus te vertellen. Ze vertelden enthousiast en de studentonderzoekers hoefden weinig vragen te stellen tijdens de interviews om het gesprek op gang te houden. Na de interviews is nog even nagepraat met de respondenten.

4.3 Karakteristieken van de cliënt

Tijdens de interviews hebben de respondenten zelf een casus uit hun praktijk in gebracht. De kenmerken van de cliënten uit de door de respondenten ingebrachte casussen staan beschreven in de onderstaande tabel.

Cliënt	Leeftijd	Geslacht	Diagnose	EPA	In zorg?
1	30-40	Vrouw	Borderline	Ja	Nee, zorg beëindigd
2	60-70	Vrouw	Borderline	Ja	Nee, opgenomen
3	70-80	Vrouw	Spanningsbeelden	Ja	Ja
4	60-70	Vrouw	Bipolair	Ja	Nee, zorg beëindigd
5	60-70	Vrouw	Bipolair	Ja	Nee, overleden
6	40-50	Vrouw	Conversie	Ja	Ja
7 (geëxcludeerd)	60-70	Vrouw	Onbekend	Onbekend	Ja

Tabel 4.2: Karakteristieken van cliënt

Bij alle cliënten was sprake van een psychiatrische stoornis die een langdurig beloop had en hun maatschappelijk en sociaal functioneren in ernstige mate beperkten. Bij een deel van de cliënten waren hulpverleners uit de GGZ betrokken. Echter was daar bij het andere deel van de cliënten geen sprake van, hetzij omdat de cliënt deze hulpverleners zelf buiten de deur hielden, hetzij dat de GGZ geen hulp kon bieden vanwege een cliënten-stop. Alle besproken cliënten zijn vrouwen. De diagnose Borderline en Bipolair komen het meeste voor.

4.4 Beschrijving van de resultaten

Om de data voor de resultaten te verzamelen, zijn de interviews met de respondenten samenvattend getranscribeerd. Hierna is inductief gecodeerd, waaruit axiale codes zijn gevonden. Omdat er onvoldoende data verzameld is om selectief te coderen, is er gebruik gemaakt van sub- en hoofdthema's aan de hand van de axiale codes. Deze sub- en hoofdthema's waren niet bekend voor aanvang van de dataverzameling en zijn pas bij de data-analyse duidelijk geworden. De data zijn beschreven aan de hand van de thema's. De sub- en hoofdthema's zijn terug te vinden in de volgende tabel.

Hoofdthema	Subthema
Opstart zorg	
	Eerdere ervaring psychiatrie
	Verkregen informatie
	Signalen EPA
Gedrag van cliënt	
	'Moeilijk' gedrag
	'Makkelijk' gedrag
Ervaring zorgverlener	
	Gevoelens van zorgverlener
	Gevolgen voor zorgverlening
Samenwerking	
	Samenwerking binnen het team
	Samenwerking mantelzorg
	Samenwerking huisarts
	Samenwerking GGZ
Verpleegkundige zorg	
	De EPA-cliënt
	Meerwaarde wijkverpleging
	Verbeterpunten

Tabel 4.3: Hoofd- en subthema's

4.4.1 Opstart zorg

De respondenten geven verschillende maten van **eerdere ervaringen** met EPA-cliënten aan. Eén respondent heeft al meer ervaring met de zorg voor EPA-cliënten, aangezien zij de B-opleiding heeft gevolgd. Andere respondenten hebben al eerder een casus meegemaakt waar sprake was van EPA of psychische problematiek. Enkele respondenten geven aan dat zij geen eerdere ervaring hadden met de zorg voor EPA-cliënten of cliënten met psychische problematiek.

Een deel van de respondenten geeft aan dat zij voor aanvang van de zorg **geen informatie** hadden gekregen over de cliënt. Zij wisten op dat moment niet of zij te maken hadden met een EPA-cliënt. Bij drie andere respondenten was voor aanvang van de zorg bekend dat zij te maken hadden met een EPA-cliënt. Zij hadden vooraf informatie gekregen van de huisarts of het ziekenhuis. Door deze informatie hadden zij zich al wat kunnen voorbereiden op het zorg leveren aan de cliënt. Dit werd gedaan door het bijwonen van een multidisciplinair overleg (MDO), of door de stoornis van te voren te googelen.

Bij de drie respondenten die geen informatie hadden gekregen over de psychische problematiek van de cliënt, merkten zij allen wel op dat er 'iets' speelde bij de cliënt. Allen geven zij echter aan dat het lastig was om de vinger er precies op te leggen. Dit betekende dat respondenten soms lang rondliepen met hun **twijfel**. Deze twijfel was volgens de respondenten de reden dat zij contact opnamen met de huisarts, waarna de EPA-diagnose op tafel kwam. Wanneer de diagnose van de cliënt bekend was, maakte dit het gemakkelijker voor de respondenten om met de cliënt om te gaan. Zij konden dan gerichte interventies en instrumenten inzetten, zoals de psychiatrische diagnose opnemen in het zorgplan. Ook konden respondenten met hun team duidelijke afspraken maken hoe zij de zorg voor de cliënt als team gingen oppakken.

4.4.2 Gedrag van cliënt

De respondenten kwamen bij de cliënten uiteenlopend gedrag tegen dat zij als 'moeilijk' beschreven. De cliënten konden veel **aandacht vragen**, en zich **te afhankelijk opstellen**. De meeste cliënten vertoonden ook **slechte zelfzorg** en gedroegen zij zich vaak **zorg mijndend**. Meerdere cliënten hadden de neiging om de zorg **af te zeggen of te stoppen**. Verder hadden sommige cliënten de neiging om te **splitten**, of te **claimen**. Ander gedrag dat de respondenten als 'moeilijk' ervoeren was **manipuleren, automutilatie, slecht ziekte-inzicht** en het **controle willen houden over de samenwerking tussen de betrokken disciplines**. Voor een compleet overzicht van 'moeilijk' gedrag per casus, zie 'Bijlage 7: Overzicht 'moeilijk' gedrag van cliënten'.

Zoals eerder genoemd, kwam **slechte zelfzorg** in verschillende casussen naar voren. Zo kwamen respondenten alcoholmisbruik tegen, inactiviteit, obesitas, roken en rommelden cliënten met medicatie. Sommige van de cliënten verwaarloosden zichzelf en hun leefomgeving. Zo vertelt een respondent:

"Zij is in huis... Nou, ik zal zeggen hoe ik haar aantrof. Zij lag op een lage bank, een vuil huis, allemaal kooien met katten, stonk ook allemaal, vogels die daar allemaal kwetteren en dat huis helemaal vol spullen. Stapels papier, stapels vol, keuken waar je geen fornuis meer ziet, alleen maar spullen. Die mevrouw lag dus op de bank, kon niet lopen. En die bank was helemaal beplaat en bepoept. En daar lag ze dus op."

[RB.1]

Ander gedrag waar meerdere respondenten moeite mee hadden, was het **claimen** door cliënten. Volgens de respondenten kan dit claimgedrag zich uiten in het hebben van een sterke voorkeur voor bepaalde verpleegkundigen, of het claimen en afhankelijk worden van het team. Ook hadden sommige cliënten de neiging om de teams te **splitten**. Collega's werden door de cliënt zwart gemaakt tegenover andere collega's. Zo probeerde de cliënt de collega's tegen elkaar uit te spelen. Zo zegt een respondent bijvoorbeeld:

"En het was ook wel dat we als team zijnde, niks zeggen over elkaar, als ze wat zegt over je, niet op ingaan, laat maar praten en niks van aantrekken. Want in je gezicht deed ze heel lief en als je weg was dan werd je de nek omgedraaid, bij wijze van.."

[REa.1]

De respondenten noemen ook gedrag wat de cliënt voor hen ‘makkelijker’ maakt. Zo vinden de respondenten het prettig wanneer de cliënt een zekere mate van **ziekte-inzicht** heeft, uit zichzelf hulp vraagt en eventueel gebruik maakt van een signaleringsplan. Ook wanneer de cliënt **interesse toont** in de verpleegkundigen, of **aardig** is, vinden zij het leuker om de cliënt te verzorgen.

“En toch was ze ook heel lief hoor. Als het dan feestdagen waren of haar verjaardag, als je haar dan feliciteerde, dan werd je helemaal omhelsd. “Och, lieffie!” Ja, dat had ze dan ook wel weer en daar doe je het ook voor, toch? Dat helpt ook wel om het leuk te houden.”

[REa.3]

4.4.3 Ervaring zorgverlener

Het eerder genoemde gedrag van de cliënten, riep verschillende **gevoelens** op bij de respondenten. Sommige van deze gevoelens belemmerden de respondenten tijdens de zorgverlening, andere van deze gevoelens zagen de respondenten juist als steunend.

Onder de steunende gevoelens vallen gevoelens als **acceptatie**, zowel van het gedrag van de cliënt als het ziektebeeld van de cliënt. Ook **nuchterheid** en **relativeringsvermogen** helpen de respondenten om de zorg goed uit te kunnen voeren. Respondenten beschrijven de EPA-clieñten ook als ‘weer eens wat anders’ of **uitdagend**.

Gevoelens die de zorgverlening voor de respondenten lastiger maakten, waren gevoelens als **irritatie** en **frustratie**. Het manipuleren door de cliënt zorgde bij sommige verpleegkundigen voor **wantrouwen** jegens de cliënt. Sommige respondenten beschreven de zorg voor de EPA-clieñt als **uitputtend**. Ook maakten zij zich **zorgen** over eventuele huisgenoten of huisdieren.

Meerdere respondenten beschrijven gevoelens van **uitputting**. Zo ervaren sommige respondenten dat cliënten zwaar tillen aan de dingen die de verpleegkundige zegt en dat één foute uitspraak het hele zorgmoment kan beïnvloeden. Hierdoor hebben verpleegkundigen het gevoel op hun tenen te moeten lopen. Ook vertelt een respondent dat zij moeite heeft met de afhankelijkheid en passiviteit van de cliënt. Lichamelijk zou de cliënte het grootste gedeelte van de zorg zelf uit moeten kunnen voeren, maar door haar geestelijke problemen en rituelen duurt het zorgmoment toch langer dan bij een ‘standaard’ cliënt.

“Het vreet gewoon aan je. Ja, ik had toen nog een groot contract, dus je komt vijf dagen in de week bij dezelfde persoon en vijf dagen compleet hetzelfde ritueel, dat je op een gegeven moment denkt van oké.. Ik heb ook af en toe wanneer zij bezig was in de douche, dat ik dan naar beneden liep om iets te pakken. Ik wist toch, ze blijft aan het wrijven.”

[RDa.9]

De **irritatie** die sommige respondenten voelen, kan verschillende oorzaken hebben. Respondenten kunnen zich ergeren aan de afhankelijke, of juist zorg mijdende opstelling van de cliënt. Zo vertelt een respondent over de casus van haar cliënt. Volgens de respondent is haar cliënt stervende, voornamelijk omdat zij haar psychische ziekte niet laat behandelen. De cliënte is voor de zorg volledig afhankelijk van de verpleegkundigen en mantelzorg. Wanneer de verpleegkundigen vertrokken zijn, is de cliënte echter nog wel in staat om zichzelf te redden en te roken. Dit frustreert de respondenten:

“Het is zo gek je laat iemand achter, die je dan compleet verzorgt. Van onze leeftijd ook, in de veertig. En dan gaan we weg en toch redt ze zichzelf dan op de één of andere manier. Dus dat is heel vreemd. Je zou toch willen gillen van ‘Doe het nou toch ‘ns!’.”

[RFab.2]

Vrijwel alle respondenten stellen dat zij merkten dat de cliënten andere **normen en waarden** hanteerden dan zichzelf. Deze hebben betrekking op de **leefstijl en leefomgeving** van de cliënt. De respondenten vinden het belangrijk om deze te accepteren, maar geven aan hier wel moeite mee te hebben. Zeker wanneer er afhankelijke partijen in het spel zijn, zoals kinderen of huisdieren, vinden de respondenten het lastig om de normen en waarden van de cliënt met betrekking tot opvoeding of verzorging te accepteren. Waar sommige respondenten ook moeite mee hebben is, is dat zij het gevoel hebben dat de EPA-client **wel kan, maar niet wil**. Dit in tegenstelling tot een somatische cliënt, die **wel wil, maar niet kan**. Respondenten vinden het lastig om in te schatten hoe de EPA-client denkt en wat zij wel of niet van de cliënt kunnen of mogen verwachten.

“Je moet ook accepteren wat iemand kiest van z’n leven te maken. Maar dat is wel moeilijk als ze zegt, ja ik wil nog niet dood. En je denkt, maar ja, je hoeft ook niet dood. Je hoeft helemaal niet.. Dat is natuurlijk het verschil ook. We komen ook bij terminale kankerpatiënten en ALS-patiënten en die willen niet dood en die gaan wél dood. Dus dat is ook best wel dubbel allemaal.”

[RFab.9]

De gevoelens van de respondenten en het gedrag van de cliënt, zijn van invloed op de manier waarop de **zorgverlening** verloopt. Alle respondenten gaven aan het zeer belangrijk te vinden om duidelijke **grenzen te stellen** tijdens de zorg. Wel vinden respondenten het belangrijk om zich te focussen op een **vertrouwensrelatie** tussen de verpleegkundige en de cliënt, zodat de cliënt de zorg niet gaat mijden. Dit wordt gedaan door de cliënt op een positieve manier te benaderen, en de cliënt te respecteren in haar wensen en zorgvraag. De respondenten geven aan hun handelen te baseren op eerdere ervaringen en eventueel op gevolgde scholing.

Het respecteren van de wensen van de cliënt kan echter lastig zijn. Een respondent vertelt dat haar cliënt graag de **regie** wilde houden over de samenwerking tussen de verschillende betrokken hulpverleners en mantelzorgers. De respondenten vinden het belangrijk dat de controle over de zorg bij de cliënt blijft. Echter blokkeerde de cliënt wel het overleg tussen GGZ instanties en de verpleegkundigen. Andere respondenten hadden ook moeite met het geven van regie aan de cliënt. Doordat zij het lastig vonden om in te schatten hoe zij de afhankelijke cliënt het beste weer **zelfredzaam** konden krijgen en waar hun verantwoordelijkheden binnen deze zorgvraag lagen. Op een gegeven moment kozen ze ervoor om de zorg ook niet ‘leuk’ te maken, zodat de cliënt er uiteindelijk zelf voor zou kiezen om uit zorg te gaan.

“Maar we moeten ook maken dat het feit dat wij jou verzorgen, niet leuk is. Die zorg is noodzaak. Maar niet voor dat het gezellig is dat wij drie kwartier op die badkamer zijn. Dus vandaar dat ik haar toen bewust pas om 10 uur/half elf heb gezet. Dat was een bewuste keuze. Zo van: ook al hadden we op een gegeven moment eerder plek. Want op die plek kreeg ik haar er uit, om half negen dan is het gewoon leuk. Want de zuster komt iedere dag, wat dat betreft leunde ze als een klein kind aan je.”

[REb.4]

4.4.4 Samenwerking

Tijdens de interviews is de **samenwerking binnen het team** omtrent de casus besproken. Alle teams ervaren de samenwerking binnen het team als **goed**. Ze vinden het fijn dat ze een klein team hebben, waar ze op terug kunnen vallen. De respondenten vinden het allen belangrijk dat eventuele frustraties of problemen bespreekbaar worden gemaakt. Wel gaf een respondent aan dat zij het in eerste instantie lastig vond om haar twijfels en zorgen over haar cliënt bespreekbaar te maken. Ze was bang dat ze alleen stond met haar twijfels en daardoor niet gesteund zou worden door haar collega's. Nadat ze haar gevoelens had geuit, bleken collega's deze echter te delen. Hierdoor zou ze bij een volgende casus haar gevoelens eerder willen **ventileren**.

De cliënten worden voornamelijk besproken tijdens het teamoverleg, of onderling tussen collega's. De respondenten beschrijven het team vooral als hecht en fijn. Samen **grapjes** kunnen maken over de 'moeilijke' cliënt, of bij elkaar frustratie kunnen **spuien**, zorgden ervoor dat de respondenten de zorg dragelijker vonden. Wanneer een collega zich hier niet prettig bij voelt, zijn de respondenten van mening dat ze dit samen goed kunnen oplossen.

"Ook met overleg, dat hebben we een keer in de week en dat wordt soms ook wel een soort uitlaatklep voor de collega's wanneer ze ergens tegenaan lopen. Dat komt dan wel eens ter sprake. Maar goed, dan kun je dus even spuien. Of op dat moment wanneer je er bent. En het zit je tot hier, dan kun je altijd een collega bellen, ja zo werken wij. Als je je even wil uiten, dan kan dat."

[REa.3]

Om de samenwerking binnen het team te bevorderen, vonden de respondenten het belangrijk om **één lijn te trekken** bij de cliënt. De respondenten deden dit door onderling **duidelijke afspraken** te maken, of een concreet, uitgebreid **behandelplan** op te stellen. Sommige respondenten hebben ervoor gekozen om slechts een **beperkt aantal collega's** naar de cliënt te sturen om het makkelijker te maken om samen één blok te vormen. De respondenten ervoeren deze interventies als zeer nuttig. De respondenten waren tevreden over hoe hun team deze afspraken hadden opgepakt.

"En het was ook wel dat we als team zijnde, niks zeggen over elkaar, als ze wat zegt over je, niet op ingaan, laat maar praten en niks van aantrekken. (...) Maar het is wel heel belangrijk om als team, als één blok een antwoord te geven en verder niet op ingaan van wat ze over een ander zegt. Want daar was ze heel gevoelig voor."

[REa.1]

Respondenten geven ook aan dat er verschillende **scholingen** mogelijk zijn vanuit Buurtzorg. Zij mogen zich hiervoor laten scholen. In verschillende teams is een GGZ-professional langs geweest om uitleg te geven over een bepaalde stoornis. De respondenten benoemen dat het dankzij de scholingen makkelijker was om grenzen bij de cliënt aan te geven, de juiste benaderingswijze te kiezen en om het ziektebeeld beter te begrijpen. Sommige respondenten gaven echter aan geen behoefte te hebben aan scholing. Dit omdat zij het gevoel hebben de EPA-doelgroep niet vaak tegen te komen en doordat zij een gebrek aan interesse hebben in de doelgroep.

In de zorg voor EPA-clienten werken de verpleegkundigen met meerdere disciplines samen. Voornamelijk de samenwerking met de **huisarts**, de **mantelzorg** en de betrokken **GGZ-disciplines** waren belangrijke partners in de zorg voor de EPA-client.

De meeste cliënten die werden ingebracht door de respondenten, ontvingen **mantelzorg**. Door hun ziekte hadden zij vaak een klein netwerk, maar wel één zeer betrokken mantelzorger. De respondenten waren van mening dat deze mantelzorg zeer belangrijk was om de cliënten thuis te kunnen laten wonen.

“De vriend van mevrouw had echt ondersteuning nodig. Als die uit zou vallen, is haar toegang naar de maatschappij verstoord. Ze is niet zelfstandig, maar ze leeft binnen deze maatschappij, binnen haar normering. En zo lang dat in het huis gebeurt, kan ze natuurlijk heel veel zelf dingen doen.”

[RB.4]

Echter maakten de respondenten zich vaak zorgen over **overbelasting** van de mantelzorger. Deze respondenten zagen het dan ook als hun taak om de mantelzorg te ontlasten. Andere respondenten wilden de **mantelzorg** juist optimaal inzetten, naar de visie van Buurtzorg, maar ook uit eigen belang. Zo kon het team een beetje ontlast worden.

De samenwerking met de **huisarts** omschreven de meeste respondenten als goed. De respondenten hebben de ervaring dat de huisarts bereikbaar en betrokken is. De respondenten ervaren de lijntjes tussen de huisarts en het team als kort. Ze overleggen met de huisarts over de zorg voor de EPA-cliënt, of vragen advies. De huisarts neemt een coachende rol aan. Meerdere respondenten beschouwen zichzelf en de huisarts als de enige **constante factor** binnen de zorg voor de EPA-cliënt.

De ervaringen van de respondenten over de samenwerking met **GGZ-disciplines** liepen uiteen. Een respondent was blij met een signaleringsplan, dat de cliënt in samenwerking met de GGZ heeft opgesteld. Dit signaleringsplan werd verwerkt in het behandelplan van de cliënt. Hierdoor konden zij de geestelijke gesteldheid van de cliënt beter monitoren. Respondenten zijn blij met de scholingen en informatie die ze via deze instellingen konden krijgen. Een deel van de respondenten ziet hier ook een goede kans voor **BuurtzorgT**, als een organisatie waar zij laagdrempelig vragen zouden kunnen stellen of scholing van zouden kunnen krijgen. Enkele respondenten zijn niet op de hoogte van het bestaan van BuurtzorgT team. Andere respondenten geven aan dat er in Nijmegen geen BuurtzorgT team is. Hierdoor is BuurtzorgT lastig te benaderen voor hen.

Lastig voor sommige respondenten was het feit dat cliënten **regelmatig wisselden** van GGZ-hulpverleners. In een andere casus werd de GGZ juist compleet **buiten de deur** gehouden. Andere respondenten zien zelf **geen meerwaarde** in een samenwerking met de betrokken GGZ-disciplines. Zij willen zich focussen op de somatische zorg en niet teveel in het netwerk van de cliënt betrokken worden. Eén cliënt is zeer negatief over de samenwerking met de GGZ binnen haar casus, die kantooruren werken en zich volgens haar meer focussen op diagnostiek en behandeling en minder op de ondersteuning van cliënten. Ook weigerde de GGZ haar cliënt nazorg na een gedwongen opname:

“De GGZ, daar viel zij uiteindelijk onder, die hadden ook nazorg moeten leveren. Toen die machtiging over was en zij naar huis ging.. Die hadden een opname stop. Dus die zijn gewoon al die tijd niet geweest. Maar goed, opnamestop. Dus die komen dan gewoon niet. Dit is ook Nederland...”

[RB.4]

Eén respondent geeft aan dat ze wat meer zou willen **samenwerken met de GGZ**, door de cliënt bijvoorbeeld met haar psychiater te kunnen bespreken. Echter weet ze niet precies wat de meerwaarde hiervan precies zou kunnen zijn. Andere respondenten zouden bij een volgende, soortgelijke casus, voor de aanvang van zorg willen spreken met de behandelaar van de cliënt. Ze hopen zo een **concreet zorgplan** met een duidelijk **doel** voor de cliënt te kunnen opstellen.

4.4.5 Verpleegkundige zorg

Meerdere respondenten gaven aan dat zij het gevoel hadden meer cliënten met psychische problematiek in zorg te krijgen. Een deel van de respondenten gaf aan meerdere EPA-clianten of cliënten met andere psychische problematiek in zorg te hebben. Ook hadden deze respondenten het gevoel dat er sprake was van een **toename** van deze cliëntengroep in hun wijk. De respondenten hadden het vermoeden dat dit kwam doordat er meer verantwoordelijkheden naar de eerstelijnszorg zijn gegaan. Instellingen nemen minder cliënten op en dan kunnen *“de wijkverpleegkundigen hoog of laag springen, die cliënten komen toch wel”* [RB.6]. Niet alle respondenten delen deze mening. Sommigen zijn van mening dat zij de EPA-cliant niet zo vaak terug zien in de wijk. Dezelfde respondent geeft ook toe dat zij niet zou staan te juichen als er een toename van psychiatrische cliënten in hun wijk zou plaatsvinden.

Respondenten vertellen verschillende dingen over wat zij als de **meerwaarde van de wijkverpleging** zien binnen de zorg voor de EPA-doelgroep. De ene respondent geeft aan niet teveel in het netwerk van de cliënt op te willen gaan en zich uitsluitend te focussen op de **somatische zorg en het zelfredzaam worden** van de cliënt. De psychische begeleiding die de cliënt nodig heeft, zien zij als een taak van de GGZ. Ook willen enkele respondenten graag **oplossingsgericht werken**. Zij vinden het moeilijk om te zien dat de cliënt zich overgeeft aan haar psychische problematiek. Hierdoor hebben de respondenten het gevoel dat zij meer willen doen dan zij kunnen doen. Een andere respondent geeft aan dat zij het gevoel heeft dat collega's soms **teveel willen** bij de EPA-cliant. Deze collega's zouden de situatie van de cliënt willen stabiliseren of de aandoening van de cliënt willen genezen. Volgens de respondent is dit niet mogelijk, soms is een cliënt “gewoon defect”. Volgens de respondent zou dit ook de frustratie van verpleegkundigen bij de EPA-cliant kunnen verklaren. De respondent ziet dat verpleegkundigen gefrustreerd raken door het gebrek aan vooruitgang van de cliënt, hiervoor leggen zij de schuld bij de cliënt. Deze negatieve gevoelens zorgen ervoor dat zij liever soortgelijke casussen niet meer aannemen:

“Ik vind het een gemis, ik vind het schandalig dat is mijn waarde, schandalig. Ik vind het echt heel erg discriminerend wat verpleegkundigen doen. Vind ik. Er is niet menselijker dan dat, maar ik dat vind ik het.”

[RB.7-8]

Alle respondenten zijn wel **tevreden over hoe hun team** de ingebrachte casus hebben opgepakt. De respondenten ervaren het als prettig dat zij in een **klein team** werken, waar zaken vaak **goed bespreekbaar** zijn. Een respondent noemt dat ze als teams **goede roosters** maakten en de lastige cliënten probeerden te verdelen, om collega's zo min mogelijk te belasten. Zij stelden hierdoor een laag ziekteverzuim te hebben binnen hun team. Geen van de respondenten draagt verbeterpunten aan voor hun team. Eén van de respondenten beschreef haar team zelfs als een familie.

“Een Amerikaanse wetenschapper, die vond ons team was net als een familie. Zussen, hé? Ja, dat vond ik gewoon het grootste compliment. Dan ben je ook gewoon sterk samen. Inderdaad ook leuke dingen samen doen. Dan kun je echt veel aan.”

[RFb.10]

Om de zorg voor EPA-cliënten te verbeteren, zijn de respondenten gevraagd naar **verbeterpunten**. Voor **Buurtzorg** geven de respondenten verschillende verbeterpunten aan om de wijkverpleegkundigen beter te ondersteunen in de zorg en omgang met EPA-cliënten. De respondenten denken dat **aanvullende scholing** belangrijk is, maar hebben wel het idee dat Buurtzorg haar teams al voldoende ruimte geeft om deze scholing zelf te regelen. Sommige respondenten zien ook kansen voor **BuurtzorgT**. BuurtzorgT zou kunnen worden ingezet om met wijkverpleegkundigen mee te kijken in lastige situaties en aanvullende informatie te leveren. De respondent geeft aan dat er nu geen BuurtzorgT team bestaat, maar dat dit team er wel gaat komen. Andere respondenten denken dat de verantwoordelijkheid voor de verbetering van de zorg niet bij Buurtzorg ligt, maar bij de verpleegkundigen zelf. Verpleegkundigen zouden zelf moeten kijken hoe zij over **persoonlijke blokkades** die zij voelen bij deze doelgroep, heen kunnen stappen. Volgens de respondent ligt het probleem niet bij de onbekwaamheid van de verpleegkundigen, maar het **gevoel van onbekwaamheid** van sommige verpleegkundigen. Een andere respondent voelt zich ook zelf verantwoordelijk voor haar eigen ontwikkeling als professional. Zij vindt de **vrijheid** die zij van Buurtzorg krijgt juist prettig. De respondent zou geen verplichtingen opgelegd willen krijgen vanuit Buurtzorg.

Hoofdstuk 5: Discussie

5.1 Resultaten en literatuur

Binnen het onderzoek is de volgende hoofdvraag gehanteerd: *“Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor wijkverpleegkundigen van Buurtzorg om zorg te verlenen aan EPA-cliënten met een somatische zorgvraag?”* Uit de resultaten van het onderzoek kwamen verschillende factoren naar voren die de zorgverlening aan EPA-cliënten met een somatische zorgvraag beïnvloeden. Zo speelt het gedrag van de cliënt een rol, maar ook de gevoelens van de verpleegkundigen. Ook het team en de overige betrokken disciplines zijn beïnvloedende factoren binnen de zorgverlening aan EPA-cliënten.

Eerder is beschreven dat het gedrag van de cliënt een sterke invloed heeft op de zorgverlening van de wijkverpleegkundigen. Doordat EPA-cliënten ‘moeilijk’ gedrag vertonen, zouden zij het risico lopen om gezien te worden als ‘moeilijke’ cliënten door de wijkverpleegkundigen. Koekkoek et al. (2010b) hebben 3 patiëntgroepen beschreven die een vergroot risico hebben om gezien te worden als ‘moeilijk’. In de casussen die de respondenten aandroegen, was voornamelijk sprake van cliënten die moeilijk waren in de omgang. De cliënten waren zorg mijdend of juist aandacht vragend. Wanneer de respondenten hun cliënt als ‘moeilijk’ ervoeren, hadden sommige respondenten de neiging om zich terug te trekken uit de zorg. Andere respondenten vonden het juist in eerste instantie moeilijk om grenzen te stellen bij de cliënt.

Vrijwel alle respondenten noemden dat ze hun eigen normen en waarden moesten loslaten tijdens de zorg voor de EPA-cliënten. De sick-role zou hiervoor een verklaring kunnen zijn. De respondenten hebben het gevoel dat de EPA-cliënt niet beter wil worden in plaats van niet kán worden. Dit kan komen doordat EPA-cliënten vaak voldoen aan de sick-role. Door hun aandoening zijn zij niet in staat om zich proactief op te stellen binnen de zorg. Deze passiviteit wordt door hulpverleners dan opgevat als een gebrek aan motivatie om beter te worden. Hierdoor ziet de hulpverlener de EPA-cliënt niet ziek, maar enkel als onwillig (Koekkoek et al., 2010b). De respondenten vinden het doordat zij de cliënt als onwillig zien, lastiger om geduldig te blijven tijdens de zorg en het gedrag van de cliënt te accepteren. Hierdoor voelen zij zelf ook toenemende frustratie.

Wat ook opvalt, is dat de respondenten er een verschillende visie op de zorg voor de EPA-cliënten op na houden. De ene respondent wil betrokken zijn in het zorgnetwerk van de EPA-cliënt, de andere niet. De respondenten geven aan het ook lastig te vinden om het doel van hun zorg voor de EPA-cliënt in oog te houden. Dit kan komen omdat er ook geen taken beschreven zijn die de wijkverpleegkundige heeft ten opzichte van EPA-cliënten. Ook benodigde competenties hiervoor zijn niet beschreven. Volgens het competentieprofiel ‘Wijkverpleegkundige’ (V&VN, 2012), moet een wijkverpleegkundige proberen om cliënten zoveel mogelijk zelfredzaam te laten zijn. Bij EPA-cliënten vinden de respondenten dit lastig. Doordat de EPA-cliënt een slecht ziekte-inzicht kan hebben, hebben de respondenten het gevoel dat de cliënt niet altijd de beste keuzes voor zichzelf maakt. Hierdoor wordt het voor de wijkverpleegkundigen lastig om in te schatten waar zij de regie over de zorg bij de cliënt kunnen laten en waar zij de regie zelf zullen moeten nemen.

De respondenten gaven allen duidelijk aan dat zij de samenwerking binnen hun team als zeer steunend hadden ervaren. In overeenkomst met de visie van Buurtzorg bestonden alle teams uit een kleine groep medewerkers die intensief samenwerkten (Buurtzorg, z.d.). Dit zorgde ervoor dat zij goed met elkaar konden overleggen en samen één lijn konden trekken bij de cliënt. Dit is in tegenstelling tot het commentaar van A. Abbink (persoonlijke communicatie, 26 oktober 2016). Zij stelde dat er problemen binnen teams konden ontstaan wanneer de verzorgenden en verpleegkundigen worden geconfronteerd met ‘moeilijk’ gedrag. De respondenten gaven aan dat zij in staat waren om als team één lijn te trekken en open te communiceren. Het zou kunnen zijn dat de respondenten hun team niet in een kwaad daglicht wilde zetten tijdens de interviews en sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat vooral stabiele teams die makkelijk tijd konden maken voor een interview hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Het is mogelijk dat deze teams daadwerkelijk minder problemen op teamniveau hebben beleefd.

5.2 Geldigheid van het onderzoek

Tijdens dit onderzoek is er gekeken naar een probleem wat vanuit de praktijk is aangekaart, waardoor relevantie van dit onderzoek verzekerd is. De studentonderzoekers hebben gemerkt dat het onderwerp sterk leeft onder de respondenten. Wijkverpleegkundigen en –verzorgenden waren enthousiast om mee te doen aan dit onderzoek en wilden veel vertellen. Hierdoor konden de studentonderzoekers een vertrouwensband vormen met de respondenten.

Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van een getrapte steekproef binnen de populatie. De steekproef bestond uit negen vrouwelijke respondenten, uit 6 verschillende teams. Alle respondenten werkten al meerdere jaren bij Buurtzorg. De studentonderzoekers hebben gepoogd om respondenten met een verschillende achtergrond te includeren, om zo de vraagstelling vanuit een breder perspectief te benaderen. Het grootste gedeelte van de respondenten was werkzaam als wijkverpleegkundige niveau 5. Eén respondent werkt als verpleegkundige niveau 4 en 2 respondenten werken als wijkzikenverzorgende 3IG.

Door de ongelijke verdeling kan dit een vertekend beeld geven van de werkelijkheid omdat er meer wijkverpleegkundigen niveau 5 geïnterviewd zijn dan van niveau 4 en 3 IG. Een verklaring voor de ongelijke verdeling in niveaus kan zijn dat er tijdens het werven van respondenten is gevraagd naar iemand die overzicht heeft binnen het team. Ook is het mogelijk dat het onderzoek is opgestart vanuit de opleiding HBO-V, dit kan niveau 5 wijkverpleegkundigen eerder aanspreken om aan dit onderzoek mee te doen. De representativiteit van de steekproef lijkt, met het oog op de in- en exclusiecriteria van de studentonderzoekers, wel voldoende.

De meningen en verhalen van de respondenten over het onderwerp van het onderzoek liepen uiteen. Tijdens het onderzoek zijn er respondenten gesproken die de zorg voor EPA-cliënten als belastend ervoeren, maar ook zijn er juist respondenten die deze zorg als leuk ervaren. Toch zou het kunnen zijn dat er tijdens het onderzoek sprake is geweest van positieve selectie. Wellicht voelden wijkverpleegkundigen die geen interesse hebben in EPA-cliënten, of die moeite hebben met de doelgroep, zich minder geroepen om mee te doen.

Omdat de respondenten uiteenlopende meningen hadden, was na zeven interviews, waarvan er een geëxcludeerd is, nog geen saturatie bereikt. De studentonderzoekers merkten wel dat tijdens de laatste interviews vaker onderwerpen werden aangedragen die al eerder besproken waren en er minder nieuwe onderwerpen naar voren kwamen. Het zou kunnen zijn dat aanvullende interviews extra informatie hadden opgeleverd. Vanwege tijdsgebrek konden er niet meer interviews gepland worden. Dit tijdsgebrek werd veroorzaakt door een eerder opgelopen vertraging van twee weken, door omstandigheden buiten de controle van de studentonderzoekers. In overleg met de opdrachtgevers is besloten om het bij zes geïnterviewde interviews te laten. Voor volgend zouden tenminste 15 respondenten geïnterviewd kunnen worden. Ook zou dan gebruik kunnen worden gemaakt van een nog sterker homogene groep, door bijvoorbeeld nog aanvullend te filteren op werkervaring, leeftijd of scholingsniveau.

Om relevante informatie te verzamelen, werd tijdens de interviews een topiclijst aangehouden, die is gevalideerd door de opdrachtgevers. Hierdoor konden de studentonderzoekers beoordelen of alle benodigde onderwerpen aan bod waren gekomen tijdens het interview. Wel waren de studentonderzoekers nog onervaren op het gebied van onderzoek en in het houden van interviews. Elke studentonderzoeker heeft drie of vier interviews gevoerd. Dit betekent dat zij niet veel affiniteit hebben kunnen ontwikkelen met het houden van interviews. Wellicht is hierdoor informatie onbesproken gebleven. De studentonderzoekers hebben getracht dit te ondervangen door elkaar de mogelijkheid te geven tijdens de interviews, om aanvullende vragen te stellen. Om zo tot een zo volledig mogelijk interview te komen. De studentonderzoekers hebben ook gevraagd aan respondenten of zij na het interview nog aanvullende vragen per mail te sturen, mocht dit nog nodig zijn.

Een andere beperking van het onderzoek is dat de studentonderzoekers voorafgaand aan het onderzoek nog geen ervaring hadden met het analyseren van interviews. Zij hadden nog geen ervaring in het open en axiaal coderen van interviews. Hiervoor hebben zij zich verdiept in de literatuur en de docentbegeleider geraadpleegd. De eerste twee interviews hebben de studentonderzoekers afzonderlijk van elkaar gecodeerd en daarna besproken om tot een eindoordeel te komen. Echter was het in verband met de tijdsdruk niet mogelijk om dit voor elk interview zo te doen. Er is bij de laatste interviews gekozen om gezamenlijk te coderen. Hierdoor is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verminderd en is het mogelijk dat er codes gemist zijn binnen dit proces.

Verder is er gebruik gemaakt van een inductieve werkwijze. Hierdoor hebben de studentonderzoekers getracht om zo open mogelijk te coderen. Van te voren was het niet bekend naar welke informatie de studentonderzoekers op zoek waren. Hierdoor kan het zijn dat de studentonderzoekers informatie of codes hebben gemist. De studentonderzoekers hebben dit geprobeerd te ondervangen door in eerste instantie de transcripten afzonderlijk te coderen. Hierna hebben zij de gevonden codes samen doorgesproken en zijn de studentonderzoekers zo tot een eindversie gekomen. Hierdoor zijn codes die de ene studentonderzoeker had gemist, door de ander toch nog eruit gefilterd.

5.3 Praktische toepasbaarheid

De resultaten van dit onderzoek schetsen een beeld van de huidige situatie van de Buurtzorgteams in de omgeving Arnhem en Nijmegen. De resultaten zijn relevant voor ziekenverzorgenden en verpleegkundigen om meer inzicht te krijgen in het omgaan met EPA-cliënten in hun wijk. Ook zou het onderzoek interessant kunnen zijn voor regiocoaches of vakgroepen binnen Buurtzorg. Het onderzoek zou hen informatie kunnen geven over hoe hulpverleners binnen Buurtzorg omgaan met EPA-cliënten. Vanwege de doelgroep zou het onderzoek ook interessant kunnen zijn voor medewerkers van BuurtzorgT die willen weten hoe zij hun collega's bij het reguliere Buurtzorg ondersteuning kunnen bieden in het verlenen van zorg aan EPA-cliënten.

Vanwege de zes interviews, is het lastig om aan te geven of dit onderzoek verplaatsbaar is binnen de andere teams van Buurtzorg in Nederland. De problemen van EPA-cliënten zal over het algemeen niet verschillen in Nederland. Echter zal de communicatie van EPA-cliënten en verpleegkundigen waarschijnlijk wel per (stedelijk) gebied verschillen. De hoeveelheid van EPA-cliënten per team en de 'moeilijkheid' van dit gedrag kan echter verschillen. Duidelijk is wel dat de meeste respondenten aangeven meer moeite te hebben met psychiatrische cliënten dan somatische cliënten. Om hier meer onderzoek naar te doen, zou dit onderzoek daarbij als uitgangspunt gebruikt kunnen worden.

Hoofdstuk 6: Conclusie

In dit onderzoek is getracht om de hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden:

Hoofdvraag:	<i>Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor wijkverpleegkundigen van Buurtzorg om zorg te verlenen aan EPA-cliënten met een somatische zorgvraag?</i>
Deelvraag 1:	<i>Hoe ervaren wijkverpleegkundigen de zorgverlening aan EPA-cliënten met een somatische zorgvraag?</i>
Deelvraag 2:	<i>Hoe gaan de wijkverpleegkundigen binnen het team om met de zorg voor EPA-cliënten?</i>
Deelvraag 3:	<i>In hoeverre worden wijkverpleegkundigen geïnformeerd door andere disciplines over de psychiatrische klachten van een EPA-cliënt wanneer deze in zorg komt?</i>
Deelvraag 4:	<i>In hoeverre voelen wijkverpleegkundigen aan dat zij mogelijk te maken hebben met een EPA-cliënt wanneer dit niet van te voren bekend is?</i>

Tabel 6.1: Hoofd- en deelvragen

Wijkverpleegkundigen kunnen moeite hebben met de zorg voor EPA-cliënten. Dit wordt voornamelijk geweten aan het gebrek aan ervaring met deze doelgroep en het niet bestaan van beschreven competenties en taken met betrekking op de zorg. En doordat de EPA-cliënten zelf 'moeilijk' gedrag vertonen en zich niet houden aan de sick-role. Hierdoor is het voor de wijkverpleegkundigen lastiger om begrip te hebben voor de cliënt. Hierdoor kunnen wijkverpleegkundigen de zorg voor EPA-cliënten als vermoeiend en frustrerend ervaren. Wijkverpleegkundigen werken oplossingsgericht tijdens de zorg en proberen de zelfredzaamheid bij hun cliënten te bevorderen. Bij EPA-cliënten ligt dit lastiger. Wijkverpleegkundigen hebben bij deze doelgroep het gevoel dat EPA-cliënten hieraan niet mee willen werken, in plaats van niet kunnen. Aanvullende scholing zou wijkverpleegkundigen kunnen ondersteunen in de zorg voor EPA-cliënten. Terwijl wijkverpleegkundigen zeggen hier zelf achteraan te kunnen gaan, geven sommigen ook toe dat zij geen interesse en affiniteit met deze doelgroep hebben. Hierdoor gaan zij zelf niet actief achter scholing aan.

Het team is erg belangrijk binnen de zorg voor EPA-cliënten. Doordat Buurtzorg gebruik maakt van kleine teams, die samen veel verantwoordelijkheid dragen, lijken de teams in staat te zijn om de zorg voor EPA-cliënten te dragen. Collega's kunnen hun gevoelens bij elkaar delen en elkaar van tips en trucjes voorzien. Het is van groot belang dat de teams samen één lijn kunnen trekken binnen de zorg voor EPA-cliënten. Ze moeten samen afspraken maken over de zorgverlening en zich samen aan deze afspraken houden. Wanneer dit niet gebeurt, lopen teamleden het risico om door de EPA-cliënt gemanipuleerd te worden, of kan het team door splitten tegen elkaar uit worden gespeeld. Hierdoor kunnen teams in het ergste geval ontregeld raken.

De informatie die de wijkverpleegkundigen van te voren over de cliënt krijgen, is verschillend. Wijkverpleegkundigen zijn niet altijd op de hoogte van de psychiatrische diagnose van de EPA-cliënt. Dit zorgt ervoor dat zij tegen gedrag aanlopen dat zij als vreemd beschouwen en hierdoor langzaam steeds meer twijfels ontstaan, die zij niet kunnen duiden. Uiteindelijk zijn deze twijfels voor wijkverpleegkundigen de reden dat zij contact opnemen met de huisarts. Deze kan hun meestal op de hoogte stellen van de diagnose. De wijkverpleegkundigen werken voornamelijk met de huisarts nauw samen. Samenwerking met de GGZ is er minder. GGZ-disciplines worden voornamelijk benaderd voor aanvullende scholing. Overleg over de cliënt zelf, of het samen doelen opstellen voor de cliënt komt weinig voor. Wijkverpleegkundigen zouden de hulp van GGZ-disciplines meer kunnen gebruiken om een concreet zorgplan op te stellen en om in kaart te brengen wat de wijkverpleegkundigen wel of niet van de cliënt kunnen verwachten.

Concluderend kan worden gezegd dat de bevorderende factoren voor wijkverpleegkundigen om zorg te leveren aan EPA-cliënten de volgende zijn: een prettige samenwerking met hun team, waarbij zij in staat zijn duidelijke afspraken te maken en samen één lijn kunnen trekken binnen de zorg voor de EPA-cliënt. De huisarts kan wijkverpleegkundigen in de zorg voor EPA-cliënten ondersteunen door een constante factor te zijn en bereikbaar te zijn voor advies en overleg. Ook aanvullende scholing kan een bevorderende factor zijn binnen de zorg voor EPA-cliënten, wanneer wijkverpleegkundigen bereid zijn om deze te volgen.

De belemmerende factoren voor wijkverpleegkundigen om zorg te verlenen aan EPA-cliënten zijn: het gebrek aan ervaring met de doelgroep en het niet bestaan van duidelijke taken en competenties die de wijkverpleegkundige moeten hebben. Ook de frustratie die wijkverpleegkundigen voelen door het gedrag van de EPA-cliënt en het feit dat de EPA-cliënt zich niet houdt aan de sick-role, maakt het voor wijkverpleegkundigen moeilijk om zorg te verlenen aan EPA-cliënten. Wanneer wijkverpleegkundigen voor aanvang van de zorg niet op de hoogte zijn van de psychiatrische problematiek van de EPA-cliënt, lopen zij een tijd rond met twijfels en onderbuikgevoelens voor zij contact opnemen met de huisarts om zo achter de psychiatrische diagnose te komen. De wijkverpleegkundigen werken ook nog weinig samen met de GGZ, terwijl deze hen wel zou kunnen ondersteunen met het opstellen van een haalbaar, concreet zorgplan en het geven van advies over de zorg voor de cliënt.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen

7.1 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk

7.1.1 Scholing binnen de beroepspraktijk

Door scholing over specifieke diagnoses van cliënten zou het begrip en kennis van de wijkverpleegkundigen voor EPA-cliënten vergroot kunnen worden. Ook zou aanvullende scholing de wijkverpleegkundigen kunnen ondersteunen in het hanteren van de juiste omgangsvormen bij de cliënt. En de wijkverpleegkundigen beter voorbereiden op het tegenkomen van ‘moeilijk’ gedrag bij cliënten en hoe zij hierop kunnen inspelen. Er zijn uiteenlopende scholingen voor wijkverpleegkundigen over EPA-cliënten te volgen. Het is voornamelijk belangrijk om uit te vinden hoe wijkverpleegkundige die hier weinig interesse in hebben, toch geprikkeld kunnen worden om deze te volgen. Dit zou gedaan kunnen worden door modules toch verplicht te maken, of laagdrempelige scholingen aan te bieden, zoals intervisies waarbij ook professionals uit de GGZ betrokken zijn.

7.1.2 Verbeteren van de samenwerking met de GGZ

De samenwerking tussen de GGZ-disciplines en de wijkverpleegkundigen verloopt nog niet optimaal. De wijkverpleegkundigen zijn niet op de hoogte van de meerwaarde van het samenwerken met de GGZ-disciplines. Echter zou de GGZ de wijkverpleegkundigen kunnen adviseren in de zorg voor EPA-cliënten. Samen met de wijkverpleegkundigen zou een GGZ-hulpverlener kunnen kijken welke doelen voor de cliënt wel of niet haalbaar zijn. Ook zouden GGZ-hulpverleners wijkverpleegkundigen kunnen adviseren of coachen wanneer zij tegen specifieke problemen of vragen aanlopen bij de cliënt.

Hiervoor zijn voornamelijk disciplines als de Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) of zorgverleners van BuurtzorgT teams geschikt. Buurtzorg is één van de weinige organisaties die zowel verpleging en verzorging als geestelijke gezondheidshulp aanbiedt. Op dit moment is BuurtzorgT nog te klein, en heeft het te weinig dekkingsgraad, om wijkverpleegkundigen in heel Nederland structureel te ondersteunen in de zorg voor EPA cliënten. Wanneer Buurtzorg meer investeert in BuurtzorgT, zou het mogelijk zijn om wijkverpleegkundigen structureel ondersteuning te bieden binnen de zorg voor EPA-cliënten. Bij elke EPA-cliënt moet dan een hulpverlener van BuurtzorgT aangewezen worden om de reguliere Buurtzorgteams te ondersteunen in de zorg.

7.1.3 EPA-diagnose

Wijkverpleegkundigen kunnen gemakkelijker werken met EPA-cliënten waarbij de psychiatrische diagnose bekend is. Op deze manier kunnen zij inspelen op de diagnose en kunnen zij voor zichzelf handvaten vinden en interventies inzetten bij de cliënten.

Om dit te kunnen doen, is het nodig dat de diagnose van de cliënt bekend is, wanneer de cliënt in zorg komt. Dit kan bereikt worden door een goede communicatie met andere disciplines in te zetten. Waarbij de diagnose van de EPA-cliënt door deze discipline bij aanvang van de zorg gecommuniceerd wordt.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

7.2.1 Beroepsprofiel wijkverpleegkundige

Zoals eerder gesteld is, zijn er geen precieze competenties in de zorg voor EPA-cliënten beschreven in het beroepsprofiel wijkverpleegkundigen van V&VN (2012). Om de wijkverpleegkundigen meer handvaten te geven tijdens het verlenen van zorg aan EPA-cliënten, zouden deze competenties wel moeten worden opgenomen in het beroepsprofiel.

Hiervoor zal een competentie-analyse moeten worden uitgevoerd. Hierbij moet worden gekeken naar de huidige situatie en de gewenste situatie. Aan de hand van deze uitkomsten, kunnen de competenties en taken van wijkverpleegkundigen bij de doelgroep EPA duidelijk omschreven worden. Wanneer deze competenties en taken zijn omschreven, weten wijkverpleegkundigen welke zorg zij moeten verlenen aan EPA-cliënten en kan er binnen de verschillende teams één lijn gehanteerd worden.

7.2.2 Scholing binnen de opleiding HBO-V

Wijkverpleegkundigen hebben moeite met het inleven in de belevingswereld van de EPA-cliënt. Ze begrijpen hierdoor de instelling en het gedrag van de cliënt niet. Door aankomend wijkverpleegkundigen als student bewust te maken van deze doelgroep, zou dit verminderd kunnen worden. De HBO-V zal dus moeten kijken hoe zij hun studenten het beste kunnen voorbereiden op zorg voor de EPA-doelgroep. Belangrijk is dat binnen het onderwijs niet alleen aandacht wordt gegeven aan extreme, onregelde cliënten maar juist ook aan stabiele, lastige EPA-cliënten in de thuissituatie.

Om te beoordelen hoe deze scholing het beste kan worden gegeven, zal aanvullend onderzoek moeten worden uitgevoerd. Hiervoor zal een Delphi-onderzoek zeer geschikt zijn. Hiermee kunnen de meningen van deskundigen worden geïnventariseerd. Aan de hand hiervan kan een nieuw beleid rondom de scholing van de HBO-V ontwikkeld worden. De deskundigen zullen moeten worden gezocht onder leraren van de HBO-V en experts uit het werkveld.

Hoofdstuk 8: Literatuurlijst

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* (tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv

Barker, S., Heaslip, V., & Chelvanayagam, S. (2014). *Addressing older people's mental health needs in the community setting*. Geraadpleegd op 26 oktober 2016, van <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.5.234>

Berg, K., E., M., van de., Dam, A., L., M., van, Feltz-Cornelis, C., M., van der., Graafsma., S., J., Ven, C., M., van de., Rijnders, C., A. (2014). Somatic in the ambulatory psychiatry: the added value of a standard physical examination during the ambulatory intake. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 56 (2014) 5, 299 - 306. Gedownload op 7 oktober 2016, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/477/articles/10283>

Beste Werkgever. (z.d.). *Stichting Buurtzorg*. Geraadpleegd op 27 oktober 2016, van <https://www.beste-werkgevers.nl/beste-werkgevers/2013-plus1000/stichting-buurtzorg-nederland/>

Buurtzorg. (2016a). *Praktische ondersteuning*. Geraadpleegd op 28 september 2016, van <http://www.buurtzorgt.nl/over-ons/het-verblijf/>

Buurtzorg. (2016b). *Thuis in psychiatrische zorg*. Geraadpleegd op 28 september 2016, van <http://www.buurtzorgt.nl/>

Buurtzorg. (z.d.). *Missie/visie Buurtzorg 'het natuurlijk alternatief'*. Visiedocument. Buurtzorgweb: auteur

BuurtzorgT. (2016). *Andere initiatieven van Buurtzorg*. Geraadpleegd op 27 oktober, van <http://www.buurtzorgt.nl/andere-initiatieven-van-buurtzorg/>

Cohen, D. (2015). Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. *Huisarts en wetenschap*, 2015;58(1):16-18. Gedownload op 30 september 2016, van <http://dx.doi.org/10.1007/s12445-015-0011-y>

Delespaul, Ph., Hoof, F. van, Gaag, M. van der, Keet, R., Kroon, H., Mulder, N., . . . Wiersma, D. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438. Gedownload op 30 september 2016, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>

Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (tweede druk). Den Haag: BoomLemma

Hogeschool Arnhem en Nijmegen. (2016). *Gedragscode voor studentonderzoekers bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek*. Gedownload op 28 september 2016, van [https://www1.han.nl/insite/ggm/adviescommissie/content/gedragscode.xml_dir/Gedragscode Onderzoek met mensentotaal april16.pdf](https://www1.han.nl/insite/ggm/adviescommissie/content/gedragscode.xml_dir/Gedragscode_Onderzoek_met_mensentotaal_april16.pdf)

- Health Systems and Policy Monitor. (z.d.). *Health Systems in Transition (HiT) profile of the Netherlands*. Geraadpleegd op 6 oktober 2016, van <http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section#6Thereformoflong-termcarein2015>
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Meijel, B. van, Schene, A. (2010a). *How do patient come to be seen as difficult? A mixed-methods study in community mental health care*. Geraadpleegd op 20 oktober 2016, van <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.036>
- Koekkoek, B., Meijel, B. van, Tiemens, B., Schene, A., Hutschemaekers, G. (2010b). *What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as difficult: patient, professional, treatment and social variables*. Geraadpleegd op 20 oktober 2016, van <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0264-5>
- KPMG & Plexus. (2015). *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg*. Gedownload op 11 oktober 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/01/22/de-toegevoegde-waarde-van-buurtzorg-t-o-v-andere-aanbieders-van-thuiszorg>
- Maurits, E. E. M., Veer, A. J. E. de., & Franke., A. L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg*. Gedownload op 13 oktober 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/06/29/inspelen-op-veranderingen-in-de-zorg>
- Meeuwissen J. A. C., Meijel B. van, Gool R. van, Hamersveld S. van, Bakkenes M., Risseuw A. H., . . . Hermens, M. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2014). *Richtlijn Leefstijl bij mensen meteen ernstige psychische aandoening*. Utrecht: Trimbos-instituut/V&VN.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Morgan, P. A., & Moffat, C. J. (2008). *Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurses perspective*. Gedownload op 21 oktober 2016, van <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-481X.2007.00373.x>
- Nederlandse vereniging voor psychiatrische verpleegkunde. (2004). *GGZ-verpleegkundige*. Gedownload op 4 oktober 2016, van <http://www.venvn.nl/afdelingen/ggzverpleegkunde>
- Nederlandse zorgautoriteit. (2015). *Transities in de eerstelijnszorg 2015*. Gedownload op 11 oktober 2016, van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Transities_eerstelijnszorg_2015_met_beleidsbrief.pdf
- Nieswiadomy, R. M., Maten-Speksnijder, A. ter., & Hoogerduijn, J. (2013). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson
- Townsend, M. (2003). *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*. Maarssen: Reed business.

Trimbos Instituut. (2011). *Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Gedownload op 7 oktober 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/eb7d322b-3ca7-4b00-a7c1-7d6a91e93aa3.pdf>

Trimbos Instituut. (2012). *Trendrapportage GGZ 2012. Ambulantisering*. Gedownload op 28 september 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/acd05b16-ca20-42ed-a8c5-4a4b655ea013.pdf>

Trimbos Instituut. (2015a). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*. Geraadpleegd op 4 oktober 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/7beec7d1-e34e-4b55-b5c7-12b3eb12bab2.pdf>

Trimbos Instituut (2015b). *Position paper ten behoeve het rondetafelgesprek GGZ van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de tweede Kamer, 18 mei 2015*. Gedownload op 7 oktober 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/5dd9fd0b-61b6-4fa8-85b5-d491f696e08b.pdf>

V&VN. (2010). *Op één lijn komen. Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg*. Gedownload op 6 oktober 2016, van <http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Eerstelijns/Publicaties/afdeling/20101118%20Visie%20eerstelijnszorg%20def.pdf>

V&VN. (2012). *Expertisegebied Wijkverpleegkundigen*. Gedownload op 4 oktober 2016, van <http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Eerstelijns/Publicaties/afdeling/20101118%20Visie%20eerstelijnszorg%20def.pdf>

Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2014). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Gedownload op 27 september 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/cfe358cd-59cc-4033-ac68-50711f835768.pdf>

Werner, A., & Malterud, K. (2003). *It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors*. Geraadpleegd op 27 oktober, van <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602005208>

ZZG zorggroep. (2016). *Advies over “de rol van de wijkverpleging en de benodigde ondersteunen voor de wijkverpleging bij psychiatrische cliënten”*. Concept advies. Nijmegen: Auteur

Literatuur gebruikt in bijlagen:

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* (tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv

Bellemakers, C., Beusekom, G., van, Bogaert, A., van de, Buurmeijker, F., Dam, N., Ee, T., van, ... Weerdhof, L., van de. (2005). *Verleden, heden en toekomst van de indicatiestelling voor de AWBZ*. Utrecht: Igitur Publishing & Archiving Services

Buurtzorg. (2016c). *Kosten indicatie en PGB*. Geraadpleegd op 28 september 2016, van <http://www.buurtzorgnederland.com/zorg/nieuwe-pagina/>

GGZ Nederland. (z.d.-a). *WMO 2015*. Geraadpleegd op 27 oktober 2016, van <http://www.ggz nederland.nl/themas/decentralisatie>

Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2012). *Coëlho, zakwoordenboek der geneeskunde* (30^e druk). Amsterdam: Reed Business

Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (vijftiende druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP

Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek. Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Nederlands zorgautoriteit. (z.d.). *Zorgverzekeringswet*. Geraadpleegd op 10 oktober 2016, van <https://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/>

Nieswiadomy, R. M., Maten-Speksnijder, A. ter., & Hoogerduijn, J. (2013). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson

Rijksoverheid. (z.d.-a). *Geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 10 oktober 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>

Rijksoverheid. (z.d.-b). *Invoering generalistische basis GGZ*. Geraadpleegd op 13 oktober 2016, van <http://www.invoeringbasisggz.nl/>

Rijksoverheid. (z.d.-c). *Wat is gespecialiseerde GGZ?* Geraadpleegd op 11 oktober 2016, van <http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/wat-is-gespecialiseerde-ggz>

Rijksoverheid. (z.d.-d). *Welke zorg kan ik krijgen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)?* Geraadpleegd op 11 oktober 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/vraag-en-antwoord/zorg-via-wet-langdurige-zorg>

Rijksoverheid. (z.d.-e). *Kan ik zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) ook thuis krijgen?* Geraadpleegd op 11 oktober 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/vraag-en-antwoord/zorg-thuis-krijgen-via-wet-langdurige-zorg>

Scheffers, M. (2015). *Sterk met een vitaal netwerk* (2e druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho

Trimbos Instituut. (2015a). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*. Geraadpleegd op 4 oktober 2016, van <https://assets.trimbos.nl/docs/7beec7d1-e34e-4b55-b5c7-12b3eb12bab2.pdf>

Bijlage 1: Zoekstrategieën

Zoekstrategie 1: Pubmed

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	<i>"Wat verstaan wijkverpleegkundigen onder 'moeilijk gedrag' bij EPA-cliënten?"</i>
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Omdat deze vraag niet in een PICO-structuur te vatten is, is op aanraden van Thomas Pelgrim ervoor gekozen om de vraag op te delen in de volgende losse begrippen. Om de zoekstrategie te verbreden, is in plaats van EPA cliënten de term psychische cliënt aan te houden - Wijk verpleegkundige - Psychische cliënt - Moeilijk gedrag/Probleem gedrag
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden	Wijkverpleegkundige: Gevonden MeSH termen en definities: <i>Community Mental Health Services:</i> Diagnostic, therapeutic and preventive mental health services provided for individuals in the community. <i>Community Health Services:</i> Diagnostic, therapeutic and preventive health services provided for individuals in the community. <i>Ambulatory Care:</i> Health care services provided to patients on an ambulatory basis, rather than by admission to a hospital or other health care facility. The services may be a part of a hospital, augmenting its inpatient services, or may be provided at a free-standing facility. <i>Nursing Team:</i> Coordination of nursing services by various nursing care personnel under the leadership of a professional nurse. The team may consist of a professional nurse, nurses' aides, and the practical nurse. <i>Home Care Services:</i> 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. It differs from home nursing which is provided by non-

4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc.)	professionals. <i>Home Care Agencies:</i> Public or private organizations that provide, either directly or through arrangements with other organizations, home health services in the patient's home. <i>Home Nursing:</i> Nursing care given to an individual in the home. The care may be provided by a family member or a friend. Home nursing as care by a non-professional is differentiated from home care services provided by professionals: visiting nurse, home health agencies, hospital, or other organized community group. - "Community Mental Health Services"[MeSH] (resultaten: 17275) - "Community Health Services"[MeSH Terms] (resultaten: 264056) - "Ambulatory Care"[MeSH Terms] (resultaten: 47916) - "Nursing, Team"[MAJR] (resultaten: 1327) - "Home Care Services"[Mesh] (resultaten: 42391) - "Home Care Agencies"[Mesh] (resultaten: 1271) - "Home Nursing"[Mesh] (resultaten: 8968) S1: Bovenstaande MeSH termen gecombineerd met booleaanse operator OR: "Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] Resultaten: 122745 Psychische cliënt: <i>Mental Health:</i> The state wherein the person is well adjusted. Vrije termen: Chronic Disease/nursing, Chronic Disease/psychology. - "Chronic Disease/nursing"[MAJR] (resultaten: 1332) - "Chronic Disease/psychology"[MAJR] (resultaten: 2581) - "Mental Health"[Mesh] (resultaten: 26749) S2: Gecombineerd met booleaanse operator OR: ("Chronic Disease/psychology"[MAJR]) OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR] OR "Mental Health"[Mesh] Resultaten: 30489
--	---

5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) PS: niet afbakenen op free-full tekst 6. Bouw de search per zoekterm op	Moeilijk gedrag/Probleem gedrag: <i>Nurse-Patient Relations</i>: Interaction between the patient and nurse. <i>Countertransference (psychology)</i>: Conscious or unconscious emotional reaction of the therapist to the patient which may interfere with treatment. <i>Attitude of Health Personnel</i>: Attitudes of personnel toward their patients, other professionals, toward the medical care system, etc. <i>Patient Compliance</i>: Voluntary cooperation of the patient in following a prescribed regimen. <i>Problem Behavior</i>: Troublesome or disruptive behavioral displays. - "Nurse-Patient Relations"[MAJR] (resultaten: 16379) - "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms] (resultaten: 2723) - "Attitude of Health Personnel"[MAJR] (resultaten: 69630) - "Patient Compliance"[MeSH Terms] (resultaten: 61649) - "Problem Behavior"[Mesh] (resultaten: 323) S3: Gecombineerd met booleaanse operator OR: ("Problem Behavior"[Mesh]) OR ("Patient Compliance"[MeSH Terms]) OR ("Attitude of Health Personnel"[MAJR]) OR ("Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms]) OR ("Nurse-Patient Relations"[MAJR])) Resultaten: 147294 S1+S2+S3: Gecombineerd met booleaanse operator AND: ((((("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms]) AND ("Chronic Disease/psychology"[MAJR] OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR] OR "Mental Health"[Mesh]) AND ("Problem Behavior"[Mesh] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[MAJR])))) Totaal aantal hits: 110
---	--

RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4 A: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	Inclusiecriteria: - Onderzoek "Humans" als onderzoekspopulatie 109 resultaten Exclusiecriteria: - Onderzoek is meer dan 10 jaar oud - Niet geschreven in Engels Totaal aantal hits: 48
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS	
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	Van de overgebleven artikelen zijn de titels globaal bestudeerd. Wanneer een titel relevant leek te zijn voor het onderzoek, is het abstract bekeken. Er is gelet op gelet of het onderzoek gerelateerd was aan moeilijk gedrag of lastige situaties en of er sprake was van een geestelijke gezondheidsaspect. Er zijn 9 artikelen overgebleven.
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	Full tekst: 9 artikelen Free full tekst: 1
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	Van deze 9 artikelen is een artikel geschikt bevonden, namelijk: Koekkoek, Meijel, Tiemens, Schene & Hutschemaekers G. (2010). <i>What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as 'difficult': patient, professional, treatment and social variables.</i>

De zoekstring gedetailleerd in de tabel van Pubmed:

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

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#12	Add	Search "Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms]	122745	11:21:46
#10	Add	Search "Home Nursing"[Mesh]	8968	11:19:56
#9	Add	Search "Home Care Agencies"[Mesh]	1271	11:19:38
#8	Add	Search "Home Care Services"[Mesh]	42391	11:17:49
#7	Add	Search "Nursing, Team"[MAJR]	1327	11:17:35
#6	Add	Search "Ambulatory Care"[MeSH Terms]	47916	11:17:04
#5	Add	Search "Community Health Services"[MeSH Terms]	264056	11:14:49
#4	Add	Search "Community Mental Health Services"[MeSH]	17275	11:14:17

History

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

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#4	Add	Search (("Chronic Disease/psychology"[MAJR]) OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR]) OR "Mental Health"[Mesh]	30489	11:26:50
#3	Add	Search "Mental Health"[Mesh]	26749	11:26:17
#2	Add	Search "Chronic Disease/psychology"[MAJR]	2581	11:26:00
#1	Add	Search "Chronic Disease/nursing"[MAJR]	1332	11:25:45

History

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

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#10	Add	Search (((("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms]) AND ("Chronic Disease/psychology"[MAJR] OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR] OR "Mental Health"[Mesh]) AND ("Problem Behavior"[Mesh] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[MAJR]))) Filters: published in the last 10 years; Humans; English	48	11:33:06
#9	Add	Search (((("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms]) AND ("Chronic Disease/psychology"[MAJR] OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR] OR "Mental Health"[Mesh]) AND ("Problem Behavior"[Mesh] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[MAJR]))) Filters: published in the last 10 years; Humans	52	11:32:54
#8	Add	Search (((("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms]) AND ("Chronic Disease/psychology"[MAJR] OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR] OR "Mental Health"[Mesh]) AND ("Problem Behavior"[Mesh] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[MAJR]))) Filters: Humans	109	11:32:51
#7	Add	Search (((("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Nursing, Team"[MAJR] OR "Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR "Psychiatric Nursing"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms]) AND ("Chronic Disease/psychology"[MAJR] OR "Chronic Disease/nursing"[MAJR] OR "Mental Health"[Mesh]) AND ("Problem Behavior"[Mesh] OR "Patient Compliance"[MeSH Terms] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[MAJR])))	110	11:32:32
#6	Add	Search (("Problem Behavior"[Mesh]) OR ("Patient Compliance"[MeSH Terms]) OR ("Attitude of Health Personnel"[MAJR]) OR ("Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms]) OR ("Nurse-Patient Relations"[MAJR]))	147294	11:32:07
#5	Add	Search "Problem Behavior"[Mesh]	323	11:31:11
#4	Add	Search "Patient Compliance"[MeSH Terms]	61649	11:30:28
#3	Add	Search "Attitude of Health Personnel"[MAJR]	69630	11:29:58
#2	Add	Search "Countertransference (Psychology)"[MeSH Terms]	2723	11:29:34
#1	Add	Search "Nurse-Patient Relations"[MAJR]	16379	11:28:51

Zoekstrategie 1: HANQuest

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	<i>“Wat verstaan wijkverpleegkundigen onder ‘moeilijk gedrag’ bij EPA-cliënten?”</i>
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Omdat deze vraag niet in een PICO-structuur te vatten is, is op aanraden van Thomas Pelgrim ervoor gekozen om de vraag op te delen in de volgende losse begrippen. Om de zoekstrategie te verbreden, is in plaats van EPA cliënten de term psychische cliënt aan te houden - Wijk verpleegkundige - Psychische cliënt - Moeilijk gedrag/Probleem gedrag
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc.) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) 6. Bouw de search per zoekterm op PS: niet afbakenen op free-full tekst	Zoektermen: Wijkverpleegkundige: - Wijkverple* (455 resultaten) - Community N1 care (142,328 resultaten) - Community N1 nurs* (86,236 resultaten) - Home N1 care (190,298 resultaten) - Home N1 nurs* (156,680 resultaten) Booleaanse operatoren: OR Totaal aantal resultaten S1: 490,125 Psychische patient: - Mental* (2,237,727 resultaten) - Psych* (7,236,893 resultaten) Booleaanse operatoren: OR Totaal aantal resultaten S2: 8,194,699 Moeilijk gedrag/Probleem gedrag: - Difficult behavi* (111,842 resultaten) - Difficult patient* (322,518 resultaten) Booleaanse operatoren: OR Totaal aantal resultaten S3: 415,164 S1, S2, S3 gecombineerd met booleaanse operator AND (Wijkverple* OR Community N1 care OR Community N1 nurs* OR Home N1 care OR Home N1 nurs*) AND (Difficult patient* OR Difficult behavi*) AND (Mental* OR Psych*) 2.008 hits
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4 A: SEARCH HANQuest Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	Totaal aantal hits zoekstring: 2,004 Inclusie criteria:

	Peer-reviewed text Totaal aantal hits: 1,357 Exclusie criteria: Gepubliceerd voor het jaar 2000 (1,188) Niet geschreven in de Engelse taal Totaal aantal hits: 1,129 Relevante onderwerpen geselecteerd in de zijbalk. Zoekresultaten: 809 Artikelen gezocht via Medline en CINAHL Zoekresultaten: 244
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS	
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	Van de overgebleven artikelen zijn de titels globaal bestudeerd. Wanneer een titel relevant leek te zijn voor het onderzoek, is het abstract bekeken. Er is gelet op gelet of het onderzoek gerelateerd was aan moeilijk gedrag of lastige situaties, en of er sprake was van een geestelijke gezondheidsaspect. Er zijn 12 artikelen overgebleven. Full text: 12 Free full text: 12 De overgebleven artikelen zijn doorgelezen. Wanneer ze inderdaad relevant zijn voor dit onderzoek, zijn ze geïnccludeerd in het uiteindelijke vooronderzoek. Uiteindelijk zijn 3 artikelen hierna geïnccludeerd.
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	Gekozen artikelen: Artikel 1 Titel: <i>How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care</i> Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Meijel, B., van, Schene, A. Onderzoeksdesign: Mixed-method (literature review, Delphi-study en survey) Land: Nederland Setting: Ambulante GGZ Artikel 2. Titel: <i>What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as 'difficult': patient, professional, treatment and social variables.</i> Koekkoek, B., Meijel, B., Tiemens, B., Schene, A., Hutschemaekers, G. Onderzoeksdesign: Quantitative (Questionnaire) Land: Nederland Setting: Ambulante GGZ (Ook gevonden in Pubmed). Artikel 3: Titel: <i>Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective</i> Morgan, P.A., & Moffatt, C., J.

	Onderzoeksdesign: Qualitative (focus group) Land: UK Setting: community nursing team
--	--

Artikelen gevonden via Snowball-methode

<i>Van artikel</i>	<i>Snowball artikel</i>
<i>How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care</i> Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Meijel, B., van, Schene, A.	<i>Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review</i> Bauke Koekkoek
<i>Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review, Bauke Koekkoek</i>	<i>It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors</i> (Werner & Malterud, 2003)

Herkomst van de overige bronnen:

De gevonden bronnen en de locatie waar deze gevonden zijn, is uitgewerkt in de volgende tabel:

Auteur + jaartal	Herkomst
Baarda, 2014	Boek, verkregen via HAN
Barker et al., 2014	Artikel gevonden via zoekstrategie 2 in Pubmed
Berg et al., 2014	Tijdschrift voor psychiatrie, zoekterm: "somatiek"
Buurtzorg, 2016a, 2016b	Websites verkregen via opdrachtgever
Cohen, 2015	Gevonden via Psychiatrie Nederland (www.psychiatrie-nederland.nl), verkregen via Springerlink
Delespaul et al., 2013	Gevonden via Kenniscentrum Phrenos (www.kenniscentrumphrenos.nl), verkregen via www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl
Evers, 2015	Boek, verkregen via tutor
Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2016	Gedragscade, verkregen via www.insite.han.nl
Koekkoek et al., 2010a; 2010b	Artikelen gevonden via zoekstrategie 1 in HANQuest
Migchelbrink 2010, 2013	Boeken verkregen via docentbegeleider en tutor
Morgan & Moffat, 2008	Artikel gevonden via zoekstrategie 1 in HANQuest
Nieswiadomy et al., 2013	Boek verkregen via tutor
Trimbos Instituut, 2011; 2012; 2015a; 2015b	Publicaties verkregen via www.trimbos.nl
V&VN, 2010; 2012	Publicaties verkregen via www.venvn.nl
Veerbeek et al., 2014	Verkregen via Trimbos Instituut, www.trimbos.nl
Werner & Malterud, 2003	Artikel verkregen via snowball methode, via Koekkoek 2010a naar Koekkoek et al., 2006 ("Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review). Dit artikel is niet gebruikt binnen dit onderzoek.
ZZG Zorggroep, 2016	Niet gepubliceerde bron, verkregen via docent Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Bijlage 2: Evidence tabel

Verpleegkundige-cliënt relatie

Auteur, jaartal en titel	Design	Setting en populatie	Conclusie	Level of evidence
Barker, S., Heaslip, V., & Chelvanayagam, S. (2014). <i>Addressing older people's mental health needs in the community setting.</i>	N.v.t. Essay	United Kingdom, geen populatie	Het onderzoek gaat over normale oudere cliënten en wijkverpleegkundigen. Conclusie is dat wijkverpleegkundigen een zeer belangrijke rol spelen in het leven van cliënten. Ze krijgen het vertrouwen van cliënten en kunnen daardoor hulp inschakelen. Maar wijkverpleegkundigen hebben wel meer hulp nodig in het omgaan met echt psychische ziekten.	D

'Moeilijk' gedrag van cliënten (met EPA)

Auteur, jaartal en titel	Design	Setting en populatie	Conclusie	Level of evidence
Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Meijel, B., van, Schene, A. (2010). <i>How do patient come to be seen as difficult? A mixed-methods study in community mental health care.</i>	Mixed-method, Delphi design Onderzoek 1: Focusgroep Onderzoek 2: Questionnaire Onderzoek 3: Interview Onderzoek 4: Casusanalyse	Nederland, professionals in de ambulante GGZ Onderzoek 1: Nederland, onderzoekers, beleidsmedewerkers en experts (n=24) Onderzoek 2: GGZ-hulperleners (n=1946) Onderzoek 3: 'Moeilijke' cliënten (n=21) Onderzoek 4: 'Moeilijke' cliënten (3x n=1)	Er kan beter inzicht worden gekregen in het label 'moeilijke' cliënt door te kijken naar theorieën uit de sociale wetenschap. De theorie van de sick-role is hier één van. Het label 'moeilijk' wordt echter niet verkregen door uitsluitend sociale aspecten. Het label is een resultaat van verschillende variabelen, gerelateerd aan de patiënten, de hulpverleners, de organisatie en de sociale normen en waarden.	C

Koekkoek, B., Meijel, B., Tiemens, B., Schene A., Hutschemaekers, G. (2010). <i>What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as 'difficult': patient, professional, treatment and social variables</i>	Kwantitatief, questionnaire	Nederland, verpleegkundigen in de ambulante GGZ (n=469)	De ervaren 'moeilijkheid' van een cliënt hangt samen met de complexiteit van de behandelingssituatie, niet zo zeer met de karaktertrekken van de individuele patiënt. Het artikel creëert een model waarmee een voorspelling kan worden gedaan over het risico dat een cliënt loopt om als moeilijk te worden gezien. Of dit model effectief is, moet nader onderzoek uitwijzen.	C
Morgan, P., A., & Moffat, C., J. (2008). <i>Non-healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. Part 2: the nurse's perspective</i>	Kwalitatief, focusgroep	Engeland, Wijkverpleegkundigen (n=)	Wijkverpleegkundigen moeten hun behandeling uitvoeren met altijd minder wordende middelen. Hierdoor kan de behandeling niet altijd verschil maken in de gesteldheid van de cliënt. Verpleegkundigen kunnen dit voelen als persoonlijk falen. Dit artikel kijkt naar de ervaringen van de verpleegkundigen en legt de risico's bloot van het oordelen over cliënten. Binnen een succesvolle relatie tussen een verpleegkundige en haar cliënt staat het onbevooroordeeld samenwerken van de verpleegkundige en de cliënt centraal. Al kan dit lastig te bereiken zijn, zijn de resultaten van het aangaan van zo'n type resultaten het waard.	C
Werner, A., & Malterud, K. (2003). <i>It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors.</i>	Kwalitatief, diepte-interviews	Noorwegen, vrouwen met chronische spierpijn (n=10)	Patiënten met vage klachten voor de arts, raken gefrustreerd door het telkens opnieuw te moeten uitleggen welke klachten zij hebben. Wanneer ze op een zichtbaar normale manier functioneren, worden zij als niet-ziek gezien, terwijl de patiënt zich wel ziek voelt. Dit zorgt voor frustraties. Ook een jonge leeftijd van een patiënt is niet altijd in het voordeel.	C

Overige artikelen

Auteur, jaartal en titiel	Design	Setting en populatie	Conclusie	Level of evidence
Berg, K., E., M., van de., Dam, A., L., M., van, Feltz-Cornelis, C., M., van der., Graafsma, S., J., Ven, C., M., van de., Rijnders, C., A. (2014). <i>Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake</i>	Kwantitatief, screening	Nederland, nieuw aangemelde psychiatrische patiënten (n=70)	Naar aanleiding van de resultaten van onderzoek, lijkt het invoeren van een somatische screening bij de start van een (ambulante) psychiatrische behandeling zinvol. Bij 45,7% van de onderzoeksgroep werd een onbekend Aspect of somatic concern via de screening ontdekt.	B
Cohen, D. (2015). <i>Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting</i>	N.v.t. Essay	Nederland, geen populatie	EPA-cliënten hebben gemiddeld een kortere levensverwachting dan de algemene Nederlander. Dit is voornamelijk te wijten aan een hogere cardiovasculaire mortaliteit. Het artikel beveelt hierom aan om EPA-cliënten op te nemen als risico groep in de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement	D
Delespaul, Ph., Hoof, F. van, Gaag, M. van der, Keet, R., Kroon, H., Mulder, N., . . . Wiersma, D. (2013). <i>Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland.</i>	N.v.t. Literatuuronderzoek en consensus groep	Nederland, geen populatie	De consensusgroep is van mening dat zij de best mogelijke schatting hebben gecreëerd van de populatie met EPA in Nederland. Om dit te bereiken is een nieuwe definitie voor EPA gecreëerd.	C

Bijlage 3: Geldigheid binnen het onderzoek

In hoofdstuk 3 methode zijn verschillende termen en technieken benoemd die de geldigheid van een onderzoek verhogen. In deze bijlage worden deze technieken dieper uitgewerkt, waardoor duidelijk wordt hoe de studentonderzoekers dit zullen ondervangen.

Geloofwaardigheid

Triangulatie

Triangulatie houdt in dat er vanuit verschillende perspectieven en invalshoeken naar hetzelfde verschijnsel wordt gekeken (Baarda, 2014). Triangulatie kan in drie verschillende vormen voorkomen, namelijk: triangulatie van databronnen, triangulatie van dataverzamelingstechnieken en triangulatie van onderzoekers (Migchelbrink, 2010, p. 131).

De eerste vorm wordt in dit onderzoek bereikt door de topiclijst op de literatuur uit het theoretisch kader te baseren. De tweede vorm van triangulatie wordt toegepast door verschillende dataverzamelingstechnieken in te zetten. Tijdens het semigestructureerde interview, zal zowel naar de woorden van de respondent geluisterd en als dat er naar zijn lichaamshouding en meta-communicatie wordt gekeken. De studentonderzoekers zullen om en om de interviews afnemen en afzonderlijk van elkaar analyseren. Zo wordt triangulatie van onderzoekers bereikt.

Audit trial (logboek)

Door middel van een logboek wordt door de onderzoekers bijgehouden welke gesprekken met wie gevoerd zijn en wat hier kort de conclusie van is. In dit logboek zal ook worden bijgehouden welke belangrijke besluiten zijn genomen en waarom, of wanneer er zaken veranderd zijn in het onderzoek. Wanneer de topiclijst wordt aangepast, wordt dit hierin benoemd. Ook de memo's die gemaakt worden tijdens de interviews, zullen hierin worden opgenomen. Op deze manier zijn belangrijke stappen binnen het onderzoek terug te vinden (Baarda, 2014).

Peer debriefing

Peer debriefing houdt een collegiale controle in. Andere studentonderzoekers zullen feedback geven tijdens onderwijsgroepen op de HAN in Nijmegen. Ook zullen andere studentonderzoekers gevraagd worden om samenvattingen te lezen en een conclusie hiervan te geven. De studentonderzoekers controleren daarna of er tot dezelfde conclusie gekomen wordt (Baarda, 2014).

Member-checking

Na voorgaande stap zal de samenvatting van het interview, inclusief de hoofdpunten, naar de respondent worden opgestuurd. Op deze manier kan ook de respondent zijn/haar mening geven. En kan gecontroleerd worden of de juiste conclusie wordt getrokken (Baarda, 2014).

Negatieve caseanalyse

Een negatieve caseanalyse is een manier om de invloed van bias van de onderzoekers te verkleinen (Baarda, 2014). Wanneer de onderzoekers saturatie bij de interviews bereiken, zullen zij de vraag stellen: "Kunnen wij respondenten hebben die een reactie geeft die niet binnen onze uitkomsten past?". Hiervoor zullen de onderzoekers tegen het einde van hun onderzoek actief op zoek gaan naar een respondent die een andere mening heeft dan de al geïnterviewde respondenten.

Verifieerbaarheid

Gatekeeper bias

Omdat het een kwalitatief onderzoek betreft, wordt het vinden van respondenten subjectief beïnvloed. Gatekeeper bias speelt bij het vormen van de steekproef een rol, omdat de contactpersoon van BuurtzorgT als gatekeeper fungeert en de onderzoekers min of meer afhankelijk zijn van de teams die zij aandraagt. Ook zal deze contactpersoon eerder de kritieke gevallen aanwijzen (Migchelbrink, 2013). Ook is het mogelijk dat er weinig geschikte teams zijn in de omgeving Arnhem en Nijmegen, waardoor er te weinig professionals door de contactpersoon geselecteerd kunnen worden. Dit wordt echter ondervangen doordat de opdrachtgever ook contact zal zoeken met andere teams van Buurtzorg in de omgeving van Arnhem en Nijmegen.

Bracketing

Met het begrip bracketing wordt bedoeld dat de onderzoeker zijn of haar eigen ervaring en vooronderstellingen probeert achter te laten, en naar de ervaringen van de respondent kijkt alsof dit volkomen nieuwe informatie is (Evers, 2015). Omdat de studentonderzoekers beiden ervaringen hebben met het onderwerp en de probleemstelling van het onderzoek, is het van belang dat zij zich zeer bewust zijn van de effecten van deze ervaringen op hun bias. Eigen overtuigingen en ervaringen zullen eerst onderling worden besproken, zodat de studentonderzoekers elkaar hier indien nodig op kunnen attenderen.

Plausibiliteit

Rosenthal-effect

Het is bekend dat interviewers invloed hebben op de antwoorden van respondenten. Dit kan door bijvoorbeeld de kleding die ze dragen, sekse en de sieraden die ze dragen. Dit effect wordt het Rosenthal-effect genoemd. Tijdens interviews bestaat er altijd een risico dat respondenten sociaal gewenste antwoorden zullen geven. Ook kan het zijn dat een respondent een slechte zelfkennis heeft, wat vertekende resultaten kan opleveren. De studentonderzoekers zijn zich hiervan bewust en proberen dit te ondervangen door zoveel mogelijk aan te sluiten op de houding en taalgebruik van de respondenten (Baarda, 2014; Nieswiadomy et al., 2013). Ook zullen de studentonderzoekers, naarmate zij meer affiniteit ontwikkelen met het interviews afnemen, zelfstandig interviews afnemen. Zo kunnen zij één op één contact hebben met de respondent, wat de kans op het ontwikkelen van rapport tussen de interviewer en de respondent vergroot (Evers, 2015).

Bijlage 4: E-mail met uitnodiging en informatie

Betreft: Onderzoek naar ervaringen met cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Beste wijkverpleegkundige of verzorgende,

Via deze mail willen wij u graag uitnodigen om mee te doen aan ons praktijkonderzoek.

Voor wij het onderwerp van het onderzoek verder uitleggen, zullen wij ons eerst introduceren. Wij zijn Anna Bakker en Esther Hagens. Beiden zijn wij vierdejaars studenten HBO-V aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. In september zijn wij gestart met ons onderzoek.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Marie-Cecile Timmers en Rosa Teunis. Marie-Cecile is wijkverpleegkundige in team Buurtzorg Druten en Rosa Teunis werkt als wijkverpleegkundige binnen team BuurtzorgT Lingewaard. Zij hebben dit onderzoek in gang gezet omdat zij het gevoel hebben dat er steeds meer cliënten met een psychiatrische achtergrond in zorg komen bij reguliere Buurtzorgteams. In sommige gevallen blijkt het voor teams lastig om met deze cliënten om te gaan. Met ons onderzoek willen wij in kaart brengen wat er voor zorgt dat teams strubbelingen ervaren met psychiatrische cliënten en wat ze juist ondersteunt in de omgang met dezelfde cliënten.

Voor dit onderzoek zouden wij graag één-op-één interviews uitvoeren met verpleegkundigen van verschillende teams, die ervaring hebben met de zorg voor een psychiatrische cliënt. Deze interviews zullen ongeveer 45 tot 60 minuten duren. Van de interviews zal een audio-opname gemaakt worden. Aan de hand van het interview en de audio-opname zullen wij een samenvatting schrijven, die uiteraard ook naar u terug zal worden gestuurd. Zo bent u op de hoogte welke informatie van u wij voor het onderzoek zullen gebruiken. De resultaten van de interviews zullen anoniem verwerkt worden, zodat het niet terug te lezen zal zijn wie wat heeft gezegd. Wij zullen vertrouwelijk met de gegevens omgaan.

Mocht u ervaring hebben met de (somatische) zorg voor cliënten met een psychiatrische achtergrond, dan zouden wij u graag willen vragen om deel te nemen aan ons onderzoek. In dit geval wordt een datum afgesproken wanneer het interview zal plaatsvinden. Wij zouden het interview dan het liefst afnemen bij uw kantoor. Zo hoeft u geen reistijd in te plannen. Na het interview zal u een samenvatting van het interview ontvangen en de uiteindelijke conclusies van het onderzoek.

Hopelijk is uw interesse door deze mail geprikkeld. Wij zouden graag van u horen of u bereid bent om deel te nemen aan dit onderzoek. Ook wanneer u niet instaat bent om aan dit onderzoek deel te nemen, zouden wij een korte reactie op prijs stellen. Mocht u nog verdere vragen hebben naar aanleiding van deze mail, kunt u via telefoon of e-mail contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Anna Bakker & Esther Hagens

Anna Bakker

E-mail: anna_bakker@live.nl

Mobiel: 06-81168566

Esther Hagens

E-mail: estherhagens2@hotmail.com

Mobiel: 06-13861940

Bijlage 5: Topiclijst interviews

Inleiding

- Welkom
- Benoemen audio opnamen, uitleg gebruik gegevens (anonimiteit), mogelijkheid tot afbreken interview, gegevens worden dan niet gebruikt
- Korte toelichting interview
- Voorstellen respondent, korte beschrijving van team

Kern

- *Casus laten inbrengen door respondent*
 - Achtergrond cliënt (leeftijd, problematiek, leefomgeving)
 - Hoe lang is de cliënt in zorg (geweest)
 - Welke zorg werd geboden, hoeveel zorgmomenten per dag/per week, tijdsduur zorgmoment
 - Voor start van zorg op de hoogte van EPA
 - Geboden handvaten
 - Hoeveel verschillende collega's zijn er bij de cliënt geweest
- *Ervaringen respondent*
 - Reden keuze casus
 - Knelpunten casus
 - Gevoel dat casus opwekte
 - Gevolg respondent
 - Gevolg cliënt
 - (Eerdere) ervaring met EPA
 - Rol mantelzorg
 - Samenwerking andere betrokken disciplines
 - Verbeterpunten
 - Aanpak volgende, gelijkende cliënt
 - Benodigheden om verandering van aanpak te realiseren (ook vanuit Buurtzorg)
- *Ervaringen binnen team*
 - Welke acties zijn er genomen
 - Gevolgen van deze acties/punten
 - Sterke acties/punten van team
 - Verbeterpunten binnen team
 - Aanpak volgende, gelijkende cliënt
 - Benodigheden om verandering van aanpak te realiseren (ook vanuit Buurtzorg)

Afsluiting

- Korte samenvatting
- Benoemen membercheck
- Mogelijkheid tot vragen per mail te stellen door studentonderzoekers voor eventuele verdieping
- Indien respondent iets te binnen schiet, kan zij dit alsnog per mail aan de studentonderzoekers sturen
- Respondent wijzen op mogelijkheid tot terugtrekken van onderzoek
- Bedanken

Bijlage 6: Toelichting hoofd- en subthema's

Hoofdsthema	Sub thema	Beschrijving
Opstart zorg		
<i>Dit hoofdsthema omvat de informatie en expertise die de verpleegkundige bij de aanvang van de zorg voor de cliënt bezaten</i>	Verkregen informatie over cliënt	De informatie over de cliënt en haar ziektebeeld die voor aanvang van de zorg beschikbaar was gesteld door de huisarts of een ander discipline
	Eerdere ervaring psychiatrie	De eerdere ervaring die de respondent had met de verpleging van EPA-cliënten
	Signalen EPA	De signalen die de respondent erop wezen dat er sprake zou kunnen zijn van psychische problematiek bij de cliënt wanneer dit niet eerder bekend was
Gedrag van cliënt		
<i>Dit hoofdsthema omvat het gedrag dat de cliënt vertoonde dat de respondenten opviel en wat de respondenten linkten aan de psychische problematiek</i>	'Moeilijk' gedrag	Gedrag dat de cliënt vertoonde waar de respondent het moeilijk mee had of zich aan ergerde
	'Makkelijk' gedrag	Gedrag van de cliënt waarvan de respondent aangaf dat dit de zorg voor haar prettiger of makkelijker maakte
Ervaring zorgverlener		
<i>Dit hoofdsthema omvat de beleving van de zorg voor de EPA-cliënt van de zorg verlener</i>	Gevoelens van zorgverlener	De gevoelens die de casus en het gedrag van de cliënt opriep bij de respondent
	Gevolgen voor zorgverlening	De gevolgen die de gevoelens, normen en waarden en het inlevingsvermogen van de respondent had op de geleverde zorg
Samenwerking		
<i>Dit hoofdsthema omvat de wijze waarop de respondent de samenwerking met haar team en betrokken disciplines heeft ervaren</i>	Samenwerking binnen het team	De manier waarop de respondent de samenwerking binnen het team heeft ervaren
	Samenwerking mantelzorg	De ervaring van de respondent met het samenwerken met de mantelzorg van de cliënt
	Samenwerking huisarts	De ervaringen van de respondent met het samenwerken van de huisarts
	Samenwerking GGZ	De ervaringen van de respondent met het samenwerken met disciplines uit de GGZ
Verpleegkundige zorg		
<i>Dit hoofdsthema omvat de ervaringen van de respondenten met de zorg voor EPA-cliënten in het algemeen</i>	De EPA-cliënt	De mening van de respondenten over de EPA-cliënt in het algemeen
	Meerwaarde wijkverpleging	De meerwaarde van de verpleegkundige binnen de zorg voor EPA-cliënten
	Verbeterpunten	De mogelijke verbeterpunten die zijn aangedragen door de respondenten tijdens het interview

Tabel 6.1: toelichting hoofd- en subthema's

Bijlage 7: Overzicht ‘moeilijk’ gedrag van cliënten

Hoofdthema	Sub-thema
Manipuleren	
<i>“Een bedrieglijke beïnvloeding van de verpleegkundige door de cliënt” (Jochems & Joosten, 2012, p. 567).</i>	Liegen
	Partner manipuleren
Splitten	
<i>“Een verschijnsel waarbij ambivalente gevoelens niet jegens een en dezelfde persoon beleefd kunnen worden. De beleving tussen goed en kwaad wordt zodanig opgesplitst dat sommige mensen geïdealiseerd en anderen zwartgemaakt worden” (Jochems & Joosten, 2012, p. 885).</i>	Collega’s afkraken
	Hulpverleners afwijzen
	Uitspelen
	Contact GGZ belemmeren
Claimen	
<i>“Een patroon van interactie met anderen dat gekarakteriseerd wordt door afhankelijk en afstotend gedrag” (Townsend, 2003, p. 259).</i>	Extreme voorkeur voor bepaalde collega’s
Aandacht vragen	
<i>Het vragen van aandacht door een cliënt door middel van gedrag dat door de hulpverlener als vervelend wordt ervaren.</i>	Bevestiging vragen
	Veel bellen
	Huisartsenpost lastig vallen
Zorg mijden	
<i>Het vermijden van hulpverlening en afwijzen van zorg.</i>	Problemen verdoezelen
	Niet om hulp vragen
	Zorg afbellen
Automutilatie	
<i>“Zelfverminking; zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag” (Jochems & Joosten, 2012, p. 80).</i>	In wonden prikken
Afhankelijk opstellen	
<i>Het afhankelijk opstellen door onderworpen gedrag te vertonen ten gevolge van een gebrek aan zelfvertrouwen en het aan anderen overlaten van belangrijke beslissingen (Jochems & Joosten, 2012).</i>	Achterover zitten tijdens zorg
	Egocentrisch gedrag
	Zorg niet willen stoppen
	Niet ‘meer’ willen
Zorg stoppen	
<i>Het compleet stoppen van zorg en de hulpverlener niet meer binnenlaten.</i>	Hulpverleners niet meer binnen laten
	Zorg tijdelijk stoppen

Zelf controle willen houden	
<i>Een drang van de cliënt om zelf de controle te houden in de zorg, hierdoor wordt communicatie en zorgverlening belemmerd.</i>	Groot voor doen
	Panisch reageren
	Rituele handelingen
	Hulp weigeren
Slechte zelf zorg	
<i>Het slecht zorgen voor eigen omgeving en lichaam door de cliënt, waardoor verwaarlozing optreedt.</i>	Roken
	Obesitas
	Vervuild huis
	Onverzorgd uiterlijk
	Alcohol gebruik
	Rommelen met medicatie
Slecht ziekte-inzicht	
<i>Het gebrek aan begrip voor de eigen psychische/zieke toestand, dat het veranderen van ongezond gedrag belemmert (Jochems & Joosten, 2012).</i>	Ziekte is onbespreekbaar
	Cliënt ziet niet in dat hij/zij hulp nodig heeft

Tabel 7.1: Overzicht moeilijk gedrag

Gedrag	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Manipuleren						
Splitten						
Claimen						
Aandacht vragen						
Zorg mijden						
Automutilatie						
Afhankelijk opstellen						
Zorg stoppen						
Controle willen houden						
Slechte zelfzorg						
Slecht ziekte inzicht						

Tabel 7.2: Moeilijk gedrag per casus

Sprake van het gedrag	
Discutabel	
Geen sprake van het gedrag	

Tabel 7.3: Legenda

Bijlage 8: Ondertekende formulieren gedragscode


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	531 517
Naam	Anna Bakker
Opleiding	HBO - V
Geboortedatum	09 - 07 - 1992
Geboorteplaats	Rotterdam

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	14-10-2016
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	523053
Naam	Esther Hagens
Opleiding	Verpleegkunde
Geboortedatum	12-05-1993
Geboorteplaats	Venray

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	14-10-2016
Handtekening	