

Eigenaar: Rosanne Kleppe

Studentnummer: 70758

Klas: SW4F, Social Work

Course: Praktijkgericht Onderzoek SW2

Coursenummer: CU16564/CU16565

Leerjaar: 4, semester 8

Docenten: Eric van der Heijden (1e beoordelaar)

Tamara Vijverberg (2e beoordelaar)

Opdrachtgever: Emergis

Locatie: Afdeling Medium Care 1

Contactpersoon: Joyce Belaert – van der Harst

Praktijkbegeleider: Tiny Smit en Kirsten Kaland

Plaats van uitgifte: Goes

Datum van uitgifte: 03-05-2019

Versienummer: 1

**‘Wat je aandacht geeft, groeit!’**

**Onderzoeksverslag**

*Een onderzoek naar welke invulling gegeven kan worden aan netwerkgericht werken binnen afdeling Medium Care 1 van Emergis*

**2019**

**‘Wat je aandacht geeft, groeit!’**

**Onderzoeksverslag**

*Een onderzoek naar welke invulling gegeven kan worden aan netwerkgericht werken binnen afdeling Medium Care 1 van Emergis*

Eigenaar: Rosanne Kleppe

Studentnummer: 70758

Klas: SW4F, Social Work

Course: Praktijkgericht Onderzoek SW2

Coursenummer: CU16564/CU16565

Leerjaar: 4, semester 8

Docenten: Eric van der Heijden (1e beoordelaar)

Tamara Vijverberg (2e beoordelaar)

Opdrachtgever: Emergis

Locatie: Afdeling Medium Care 1

Contactpersoon: Joyce Belaert – van der Harst

Praktijkbegeleider: Tiny Smit en Kirsten Kaland

Plaats van uitgifte: Goes

Datum van uitgifte: 03-05-2019

Versienummer: 1

Inhoudsopgave

[**1. Inleiding** 1](#_Toc7779834)

[**2. Theoretisch kader** 3](#_Toc7779835)

[2.1 Het belang van een sociaal netwerk 3](#_Toc7779836)

[2.2 De doelgroep 3](#_Toc7779837)

[2.2.1 Acute-crisis zorg 4](#_Toc7779838)

[2.2.2 Het effect van een sociaal netwerk bij psychiatrische problematiek 4](#_Toc7779839)

[2.3 Herstel 5](#_Toc7779840)

[2.3.1 Eigen kracht 5](#_Toc7779841)

[2.3.2 Netwerkgericht werken 6](#_Toc7779842)

[2.4 Betrekken en versterken van sociale netwerken 6](#_Toc7779843)

[2.4.1 Versterken bestaande (sociale) netwerken 7](#_Toc7779844)

[2.4.2 Vormen van familie betrokkenheid 7](#_Toc7779845)

[2.4.3 Innovaties op het gebied van familie betrokkenheid 8](#_Toc7779846)

[2.5. De rol van de sociale professional 9](#_Toc7779847)

[2.5.1 Kennis 9](#_Toc7779848)

[2.5.2 Specifieke vaardigheden 9](#_Toc7779849)

[2.5.3 Attitude 9](#_Toc7779850)

[2.6 Methodische instrumenten voor netwerkgericht werken 10](#_Toc7779851)

[2.7 Uitgangspunten voor het onderzoek 11](#_Toc7779852)

[**3. Methode** 12](#_Toc7779853)

[3.1 Onderzoekstrategie 12](#_Toc7779854)

[3.2 Dataverzamelingsmethode 12](#_Toc7779855)

[3.3 Onderzoekspopulatie, -eenheden en respondenten 12](#_Toc7779856)

[3.4 Steekproef 13](#_Toc7779857)

[3.5 Onderzoeksinstrumenten en data-analyse 14](#_Toc7779858)

[3.6 Betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid 14](#_Toc7779859)

[**4. Resultaten van het onderzoek** 16](#_Toc7779860)

[4.1 Verloop veldwerk 16](#_Toc7779861)

[4.2 Belangrijkste resultaten per topic 17](#_Toc7779862)

[4.2.1 Visie en ervaring van de professional ten aanzien van het sociale netwerk 17](#_Toc7779863)

[4.2.2 Belemmerende factoren ten aanzien van de doelgroep en afdeling 17](#_Toc7779864)

[4.2.3 Positieve effecten van sociale netwerk betrokkenheid 18](#_Toc7779865)

[4.2.4 Huidige netwerkbetrokkenheid 19](#_Toc7779866)

[4.2.5 Benodigde kennis, vaardigheden en attitude van de professional 21](#_Toc7779867)

[4.2.6 Behoeften en benodigdheden van de professional 21](#_Toc7779868)

[**5. Conclusies** 23](#_Toc7779869)

[5.1 Beantwoording deelvragen 23](#_Toc7779870)

[5.2 Beantwoording centrale onderzoeksvraag 25](#_Toc7779871)

[**6. Discussie vanuit het onderzoek** 26](#_Toc7779872)

[**6.1 Methodische discussie en inhoudelijke interpretaties van de conclusies** 26](#_Toc7779873)

[6.1.1 Visie en ervaringen ten aanzien van het sociale netwerk 26](#_Toc7779874)

[6.1.2 Belemmerende factoren 26](#_Toc7779875)

[6.1.3 Positieve effecten van sociale netwerk betrokkenheid 26](#_Toc7779876)

[6.1.4 Huidige netwerkbetrokkenheid 27](#_Toc7779877)

[6.1.5 Benodigde kennis, vaardigheden en attitude 28](#_Toc7779878)

[6.1.6 Behoeften en benodigdheden 28](#_Toc7779879)

[6.1.7 Beperkingen van het huidige onderzoek 28](#_Toc7779880)

[6.2 Bespreking van het onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag 29](#_Toc7779881)

[**7. Aanbevelingen** 31](#_Toc7779882)

[7.1 Voor de opdrachtgever 31](#_Toc7779883)

[7.1.1 Familie-ervaringswerker in dienst nemen 31](#_Toc7779884)

[7.1.2 ‘Sociaal netwerk’ opnemen in vaste huidige structuren 31](#_Toc7779885)

[7.1.3 Faciliteren van een geschikte familiekamer 32](#_Toc7779886)

[7.1.4 Informatiefolder ontwikkelen voor familie en naasten 32](#_Toc7779887)

[7.1.5 Scholing/handvatten mogelijk maken voor medewerkers 32](#_Toc7779888)

[7.2 Voor vervolgonderzoek 32](#_Toc7779889)

[**Bibliografie** 33](#_Toc7779890)

[**Bijlage 1 Feedback opdrachtgever** 35](#_Toc7779891)

[**Bijlage 2 Transcript** 36](#_Toc7779892)

# **Samenvatting**

Vanuit de overheid wordt ernaar gestreefd dat burgers steeds meer hun problemen zelf (leren) oplossen met behulp van het eigen sociale netwerk en alleen waar nodig, met hulp van professionals. Emergis vindt het dan ook belangrijk om het netwerk van de cliënt te betrekken tijdens de behandeling. Echter blijkt uit de praktijk dat dit toch (nog) onvoldoende gebeurt of als zodanig wordt ervaren. Vanuit deze probleemstelling is de volgende onderzoeksvraag tot stand gekomen:

‘Welke invulling kan gegeven worden aan netwerkgericht werken binnen de werkwijze van het verpleegkundig team op de afdeling Medium Care 1, wat leidt tot een versterking van het sociale netwerk van de cliënt en bijdraagt aan een kwaliteitsverhoging van de zorg?’

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er kwalitatief onderzoek verricht middels interviews binnen twee groepen medewerkers van de acute crisis-zorg keten, namelijk het verpleegkundig- en behandelteam van de afdelingen MC1 en HIC. Hiervoor is bewust gekozen omdat inzicht in het innovatieve karakter van het HIC-principe kan bijdragen aan vernieuwende inzichten.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er binnen de huidige invulling van netwerkgericht werken veel meer aandacht voor de naastbetrokkenen dient te komen. Een crisisopname is immers niet alleen voor de cliënt heftig, maar evengoed voor het systeem eromheen. De belangrijkste aanbeveling luidt dan ook om een familie-ervaringswerker in dienst te nemen op afdeling MC1 welke specifiek oog heeft voor het proces van naastbetrokkenen tijdens een opname. Tevens kan deze een sleutelrol vervullen in het bewustwordingsproces – en beoogde veranderingsproces van de huidige werkwijze onder medewerkers.

# **Abstract**

Our governments ambition is that civilians (learn to) solve their own problems more and more themselves within their own social network, and, only where really needed, by professionals.

For this reason, Emergis finds it important to involve the client’s network during the period of therapy. However, this does not sufficiently incorporated in daily practice, or at least experienced as such. This issue leads to following research question:

“What should be the content for a network focused working method, within the current way of working of the nursing team of Section Medium Care 1, which should be leading to a stronger social network of the client, while contributing also to quality improvement of care?”

To answer the research question, qualitative research has been done by interviews among two groups of employees of the acute crisis care chain, being the nursery team and the treatment team of Sections MC1 and HIC. This was chosen on purpose, since insights into the innovative nature of the HIC principle could contribute to refreshing views.

The research leads to the conclusion that, within the current setup of network focused working, much more attention should be paid to the near relatives. Taking a client into crisis care is not fierce to only him/her, but as much to the system around. As a result, the most important recommendation is to employ a family experience worker on Section MC1, who would during the period of care, specifically have an eye on the process of the near relatives. Besides, this person could play a key role in the process of awareness and in the intended change process of the current approach among employees.

# **Voorwoord**

Voor u ligt het onderzoeksverslag ‘’Wat je aandacht geeft, groeit!’’. Een onderzoek wat is geschreven in opdracht van Emergis, wat antwoord geeft op hoe netwerkgericht werken vormgegeven kan worden binnen afdeling Medium Care 1. Dit onderzoeksverslag is het eindresultaat in het kader van mijn afstudeerproces aan de HZ University of Applied Sciences, voor de opleiding Social Work.

Het onderzoeksonderwerp is tot stand gekomen door kort na mijn start op de afdeling in september 2018, te peilen welke thema’s er speelden onder medewerkers. Tevens was het voor mij van belang dat het onderwerp ook dichtbij mijzelf lag, bij mijn persoonlijke kernwaarden. Netwerkgericht werken gaat over verbinding creëren tussen professionals, cliënten en hun naastbetrokkenen. Voor mij persoonlijk is verbinding een basisvoorwaarde om vanuit te kunnen en mogen werken met mensen. Hulpverlenen begint altijd bij menselijk contact, het zich verbonden voelen met de ander.

Dit verslag is tot stand gekomen met behulp van veel mensen. Eenieder ben ik dankbaar die op wat voor manier dan ook een bijdrage heeft geleverd. Een speciaal woord van dank wil ik uitspreken naar alle respondenten die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek. Hun openheid, eerlijkheid en enthousiasme hebben mede geleid tot het eindresultaat. Hiernaast wil ik mijn teamleider, Joyce- Belaert van der Harst, en praktijkbegeleiders, Tiny Smit en Kirsten Kaland, bedanken voor alle momenten van sparring, meedenken en feedback. Hierdoor is het onderzoek naar een hoger level getild. Ook wil ik mijn beoordelaars, Tamara Vijverberg en Eric van der Heijden, bedanken voor alle hulp in het onderzoeksproces.

Een laatste woord van dank gaat uit naar mijn familie, vrienden, klasgenoten en collega’s voor hun interesse, luisterend oor, steun en positieve bekrachtiging gedurende het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Rosanne Kleppe

3 mei 2019, Goes

# **1. Inleiding**

De opleiding Social Work aan de HZ University of Applied Sciences wordt afgerond door middel van een praktijkgericht onderzoek. Dit onderzoeksverslag beschrijft het onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van Emergis en plaats heeft gevonden binnen de klinische afdeling Medium Care 1 (MC1) te Kloetinge. Afdeling MC1 biedt zorg en behandeling aan volwassenen vanaf 18 jaar met ernstig psychiatrische klachten waarbij sprake is van een crisissituatie of nood, maar al wel enige controle is herwonnen. De afdeling MC1 is onderdeel van de acute crisiszorgketen binnen Emergis, bestaande uit de High Intensive Care (HIC), MC1 en MC2 (Goense, 2017).

Door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO 2015) wordt er richting gegeven aan de kabinetsplannen om de langdurige zorg in Nederland te hervormen. Burgers moeten vooral zelf hun problemen (leren) oplossen met behulp van het eigen sociale netwerk en, alleen waar nodig, met hulp van professionals. De hoogoplopende zorgkosten zijn niet de enige reden daarvoor. Ook blijkt dat het hebben van een sociaal netwerk, positieve effecten heeft op iemands kwaliteit van bestaan en het meetellen in de eigen sociale omgeving een belangrijke factor is in het herstel van cliënten (Movisie, 2012). Er komt vanuit Emergis en de gemeente dan ook steeds meer druk om de verblijfsduur binnen acute-opname afdelingen zo kort mogelijk te houden. Dit maakt de noodzaak om het sociale netwerk van de cliënt tijdens de opnameduur te betrekken en te versterken alleen maar groter.

Mensen uit het netwerk kennen de cliënt vaak langer en beter en kunnen daardoor een belangrijke rol spelen in het stabiliseren van de crisis, het begrijpen van het levensverhaal en het vergroten van de veiligheid. Emergis vindt het dan ook belangrijk om het netwerk van de cliënt te betrekken tijdens de behandeling en de kracht van het sociale netwerk te benutten. Het kan de opnameduur van een cliënt verkorten, leiden tot een verlaagd appèl op professionele zorg en daarbij tot de gewenste kostenbeheersing. Anno 2018 is er onderzoek binnen Emergis gedaan aan de hand van enquêtes naar het familiebeleid en de ervaringen van naasten. Hieruit is gebleken dat de helft van de families geen actieve rol speelt in de behandeling of dit niet als zodanig ervaart (Gouw, 2018). Vanuit dit gegeven wil Emergis verder onderzoek doen naar op welke manier familie en naasten nu betrokken worden in het hulpverleningsproces en waar verbeterslagen gemaakt kunnen worden. Dit onderzoek levert een specifieke bijdrage hieraan.

De doelgroep op afdeling MC1 kenmerkt zich veelal door cliënten met langdurige, ernstige psychiatrische problemen. Een opname vindt plaats op vrijwillige of gedwongen basis waarbij de indicatie is dat het gevaar niet anders af te wenden is, dan middels een crisisopname. Suïcidaliteit, psychotische ontregeling en maatschappelijke teloorgang zijn veel voorkomende opnameredenen. Voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid is het onderhouden van een sociaal netwerk vaak lastig, wat veelal samenhangt met de symptomen/klachten van het ziektebeeld (Movisie, 2012). Dit vraagt dan ook om ondersteuning van professionals ten tijde van een opname. Met name een crisisopname is niet alleen voor de cliënt heftig maar evengoed voor het systeem eromheen. Aandacht voor de naastbetrokkenen is minstens zo belangrijk als de zorg voor de cliënt als individu.

In de praktijk blijkt dat de huidige werkwijze van het verpleegkundig team van afdeling MC1 momenteel onvoldoende tot betrokkenheid van het sociale netwerk leidt. Netwerkgericht werken wordt door het verpleegkundig team vaak ervaren als lastig, met name wanneer er signalen zijn van een overbelast netwerk of de cliënt geen toestemming verleent om informatie met het netwerk te delen. Dit vraagt om een andere betrokkenheid vanuit de afdeling richting het sociale netwerk, gericht op steun. Echter ontbreken de juiste voorzieningen op de afdeling om tegemoet te kunnen komen aan deze behoefte en speelt de dynamiek van de afdeling, waarbij sprake is van een hoge werkdruk, tevens een rol. Netwerkgericht werken is nog onvoldoende onderdeel van het systeem van medewerkers en de mate van netwerkgericht werken is momenteel te persoonsafhankelijk van de medewerkers van dienst.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de huidige werkwijze en behoeften van het verpleegkundig team, zodat er effectiever uitvoering aan netwerkgericht werken gegeven kan worden.

Inzicht in wat medewerkers nodig hebben om meer netwerkgericht te gaan werken kan mogelijk leiden tot een duurzame verandering van de werkwijze, benodigde voorzieningen, handvatten en scholing voor medewerkers. Als gevolg hiervan kan de cliënt tijdens zijn of haar opname meer actief werken aan contactherstel met het sociale netwerk en waar mogelijk versterken. Om het netwerk van de cliënt als volwaardige partner een plek te geven binnen de opname periode is er een verandering nodig binnen afdeling MC1, stevig ingebed in de werkwijze van het verpleegkundig team.

Onderzoeken wat men kan leren van een andere afdeling, waar sprake is van innovatie op het gebied van het betrekken van het sociale netwerk, is dan ook van toegevoegde waarde. De afdeling HIC beschikt over een volwaardige familiekamer en biedt de mogelijkheid tot rooming-in, wat inhoudt dat familie- en naastbetrokkenen 24 uur per dag bij de zorg voor hun naaste betrokken kunnen blijven. Hiernaast wordt er samengewerkt met een familie-ervaringswerker welke specifiek oog heeft voor het proces van de naastbetrokkenen tijdens de opname van een cliënt. De ervaringskennis van het team van de HIC wordt geconsulteerd om de bruikbaarheid en kwaliteit van het onderzoek te doen vergroten.

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

‘*Welke invulling kan gegeven worden aan netwerkgericht werken binnen de werkwijze van het verpleegkundig team op de afdeling Medium Care 1, wat leidt tot een versterking van het sociale netwerk van de cliënt en bijdraagt aan een kwaliteitsverhoging van de zorg?’*

Voor de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

* Welke factoren ervaren medewerkers op afdeling MC1 als belemmerend om het sociale netwerk van cliënten te betrekken en versterken?
* Welke vorm van betrokkenheid van het sociale netwerk is er momenteel al tijdens de opname van een cliënt en welke positieve effecten zijn merkbaar?
* In hoeverre kan afdeling MC1 leren van de afdeling ‘High Intensive Care’ (HIC) met betrekking tot netwerkgericht werken?
* Wat hebben medewerkers van het verpleegkundig team van afdeling MC1 nodig om netwerkgericht werken dagelijks in de praktijk vorm te geven?

Het onderzoek is relevant voor het werkveld omdat van de ‘nieuwe’ professional verwacht wordt, netwerkgericht werken een plek te geven te geven in de routine van professionals (Hilhorst & Lans, 2016). Het versterken van de eigen kracht, zelfredzaamheid en participatie van cliënten in samenwerking met diens netwerk en sociale omgeving is tevens, volgens de beroepscode, een belangrijke taak van elke professional (Meij & Luttik, 2018). Professionals zijn altijd een voorbijganger in het leven van de cliënt. Uiteindelijk zal hij of zij het (weer) zelf moeten doen, met de hulp van naasten.

In hoofdstuk twee staat het theoretisch kader centraal waarin kernbegrippen staan beschreven aan de hand van bestaande literatuur. Het hoofdstuk sluit af met de uitgangspunten van het onderzoek. Hoofdstuk drie omvat de gehanteerde methode van onderzoek waarin tevens wordt gemotiveerd voor welk soort steekproef gekozen is en welke onderzoeksinstrumenten zijn gebruikt. Ook wordt de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek verantwoord. In hoofdstuk vier staan de resultaten van het onderzoek beschreven, afkomstig uit het veldwerk. Hoofdstuk vijf bevat de conclusies van het onderzoek waarin een antwoord op de deelvragen en centrale onderzoeksvraag is beschreven. Vervolgens beschrijft hoofdstuk zes de discussie van het onderzoek waarbij de resultaten uit het veldwerk worden vergeleken met de theorie. Tevens bevat het hoofdstuk een evaluatie op het onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag. Tot slot staan in hoofdstuk zeven de aanbevelingen beschreven. Hierna volgt de literatuurlijst en is in de bijlagen van het onderzoek de feedback van de opdrachtgever opgenomen en een transcript.

# **2. Theoretisch kader**

*In het theoretisch kader wordt, op basis van bestaande literatuur, verder ingegaan op de begrippen die samenhangen met de centrale onderzoeksvraag. De theorie is leidend en relevant met betrekking tot het onderzoeksonderwerp. Dit hoofdstuk sluit af met de uitgangspunten voor het onderzoek.*

# 2.1 Het belang van een sociaal netwerk

De term ‘sociaal netwerk’ is sinds de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO 2015) meer in opmars dan ooit. Er zijn dan ook tal van beschrijvingen te vinden binnen het werkveld van de Social Worker. Een sociaal netwerk kan volgens het boek *Sterk met een vitaal netwerk* (Scheffers, 2015, p. 147)als volgt gedefinieerd worden; ‘*’*Het ingebed zijn in een geheel van mensen met wie rechtstreeks min of meer duurzame banden worden onderhouden voor de vervulling van de dagelijkse levensbehoeften*.’’* Een simpelere benaming is terug te vinden in de WMO-wijzer waarin het sociale netwerk omschreven wordt als een verzamelnaam voor het geheel aan betekenisvolle personen (Wilken, 2016). Een sociaal netwerk kan bestaan uit familie, vrienden, kennissen, buren, collega’s en maatschappelijke instanties zoals een school of hulpverleningsinstantie. De behoefte om ergens bij te horen is universeel voor ieder mens. Het hebben van een sociaal netwerk is dan ook een grote drager van levenskwaliteit en stelt mensen in staat te functioneren. Binnen de verandering van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving wordt er een steeds groter beroep gedaan op de verantwoordelijkheid voor de eigen, plus andermans, gezondheid en welzijn. Het hebben van een sociaal netwerk wordt steeds belangrijker, daar waar verwacht wordt dat men elkaar helpt en samen oplossingen bedenkt voor problemen (Tonkens & Jan Willem, 2017).

Volgens het Kenniscentrum Sociale Innovatie (Wilken, 2016) vervullen sociale netwerken een viertal belangrijke basisbehoeften voor elk mens. In de eerste plaats gaat het om *affectieve behoeftes* zoals de behoefte aan emotionele ondersteuning, zich geliefd en gewaardeerd voelen. In de tweede plaats staat de *behoefte aan aansluiting* centraal; erbij horen en aansluiting en steun ervaren op basis van interesses, waarden en achtergronden. De *behoefte aan stabiliteit* gaat over het ervaren van evenwichtige banden met anderen, of dit nu vrijwillig is of niet. Te denken valt aan bijvoorbeeld een arbeidsovereenkomst of lidmaatschap. In de laatste plaats is er de *behoefte aan materiële en instrumentele middelen*, zoals praktische hulp, woonruimte, voeding en informatie (Wilken, 2016).

Bovengenoemde behoeftes worden eveneens bevestigd in het artikel *De zorgkracht van sociale netwerken* (Movisie, 2012)en kunnen volgens de schrijver dan ook gezien worden als mogelijke functies van een sociaal netwerk. Een ander belang wat wordt benadrukt is dat netwerken beschikken over zorgkracht. Volgens Scheffers (2015) bestaat zorgkracht uit onderling vertrouwen en de support die men in een sociaal netwerk bereid is elkaar te geven. Mensen uit het netwerk willen vaak graag iets betekenen. Het krachtige is dat steun, gegeven door het sociale netwerk, leidt tot een meer duurzame oplossing omdat zij bij het leven van de hulpbehoevende betrokken blijven in tegenstelling tot de hulpverlening (Hilhorst & Lans, De vraagverlegenheid voorbij, 2016). Het ‘ontginnen’ van zorgkracht is dan ook van groot belang binnen de ondersteuning van kwetsbare burgers (Scheffers, 2015).

# 2.2 De doelgroep

De transities in de zorg gelden ook voor instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een publicatie in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* toont aan dat er in Nederland ongeveer 160.000 mensen zijn in de leeftijd van 18 tot 65 jaar met een ernstig psychiatrische aandoening (Delespaul, 2013). Cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening kampen bijvoorbeeld met schizofrenie, een depressie, psychotische stoornis, een verslaving of een persoonlijkheidsstoornis. Hiernaast is er, door de psychiatrische aandoening, bij deze doelgroep veelal ook sprake van problemen op het gebied van sociaal- en maatschappelijk functioneren.

Het rapport *GGZ in transitie* beschrijft dat cliënten met een psychiatrische stoornis meer moeite hebben dan anderen om zich in een sociaal netwerk te bewegen en duurzame relaties te onderhouden. Mensen met een psychiatrische stoornis kampen vaak met een verschraald netwerk, de samenstelling is eenzijdiger en de kwaliteit is vaker van matige aard (Waanders & Wonderen, 2015). Tal van oorzaken kunnen hieraan onderhevig zijn. Vaak heeft het sociale netwerk al het nodige meegemaakt gedurende de levensloop van de cliënt waardoor relaties verstoord zijn geraakt (Scheffers, 2015). Het initiatief tot (tijdelijk) geen contact kan dan ook vanuit het sociale netwerk zelf komen, daar waar dit soms al langdurig overbelast is voordat professionele hulp betrokken raakt. Zelf tot rust komen en vertrouwen op de geboden hulp is dan een eerste stap (Scheffers, 2015). Ook kunnen symptomen van bepaalde aandoeningen, zoals bijvoorbeeld bij schizofrenie, leiden tot gevoelens van (sociale) angst, vijandigheid of achterdocht bij de cliënt wat de omgang met andere mensen belemmert (GGZ Nederland, 2009). In het artikel *Pak het samen op* wordt het begrip wederkerigheid benadrukt, dus het geven en ontvangen van steun. Cliënten met een psychische stoornis zijn vaak (tijdelijk) minimaal, of in mindere mate, in staat tot wederkerigheid wat sociale contacten in stand houden bemoeilijkt (Driel, Mathijssen, Goor, & Nieuwenhuizen, Pak het samen op!, 2014). Sociale wetenschappers laten hun licht op nog een andere benadering schijnen in *De zorgkracht van sociale netwerken*, namelijk dat zorgbehoefte (in welke vorm dan ook) leidt tot verschraling van het sociale netwerk. Zodra mensen zorgbehoevend zijn, worden zij voor anderen minder aantrekkelijk als sociaal contact (Movisie, 2012). Een extra tendens die het voor psychiatrische cliënten nog moeilijker maakt om een sociaal netwerk te blijven behouden.

# 2.2.1 Acute-crisis zorg

Sommige GGZ-instellingen in Nederland bieden de mogelijkheid tot acute-crisis zorg. Crisiszorg wordt ingezet bij mensen met ernstig psychiatrische klachten waarbij er sprake is van een crisissituatie of nood (MIND, 2017). Dit houdt in dat opnames kunnen variëren van cliënten die al langer binnen de psychiatrie bekend zijn vanuit een ambulant kader, tot cliënten die voor het eerst psychiatrische zorg krijgen. Een cliënt kan bijvoorbeeld psychotisch zijn en onder invloed van waanbeelden zijn familie bedreigen. Maar de cliënt kan ook verslaafd zijn aan alcohol, drugs of medicatie en zichzelf verwaarlozen waardoor er ernstige somatische gevolgen optreden. Ook een suïcidepoging of het plannen daarvan kunnen aanleiding zijn tot een (gedwongen) crisisopname. Tijdens de opname wordt er gewerkt aan duidelijke doelen die in samenspraak met de cliënt zijn opgesteld. Bijvoorbeeld; reductie van suïcidaliteit, stabiliseren van de stemming, herstellen van contact met ambulante behandelaar of leren hanteren van een crisissignaleringsplan.

Volgens Goense (2017) fungeert ambulante behandeling of begeleiding, in de eigen vertrouwde omgeving, als meest herstel bevorderende omgeving. Elke crisisopname wordt dan ook gezien als een onderbreking hiervan. Van GGZ-instellingen en hun medewerkers wordt verwacht dat zij erop gericht zijn, klinische opnames van cliënten met psychiatrische problematiek zo kort mogelijk te houden en nog meer te focussen op het versterken van de eigen kracht, zelfredzaamheid en participatie van cliënten (Waanders & Wonderen, 2015).

# 2.2.2 Het effect van een sociaal netwerk bij psychiatrische problematiek

Het effect van het hebben van een sociaal netwerk kan volgens diverse onderzoeken een belangrijke factor zijn in het herstel van cliënten. Het artikel *Eigen kracht ontleed* beschrijft hoe het sociale netwerk (tijdelijk) kan dienen als aanvulling op de eigen kracht van de cliënt, daar waar deze nog verder aangewend dient te worden. Het netwerk kan een cruciale rol spelen in het (her)ontdekken en aanboren van sterke kanten, talenten en krachten van de cliënt. Kortom, het deel dat vraagt om versterking, bemoediging en bekrachtiging. Hiernaast wordt aangehaald dat het sociale netwerk tevens kan fungeren als spiegel tot zelfinzicht en kan helpen bij het bepalen van doelen (Gilsing et al., 2017). Anderzijds omvat het artikel ook een kritische noot ten aanzien van de ‘geleende kracht’ uit netwerken omdat deze ook kan tegenwerken wanneer het netwerk bijvoorbeeld geneigd is steeds alles over te nemen en hiermee geen vertrouwen uitstraalt in de cliënt. Scheffers (2015) stelt dat mensen uit het netwerk de cliënt vaak langer en beter kennen en daardoor een belangrijke rol kunnen spelen in het begrijpen van het levensverhaal van de cliënt, het stabiliseren van de crisis of het vergroten van de veiligheid. In die zin functioneert het sociale netwerk eveneens als een belangrijke informatiebron voor professionals en leidt samenwerking tot effectievere hulpverlening. Mensen uit het netwerk kunnen professionals soms helpen om dingen tegen een cliënt te zeggen zodat er een betere informatieoverdracht plaatsvindt. Bijvoorbeeld in geval van een taalbarrière, culturele diversiteit en/of ingang tot gesprek wanneer dit bij de hulpverlener niet lukt (Scheffers, 2015). In het artikel *The weakness of tie strength* wordt een andere invalshoek beschreven, namelijk dat zwakke sociale verbanden juist gezien zouden mogen worden als kracht, omdat ze de meeste potentie bieden tot nieuwe mogelijkheden. Vaste, sterke sociale verbanden zijn veelal dichter van aard en dagen de mens minder uit om zich te verbinden met anderen (ScienceDirect, 2018).

Dat professionals oog moeten hebben voor de keerzijde van het benutten van sociale netwerken wordt benadrukt door (Movisie, 2012). Zodra er een beroep wordt gedaan op het sociale netwerk dient er rekening te worden gehouden met de gevoelsmatige extra ‘druk’ die dit kan opleveren, naast de bestaande druk die het systeem waarschijnlijk al ervaart (Movisie, 2012). Ontwrichtingen in het systeem en veranderende rolpatronen vragen om een contextuele kijk van de professional. Aandacht voor naastbetrokkenen is minstens zo belangrijk als de zorg voor de cliënt als individu.

# 2.3 Herstel

Waar er vroeger bij het begrip herstel gesproken werd over ‘genezing’ wordt er tegenwoordig uitgegaan van een andere gedachtegang. Volgens *De herstelspecial* welke is uitgegeven door GGZ Nederland, impliceert herstel ‘’Een actieve acceptatie (en dus bewustwording) van de eigen problemen, omstandigheden, beperkingen en mogelijkheden (Haan, 2013, p. 6).’’ Herstel gaat over vallen en opstaan, crisissen en keerpunten en pogingen om het leven opnieuw inhoud en richting te geven. Korevaars & Droes (2016) belichten het begrip herstel vanuit verschillende invalshoeken. Als er wordt gekeken vanuit cliëntperspectief gaat herstel op individueel niveau over een aandachtverschuiving van de psychische aandoening en symptomen naar mogelijkheden, het hernemen van eigen regie en het vergroten van de eigen kracht. Vanuit hulpverlenerperspectief wordt er gesproken over een afname van de symptomen, het verbeteren van het functioneren en terugval voorkomen en/of verminderen (Korevaars & Droes, 2016). Herstelondersteuning gaat over het ondersteunen van individuele, unieke herstelprocessen door professionals, ervaringsdeskundigen, lotgenoten en naasten. Hoop, toekomstperspectief en steun van belangrijke anderen spelen een centrale rol in herstelprocessen van mensen, evenals het ervaren van eigen regie (Haan, 2013).

# 2.3.1 Eigen kracht

Het begrip ‘eigen kracht’ heeft tegenwoordig een prominente plek binnen het sociale domein.

Artikel 2 van de *Beroepscode voor de Sociaal Werker* omschrijft het begrip ‘eigen kracht’ als volgt: ‘’Eigen kracht duidt op weerbaarheid, zelfredzaamheid en sociale participatie van de burger/cliënt. Dit in samenhang met het sociale netwerk en de sociale omgeving van de burger/cliënt, en binnen de sociaal-culturele context’’ (Meij & Luttik, Beroepscode voor de Sociaal Werker, 2018, p. 9).

Buiten Nederland is het begrip ‘eigen kracht’ eerder bekend onder de Engelse benaming empowerment. Zimmerman (2010) besteed specifieke aandacht aan de empowerment benadering van sociale veranderingen en belicht dit vanuit individueel, organisatorisch en gemeenschapsniveau maar gaat vooral in op de individuele verkenning. Hierin staat het centraal als strategie om controle en invloed uit te oefenen op het eigen leven. Een kritische nood wordt aangehaald door (Gilsing et al., 2017) daar waar het werken aan en met de eigen kracht voor veel professionals nog niet vanzelfsprekend is. Als oorzaak hiervoor wordt aangegeven dat het begrip door gemeenten vaak (nog) niet duidelijk is uitgewerkt, wat maakt dat er over het begrip eigen kracht nog vaak anders wordt gedacht (Gilsing et al., 2017).

# 2.3.2 Netwerkgericht werken

De term ‘netwerkgericht werken’ wordt in meerdere rapporten veelvuldig gebruikt. Er wordt ingegaan op waarom netwerkgericht belangrijk is en op welke manieren professionals handen en voeten kunnen geven aan de uitvoering ervan. Het is dan ook opvallend dat er geen duidelijke definitie te vinden is binnen tal van wetenschappelijke bronnen. De literatuurverkenning doet vermoeden dat netwerkgericht werken een verzamelnaam is voor alle acties die professionals uitvoeren ten behoeve van het in kaart brengen, betrekken, versterken en ondersteunen van sociale netwerken van cliënten.

Netwerkgericht werken kan gezien worden als een mogelijke werkwijze waarmee de eigen kracht, regie en participatie van cliënten gestimuleerd kan worden, in samenhang met de sociale omgeving (Movisie, 2014).

# 2.4 Betrekken en versterken van sociale netwerken

Om sociale netwerken te betrekken en waar mogelijk te versterken tijdens hulpverleningsprocessen is volgens Scheffers (2015) inzicht in het netwerk van cruciaal belang. En met name in de kwaliteit ervan. Inzicht in het netwerk biedt aanknopingspunten voor de verdere hulpverlening en is tegelijkertijd een eerste inventarisatie van mogelijke krachtbronnen in- en rondom de cliënt. Het vertrekpunt is kijken wat al aanwezig is, om vervolgens te inventariseren waar versterking nodig is. Inzicht in het netwerk kan volgens het *Praktijkboek Sociologie* (Hendrix, 2018) en *Sterk met een vitaal netwerk* (Scheffers, 2015) verkregen worden door het in beeld brengen van structurele en functionele kenmerken.

Structurele kenmerken kunnen gezien worden als het ‘uiterlijk’ van een netwerk en bieden inzicht in een vijftal belangrijke onderdelen. De *samenstelling* geeft inzicht in wie er deel uitmaken van het netwerk. Binnen de samenstelling van een netwerk wordt er gesproken over de sectoren verwanten (familierelaties), vrienden/ bekenden en maatschappelijke diensten. Belangrijk om te weten is dat een cliënt vaak weinig invloed heeft op uitbreiding of inkrimping van verwanten in het netwerk vanwege de bloedband. De relaties kunnen als positief worden ervaren, maar ook als beknellend (Hendrix, 2018). *Onderlinge afhankelijkheid* gaat over de mate waarin netwerkleden afhankelijk zijn van elkaar. Soms is er sprake van grote afhankelijkheid bij de cliënt ten aanzien van een netwerklid, of juist andersom. Er kan ook een groot beroep worden gedaan op de cliënt, vanuit het netwerk (Hendrix, 2018). *Bereikbaarheid* zegt iets over de beschikbaarheid voor het verlenen van steun door het sociale netwerk. Bereikbaarheid gaat niet alleen over de feitelijke afstand maar ook over mobiliteit en beschikbare communicatiemiddelen voor zowel cliënt als netwerkleden. Het hebben van een mobiele telefoon of het kunnen reizen met openbaar vervoer is bepalend voor het mobiliseren van sociale steun (Hendrix, 2018). Door de *gevarieerdheid* van een netwerk te bevragen ontstaat er inzicht in welke mate de netwerkleden van elkaar verschillen in leeftijd, geslacht, burgerlijke aard, opleiding, beroep, enzovoort. Een grote gevarieerdheid in een netwerk wordt aangeduid als ‘heterogeen’ en een meer eenzijdige samenstelling, bijvoorbeeld voornamelijk met andere ggz- cliënten, valt onder de noemer ‘homogeen’. Een grote gevarieerdheid biedt meer mogelijkheden tot het vervullen van diverse steunfuncties (Scheffers, 2015). De *dichtheid* van een netwerk zegt veel over de onderlinge solidariteit en betrokkenenheid. Er kan sprake zijn van een ‘kluwen’ netwerk waarin de dichtheid zeer hoog is. Leden van het netwerk hanteren dezelfde waarden en normen, bijvoorbeeld te zien in streng gelovige kringen of etnische groepen. Een nadeel is dat deze netwerken vaak minder toegankelijk zijn voor anderen en sneller overgaan tot uitsluiting van een netwerklid wanneer deze onvoldoende in staat is zich te conformeren aan de groep. Een lage(re) mate van verbondenheid tussen netwerkleden wordt aangeduid als een ‘los-zand’ netwerk (Hendrix, 2018). Ook Steyaert (2012) pleit voor het uitgangspunt dat er niet alleen wordt gekeken naar de zorgbehoevende cliënt maar deze vooral wordt gezien binnen de context van zijn omgeving. De professional en cliënt dienen te kijken naar hoe de context mogelijk het probleem van de cliënt in stand houdt, of kan helpen oplossen. De professional kan de cliënt leren vanuit dit perspectief naar zijn of haar sociale relaties te kijken (Steyaert, 2012).

Functionele kenmerken kunnen inzicht geven in welke bijdrage het netwerk levert aan het realiseren van belangrijke levensbehoeften (Hendrix, 2018). De basisbehoeften eerdergenoemd in paragraaf 2.1.1 zijn uiteengezet in acht mogelijke functies waaraan het netwerk een bijdrage kan leveren:

- Emotionele steun: het ontvangen van aandacht, begrip, liefde en bemoediging.

- Cognitieve steun: het verkrijgen van advies, informatie en feedback.

- Waardering: het ontvangen van waardering, bevestiging en vertrouwen.

- Normatieve steun: gaat over rolmodellen en voorbeeldfuncties die een netwerkleden kan zijn.

- Sociaal contact: gaat over erbij horen, van gedachten wisselen, samen dingen ondernemen.

- Materiële steun: in de vorm van onderdak, geld, kleding of huisraad.

- Praktische steun: in de vorm van hulp bij de huishouden of meegaan naar een spannende afspraak

- Sociale/maatschappelijke invloed*:* netwerklid bemiddelt bij verkrijgen woning (Hendrix, 2018).

# 2.4.1 Versterken bestaande (sociale) netwerken

Het versterken van bestaande sociale netwerken kan op verschillende manieren. Volgens Scheffers (2015) is de eerste mogelijkheid het verdiepen van bestaande relaties. Verdieping kan ontstaan wanneer een cliënt activiteiten onderneemt met mensen uit het sociale netwerk. Belangrijk hierbij is dat het een activiteit is waar de cliënt plezier aan beleeft. Bijvoorbeeld koffie drinken, samen wandelen of fietsen, of samen naar een voetbalwedstrijd kijken (Scheffers, 2015). De tweede mogelijkheid is het activeren van een slapend netwerk, oftewel oude contacten nieuw leven inblazen. Dit houdt in dat de professional samen met de cliënt op zoek gaat naar netwerkleden waar het contact goed mee was, voordat er sprake was van de huidige problemen in het leven van de cliënt (Scheffers, 2015). Een bestaand netwerk versterken kan ook inhouden dat belemmerende contacten afgebouwd worden. Denk bijvoorbeeld aan cliënten met verslavingsproblematiek, welke geen contact meer willen met oude ‘gebruikersvrienden’. Soms kan een verkleining van het sociale netwerk dus juist een stap in de goede richting zijn, waardoor de kwaliteit verhoogt (Scheffers, 2015). In de laatste plaats wordt het netwerk uitbreiden of opnieuw opbouwen tot een mogelijkheid genoemd. Wanneer een netwerk onvoldoende mogelijkheden biedt, wil dat niet zeggen dat er geen hulp voorhanden is vanuit dat netwerk (Scheffers, 2015). Het is mogelijk dat het netwerk overbelast is en pas in een later stadium weer meer voor de cliënt kan betekenen. Of er spelen verhuizingen of andere veranderingen een oorzakelijke rol. Bij het uitbreiden of opnieuw opbouwen van een sociaal netwerk kan tevens gedacht worden aan lotgenotengroepen, dagbesteding, buurthuizen maar ook initiatieven zoals ‘maatjesprojecten’ (Scheffers, 2015).

# 2.4.2 Vormen van familie betrokkenheid

Vaak is er binnen de huidige manier van werken in de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek al wel sprake van enige familiebetrokkenheid. Instellingen geven hier meestal richting aan door middel van een familiebeleid, wat een kader en handvat biedt voor alle medewerkers in de omgang en benadering van familieleden en andere belangrijke betrokkenen. Met als doel; familie betrekken bij de behandeling en hierdoor een goede samenwerking tussen cliënt, familie en hulpverlening bewerkstelligen (Goense, 2017). Uit onderzoek blijkt dat er verschillende vormen zijn waarop familie bij de hulpverlening wordt betrokken en kan dit in de eerste plaats door middel van een zorgafstemming(s)gesprek (ZAG). Bij een ZAG-gesprek worden alle belangrijke disciplines uitgenodigd vanuit de professionele keten, de cliënt en zijn eerste contactpersoon of andere belangrijke netwerkleden. Doel van het ZAG-gesprek is het efficiënt afstemmen van de behandeling in samenwerking met alle betrokkenen. Behandel- en hersteldoelen komen aan bod. Evenals wensen en betrokkenheid van familieleden. Ten slotte wordt in kaart gebracht wat nodig is om terug te keren naar huis of welke tussenstap noodzakelijk is. Het kan zijn dat iemand bijvoorbeeld eerst nog een opname nodig heeft bij verslavingszorg, alvorens er wordt gekeken naar de terugkeer naar huis (Goense, 2017). ZAG-gesprekken vinden minimaal drie keer plaats tijdens een klinische opname. Een tweede mogelijkheid is het inzetten van systeemgesprekken. Een systeemgesprek kan worden ingezet om positieve krachten binnen een familiesysteem weer meer zichtbaar en beschikbaar te maken (PsyQ, 2015). Het is aan de professional om dit zo te leiden dat er niet op zoek wordt gegaan naar waar de schuld of fout ligt. Een goed systeemgesprek is gericht op elkaar beter leren begrijpen, vastzittende patronen in de omgang te doorbreken en de betekenis die aan elkaars gedrag wordt gegeven te onderzoeken (PsyQ, 2015). De triadekaart is een veel gebruikt instrument binnen de GGZ wat als derde mogelijkheid naar voren komt uit onderzoek (Movisie, 2018). De triadekaart kan gezien worden als een kapstok om met elkaar in gesprek te komen en belangrijke taken, zoals het informeren van instanties over de opname, te bespreken, te verdelen en ‘vergeten’ taken tijdig te signaleren.

Een kritische noot ten aanzien van de triadekaart wordt genoemd in een *Publicatie van het Trimbos-Instituut* waarbij onderzoek is gedaan naar diverse familie interventies in de langdurige GGZ. Hierin wordt het nadeel van de triadekaart benoemd, daar waar deze is ontwikkeld voor het gebruik bij een specifieke doelgroep namelijk, mensen met een psychotische kwetsbaarheid[[1]](#footnote-1) (Erp, Place, & Michon, 2009). Het middel is dus niet inzetbaar voor alle doelgroepen binnen de psychiatrie.

# 2.4.3 Innovaties op het gebied van familie betrokkenheid

De GGZ staat voor tal van uitdagingen om de veranderde samenleving, waarin de maatschappelijke impact van psychische aandoeningen steeds groter wordt, het hoofd te bieden. Het werkveld van een Social Worker is dan ook volop onderhevig aan innovatie. Denk bijvoorbeeld aan de toenemende inzet van E-health, apps en virtual reality (Nederland, 2018).

Ook op het gebied van familiebetrokkenheid zijn er nieuwe ontwikkelingen. De term rooming in verwijst naar de mogelijkheid om familieleden of naasten een begeleidende taak te bieden in de ondersteuning aan de betreffende cliënt, of te laten overnachten tijdens de crisisopname (Bouwhuis & Vreeker, 2015). Rooming-in is mogelijk binnen de High Intensive Care (HIC) afdelingen in psychiatrische instellingen en is zeer effectief gebleken bij achterdochtige, angstige en/of agressieve cliënten. De aanwezigheid van een vertrouwd belangrijk persoon werkt voor de cliënt angst reducerend en dient hiermee een preventief doel in de landelijke vermindering van dwang en drang[[2]](#footnote-2) (Tully, Sweeney, Harfield, Castle, & Das, 2016).

De inzet van ervaringswerkers wordt de laatste jaren steeds groter binnen het sociale domein en de intrede van de familie-ervaringswerker is dan ook een feit. Een familie-ervaringswerker heeft ervaring opgebouwd op grond van het eigen levensverhaal met een familielid met psychische problematiek. Puttend uit de eigen ervaring, kan de ervaringswerker ondersteuning bieden gebaseerd op herkenning, erkenning en begrip van ‘binnenuit’ (GGZ Nederland, Trimbos-Instituut, Hee!, & Kenniscentrum Phrenos, 2013). De familie-ervaringswerker kan in dit geval een sleutelrol vervullen binnen GGZ-organisaties om de betrokkenheid van familie en belangrijke anderen te vergroten en deze processen inhoudelijk te ondersteunen.

# 2.5. De rol van de sociale professional

De veranderde focus binnen het sociale domein gericht op het versterken van de eigen kracht van de cliënt en zijn sociale netwerk, vraagt volgens Hendrix (2018) een ‘kanteling’ in het denken en doen van professionals. Een andere attitude, kennis en specifieke vaardigheden zijn noodzakelijk om de kanteling te laten slagen, aldus (Hendrix, 2018).

# 2.5.1 Kennis

In de eerste plaats is kennis van structurele en functionele kenmerken, welke staan beschreven binnen paragraaf 2.4, van groot belang om als professional uitvoering te kunnen geven aan netwerkgericht werken in de praktijk. Met deze kennis zouden professionals in staat moeten zijn om een eerste inzicht in het sociale netwerk van de cliënt te verkrijgen en in hoeverre de cliënt steun ervaart van de leden van het netwerk. Volgens (Driel et al., 2014) is het belangrijk dat professionals zich ervan bewust zijn dat een grote omvang van een sociaal netwerk niet automatisch betekent dat er voldoende steun aanwezig is. Maar, de aard van relaties bepalend is of (en hoe) iemand steun ervaart. Onderzoek en inzicht is dus altijd nodig.

# 2.5.2 Specifieke vaardigheden

Hendrix (2018) is van mening dat professionals in de eerste plaats over de vaardigheid moeten beschikken om netwerken in kaart te brengen en deze te analyseren. Dit vraagt om het spelenderwijs kunnen inzetten van methodische instrumenten op een laagdrempelige manier, alsof het lijkt dat het om iets heel normaals gaat, een standaard onderdeel van de intakeprocedure (Scheffers, 2015). Gespreksvaardigheden zoals luisteren, non-verbale communicatie waarnemen, doorvragen, herhalen en samenvatten zijn hierbij van groot belang (Scheffers, 2015). In de tweede plaats dient de professional de analyse en behoeften van de cliënt ten aanzien van zijn netwerk te kunnen omvormen naar kleine, concrete acties voor in het methodisch plan. Netwerkversterking wordt op deze manier onderdeel van het behandelplan (Hendrix, 2018). Hiernaast is het van belang dat professionals rekening houden met het tempo van de cliënt. Door de psychiatrische problematiek kan er sprake zijn van een beperkte aandachtspanne wat een aanpassing vergt tijdens de inventarisatie van het netwerk. De inventarisatie dient dan bijvoorbeeld in delen gedaan te worden, of per sector (Scheffers, 2015). Ten slotte is het belangrijk rekening te houden met de reflectieve vermogens van de cliënt. Het nadenken over relaties en wat deze voor iemand betekenen, kan lastig zijn wanneer cliënten nog nooit op die manier over hun relaties hebben nagedacht (Scheffers, 2015). Het stellen van de juiste vragen kan zeer bepalend zijn voor de mate waarin inzicht wordt verkregen. In plaats van de vraag ‘wie vallen er onder jouw sociale contacten?’ kan de professional beter vragen naar: ‘welke personen zijn voor jou belangrijk, wie helpen jou weleens, met wie maak je weleens een praatje in de straat, wie komt er weleens bij je op bezoek, belt jou of stuurt weleens een whatsapp bericht?’.

# 2.5.3 Attitude

Een uitgangspunt in de attitude van de ‘nieuwe’ professional is volgens Scheffers (2015) dat deze erin gelooft dat elk mens krachten en mogelijkheden in zich heeft, ongeacht de sociale/culturele afkomst, beperkingen en moeilijkheden die het leven met zich meebrengt. Volgens Scheffers (2015) dient de professional in zijn houding de betekenisgeving van de cliënt centraal te stellen, deze is immers de ervaringsdeskundige van zijn leven. Gelijkwaardigheid, present zijn, naast de cliënt staan en de hulpverlenerrelatie als partnerschap beschouwen zijn belangrijke pijlers. Maar ook een niet-wetende houding is cruciaal. Hilhorst & Lans (2016) kaarten aan dat professionals al snel in de valkuil van probleemoplosser stappen en geneigd zijn de oplossing aan te dragen, terwijl dit een averechts effect heeft op het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Vragen stellen die de cliënt steeds opnieuw aan het denken zetten is de kunst. Van probleemgericht naar toekomstgericht denken is een andere belangrijke pijler (Scheffers, 2015). Pas wanneer de cliënt zich gehoord en begrepen voelt in zijn problemen door de professional kan de overstap naar toekomstgericht denken worden gemaakt. Hierbij kan focussen op de kracht van de cliënt, positieve ervaringen en wat de cliënt op de been heeft gehouden in moeilijke tijden een doorslaggevende factor zijn. Hiermee biedt de professional de cliënt een ander perspectief aan om vanuit te kijken. Een motiverende houding van professionals is gewenst met het doel de cliënt te ondersteunen in het maken van weloverwogen keuzes voor gedragsverandering. Een valkuil is om terug te vallen in adviseren en overtuigen, wanneer de motivatie van de cliënt lijkt te ontbreken. Meebewegen met de weerstand, het benadrukken van keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt is dan een goed alternatief (Scheffers, 2015). Bewust zijn van het eigen referentiekader is een belangrijke reflectieve eigenschap voor professionals. Het bepaalt immers door welke ‘bril’ er wordt gekeken en heeft altijd invloed op de manier van betekenisverlening van (non-verbaal) gedrag en uitspraken van de cliënt (Scheffers, 2015).

Ten slotte noemt Scheffers (2015) het principe van tijd die de professional de cliënt dient te geven om zijn zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid te ontwikkelen, rekening houdend met diens draagkracht en draaglast.

(Driel et al., 2014) benadrukken dat een positieve of negatieve overtuiging van de professional over de waarde van sociale steun en hun eigen vaardigheid om een cliënt te helpen bij het realiseren daarvan, bepalend is voor het succes van de ingezette interventie. Hiernaast dienen professionals ook nog eens overtuigd te zijn van het nut van een interventie, wil deze tot het beoogde effect leiden.

In het artikel *De vraagverlegenheid voorbij* wordt kritisch gekeken naar de attitude van professionals, daar waar de valkuil van in de zorgmodus schieten en zaken van cliënten (te) snel overnemen op de loer ligt. Dit vraagt om een kritische houding en professionals dienen zichzelf bewust minder belangrijk te maken. Een professional is immers altijd een voorbijganger in het leven van de cliënt. Uiteindelijk zal de cliënt het weer zelf moeten doen met behulp van zijn naasten (Hilhorst & Lans, 2016). Hiernaast pleiten de schrijvers voor het oog hebben voor het principe van vraagverlegenheid waar zowel cliënt als professional door belemmerd kunnen worden. Van de ‘nieuwe’ professional vraagt dit om een doorbreking daarvan en netwerkgericht werken een plek te geven in de routine van professionals (Hilhorst & Lans, 2016).

# 2.6 Methodische instrumenten voor netwerkgericht werken

Om professionals invulling te laten geven aan netwerkgericht werken in de praktijk zijn er tal van bestaande instrumenten en methodieken beschikbaar. De wegwijzer *Aan de slag met sociale netwerken*, ontwikkeld door Movisie (2014) is dan ook een bron van handvatten voor elke sociale professional omdat het 44 instrumenten en methoden bevat welke veelal zijn terug te vinden in de databank Effectieve sociale interventies. In betreffende paragraaf worden een viertal instrumenten uitgelicht welke geschikt zijn binnen de (acute) GGZ-zorg en ingezet kunnen worden tijdens de intakefase of behandeltraject van de cliënt, gericht op een korte, duurzame inventarisatie van het sociale netwerk.

Het Ecogram één van de meest gebruikte instrumenten en kan gezien worden als een röntgenfoto

van alle sociale contacten. Het doel is om in één oogopslag te kunnen zien wat de omvang is van het netwerk, welke functies de betrokken relaties vervullen en hoe de cliënt de relatie ervaart. Hiernaast dient het als handvat om in gesprek te komen met de cliënt en de eigen regie, kracht en zelfbeschikking te onderzoeken en waar mogelijk aan te wenden door middel van gerichte acties (Movisie, 2014).

Een Genogram is specifiek ontwikkeld voor het in beeld brengen van de familiecontext van een cliënt.

Het genogram dient als instrument om samen met de cliënt zijn familiesysteem te bekijken, te tekenen, de betekenis van relaties te onderzoeken en de balans van geven en nemen op te maken.

Met als doel; het bevorderen van informele steun (Movisie, 2014).

De Sociale Netwerkmethodiek van (Scheffers, 2015) is gericht op het vergroten van de eigen kracht van de cliënt en het opbouwen en versterken van het netwerk. De methode is geschikt voor cliënten die in hun dagelijks leven of bij ingrijpende gebeurtenissen ervaren dat hun netwerk niet vitaal genoeg is. Het doel is om onderlinge steun te bevorderen en sociaal isolement en eenzaamheid te voorkomen. De methodiek bestaat uit de volgende vijf fasen: Het inventariseren van het sociaal netwerk via een ecogram, het analyseren van de mogelijkheden, een werkplan maken en uitvoeren, resultaten bespreken en ten slotte manieren analyseren om het versterkte netwerk evenwichtig te houden.

Het voordeel van deze methode is dat er ook een aangepaste variant is voor cliënten met een andere etnisch-culturele achtergrond.

De Groslijst wordt door Movisie (2014) bestempeld als de snelste methode om een eerste algemeen inzicht in het sociale netwerk te verkrijgen. De groslijst is een lijst met namen die de cliënt spontaan noemt wanneer er gevraagd wordt naar wie de cliënt kent, aardig of belangrijk vindt. De groslijst kan worden gebruikt als eerste stap en een voorbereiding zijn op het inzetten van andere netwerkinstrumenten.

# 2.7 Uitgangspunten voor het onderzoek

De uitgangspunten voor het onderzoek bevatten de belangrijkste begrippen uit het theoretisch kader die van invloed zijn op het veldwerk, welke overzichtelijk zijn opgenomen in bijlage 3 van het onderzoeksverslag.

De eerste deelvraag draagt bij aan inzicht in welke factoren medewerkers als belemmerend ervaren om het sociale netwerk van cliënten te betrekken en te versterken. Er wordt dan ook ingegaan op de volgende kernbegrippen; visie professional, ervaringen van de professional en belemmerende factoren ten aanzien van de doelgroep en de afdeling in het oog van de professional.

De tweede deelvraag leidt tot inzicht in welke huidige vormen van betrokkenheid van het sociale netwerk er momenteel tijdens de opname van cliënten plaatsvinden. Er wordt ingegaan op de begrippen; algemeen inzicht in netwerk, kwaliteit van het netwerk, versterken bestaande (sociale) netwerken, hulpmiddelen (methodische instrumenten), mening over huidige betrokkenheid en het positieve effect van de inzet van sociale netwerken voor de zowel de doelgroep als ook voor de professional.

Door middel van de derde deelvraag wordt onderzocht in hoeverre afdeling MC1 kan leren van de afdeling HIC met betrekking tot netwerkgericht werken. Hierbij wordt ingegaan op de volgende begrippen; ervaringen/meningen met betrekking tot innovaties familiebetrokkenheid HIC, inzet familie-ervaringswerker, rooming-in en welke ontwikkelingen professionals nodig achten voor afdeling MC1 om een kwalitatieve slag te maken.

Ten slotte wordt door middel van de vierde deelvraag onderzocht wat medewerkers nodig hebben om netwerkgericht werken in de dagelijkse praktijk actief vorm te geven. Er wordt ingegaan op de begrippen: benodigde kennis, benodigde specifieke vaardigheden, benodigde houding en attitude, de beschikking en behoefte ten aanzien van mogelijke handvatten en de toekomstige werkwijze en wat hierin als nodig wordt geacht voor de optimale vormgeving van netwerkwerkgericht werken binnen de afdeling.

# **3. Methode**

*Dit hoofdstuk bevat de gekozen methode van onderzoek. In de methode staat beschreven welke strategie is gekozen om het onderzoek uit te voeren en de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden. Vervolgens beschrijft het hoofdstuk op welke manier de gegevens voor het onderzoek zijn verzameld, op wie het onderzoek zich heeft gericht, welke onderzoeksinstrumenten zijn gebruikt en hoe de verzamelde gegevens zijn geanalyseerd. Ten slotte is beschreven hoe de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek is verhoogd.*

# 3.1 Onderzoekstrategie

Betreffend praktijkonderzoek is door middel van kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hiervoor is gekozen vanwege de kleinschaligheid van het onderzoek onder een relatief kleine groep respondenten welke zich heeft gericht op inzicht verkrijgen in ervaringen, belevingen en behoeften van respondenten (Bil, 2011). Per interview is, daar waar nodig, dieper ingegaan op de eigen ervaring van de respondent. De centrale onderzoeksvraag is open geformuleerd waardoor er ruimte is gecreëerd voor nieuwe ideeën. De benadering van het praktijkgerichte onderzoek is dan ook beschrijvend-explorerend van aard te noemen. Er is namelijk enerzijds een beschrijving gegeven van de huidige betrokkenheid van het sociale netwerk door de respondent, evenals zijn visie, mening en ervaringen. Anderzijds beschrijft het onderzoek ook mogelijke verbeteringen en behoeften die zijn aangedragen door respondenten voor de afdeling ten aanzien van de toekomstige werkwijze en optimale vormgeving van netwerkgericht werken.

# 3.2 Dataverzamelingsmethode

De onderzoeksgegevens zijn verzameld door gebruik te maken van kwalitatieve survey met semigestructureerde interviews. De interviews hebben plaats gevonden middels een persoonlijke ontmoeting (Bil, 2011). Hierdoor kon de onderzoeker zowel oog hebben voor de verbale als non-verbale communicatie en beter rekening houden met de gevoeligheid van het onderwerp, waarin een vertrouwde sfeer belangrijk was. Bij het afnemen van de semigestructureerde interviews is er gewerkt met een aantal vaste beginvragen, welke vervolgens ruimte boden om door te vragen aan de hand van het antwoord van de respondent en een vooraf opgestelde topiclijst (Bil, 2011). Hiernaast is er ook, waar nodig, stil gestaan bij onderwerpen die voor de respondent belangrijk waren. De topiclijst maakte tevens het analyseren van de uitkomsten van de interviews mogelijk op een efficiënte manier. Bij de vraagvolgorde is rekening gehouden met een goede opbouw van vragen. Elk interview is gestart met een tweetal inleidende vragen welke werden opgevolgd door eenvoudige vragen, alvorens er dieper werd doorgevraagd (Bil, 2011). Ten slotte is het belangrijk te benoemen dat de gegevens van respondenten anoniem zijn gebleven gedurende het onderzoek en op de hoogte zijn gehouden van de resultaten van het onderzoek, waar dit gewenst werd.

# 3.3 Onderzoekspopulatie, -eenheden en respondenten

De onderzoekspopulatie heeft bestaan uit twee groepen medewerkers binnen de acute-crisiszorg keten van Emergis, namelijk het *verpleegkundig- en behandelteam van de afdeling MC1* en het *verpleegkundig- en behandelteam van de afdeling HIC*. Er is bewust gekozen om medewerkers van de afdeling HIC te betrekken in het onderzoek vanwege het innovatieve karakter van het HIC-principe. Inzicht in de werkwijze van het HIC-team heeft bijgedragen aan vernieuwende inzichten.

Belangrijk te vermelden is dat er binnen het onderzoeksverslag specifiek wordt gesproken over *het* *verpleegkundig team* omdat deze terminologie Emergis breed wordt gebruikt en verwijst naar alle mbo- en hbo-verpleegkundigen én begeleiders. Het bestaat dus niet, ondanks dat de naam dit doet vernoemen, uit louter verpleegkundigen maar ook uit Social Workers. Het behandelteam van beide afdelingen werd gedurende het onderzoek vertegenwoordigd door verschillende disciplines, namelijk: een psychiater, psycholoog, arts, verpleegkundig specialist en een maatschappelijk werker. Hiernaast is er een aparte plaats binnen beide afdelingen voor de ervaringswerker. Omdat de ervaringswerker zich los beweegt tussen beide respondentgroepen (onderzoekseenheden) en hiermee een bijzondere positie had, is er in het onderzoek voor gekozen de ervaringswerker te plaatsen binnen de respondenten van het behandelteam.

Het verpleegkundig team van beide afdelingen is groot te noemen vanwege de intensieve ondersteuningsvraag van cliënten die verblijven binnen de afdelingen. Het verpleegkundig team van de afdeling MC1 bestond ten tijde van het onderzoek uit 35 medewerkers en het verpleegkundig team van de afdeling HIC uit 50 medewerkers. De respondenten betroffen zowel mannen als vrouwen waarvan de leeftijden varieerden tussen de achtentwintig en zestig jaar.

Er is sprake geweest van een zeer bewuste afweging in de keuze voor de onderzoekspopulatie.

Er is namelijk ook in oogschouw genomen om de cliëntenpopulatie of het sociale netwerk van cliënten die verbleven binnen afdeling MC1 tot de respondentgroep te laten behoren. Echter diende er hierbij sprake te zijn van een kritische noot daar waar de cliëntenpopulatie gezien de ernst van de psychische crisis tijdelijk vrijwel niet, of in geringe mate, in staat is objectief te kijken naar hoe sterk hun sociale netwerk is. Hiernaast kampt de doelgroep met een zeer beperkte energiespanne. Het sociale netwerk van de cliënt is bewust buiten beschouwing gelaten als mogelijke respondent vanwege de zware belasting die een opname van een familielid in crisis sowieso al teweegbrengt.

# 3.4 Steekproef

Ten behoeve van de representativiteit is een deel van het verpleegkundig team bij beide afdelingen niet tot de onderzoekspopulatie gerekend. Dit waren; (langdurige) zieken, gedetacheerde personen, leerlingen gestart in september, de onderzoeker zelf en medewerkers die geen behoefte hadden om aan het onderzoek deel te nemen. Omdat deze exclusiecriteria nog konden fluctueren tot de tijd dat de uitvoering van het onderzoek startte is het definitieve steekproefkader pas opgesteld in week 4 van 2019.

Voor dit onderzoek zijn in totaal twaalf medewerkers geïnterviewd. Zes van de twaalf medewerkers behoorden tot het verpleegkundig team, onderverdeeld in drie van de afdeling MC1 en drie van de afdeling HIC. Medewerkers van het verpleegkundig team zijn door middel van een beredeneerde steekproef gekozen, met inachtneming van de eerder beschreven exclusiecriteria (Bil, 2011). Dit geldt ook voor de disciplines behorend tot het behandelteam. Deze selectie heeft plaats gevonden ten aanzien van wie er het meest bezig is vanuit zijn/haar discipline met het sociale netwerk, en/of hier in de behandeling van cliënten aandacht aan schenkt. De selectie bestond dan ook uit de volgende disciplines: de maatschappelijk werker, de verpleegkundig specialist en de (familie) ervaringswerker. Er zijn 6 disciplines geïnterviewd, opnieuw onderverdeeld in drie van de afdeling MC1 en drie van de afdeling HIC. Op zowel afdeling MC1 als op afdeling HIC zijn zes interviews afgenomen. Beide respondentgroepen bestonden uit: drie medewerkers van het verpleegkundig team, een verpleegkundig-specialist, een maatschappelijk werker en een (familie) ervaringswerkers. Voor deelname aan het onderzoek is schriftelijke toestemming gevraagd aan alle respondenten (Baarda, 2014).

# 3.5 Onderzoeksinstrumenten en data-analyse

Voor het onderzoek is er gebruik gemaakt van een interviewvragenlijst als onderzoeksinstrument welke was opgesteld aan de hand van de kernbegrippen en hieruit voortvloeiende topics. De interviewlijst is als leidraad gebruikt tijdens het afnemen van de interviews.

De interviews zijn, na schriftelijke en mondelinge toestemming van de respondent, opgenomen met een voice-recorder via een mobiele telefoon. Hierdoor was het mogelijk om de uitgevoerde interviews terug te luisteren, te verwerken tot een transcript en vervolgens over te gaan tot een analyse van de verkregen informatie. Met het verwerken tot transcript wordt bedoeld dat de uitgevoerde interviews volledig en letterlijk zijn uitgeschreven (Baarda, 2014). Dit betekent dat ook uitingen als kuchen, stiltes, lachen of hummen letterlijk zijn beschreven tussen haakjes (Bil, 2011). Het gaat er namelijk niet alleen om wat een respondent heeft gezegd, maar ook hoe hij het heeft gezegd. Korte stiltes zijn in het toegevoegde transcript in bijlage 2 weergegeven door middel van puntjes. De opnames van de interviews blijven bewaard met als doel beschikbaar te zijn voor controle.

De data-analyse omvat het proces van verkregen resultaten uit het veldwerk ordenen en koppelen aan de eerder bestudeerde literatuur. In de eerste plaats is het interview uitgeschreven, oftewel getranscribeerd, waarna er per tekstfragment kort samenvattende woorden zijn genoteerd. Hierbij is gekeken welk label passend was bij de samengevatte woorden. Na het afnemen van alle interviews zijn de fragmenten beoordeeld op relevantie. De niet relevante fragmenten zijn geschrapt en de overige samenvattende woorden zijn gerubriceerd onder verschillende kern labels in diverse kleuren om zo overzicht aan te brengen. Vervolgens is geanalyseerd hoe vaak het label is genoemd door alle respondenten en vanuit welke verschillende typeringen. De hieruit verkregen data zijn leidend geweest in het beschrijven van de belangrijkste resultaten per topic, conclusies en hierop volgende beantwoording van de centrale onderzoeksvraag.

# 3.6 Betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er gekozen voor semigestructureerde interviews waarbij er sprake was van een aantal vaste vragen die aan elke respondent zijn gesteld.

Dit om eenduidigheid in het onderzoek te creëren. De onderzoeker heeft in het kader van betrouwbaarheid bij elk interview aan het einde gevraagd of de respondent zelf nog iets toe te voegen had. Om de kans op herhaalbaarheid van het onderzoek met eenzelfde resultaat zo groot mogelijk te maken is er een uitgebreide topiclijst gemaakt. Deze heeft specifiek richting gegeven aan het onderzoek en maakt herhaling van het onderzoek mogelijk. Echter blijven de belevingen van respondenten het uitgangspunt waardoor er met een kritisch oog gekeken dient te worden naar de werkelijke kans op herhaalbaarheid. Er is bij het onderzoek een collega betrokken welke tijdens de analyse van de interviews tussentijds feedback heeft gegeven. Deze ‘extra ogen’ hebben mogelijk de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede gedaan. Bij het afnemen van de interviews is rekening gehouden met de dynamische omgeving van de crisis-afdelingen. De respondent is bepalend geweest in wanneer hij/zij ruimte had in de agenda en dit ook voelde qua energiespanne. De onderzoeker heeft elke respondent aan het begin van het interview de mogelijkheid geboden om het interview op een ander tijdstip te doen. Echter dient wel benoemd te worden dat de ruimte in de agenda van de respondent niet altijd volledig kon worden vastgesteld. Dit vanwege de alertheid en acuut handelen wat gevraagd wordt van medewerkers binnen een acute-crisis-opname afdeling waarbij bij het afgaan van een pieper (medewerker-veiligheidsalarm) vraagt om directe actie van elk teamlid aanwezig op de afdeling. Mogelijk heeft concentratieverlies een rol gespeeld ondanks dat dit ontkend werd door de respondent. Wat mogelijk ook een bijdrage heeft geleverd aan de betrouwbaarheid van het onderzoek is dat de interviews zijn afgenomen in een rustige kantoorruimte waar de interviewer en respondent zich hebben gedistantieerd van de prikkelrijke afdelingsomgeving. Ten slotte zijn de respondenten na het interview benaderd voor feedback op het interview en het uitgewerkte transcript op juistheid. Hiermee voldoet het onderzoek aan ‘member-checking’ (Baarda, 2014). Om de interne validiteit van het onderzoek te vergroten zijn de interviewvragen opgesteld aan de hand van kernbegrippen uit het theoretisch kader. Er is een expert ingeschakeld (de begeleidend docent van de HZ University of Applied Sciences) om te kijken naar de bijgestelde topiclijst en na te gaan of deze meet wat deze behoort te meten. Hiernaast is er gebruik gemaakt van steeds hetzelfde meetinstrument. Er is een aangepaste topiclijst gebruikt bij respondentengroep twee wat de validiteit van het onderzoek ten goede komt. De vertegenwoordiging van verschillende disciplines binnen twee respondent groepen draagt bij aan de verhoging van de externe validiteit. Er wordt op deze wijze een juiste afspiegeling van de populatie gevormd. Anderzijds is het belangrijk te vermelden dat het huidige onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van een beredeneerde steekproef waardoor de representativiteit mogelijk verlaagt. De resultaten zijn dus niet van toepassing op de hele populatie, maar enkel op de onderzochte onderzoekseenheden (Bil, 2011). Mogelijk is er sprake geweest van sociaal wenselijke antwoorden bij de respondenten vanwege de positie van de respondenten ten aanzien van de werkgever. Er is binnen het onderzoek getracht sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk te beperken omdat dit de validiteit van het onderzoek kan verlagen. Dit is gedaan door middel van aandacht voor de respondent om deze op zijn haar of haar gemak stellen tijdens het interview, het benoemen van de ‘veilige ruimte’ en anonimiteit aan het begin van het interview en bij zichtbare twijfel bij de respondent tijdens het interview hier nogmaals aandacht aan te geven.

De bruikbaarheid van het onderzoek is drieledig te noemen. In de eerste plaats kunnen de resultaten van het onderzoek bijdragen aan een duurzame werkwijze voor het verpleegkundig team van afdeling MC1, ten aanzien van het betrekken van sociale netwerken van cliënten die in opname zijn. In de tweede plaats kan de output van het onderzoek mogelijk ook gebruikt worden voor een algehele kwaliteitsverhoging ten aanzien van het beleid in netwerkgericht werken binnen de crisogene keten van Emergis. De drie afdelingen kennen immers allen een ander karakter van klinische behandeling waarop de intensiviteit en ondersteuning van netwerkbetrokkenheid op aangepast kan worden. Ten slotte kan in de derde plaats het onderzoek dienen als middel om verbinding te creëren tussen de afdeling MC1 en de HIC waardoor er mogelijk meer en vaker sprake zal zijn van samenwerking en het bundelen van kennis, ervaringen, faciliteiten en krachten. Door frequent contact en overleg met de opdrachtgever gedurende de uitvoering van het onderzoek is er aandacht besteed aan de verhoging van de bruikbaarheid van het onderzoek.

# **4. Resultaten van het onderzoek**

*Dit hoofdstuk beschrijft in de eerste plaats het verloop van het onderzoek en in hoeverre er bijstellingen zijn gedaan naar aanleiding van het veldwerk. Vervolgens zijn in paragraaf twee de belangrijkste resultaten opgenomen vanuit de interviews, verdeeld over twee respondentgroepen.*

# 4.1 Verloop veldwerk

Het uitnodigen van medewerkers binnen respondentgroep 1 verliep soepel. De afname van de interviews is deels anders gelopen dan verwacht. Drie van de zes interviews zijn volgens de gemaakte planning verlopen. Eén interview is verplaatst naar een andere datum in verband met ziekte van de respondent. Hiernaast zijn twee interviews verplaatst in verband met een crisogene situatie op de afdeling. Eén van deze interviews heeft daarom op een ander tijdstip plaats gevonden en het andere interview is op initiatief van de onderzoeker zelf verplaatst naar een andere datum. Dit omdat zowel de respondent als de onderzoeker in een verhoogde staat van adrenaline verkeerden wat de objectiviteit van de verkregen gegevens mogelijk in gevaar had kunnen brengen. Het uitnodigen van medewerkers binnen respondentgroep 2 verliep minder soepel. Het duurde lang voordat de onderzoeker beschikking had over een overzicht van het medewerkersbestand. Na diverse pogingen tot contact met het secretariaat/roosterverantwoordelijken via email als telefoon, bleef reactie uit. Om de doorgang van het onderzoek te waarborgen is er gebruik gemaakt van de kennis van een medewerker binnen het team HIC. Alle geselecteerde respondenten zijn vervolgens zo snel mogelijk uitgenodigd en tevens is de ruimte geboden aan medewerkers om aan te geven liever niet deel te nemen. Hier heeft één medewerker vanwege persoonlijke omstandigheden beroep op gedaan, heeft één medewerker niet gereageerd op de uitnodiging en bleek één respondent binnen het behandelteam een maand met vakantie te zijn. Om de doorgang en kwaliteit van de onderzoeksgegevens te waarborgen zijn drie nieuwe respondenten geselecteerd, allen aandachtfunctionaris op het gebied van familiebetrekking. Alle nieuwe respondenten waren bereid om het interview op zeer korte termijn te plannen wat erg prettig was. De discipline ‘maatschappelijk werker’ bleek ten tijde van het onderzoek dezelfde persoon te zijn voor afdeling HIC als MC1 vanwege formatiewijzigingen. Hierdoor is één van de twaalf interviews komen te vervallen en is er binnen het interview met deze discipline doorgevraagd naar ervaringen en belevingen binnen zowel afdeling MC1 als de HIC.

Er is een aanpassing gedaan in de opgestelde voorlopige deelvragen om het onderzoek gerichter vorm te geven. Tijdens het veldwerk kwamen er namelijk zeer specifieke belemmerende factoren naar voren waardoor medewerkers netwerkgericht werken als lastig ervaren. De eerste voorlopige deelvraag is dan ook vervangen omdat het inzichtelijk maken van belemmerende factoren meer verband houdt met de probleemstelling, dan welke factoren van belang zijn voor het betrekken en versterken van sociale netwerken. Dit komt in de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag al aan bod. Deelvraag twee heeft een aanvulling gekregen en biedt tevens inzicht in de positieve effecten van netwerkbetrokkenheid. Ten slotte zijn deelvraag drie en vier omgedraaid omdat deze volgorde passender bleek om een logische opbouw in het onderzoek aan te brengen.

Na de afname van elk interview is er feedback gevraagd aan respondenten op het interview zelf en de aan bod gekomen topics. Naar aanleiding hiervan is de vraagstelling naar sommige topics anders geformuleerd omdat twee respondenten aangaven de vragen lastig te vinden te vinden waardoor beantwoording moeilijk was. Zo is bijvoorbeeld de vraag: ‘‘Ben je op de hoogte van structurele en functionele kenmerken van een netwerk?’’ vervormd naar ‘’Op welke manieren verkrijg jij tijdens je dagelijkse werkzaamheden inzicht in het sociale netwerk van de cliënt en de kwaliteit hiervan?”’. Na het derde interview werden er geen aanpassingen door respondenten meer voorgesteld en werden de vragen als helder en duidelijk getypeerd. Belangrijk te benoemen is dat er een kans op herleidbaarheid van respondenten aanwezig is vanwege de kleinschaligheid van het onderzoek.

# 4.2 Belangrijkste resultaten per topic

Per topic worden de resultaten gegroepeerd middels een scheiding tussen twee respondentgroepen. Namelijk: respondentengroep 1, het verpleegkundig- en behandelteam van de afdeling MC1 en respondentgroep 2, het verpleegkundig- en behandelteam van de afdeling HIC. Elke topic begint met de resultaten van respondentgroep 1 en wordt opgevolgd met de resultaten van respondentgroep 2.

# 4.2.1 Visie en ervaring van de professional ten aanzien van het sociale netwerk

Tijdens het interview is gevraagd naar de visie en ervaringen van respondentengroep 1 ten aanzien van het betrekken van sociale netwerken tijdens de opname van cliënten. Alle respondenten geven aan dat zij het betrekken van het sociale netwerk tijdens een opname periode heel belangrijk vinden. Een voorbeeld hiervan is: ‘’*Als wij patiënten in een crisissituatie opnemen betekent dit dat er in een thuissituatie heel wat gebeurd is. Uiteindelijk moeten patiënten weer terug naar huis en dan is het van belang dat het thuisfront de patiënt ook weer kan ontvangen, ik merk soms dat dit niet het geval is. De familie is angstig om iemand weer terug thuis te krijgen’’.* Hiernaast wordt het netwerk ook gezien door twee respondenten als systeem waar ‘reparatie’ nodig is na een ontwrichtende gebeurtenis. De drie respondenten behorend tot het behandelteam kleuren hun ervaringen overwegend positief. Twee van hen geven aan te ervaren dat het netwerk graag mee helpt waar mogelijk en een grote behoefte te zien bij het netwerk aan contact met medewerkers/afdeling. De drie respondenten behorend tot het verpleegkundig team benoemen naast het ervaren van de meerwaarde het vooral ook als lastig te ervaren, met name wanneer respondenten merken dat het netwerk overbelast is. Er wordt gesignaleerd dat het netwerk regelmatig eerst even ‘‘de handen ervan af trekt’’ om zelf tot rust te kunnen komen. Door één respondent wordt tevens overbetrokkenheid van het sociale netwerk aangedragen als lastig om mee om te gaan.

Binnen respondentengroep 2 geven alle vijf de respondenten aan, het betrekken van sociale netwerken tijdens de opname van cliënten als meerwaarde te zien ten aanzien van het herstelproces van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is: ‘’*Ik denk dat we ons steeds meer gaan realiseren binnen de hulpverlening dat familie, maar ook vrienden en kennissen gewoon een heel belangrijk onderdeel zijn van het welzijn van mensen. Je merkt ook dat er steeds meer samenwerking komt tussen de kliniek en ambulant… en dat daar dus ook het sociale netwerk bij hoort en dat dat een onderdeel moet zijn waar we met zijn allen aandacht aan geven’’.* Vier andere respondenten typeren het betrekken van sociale netwerken naast waardevol eveneens als lastig. Door drie van de vier respondenten wordt een overbetrokken netwerk ervaren als lastig en wanneer het sociale netwerk een negatieve invloed heeft op de cliënt. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van verslavingsproblematiek en het systeem dit deels in stand lijkt te houden.

# 4.2.2 Belemmerende factoren ten aanzien van de doelgroep en afdeling

De respondenten zijn gevraagd welke factoren zij als belemmerend ervaren om netwerkgericht werken in de praktijk toe te passen ten aanzien van de doelgroep die verblijft binnen de acute-crisiszorg keten en de afdeling waar zij werken. Alle respondenten binnen respondentgroep 1 geven aan te merken bij de doelgroep dat de psychiatrische ziekte waar zij mee kampen, met bijkomende klachten/symptomen, in veel gevallen een grote rol speelt in het al dan wel of niet in staat zijn tot het onderhouden van contact met een sociaal netwerk. Vijf van de zes respondenten ervaren een belemmering ten aanzien van de geldende privacyregels wanneer cliënten geen contact willen met hun netwerk of geen toestemming verlenen om informatie uit te wisselen. Hierdoor is er geen samenwerking mogelijk. Tevens wordt gesignaleerd dat dit afzijdig gehouden worden voor de naastbetrokkenen ook erg moeilijk is wat gepaard gaat met verdriet en verlieservaringen. Vier respondenten geven tevens aan het lastig te vinden wanneer cliënten geen of een zeer minimaal netwerk om zich heen hebben. Een andere factor die opnieuw wordt aangekaart door vijf respondenten is wanneer er sprake is van een overbelast netwerk. Dit vraagt volgens de respondenten om een andere betrokkenheid, gericht op steun. Hiernaast ervaren vijf van de zes respondenten de drukte en hectiek binnen de afdelingsomgeving als belemmerend. Door de hoge werkdruk wordt onvoldoende tijd ervaren om het netwerk te betrekken zoals men zou willen. Ook het ontbreken van een echte familiekamer om netwerkleden in te ontvangen wordt door vier respondenten aangekaart als tekortkoming. De huidige familiekamer wordt ervaren als kil, onveilig vanwege de plaats en in strijd met het waarborgen van de privacy van andere cliënten. Respondenten geven dan ook aan hier zo min mogelijk gebruik van te maken. Bezoek wordt in eerste instantie altijd verzocht naar het restaurant te gaan. Wanneer dit niet mogelijk is in verband met vrijheden van de cliënt of wanneer de familie het niet zitten om alleen met de cliënt van de afdeling te gaan worden zij door respondenten toegelaten op de afdeling, mits men op de kamer van de cliënt blijft. Netwerkleden een gevoel van ‘welkom zijn’ geven zonder goede ontvangstvoorzieningen wordt als erg lastig ervaren. Een respondent zegt: *‘’Ik krijg regelmatig terug van familieleden dat ze zich niet welkom voelen op de afdeling omdat ze voor hun gevoel altijd maar naar het restaurant worden gestuurd met hun* *zoon’’.* Ook het ontbreken van informatie over de 1e contactpersoon op het digibord[[3]](#footnote-3) wordt gezien als belemmering waardoor in het eerste contact al snel, onbedoeld, sprake is van een onnodige afstand tegenover naastbetrokkenen alvorens men de contactpersoon gegevens in het systeem heeft opgezocht. Ten slotte wordt te weinig contact met het netwerk vanuit het initiatief van de hulpverleners benoemd als belemmerend, is het nu persoonsafhankelijk van de verpleegkundige of discipline van dienst of er aandacht voor is en vragen sommige respondenten zich af waarom er niet één keer per week vanuit de afdeling gebeld wordt naar naastbetrokkenen die hieraan behoefte hebben.

Ook binnen respondentengroep 2 merken alle respondenten bij de doelgroep dat de psychiatrische ziekte waar zij mee kampen met bijkomende klachten/symptomen in veel gevallen een grote rol speelt. Vier van de vijf respondenten geven aan regelmatig te zien dat cliënten geen netwerk of een zeer minimaal netwerk hebben. Het moeizaam kunnen onderhouden van relaties en de hoeveelheid strijd die vaak voorafgaan aan een gedwongen opname is geweest worden gezien als oorzakelijk. Drie respondenten ervaart eveneens een belemmering wanneer cliënten, door hun psychiatrische ziekte, geen 1e contactpersoon willen opgeven of geen toestemming verlenen om informatie te delen met derden. Belemmerend ten aanzien van de afdeling wordt wederom de drukte en hectiek binnen de afdeling ervaren door alle respondenten. Echter geven twee van de respondenten aan, dat dankzij de familie-ervaringswerker op de afdeling, het betrekken van het sociale netwerk toch dagelijkse aandacht krijgt. Vier van de vijf respondenten ervaart het als belemmerend dat het betrekken van het sociale netwerk nog niet voldoende in het systeem/werkwijze van medewerkers zit. Het betrekken van familie door het verpleegkundig- en behandelteam wordt volgens hen, ondanks meer aandacht ervoor, nog steeds te vaak vergeten en valt te wijten aan onvoldoende bewustzijn onder medewerkers. De mate van netwerkgericht werken wordt door twee respondenten ervaren als persoonsafhankelijk van de verpleegkundigen van dienst waarbij tevens veel wisselingen in het team en het ontbreken van vast personeel dagelijkse netwerkbetrokkenheid belemmerd.

# 4.2.3 Positieve effecten van sociale netwerk betrokkenheid

Op de vraag welke positieve effecten/gevolgen respondentengroep 1 merkt bij cliënten waarbij sprake is van adequate netwerkbetrokkenheid, wordt het ervaren van steun als eenduidig antwoord gegeven door alle respondenten. Vormen van steun die worden opgemerkt zijn onder andere aandacht, liefde, erkenning, gezien worden, veiligheid, vertrouwen, bevestiging en waardering. En praktisch door middel van het brengen van spullen, mee gaan naar afspraken en meer mogelijkheden qua oefenen met verlof. Vier respondenten geven aan dat wanneer er tijdens de opname sprake is van goede netwerkbetrokkenheid en samenwerking met het netwerk, dit de opname van cliënten lijkt te versnellen en de duur van opnames lijkt te verkorten. Een voorbeeld hiervan is: *‘’Het versnelt de opname denk ik omdat familie praktisch veel steun biedt en er meer mogelijk is qua vervoer en oefenen met verlof. Ook denkt het netwerk actief mee in het nazorgtraject waardoor dit beter en steviger staat’’.* Eén respondent benoemt dat netwerkbetrokkenheid tijdens de opname de drempel om weer naar huis te gaan laag houdt en er stagnatie in herstelprocessen lijkt op te treden bij geringe netwerkbetrokkenheid. Een andere respondent geeft aan dat wanneer het netwerk actief betrokken is, de cliënt tijdens de opname ook meer kan leren om zijn of haar netwerk in te zetten als helpende interventie. Eenmaal thuis zal de cliënt mogelijk sneller en makkelijker een beroep durven doen op deze mensen waardoor een nieuwe crisis eerder ondervangen kan worden en kan leiden tot minder opnames. Op de vraag wat het contact met het sociale netwerk van de cliënt de respondent oplevert antwoorden vijf van de zes respondenten dat zij het netwerk zien als belangrijke informatiebron. Respondenten geven aan dat het vooral inzicht oplevert om de ontstane crisis te begrijpen, welke oorzaken mee spelen en wat/wie voor iemand belangrijk is. Hiernaast wordt de ervaringskennis van het netwerk als belangrijk ervaren voor het stabilisatieproces; wat helpt iemand rustig te laten worden, aan welke signalen kunnen hulpverleners zien dat het goed gaat met iemand of juist niet.

Ook binnen respondentengroep 2 wordt het ervaren van sociale en praktische steun als belangrijkste effect gezien van netwerkbetrokkenheid door vier van de vijf respondenten. Rust, vertrouwen en veiligheid door contact met een vertrouwd iemand tijdens de intensiefste fase van crisis wordt het meest opgemerkt. Vier respondenten geven aan van mening te zijn dat een goede samenwerking met het netwerk de behandeling ten goede komt en het stabilisatieprocessen van cliënten kan versnellen. Eén van de respondent zegt bijvoorbeeld: ‘*’Die samenwerking maakt dat je een veel duidelijk beeld hebt van waar je eigenlijk op in moet steken. Waarom zouden we het wiel opnieuw gaan uitvinden als er een netwerk is? Ik denk dat als er onderling vertrouwen is en je goede afspraken kan maken… mensen het ook eerder zien zitten om de cliënt weer thuis te hebben en dus opnames hiermee kan verkorten’’.* Op de vraag wat het contact met het sociale netwerk van de cliënt de respondent oplevert typeren drie respondenten het sociale netwerk als hulpmiddel, naast dat zij alle vijf het sociale netwerk ook noemen als belangrijke informatiebron. Respondenten geven aan, het netwerk vooral als hulpmiddel te ervaren in de cliënt beter te begrijpen en benodigde informatie te verkrijgen die belangrijk is voor de stabilisatie. Hiernaast wordt het netwerk door twee respondenten ook benoemd als helpend, om ingang te creëren bij gedwongen hulpverlening wanneer er bijvoorbeeld sprake is bij cliënten van dwangmedicatie of motivatie voor een bepaalde behandeling.

# 4.2.4 Huidige netwerkbetrokkenheid

In het interview is gevraagd naar de mening van respondentengroep 1 over de huidige betrokkenheid van het sociale netwerk binnen de afdeling. Hierop geven vier van de zes respondenten aan de betrokkenheid van familie en naasten onvoldoende te vinden. De respondenten zijn van mening dat er te weinig aandacht en energie in wordt gestoken en het beter en meer gedaan kan worden. Een voorbeeld hiervan is: ‘*’Als er bijvoorbeeld een nieuwe opname is dan is dat voor de cliënt spannend maar net zo goed voor de persoon die mee komt. Dat vergeten we veel te vaak. Het is zo belangrijk om ook oog voor hen te hebben want vaak zijn zij ook gewoon opgebrand en emotioneel’’.* Twee respondenten geven als reactie dat de afdeling er al wel in gegroeid is ten opzichte van een aantal jaar geleden, maar er nog steeds veel verbetering mogelijk is. In de praktijk wordt er op dit moment aan structurele netwerkbetrokkenheid gewerkt door alle respondenten, middels het bijwonen van ZAG-gesprekken (zorgafstemminggesprekken), dit wordt eveneens ook als sterk punt van de afdeling genoemd. De respondenten binnen het verpleegkundig team geven verder aan te streven naar contact met het sociale netwerk door middel van opname gesprekken, het op de hoogte stellen van de 1e contactpersoon bij opname of ontslag, het ontvangen van bezoek, korte gesprekken naar aanleiding van een bezoek of verlof en netwerkleden te woord staan wanneer zij telefonisch contact opnemen met de afdeling of vragen hebben (mits er toestemming is van de cliënt). De respondenten ervaren dit als minimaal basiscontact met het sociale netwerk, wat ondanks het streven, alsnog niet altijd lukt door drukte en hectiek op de afdeling. Er is dan sprake van vlug contact middels een begroeting of klein praatje, terwijl de behoefte aan meer contact en een gesprek met een verpleegkundige wel gesignaleerd wordt door de respondenten. Binnen het behandelteam geeft elke respondent vanuit zijn eigen discipline inhoud aan netwerkbetrokkenheid variërend van ZAG-gesprekken, systeemgesprekken, relatiegesprekken, 1-op-1 gesprekken of contacteren van andere ketenpartners. Twee respondenten geven vanuit hun discipline tevens aan hiermee inzicht te verkrijgen in het algemene netwerk als ook de kwaliteit ervan. Aanvullend zetten zij ook het bieden van hersteltraining in, het maken van een netwerkanalyse en maakt één respondent tevens gebruik van de Yucel-methode. Het versterken van bestaande sociale netwerken wordt met behulp van eerdergenoemde voorbeelden bevorderd.

Algemeen inzicht in het netwerk van cliënten verkrijgen respondenten binnen het verpleegkundig team met name door 1-op-1 gesprekken met de cliënten waarin, waar mogelijk, doorgevraagd wordt naar relaties en wie voor de cliënt belangrijk zijn. Hiernaast worden ook het opname-en ZAG-gesprek gezien als middel waardoor inzicht ontstaat maar is er weinig tot geen sprake van inzicht in de daadwerkelijke kwaliteit van het sociale netwerk volgens de respondenten. Er is geen sprake van inzet van methodische instrumenten met betrekking tot het in kaart brengen van sociale netwerken, medewerkers geven aan deze niet tot hun beschikking te hebben. Bevindingen met betrekking tot inzicht in het netwerk worden meestal verwerkt door alle respondenten bij de dagelijkse rapportages in het EPD[[4]](#footnote-4) maar van structurele borging/overdracht tijdens de briefing of het MDO[[5]](#footnote-5) met betrekking tot contact met het netwerk is geen sprake. Twee respondenten ervaren het als persoonsafhankelijk van de verpleegkundigen of disciplines van dienst per dag. Aandacht voor het versterken van bestaande sociale netwerken wordt als minimaal ervaren. Respondenten geven aan dit wel te proberen in 1-op-1 gesprekken en het soms in een behandelplan, methodisch plan of crisissignaleringsplan staat maar dat dit nog veel meer zou kunnen.

Vier van de vijf respondenten binnen respondentengroep 2 benoemen dat zij de huidige betrokkenheid van sociale netwerken nog steeds als veel te weinig ervaren, ondanks dat men wel bezig is om dit meer aandacht te geven. Eén respondent ervaart dat het te persoonsafhankelijk is of netwerkbetrokkenheid goed gebeurt en het nog geen onderdeel is van het systeem van alle medewerkers. Netwerkbetrokkenheid wordt door het verpleegkundig team ten eerste middels dezelfde manieren vormgegeven welke genoemd zijn door respondentengroep 1. Hiernaast is er contact met het netwerk wanneer er gebruik wordt gemaakt van de familiekamer, het familiespreekuur plaatsvindt en is er sprake van samenwerking met het netwerk wanneer rooming-in wordt ingezet. Hiernaast is de afdeling bezig met de ontwikkeling van een informatiefolder speciaal voor familie en naasten. Een specifieke vorm van contact met het sociale netwerk wordt geboden door één respondent binnen de HIC, namelijk de familie-ervaringswerker. Deze benadert familieleden van cliënten die nieuw worden opgenomen om te vragen hoe het met hen gaat, wie zij is en wat zij kan betekenen vanuit haar ervaringsrol. Een luisterend oor, steun, begrip, erkenning en advies is wat het meest geboden wordt. Ook wordt er een maandelijkse familie-spreekuur door de familie-ervaringswerker georganiseerd waarin ruimte is voor gesprek, vragen en contact met andere lotgenoten. Tevens spreekt ze, waar mogelijk, met cliënten 1-op-1 omtrent familie en het contact waardoor soms ook op initiatief van de cliënt contact wordt gelegd door de familie-ervaringswerker met diens familie. Ten slotte wordt de inzet van de familie-ervaringswerker ook afgestemd op signalen van verpleegkundigen en behandelaren en heeft het onderwerp ‘familiebetrokkenheid’ een structurele plaats in het maandelijkse teamoverleg. Algemeen inzicht in het netwerk verkrijgen alle respondenten op dezelfde wijze als respondentengroep 1 en is er wederom weinig sprake van inzicht in de daadwerkelijke kwaliteit van het sociale netwerk. Eén respondent zegt: *‘’Je laat het wel onderwerp van gesprek zijn waar mogelijk maar niks heel diepgaands. Daar is de crisis te groot voor’’.* Ook nu geven respondenten aan geen beschikking te hebben over methodische instrumenten om het netwerk van cliënt in kaart te brengen. Informatie met betrekking tot inzicht in het netwerk wordt voornamelijk mondeling besproken en soms gerapporteerd in het EPD binnen de dagelijkse rapportages. Er is deels sprake van structurele overdracht tijdens de briefing en het MDO met betrekking tot contact met het netwerk vanwege de aanwezigheid van de familie-ervaringswerker hierbij. Alle respondenten geven aan dat het versterken van bestaande sociale netwerken dagelijkse aandacht krijgt door de inzet en aanwezigheid van de familie-ervaringswerker. Alle respondenten typeren de aanwezigheid hiervan dan ook als zeer waardevol, nuttig en als grote meerwaarde voor familie en de afdeling.

# 4.2.5 Benodigde kennis, vaardigheden en attitude van de professional

Omdat de geanalyseerde resultaten onder zowel respondentengroep 1 en 2 met betrekking tot betreffende paragraaf in grote mate overeenstemmend zijn worden de resultaten samengevoegd beschreven en niet, zoals in voorgaande paragrafen, apart van elkaar.

Kennis die als belangrijk wordt gezien/ervaren door respondenten om goed netwerkgericht te kunnen werken loopt divers uiteen. Onder andere kennis over netwerkgericht werken in het algemeen, de gewenste benadering, geldende privacyregels ten aanzien van wat wel en niet gedeeld mag worden met het netwerk en het inzetten van netwerkanalyses worden genoemd. Opvallend is dat vier van de elf respondenten benoemen dat het belangrijk is, gezien de dynamiek en drukte van de afdelingen, dat medewerkers gebruik weten te maken van al aanwezige kennis vanuit verschillende invalshoeken. Hiermee wordt de ervaringskennis van de cliënt zelf bedoeld, de al bekende kennis bij ambulant/het FACT,[[6]](#footnote-6) de kennis van de (familie)- ervaringswerkers en de ervaringskennis binnen het netwerk van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is: ‘*’Familieleden hoeven niet te observeren want dat hebben ze allang gedaan. Dat doen ze al jaren. Ik ben ervan overtuigd dat contact met het netwerk een verpleegkundige heel veel tijd kan besparen’’.* Hiernaast geven drie respondenten ook aan dat kennis omtrent rouw- en verliesverwerking belangrijk is omdat hier vaak sprake van is bij zowel netwerk als de cliënt, ten tijde van een crisisopname. De belangrijkste vaardigheid die door acht van de respondenten als belangrijk wordt gezien om goed netwerkgericht te kunnen werken is het kunnen inzetten van gesprekstechnieken. Met name luisteren, doorvragen en herhalen worden specifiek genoemd. Hiernaast wordt ook ‘mensen uitnodigen tot contact’ door drie respondenten genoemd en het in acht nemen van de normale beleefdheidsvormen zoals een hand geven bij voorstellen aan een nieuw persoon. Negen van de elf respondenten noemen het hebben van een open, gastvrije houding die welkom uitstraalt, het belangrijkste houdingsaspect in contact met het netwerk. *‘‘Eigenlijk de 5-minutenmethodiek, maar dan richting het netwerk’’* zegt een respondent. Hiernaast wordt empathie, begripvol, steunend en nieuwsgierig zijn door meerdere respondenten gezien als belangrijke houdingsaspecten.

# 4.2.6 Behoeften en benodigdheden van de professional

Respondentengroep 1 is gevraagd naar wat zij nodig hebben/als nodig achten om binnen de afdeling het betrekken en versterken van sociale netwerken optimaal inhoud te geven. Alle respondenten geven aan dat er in de eerste plaats meer structurele aandacht voor netwerkbetrokkenheid nodig is binnen de huidige werkwijze. Voorbeelden van mogelijke manieren die meermaals genoemd worden zijn; het onderwerp ‘netwerkbetrokkenheid’ opnemen in de structuur van het wekelijkse MDO, maandelijks als vast bespreekpunt tijdens de teammiddag laten terugkeren en het vaker opnemen in behandelplannen, methodische plannen en crisissignaleringsplannen. Hiernaast wordt de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker gezien als zeer belangrijk en waardevolle toevoeging door alle respondenten. Een respondent zegt bijvoorbeeld: ‘’*Waar we vaak niet aan toe komen maar wel van signaleren dat het een probleem is, is dat het met de familie ook niet goed gaat. Dat de familie heel erg overbelast is of heel veel zorgen heeft om hun naaste die hier is opgenomen. Ik denk dat het daarom heel goed is dat ook voor de familie oog is en er iemand beschikbaar is die hen kan opvangen en waar zij mee kunnen praten’’.* Ook een geschikte familiekamer en de mogelijkheid tot inloop/informatiebijeenkomsten voor familie- en naasten worden als nodig geacht om naastbetrokkenen een gevoel van ‘welkom zijn’ te bieden en tegemoet te komen aan hun behoefte aan contact, een luisterend oor, steun en psycho-educatie. Vier van de zes respondenten vindt dat de mogelijkheid tot rooming-in ook van toegevoegde waarde op MC1 zou zijn en twee respondenten benoemen het kunnen consulteren van een systeemtherapeut op de afdeling bij complexe gezinssystemen als nodig. Hiernaast zijn de respondenten gevraagd aan welke handvatten zij behoefte hebben op het gebied van kennis, vaardigheden en methodische instrumenten ten aanzien van netwerkgericht werken. Vijf van de zes respondenten geven aan graag een klinische les of training te ontvangen waarin algemene kennis wordt gedeeld die belangrijk is ten aanzien van netwerkgericht werken. Met name kennis over de gewenste benaderingsaspecten wordt genoemd. Hiernaast is er behoefte aan gesprekstechnieken gericht op systemische vragen en geven vijf respondenten aan behoefte te hebben aan één vaste tool waarmee men het netwerk in kaart kan brengen. Ook meer samenwerking met andere afdelingen binnen de acute keten wordt door respondenten als behoefte uitgesproken.

Aan respondentengroep 2 zijn andere interviewvragen gesteld om de gewenste onderzoeksresultaten te verkrijgen. Respondenten zijn in de eerste plaats gevraagd naar welke sterkste punten binnen de HIC op het gebied van netwerkgericht werken zij ook van toegevoegde waarde achten voor afdeling MC1. Vervolgens is gevraagd welke veranderingen zij als hoogste prioriteit aankaarten om mee aan de slag te gaan om sociale netwerken binnen MC1 meer te betrekken en te versterken.

Alle respondenten zijn van mening dat de voorzieningen binnen de HIC ook mogelijk gemaakt dienen te worden voor MC1. Respondenten doelen hiermee op de sterke punten van de afdeling, namelijk: de familie-ervaringswerker, de familiekamer, mogelijkheid tot rooming-in en het maandelijkse inloop uur voor familie- en naasten. Veranderingen die respondenten als meest belangrijk aankaarten om een start mee te maken zijn de beschikbaarheid van een familie-ervaringswerker en een volwaardige familiekamer. De familiekamer wordt gekenmerkt als een belangrijke welkomstvoorziening waardoor de familie zich gezien voelt. *’’Hiermee laat je zien dat er ook aan hen wordt gedacht’’* is een regelmatig terugkerende uitspraak van respondenten. Ook het opnemen van aandacht voor netwerkbetrokkenheid in structurele werkvormen wordt genoemd omdat dit bijdraagt aan de bewustwording onder medewerkers en helpend is om aandacht voor familie en naasten van de cliënt te laten inbedden in de werkwijze van het verpleegkundig team. Twee respondenten kaarten zelfs aan dat er een doorlopende structuur nodig is binnen de gehele acute keten ten aanzien van netwerkgericht werken. Eén respondent zegt: *‘’Alle vragen die tijdens de ergste crisis nog niet aan bod komen of nog niemand aan toe is…. die komen daarna. Dus er moet een doorlopende structuur aan gegeven worden binnen de hele acute keten’’.* Met name de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker binnen de afdeling achten medewerkers hierin als meest effectief omdat deze een brug slaat tussen de behoeften van het sociale netwerk aan steun, erkenning en begrip enerzijds en de veel geziene signalen door verpleegkundigen anderzijds. Tevens geven respondenten aan dat de familie-ervaringswerker fungeert als spiegel voor het team en deze wordt gezien als belangrijkste deskundige. Eén respondent typeert haar ervaring als volgt: *‘’Familielid zijn van iemand met een psychiatrische aandoening is echt topsport. Goed inschatten wat dit betekent voor iemand die het niet zelf heeft mee gemaakt is lastig’’.* Hiernaast geven meerdere respondenten aan dat het een goede start kan zijn om ook een informatiefolder te maken voor familie en naasten op MC1 welke bij elke nieuwe opname gegeven kan worden. Met hierin informatie over informatieverstrekking en privacy, uitgangspunten in contact, mogelijkheid tot contact met de familie-ervaringswerker, verwijzingen naar de familievertrouwenspersoon en links naar externe organisaties gericht op lotgenotencontact en steun.

# **5. Conclusies**

*Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies van het onderzoek door middel van het beantwoorden van de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag. De beantwoording is gebaseerd op basis van de beschreven onderzoeksresultaten in hoofdstuk vier*.

# 5.1 Beantwoording deelvragen

Op de vraag *‘’Welke factoren* *ervaren medewerkers als belemmerend om het sociale netwerk van cliënten te betrekken en versterken?’’* kunnen de volgende conclusies worden getrokken. Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van veel intrinsieke motivatie bij medewerkers om sociale netwerken van cliënten tijdens de opnameperiode te betrekken. Waar de disciplines binnen het behandelteam het betrekken van sociale netwerken overwegend positief ervaren, is dit voor de medewerkers van het verpleegkundig team anders. Zij ervaren het vooral ook als lastig. Met name wanneer er signalen van overbelasting bij het netwerk zijn. Een overbelast netwerk, wat veelvuldig door medewerkers wordt gesignaleerd, vraagt om een andere betrokkenheid gericht op steun. Ook het recht van de cliënt om zich te beroepen op zijn privacy, waardoor er geen toestemming is om informatie met het netwerk uit te wisselen, maakt samenwerking met het netwerk vrijwel onmogelijk. Tevens is dit afzijdig gehouden worden voor de naastbetrokkenen ook erg moeilijk wat gepaard gaat met verdriet en verlieservaringen. Andere belemmerende factoren met betrekking tot de doelgroep zijn: de (ernstige) psychiatrische klachten van de cliënt, het ontbreken van een sociaal netwerk, een zeer minimaal netwerk of een overbetrokken netwerk. Belemmerende factoren met betrekking tot de afdeling zijn: de drukte en hectiek van de afdelingsomgeving (werkdruk), veel wisselingen in het team, het ontbreken van vast personeel, het ontbreken van een geschikte familiekamer op MC1 en informatie over de 1e contactpersoon op digibord. Hiernaast is netwerkgericht werken nog onvoldoende onderdeel van het systeem/werkwijze van medewerkers en is er sprake van onvoldoende bewustzijn. De mate van netwerkgericht werken is momenteel te persoonsafhankelijk van de medewerkers van dienst.

Op de vraag ***‘****’Welke vorm van betrokkenheid van het sociale netwerk is er momenteel al tijdens de opname van een cliënt en welke positieve effecten zijn merkbaar?’’* kunnen de volgende conclusies worden getrokken. Bijna alle medewerkers zijn van mening dat de huidige betrokkenheid van sociale netwerken onvoldoende is en/of nog te weinig aandacht krijgt. Het verpleegkundig team op beide afdelingen betrekt sociale netwerken momenteel voornamelijk middels het bijwonen van ZAG-gesprekken, opnamegesprekken, het op de hoogte stellen van de 1e contactpersoon bij opname of ontslag en het ontvangen en (telefonisch) te woord staan van netwerkleden naar aanleiding van een bezoek of verlof. Opnieuw geldt dat het netwerk alleen uitgenodigd, betrokken of ingelicht kan worden, mits de cliënt hier toestemming voor heeft gegeven. De disciplines binnen het behandelteam op MC1 geven inhoud aan netwerkbetrokkenheid variërend van ZAG-gesprekken, systeemgesprekken, relatiegesprekken, 1-op-1 gesprekken, contact met andere ketenpartners, hersteltrainingen, netwerkanalyses en inzet van de Yucel-methode. Het onderzoek geeft weinig tot geen antwoord op hoe de disciplines binnen het behandelteam van de HIC het doen vanwege de wijzigingen in de respondentengroep.

Het onderzoek toont aan dat er een duidelijk verschil is in vorm, mate en mogelijkheden tot netwerkbetrokkenheid tussen de afdelingen MC1 en HIC. Het verpleegkundig team van de afdeling HIC geeft namelijk naast bovengenoemde, extra inhoud eraan door middel van het verstrekken van een informatiefolder bij opname aan familie en naasten, onderhouden zij contact met naast betrokkenen wanneer er gebruik wordt gemaakt van de familiekamer en is er sprake van samenwerking met het netwerk wanneer rooming-in wordt ingezet. Hiernaast wordt door de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker op de HIC een specifieke vorm van netwerk betrokkenheid (aan)geboden aan familie en naasten daar waar zij actief worden benaderd bij opname van een naaste, op vraag van de cliënt zelf of bij signalen van medewerkers. Er is oog voor de naastbetrokkene, mogelijkheid tot gesprek, een luisterend oor, steun en contact met een gelijkgestemde. Tevens wordt er maandelijks een speciaal inloopspreekuur voor familie en naasten georganiseerd. Een algemeen inzicht in het sociale netwerk van cliënten wordt door medewerkers van het verpleegkundig team verkregen door 1-op-1 gesprekken met cliënten en het bijwonen van opname- en ZAG-gesprekken. Echter kan geconcludeerd worden dat er op beide afdelingen weinig tot geen sprake is van daadwerkelijk inzicht in de kwaliteit van sociale netwerken. Wat betreft aandacht voor het versterken van bestaande sociale netwerken is dit binnen de huidige werkwijze minimaal te noemen. Het netwerk wordt soms opgenomen in een behandelplan, methodisch plan of crisissignaleringsplan maar is nog geen aandachtsgebied binnen een structurele werkvorm op MC1. Op de HIC is hier daarentegen wel sprake van. Het thema familiebetrokkenheid heeft een structurele plaats in het maandelijkse teamoverleg en wordt vormgegeven door de familie-ervaringswerker. Hiernaast is er aandacht voor tijdens het MDO doordat de familie-ervaringswerker hierbij aansluit en informeert waar nodig. De aanwezigheid van deze specifieke discipline is zeer waardevol, nuttig en een grote meerwaarde voor familie en de afdeling HIC. Een belangrijk effect van adequate netwerkbetrokkenheid is dat cliënten sociale en praktische steun ervaren door contact met een vertrouwd iemand. Contact met naastbetrokkenen kan vertrouwen, veiligheid en rust bieden tijdens de crisis-opname voor de cliënt en eveneens fungeren als belangrijke informatiebron en hulpmiddel voor medewerkers om stabilisatieprocessen van cliënten te helpen versnellen. Meer aandacht en ruimte voor netwerkbetrokkenheid kan volgens het onderzoek leiden tot een verkorting van opnames.

Op de vraag*‘’In hoeverre kan afdeling MC1 leren van de afdeling ‘High Intensive Care’ (HIC) met betrekking tot netwerkgericht werken?’’* kunnen onderstaande conclusies worden getrokken.Om sociale netwerken van cliënten als volwaardige partner te betrekken tijdens de opnameperiode dient afdeling MC1, volgens medewerkers van de HIC, de beschikking te krijgen over de benodigde faciliteiten zoals deze op de HIC voorhanden zijn. De hoogste prioriteit heeft de beschikbaarheid van een familie-ervaringswerker op afdeling MC1. Deze slaat een brug tussen de behoeften van het sociale netwerk aan steun, erkenning en begrip enerzijds en de veel geziene signalen door verpleegkundigen anderzijds. Het opnemen van aandacht voor netwerkbetrokkenheid in structurele werkvormen draagt bij aan bewustwording onder medewerkers en is nodig om aandacht voor familie en naasten van de cliënt te laten inbedden in de werkwijze van het verpleegkundig team. Ook hierin wordt de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker aangedragen als effectief vanwege zijn deskundigheid en spiegelfunctie richting het team. Een volwaardige familiekamer is een hoognodige voorziening op MC1 om familie- en naasten in te kunnen ontvangen en een plek te bieden waar zij zich welkom voelen ten tijde van de opname van hun naaste. Ook het ontwikkelen van een informatiefolder voor familie en naasten, welke gegeven kan worden bij aanvang van de opname wordt geadviseerd om een gevoel van ‘welkom’ zijn en samenwerking te bevorderen.

Op de vraag ***‘****’Wat hebben medewerkers van het verpleegkundig team van afdeling MC1 nodig om netwerkgericht werken dagelijks in de praktijk actief vorm te geven?’’* kunnen onderstaande conclusies worden getrokken. Met name gebruik weten te maken van aanwezig kennis wat al eerder in beeld is gebracht met de cliënt zelf en zijn of haar netwerk, de betrokken (ambulante) disciplines en/of (familie) ervaringswerkers is belangrijk voor medewerkers binnen de acute keten. Medewerkers van afdeling MC1 hebben er baat bij wanneer aandacht voor netwerkbetrokkenheid in huidige structurele werkwijzen wordt opgenomen zoals het wekelijkse MDO en de maandelijkse teammiddag, om het betrekken en versterken van sociale netwerken actief inhoud te geven. Hiernaast wordt de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker binnen het team gezien als zeer belangrijke schakel welke oog heeft voor het proces wat de naastbetrokkenen doormaken rondom de zorg voor een cliënt en opvang en steun aan hen mogelijk maakt. Qua voorzieningen wordt wederom een geschikte familiekamer en de mogelijkheid tot inloop/informatiebijeenkomsten voor familie- en naasten als nodig geacht om naastbetrokkenen een gevoel van ‘welkom zijn’ te bieden en tegemoet te komen aan de behoeften van het sociale netwerk. Rooming-in aanbieden wordt als waardevolle toevoeging voor de afdeling gezien en ook het consulteren van een systeemtherapeut bij sprake van complexe familiesystemen achten medewerkers als nodig om de juiste ondersteuning ten behoeve van het stabilisatieproces van de cliënt te bevorderen. Er kan geconcludeerd worden dat medewerkers behoefte hebben aan verschillende handvatten om netwerkgericht werken in de praktijk vorm te geven met elkaar. Met name: algemene kennis omtrent netwerkgericht werken, gewenste houdingsaspecten richting het netwerk, kennis omtrent rouw- en verlieswerking, gesprekstechnieken gericht op systemische vragen en één vast methodisch instrument waarmee het sociale netwerk in kaart kan worden gebracht. Ook leeft de behoefte aan meer samenwerking met elkaar binnen de acute keten waarin het delen van kennis, ervaringen en werkwijzen iets heel vanzelfsprekends wordt.

# 5.2 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

Op de centrale onderzoeksvraag ‘’*Welke invulling kan gegeven worden aan netwerkgericht werken binnen de werkwijze van het verpleegkundig team op de afdeling Medium Care 1, wat leidt tot een versterking van het sociale netwerk van de cliënt en bijdraagt aan een kwaliteitsverhoging van de zorg?’*kan onderstaande conclusie worden getrokken*.*

Binnen afdeling MC1 dienen de juiste voorzieningen gecreëerd te worden waardoor medewerkers vanuit eigen kracht en intrinsieke motivatie de beoogde kwaliteitsomslag in netwerkgericht werken kunnen gaan maken. Door aandacht voor het sociale netwerk structureel op te nemen in huidige werkvormen kan dit bijdragen aan het bewustwordingsproces van medewerkers en inbedding in de werkwijze van het verpleegkundig team. Meer onderlinge samenwerking binnen de acute keten van Emergis kan leiden tot een vergroting van kennis en ervaring onder medewerkers en het bundelen van krachten. Gebruik weten te maken van aanwezige kennis omtrent het netwerk wat al eerder in beeld is gebracht door diverse (professionele) betrokkenen kan als richtlijn dienen om netwerkversterking een doelmatige plek te geven binnen de opname periode van de cliënt. Tevens hebben medewerkers behoefte aan een vast methodisch instrument om het netwerk van een cliënt in beeld te brengen en scholing in verschillende aspecten van netwerkgericht werken. Een crisisopname is niet alleen voor de cliënt heftig maar evengoed voor het systeem eromheen. Samenwerken met een familie-ervaringswerker zou ondersteunend kunnen zijn voor alle disciplines en medewerkers. Tot slot kan een familie-ervaringswerker een belangrijke schakelfunctie vervullen in de kwaliteit en mate van netwerkbetrokkenheid op de afdeling en het versterken van bestaande sociale netwerken.

# **6. Discussie vanuit het onderzoek**

*In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het veldwerkonderzoek geanalyseerd en vergeleken met de theorie. De in het oog springende verbanden, overeenkomsten en verschillen worden beschreven en het hoofdstuk sluit af met een evaluatie op het onderzoeksproces en het eigen onderzoeksgedrag.*

# **6.1 Methodische discussie en inhoudelijke interpretaties van de conclusies**

# 6.1.1 Visie en ervaringen ten aanzien van het sociale netwerk

Vanuit het veldwerkonderzoek is naar voren gekomen dat alle respondenten het betrekken van het sociale netwerk van een cliënt tijdens de opname periode erg belangrijk vinden. Deze resultaten bevestigen de omwenteling die Tonkens & Jan Willem (2017) beschrijven die gaande is binnen het sociale domein waarbij het hebben van een sociaal netwerk steeds belangrijker wordt. Volgens Scheffers (2015) willen mensen uit het netwerk van de cliënt vaak graag iets betekenen. Dit fenomeen wordt ook wel zorgkracht genoemd. In het veldwerkonderzoek komt dit eveneens naar voren en wordt met name opgemerkt door respondenten behorend tot het behandelteam. Zij ervaren dat het netwerk graag mee helpt waar mogelijk. Een opvallend verschil is op te merken in de ‘kleuring’ die respondenten geven aan hun ervaringen ten opzichte van het betrekken van sociale netwerken daar waar respondenten binnen het behandelteam vooral in de positieve zin spreken en het verpleegkundig team het met name als lastig ervaart. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het verpleegkundig team het sociale netwerk het vaakst ziet en spreekt en hierdoor het eerste contact, vragen, signalen, behoeften en emoties van het netwerk dient op te vangen wat lastig kan zijn. Respondenten binnen het behandelteam hebben vaak meer contact met het sociale netwerk op afgesproken momenten waarbij sprake is van toestemming omtrent informatie-uitwisseling of op vraag van signalen van verpleegkundigen na de eerste ondervanging en consultatie.

# 6.1.2 Belemmerende factoren

Het rapport *GGZ in transitie* beschrijft dat cliënten met een psychiatrische stoornis meer moeite hebben dan anderen om zich in een sociaal netwerk te bewegen en duurzame relaties te onderhouden. Zij kampen vaak met een verschraald netwerk (Waanders & Wonderen, 2015). Scheffers (2015) zegt dat relaties vaak verstoord zijn geraakt door alles wat een sociaal netwerk meemaakt gedurende de levensloop van een cliënt en er sprake kan zijn van langdurige overbelasting voordat professionele hulp de zorg (tijdelijk) overneemt. Het netwerk zelf heeft dan ook eerst rust nodig om te ‘herstellen’ en bij te komen van de intensieve zorg voor hun naaste. Het veldwerk geeft een bevestigend antwoord op bovengenoemde daar waar een groot deel van de respondenten deze belemmeringen aankaarten. Ook een overbetrokken netwerk wordt door respondenten genoemd. Het artikel *Eigen kracht ontleed* omschrijft dit als een kritische noot omdat de ‘geleende kracht’ uit netwerken in deze zin dus ook kan tegenwerken wanneer het netwerk geneigd is steeds alles over te nemen of geen vertrouwen uitstraalt in de cliënt, tegengesteld aan de hulpverlening (Gilsing et al., 2017). In de theorie is vooral gekeken vanuit het perspectief van de doelgroep naar mogelijke belemmeringen om zich in een sociaal netwerk te bewegen en niet zozeer vanuit andere invalshoeken. Het veldwerk leverde, door een open vraag naar wat het voor de respondent lastig maakt om netwerkgericht te werken binnen de afdeling, verrassende nieuwe inzichten op in belemmerende factoren vanuit het hulpverlenerperspectief. Welke de probleemstelling en bruikbaarheid specifieker heeft doen maken en dan ook heeft geleid tot een aanpassing van de eerste deelvraag. Echter ontbreekt er een theoretische onderbouwing vanuit het hulpverlenerperspectief wat wetenschappelijke verantwoording niet mogelijk maakt.

# 6.1.3 Positieve effecten van sociale netwerk betrokkenheid

Vanuit het veldwerk blijkt dat steun ervaren een eenduidig effect is van netwerkbetrokkenheid gedurende de opnameperiode van een cliënt. In de theorie wordt overeenkomstig gesproken over functionele kenmerken van een sociaal netwerk waarin zelfs acht mogelijke functies van steun staan beschreven. In de resultaten uit het veldwerk komen zes van de acht genoemde functies naar voren. De verwachting was dat alle genoemde functionele kenmerken door respondenten zouden worden gezien in de praktijk. Echter is er geen specifieke vraag over gesteld aan respondenten wat het resultaat mogelijk verklaart. Er is overeenstemming te zien tussen de resultaten uit het veldwerk en de theorie over welk positief gevolg contact met het sociale netwerk de hulpverlener oplevert. Scheffers (2015) stelt namelijk dat mensen uit het netwerk een belangrijke rol kunnen spelen in het begrijpen van het levensverhaal van de cliënt, het stabiliseren van de crisis of het vergroten van de veiligheid. Het sociale netwerk kan dienen als belangrijke informatiebron en/of hulpmiddel voor professionals om ingang te creëren tot gesprek wanneer dit bij de hulpverlener onvoldoende lukt. Dit alles komt eveneens terug in de resultaten uit het veldwerk. Een opvallend effect wat uit het veldwerk naar voren komt is dat goede netwerkbetrokkenheid/samenwerking met het netwerk, opnames van cliënten lijkt te versnellen. Of met andere woorden; de duur van opnames lijkt te verkorten. Er wordt op verschillende manier woorden gegeven aan dit effect daar waar een andere respondent het vanuit een andere hoek belicht, namelijk dat er stagnatie in herstelprocessen lijkt op te treden bij geringe netwerkbetrokkenheid. Deze resultaten zijn in het huidige onderzoek niet te weerleggen met de theorie omdat er geen theoretische verkenning naar is gedaan maar leggen wel een interessant praktijkresultaat bloot. Eigenlijk vraagt dit om een cijfermatige verkenning naar de in- en uitstroom van cliënten die zijn opgenomen binnen afdeling MC1 vergelijkend met de kwaliteit van de netwerkbetrokkenheid.

# 6.1.4 Huidige netwerkbetrokkenheid

In het onderzoek is beschreven dat binnen de huidige manier van werken in GGZ-instellingen vaak al wel sprake is van enige familiebetrokkenheid. Het veldwerk bevestigt dit beeld gezien respondenten de huidige manieren van betrokkenheid typeren als minimaal basiscontact, terwijl de behoefte aan meer contact wel gesignaleerd wordt. ZAG-gesprekken, systeemgesprekken, rooming-in en de inzet van een familie-ervaringswerker komen overeenkomstig terug in de theorie als ook in het veldwerk, al is dit wel maar bij één respondentengroep. Een mogelijke verklaring is dat er op deze afdeling wordt gewerkt volgens het HIC-principe wat op de MC1 (nog) niet het geval is. Andere vormen van netwerkbetrokkenheid die uit het veldwerk komen zijn niet te weerleggen met de theorie uit het theoretisch kader maar wel met een bron die verband houdt met het onderzoek, namelijk het *Werkboek klinische behandeling acuut en hoog intensief* (Goense, 2017). Volgens de theorie is inzicht in de kwaliteit van een sociaal netwerk, waaronder structurele en functionele kenmerken, van cruciaal belang om het netwerk waar mogelijk te betrekken en te versterken gedurende het hulpverleningsproces. Echter blijkt dat er op beide afdelingen weinig tot geen sprake is van daadwerkelijk inzicht in de kwaliteit van sociale netwerken. Dit is mogelijk een gevolg van het ontbreken van een methodisch instrument wat medewerkers kunnen inzetten om sociale netwerken in kaart te brengen. De theorie beschrijft verschillende mogelijke instrumenten en het is dan ook opvallend te noemen dat het veldwerk geen van deze onderschrijft. Wel wordt soms de netwerkanalyse en Yucel-methode gebruikt in de praktijk welke niet worden genoemd in de theorie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de afdeling nog onvoldoende op de hoogte is van instrumenten geschikt binnen de (acute) GGZ-zorg. Mogelijk speelt ook de huidige taakverdeling tussen het verpleegkundig team en het behandelteam een oorzakelijke rol in de mate van inzicht in de kwaliteit van netwerken, daar waar nu een duidelijk onderscheid zichtbaar is in wie netwerkanalyses maakt en doelbewust inzet. Waarom dit onderscheidt er is vraagt om een kritische blik, daar waar behandelaren eveneens een drukke agenda hebben (en er mogelijk niet voldoende aan toe komen) en medewerkers van het verpleegkundig team gezien hun opleidingsniveau en competenties dit eveneens zouden kunnen doen. Omdat de formatie van het verpleegkundig team vele malen groter is dan het behandelteam zou dit kunnen leiden tot een toename van inzicht in het sociale netwerk. Echter vraagt het wel om een inpassing in de huidige werkzaamheden waar al een hoge werkdruk in wordt ervaren. Het onderzoek brengt aan het licht dat kwaliteiten en competenties van medewerkers binnen het verpleegkundig team mogelijk meer benut kunnen worden binnen de afdeling.

# 6.1.5 Benodigde kennis, vaardigheden en attitude

Hoewel volgens (Driel et al., 2014) kennis van structurele en functionele kenmerken van groot belang is voor professionals om uitvoering te geven aan netwerkgericht werken komt dit maar deels naar voren uit het veldwerk. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat de werkwijze van medewerkers binnen een crisis-opname afdeling niet zozeer gericht is op verdiepend inzicht in het sociale netwerk omdat eerst de crisis bezworen dient te worden. Uit het veldwerk wordt juist kennis over een goede benadering naar netwerkleden toe benoemd als nodig. Hieruit blijkt dat het opvangen van familieleden waarvan hun naaste in crisis verkeert vraagt om een begripvolle en steunende houding die openheid en welkom uitstraalt. In de theorie komt dit nauwelijks terug omdat deze alleen de attitude ten aanzien van de cliënt beschrijft. Hieraan ligt ten grondslag dat er pas tijdens het uitvoeren van het onderzoek een meer systemische kijk is ontstaan bij de onderzoeker ten aanzien van alle aspecten binnen het onderzoek. Voor betreffende ontdekking verwijs ik dan ook naar paragraaf 6.2 waarin de beperkingen van het huidige onderzoek staan beschreven. Het veldwerk maakt zichtbaar dat medewerkers vooral gebruik moeten weten te maken van al aanwezig vanuit diverse invalshoeken en kennis omtrent rouw- en verlieswerking als belangrijk wordt gezien. Hendrix (2018) en Scheffers (2015) stellen dat professionals over de vaardigheid moeten beschikken om gespreksvaardigheden in te zetten, netwerken in kaart te brengen, deze te analyseren en om te vormen naar kleine, concrete acties in een methodisch plan. In het veldwerk komt alleen het kunnen inzetten van gesprekstechnieken naar voren en de vaardigheid om mensen te kunnen uitnodigen tot contact. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat de onderzoeker mogelijk niet voldoende heeft doorgevraagd daar waar dit wel wenselijk zou zijn geweest. Dit heeft een negatieve invloed op de validiteit van het onderzoek.

# 6.1.6 Behoeften en benodigdheden

Het onderzoek beschrijft dat er op het gebied van familiebetrokkenheid diverse nieuwe ontwikkelingen gaande zijn zoals de mogelijkheid tot rooming-in en de inzet van (familie)-ervaringswerkers welke zeer effectief zijn gebleken (Bouwhuis & Vreeker, 2015). Door naast het veldwerk op de eigen afdeling tevens veldwerk te verrichten binnen de HIC van Emergis, waar deze innovaties in gebruik zijn, kan een krachtig verband gesteld worden tussen de theorie en de resultaten. Het veldwerk bevestigt namelijk in zeer grote mate de effectiviteit van de innovaties. Door veldwerk te doen bij deze innovatieve afdeling binnen Emergis is er sprake van een verhoging van de validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek. De behoefte aan voorzieningen die medewerkers binnen MC1 nodig achten om netwerkgericht werken vorm te geven in de praktijk worden namelijk bevestigd door de medewerkers van de HIC. In feite kan er gesproken worden over elkaar bevestigende resultaten wat de validiteit van het onderzoek ten goede komt. Echter dient er tevens met een kritisch oog gekeken te worden naar de betrouwbaarheid en herhaalbaarheid van de resultaten omdat het nog altijd gaat om persoonlijke belevingen en ervaringen van medewerkers. Deze kunnen te allen tijde bij een eerder onderzoek anders zijn dan bij een later onderzoek omdat elk mens dagelijks onderhevig is aan tal van ervaringen en belevingen. Dit geldt voor medewerkers binnen een crisis-opname afdeling net zo goed en wellicht zelfs wel in extremere mate.

# 6.1.7 Beperkingen van het huidige onderzoek

Belangrijk te noemen is dat er ook beperkingen aan het huidige onderzoek kleven. Sommige zijn al op beschrijvende wijze opgenomen in bovenstaande paragraaf, echter dienen sommige nog expliciet genoemd te worden. De verandering van respondenten binnen respondentengroep 2 heeft het onderzoek enerzijds beperkt omdat het nu maar in beperkte mate antwoord geeft op hoe disciplines binnen het behandelteam van de HIC netwerkgericht werken vormgeven. Eén discipline is ‘afgevallen’ en de andere discipline is in het interview gevraagd naar ervaringen op beide afdelingen zoals beschreven in paragraaf 4.1. Dit is nadelig geweest voor de validiteit van het onderzoek. Anderzijds is er wel kritisch gezocht naar manieren om de validiteit te doen verhogen wat ertoe heeft geleid dat de drie nieuwe respondenten allen aandacht functionaris waren op het gebied van familiebetrokkenheid.

Een andere beperking is dat het theoretisch kader soms te veel is beschreven vanuit het perspectief naar de cliënt, waarin paragraaf 2.5 een voorbeeld van is. Hierdoor komen de resultaten uit het veldwerk, die meer systemisch van aard zijn, soms in mindere mate overeen met de theorie. Toch zijn er bewust geen aanpassingen gedaan in het theoretisch kader omdat de theorie in principe toereikend genoeg is. De resultaten hebben de onderzoeker alleen wel achteraf doen beseffen dat een meer systemische kijk op de theorie van meerwaarde had kunnen zijn. Een volgende keer zou de onderzoeker bewust een meer ‘systemische blik’ willen aannemen vanaf de start van het onderzoek. Ook het uitnodigen van de respondenten bij de afdeling HIC zou de onderzoeker de volgende keer anders aanpakken. Dit verliep niet zo soepel, vermoedelijk mede door de onpersoonlijke manieren van contact/uitnodiging via de mail. In een volgend onderzoek zou de onderzoeker de uitnodigingen middels een persoonlijke ontmoeting laten plaatsvinden om zo een basis in vertrouwen te creëren. Een gezicht en eerste indruk van de onderzoeker had mogelijk kunnen leiden tot minder aanpassingen in de respondentengroep. Ten slotte heeft de onderzoeker soms onvoldoende doorgevraagd waar dit wel van meerwaarde had kunnen zijn en is er onbewust soms sprake geweest van suggestieve vragen tijdens de interviews. Dit heeft mogelijk een negatieve invloed gehad op de validiteit van de het onderzoek.

In bovenstaande paragrafen is de betrouwbaarheid en validiteit al deels ter discussie gesteld waar nodig.

Een aanvulling hierop is dat door de vertegenwoordiging van verschillende disciplines binnen twee verschillende afdelingen de externe validiteit mogelijk is verhoogd. Er is op deze wijze een juiste afspiegeling van de populatie gecreëerd. Tevens is er een expert ingeschakeld om te kijken naar de bijgestelde topiclijst en na te gaan of deze meet wat deze behoort te meten. Ook is er gebruik gemaakt van steeds hetzelfde meetinstrument en is er een aangepaste topiclijst gebruikt bij respondentengroep twee wat de interne validiteit van het onderzoek ten goede is gekomen. Door de interviewvragen op te stellen aan de hand van kernbegrippen uit het theoretisch kader is er ook gestreefd naar het vergroten van de interne validiteit. Er is geen proefinterview gedaan door de onderzoeker waardoor er pas na het derde interview geen aanpassingen meer zijn gedaan in de vraagstellingen. Dit heeft de interne validiteit van de onderzoeksresultaten mogelijk negatief beïnvloed. Ook is er geen collega meer betrokken geweest bij de analyse van de interviews wat wel de planning was. Dit is niet gebeurd omdat de onderzoeker dit is vergeten in de drukte van het afstudeerproces. Dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek niet ten goede. Wel heeft de onderzoeker het onderzoeksverslag voorgelegd aan vijf verschillende betrokkenen om de betrouwbaarheid te verhogen, waarvan vier werkzaam binnen Emergis. De teamleider, die kijkt vanuit overstijgend niveau. Twee HBO-collega’s en tevens praktijkbegeleider van de student en de laatste is een HBO’er die wel werkzaam is bij Emergis maar niet bekend is op de afdelingen MC1 en HIC. De vijfde betrokkene is een ‘leek’ en niet werkzaam binnen het sociale domein.

# 6.2 Bespreking van het onderzoeksproces en eigen onderzoeksgedrag

Het is lastig vast te stellen in hoeverre het onderzoek nu daadwerkelijk betrouwbaar en valide is omdat er tal van factoren zijn die hier een positieve of negatieve invloed op hebben gehad. Het risico op sociaal wenselijke antwoorden van respondenten is vanwege de positie van de respondenten ten aanzien van de werkgever altijd aanwezig. Ik heb binnen het onderzoek getracht sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk te beperken door de respondent op zijn haar of haar gemak stellen en de ‘veilige ruimte’ en anonimiteit te benoemen bij de start van het interview. Tijdens het interview heb ik hier nogmaals aandacht aan gegeven wanneer ik het gevoel had dat dit nodig was. Met name bij vragen over de visie van respondenten en mening over de huidige betrokkenheid is het risico op sociaal wenselijke antwoorden groot. Toch laten de resultaten zien dat respondenten behoorlijk eerlijk durven te zijn in hun meningen en welke tekortkomingen ze ervaren in de huidige manier van netwerkbetrokkenheid. Terugkijkend op het onderzoeksproces vind ik het bijzonder dat het onderzoek met name antwoord geeft dat er binnen de invulling van netwerkgericht werken op een crisis-opname afdeling veel meer aandacht voor de naastbetrokkenen dient te zijn. Niet alleen de cliënt is in crisis maar vaak ook het systeem eromheen. Tijdens het onderzoeksproces werd de aandacht verschuiving van de cliënt naar aandacht voor het sociale netwerk steeds groter en breder, met name het veldwerk binnen de afdeling HIC heeft hier een belangrijke rol in gespeeld. De kennis, inzichten en het enthousiasme van medewerkers omtrent netwerkbetrokkenheid heeft mij veel bruikbare input voor het onderzoek gebracht wat mogelijk maakt dat afdeling MC1, onder andere dankzij de medewerking van het team HIC, een gerichte verbeterslag kan gaan maken. De brede opzet van de centrale onderzoeksvraag heeft mijns inziens mogelijk gemaakt dat er een aandacht verschuiving kon plaatsvinden binnen het onderzoek van cliëntperspectief naar een systemisch perspectief, zonder dat dit de beoogde doelstelling van het onderzoek in gevaar heeft gebracht. Dit maakt de kern van het onderzoek dan ook op een mooie manier zichtbaar. Wat mij persoonlijk het meest is opgevallen in de resultaten en conclusies naar aanleiding van het onderzoeksproces is onder andere dat de beschikbaarheid over juiste voorzieningen een daadwerkelijk groot verschil kan maken op afdelingen. Een familiekamer en de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker kan een grote rol spelen in een veranderproces ten aanzien van netwerkgericht werken in de praktijk. Ook de bevinding dat aandacht voor netwerkgericht werken mogelijk leidt tot een verkorting van opnames vind ik intrigerend. Dit maakt dat ik van mening ben dat er op korte termijn een investering noodzakelijk is binnen afdeling MC1 om dit effect op de lange termijn mogelijk te maken. Ten slotte heeft het onderzoek mij doen beseffen dat aandacht voor het netwerk een doorlopend karakter verdiend binnen de acute keten. En niet dat het, zoals nu, eigenlijk ophoudt na een opname op de HIC, waar vandaan juist veel doorplaatsingen worden gedaan naar MC1 en MC2. Familie en naasten hebben nadat de intensiefste fase van crisis achter de rug is evengoed nog behoefte aan steun en een luisterend oor. Voor familie en naasten is het ook fijner wanneer de afdelingen binnen de acute keten meer samenwerken en de mogelijkheden en voorzieningen ten aanzien van het netwerk, zoals de beschikbaarheid van een familiekamer, beter op elkaar afstemmen.

Reflecterend op mijn eigen onderzoeksgedrag kan ik zeggen dat ik mijzelf ben tegen gekomen tijdens het praktijkgericht onderzoek en nieuwe inzichten heb opgedaan. Uiteraard over alle aspecten rondom het onderwerp netwerkbetrokkenheid, maar ook over mijzelf als ‘onderzoeker’. Mijn drive om iets goeds te willen neerzetten maakte dat ik met enthousiasme en precisie aan het werk ging. Echter raakte ik wat ontmoedigd doordat ik geen compleet plaatje gevormd kreeg in mijn hoofd van wat er precies verwacht werd. Dit leidde regelmatig tot stress. Vragen om duidelijkheid bij mijn begeleidend docent en regelmatig ventileren bij familie, vrienden, klasgenoten en collega’s heeft hierin geholpen. Ik heb gemerkt dat mijn neiging tot perfectionisme in mijn rol als onderzoeker het onderzoeksproces onnodig zwaarder heeft gemaakt. Mijn bovenkamer maakte soms overuren daar waar ik tijdens het onderzoek soms veel te groot en ver ging denken en mijzelf volledig kon verliezen in allerlei randzaken, die er niet toe deden. Dit tijdig bij mijzelf leren herkennen was een leerproces. Het heeft dan ook geholpen dat mensen uit mijn omgeving mij hierop hebben gewezen waardoor er bewustwording kon ontstaan. Anderzijds heeft mijn perfectionisme ook tot positieve gevolgen geleid, namelijk: een nauwkeurig onderzoek met een scherpe kritische blik. Deze bevinding heeft dan ook een mooie relatie met de feedback van de opdrachtgever, waarvoor ik verwijs naar bijlage 1 van het onderzoeksverslag. Het onderzoek concreet en bondig houden vond ik ook een uitdaging daar waar er zoveel interessante resultaten uit het veldwerk naar voren kwamen. Toch is dit mijns inziens redelijk goed gelukt door steeds opnieuw de onderdelen binnen mijn onderzoeksverslag op een later moment nog eens door te lezen en opnieuw te beoordelen op relevante en irrelevante informatie. Echter is binnen het huidige hoofdstuk wel van de richtlijn aan pagina’s afgeweken omdat de beschrijvingen in mijn ogen allen zeer relevant zijn. Een kritische nood naar de opleiding is dan ook op zijn plaats daar waar de indeling van het hoofdstuk is veranderd, maar er geen extra ruimte is gecreëerd voor studenten om hier, volgens de richtlijn, op in te spelen. De onvoorziene omstandigheden tijdens het verloop van het veldwerk vroeg om creativiteit en aanpassingsvermogen. Door onderzoek te doen binnen twee afdelingen heb ik het onderzoeksproces weleens ervaren als ingewikkeld en mijzelf afgevraagd of ik het mijzelf niet makkelijker had kunnen maken door het gewoon bij één afdeling te houden. Toch ben ik achteraf blij dat ik het op de huidige manier heb aangepakt omdat het heeft geleid tot zeer bruikbare aanbevelingen aan de opdrachtgever en mogelijk ook een bijdrage levert aan een ontwikkelingen binnen de gehele acute keten.

# **7. Aanbevelingen**

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan naar de opdrachtgever, welke mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van het vastgestelde praktijkprobleem.

# 7.1 Voor de opdrachtgever

# 7.1.1 Familie-ervaringswerker in dienst nemen

Uit het onderzoek komt naar voren dat de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker op afdeling MC1 van zeer groot nut en toegevoegde waarde kan zijn voor alle partijen. Medewerkers van de HIC, die al samenwerken met een familie-ervaringswerker, dragen deze verandering dan ook aan als hoogste prioriteit om de beoogde kwaliteitsomslag ten aanzien van netwerkgericht mogelijk te maken. In de eerste plaats is de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker van belangrijke waarde voor het sociale netwerk zodat zij de steun, opvang en aandacht krijgen die ze nodig hebben en verdienen tijdens de jarenlange zorg voor (of om) hun naaste. De familie-ervaringswerker kan een brug slaan tussen de behoeften van het sociale netwerk enerzijds en de signalerende rol van verpleegkundigen ten aanzien van overbelasting en behoefte aan steun anderzijds. Hiernaast kan de aanwezigheid van een familie-ervaringswerker op de afdeling een sleutelrol vervullen in het aanwakkeren van een bewustwordingsproces onder medewerkers, de kwaliteit en mate van netwerkbetrokkenheid en ondersteunend zijn in de praktische uitvoerbaarheid van het familiebeleid op de afdeling. Ook voor het stabilisatie- en terugkeerproces van de cliënt naar huis levert de familie-ervaringswerker indirect veel op. Het sociale netwerk richt dient zich namelijk eveneens ‘klaar’ te voelen om de cliënt weer thuis te kunnen ontvangen en hierbij is opvang en ruimte voor gevoelens van angst en onzekerheid zeer belangrijk. Hierna kan pas ruimte worden gecreëerd voor meer oplossingsgerichte gedachten.

# 7.1.2 ‘Sociaal netwerk’ opnemen in vaste huidige structuren

Om netwerkgericht werken meer onderdeel te laten worden van het systeem en/of de werkwijze van medewerkers is aandacht voor het sociale netwerk binnen vaste huidige structuren aan te bevelen. Te beginnen zou er bij het MDO een extra kopje genaamd ‘sociaal netwerk’ toegevoegd kunnen worden. Verpleegkundigen zouden in de voorbereiding van het MDO hier bijvoorbeeld belangrijke informatie kunnen benoemen wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een adequaat steunsysteem, nog geen sprake is van inzicht in het sociale netwerk, er sprake is van een zeer minimaal netwerk, er signalen zijn van een overbelast netwerk of de cliënt geen toestemming verleend om informatie uit te wisselen. In de MDO-bespreking kunnen dan, waar nodig, doelmatige acties worden uitgezet. Zoals het inzetten van een netwerkanalyse, systeemgesprek, of het inschakelen van de (familie)-ervaringswerker. Tevens kan worden gecheckt of er aandacht voor het netwerk is opgenomen in een behandelplan of methodisch plan. Wanneer dit nog niet het geval is, dient dit te leiden tot een aanpassing/toevoeging. In het MDO kan een doelmatige keuze worden gemaakt qua aandachtsgebied, passend bij de fase van crisis. De volgende opties zouden vaste keuzemogelijkheden kunnen zijn: sociaal netwerk in kaart brengen (netwerkanalyse), netwerk opbouwen/uitbreiden, netwerk onderhouden, verdiepen bestaande sociale relaties, activeren slapend netwerk en belemmerende contacten afbouwen.

Tevens is het aan te bevelen dat netwerkbetrokkenheid een vast punt op het maandelijkse teamoverleg is en er een toevoeging op digibord wordt gedaan met betrekking tot informatie over de 1e contactpersoon/curator/bewindvoerder. Dit kan ondervangen dat er direct in het eerste contact met het sociale netwerk een onnodige afstand wordt gecreëerd omdat de medewerker eerst het systeem dient op te starten alvorens inzicht te hebben in wie de 1e contactpersoon is. Wanneer bijvoorbeeld de achternaam van de 1e contactpersoon en relatie tot de cliënt vermeld zou staat op het digibord bevordert dit waarschijnlijk een aangenaam contact tussen de betrokkenen en medewerkers van de afdeling omdat men de betrokkene sneller inhoudelijk te woord kan staan en vragen kan beantwoorden.

# 7.1.3 Faciliteren van een geschikte familiekamer

Uit het onderzoek blijkt dat medewerkers netwerkgericht werken onder andere als lastig ervaren omdat de juiste (ontvangst) voorzieningen op de afdeling ontbreken. De huidige familiekamer wordt zo min mogelijk gebruikt vanwege verschillende belangrijke redenen. Een geschikte familiekamer wordt zowel door medewerkers van MC1 als de HIC als hoognodige voorziening geacht om te faciliteren. Een familiekamer fungeert als ‘welkom’ naar het sociale netwerk en ondersteunt het gevoel dat er ook aan hen wordt gedacht. Een geschikte plek voor een familie-kamer op MC1 is wanneer deze grenst aan de centrale hal. Hier kan de veiligheid het beste gewaarborgd worden en kan er tevens rekening worden gehouden met de geldende privacy ten aanzien van andere cliënten. Een familiekamer maakt meer contact mogelijk tussen medewerkers en naasten en nodigt uit om netwerkbetrekking meer inhoud te geven. De juiste faciliteiten voorhanden hebben alleen al, kan bevorderend werken.

# 7.1.4 Informatiefolder ontwikkelen voor familie en naasten

Een simpele manier om als afdeling zijnde een eerste stap te zetten naar familie en naasten waarin men ‘welkom’ uitstraalt vraagt om een aanbeveling ten behoeve van het ontwikkelen van een informatiefolder. Uit het onderzoek komt naar voren dat een’ informatiefolder speciaal voor familie en naasten bij opname’ de samenwerking kan bevorderen. De informatiefolder kan helderheid bieden aan familie en naasten over de opname omtrent informatieverstrekking en privacy, uitgangspunten in contact, mogelijkheid tot contact met de (familie)-ervaringswerker, verwijzingen naar de familie-vertrouwenspersoon, familie(klacht)recht, bezoektijden en telefoonnummers van de afdeling. Tevens kan er ook verwezen worden naar websites van externe organisaties welke zijn gericht op lotgenotencontact en steun. Een informatiefolder kan voor naasten erg prettig zijn daar waar een crisisopname voor het netwerk eveneens heftig is en veel informatie die verteld wordt tijdens het moment van opname, niet goed binnenkomt. Op deze manier geeft de afdeling de mogelijkheid aan het netwerk om belangrijke informatie op het gemak door te nemen wanneer de betrokkene hier ruimte voor voelt en behoefte aan heeft.

# 7.1.5 Scholing/handvatten mogelijk maken voor medewerkers

Uit het onderzoek blijkt dat er onder medewerkers een behoefte aan informatie omtrent netwerkgericht werken schuilt. Door het organiseren van een klinische les of training kan belangrijke informatie omtrent het betrekken en versterken van sociale netwerken gedeeld worden. Gewenste benaderingsaspecten kunnen op deze manier onder de aandacht gebracht worden evenals mogelijke gesprekstechnieken oftewel, het inzetten van systemische vragen. Door een familie-ervaringswerker uit te nodigen als trainer of spreker kan er bewustwording onder medewerkers gecreëerd worden over wat het betekent om een naaste een leven lang in zorg te hebben. Wat doet dit met iemand? Welke impact heeft het op het leven van een naastbetrokkene? Tevens kan er binnen een training ingezoomd worden op een methodisch instrument, genoemd in paragraaf 2.6, en hoe dit ingezet en gebruikt kan worden op een doelmatige systematische manier.

# 7.2 Voor vervolgonderzoek

Er kan op verschillende wijzen vorm worden gegeven aan vervolgonderzoek. Waar het huidige onderzoek zich met name heeft gericht op de ervaringen en behoeften van medewerkers binnen MC1 ten aanzien van netwerkgericht werken zou er een vervolgonderzoek gedaan kunnen worden in twee richtingen. In de eerste plaats naar ervaringen en behoeften van het sociale netwerk ten tijde van opname van een naaste en in de tweede plaats naar ervaringen en behoeften van cliënten zelf.

De drie afdelingen binnen de crisogene keten kennen allen een ander karakter van klinische behandeling waarop de intensiviteit en ondersteuning van netwerkbetrokkenheid aangepast dient te worden. Een mogelijk vervolgonderzoek zou zich daarom kunnen richten op het vormgeven van een doorlopende structuur in netwerkgericht werken binnen de acute keten van Emergis.

# **Bibliografie**

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff.

Bil, P. v. (2011). *Onderzoek in 15 stappen. Voor hbo-studenten Social Work.* Amsterdam: Nelissen.

Bouwhuis, N., & Vreeker, Y. (2015). De kracht van de verpleegkundige discipline op de High en Intensive Care. *Nurse Academy GGZ*, 4-10.

Delespaul, P. (2013). Concensus over de definitie van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 427-438.

Driel, M. v., Mathijssen, J., Goor, I. v., & Nieuwenhuizen, C. v. (2014). Pak het samen op! *Kind en adolescent praktijk*, 158-165.

Driel, M. v., Mathijssen, J., Goor, I. v., & Nieuwenhuizen, C. v. (2014). Pak het samen op! Over steun in sociale netwerken. *Kind en adolescent praktijk*, 158-165.

Emergis. (2018, november 05). *Wat Emergis biedt*. Opgehaald van Emergis: https://www.emergis.nl/over-emergis/wat-emergis-biedt/

Erp, N. v., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ. Deel 1: Interventies.* Utrecht: Trimbos-Instituur.

GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap.* Amsterdam: GGZ Nederland.

GGZ Nederland, Trimbos-Instituut, Hee!, & Kenniscentrum Phrenos. (2013). *Ervaringsdeskundigheid: Beroepscompetentieprofiel.* Utrecht: GGZ Nederland, Trimbos-Instituut, Hee!, Kenniscentrum Phrenos.

Gilsing, R., Jansma, A., & Schone, J. (2017). *Eigen kracht ontleed; een praktijkgerichte verheldering.* Utrecht: Verweij-Jonker Instituut.

Goense, L. (2017). *Werkboek Klinische behandeling acuut en hoog intensief.* Kloetinge: Emergis.

Gouw, J.-W. (2018, Oktober 12). Familiebeleid; Ermergis Familieraad. Kloetinge, Zeeland, Nederland.

Haan, E. d. (2013). *De herstelspecial. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet.* z.p.: GGZ Nederland.

Hendriksen-Favier, A., Nijnens, K., & Rooijen, S. v. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunde zorg in de ggz.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Hendrix. (2018). Netwerken in kaart. In Hendrix, *Praktijkboek sociologie* (p. aanvullend materiaal). Amsterdam: Boom Lemma.

Hilhorst, P., & Lans, J. v. (2016). De vraagverlegenheid voorbij. *Sociale vraagstukken*, 1-5.

Korevaars, L., & Droes, J. (2016). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn.* Bussum: Coutinho.

Meij, M. v., & Luttik, E. (2018). *Beroepscode voor de Sociaal Werker.* Utrecht: Sociaal Werk Versterkt.

MIND. (2017). *Monitor crisisopvang en herstel in de GGZ.* Amersfoort: Landelijk Platvorm Psychische Gezondheid.

Movisie. (2012, november 06). *De zorgkracht van sociale netwerken.* Eindhoven: Movisie.

Movisie. (2014). *Aan de slag met sociale netwerken; de 44 meest bekende methoden verzameld.* Eindhoven: Movisie, Vilans, Actiz.

Movisie. (2016, november 06). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).* Opgehaald van Movisie: https://gemeenten.movisie.nl/doel/sturen-op-kwaliteit-en-outcome/beleid/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo

Movisie. (2018, December 3). *Met de triadekaart zorg afstemmen met naasten.* Opgehaald van Movisie: https://www.movisie.nl/tool/triadekaart-zorg-afstemmen-naasten

Nederland, G. (2018, December 4). *Innovatie uitgelicht*. Opgehaald van GGZ Nederland: https://www.ggznederland.nl/themas/innovatie

PsyQ. (2015, December 3). *Systeemtherapie.* Opgehaald van PsyQ: https://www.psyq.nl/therapie/hulp-familie-naasten/systeemtherapie

Putte, A. v. (2018, December 3). *Rooming-in voor familie of naastbetrokkenen.* Opgehaald van Handboek innovatieve praktijken: http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Rooming.in.pdf

Scheffers, M. (2015). *Sterk met een vitaal netwerk; empowerment en de sociaal netwerkmethodiek.* Bussum: Coutinho.

ScienceDirect. (2018). The weakness of ie strength. *Elsevier*, 104-115.

Steyaert, J. (2012). Sociaal werk en sociale netwerken; Hoog tijd voor nieuwe verbindingen. *Pow Alert* , 32-39.

Tonkens, E., & Jan Willem, D. (2017). Wie wil zich nu laten douchen door de buurman? *Sociale vraagstukken*, 11.

Tully, J., Sweeney, M., Harfield, K., Castle, C., & Das, M. (2016). Innovation and pragmatism required to reduce seclusion practices. *CNS Spectrums*, 424-429.

Waanders, W., & Wonderen, R. v. (2015). *GGZ in transitie; Het inzetten en vergroten van sociale netwerken.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Wilken, J. (2016). *WMO wijzer: Werken met sociale netwerken.* Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Zimmerman, M. A. (2010). Empowerment theory; Psychological, organizational and community levels of analysis. In M. Zimmerman, *Handbook of community Psychology* (pp. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

# **Bijlage 1 Feedback opdrachtgever**

**Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving**

# **Bijlage 2 Transcript**

I: Nou, goedemiddag… en [uhm] welkom bij dit interview.

R: Ja, dankjewel [glimlacht]

I: Ik zal mijzelf eerst even voorstellen… ik ben Rosanne Kleppe en ik ben werkzaam op Medium Care 1 als leerling SPH. En [uhm] ik zit momenteel in mijn afstudeerjaar waarin ik een onderzoek doe naar hoe we [uhm] netwerkgericht werken vorm kunnen geven binnen onze afdeling. En daar ben ik eigenlijk bij gekomen [uhm] doordat ik merkte dat iedereen het netwerk heel goed wil betrekken…. Maar [uhm] er zoveel factoren op deze afdelingen zijn die dat soms lastig maken, of tot een uitdaging. En [uhm] het team gaf eigenlijk aan behoefte te hebben aan handvatten hierin om het beter te kunnen doen. Dus [uhm] ja… dat is eigenlijk de reden dat ik dit onderzoek ben gestart. [Uhm] ja… [korte stilte] het interview is anoniem sowieso. Het zal ongeveer 30 tot 45 minuutjes duren en mogelijk zal ik je soms even onderbreken als we heel erg afleiden van een onderwerp…

R: [knikt instemmend] Ja prima. [hoest]

I: Ja.. dan wil ik je eigenlijk vragen om jezelf voor te stellen en te vertellen op welke afdeling je werkt.

R: Ja, sorry ik ben af en toe een beetje verkouden hoor [hoest].

I: Dat geeft niks [glimlacht], kan ik misschien een watertje voor je halen?

R: Nee hoor [glimlacht]. Ik ben ….. [anoniem] en ik ben verpleegkundige op de HIC van Emergis en [uhm] ja… dat was het volgens mij hé?

I: Ja, helemaal duidelijk [glimlacht] Hé... en als ik de term netwerkgericht werken noem, wat komt er dan eigenlijk spontaan in jou op?

R: [Hoest meermaals] … Sorry hoor.

I: Geeft echt niet.

R: Nou.. wat ik het allerbelangrijkste vindt is om de familie zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken zegmaar. Dat is ook wat er direct bij mij naar boven komt. En wat natuurlijk ook heel erg past binnen de HIC-visie die wij hier hebben. Want [uhm] daarin gaan we toch heel erg mee in wat voor de cliënt op dat moment belangrijk is, voor zijn of haar behandeling hé... om zegmaar zo goed mogelijk weer te kunnen functioneren op het niveau waarop diegene voor de opname functioneerde. En als het voor de cliënt belangrijk is dat het netwerk erbij betrokken wordt… [uhm] ja… dan is dat voor ons automatisch ook belangrijk. Want ja.. Dan past dat gewoon binnen de visie en ook binnen de behandeling.

I: Ja, en nu heb je het met name over de HIC-visie hé. Is dat ook jouw persoonlijke visie of in hoeverre stroken deze met elkaar?

R: Nou.. het past heel erg bij mijn persoonlijke visie om familie erbij te betrekken. [Uhm]... dat heeft dan weer een klein beetje te maken met mijn persoonlijke omstandigheden zegmaar. [Uhm]… niet zozeer binnen de psychiatrie maar waarbij ik wel met ziekte en dergelijke te maken heb.. Ook binnen het gezin zegmaar… waarbij ik merk hoe belangrijk het juist is dat je als familie als steun kan zijn, maar ook als familie gewoon informatie krijgt en hebt zegmaar.. Over hoe dingen gaan.

I: Dus dat is dan ook echt een stukje eigen ervaring wat je daarin mee neemt…

R: Ja ja zeker.

I: En [uhm] hoe ervaar jij het betrekken van het sociale netwerken binnen de afdeling?

R: Zoals we het nu op dit moment op de HIC bedoel je?

I: Ja [knikt instemmend].

R: Ik denk dat we het op dit moment nog veel te weinig doen. [Uhm}... we merken gewoon dat de HIC echt nog in z’n opstapstapfase zit en we zijn zeker daarmee bezig en het is zeker ook een aandachtspunt. En ik denk ook dat we het al meer doen dan een aantal jaar geleden… ik werk nu bijna 25 jaar bij Emergis en dan is er echt al wel heel veel veranderd zie ik.

I: Wauw, zo lang is! [lacht hardop]

R: Haha ja hé… [lacht hardop]

I: En wat vind jij dan de belangrijkste ontwikkeling op dat gebied als je zo terugkijkt?

R: Nou.. [uhm] ik denk dat we ons steeds meer gaan realiseren binnen de hulpverlening dat familie, maar ook vrienden en kennissen, gewoon een heel belangrijk onderdeel zijn van het welzijn van mensen. Je merkt ook dat er steeds meer samenwerking komt tussen de kliniek en ambulant… en dat daar dus ook het sociale netwerk bij hoort… en dat dat een onderdeel moet zijn waar we met zijn allen aandacht aan geven. En [uhm] voorheen was het natuurlijk héél erg gericht op zorgen dat het weer goed ging met iemand op de afdeling. En dan ging iemand weer naar huis en werd diegene eigenlijk een soort van weer in het diepe gegooid. Nu wordt dat steeds meer geïntegreerd zegmaar.

I: Mooi om te horen hoe dat de afgelopen jaren een andere een pad op is gegaan en is ontwikkeld…

R: Ja ja zeker!

I: Hé... en als je kijkt naar de doelgroep binnen de acute ketens... merk je dingen bij de doelgroep zelf waardoor het voor hen lastig is om zelf een netwerk te onderhouden of om daarin, zoals wij, een rol te spelen?

R: Ja zeker. [Uhm}… de populatie binnen de HIC is natuurlijk heel divers. Je ziet zoveel verschillende ziektebeelden en problematieken. En [uhm] er zijn mensen die vanwege hun problematiek nauwelijks meer een netwerk hebben en dat wordt het natuurlijk ook gelijk al lastig om een netwerk te betrekken. Er zijn ook mensen die juist een heel stevig netwerk hebben en daarmee is het… ja… gewoon een stuk makkelijk om de samenwerking op te pakken. Anderzijds kan het soms ook zijn dat het netwerk natuurlijk averechts kan werken… en dat maakt het soms ook weleens lastig.

I: En wat bedoel je met averechts?

R: Ja dat het dan een negatieve invloed heeft. Netwerk is over het algemeen gelukkig heel goed maar soms ook niet.

I: Nee… en als je kijkt naar de afdeling zelf of naar de acute keten in zijn geheel… welke factoren merk je dan die het soms lastig maken zegmaar… om [uhm] het netwerk iedere keer toch te betrekken?

R: Nou het lastigste punt is denk ik de toestemming van de cliënt.

I: Oke, zou je daar wat meer over willen vertellen?

R: Ja, nou.. Er zijn namelijk best wel veel cliënten die niet willen dat familie of vrienden informatie krijgen. En [uhm]… dan merk je gewoon dat de omgeving heel erg betrokken is en ook bezorgd is… en daar ook een stukje belang ligt zegmaar om die betrokkenheid erbij te halen maar daar dus geen toestemming van krijgt van de cliënt. En dan is dat toch de privacy die je moet respecteren. En dat vind ik wel echt soms lastig.

I: Ja, dat geloof ik. En ook heel herkenbaar...

R: Ja, dat zal inderdaad ja.

I: En zijn er daarnaast nog meer factoren die in je opkomen wat het soms lastig maakt?

R: Ja, ik denk dat we er soms ook gewoon te weinig tijd hebben. Er is natuurlijk toch altijd sprake van een bepaalde werkdruk in de acute zorg hé. En [uhm] het heeft ook zeker te maken met bewust zijn denk ik hoor… het zit nog niet zozeer in ons systeem dat het ook een gewoonte is om daarmee aan de slag te gaan. Dat moet gewoon nog veel meer groeien. En ik ben er ook van overtuigd dat dat zeker zal gaan groeien omdat we er mee bezig zijn maar op dit moment ligt de prioriteit nog heel veel bij de behandeling op de afdeling zegmaar… en [uhm] ik denk gewoon nog iets te veel. En daar gaat gewoon veel tijd naar. Ook naar administratieve zaken of 1-op-1 begeleiding of wat dan ook…. waardoor het netwerk er met regelmaat nog bij inschiet.

I: En wat zou er volgens jou echt moeten veranderen dan zegmaar?

R: [Korte stilte] Ja… het moet echt nog wel veel meer vorm krijgen denk ik. We moeten daar echt nog wel een goeie weg in vinden zegmaar, een goed protocol. Waardoor er gewoontes ontstaan waarop je op vaste momenten [uhm] mensen betrekt. Er is bijvoorbeeld hier een voorstel gedaan om 1 keer per week sowieso contact op te nemen vanuit de afdeling met familie. Maar je merkt ook door de grote van het team, veel drukte, veel hectiek, overplaatsing her en der… ja [korte stilte] dat je het dan toch weer vergeet of het erbij inschiet. Anderzijds is het ook zo dat we wel dingen al wel aan het invoeren zijn zoals de ZAG-gesprekken waarbij het netwerk echt betrokken wordt… en dat loopt ook goed. En dat is natuurlijk ook multidisciplinair hé met iemand van ambulant erbij, iemand van ons… dus dat is een goed ding.

I: Ja, zeker mooi! En wat zou er in jouw ogen echt nog verbeterd kunnen worden binnen de afdeling?

R: Zoals ik me de HIC voorstelde [uhm]… dan heb je veel meer integratie met familie. En nu betrekken we ze natuurlijk al wel bij gesprekken en leveren we geven we informatie als de cliënt daar akkoord mee is… maar het is nog niet echt geïntegreerd. En wat ik daarbij vind is dat mensen nog veel meer bij hun familie moeten kunnen zijn, dat ze nog meer blijven slapen enzo. En dat is natuurlijk wel waar we naartoe willen zegmaar en waar ik ook veel voordelen bij zie. En [uhm] ik denk echt dat mensen daar heel erg van op kunnen knappen.

I: Welke voordelen zie je als ik vragen mag?

R: Nou we hebben weleens een aantal jonge mensen gehad die best wel heel angstig waren of behoefte hadden aan een veilige omgeving zegmaar. En dan is zo’n HIC natuurlijk heel overweldigend. Een nieuwe omgeving, nieuw team, allemaal mensen die in crisis zitten en best wel gek doen... om het maar even zo te zeggen…

I: [Lacht] ja…

R: En dan is het fijn als bijvoorbeeld je vader of moeder of je zus hier bij je kan zijn om je te ondersteunen. Iemand waarbij je je veilig voelt en waar via die persoon makkelijker naar ons toe durft te komen dan dat ze die stap zelf moeten nemen. Het geeft echt heel veel steun aan mensen en ja… daar zie je dan echt de voordelen van.

I: Ja dat geloof ik. En als je puur kijkt naar de netwerkbetrokkenheid als die echt goed is zegmaar… welke effecten merk je dan? Merk je [uhm] daarin ook bijvoorbeeld een verschil in stabilisatie of is dat te zwart/wit gezegd?

R: Uhm..[kucht] wat je natuurlijk wel ziet is dat mensen vanuit het netwerk mensen heel goed kennen zegmaar hé. Veel beter dan ons. Dus vaak krijg je vanuit de omgeving handvatten zegmaar… ‘Als we naar huis gaan is dat of dat wel belangrijk’ bijvoorbeeld. Eigenlijk krijg je handvatten aangereikt om [uhm] op in te steken om [uhm] de terugkeer naar huis goed mogelijk te maken. [kucht] En ik denk dat je dat wel nodig hebt om dingen voorspoediger te laten voorlopen [kucht meermaals]

I: Zal ik de opname even op pauze zetten anders? Dan ga ik water voor je halen want het wordt steeds erger volgens mij hé?

R: Ja is goed [lacht hardop], sorry hoor!

I: [Opname pauze 2 minuten]

I: [Opname hervat]

I: Waar waren we ook alweer gebleven…. Ohja.. je vertelde over dat het netwerk handvatten biedt…

R: Ja, dus ik denk dat dat echt wel één van de belangrijkste factoren zijn…. Bij ons is het heel vaak gokken hé. Op den duur leer je iemand wel kennen maar er komen ook vaak genoeg nieuwe opnames waarbij je het wiel zegmaar weer opnieuw moet uitvinden. Maar waarom zouden we het wiel opnieuw gaan uitvinden als er een netwerk is? Ik denk als je dat vertrouwen ook hebt en [uhm] afspraken kan maken… dat mensen het dan ook eerder zien zitten om de cliënt weer thuis te hebben en het ambulant weer verder op te pakken. Ik denk dat het echt opnames kan verkorten als we meer energie in het netwerk steken. Ook gewoon door uitleg te geven wat onze overwegingen zijn voor bepaalde beslissingen hé..

I: Ja echt een goeie inderdaad. En wat je zegt.. de cliënt moet er niet alleen klaar voor zijn om weer terug te gaan.. het netwerk moet het evengoed weer zien zitten.

R: Ja precies. En dat stukje vergeten we weleens te vaak.

I: Ja… hé en [uhm] op welke manieren geef jij in je dagelijks handelen inhoud aan de betrokkenheid van het netwerk?

R: Sowieso door de ZAG-gesprekken en we maken natuurlijk voor iedere cliënt een crisissignaleringsplan. Die is vooral gericht natuurlijk op de kliniek en op de afdeling maar ook gericht op straks weer ambulant. Je wil natuurlijk gewoon wel eigenlijk de opname zo kort mogelijk houden omdat we ervan gaan dat ambulant fijner en beter is voor je herstel zegmaar. Dus er worden ook wel dingen van ambulant in mee genomen en daar zit het netwerk ook wel in van; ‘’stel dat het thuis niet lekker gaat? Wie ga je dan bellen?’’ weet je wel.. dat. Dus dat proberen we daarin ook wel te betrekken. Verder onderhouden we contact met de 1e contactpersoon, die houden we op hoogte houden bij belangrijke dingen. We hebben natuurlijk de familie-ervaringswerker hier. Dus [uhm] als er mensen zijn waarvan we denken, speelt eigenlijk bijna iedereen hoor, die zijn heel betrokken of maken zich echt heel veel zorgen… ja dan [uhm] gaat zij contact opnemen en kijken wat zij voor hen kan betekenen.

I: Ja, en zou je eens kunnen delen wat voor effect zo’n familie-ervaringswerker bij jullie op de afdeling heeft? Want wij hebben die natuurlijk niet… en dat is ook één van de redenen dat ik hier ook interviews wilde doen omdat jullie ja.. in mijn ogen… in ieder geval een stukje voorlopen in de ontwikkelingen zegmaar…

R: Ja weet je… Ik had het er toevallig net ook met een cliënt op de afdeling over [uhm]… iemand die het zelf heeft mee gemaakt kan zich echt wel veel meer inleven in hoe de familie/het netwerk zich voelt, dan hoe wij dat kunnen. En ik denk echt dat dat zo is. Tuurlijk weet je wel een beetje hoe en wat maar je voelt het niet. Je hebt niet hetzelfde gevoel… Ik denk dat dat voor familie precies hetzelfde is. Zeker als een client bijvoorbeeld geen toestemming geeft voor het geven van informatie ofzo... dat die echt met regelmaat tegen muren oplopen. Dat je dingen duidelijk wil maken of geregeld wilt krijgen… en dat daardoor niet voor elkaar krijgt zegmaar. En dan denk dat zo’n familie-ervaringswerker daarom echt een aanwinst is voor een afdeling. Want dat is iemand die in hetzelfde schuitje gezeten heeft en echt wel weet hoe dingen lopen of kunnen lopen. En zich daar ook hard voor kan maken. Ook richting ons hé… dat ze soms de knop om kan zetten in de zin van; logisch dat iemand zich druk maakt, weet je wel…

I: Ja, mooi om te horen zeg. En vind jij dat het ook voor MC1 een aanwinst zou kunnen zijn of vind je dat het meer hoort binnen het HIC-principe?

R: Tuurlijk! Je hebt in iedere afdeling met familie te maken, dat heeft niks met een HIC te maken.

I: Oké. En het concept van rooming-in wat jullie bieden… zou je dat [uhm] ook van toegevoegde waarde vinden voor de medium care of?

R: Kijk, ik denk dat je met rooming-in het meest effect kan halen binnen een acute crisis. Dus in die zin denk ik dat je het zeker ook nut heeft bij jullie. Maar ik denk als het echt gaat om wonen, stabiliseren of resocialiseren wanneer mensen bijvoorbeeld echt weer dagbesteding gaan oppakken, dat je het dan [uhm] minder snel inzet. Maar aan andere kant; als het is wat de cliënt nodig heeft om zich beter te voelen en sneller weer in een thuissituatie verder te kunnen..ja… waarom zou je het dan niet doen? Denk ik dan… In dit principe laat je leidend zijn wat de cliënt nodig heeft om weer te herstellen.

I: Ja dat is een mooie gedachte inderdaad. Mooie invalshoek! En [uhm]... jullie zijn nu best wel bezig hé met veranderingen op de HIC, jullie hebben ook een werkgroep begreep ik rondom netwerkbetrokkenheid….

R: Ja klopt inderdaad…

I: Heb je tips of voor ons als MC1 hoe te beginnen, dit aan te pakken zegmaar? Waar zouden we zegmaar volgens jou [uhm]… onze prioriteit moeten leggen als we willen veranderen?

R: Ja bij ons staat het natuurlijk ook nog maar in de kinderschoenen en wij zijn er ook nog lang niet. In ieder geval niet waar we zouden willen zijn... Maar ik denk dat een stukje bewustwording ervan heel belangrijk is. Dat je binnen je team kan creëren dat elke hulpverlener ervan overtuigd is dat dit wel een heel belangrijk punt is in de behandeling.

I: En hoe doen jullie dat hier?

R: Wij hebben natuurlijk de familie-ervaringswerker en die loopt hier natuurlijk altijd rond, is ook aanwezig bij de MDO’s en dat soort dingen allemaal… En dat is toch wel iemand die ons er continu op wijst [uhm] wat het belang ervan is. Zij houdt ons echt scherp daarin. En daarbij is het denk is wel belangrijk dat de artsen ook die visie hebben, want zij kunnen daarin natuurlijk ook een goeie sturing geven hé.

I: Ja ja [knikt instemmend]. En wat zijn volgens jou de 3 sterkste kanten of krachten van de HIC op het gebied van netwerkgericht werken?

R: Ja… [uhm] dan denk ik toch met name die betrokkenheid te tonen richting het netwerk, de mogelijkheid tot rooming-in, de familie-ervaringswerker. Het bieden van mogelijkheden waarin netwerkbetrokkenheid centraal staat. Het bieden van informatie, het familie-spreekuur elke maand dat ook wordt georganiseerd door de familie-ervaringswerker. Dat soort dingen eigenlijk… Dat de familie gewoon kan binnenlopen voor een praatje of vragen en terecht kan in de familiekamer.

I: En hoe maken jullie al die mogelijkheden dan zegmaar kenbaar aan familie?

R: Er hangt in alle hallen een bord waarop dat vermeld staat, op welke dag er weer een familiespreek uur en welke tijd. En je wijst mensen er ook op natuurlijk als je ze spreekt of wanneer ze langskomen voor de cliënt. En in de afdelingsfolder staat het ook. Daar zijn we nu wel een nieuwe versie van aan het drukken die nog meer up to date is hoor.

I: Oke, ja dat zijn inderdaad ook echt een mooi dingen wat voor bij ons ook heel waardevol zou kunnen zijn denk ik. En veel meer ingezet kunnen worden.

R: Ja dat is ook zo! Echt jammer dat jullie dat nu nog niet hebben.

I: Hé en als je zou vragen naar kennis omtrent netwerkgericht werken. Welke kennis is volgens jou zegmaar belangrijk om goed het netwerk te kunnen betrekken?

R: Ik denk vooral kennis over triade, dat daar meer deskundigheid in mag komen. Dat denk ik wel.

I: Oké. En welke vaardigheden bij medewerkers zijn volgens jou het meest belangrijk om goed netwerkgericht te kunnen werken als je er eens 3 of 5 zij moeten noemen?

R: Ik denk dat dat vaardigheden zijn die je bij gewoon bij iedereen en overal moet hebben. [Uhm} betrokkenheid, empathie, gelijkwaardigheid… ik denk dat dat echt wel de belangrijkste zijn. Gewoon fatsoen. Normale beleefdheidsvormen… dat denk ik. Eigenlijk een beetje de 5-min methodiek… Die lijkt mij ook gewoon heel vanzelfsprekend, ook naar familie toe.

I: Oke. En uhm… en [uhm] maak je ook weleens gebruik van een methodisch instrument om iets van het netwerk in kaart te brengen? Of hoe verkrijg jij inzicht in het netwerk van cliënten?

R: Weinig eigenlijk… ja via het CSP natuurlijk wel wat inzicht wat ik net al zei… maar verder niet. En voor zover ik weet gebruiken we ook geen specifieke instrumenten op de afdeling verder voor het sociaal netwerk.

I: En zou je het helpend vinden om een instrument te hebben waarmee je met de cliënt aan de slag kan?

R: Ja zeker, als dat er is.

I: En wat zou je het belangrijkste vinden aan de tool? Waar moet het volgens jou aan voldoen zegmaar?

R: [Uhm] Ik denk dat het wel echt doelmatig moet zijn dat je daar sowieso verder op in gaat. En die diepgang dan vanzelf wel ontstaat. Juist doelmatig omdat je al zoveel instrumenten op allerlei vlakken hebt zegmaar… als het een heel lang iets wordt dan gaan mensen er sowieso niet aan beginnen. Dat klinkt heel lullig maar zo werkt het wel in de praktijk. Dus vooral kort en doelmatig… en als daar dan iets uitkomt… dat het dan automatisch doorvloeit in iets meer diepgang ofzo. En er zijn natuurlijk ook altijd wel cliënten waarbij dingen lopen zoals ze lopen en waar het netwerk geen aandacht nodig heeft omdat dat allemaal heel goed loopt en er sprake is van hele goede samenwerking tijdens een opname periode. Het is niet bij iedereen een probleem ofzo… sommige netwerken zijn gewoon super goed.

I: Want is dat wel iets wat jullie gelijk inventariseren bij een opname gesprek?

R: Ja sowieso vraag je dan natuurlijk al naar contactpersonen en wie er ambulant eventueel al betrokken. Diegene moeten natuurlijk ook betrokken worden.

I: Oké.. en [uhm] heb je ook behoefte een scholing op dit gebied of in hoeverre denk je dat dit wel of niet nodig is binnen de acute keten?

R: Ik denk dat dat wel goed zou zijn. Sowieso om daar met regelmaat aandacht aan te besteden en even op te frissen… of je het nou wel of niet weet. Dat draagt bij aan de bewustwording.

I: En wat zou daarin volgens jou vooral dan in naar voren moeten komen?

R: Nou… met name van; hoe zijn we nu bezig? Wat voor belang zien we erin? En wat kan daarin verbeterd worden? Want er kan altijd wat verbeterd worden… laten we niet denken dat we er al zijn! Dus ik denk dat punt vooral iedere keer weer terug moet blijven komen. Welke ontwikkelingen zijn er… welke houdingsaspecten en kennis blijken van belang? Hoe gaan we dat uitvoeren met elkaar?

I: En zie je daarin ook nog een meerwaarde in samenwerken als acute keten?

R: Zeker, zeker…. Ik denk dat er veel meer uitwisseling mogelijk is. Nu is iedereen nog een beetje zijn eigen wiel aan het uitvinden hé.

I: Ja [lacht] precies. Kan ook interessante dingen opleveren natuurlijk…

R: Ja dat is. En ik denk ook dat het voor familie gewoon veel fijner is als wij daarin meer samenwerken. Het is voor familie natuurlijk heel naar als je hier geweest bent en je hebt allerlei handreikingen of voorzieningen voorhanden gehad… En [uhm] vervolgens wordt iemand overgeplaatst en zijn deze mogelijkheden er ineens niet meer. Of hier heb je helemaal niks gehoord en je komt ergens anders en er wordt gezegd; goh, heb je hier of hier weleens van gehoord. ‘Ohnee nooit van gehoord op de HIC’. En dat is niet handig. Feit is… dat het op beide afdelingen anders is.

I: Ja, mooie. Ik ga dat zeker meenemen. We zijn eigenlijk aan het einde van het interview gekomen… Heb je zelf misschien nog iets wat nog niet aan de orde is geweest wat je kwijt wilt? Of mij wil mee geven?

R: Nee, eigenlijk niet.

I: Dan wil ik je bij deze heel erg bedanken voor je openheid en het interview.

R: Ja jij ook bedankt! En succes verder!

1. Bij een psychotische kwetsbaarheid is er sprake van een verhoogd risico op het ontstaan van een (nieuwe) psychose, waarbij de persoon kampt een verstoorde waarneming. Dit kan zich kan uiten in de vorm van het horen van stemmen, waanbeelden en vreemd of verward gedrag. [↑](#footnote-ref-1)
2. Interventies die in Nederland worden aangemerkt als dwang zijn: separatie, afzondering, fixatie of het toedienen van medicatie/vocht/voeding tegen de wil van de cliënt. [↑](#footnote-ref-2)
3. Het digibord is een digitaal planbord wat wordt gebruikt binnen de acute keten om de belangrijkste informatie en afspraken rondom een cliënt direct tot beschikking te hebben. Het dient als leidraad tijdens de overdracht van dienst en elke medewerker heeft een geprinte versie voorhanden. [↑](#footnote-ref-3)
4. De afkorting EPD staat voor Elektronisch Patiëntendossier. [↑](#footnote-ref-4)
5. De afkorting MDO verwijst naar het multidisciplinaire overleg tussen alle disciplines binnen de afdeling MC1. [↑](#footnote-ref-5)
6. Het FACT staat voor Flexibel Assertive Community Treatment. Zij behandelen en begeleiden mensen met een ernstig psychiatrische aandoening in de eigen woonomgeving van de cliënt. [↑](#footnote-ref-6)