

Het terugkerende gevecht

Het optimaliseren van verpleegkundige zorg bij recidive episodes in de geestelijke gezondheidszorg

Van binnen naar buiten...



EN



Bron: (Voeding en beweging, z.d.).

... van buiten naar binnen

Celina Lardinois 1910825

Mondriaan, Heerlen

Luc de Bruijn 1911864

Meandergroep Zuid-Limburg, Landgraaf

Academie voor Verpleegkunde

Aantal woorden hoofdtekst: 6977

Versie: 3

Inleverdatum: 22 mei, 2023

The recurring battle

Optimizing nursing care for recurrent episodes in mental health care

From inside out...



AND



Source: (Voeding en beweging, z.d.).

... form outside in

Celina Lardinois 1910825

Mondriaan, Heerlen

Luc de Bruijn 1911864

Meandergroep Zuid-Limburg, Landgraaf

Academie voor Verpleegkunde

Number of words: 6977

Version: 3

Due date: 22 mei, 2023

Samenvatting

Inleiding: De Wet Verplichte GGZ zal de behandeling van patiënten veranderen, waarbij behandeling in de thuissituatie centraal zal staan. Dit onderzoek richt zich op de rol van HBO-verpleegkundigen bij het voorkómen van heropnames bij patiënten met een recidief binnen de geestelijke gezondheidszorg, die vanuit een acute opname zijn teruggekeerd naar de thuissituatie.

Theoretisch kader: Het theoretisch kader beschrijft het belang van het herkennen en behandelen van geestelijke gezondheidsstoornissen bij ouderen, met de nadruk op veelvoorkomende psychiatrische stoornissen en bijbehorende recidieven in de thuissituatie.

Methoden: Het onderzoek maakt gebruik van kwalitatieve methoden zoals ongestructureerde interviews en schriftelijke vragenlijsten bij zorgprofessionals binnen Meandergroep Zuid-Limburg én Mondriaan GGZ.

Resultaten: De belangrijkste oorzaken van terugval zijn eenzaamheid, triggers na ontslag en een gebrek aan kennis bij familie en thuiszorgmedewerkers. Het hebben van een steunsysteem en tijdige nazorg zijn essentieel om deze problemen te voorkomen.

Advies & inbedding: Zorgprofessionals in de extramurale setting hebben gespecialiseerde training nodig om patiënten effectief te ondersteunen en begeleiden bij hun herstelproces. Verbeterde communicatie tussen intramurale en extramurale zorgprofessionals en de juiste scholing zijn nodig om de nazorg te verbeteren. Het onderzoek toont aan dat er na ontslag uit de klinische setting behoefte is aan begeleiding en benadrukt de noodzaak van vroegtijdige herkenning en behandeling van geestelijke gezondheidsstoornissen bij ouderen.

Discussie conclusie: Sterke punten van het onderzoek zijn het gebruik van zowel conceptuele als wetenschappelijke literatuur en de hoge respons van 76,7% op de open vragenlijst. Het heeft geleid tot een krachtige aanbeveling om de afstemming en samenwerking tussen intramurale en extramurale zorgprofessionals te verbeteren en een gespecialiseerd interventieteam en terugvalpreventiekaart te implementeren. Zwakke punten zijn het selectieve gebruik van geïnterviewde respondenten en het ontbreken van recente literatuur over recidieven in het algemeen.

Summary:

Introduction: The Compulsory Mental Healthcare Act will change the treatment of patients, with a focus on home-based care. This study aims to investigate the role of bachelor nurses in preventing readmissions of patients with relapse who have returned home from acute hospitalization.

Theoretical framework: The theoretical framework describes the importance of recognizing and treating mental health disorders in older adults, with emphasis on common psychiatric disorders and relapse in the home environment.

Methods: The study uses qualitative methods such as unstructured interviews and written questionnaires among healthcare professionals at two locations.

Results: The main causes of relapse are loneliness, triggers after discharge, and a lack of knowledge among family and home care workers. Having a support system and timely follow-up care are essential to prevent these problems.

Recommendations & Implementation: Healthcare personnel require specialized training to effectively support and guide patients in their recovery process. Improved communication between inpatient and outpatient healthcare professionals and appropriate training are necessary to improve post-discharge care. The study shows that there is a need for guidance after discharge from the clinical setting and emphasizes the importance of early recognition and treatment of mental health disorders in older adults.

Discussion and Conclusion: Strong points of the study include the use of both conceptual and scientific literature and a high response rate of 76.7% on the open-ended questionnaire. It has led to a powerful recommendation to improve coordination and collaboration between inpatient and outpatient healthcare professionals and to implement a specialized intervention team and relapse prevention card. Weak points are the selective use of interview respondents and the lack of recent literature on relapse in general.

Voorwoord

Beste lezers,

Graag nemen wij u mee in het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd naar terugval in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdens ons laatste opleidingsjaar hebben wij de kans gekregen om ons te verdiepen in dit complexe proces en te onderzoeken welke strategieën kunnen bijdragen aan het voorkomen van terugval.

Bij deze willen wij graag onze werkbegeleiders, Sanne Hundscheidt, Ayla Janssen en Marjon Kanters bedanken voor hun waardevolle begeleiding en ondersteuning gedurende het onderzoek. Hun expertise en kritische blik hebben ervoor gezorgd dat wij het beste uit onszelf konden halen. Ook willen wij onze dank uitspreken voor de praktijkleerplaatsen die ons de mogelijkheid hebben gegeven om dit onderzoek uit te voeren.

Daarnaast willen wij dankbaarheid uiten naar de respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Zonder hun inbreng en waardevolle input was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Wij hopen dat de resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor mensen met terugval bij psychische problematiek en verslaving.

Met vriendelijke groet,

Celina Lardinois & Luc de Bruijn

Inhoudsopgave

Het terugkerende gevecht	1
The recurring battle	2
Samenvatting	3
Summary:	4
Voorwoord	5
Inhoudsopgave	6
Inleiding	8
Aanleiding vanuit de theorie	8
Aanleiding vanuit de praktijk	9
Doel- en vraagstelling	10
1. Theoretisch kader	11
1.1 Patiënten in de ouderenpsychiatrie	11
1.2. Ziektebeelden	11
1.2.1 Psychoses en delier	12
1.2.2 Persoonlijkheidsstoornissen	12
1.2.3 Stemming- en angststoornissen	13
1.2.4 Depressies	14
1.2.5 Middelenstoornissen	14
1.3 Recidieven	15
1.4 Recidieven voorkomen	15
2. Methoden	17
2.1 Onderzoek benadering	17
2.1.2 Schriftelijk kwalitatief onderzoek	18
2.1.3 Setting en participanten	18
2.1.4 Dataverzameling	19
2.1.5 Medisch ethische aspecten	19
2.1.6 Data- analyse	20
3. Resultaten	21
3.1 Interviews	21
3.1.1. Onderzoekspopulatie	21
3.1.2. Resultaten	21
3.1.2.1. Oorzaken en preventie	21
3.1.2.2. Leermomenten en verbeterpunten	22
3.1.2.3. Grootste uitdagingen	22
3.2 Vragenlijsten	23
3.2.1 Onderzoekspopulatie	23

3.2.2 Resultaten	23
3.2.3 Emotionele impact zorgprofessional	24
3.2.4 Gemeenschappelijke suggesties	25
3.3 Deskresearch	25
3.3.1 Recidieven.....	25
4. Discussie en conclusie.....	27
4.1 Zwakte- en sterkte punten	27
4.2 Conclusie hoofdvraag	27
5. Aanbeveling & inbedding.....	29
5.1 Het interventieteam	29
5.2 De terugvalkaart	30
Literatuurlijst.....	31
Bijlagen	35
Bijlage 1: Open vragenlijst zorgprofessionals	35
Bijlage 2: Topiclijst.....	37
Bijlage 3: Codeerschema.....	38
Bijlage 4: Toestemmingsverklaring interview ondertekend.....	40
Bijlage 5: Transcript interview	41
Bijlage : Zoek strategieën	50

Inleiding

De wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gaat grote veranderingen teweegbrengen. Het behandelen van patiënten in de thuissituatie zal hierbij centraal komen te staan. De groep patiënten met een chronische psychiatrische aandoeningen, die met regelmaat na opname in een recidief verkeren, neemt behoorlijk toe (De Waardt, 2017). Deze toekomstige veranderingen, in combinatie met de aanleiding vanuit de theorie én de praktijk vormt het fundament van deze bachelor thesis.

Aanleiding vanuit de theorie

Om een recidief, ook wel terugval genoemd, te voorkomen is het belangrijk om te weten welke factoren een bijdrage leveren aan het risico op een recidief. Verschillende studies hebben aangetoond dat bepaalde risicofactoren geassocieerd kunnen zijn met een recidief bij verschillende psychische problematieken (Spinhoven, Bockting, Ruhé & Spijker, 2018).

In de afgelopen 12 maanden (2021) heeft ongeveer één op de vier volwassenen (26%) een of meerdere psychische aandoeningen gehad. Dit komt overeen met bijna 3,3 miljoen volwassenen tussen de 18 en 75 jaar (Trimbos instituut, 2022).

Psychische aandoeningen in de bevolking zijn veel voorkomend. Vrijwel de helft van de Nederlandse volwassenen tussen de 18 en 75 jaar (48%) heeft in het leven te maken gehad met één of meerdere psychische aandoeningen gehad. Een kwart van de volwassenen komt in aanraking met stemmingsstoornissen en angststoornissen. Middelstoornissen komen minder vaak voor, 17% van de volwassenen krijgt hier ooit in zijn leven mee te maken (Trimbos instituut, 2022). Ongeveer 40-60% van de mensen die herstellen van drugsverslaving krijgt binnen 1 jaar een recidief (National Institute on Drug Abuse, 2020). Patiënten die een behandeling hebben ondergaan in de verslavingszorg verkeren in 50 tot 70% van de situaties binnen één jaar in een terugval. Bij patiënten die in een recidief verkeerden na detoxificatie, stond een toename van stress op de voorgrond. Patiënten waarbij een recidief niet aan de orde was, lieten binnen vijf maanden een daling van het stressniveau zien (Hermsen, 2018).

Tot op heden is er geen landelijk onderzoek verricht naar het voorkomen van depressieve stoornissen bij ouderen. Hierbij wordt er gesproken van een doelgroep vanaf 65 jaar en ouder. Er zijn verouderde cijfers bekend gericht op zelfrapportage bij ouderen. Deze cijfers zijn afkomstig van een landelijk zelfrapportage onderzoek, die dus niks te maken hebben met het voorkomen van depressieve stoornissen bij ouderen (Trimbos instituut, 2019). De meest recente depressiecijfers zijn gepubliceerd vanuit het LASA-onderzoek in 2002. Uit deze gegevens blijkt dat in 1992 een subklinische depressie werd vastgesteld bij 75% van de ouderen (55-85 jaar), terwijl ongeveer 8% van hen leed aan een klinische depressieve

stoornis. Bovendien ontdekte Beekman et al. (2002) dat van de ouderen die in 1992 gediagnosticeerd waren met een depressieve stoornis, 50,4% nog steeds aan dezelfde stoornis leed in 1995.

Van alle specifieke psychische aandoeningen komt depressie het vaakst voor (Trimbos instituut, 2022). Janssen & Huibers beschrijft dat (Castro-Costa et al., 2007 & Licht-Strunk et al., 2005) studies aantonen dat de prevalentie van depressies bij ouderen ligt tussen de 13,7% en 19,4%. Eerdere episodes van depressie, negatieve cognities en een niet functionerend steunsysteem kunnen worden geassocieerd met een verhoogd risico op een recidief bij een depressie (Spinoven et al., 2018).

Ook patiënten met een persoonlijkheidsstoornissen hebben een verhoogd risico op een recidiverende episode. Een op de acht zestigplussers lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis. Binnen de ggz neemt de prevalentie maar liefst toe tot 33% in poliklinische settingen en tot 80% in klinische settingen. Dit is afhankelijk van het type persoonlijkheidsstoornis, de ernst van de stoornis en de behandeling die wordt geboden. Een systematische review van 96 studies met in totaal 14.725 patiënten met persoonlijkheidsstoornissen liet een totaal percentage van recidieven zien van 40,5% na gemiddeld 3,5 jaar (Bamelis, Evers, Spinoven, & Arntz, 2014; Muris, Schols, Collet & Janssen, 2023).

Aanleiding vanuit de praktijk

Wanneer patiënten in een crisissituatie verkeren, biedt de gesloten acute opname afdeling ouderenpsychiatrie van Mondriaan, Wijerode, een veilige haven voor diagnostiek en behandeling. Het team van zorgprofessionals streeft naar persoonsgerichte zorg waarbij de opnameduur zo kort mogelijk worden gehouden. Hierbij worden de meest voorkomende ziektebeelden zoals depressies, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek, psychoses en hallucinaties behandeld, waarover meer informatie te vinden is in het theoretisch kader.

Uit de praktijkervaring van zorgprofessionals is gebleken dat het behandelen en begeleiden van patiënten in hun eigen woonomgeving een positief effect heeft op de behandeling van hun ziekte. Nadat patiënten zijn opgenomen op de acute opname afdeling van Mondriaan, keren zij meestal terug naar huis waarbij thuiszorg wordt opgestart, bijvoorbeeld voor medicatietoediening. Echter, tijdens deze zorgmomenten wordt het toestandbeeld van de patiënten vaak onvoldoende geobserveerd, waardoor vroegtijdig signalering van een recidief vaak te laat wordt opgemerkt. Dit leidt ertoe dat patiënten regelmatig terugkeren naar de acute opname afdeling van Mondriaan.

Het FACT- team van Mondriaan biedt patiënten die terugkeren naar huis na een opname zeer flexibele begeleiding, waarbij de intensiteit van de zorg kan worden opgeschaald als dat

nodig is om een klinische opname te voorkomen. Door middel van deze werkwijze, waarbij de patiënt centraal staat en de regie over zijn of haar eigen leven wordt teruggegeven, wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en een succesvolle behandeling van de ziekte. De kwetsbaarheden en kwaliteiten van de patiënt worden daarbij nauwkeurig in kaart gebracht en meegenomen in het behandelplan.

Doel- en vraagstelling

Gebaseerd op de sense of urgency, de aanleiding vanuit de praktijk én de aanleiding vanuit de theorie, is het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen op welke manier de HBO-verpleegkundige kan bijdragen aan het voorkómen van heropnames bij patiënten met een recidief die vanuit een acute opname zijn teruggekeerd naar de thuissituatie.

De volgende vraagstelling kan bij deze doelstelling worden geformuleerd: *"Hoe kan de hbo-verpleegkundige bijdragen aan het voorkomen van heropnames bij patiënten die met een recidive episode acuut zijn opgenomen en vervolgens terugkeren naar de thuissituatie?"*

Leeswijzer

Het onderzoek begint met een theoretisch kader waarin de belangrijkste theoretische concepten en onderzoeksvragen worden behandeld. Hierbij wordt ook aangegeven welke onderzoeksmethoden worden gebruikt en hoe deze methoden bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Vervolgens wordt in het hoofdstuk 'Methoden' beschreven welke methoden zijn gebruikt in het onderzoek. Hierbij wordt onder andere ingegaan op de onderzoekspopulatie, de steekproef, het onderzoeksdesign en de data-analysemethoden.

In het derde hoofdstuk, 'Resultaten', worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en geanalyseerd. Hierbij wordt ingegaan op de bevindingen en conclusies die kunnen worden getrokken uit de verzamelde data.

Het vierde hoofdstuk 'Discussie en conclusie' geeft de mogelijkheid om de bevindingen en resultaten van het onderzoek te bespreken en om een conclusie te trekken op basis van de resultaten. Hierbij wordt ook ingegaan op de besprekingen van het onderzoek en de mogelijke richtingen voor vervolgonderzoek.

Tot slot biedt het hoofdstuk, 'Inbedding en advies', biedt een interpretatie van de resultaten en geeft inbedding binnen de bestaande literatuur en context. Ook worden er aanbevelingen gedaan voor verdere studies en hoe de resultaten kunnen worden toegepast in de praktijk.

1. Theoretisch kader

De start van een onderzoek middels deskresearch start met een theoretisch kader. Hieronder vallen relevante begrippen die betrekking hebben op recidive episodes en psychische toestandsbeelden. Allereerst wordt de doelgroep voor dit onderzoek beschreven. Vervolgens worden de veelvoorkomende ziektebeelden van de praktijkplaatsen verder uitgewerkt en wordt er toelichting gegeven van recidive episodes in de thuissituatie. Alle benoemde ziektebeelden en recidive episodes wordt toegelicht aan de hand van relevante en gevalideerde conceptuele- en wetenschappelijke literatuur. Deze literatuur dient als fundering voor het theoretisch kader. Het theoretisch kader maakt onderdeel uit van de deskresearch.

1.1 Patiënten in de ouderenpsychiatrie

Het vroegtijdig herkennen en behandelen van psychische stoornissen bij ouderen, is essentieel voor het behouden van een goede kwaliteit van leven. Wanneer de psychische gezondheid van ouderen wordt aangetast, vermindert de kwaliteit van leven meestal in grotere mate dan bij de aantasting van lichamelijke gezondheid (Verhey, et al., 2018).

De ouderenpsychiatrie (65+) wordt gedefinieerd als alle vormen van psychische ontregeling in zowel een lichte, matige of ernstige vorm. Bij deze patiënten kan er sprake zijn van psychische klachten die voor het eerst zijn ontstaan, maar ook van psychische klachten die al langer een rol spelen in iemands leven. Deze klachten kunnen worden gecompliceerd door bijkomende somatische klachten, de gevolgen van medicatiegebruik of cognitieve klachten (Hengeveld, van Balkom, van Heeringen & Sabbe, 2018). Bij deze patiënten zijn er problemen ontstaan in het dagelijks functioneren en is er vaak sprake van leed bij zowel de patiënt als diens naasten (Kat, 2019).

Het aantal personen boven de 65 jaar neemt toe met maar liefst 30%. Het aantal 80-plussers zal in 2030 oplopen tot ruim een miljoen. Ondanks de aanwezigheid van lichamelijke en psychische problemen, woont ruim 80% van de 85-plussers zelfstandig. De verwachting is dat dit percentage de komende jaren verder toe zal nemen. In verband met de enorm stijging van het aantal ouderen, zal de demografische druk de komende jaren ook toenemen: van 65% in 2015 tot maar liefst 90% in 2040. (Achilles, Beerthuis & van Ewijk 2017; Hengeveld, et al., 2018).

1.2. Ziektebeelden

In deze paragraaf worden ziektebeelden in de ouderenpsychiatrie beschreven. Deze zijn geselecteerd op basis van veelvoorkomende psychiatrische ziektebeelden op de praktijkplekken en gerelateerd aan de vraagstelling.

1.2.1 Psychoses en delier

Een psychose is een veranderde beleving van de werkelijkheid die wordt waargenomen, waarbij de emoties en denkprocessen van de patiënt worden beïnvloed. Hierbij kan er sprake zijn van wanen, hallucinaties en chaos in het doen, denken en spraak. De afgelopen decennia zijn psychoses gerelateerd aan schizofrenie, schizo affectieve stoornis en affectieve psychosen. Incidentiestudies schatten dat er tussen de 120.000 en 150.000 patiënten in behandeling zijn voor een psychose (GGZ-standaarden, 2023; van der Gaag & Staring, 2019).

Psychotische ervaringen die optreden na het zestigste levensjaar, kunnen in verband staan met een delier of cognitieve problematiek. Een delier is met een gemiddelde van 20% de meest voorkomende psychiatrische aandoening in de ouderenpsychiatrie. Bij patiënten vanaf 85 jaar stijgt de prevalentie tot 14%. Kenmerkend aan een delier is het acute ontstaan van de psychische ontregeling en het wisselend beloop van de symptomen. Daarnaast staat wisselende gestoorde aandacht in de meeste gevallen op de voorgrond en is er vooral sprake van visuele hallucinaties. Het herkennen van specifieke symptomen, zoals angstklachten of vermindering in sociale contacten is noodzakelijk bij het herkennen van een psychose op latere leeftijd (Rinsma, Meesters & Boonstra, 2019; Verhey, et al., 2018).

1.2.2 Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen komen met regelmaat voor in de ouderenpsychiatrie. Er zijn beperkt cijfers gepubliceerd over de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen. In 2021 waren er 252.800 patiënten bekend bij de huisarts met een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (Hutsebaut, et al., 2022). In de ambulante en poliklinische setting ligt de prevalentie tussen de 5 en 33%. In de klinische setting is dit maar liefst tussen de 7 en 80%. Deze prevalentie cijfers lopen behoorlijk uiteen. Dit wordt veroorzaakt door onder diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in de ouderenpsychiatrie (van Alphen, Oude Voshaar, Bouckaert & Videler, 2018; Hutsebaut, et al., 2022).

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) beschrijft persoonlijkheidsstoornissen in 10 verschillende vormen, verdeeld over de clusters A, B en C. Wanneer een patiënt gediagnostiseerd is met een paranoïde, schizo typische of schizoïde persoonlijkheidsstoornis, is er sprake van extreem solistisch gedrag wat wordt beschreven als cluster A. Cluster B wordt beschreven als manipulatief gedrag. In dit cluster kan er sprake zijn van een antisociale, narcistische, histrionische of borderline persoonlijkheidsstoornis. Wanneer angst op de voorgrond staat en de patiënt vermijdend, afhankelijk of dwangmatig gedrag vertoont is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis in cluster C (Muris et al., 2023). Elk cluster wordt onderverdeeld in verschillende stoornissen.

Bij elke stoornis horen weer bepaalde observeerbare kenmerken.

Persoonlijkheidsstoornissen worden in de ouderenpsychiatrie eerder gezien als regel dan uitzondering. Dit heeft te maken met het feit dat patiënten in de ouderenpsychiatrie vaak met deze co-morbide stoornissen naar de geestelijke gezondheidszorg worden verwezen. Hierbij is er sprake van een slechte prognose en een gecompliceerd verloop (Verhey, et al.,2018; van Alphen, 2018).

1.2.3 Stemming- en angststoornissen

Wereldwijd behoren angststoornissen tot de meest prevalentie psychische aandoeningen. Angststoornissen kunnen worden herkend door irrationele, angstige gedachten en overmatige gevoelens van angst. In de ouderenpsychiatrie behoort een angststoornis tot de meest prevalentie stoornis. Dit betekent dat er bij de meeste ouderen met een angststoornis sprake is van een chronisch of recidiverend beloop. Het gevolg hiervan is dat er bij deze ouderen sprake is van een grote ziektelast en een verminderd levenskwaliteit (Verhey, et al.,2018).

Angststoornissen bij ouderen komen frequent voor. Eén op de tien zelfstandig wonende ouderen in Nederland heeft een angststoornis. Van de ouderen heeft 15% ooit een angststoornis doorgemaakt in zijn leven. Angststoornissen geven grote gevolgen op sociaal vlak, voor de fysieke en mentale gezondheid, deze hebben invloed op de kwaliteit van leven. Angststoornissen zijn vaak lastig bij ouderen te herkennen. Een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) wordt gekenmerkt door overmatige en onbeheersbare bezorgdheid. Piekergedachten bij ouderen met een vorm van angststoornissen richten zich vooral op de eigen gezondheid en het verlies van autonomie. Angststoornissen openbaren zich in 99% van de gevallen voor het 65^{ste} levensjaar. Onderstaand de soorten angststoornissen met de prevalentie in percentages weergegeven (Muris et al., 2023).

angststoornis	prevalentie
gegeneraliseerde angststoornis	3,6 %
paniekstoornis	2 %
agorafobie (pleinvrees)	1 %
sociale angststoornis	6,6 %
specifieke fobie	7,5 %
andere en ongespecificeerde angststoornis	18,5 %

Tabel 1: Soorten angststoornissen en prevalentie.

(Muris et al., 2023)

Stemmings- en angststoornissen bij ouderen gaan gepaard met cognitieve disfuncties. Deze herstellen regelmatig als de fase zich in de remissie bevindt. Angst en neuro psychiatrische

symptomen kunnen onderdeel zijn van een cognitieve stoornis of prodromaal symptoom. In dit geval valt op dat angst moeilijker regulier te behandelen is. Een (hypo)manie kan zich op latere leeftijd voor het eerst manifesteren. Van belang is om na te gaan of er in het verleden eerdere episoden van somberheid of grootheid ideeën zijn. Gezien de genetische predispositie van bipolaire stoornissen is een familieanamnese beslist nodig (Muris et al., 2023).

Hendriks (Penninx, 2021 & Ter Meulen, 2021) beschrijft dat stemmings- en angststoornissen naarmate de klachten toenemen steeds meer gezamenlijk voorkomen. Hierbij is er sprake van een chronisch en fluctuerend beloop met recidive episodes.

1.2.4 Depressies

Depressie kan op latere leeftijd ontstaan en hangt samen met een toenemende kans op ziekte of zelfs overlijden (Berg et al., 2021). De toenemende vergrijzing en de gemiddelde levensverwachting van boven de 80 jaar, maakt de verwachting dat binnen 10 jaar meer dan 25% van de bevolking 65+ zal zijn. De combinatie van ingrijpende gebeurtenissen en chronische ziekten doen zich op deze leeftijd vaak voor. Dit kan dan ook een rol spelen bij het ontstaan en ontwikkelen van een depressie (Su, Janssen & Oppen, 2021).

De behandeling van een depressie kan worden verdeeld in drie fasen. De acute fase staat bekend om het nastreven van herstel. Na deze herstelfase gaat de behandeling verder in de continueringsfase, wat is gericht op het voorkomen van een terugval. Tot slot is er nog een onderhoudsfase, die is gericht op het voorkomen van een recidief (Federatie Medisch specialisten, 2013).

1.2.5 Middelenstoornissen

Middelenstoornissen bij ouderen is een groeiend probleem. Oudere volwassenen zijn kwetsbaarder voor de negatieve effecten van middelenmisbruik, zoals verslaving en gezondheidsproblemen. Dit kan komen door veranderingen in de lichamelijke gezondheid, verlies van sociale steun en eenzaamheid (Trimbos instituut, 2022). De meest gebruikte middelen zijn cannabis, cocaïne, tabak en benzodiazepines (Kaasenbrood & Wunderink, 2021). Wanneer patiënten frequent drugs of alcohol gebruiken, kan dit lichamelijke afhankelijkheid voor dit middel als gevolg hebben. Deze afhankelijkheid wordt ook wel tolerantie genoemd (Franken et al., 2019).

Naast het gebruik van drugs of alcohol, kunnen benzodiazepines ook leiden tot verslaving. De detoxificatiefase van benzodiazepines zal al in een vroege fase synchroon moeten lopen met psychologische interventies, in het belang van terugvalpreventie (Kaasenbrood & Wunderink, 2021).

Hieronder enkele cijfers met betrekking tot middelenstoornissen bij ouderen in Nederland volgens het Trimbos instituut (2022):

- In 2020 had 36% van de 65-plussers ooit cannabis gebruikt.
- In 2019 had 1,5% van de 65-plussers cocaïne gebruikt.
- In 2020 had 1,2% van de 65-plussers alcoholmisbruik of afhankelijkheid ervaren.

1.3 Recidieven

Veel patiënten met een chronische psychiatrische stoornis herstarten een leven buiten de ggz-instellingen. Hierbij kan het wel voorkomen dat deze patiënten herhaaldelijk kortdurende opnames nodig hebben. Deze patiënten worden ook wel 'draaideur patiënten' genoemd. (Deth, 2019).

Voor het kiezen van passende behandeling, begeleiding en het stellen van de diagnose is het essentieel om te zoeken naar specifieke symptomen of psychische kwetsbaarheden. Verfijning van de gestelde diagnose is de volgende stap om een syndromale diagnose te kunnen stellen. Per definitie wordt dit beschreven als meerdere symptomen die een samenhang hebben. Het psychiatrisch syndroom beschrijft meerdere symptomen die een samenhang hebben, het geeft informatie over de actuele psychiatrische episode en de duur waarin deze episode aanhoudt. Wanneer het psychiatrisch syndroom een recidiverend proces is, wordt dit een recidief genoemd (Kat, 2019).

National Institute on Drug Abuse (2020) beschrijft de definitie van een recidief als het heroptreden van symptomen of problemen die eerder onder controle leken te zijn, na een periode van remissie. Vaak wordt een recidief geassocieerd met specifieke triggers, persoonlijke kwetsbaarheden en risicofactoren (Witkiewitz, Litten & Leggio, 2019).

Wanneer symptomen langer dan zes maanden aanhouden is er sprake van een chronisch verloop. Een chronisch verloop wordt ingedeeld in een progressief, statisch en intermitterend verloop. Wanneer de toestand van de patiënt geleidelijk verslechtert is er sprake van een progressief verloop. Bij een statisch verloop blijft de toestand onveranderd en wordt er geen herstel of verbetering verwacht. Wanneer periodes van herstel en remissie zich afwisselen is er sprake van een intermitterend recidief verloop (Deth, 2019).

1.4 Recidieven voorkomen

Het voorkomen van recidieven bij patiënten met psychische problematieken is een gecompliceerd proces en afhankelijk van verschillende factoren. Hierbij speelt de ernst van de problematiek, de beschikbaarheid van behandelingen en effectiviteit een belangrijke rol. De kwaliteit van de nazorg is ook een belangrijke factor. Er zijn een aantal strategieën die kunnen bijdragen aan het voorkomen van een recidief. Een van deze strategieën is het

vroegtijdig detecteren en inzetten van interventies. Het vroegtijdig herkennen van signalen van een recidief en het tijdig aanbieden van passende interventies is hierbij van groot belang. 'Follow up' gesprekken na een behandeling kunnen bijvoorbeeld helpen bij het implementeren van deze strategie. Een geïntegreerde behandeling, is een andere strategie waarbij psychische problematiek wordt behandeld. Dit draagt bij aan het verminderen van de kans op een recidief. Goede nazorg en ondersteuning na een behandeling draagt ook bij aan het voorkomen van een recidief. Hierbij hoort het bieden van persoonsgerichte nazorg en een steunen sociaal netwerk. Het begrip 'stress management' kan ook bijdragen aan het voorkomen van een recidive episode. Stress kan namelijk een belangrijke trigger zijn voor patiënten met psychische problematiek. Een studie, gericht op de effecten van cognitieve gedragstherapie, onderzocht het voorkomen van een recidive episode bij patiënten met psychische problematiek. Het onderzoek beschrijft dat cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling is bij het voorkomen van een recidive episode (Tan, et al, 2022; Laudet, 2011).

Voortvloeiend op het theoretische kader worden de onderzoeksmethoden benoemd en beschreven.

2. Methoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode met een theoretisch onderbouwd plan van dataverzameling en data-analyse beschreven. Hierbij staan de medisch ethische aspecten centraal.

2.1 Onderzoek benadering

In dit onderzoek wordt een kwalitatieve onderzoeksmethode toegepast. Middels deze onderzoeksmethode kan er worden vastgesteld wat het karakter van een probleem is, welke informatie relevant is en welke informatie wordt gemist (Baarda, 2019).

Er is gekozen om te werken volgens kwalitatieve onderzoeksmethoden, omdat er een groep zorgprofessionals is geselecteerd voor zowel mondelinge interviews als een schriftelijke vragenlijst (bijlage 1). Middels deze wijze wordt er diepgaande informatie verkregen voor dit onderzoek.

Medisch ethische toetsing is alleen van toepassing wanneer er sprake is van zowel een medisch als wetenschappelijk onderzoek waarbij er een bijdrage wordt geleverd aan medische kennis. Proefpersonen worden blootgesteld aan een handeling of gedragswijze die de lichamelijke en/of psychische integriteit aantast. In dit onderzoek is dit niet van toepassing en is er geen medisch ethische toetsing uitgevoerd (Elsi, 2021).

2.1.1 Mondeling kwalitatief onderzoek

Data-verzameling vindt plaats door middel van ongestructureerde interviews (Baarda, 2019). Vooraf aan deze interviews ligt de beginvraag vast en zijn de onderwerpen ook vastgesteld. De antwoorden van de personen die worden geïnterviewd vormen de basis voor de verdere vragen die worden gesteld in de interviews (Fischer, et al., 2022). De interviews worden gevoerd aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (bijlage 2). Deze topiclijst bestaat uit thema's rondom ervaringen van recidive episodes, meningen rondom dit onderwerp, het voorkomen van recidieven, de waarde van een sociaal netwerk en tips voor het onderzoek.

Een interview biedt de mogelijkheid om diepgaande informatie te verzamelen over ervaringen, attitudes, meningen en overtuigingen van geïnterviewde professionals. Daarnaast biedt een interview flexibiliteit. Hierdoor kan de inhoud van het interview worden aangepast op de individuele professional en kunnen er vragen worden gesteld die relevant zijn voor hun eigen ervaringen en omstandigheden. Tot slot biedt een interview controle over het verzamelde materiaal en kan er worden doorgevraagd op de antwoorden van de professionals.

2.1.2 Schriftelijk kwalitatief onderzoek

Met behulp van een open schriftelijke vragenlijst worden de meningen en ervaringen van zorgprofessionals meegenomen in dit onderzoek (Baarda, et al., 2021). Essentieel bij een vragenlijst in een kwalitatief onderzoek is dat deze vragenlijst open vragen bevat en naar een geselecteerde, kleine groep verpleegkundigen wordt verstuurd (Scribbr, 2022).

Op de praktijkleerplaatsen werken verpleegkundigen met veel werkervaring binnen de acute ouderenpsychiatrie. In verband met de hoge werkdruk is een schriftelijke vragenlijst een waardevolle aanvulling op de dataverzameling die uit de interviews voortkomt. Deze vragenlijst bevat open vragen, waarbij de verpleegkundigen in de mogelijkheid zijn om hun eigen ervaringen en perspectieven te delen. Hierdoor kan er aanvullende informatie worden verkregen die anders wellicht niet zou zijn verzameld.

2.1.3 Setting en participanten

Het praktijkonderzoek vindt plaats binnen Mondriaan, afdeling C3 van Wijerode en Meandergroep, Verpleging & Verzorging (V&V) team markt. Op afdeling C3 van Mondriaan worden patiënten opgenomen in een acute crisissituatie, waarbij diagnostiek en behandeling centraal staan. V&V markt van Meandergroep is een zorgorganisatie die onder andere thuiszorg verleend.

Er zijn professionals op beide werkplekken geselecteerd die bij patiënten zijn betrokken waarbij (meermaals) recidieven zijn voorgekomen. De interviews worden afgenomen bij professionals op beide praktijkleerplaatsen, namelijk met behandelaren, de coördinator opname doorplaatsing en ontslag (CODO) ouderenzorg, verpleegkundigen, zichtbare schakels en gespecialiseerd thuisbegeleiders. Daarnaast zal er ook een interview plaatsvinden met de eigenaar van een kleinschalig, forensische, psychische en extramurale zorgorganisatie.

De exclusiecriteria betreft zorgprofessionals die over onvoldoende kennis en ervaring beschikken met betrekking tot recidieven.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
• MBO- verpleegkundigen (ervaring met recidieven) • HBO- verpleegkundigen (ervaring met recidieven) • Afstuderende studenten (ervaring met recidieven)	• Agogisch medewerkers • Flex- medewerkers • ZZP'ers • Stagiaires • Leerlingen • Helpende • Helpende +

• Behandelaren (ervaring met recidieven) • Teamleiders (ervaring met recidieven) • Verpleegkundig specialisten (ervaring met recidieven) • Manager (ervaring met recidieven) • CODO-ouderenzorg (ervaring met recidieven) • Verzorgende IG (ervaring met recidieven)	• Verzorgende C
---	---

Tabel 2: inclusie- en exclusiecriteria

2.1.4 Dataverzameling

De vragenlijst wordt middels Survio gemaakt en gestuurd naar geselecteerde zorgprofessionals in de organisatie. Deze tool is gekozen omdat het een overzichtelijk en schematisch overzicht weergeeft van de resultaten. Deze zal gedurende een periode van drie weken kunnen worden ingevuld. De deelnemers ontvangen deze vragenlijst per mail en kunnen deze online en anoniem invullen. In deze mail wordt ook het onderzoek beschreven en hoe de data zal worden verwerkt. Nadat een zorgprofessional de vragenlijst heeft ingevuld, komen de gegeven antwoorden binnen bij de onderzoeksresultaten waarbij alleen het tijdstip waarop de vragenlijst is ingevuld wordt weergegeven. Er worden geen persoonsgegevens hierbij weergegeven.

2.1.5 Medisch ethische aspecten

Tijdens de uitvoering van een praktijkonderzoek staat het begrip 'ethiek' centraal. De onderzoekers zullen zich moeten houden aan de wetgeving op het gebied van datagebruik en privacy (van der Donk & van Lanen, 2019).

Gedurende dit onderzoek worden er persoonsgegevens verwerkt en wordt er voortdurend rekening gehouden met de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Deze wet beschrijft dat persoonsgegevens alleen verzameld mogen worden met een gerechtvaardigd en vooraf omschreven doel (Autoriteit persoonsgegevens, z.d; van der Donk & van Lanen, 2019).

Allereerst wordt er toestemming gevraagd aan de professionals voor de verzameling van data en de opname tijdens de interviews. Het verwerken van de verkregen informatie tijdens

de data- analyse wordt anoniem samengevat. Ditzelfde geldt ook voor de vragenlijsten, deze worden anoniem door de verpleegkundigen ingevuld.

2.1.6 Data- analyse

Voor dit onderzoek is gekozen om gebruik te maken van deskresearch en fieldresearch. Zowel deskresearch en fieldresearch zijn beide essentiële methoden om informatie te verzamelen in dit onderzoek. Deskresearch is het proces van verzamelen en analyseren van informatie uit bestaande bronnen. Deze informatie is afkomstig van boeken, tijdschriften, online databanken e.d. Fieldresearch is het proces voor het verzamelen van informatie door directe informatie vanuit doelgroepen door middel van interviews, enquêtes, observatie en focusgroepen (Grit & Julsing, 2021).

Met behulp van deskresearch is het theoretisch kader over recidive episodes en veelvoorkomende ziektebeelden opgesteld. Door middel van fieldresearch wordt er diepgaand inzicht verkregen in het beloop en verloop in recidive episodes. Door direct met de betreffende zorgprofessionals in gesprek te gaan kan het onderzoek een beter beeld krijgen van de complexiteit en variabiliteit van recidieven.

De interviews worden getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. Er wordt gestart met open coderen (bijlage 3). Hierbij krijgen de zinnen of tekstfragmenten een bepaald thema of code. Vervolgens wordt er axiaal gecodeerd waarbij de thema's of codes worden geclusterd en worden er onderlinge verbanden gelegd. Tot slot wordt er selectief gecodeerd. Hierbij wordt een hoofdthema geselecteerd en worden er verbanden gelegd met subthema's. Deze verbanden en thema's zijn vanuit de praktijk naar voren komende theorieën (Eskens & van Oostveen, 2021; van der Donk & van Lanen, 2019).

Na het beschrijven en het uitvoeren van de methoden worden de verzamelde resultaten beschreven.

3. Resultaten

Het hoofdstuk resultaten biedt een gedetailleerde analyse van bevindingen die verzameld zijn vanuit interviews en vragenlijsten. Deze bevindingen zijn afkomstig van vooraf geselecteerde zorgprofessionals welke staan beschreven in de in- en exclusiecriteria in tabel 2. Deze worden gepresenteerd en geanalyseerd om inzicht te krijgen in meningen, ervaringen en percepties van de respondenten over recidieven. Dit hoofdstuk fungeert als de basis voor het beschrijven van de discussie, conclusie, aanbeveling en inbedding

3.1 Interviews

Voor het verzamelen van zo veel mogelijk informatie van de vooraf geselecteerde zorgprofessionals, is er gebruikt gemaakt van een ongestructureerd interview. Hiervoor is er een topiclijst opgesteld, terug te vinden in bijlage 2. In verband met de privacywetgeving is er gebruik gemaakt van een toestemmingsverklaring. Deze is terug te vinden in bijlage 4.

3.1.1. Onderzoekspopulatie

Er is gekozen om zorgprofessionals te interviewen met een ruime werkervaring binnen de ouderenpsychiatrie. De CODO werkt als verpleegkundige op de acute opname afdeling van Mondriaan. Hiernaast is hij ook verantwoordelijk voor opnameplaatsing en het in gang zetten van de nazorg of overplaatsingen naar andere afdelingen. De verpleegkundig specialist i.o. heeft jarenlange werkervaring als verpleegkundige op de medisch psychiatrische unit (MPU) van Zuyderland en werkt momenteel op de acute opnameafdeling van Mondriaan.

Naast deze interne zorgprofessionals, zijn er ook twee externe zorgprofessionals geïnterviewd. Hieronder valt de verpleegkundige plus met jarenlange werkervaring binnen de forensische psychiatrie, momenteel werkzaam als zichtbare schakel bij Meander thuiszorg. Daarnaast is er een onafhankelijke zorgprofessional benaderd, werkzaam binnen de forensische en psychiatrische ambulante begeleiding.

3.1.2. Resultaten

Tijdens de interviews zijn zeven belangrijke onderwerpen behandeld met ervaren zorgprofessionals die minimaal zes tot tien jaar werkzaam zijn binnen de problematiek van recidieven. Opvallend is dat zij overeenstemmen in hun benoeming van de belangrijkste oorzaken van terugval, zoals: eenzaamheid, triggers na ontslag en een gesprek aan kennis bij familieleden en thuiszorgmedewerkers.

3.1.2.1. Oorzaken en preventie

Een fungerend steunsysteem wordt door de zorgprofessionals als essentieel beschouwd om de genoemde oorzaken van terugval te voorkomen. Een bijkomend voordeel van een steunsysteem is dat het de kans op eenzaamheid verkleint. Tijdens een opname is een patiënt immers omringd door mensen en kan er continu sociaal contact plaatsvinden. Bij

ontslag zonder een fungerend steunsysteem is de kans groot dat een patiënt weer terugvalt in een recidive episode door eenzaamheid. Bovendien is het tijdig opstarten van goede nazorg een tweede belangrijke factor om eenzaamheid te voorkomen. Het is echter vaak problematisch dat er lange wachttijden zijn bij ambulante begeleiding, dagbesteding en thuiszorg, waardoor de nazorg niet aansluitend kan worden geboden. Een goede oplossing voor dit probleem is dan ook cruciaal.

In de thuiszorg wordt nazorg geboden op basis van aanreiking, toezicht en medicatie inname door verschillend geschoold zorgpersoneel. Een belangrijk struikelblok hierbij is de beperkt geïndiceerde tijd, het gebrek aan voldoende psychiatrische kennis bij het zorgpersoneel en de onbekendheid van bijvoorbeeld een signaleringsplan. Deze factoren kunnen leiden tot onvoldoende nazorg en een verhoogd risico op terugval bij patiënten. Het is van groot belang om deze problemen aan te pakken en te zorgen voor meer gespecialiseerde training voor zorgpersoneel, zodat zij beter in staat zijn patiënten effectief te ondersteunen en te begeleiden bij hun herstelproces.

Eén van de geïnterviewde zorgprofessionals benadrukt het belang van een effectieve combinatie van een steunsysteem en zorgpersoneel met voldoende kennis. Dit kan de omgevingstriggers die bij een patiënt terugvalt in oud gedrag kunnen veroorzaken, verminderen. Het is bekend dat de terugkeer naar de thuissituatie na een opname een kritiek moment is en dat het juiste steun systeem kan helpen bij het detecteren van deze triggers voordat de patiënt volledig terugvalt in oud gedrag.

3.1.2.2. Leermomenten en verbeterpunten

Om de beste nazorg voor patiënten te kunnen leveren, is het van belang om de communicatie tussen intramurale en extramurale zorgprofessionals te verbeteren. Ook het aanbieden van de juiste scholing en training is essentieel om de kennis en vaardigheden van zorgprofessionals te verbreden. Met de juiste kennis en vaardigheden kunnen zorgprofessionals tijdig signaleren en handelen, waardoor een recidive kan worden voorkomen.

Eén van de geïnterviewde zorgprofessionals benadrukt dat zelfreflectie en teamreflectie belangrijke leermomenten zijn om recidieven te voorkomen. Door regelmatig te reflecteren op de eigen handelingen en die van het team, kunnen zorgprofessionals inzicht krijgen in hun sterke en zwakke punten en verbeterpunten identificeren. Zo kan de zorgverlening steeds verder worden geoptimaliseerd, wat bijdraagt aan het voorkomen van recidieven.

3.1.2.3. Grootste uitdagingen

De geïnterviewde zorgprofessionals zijn het eens dat wet- en regelgeving een grote uitdaging vormt bij het bieden en opstarten van passende nazorg. Een belangrijk obstakel is

de strikte scheiding tussen intramurale en extramurale zorg, die verzekeringstechnisch niet in elkaar mogen overlopen. Dit kan leiden tot een situatie waarin patiënten tussen wal en schip dreigen te vallen en geen passende begeleiding ontvangen. Het is dus van belang om de samenwerking en afstemming tussen intramurale en extramurale zorgverleners te verbeteren, zodat patiënten na ontslag uit een instelling naadloos kunnen worden overgedragen naar passende nazorg. Door deze obstakels aan te pakken, kan de kwaliteit van zorg voor patiënten worden verbeterd en de kans op recidieven worden verminderd.

3.2 Vragenlijsten

De opgestelde vragenlijst (bijlage 1) bestaat uit vijf open vragen, waarbij zorgprofessionals hun eigen ervaringen en meningen kunnen invullen.

3.2.1 Onderzoekspopulatie

Een geselecteerde groep zorgprofessionals die ervaring heeft met recidive episodes in de ouderenpsychiatrie, heeft per mail de vragenlijst toegestuurd gekregen. De groep zorgprofessionals is werkzaam in zowel de intramurale als extramurale setting.

De vragenlijst is verstuurd naar 30 zorgprofessionals, met een volledig ingevuld resultaat van 23 respondenten. Dit komt neer op een percentage van 76,7. De vragenlijst is opengezet op 25-03-23. De eerste 8 dagen na uitzetting is het hoogste respons verkregen van 15 ingevulde vragenlijsten. Na 12 dagen waren er in totaal 17 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Op 06-04-23 is er een herinneringsmail verstuurd, met positief resultaat. Tot aan de sluitingsdatum zijn er 6 nieuwe respondenten geweest die de vragenlijst hebben ingevuld. In totaal is er een respons behaald van 23 ingevulde vragenlijsten.

3.2.2 Resultaten

Eén van de respondenten benoemt dat de wet- en regelgeving belemmerend is voor de nazorg en het voorkomen van recidieven:

"Het meest lopen we tegen wet- en regelgeving aan. Je ziet vaak vooraf dat iemand beter in een intramurale setting is, maar kunt dit niet verplichten".

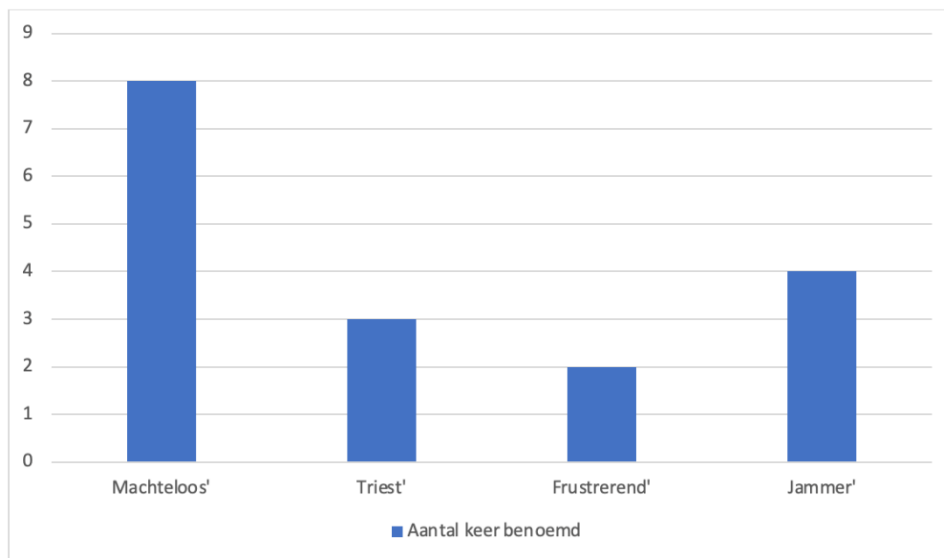
Een belangrijk onderdeel van de nazorg is de afhankelijkheid van ambulante zorgprofessionals, waarbij een goede overdracht en betrokkenheid van het sociaal steunsysteem essentieel is, zoals ook door andere respondenten wordt bevestigd.

Respondenten beschrijven in de vragenlijst meerdere verbeterpunten in de praktijk. Zo kan er meer toezicht op medicatie- inname, het toedienen van depotmedicatie en het inzetten op positieve gezondheid bijdragen aan het voorkomen van recidieven. Ook het afstemmen van

de zorg vóór ontslag tussen intramuraal en extramuraal en het opstellen van een kort, krachtig en overzichtelijk signaleringsplan worden genoemd als belangrijke aspecten van nazorg.

3.2.3 Emotionele impact zorgprofessional

Wanneer een patiënt met een recidief terug wordt opgenomen, doet dit veel met zowel de betrokken als de zorgprofessionals. Begrippen als "machteloos", "triest" en "frustrerend" worden veel benoemd in de vragenlijsten. Het is belangrijk om professioneel te blijven in deze situaties en de emotionele impact van de zorgprofessional niet de overhand te laten nemen:



Tabel 3: veelvoorkomende begrippen in de vragenlijst, gerelateerd aan emotioneel impact op de zorgprofessionals (niet alle respondenten zijn hierin meegenomen).

"Ik vind het altijd erg jammer en triest om te zien. Je hebt mensen beter zien worden tijdens een opname en 'goed' naar huis zien gaan. Om ze dan weer veel slechter binnen te zien komen is gewoon erg jammer. Het lijkt dan net alsof de vorige opname voor niets is geweest".

Daarnaast wordt er ook beschreven dat een recidief vaak verwacht wordt, als een patiënt met ontslag gaat. De respondenten geven ook weer dat de fout van een recidief vaak onder de zorgprofessionals wordt gezocht. Het komt voor dat een patiënt tegen advies met ontslag wil en terugkeert in de thuissituatie, terwijl zorgprofessionals weten dat dit een trigger gaat zijn voor een recidive episode. Hierbij is de kans aanwezig dat er een tegenoverdracht ontstaat richting de patiënt.

3.2.4 Gemeenschappelijke suggesties

Extramurale zorgprofessionals benoemen een checklist te missen, met observatiepunten gericht op de individuele patiënt:

"We kunnen ondersteunen en signaleren, maar we zijn geen gespecialiseerde GGZ. We moeten weten wat we moeten zien."

Het uitbreiden van ambulante begeleiding wordt vaak beschreven door de respondenten. Hierbij wordt gesuggereerd dat het wenselijk is dat zorgprofessionals van de intramurale setting, samen met het ambulante team in de extramurale setting, de patiënt kunnen begeleiden en samen nazorg kunnen leveren. Dit kan leiden tot een soepelere overgang tussen de klinische opname en de terugkeer van de patiënt in de thuissituatie.

Kortere wachttijden van passende nazorg, zoals dagbesteding wordt vaak benoemd als wenselijk.

3.3 Deskresearch

De deskresearch wordt beschreven aan de hand van eerder onderzochte literatuur uit het theoretisch kader. De verzamelde data uit het theoretisch kader bevat onvoldoende informatie om het antwoord op de hoofdvraag te beantwoorden. Het is noodzakelijk om deze informatie sterk te onderbouwen met fieldresearch. Deze paragraaf bevat een samenvatting van geselecteerde data gericht op het voorkomen van recidieven.

3.3.1 Recidieven

Veel patiënten met een chronische psychiatrische stoornis proberen een leven buiten ggz-instellingen te herstarten, maar sommigen hebben herhaaldelijk kortdurende opnames nodig. Het is belangrijk om bij het kiezen van passende behandeling, begeleiding en het stellen van de diagnose specifieke symptomen en psychische kwetsbaarheden te onderzoeken. Elk ziektebeeld kent een andere vorm van een recidief en vergt dan ook een andere vorm van terugvalpreventie. Een syndromale diagnose omvat meerdere samenhangende symptomen die informatie geven over de huidige psychiatrische episode en de duur ervan. Een recidief verwijst naar het heroptreden van symptomen na een periode van remissie en wordt geassocieerd met triggers, persoonlijke kwetsbaarheden en risicofactoren.

Het voorkomen van recidieven bij patiënten met psychische problemen is complex en afhankelijk van verschillende factoren, waaronder de ernst van de problemen, beschikbare behandelingen en effectiviteit, en de kwaliteit van de nazorg. Strategieën om recidieven te voorkomen omvatten vroegtijdige detectie en interventies, zoals follow-upgesprekken,

geïntegreerde behandeling, persoonsgerichte nazorg, een ondersteunend sociaal netwerk en stressmanagement.

4. Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk wordt de discussie en de conclusie van dit onderzoek beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van zwakke en sterke punten. Daarnaast wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag.

4.1 Zwakte- en sterke punten

Voor dit onderzoek is deskresearch uitgevoerd waarbij vrijwel geen recente literatuur beschikbaar is over recidieven in het algemeen. Desondanks is geprobeerd om zo veel mogelijk recente literatuuraanvullingen toe te passen. Hieruit bleek dat elk psychiatrisch ziektebeeld zijn eigen vorm van zowel terugval als terugvalpreventie kent. Tijdens de fieldresearch kwam naar voren dat de geïnterviewde respondenten een te hoge werkdruk ervaarden, wat het moeilijk maakte om binnen een kort tijdbestek interviews in te plannen.

Naast de zwakke punten zijn er ook sterke punten gebleken tijdens dit onderzoek. Zo is er gebruik gemaakt van zowel conceptuele als wetenschappelijke literatuur, variërend van Engelstalige tot Nederlandstalige context, waaronder systematische reviews en meta-analyses. Beide staan hoog in de Evidence-based piramide en zijn dus sterke punten van dit onderzoek. De open vragenlijst heeft maar liefst een respons van 76,7%. Deze hoge respons tijdens de fieldresearch, draagt bij aan het versterken van de resultaten van de deskresearch.

Ten slotte heeft dit onderzoek geleid tot een krachtige aanbeveling, ondersteund door deskundige- en onderzoeksgegevens. Bovendien worden zowel het interventieteam als de terugvalkaart daadwerkelijk in de praktijk uitgevoerd met ingang vanaf 1 juni 2023. Deze interventies zullen op korte termijn worden geïmplementeerd op de praktijkleerplaatsen.

4.2 Conclusie hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: *"Hoe kan de hbo-verpleegkundige bijdragen aan het voorkomen van heropnames bij patiënten die met een recidive episode acuut zijn opgenomen en vervolgens terugkeren naar de thuissituatie?"*

Een betere afstemming en samenwerking tussen intramurale en extramurale zorgprofessionals is van essentieel belang om efficiëntere en veiligere nazorg te garanderen. Uit de resultaten en aanbevelingen kan worden geconcludeerd dat zowel een steunsysteem als een gespecialiseerd interventieteam noodzakelijk zijn voor vroegtijdige signalering bij patiënten vanuit de intramurale (Mondriaan) setting naar de extramurale (Meander thuiszorg) setting gaan. Door het inzetten van een interventieteam, gespecialiseerd in patiënten met psychische problematiek met de inzet van een terugvalkaart kan er geconcludeerd worden dat de doelstelling van dit onderzoek is behaald. De HBO- verpleegkundige streeft naar het verbeteren van de verpleegkundige zorg voor

zowel de patiënten als zorgprofessionals. De verwachting is dat door deze bijdrage de kwaliteit van zorg zal verbeteren en de kans op een recidive episode bij patiënten met psychische problematiek zal afnemen dankzij deze aanbevelingen. Aansluitend op de discussie en conclusie, volgt de aanbeveling & inbedding.

5. Aanbeveling & inbedding

Uit zowel de interviews als de vragenlijsten is gebleken dat er een aanzienlijke behoefte is aan de begeleiding na ontslag uit de klinische setting. Het is wenselijk dat zorgprofessionals die zorg hebben verleend tijdens de opname, de patiënt ook in de extramurale setting tijdelijk blijven opvolgen. Dit draagt bij aan een soepele overgang van de intramurale naar de extramurale setting en stelt zorgprofessionals in staat om gericht en persoonlijker met elkaar te communiceren. Bovendien voorkomt het abrupte wijzigingen in de begeleiding en/of zorg voor de patiënt. Om deze doelstelling te bereiken, zou de ontwikkeling van een interventieteam in combinatie met een terugvalkaart een passende oplossing kunnen zijn.

5.1 Het interventieteam

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat er een aanzienlijk gebrek aan kennis is bij de zorgprofessionals in de extramurale setting als het gaat om patiënten met psychiatrische problematiek. Er is een dringende vraag naar zorgprofessionals die zich specifiek richten op deze groep patiënten en die beschikken over uitgebreide ervaring en kennis van psychische problemen, zodat zij adequaat kunnen handelen in potentieel gevaarlijke situaties. Bovendien zijn deze zorgprofessionals in staat om problemen vroegtijdig te signaleren met behulp van signalerings- en ABC plannen en onderhouden zij wekelijks contact met de intramurale setting waar de patiënt vandaan komt.

Het interventieteam wordt samengesteld op basis van ervaring, kennis en kunde. Deze zorgprofessionals hebben affiniteit met de geestelijke gezondheidszorg, zijn bekend met signalerings- en ABC plannen en zijn specifiek geschoold in deze doelgroep. Het is een klein specialistisch team met als voordeel dat er maar één aanspreekpunt is voor de extramurale setting wanneer er nazorg moet worden opgestart. Daarnaast werkt dit team nauw samen met elkaar en werken de zorgprofessionals in de intramurale setting met dezelfde zorgprofessionals van het interventieteam tijdens het opstarten en organiseren van passende nazorg voor de patiënt.

Om ervoor te zorgen dat de overgang van intramuraal naar extramuraal soepel verloopt en de nazorg optimaal is, wordt er een zorgvuldig en uitgebreid zorgafstemmingsgesprek (ZAG) georganiseerd op de intramurale setting. Hierbij zijn alle betrokken partijen aanwezig, waaronder de gespecialiseerde zorgprofessional van het interventieteam, de huidige behandelaar, de persoonlijk begeleider, de patiënt en dienst naasten. In dit ZAG worden alle aspecten van de nazorg besproken en worden concrete plannen gemaakt, zoals een signaleringsplan of een ABC plan. Door deze zorgvuldige aanpak wordt er gezorgd voor een optimale nazorg en een soepele overgang naar de thuissituatie.

Het advies is om het interventieteam te integreren in de bestaande zorg en nauw samen te werken met buurtteams en ketenpartners. Dit wordt opgebouwd als een nieuw zelfsturend team.

5.2 De terugvalkaart

De terugvalkaart is een onmisbaar hulpmiddel voor patiënten met psychische problemen en biedt een uitgebreid overzicht van alle belangrijke contactgegevens en informatie over medicatiegebruik. De kaart is niet alleen gericht op het voorkomen van escalatie, maar richt zich juist op het signaleren van alarmsignalen die kunnen wijzen op een recidive episode. De terugvalkaart kan in zowel de intramurale als de extramurale setting worden ingezet. Intramuraal ondersteund deze kaart zorgprofessionals met een kennistekort omtrent het signaleren en observeren van specifieke psychiatrische problematiek. Deze kaart kan vervolgens worden bijgesteld wanneer een patiënt met ontslag naar huis gaat, zodat de extramurale setting dit ook als leidraad en ondersteuning kan gebruiken. Door concrete handvaten te bieden, helpt de terugvalkaart bij het verkleinen of voorkomen van de kans op een recidief. Bovendien is er bij het opstellen van de terugvalkaart aandacht voor de persoonlijke wensen en behoeften van de patiënt in geval van een noodzakelijke opname, zodat de kaart altijd aansluit bij de specifieke situatie van de patiënt. Dankzij de terugvalkaart kunnen patiënten met meer vertrouwen en zelfstandigheid de overgang van intramuraal naar extramuraal maken, wetende dat er altijd hulp en ondersteuning beschikbaar is wanneer dit nodig is.

Door middel van de gedetailleerde terugvalkaart, in combinatie met het gespecialiseerde en ervaren interventieteam, wordt ernaar gestreefd om de nazorg voor de patiënt op een uiterst effectieve wijze te optimaliseren.

Literatuurlijst

Achilles, A., Beerthuis, V. & van Ewijk, W. (2017). *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Utrecht: Boom de Tijdstroom.

Autoriteit persoonsgegevens. (z.d.). *Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)*. Geraadpleegd op 16 maart 2023, van <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/over-privacy/wetten>

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Utrecht: Noordhoff Uitgevers Groningen.

Baarda, B., Bakker, E., Tischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E. & van der Velden, T. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff uitgevers.

Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518

Berg, K., Wiersema, C., Hegeman, J., Brink, R., Rhebergen, D., Marijnissen, R., & Voshaar, R. (2021). Clinical characteristics of late-life depression predicting mortality. *Aging & Mental Health*, 25, 476-483. doi: 10.1080/13607863.2019.1699900

De Waardt, D., & Van der Heijden, F. (2017). Gedwongen behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis in de thuissituatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59, 221-228. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van <https://www.psychosenet.nl/assets/wbb-publications/19091/59-2017-4-artikel-dewaardt.pdf>

Deth, R. (2019). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn stafleu van loghum.

Egersma, H., Bockting, C. & Kok, G. (2011). Terugvalpreventie bij depressie. *Huisarts wetenschap*, 54, 65-67. doi: 10.1007/s12445-011-0040-0

Elsi. (2021). Wanneer is medisch onderzoek WMO-plichtig? Geraadpleegd op 30 april 2023, van <https://elsi.health-ri.nl/categorieen/toetsing-van-onderzoek/wanneer-medisch-onderzoek-wmo-plichtig>

Eskens, A., & van Oostveen, C. (2021). *Onderzoek langs de meetlat: onderzoekdesigns voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn stafleu van loghum

Federatie Medisch specialisten. (2013). *Depressie: voorkomen van een terugval bij depressie*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/voorkomen_van_terugval_bij_depressie.html

Fischer, T., Julsing M., & van Putten, J. (2022). *Praktijkgericht onderzoek*. Utrecht: Noordhoff Uitgevers Groningen.

Franken, I., Schellekens, A., & van den Brink, W. (2019). *Handboek verslaving*. Amsterdam: de Boom de Tijdstroom.

GGZ Standaarden. (2023). *Psychose*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/over-psychotische-stoornissen>

Grit, R., & Julsing, M. (2021). *Zo doe je een ... Onderzoek*. Groningen/Utrecht: Noordhoff uitgevers.

Haans, R. (2018). *Client? Ik ben toch geen advocaat?* Geraadpleegd op 8 maart 2023, van <https://dejongepsychiater.nl/opinie/opinie-opinie/opinie-client/>

Hendriks, G. (2022). *Oud geleerd oud gedaan: feiten, vooroordelen en misvattingen over de behandeling van ouderen met angststoornissen en depressies*. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/250829/250829.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hengeveld, M., Van Balkom, A., van Heeringen, C. & Sabbe, B. (2018). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom

Hermesen, H. (2018). *Terugval reduceren na detoxificatie van alcohol*. Geraadpleegd op 24 februari 2023, van <https://ggzvs.nl/wp-content/uploads/2022/05/P19-Hermesen.pdf>

Hutsebaut, J., Zomer, C., Hakstege, F., Vanhommerig, J., Poos, M., Gommer, A., & Hendriks, C. (2022). *Persoonlijkheidsstoornissen | Algemeen*. Geraadpleegd op 27 maart 2023, van <https://www.vzinfo.nl/persoonlijkheidsstoornissen/algemeen>

Janssen, N., & Huibers, M. (2021). Gedragsactivatie bij ouderen? Doen! *Gedragstherapie*, 54, 241-253. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=TG-2021-4-

Kaasenbrood, A., & Wunderink, L. (2021) *Ernstige psychiatrische aandoeningen*. Houten: Bohn stafleu van loghum.

Kat, M. (2019). *Ouderenpsychiatrie: de praktijk: Herkennen en signaleren van psychische en psychiatrische aandoeningen*. Houten: Bohn stafleu van loghum

- Laudet, A. (2011). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addict Sci Clin Pract*, 6, 44-55. Geraadpleegd op 30 maart 2023, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188817/pdf/ascp-06-1-44.pdf>
- Mondriaan. (2022). *FACT Psychiatische zorg in de wijk*. Geraadpleegd op 26 februari 2023, https://www.mondriaan.eu/sites/mondriaan/files/FACT%20Psychiatische%20zorg%20in%20de%20wijk%202243_3.pdf
- Muris, J., Schols, J., Collet, J., & Janssen, D. (2023). *Ouderengeneeskunde in de eerste lijn*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Geraadpleegd op 26 februari 2023, van <https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa.pdf>
- Oude Voshaar, R., van der Mast, R., Stek, M., Verhey, F., & Vandenbulcke, M. (2018). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Amsterdam: Boom de Tijdstroom.
- Rinsma, K., Meesters, P., & Boonstra, N. (2019). *Eerste Psychose op latere leeftijd*. Geraadpleegd op 8 maart 2023, van https://www.faithresearch.nl/media/161/NL/Nieuws/original/20191115%20Artikel%20een%20eerste%20psychose%20op%20latere%20leeftijd%20Rinsma_Meesters_Boonstra.pdf
- Scribbr. (2022). *Verschil tussen kwalitatief & kwantitatief onderzoek | Voorbeelden*. Geraadpleegd op 20 maart 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-vs-kwantitatief-onderzoek/>
- Spinhoven, P., Bockting, C., Ruhé, H., & Spijker, J. (2018). *Comorbiditeit van psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom
- Su, T., Janssen, N., & Oppen, P. (2021). Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij ouderen. *Gedragstherapie*, 54, 254-269. Geraadpleegd op 3 maart 2023, van https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=TG-2021-4-
- Tan, M., Chia, E., Tam, W., McIntyre, R., Zhang, Z., Dam, V., Nguyen, T., Do, H., Ho, R. & Ho, C. (2022). A Meta- Analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Psychoeducation for Treating Symptoms and Preventing Relapse in People Living with Bipolar Disorder. *Healthcare (Basel)*, 10, 2288. doi: 10.3390/healthcare10112288
- Trimbos instituut. (2019). *Depressie en suïcidaliteit: de kerncijfers voor Nederland*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.trimbos.nl/wp->

content/uploads/sites/31/2021/09/af1671-depressie-en-suicidaliteit-de-kerncijfers-voor-nederland.pdf

Trimbos instituut. (2022). *Nationale Drug Monitor: kerncijfers en ontwikkelingen 2021*.

Geraadpleegd op 13 maart 2023, van https://www.nationaledrugmonitor.nl/wp-content/uploads/2022/03/TRI_AF1911_NDM-glossy_DEF-digitaal-1.pdf

Trimbos Instituut. (2022). *Vóórkomen van psychiatrische aandoeningen*. Geraadpleegd op 24 februari 2023, van <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/voorkomen-psychische-aandoeningen/>

Van Alphen, S., Oude Voshaar, R., Bouckaert, F., & Videler, A. (2018). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom

Van der Donk, C., & van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Van der Gaag, M., & Staring, T. (2019). *Handboek Psychose*. Amsterdam: Boom uitgevers

Witkiewitz, K., Litten, R., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science advances*, 5. doi:10.1126/sciadv.aax4043

Bijlagen

Bijlage 1: Open vragenlijst zorgprofessionals

1.

Hoe vaak ben jij in je loopbaan als zorgprofessional in aanraking gekomen met patiënten die in een recidive episode verkeren?

Typ één of enkele woorden...



700



2.

Op welke manier draag je bij als zorgprofessional aan het voorkomen van recidive episoden bij patiënten? (denk hierbij aan interventies, plannen, contact met familie etc.)

Typ één of enkele woorden...



700

3.

Wat doet het met jou als zorgprofessional wanneer een patiënt na herstel terugkeert in een recidive episode (denk hierbij aan eigen gevoel)?

Typ één of enkele woorden...



700



4.

Wat kan er volgens jou binnen de werksetting verbeterd worden om een recidief te verminderen/voorkomen?

Typ één of enkele woorden...



700



5.

Heb je nog andere opmerkingen of tips over terugval en terugvalpreventie die je graag wilt delen?

Bijlage 2: Topiclijst

Topiclijst:

Kennismaking

- Voorstellen
- Uitleg werkwijze interview
- Akkoord privacy interview

Interviewdoel

- Vraag/doelstelling thesis

Recidief

- Mening en ervaringen over recidief
- Mening over effectiviteit van begeleiding (afhankelijk van de persoon die wordt geïnterviewd)
- Mening over huidige terugvalpreventie
- Ervaringen rondom terugval

Afsluiten interview

- Bedanken
- Tips/tops

Bijlage 3: Codeerschema

Hoe kan de hbo-verpleegkundige bijdragen aan het voorkomen van heropnames bij patiënten die met een recidive episode acuut zijn opgenomen en vervolgens terugkeren naar de thuissituatie?

Respondent 1= Geel Respondent 2=Groen Respondent 3=Blauw OPEN CODEREN AXIAAL
CODEREN TOPICS/SELECTIEF CODEREN

TOPICS/SELECTIEF CODEREN: Ervaring	Oorzaken	Terugvalpreventie	Leermomenten	Sociaal netwerk	Grootste uitdaging	Verbeterpunten
AXIAAL CODEREN: - Ervaringen - Variaties bij terugval	- Nazorg - Steunsysteem - Signalering	- Sociaal netwerk - Medicatie - Signaleren	- Communiceren - Scholing	- Essentieel - Meenemen in totale nazorg - Signaleren	- Nazorg - Loslaten - Begeleiding - Omgeving - Wet- en regelgeving	- Tijdsbestek - Overgang
OPEN CODEREN: - Acht jaar ervaring in ouderenspsychiatrie - Terugval na half jaar tot een jaar - Veel dezelfde mensen - Soms al na een week - Wekelijks zie ik iemand terugkomen met een recidief - Vooral in alcoholmisbruik - Ervaring in forensisch psychiatrische terugvallen - Veel	- Onveranderde thuissituatie - Onstabiel netwerk - Eenzaamheid - Geen dag structuur - Eenzaamheid - Geen begeleiding - Triggers - Onvoldoende nazorg	- Signaleringsplan - ABC-plan - Medicatie inname en toezicht op inname - Omgeving meenemen in herstel - Duidelijke communicatie - Goede overdracht (schriftelijk met contactpersoon) - Crisiskaart - Signaleren - Sociaal netwerk - Contactpersonen	- Onderbuikgevoel volgen - Duidelijk communiceren tussen intra en extramuraal - Voortdurend signaleren - Jezelf indekken - Keuzes onderbouwen - Collega's tijdig inlichten - Collega's opleiden - Sociaal netwerk altijd meenemen in de zorg - Geen	- Van groot belang voor het hersteltraject - Tijdig inlichten - Meenemen in behandeling - Signaleringsplan leren - Contact onderhouden - ZAG gesprekken voeren - Familie begeleiding	- Geen vaste collega's - Nieuwe collega's - Attitude - Terugvallen in oude patronen - Sociale omgeving - Eigen keuzes maken - Wet- en regelgeving - Laat signaleren - Eerste signalen missen	- Opvolging - Aansluitende zorg - Ontslag - Kortere wachttijden bij nabehandeling - WMO - Crisiskaart - Gespecialiseerde medewerkers - Crisiskaart - Volwaardig signaleringsplan - Team- en zelfreflectie

dezelfde cliënten -Tot wel veertig per jaar -Alcohol en medicatieterugval meest voorkomend -Tien jaar ervaring in MPU -Recidieven in psychische problematiek -Veel verschillende leeftijdscategorieën	-Eenzaamheid -Geen tijdige signalering -Kennistekort bij steunsysteem	-Medicatie -Signalering en ABC plan -Huisarts meenemen -Begeleiding in en aan huis -Crisiskaart -ABC en signaleringsplan -Begeleiding	informatie missen -Melding maken van incidenten -Keuzes onderbouwen -Patiënt goed in de gaten blijven houden	-Overal bij betrekken -Veel zorg overdragen -Kennis-Overdracht -Medicatie kennis bijleren -Essentieel -Kennen patiënt het beste en signaleren eerder -Band	-Ontslag voorbereiden -Veelvuldig met veel disciplines communiceren -Niet aansluitende zorg kunnen leveren -Wetten -Tijdsdruk bij thuiszorg -Sociaal netwerk meekrijgen in herstelproces -Wet- en regelgeving -Instelling -Medicatie momenten -Risicofactoren	
---	--	--	--	---	---	--

Bijlage 4: Toestemmingsverklaring interview ondertekend

Zuyd **ZU**
Hogeschool **YD**

Toestemmingsverklaring

Naam onderzoek: Recidive episodes in de geestelijke gezondheidszorg
Verantwoordelijke onderzoeker(s): Celina Lardinois en Luc de Bruijn

Verklaring deelnemer:

Ik heb uitleg gekregen over het doel van het onderzoek. Ik heb vragen mogen stellen over het onderzoek. Ik neem vrijwillig aan het onderzoek deel. Ik begrijp dat ik op elk moment en tijdens het onderzoek mag stoppen als ik dat wil. Ik begrijp hoe de gegevens van het onderzoek bewaard zullen worden en waarvoor ze gebruikt zullen worden. Ik stem in met deelname aan het onderzoek zoals beschreven staat in de uitnodigende brief.

Datum: 28-3-2023

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Verklaring uitvoerend onderzoeker

Ik verklaar dat ik de hierbovengenoemde persoon juist heb geïnformeerd over het onderzoek en dat ik mij houd aan de richtlijnen voor onderzoekers zoals verwoord in het protocol van de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen.

Datum: 28-3-2023

Naam: Celina Lardinois Naam: Luc de Bruijn

Handtekening: [Signature] Handtekening: [Signature]

Bijlage 5: Transcript interview

Speaker 1: Geïnterviewde (anoniem)

Speaker 2: Luc

Speaker 3: Celina

00:00:00

Speaker 1: Ik zal niet op elke vraag evenveel antwoord kunnen geven

00:00:03

Speaker 2: Nee, dat is geen probleem. Wij hebben inderdaad een aantal vragen opgesteld, hierbij hebben we gebrainstormd, wat voor ons belangrijk is om te weten voor het onderzoek, wat willen we graag weten en waar heeft iedereen misschien een stuk input in. Geen probleem als niet alle vragen beantwoord zijn, wij krijgen zo wel een beeld welke professional op welk beeld kan reageren. Zo kunnen wij het naderhand toevoegen en gaan samenvatten wat bruikbaar is voor ons onderzoek, zo krijgen we naderhand ook antwoord op onze hoofdvraag.

00:00:32

Speaker 1: Want jullie onderzoek precies, gaat over? Terugval

00:00:33

Speaker 2: Terugval, ja, met name terugval en geestelijke gezondheidszorg, dus mensen die ook terug naar huis gaan en dan weer terug hier en een beetje de draaideur patiënten eigenlijk.

00:00:40

Speaker 1: Ja.

00:00:40

Speaker 3: Ja.

00:00:40

Speaker 2: Van de draaideur patiënten hebben we er een aantal die telkens op en neer gaan.

00:00:49

Speaker 1: Een aantal die je ook kent van Mondriaan toevallig?

00:00:50

Speaker 2: Ja, ja, ja, net ook al even met Celina over gehad, er zijn een aantal casussen

00:00:55

Speaker 3: Vandaar dat het ook handig is dat we het van beide kanten kunnen bekijken.

00:00:58

Speaker 2: Ja

00:00:58

Speaker 3: Dat je het wel van beide perspectieven nu kan.

00:00:59

Speaker 2: Ja, er was een duidelijke vraag uhm, vanuit de praktijk gekregen. Nou we

hebben dus een aantal vragen opgesteld, de eerste vraag die uhm die luidt, wat is uhm, ja uw eigen ervaring met een recidief bij cliënten die te maken hebben met verslaving of een andere psychische problematieken.

00:01:24

Speaker 1: Ja, uh, nou ik werk hier een jaar of zeven, acht. Maar goed ik ben ook opname coördinator dus in die uh haha, daarom kom ik vaak heel veel namen meerdere keren wel tegen, dus uh, hiervoor heb ik gewerkt in de forensische psychiatrie. Maar goed dat waren dan de mensen die uh, niet of nauwelijks meer naar huis toe gingen, die bleven dan langdurig nog op een afdeling. Uh maar hier zie je zoveel patiënten die uh, hier opgenomen zijn, dan weer naar huis toe gaan en toch binnen een jaar of een half jaar of langer, soms ook toch binnen een week toch weer terugkomen en dat zie je best veel. Zowel bij de psychische problematiek als bij de verslavingen, uhm, ja goed ik weet niet hoeveel procent van de mensen dat is maar dat zouden jullie nog kunnen uitzoeken.

00:02:25

Speaker 2: Ja dat moeten wij nog uitzoeken.

00:02:25

Speaker 3: Ja.

00:02:26

Speaker 1: Daar had jij het toen over hè? Dan moet je ook alle dossiers bijna langs gaan.

00:02:30

Speaker 3: Dat wordt nog een leuke onderneming, haha

00:02:31

Speaker 1: Het is waarschijnlijk enorm veel werk, uhm, nou het gebeurt met grote regelmaat. Ja, echt de draaideur patiënten, die heb je, ja, ja.

00:02:46

Speaker 3: Jij zie ook de opname indicatie hè? Of de reden van uhm.

00:02:49

Speaker 1: Ja, die wordt dan wel verteld

00:02:50

Speaker 3: Ja. Is dat dan eigenlijk hetzelfde waarmee ze ook de voorkeur mee zijn binnengekomen of zie je dat toch wel variëren?

00:02:56

Speaker 1: Oeh, zucht, meestal toch wel hetzelfde, ja. Mensen gaan meestal met de loop der jaren slechter en sneller achteruit, uhm, op een gegeven moment zeggen we dan, ja we gaan het nog één keer thuis proberen, dit is de laatste keer, uhm, zeker met verslaving zie je dat toch heel vaak weer hetzelfde probleem dan weer optreedt, vooral alcohol wordt veel misbruikt, maar ja psychische problematiek, ja dat blijft ook. Je hebt mensen die manisch depressief zijn die een keer met een manische episode hier komen, maar ook in een depressieve episode komen, uhm, goed zijn natuurlijk wel oudere mensen waarbij de cognitie ook wel meespeelt, dat kan wel in de loop der jaren natuurlijk verslechteren, en een grotere invloed krijgen. Nouja, de conjectuur zeg maar zie je steeds wat verder naar beneden gaan, dus uhm.

00:04:03

Speaker 2: Ja, je ziet dus eigenlijk met wat meer regelmaat terugvallen, of?

00:04:07

Speaker 1: Ja, ja, soms wordt er gebeld en dan hoor je de naam, en denk je oh, dat is er weer aan de hand, ja.

00:04:15

Speaker 2: Haha

00:04:16

Speaker 21: Je ziet ze dus vaak terugkomen met regelmaat

00:04:18

Speaker 3: Ja, heel voorspelbaar

00:04:20

Speaker 1: Maar ja, goed, sommige mensen, dat is nou eenmaal zo, dan denk je, het gaat weer een aantal maanden goed thuis en dan moeten ze toch even hier weer een maandje zijn en dan kunnen ze weer naar huis.

00:04:35

Speaker 1: Ja, het gaat dus echt op en neer.

00:04:35

Speaker 1: Echt op en neer, ja is het dan, uh, misschien is het wel goed dat ze weer hier zijn dan tijdelijk om toch weer naar huis te kunnen in plaats van altijd hier zijn. Stel ik ga weer thuis wonen, wat is dan het beste.

00:04:46

Speaker 3: Ja dat weten wij zelf ook niet inderdaad, lastig.

00:04:50

Speaker 1: Ja.

00:04:52

Speaker 2: Moeilijk. Ja we hebben mooie antwoorden op de allereerste vraag. De tweede vraag is eigenlijk wat uh, wat denk je dat de belangrijkste oorzaken zijn van een recidief bij mensen die herstellen van een verslaving of andere psychische problematiek?

00:05:05

Speaker 1: Ja, kijk als, uh, de situatie thuis niet veranderd en als dat een oorzaak is of medeoorzaak is van een opname hier. Kijk, iemand die thuis veel alcohol drinkt en eenzaam is, uh, ja goed psychische problematiek meespeelt en die komt hier, dan kunnen we prima een detox doen, twee tot drie weken. Alcohol gebruik is hierna gestopt en ga je naar huis maar dan kom je weer in dezelfde situatie en er is niks veranderd, dan is de kans heel groot dat het weer begint natuurlijk. Dat geldt voor de psychische problematiek ook wel. Als iemand thuis eenzaam is, geen netwerk of systeem.

00:05:55

Speaker 2: Allemaal van die triggers eigenlijk.

00:05:56

Speaker 1: Triggers, inderdaad, ja, kijk de problematiek is er natuurlijk en de psychiatrie, die is er, uhm, maar de aanleiding of wat het laxeert zoals dat zo mooi heet, ja als dat niet weg is, dan kan het weer terug komen en blijf je op en neer gaan. Uhm, ja dan zul je thuis ook proberen veel meer zorg op te gaan starten, dat is dan ook wel eens het idee. Iemand gaat weer naar huis, nou dan moeten we toch maar proberen zoveel mogelijk dagbesteding, activiteiten, thuiszorg, zorg van Mondriaan, gespecialiseerde thuis begeleiding, zoveel mogelijk op inzetten om te voorkomen dat die situatie hetzelfde blijft als voorheen, ja. Uhm,

ja als mensen hier zijn dan krijgen ze natuurlijk ook de medicatie op tijd aangereikt, hier wordt ook op toegezien dat ze dit innemen. Als iemand dan weer naar huis toe gaat, en het vergeet, hij denkt van ja het gaat goed met mij, die heb ik toch niet meer nodig, dan heb je natuurlijk ook weer snel een terugval. Als hierbij niet wordt opgelet in de thuissituatie. Dit is ook wel belangrijk.

00:07:26:

Speaker 2: Ja, echt de medicatie inname is heel tijdsgebonden eigenlijk hè.

00:07:31

Speaker 1: Ja, als daarop toegezien wordt, een stukje, uh, afleiding, activiteiten, vereenzaming tegengaan, ja.

00:07:40

Speaker 2: Dat zijn de kernpunten eigenlijk? Die zijn heel belangrijk.

00:07:43

Speaker 1: Ja, die zijn heel belangrijk. Aan de mensen hier zie ook wel dat als ze in de groep zijn dat ze het fijn vinden en aanspraak hebben met andere mensen, en een beetje opfleuren. Dat is dan thuis niet altijd, nee

00:07:56

Speaker 2: Dat is hier voor hen dan eigenlijk wel een beetje sociaal netwerk.

00:08:00

Speaker 1: Voor sommige wel. Kijk, sommige vinden het hier vreselijk en anderen die vinden het fijn omdat het voelt als een stukje aandacht door het gesprekje dat ze krijgen.

00:08:08

Speaker 3: Vaak zie je dan als iemand thuiskomt zonder,

00:08:20

Speaker 2: Lastig. Uh, de derde vraag, ja hoe benader je terugvalpreventie bij jullie in de behandeling en begeleiding, van de, de, de cliënten?

00:08:31

Speaker 1: Uhm, even denken hoor, behandeling, begeleiding, terwijl ze hier opgenomen zijn, uhm, wordt daar wel, kijk sommige mensen die, die hebben of die krijgen, heel simpel een signaleringsplan, dat kan onderdeel zijn, dat je samen met de patiënt als verpleegkundige of als behandelaar of samen een signaleringsplan opstelt door te letten op wanneer gaat het minder goed, en wat kan ik doen, wie kan ik benaderen, dat kan een onderdeel zijn van de behandeling en preventie. Uh, ja wij hebben ook regelmatig mensen die suïcidaal zijn opgenomen, die naast een saneringsplan nog wel eens een veiligheidsplan waar ze op terug kunnen vallen als ze weer naar huis toe gaan. Uhm, ik denk, waar we het net ook over hadden het inzetten van meer en extra zorg als mensen weer naar huis toe gaan dat moet hier ook al beginnen, voordat ze met ontslag gaan. Ik denk dat dat belangrijke instrumenten zijn voor de terugvalpreventie hier op de afdeling al.

00:10:00

Speaker 2: Ja, ja, die belletjes krijgen we regelmatig van jullie, vooral van behandelaren of we willen starten met inderdaad medicatie aanrijking, dat is voornamelijk waar het bij ons begint.

00:10:09

Speaker 1: Ja dat doe ik ook wel eens, thuiszorg regelen, ja ja.

00:10:14

Speaker 3: Wat me ook lastig lijkt is, jullie hebben wel een breder blok hè met medicatie aanrijking natuurlijk en hier zijn echt wel specifiek vaste tijden.

00:10:20

Speaker 2: Ja, klopt, wij werken met tijdsblokken

00:10:22

Speaker 1: Hoe bedoel je uh.

00:10:23

Speaker 2: Er staat iemand bijvoorbeeld die standaard in de ochtend een tablet om acht uur krijgt rekenen wij met een tijdsblok van bijvoorbeeld zeven tot negen uur in de ochtend. Dan kijken we dat we ergens tussen die twee tijden de medicatie komen aanreiken.

00:10:33

Speaker 1: Ja, ja, ja, dat hoeft over het algemeen niet een probleem te zijn.

00:10:39

Speaker 2: Het moet in ieder geval niet na tien uur bijvoorbeeld zijn dan dat het tabletje van acht uur wordt gegeven, hier letten we dan ook wel strikt op.

00:10:44

Speaker 1: Nee wat ik ook vaak doe is om samen met meander en de artsen te krijgen of medicatie momenten gecombineerd kunnen worden. Vaak kan dit ook en dan doen we het op die manier. We begrijpen natuurlijk ook dat de ruimte er vaak niet is om drie maal daags langs te gaan.

00:11:17

Speaker 2: Dat is de druk die vaak bij alle organisaties zit

00:11:20

Speaker 1: Ja, als iemand voor maar een tabletje het 's ochtend langs moet komen en de rest het 's avonds is dat natuurlijk zonde, dat proberen we dan te combineren met de rest.

00:11:28

Speaker 2: Fijn om te horen dat er intern bij jullie daar ook al op gelet wordt. Hoe kunnen we samen inderdaad die momenten verminderen of efficiënter maken.

00:11:39

Speaker 1: Ja, dat zouden jullie natuurlijk ook altijd kunnen vragen.

00:11:48

Speaker 2: De vierde vraag is eigenlijk, heb je een situatie meegemaakt waarbij een cliënt terugviel en wat deed dat met je als zorgprofessional? Hoe heb je hierop gereageerd en wat heb je ervan geleerd?

00:12:02

Speaker 1: Je leert dat het kan gebeuren, hier moet je niet gefrustreerd van worden. Sommige patiënten die gaan nou eenmaal op en neer, dit hoort bij hen. Er zijn ook aardig wat mensen die komen vijf, zes keer per jaar, haha.

00:12:50

Speaker 3: We kunnen dan het beste al voor ze reserveren dan.

00:12:53

Speaker 1: Haha, ohja je hebt van die mensen die krijgen dan een bed op recept zoals dat heet. Patiënten kunnen zes keer per jaar twee weken worden opgenomen, dan bellen ze op,

het gaat niet goed en dan krijgen ze een time-out opname voor twee weken. Hierna gaan ze dan weer naar huis toe, ja.

00:13:26

Speaker 2: Oké (verbaasd), nog nooit eerder van gehoord, interessant.

00:13:30

Speaker 1: In die tijd gebeurt hier niet veel qua behandeling. Bij deze mensen kun je vaak niet veel meer doen, hier is al veel geprobeerd in de loop der jaren maar die komen hier puur voor een time-out, zo kan het sociaal netwerk weer op adem komen en kunnen ze weer naar huis toe. Dit kan dan dus zes keer per jaar. Dat is een mogelijkheid, je reactie is vaak verschillend, bij de een denk je jammer en bij de ander dan zucht je en ga je door. Er zijn dan ook veel mensen met gedragsproblematieken dit zijn dan vaak de moeilijkere casussen. Let hierbij goed op je eigen tegenoverdracht.

00:15:09

Speaker 2: Duidelijk. Wat zijn volgens jou de effectiefste elementen van een terugvalplan?

00:15:25

Speaker 1: Hier hebben we het natuurlijk in vraag drie ook al kort over gehad, een aantal handvaten meegeven, zoals signaleringsplan, veiligheidsplan. Maar ook heel belangrijk is goede nazorg, waaronder gespecialiseerde thuisbegeleiding, thuiszorg, nazorg vanuit Mondriaan, dagbesteding en contacten leggen met gemeenten. Denk ook aan de CIZ-indicatie die misschien nodig is.

00:16:20

Speaker 2&3: Ja, dat is eigenlijk ook wel een hele belangrijke, het aanvragen van de CIZ-indicatie. Hier hebben wij nog niet aan gedacht.

00:16:23

Speaker 1: Sowieso over het algemeen de begeleiding thuis, denk dat het wel de belangrijkste elementen zijn ja.

00:16:39

Speaker 2: Dan gaan we door naar de zesde vraag gezien de korte tijd die we hebben. Een vraag over medicatie, die hadden we met name opgesteld voor een interview met een behandelaar, het gaat met name over de mening van het gebruik van sterke medicatie voor het behalen van het hersteldoel, als onderdeel van terugvalpreventie.

00:16:55

Speaker 1: ja... hier kan ik inderdaad ook geen antwoord op geven. Het maakt wel onderdeel uit van de behandeling natuurlijk, uhm. Alle medicijnen hebben als doel dat het natuurlijk beter gaat met iemand, dit zal ook onderdeel zijn van de terugvalpreventie. Dit is inderdaad meer een vraag voor de artsen en specialisten.

00:17:30

Speaker 2: Ja, wat vind je van de rol van het ondersteunende netwerk in het herstel en terugval proces?

00:17:38

Speaker 1: Dit zijn zeg maar de niet de echte professionals, die zijn heel belangrijk. Deze kunnen heel steunend en behulpzaam zijn, ze kunnen voor afleiding zorgen en een oogje in het zijl houden. Deze worden ook als schakel beschouwd, ze werken heel signalerend.

00:18:36

Speaker 2: Inhakend op wat je vertelt, deze zouden dan natuurlijk ook kunnen werken volgens een signaleringsplan?

00:18:39

Speaker 1: Die worden hierin ook betrokken, zodat ze weten wat erin staat. Ze zijn vaak de eerste die het zien een aan de bel kunnen trekken. Zeker als het gaat om een partner. Uhm, ja, sommige gevallen kan het ook contra productief werken maar die uitzondering heb je altijd, die ruzie maken en verwijten naar elkaar. Vaak praten ze dan ook heel tegenstrijdig zovan, ja die kan niet meer naar huis. Dat gebeurt ook met regelmaat.

00:19:52

Speaker 2: Zo kun je dus wel goed in gesprek gaan met partner en familie, ook om erachter te komen hoe de onderlinge verhouding is lijkt mij.

00:20:01

Speaker 1: Ja, absoluut, en vaak bellen ze mij voor de opname, vaak is het ook voor de ontlasting van de familie, deze kunnen het dan niet meer aan. Daar zul je ook goed naar moeten kijken als iemand naar huis toe gaat, wat is de belastbaarheid van het sociale netwerk. Net heb ik niet vermeld dat de familie overal goed bij betrokken moet worden en overtuigen van het belang van herstel. Deze kun je niet altijd alle verantwoording geven.

00:21:35

Speaker 2: Zoals bijvoorbeeld de medicatie die kunnen wij dan bijvoorbeeld over nemen als er getwijfeld wordt aan het sociale netwerk. Dit kunnen wij dan ook samendoen.

00:22:00

Speaker 1: Hierbij moet natuurlijk wel goed opgelet worden met mensen die bijvoorbeeld heel graag een lorazepammetje hebben dat deze niet wordt over gedoseerd.

00:22:19

Speaker 2: Hoe voorkom je een recidief of is dit onmogelijk

00:22:30

Speaker 1: Ik denk dat je dat goed kan voorkomen, daar hebben we het veel over gehad. Belangrijk is dat er een steunsysteem aanwezig is en een goede attitude nodig is. Als je alles zo goed mogelijk probeert te voorkomen dan kom je hiermee al een heel eind. Je kan het hierdoor uitstellen of voorkomen, misschien. Dit is natuurlijk toestemmingsbeeld afhankelijk. Bij alcohol is dit vaak lastiger. Iemand met een depressie die goed wordt opgevolgd heeft een laag terugvalpercentage bij juiste nazorg met medicatie aanrijking et cetra. Signalering is hierbij van uitermate belang. Kijk vaak al goed hoe iemand erbij loopt of leeft in zijn omgeving.

00:24:32

Speaker 2: Als je er op tijd bij bent kan er op tijd actie ondernomen worden.

00:24:39

Speaker 1: Juist, zodat je ook al weet van, goh de vorige keer zagen we dit ook en toen grepen we te laat in. Ik denk dat je zeker in een eerder stadium kan ingrijpen waardoor het voorkomen kan worden of een opname veel korter kan.

00:25:03

Speaker 3: De volgende vraag die hoort bij de voorgaande vragen, dit is wat de grootste uitdagingen hierbij zijn.

00:25:20

Speaker 1: Heel simpel, als iemand naar huis gaat ervoor zorgen dat vooraf alles op orde is. Dit is soms steeds lastiger, het regelen van thuiszorg is vaak lastig wegens de grote drukte. Eveneens als de WMO aanvragen en dagbesteding. Bij de thuiszorg lukt dat vaak wel als het niet te ingewikkeld is zoals een maal daags medicatie is meestal haalbaar. Poetshulp en de financiering van begeleiding zijn vaak lang en veel regelwerk.

00:26:51

Speaker 2: Ja, Landgraaf heeft een wachttijd van 26 weken bij de WMO, dit gaat nergens over, dat is ruim een half jaar.

00:26:59

Speaker 1: Dit zou eigenlijk door de wachttijden vaak al vooraf aan de opname geregeld moeten worden, maar dat gaat niet.

00:27:12

Speaker 1: Je moet bijna een week na opname al weten of iemand over 9 maanden een dagbesteding nodig heeft of niet, dat kun je moeilijk zeggen. Maar als je het weet moet je dat echt zo snel mogelijk doen want het duurt tegenwoordig gewoon een half jaar of langer voordat iemand hier in aanmerking voor komt.

00:27:29

Speaker 3: Echt bizar eigenlijk.

00:27:33

Speaker 1: Ja, GTB duurt ook altijd een tijdje, en thuiszorg valt eigenlijk altijd wel mee.

00:27:44

Speaker 2: Heel handig is dat wij de GTB vaak opstarten onder de ZVW-indicatie totdat een CIZ of WMO-aanvraag en indicatie rond is.

00:28:08

Speaker 1: Dat zijn wel de grootste uitdagingen op dit moment. Het regelen van goede nazorg, maar ook binnen Mondriaan zelf ook hoor. Ambulante zorg kan dan vaak pas een week later starten. De continuïteit is altijd wel een uitdaging.

00:28:49

Speaker 2: Top, nog opmerkingen of tips bij terugvalpreventie?

00:28:59

Speaker 1: Ik heb er ooit wel eens over nagedacht, zou het niet handig zijn als iemand die met ontslag gaat nog iemand ziet van hier.

00:29:18

Speaker 3: Hier had ik het net nog over met Angela, echt.

00:29:20

Speaker 1: Ja, toch tijdelijk opvolgen, dat je nog twee tot drie weken bij iemand thuis blijft komen. Zo gaat de overgang wellicht ook beter, je kan direct met elkaar afstemmen. Dit balletje heb ik al eens opgegooid, maar is helaas niet doorgekomen.

00:30:06

Speaker 3: Tuurlijk, hier leer je iemand heel goed kennen en wij zijn vaak heel vertrouwd voor hun. Wij kunnen vaak dan heel goed aansturen.

00:30:30

Speaker 1: Ja, lijkt mij een leuke combi, hier werken en dan gedeeltelijk ook bij mensen thuis.

00:30:36

Speaker 2: Geen gek idee, de korte opvolging eigenlijk.

00:30:42

Speaker 1: Ja, zoiets ik weet niet of het überhaupt gebeurt, helaas zien we vaak dat de muren tussen intra en extramuraal erg hoog zijn. Ook wat betreft financiering. Het FACT-team bij volwassenenzorg blijft daarentegen wel de behandelingen hier op de afdelingen doen en kijkt dan verder regelmatig thuis mee. Hier gebeurt dat niet, want de zorg is in verschillende zorgpaden verdeeld, dat hangt van het ziektebeeld en de diagnose af.

00:31:36

Speaker 2: Dat biedt wel veel helderheid

00:31:40

Speaker 2: Wellicht leuk om te kijken hoe dat bij andere instellingen werkt.

00:31:46

Speaker 3: Ja. Ik ben benieuwd wat ze daar kunnen want de muren zijn inderdaad vaak zo hoog. Dat zouden we eens een andere keer kunnen onderzoeken, ook hoe dat zit met financiering enzovoort.

00:32:01

Speaker 2: Hiervoor kan ik misschien eens bij de werkgever vragen omdat we zowel intra als extramuraal werken. Uhm. We zijn weer af aan het dwalen, haha. Wat denk je dat er verbeterd kan worden binnen de werkplek om een recidief te reduceren.

00:32:35

Speaker 1: Met name de continuïteit van klinisch naar ambulant, stukje communicatie, de overdracht. Daar zou je misschien wat in kunnen doen, hoe en wat geen idee zo snel. Sommige extramurale zorgprofessionals komen wel eens langs op de afdeling om te kijken, hoe gaat dat hier. In het verleden kwam de ambulante behandelaar ook wel bij de overleggen aansluiten, helaas is dit niet meer. Misschien dat hier wat meer in opgepakt kan worden, uhm, om deze overgang soepeler te laten verlopen. Dat is het enige wat mij zo te binnen schiet.

00:33:34

Speaker 2: Duidelijk, een stukje overdracht met name.

00:33:39

Speaker 1: Ja.

00:33:44

Speaker 2: Nou, hartstikke bedankt voor het deelnemen, hier hebben we een hele hoop aan.

00:33:58

Speaker 1: Ja, fijn dan ben ik blij dat ik heb kunnen helpen. Heel veel succes nog.

00:34:15

Opname afgesloten

Bijlage : Zoek strategieën

Databank	Zoektermen	Hits	Booleaanse operator
Google Scholar	"Recidiven"	19100	
Google Scholar	"Recidive"	40400	
Google Scholar	"Recidiven" AND "terugval"	1890	AND
Google Scholar	"Richtlijn terugval"	9740	
Google Scholar	"Wetgeving GGZ" AND "crisismaatregel"	117	AND
Google Scholar	"Intervisions for relapse prevention"	441000	
Google Scholar	"Relapse elderly" AND "terugval ouderen"	175	AND
Google Scholar	"Mental health relapse" OR "mental health rebound"	234	OR
Google Scholar	"Preventieplan"	389	
Google Scholar	"Kwaliteitsstandaard en GGZ"	458	
Google Scholar	"Psychiatric relapse" OR "mental health relapse"	2940	OR
Google Scholar	"Ziektebeelden psychische ouderenzorg"	1640	
Pubmed	"Relapse borderline disorder"	1517	
Pubmed	"Relapse depression" AND/OR "terugval depressie"	1	AND/OR
Pubmed	"Schizophrenia" AND "Relapse"	5104	AND
Pubmed	"Drugs relapse" AND "drugs usage relapse"	259	AND
Pubmed	"Relapse prevention alcohol"	6326	
DIZ (Discovery Service for Zuyd Hogeschool)	"Kwalitatief onderzoek"	13620	
DIZ	"Coderen":	1389	
DIZ	"Analyseren kwalitatief onderzoek"	1916	
DIZ	"Deskreserarch" AND "fieldresearch"	323	AND

DIZ	"Research methods in nursing" AND "nursing research" AND "evidence based"	1104247	AND
Google	"Cijfers gedrag problematiek"	109000	
Google	"Wet- en regelgeving GGZ"	178000	
Google	"Interviews afnemen voor een kwalitatief onderzoek"	99000	
Google	"Terugval in de geestelijke gezondheidszorg" EN "terugval in verslavingen"	28700	EN
Google	"Cijfers terugval algemeen"	239000	
Google	"APA 6"	3540000000	
Google	"GGZ-richtlijnen"	228000	
Google	"Patiëntgerichte zorg in de geestelijke gezondheidszorg"	28100	
Google	"Financiering intra- en extramurale zorg"	47700	
Google	"Crisiskaart"	11500	
Google	"Angst EN terugval in angst"	114000	EN
Google	"Hoe voorkom je een recidief in de geestelijke gezondheidszorg"	17800	
Google	"Onvrijwillige zorg"	85200	