

HOSPITALISATIE IN DE PSYCHIATRIE

stemmings en -angststoornissen

Onderzoek naar hospitalisatie binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie, op locatie Zon & Schild, Symfora Groep te Amersfoort.

In opdracht van Jerita Gunnink-Battjes, waarnemend teamleidster van de afdelingen persoonlijkheidsstoornissen (PHS) en stemmings- en angststoornissen (SAS) op locatie Zon & Schild, Symfora Groep te Amersfoort.

Eindrapport

Aleida van der Horst, s286548
Sanne Jongman, s289411

Zwolle, mei 2008

Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Christelijke Hogeschool Windesheim, te Zwolle
Projectdocent Klaas Smid

Larikshof
Symfora groep, locatie Zon & Schild
Utrechtseweg 266, Amersfoort

Samenvatting

Uit het onderzoek naar hospitalisatie binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie, op locatie Zon & Schild, Symfora Groep te Amersfoort, kan de conclusie worden getrokken dat er sprake is van een subtiele vorm van hospitalisatie. We spreken dan over signalen die op het begin van hospitalisatie wijzen.

Om de hospitalisatie onder de patiënten te meten, is er gebruik gemaakt van zowel vragenlijsten als het houden van interviews. De respondenten bestaan uit vijf personen, waaronder 3 verpleegkundigen, een stagiaire en een leerling verpleegkundige. Zij hebben allen de vragenlijst omtrent hospitalisatie geretourneerd en met allen is een interview gehouden.

Met de resultaten van de vragenlijst en de interviews kan worden geconcludeerd dat de kenmerken van depressie en de kenmerken van hospitalisatie bijna geheel overéén komen. De hulpverleners vonden het moeilijk hierin onderscheid te maken en vroegen zich af wanneer je spreekt van hospitalisatie of van depressie.

Ten tweede is er een logisch gevolg van het eerste punt. Bijna elk kenmerk van hospitalisatie uit de vragenlijst staat in verband met de stemmingsstoornissen. Ook komt dit naar voren in het interview. De kenmerken van hospitalisatie komen aanzienlijk minder bij angststoornissen voor. Wanneer het wel bij angststoornissen voor komt, zien we de kenmerken veelal bij de sociale angststoornis terug. Het derde verband tussen het interview en de vragenlijst is veiligheid als risicofactor voor hospitalisatie. Uit de interviews en vragenlijsten komen een aantal mogelijke oorzaken voor deze veiligheid naar voren. Ten eerste wordt er aangegeven dat het leefklimaat ervoor zorgt dat er een bepaalde mate van veiligheid is. Het is immers een ondersteunend en beschermend leefklimaat, wat overigens ook bij de doelgroep past, maar wat wel zorgt voor veel veiligheid. Daarnaast zien we dat patiënten zich door dit leefklimaat daadwerkelijk veilig voelen en zij zijn over het algemeen tevreden op de afdeling.

Als laatste verband zien we dat van de angststoornissen over het algemeen de sociale angststoornis veelal wordt genoemd in verband met een kenmerk van hospitalisatie. Kenmerkend voor iemand met een sociale angststoornis is de behoefte aan veiligheid. De veiligheid wordt op de afdeling gegeven en dit verhoogt de kans op hospitalisatie.

Dit onderzoek geeft inzicht in het begrip hospitalisatie in combinatie met stemmings- en angststoornissen. Verder worden er aanbevelingen gegeven over hoe hospitalisatie vanuit de begeleiding teruggedrongen kan worden, specifiek gericht op de desbetreffende afdeling.

Hospitalisatie is er in vergelijking met vroeger in veel mindere mate, maar er is nog wel degelijk sprake van. Ook binnen de kortdurende psychiatrie, waar hoogstwaarschijnlijk alleen sprake is van een subtiele vorm, moet men er alert op zijn en blijven. Met name bij mensen met een depressieve stoornis. Zij hebben een verhoogd risico aangezien hun kenmerken veelal overeenkomen met die van hospitalisatie.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	5
1. Inleiding	6
2. Hospitalisatie van de patiënt	7
Inleiding	7
2.1 Definities	7
2.2 Kenmerken van de gehospitaliseerde patiënt	8
2.3 Oorzaken van hospitalisatie van de patiënt	9
2.3.1 <i>De instelling</i>	10
2.3.2 <i>De patiënt</i>	11
2.3.3 <i>De hulpverlener</i>	11
2.3.4 <i>Kritische blik</i>	13
3. Stemnings- en angststoornissen	14
Inleiding	14
3.1 Stemningsstoornissen	14
3.1.1 <i>Depressieve stoornissen</i>	14
3.1.2 <i>Bipolaire stoornissen</i>	15
3.1.3 <i>Overige stemmingsstoornissen</i>	16
3.2 Angststoornissen	16
3.3 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)	17
3.4 Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	17
4. Hospitalisatie & stemmings- en angststoornissen	17
5. Hospitalisatie op de afdeling?	20
Inleiding	20
5.1 Onderzoeksvraag, eenheden, variabele en respondenten	20
5.2 De vragenlijst	20
5.2.1 <i>Verantwoording van de gestelde vragen</i>	21
5.3 Het interview	22
5.3.1 <i>Verantwoording van de gestelde vragen</i>	23
6. Conclusie interview en vragenlijst	25
Inleiding	25
6.1 Conclusie interview	25
6.2 Conclusie vragenlijst	29
6.3 Verband tussen interview en vragenlijst	30
7. Aanbevelingen afdeling stemmings- en angststoornissen	31
Inleiding	31
7.1 Aanbevelingen	31
7.1.1 <i>Patiënt moet verplicht een fiets op het terrein hebben</i>	31
7.1.2 <i>Doorstroom van patiënten moet sneller</i>	32
7.1.3 <i>Patiënten om de 4 weken evalueren in de behandelplanbespreking</i>	32
7.1.4 <i>Zelfstandig koken</i>	32
7.1.5 <i>Oorzakenkaart hospitalisatie en depressie</i>	33
7.2 Aanbevelingen in tabel	34
7.2.1 <i>Multi - criteria analyse</i>	34
7.2.2 <i>Risicoanalyse</i>	36

8.	Verantwoording antwoorden hoofd- en deelvragen	.	.	.	.	.	.	38
	Inleiding	.	.	.	.	.	.	38
8.1	Hoofdvraag	.	.	.	.	.	.	38
8.2	Deelvragen	.	.	.	.	.	.	38
9.	Productverslag	.	.	.	.	.	.	40
	Inleiding	.	.	.	.	.	.	40
9.1	Verslag over het eindproduct	.	.	.	.	.	.	40
9.2	Beschrijving van het project vanaf de vorming van de projectgroep tot aan het uiteindelijke eindproduct	.	.	.	.	.	.	41
9.2.1	<i>Evaluatiemomenten</i>	.	.	.	.	.	.	41
9.2.2	<i>Vorming projectgroep</i>	.	.	.	.	.	.	41
9.2.3	<i>Werkplan</i>	.	.	.	.	.	.	41
9.2.4	<i>Bronnenstudie</i>	.	.	.	.	.	.	42
9.2.5	<i>Meetinstrument</i>	.	.	.	.	.	.	42
9.2.6	<i>Data-invoer/ verwerking</i>	.	.	.	.	.	.	42
9.2.7	<i>Afronding</i>	.	.	.	.	.	.	43
9.3	Verantwoording van de individuele theoretische bijdragen	.	.	.	.	.	.	43
10	Bronnen	.	.	.	.	.	.	44
10.1	Hospitalisatie	.	.	.	.	.	.	44
10.2	Stemmings- en angststoornissen	.	.	.	.	.	.	44
	Inhoudsopgave bijlagen	.	.	.	.	.	.	45

Voorwoord

In het kader van het afronden van onze studie hebben wij een onderzoek gedaan naar hospitalisatie binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie, op locatie Zon & Schild, Symfora Groep te Amersfoort.

Het onderzoek is in tweetal uitgevoerd. We zijn beide studenten van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Onze opdrachtgever is Jerita Gunnink-Battjes, waarnemend teamleidster van de afdelingen persoonlijkheidsstoornissen (PHS) en stemmings- en angststoornissen (SAS) op locatie Zon & Schild, Symfora Groep te Amersfoort.

Het onderzoek 'hospitalisatie in de psychiatrie; stemmings- en angststoornissen' is geschreven naar aanleiding van verschillende redenen. Ten eerste, omdat het hospitaliseren van de patiënten binnen de afdeling onder de hulpverleners een actueel onderwerp is.

Ten tweede, omdat er geen vast beleid op hospitalisatie is gezet. Dat betekend o.a. dat de hulpverleners geen duidelijke richtlijnen hebben om hospitalisatie tegen te gaan.

Naast deze specifieke redenen is hospitalisatie binnen de gehele geestelijke gezondheidszorg een heel actueel onderwerp en ook een onderwerp dat altijd actueel zal blijven. Daarom leek het ons interessant om ons hier meer in te verdiepen door middel van dit onderzoek.

In een voorwoord behoort een woord van dank. Bij dezen willen wij iedereen bedanken die een bijdrage geleverd hebben aan de totstandkoming van dit onderzoek.

In het bijzonder willen wij Jerita Gunnink-Battjes, onze opdracht gever, en Klaas Smid, onze projectdocent, hartelijk bedanken voor de begeleiding tijdens de gehele periode.

Verder willen wij het team hartelijk bedanken, voor de gegeven vakkennis, informatie en hun tijd.

Mede dankzij jullie is het mogelijk geweest ons onderzoek goed af te sluiten.

Met vriendelijke groet,

Aleida van der Horst
Sanne Jongman

1. Inleiding

De aanleiding voor ons onderzoek is al kort genoemd in het voorwoord. Wij hebben ons onderzoek naar hospitalisatie binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen gestart, vanwege de actualiteit van hospitalisatie binnen het team, binnen de maatschappij en omdat er geen vast beleid op hospitalisatie is gezet binnen de afdeling.

Ook kwamen wij op het idee om een onderzoek naar hospitalisatie te doen, doordat wij geluiden vanuit het team hoorden over de overschrijding van de maximale opnameduur. Binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen is de maximale opnameduur 6 maanden. In de praktijk zien we dat deze maximale opnameduur nog wel eens wordt overschreden, door onder andere een te trage doorstroming naar een ander behandelprogramma. Hierdoor kregen de hulpverleners van de afdeling het idee dat patiënten nog wel eens leken te hospitaliseren.

De relevantie van dit onderzoek voor het team is dat er naar aanleiding van het onderzoek aanbevelingen worden aangedragen om hospitalisatie terug te dringen. Het is onze bedoeling geweest om de aanbevelingen zo concreet mogelijk te houden en zoveel mogelijk gericht op de hulpverleners, zodat zij deze eventueel zelf in kunnen voeren.

Het doel van het onderzoek is om tot resultaten over de mate van hospitalisatie te komen en hierover concrete aanbevelingen te geven om de hospitalisatie op de afdeling terug te dringen.

De hoofdvraag die, naar aanleiding van het bovenstaande, centraal staat binnen dit onderzoek is:

In hoeverre is er sprake van hospitalisatie onder patiënten, binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie Symfora groep, Locatie Zon & Schild en wat kunnen de hulpverleners van deze afdeling daarin betekenen, om dit terug te dringen?

Om onze hoofdvraag te kunnen beantwoorden hebben wij een aantal deelvragen opgesteld, dit zijn de volgende:

- *Wat houdt het begrip 'hospitalisatie' in?*
- *Wat merken/zien hulpverleners binnen Zon & Schild van hospitalisatie op de afdeling stemmings- en angststoornissen?*
- *Wat zegt de literatuur over de mogelijkheden die er zijn, voor hulpverleners, om hospitalisatie terug te dringen binnen de doelgroep stemmings- en angststoornissen?*

De uitkomsten van de hoofdvraag en de deelvragen zijn verwerkt in dit eindrapport. Het onderzoek heeft vooral een beschrijvend karakter. Het gaat om een nauwkeurige beschrijving, met betrekking tot het onderwerp hospitalisatie.

De opbouw van het rapport is als volgt. Allereerst geven wij onze eigen definitie van hospitalisatie en wordt er in gegaan op de kenmerken en de oorzaken van hospitalisatie. Ook geven wij in het daaropvolgende hoofdstuk informatie over stemmings- en angststoornissen, om daarna het verband tussen hospitalisatie en stemmings- en angststoornissen weer te geven.

Vervolgens gaan wij in op de manier van onderzoeken die wij hebben gehanteerd. Ook geven wij hierin onze verantwoording voor de vragenlijst en het interview dat wij hebben gemaakt.

Daarna komen wij tot onze conclusie en geven wij de aanbevelingen voor de afdeling stemmings- en angststoornissen om de hospitalisatie terug te dringen.

In hoeverre wij antwoord hebben kunnen geven op de hoofd- en deelvragen komt als laatste in dit eindrapport naar voren, samen met het productverslag waarin het hele proces van het onderzoek wordt geëvalueerd.

Verdere informatie dat met het onderzoek te maken heeft is terug te vinden in de bijlage.

2. Hospitalisatie van de patiënt

Inleiding

In dit hoofdstuk zullen wij gaan kijken naar hospitalisatie van patiënten. Allereerst geven we definities van dit begrip. Naast definities uit de literatuur geven we een eigen invulling aan het begrip. Vervolgens beschrijven we de kenmerken van het gedrag van de gehospitaliseerde patiënt en buigen we ons over de oorzaken van hospitalisatie.

2.1 Definities

In de literatuur worden verschillende definities gegeven van het begrip hospitalisatie. De eerste definitie die wordt aangehaald is de volgende:

“Hospitalisatie is een proces wat zich voordoet in plaatsen waar veel mensen (noodgedwongen) samen zijn en daarbij een geïsoleerd bestaan leiden, bijvoorbeeld in zwakzinnigeninstituten en psychiatrische centra. In dergelijk totale instituties vind heel het (ingeperkte) leven plaats, wonen, werken en ontspanning, onder het regime van van boven opgelegde regels. Het hospitalisatieproces, zo is de veronderstelling, leidt bij de bewoners uiteindelijk tot gedragverandering.”¹

In deze definitie komt naar voren dat het milieu, dat heerst in inrichtingen en dergelijke, schadelijk is voor de daar verblijvende patiënten en dat dit milieu verantwoordelijk is voor het gedrag dat patiënten tonen.

Een andere definitie van hospitalisatie, die geciteerd wordt door R. Hendrikse, beschrijft het hospitalisatieproces als volgt:

“Mensen raken hun oorspronkelijke zelfbeeld kwijt en gaan een nieuwe rol aannemen, die in overeenstemming is met de verwachtingen die er in de instelling ten aanzien van hen bestaan. Het aannemen van die nieuwe rol gaat vaak gepaard met verzet. De bewoner wordt in een uitzonderingspositie geplaatst als die zich niet aanpast aan die nieuwe rol. Daarom gaat aanpassing vaak gepaard met een soort ‘innerlijk protest’ en leidt ze vaak tot een kritiekloos voldoen aan de gestelde verwachtingen, vaak zonder vreugde, eigenlijk tot een soort apathie. Die apathie maakt zich soms op alle gebieden van de bewoner meester. De interesse ontbreekt, zowel in het werk, de dagelijkse dingen, de therapie en soms ook in het eten en slapen en vaak in de sociale contacten. Daarmee vervreemd men dan van zichzelf, van zijn omgeving en raakt men in een steeds groter isolement”.²

In de definitie van R. Hendrikse wordt voornamelijk nadruk gelegd op de gedragsverandering zelf die plaatsvindt bij de patiënten en dat dit gepaard gaat met verzet. Ook hier komt naar voren dat deze gedragsverandering voort komt uit de verwachtingen die er bestaan vanuit de instelling.

De laatste definitie van hospitalisatie die wordt aangehaald luidt als volgt:

“Hospitalisatie is het verschijnsel dat cliënten bij een langdurig verblijf in een voorziening zich extreem aangepast aan de instelling gaan gedragen. Wanneer een cliënt leeft in een instelling, vaak nogal afgesloten van de buitenwereld, wordt hij 24 uur per dag geconfronteerd met gedragsregels en normen van de instelling. Gaandeweg leren cliënten zich naar deze regels en normen te voegen. Het slijpt er als het ware in. Bovendien wordt er veel voor de cliënten geregeld, waardoor de cliënt afleert om zelf initiatieven te nemen. De cliënt leert te leven volgens bepaalde routines en regels die weliswaar houvast geven, maar die tegelijkertijd ook het eigen initiatief afremmen. Zijn leven wordt voor een groot deel geregeld, bijna alles is voorspelbaar. De cliënt is bijna nooit alleen. Contacten met familie en kennissen nemen af. Ze

¹ Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991, pag. 354

² Hendrikse, R. *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. H.Nelissen uitgeverij, Overveen 1981, pag. 10

leven in een groep waar men zelf niet voor gekozen heeft. De cliënt moet zich aanpassen. Dit leidt bij langdurig verblijf tot verlies van de eigen identiteit, tot verandering en vervaging van het zelfbeeld. De cliënt gaat leven naar de verwachtingen van de instelling en naar de verwachtingen ten aanzien van zijn gedrag.”³

Deze definitie beschrijft uitgebreid de oorzaak van hospitalisatie en dat ook, net als in de eerste definitie, het milieu, waarin de patiënten leven, verantwoordelijk is voor de gedragsverandering bij de patiënt.

Op basis van de literatuur formuleren we de volgende **eigen definitie** van hospitalisatie van de patiënt.

“Hospitalisatie is een proces wat zich voordoet in voorzieningen, die vaak zijn afgesloten van de samenleving en waar een groot aantal individuen, gedurende een lange tijd (noodgedwongen), een ingeperkt leven leiden. In deze voorzieningen vind heel het leven plaats, wonen, werken en ontspanning, met gedragsregels en normen die van boven zijn opgelegd.

Gaandeweg leert de patiënt zich naar deze gedragsregels en normen te voegen die weliswaar houvast geven, maar die tegelijkertijd ook het eigen initiatief afremmen. De patiënt gaat een rol aannemen die in overeenstemming is met de verwachtingen die er in de instelling ten aanzien van hen bestaan, de patiënt moet zich aanpassen. Dit leidt bij langdurig verblijf tot verlies van eigen identiteit, tot verandering en vervaging van het zelfbeeld.”

Binnen onze eigen definitie wordt niet concreet beschreven op welke manier de patiënt zijn rol aanneemt. Hier is bewust voor gekozen omdat wij denken dat dit per patiënt verschillend zal zijn. Bij de ene patiënt zal hospitalisatie er in sluipen, maar bij de ander zal dit gepaard gaan met (innerlijk)verzet.

2.2 Kenmerken van de gehospitaliseerde patiënt

In de definitie van hospitalisatie wordt al een aantal kenmerken van het gedrag van een gehospitaliseerde patiënt genoemd. In het hierna volgende wordt er nader in gegaan op deze kenmerken en wordt er bij sommige een aanvulling gegeven.

In eerste instantie merk je weinig van hospitalisatie. De uitingen zijn zeer subtiel. Enkele signalen die op het begin van hospitalisatie wijzen, zijn de volgende.

- Er is een meer of minder bewuste tendens om het verblijf te verlengen, de mogelijkheid van ontslag roept angst op bij de patiënt.
- De patiënt beleeft zijn bestaan als het normale bestaan. Als hij bijvoorbeeld terugkomt van het weekend verklaart hij dat hij weer thuisgekomen is.
- De patiënt heeft de neiging de toestand van opname te laten voort duren, soms geschiedt dit ook door familieleden en werkt, al of niet bewust, de hulpverlener hieraan mee.
- De terugkeer naar de familie wordt door de patiënt zelf in belangrijke mate tegengewerkt. Zodra er over ontslag gesproken wordt volgt een terugval in de toestand van de patiënt.
- Het wordt ontzettend moeilijk om patiënten te motiveren deel te nemen aan inspraakorganen.⁴

Het hospitalisatieproces wordt gekarakteriseerd door het verkiezen door de patiënt van een situatie van berusting en acceptatie boven een situatie van opkomen voor eigen rechten en keuzemogelijkheden.

Het gedrag van de gehospitaliseerde patiënt kenmerkt zich, volgens verschillende auteurs, door:

- Gebrek aan initiatief
- Gebrek aan belangstelling voor zaken die buiten het eigen gezichtsveld liggen

³ Haas de, M., Ravelli, A., Repping, T., Baptiste Segond von Banchet, J. & Sprei, E. *Oriëntatie op sociaal pedagogische hulpverlening*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1997, pag. 69 -70, 115.

⁴ Hazelhof, T., Verdonschot, T. *Begeleiden van ouders met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 153, 154.

- *Onderworpenheid, onderdanigheid*; zich als mindere opstellen, de wil over zichzelf opgeven
- Geen visie op en belangstelling voor de toekomst, onvermogen tot het maken van toekomstplannen
- *Verlies van individualiteit*; de patiënt past zich extreem aan aan de instelling, zijn eigen 'ik' verdwijnt steeds meer naar de achtergrond.
- Afstomping van intellectueel (verstandelijk) functioneren
- *Te grote frustratietolerantie*; te grote tolerantie (verdraagzaamheid) om de dagelijkse frustraties te kunnen uithouden
- *Afhankelijkheid/ onzelfstandigheid*; continu steun en hulpbehoevend zijn van anderen
- *Apathie*; kritiekloos voldoen aan de gestelde verwachtingen, ongevoelig voor psychische prikkels.
- Verlies van spontaniteit, enthousiasme
- Depressiviteit
- *Decorumverlies*; is te omschrijven als een gebrek aan belangstelling voor de lichamelijke uiterlijke verzorging. De patiënt verliest het gevoel voor wat normaal is; er vindt als het ware een normvervaging plaats. Er vindt een achteruitgang plaats van persoonlijke verzorging en er is minder waardering voor kleding en goede gewoonten. Dit soort gedrag komt ook voort uit het verminderen of geheel gaan ontbreken van schaamtegevoelens. De patiënt *verliest zijn gevoel van eigenwaarde* en naarmate hij langer opgenomen is, kan hij zelfs de *interesse in zichzelf verliezen*.
- *Karakteristieke houdingen*; een heel typische en opvallende lichamelijke houding(en), van een patiënt. Wat voor een houding dit is kan per patiënt verschillen.
- *Infantilisering*; De patiënt gaat zich weer gedragen als een kind.
- *Sociaal isolement*; wanneer iemand weinig of geen (betekenisvolle) contacten heeft en zich daaronder eenzaam en ongelukkig voelt.
- *Interesseverlies*; de interesse ontbreekt, zowel in het werk, de dagelijkse dingen, de therapie en soms ook het eten en het slapen en vaak in de sociale contacten. Daarmee vervreemd men dan van zichzelf, van zijn omgeving en raakt men in een steeds groter isolement.
- Negatief zelfbeeld
- Vermindering van energie
- Afzetten tegen de regels ^{5 6 7 8 9}

Al deze kenmerken komen niet bij iedere gehospitaliseerde patiënt voor. Veelal een aantal van deze kenmerken zie je terug bij een patiënt.¹⁰

Verder komt naar voren dat de symptomen die hier beschreven zijn veel lijken op resttoestanden van psychiatrische aandoeningen zoals depressie, maar bij geïnstitutionaliseerde patiënten moeten we ons er van bewust zijn dat deze symptomen voor een groot deel worden veroorzaakt door de omgeving waarin hun leefwereld plaatsvindt.¹¹

2.3 Oorzaken van hospitalisatie van de patiënt

Opname is een situatie waarin een volwassen persoon niet meer volledig over zichzelf kan beslissen, zich aan allerlei niet zelfgekozen regels en afspraken moet houden en waar bovendien door vreemden nauwkeurig verslag gedaan wordt van wat hij doet, hoe de stemming is en hoe hij heeft geslapen. Ook worden er vaak interpretaties gemaakt over

⁵ Hazelhof, T., Verdonschot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 153, 154.

⁶ Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991, pag. 354

⁷ Ramkema, T., Zwart, C. *Serie scripties van Verpleegkundigen, nummer 1; 'In de greep van hospitalisatie, een groot verpleegkundig dilemma!'* Uitgeverij Bakker&Berendsen, Braambrugge 1996, pag. 10, 15, 16

⁸ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 5, 6

⁹ Rumke, A. *Verkenning in de psychiatrie: een holistische benadering*. Uitgeverij Christoffor, Zeist 2004, pag. 46

¹⁰ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 5, 6

¹¹ Hazelhof, T., Verdonschot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 153, 154.

gedrag en wordt dat geduid, bijvoorbeeld als weerstand, claimend gedrag of afhankelijkheid. Bovendien kan het verslag door iedereen die op de afdeling werkt gelezen worden en wordt regelmatig in het team over hem gesproken zonder dat hij daar zelf bij is. Deze situatie staat ver af van de normale sociale omgang tussen volwassenen en heeft een diepgaande invloed op het dagelijks leven van de patiënten en zijn vermogen tot zelfstandig functioneren. Iemand die wordt opgenomen komt in een paradoxale situatie: zonder 'aanpassing' aan de regels is hij niet te handhaven in een opnamesetting, zonder 'verzet' verliest hij alle autonomie en daarmee de macht over zichzelf. Vroeger zaten patiënten vaak levenslang in een dergelijke onnatuurlijke en saaie omgeving en werden langzamerhand steeds apathischer. Tegenwoordig wordt bij patiënten veel meer zorg besteed om hen naar vermogen zelfstandig te laten functioneren en wonen, waardoor hospitalisatie minder dan vroeger optreedt.¹²

Hospitalisatie is er in vergelijking met vroeger dus in veel mindere mate, maar er is nog wel degelijk sprake van.

Voor het ontstaan van hospitalisatie van patiënten zijn vele oorzaken te noemen, de oorzaken hangen nauw met elkaar samen en zijn bijna niet los van elkaar te beschrijven, maar dat neemt niet weg dat er een grote samenhang bestaat tussen deze oorzaken. Er wordt onderscheid gemaakt in drie groepen oorzaken, die in de volgende drie paragrafen worden beschreven. De laatste paragraaf geeft nog een kritische blik over de oorzaak van hospitalisatie.

2.3.1 De instelling

Veel instellingen voor hulpverlening beginnen hun werk vaak met erg hoge geïdealiseerde doelstellingen. Van medewerkers en patiënten wordt verwacht dat zij helpen een bijdrage te leveren aan het realiseren van de doelstelling. Maar na verloop van tijd gaat de doelstelling een eigen leven leiden. Wellicht wat overdreven gezegd, is de doelstelling er op een gegeven moment niet meer om de patiënt te helpen, maar is de patiënt er om te helpen de doelstelling te realiseren. De patiënt moet wellicht voor de zoveelste keer zich aanpassen aan de doelstelling. Dit kan leiden tot gehospitaliseerd gedrag van de patiënt.¹³

De instelling zelf ligt vaak op een afgelegen plek. De buitenwereld maakt grotendeels of geheel plaats voor een gesloten binnenwereld, van de instelling of afdeling daarvan. De patiënten worden uitsluitend in beslag genomen door dat gesloten wereldje. Het zicht op en de belangstelling voor de buitenwereld neemt af of verdwijnt. De patiënt is zodanig met zijn eigen lot begaan dat hij geen oog meer heeft voor de zaken die buiten de instelling/afdeling gebeuren (kijkt geen journaal en leest geen kranten meer etc.). Er ontstaat isolatie van de buitenwereld.¹⁴

Daar komt nog bij dat de deuren in sommige instellingen gesloten zijn en in open instellingen blijkt de instelling een drempel te zijn om op bezoek te komen. Daarnaast is de patiënt uit zijn eigen wijk weg. Dit leidt tot verlies van vrienden buitenshuis. De patiënt verliest zo contact met de buitenwereld.¹⁵ Relaties die de patiënt nog wel heeft verzakelijken vaak. Dit wordt vooral in de hand gewerkt door een sterke verdeling van de hulpverlening in deeltaken. Persoonlijk getinte relaties worden daardoor niet alleen minder, maar organisatorisch ook als onjuist beschouwd.

Wat betreft de ruimten waarbinnen men zich kan bewegen, het ritme van het binnenleven het ervaren van dag en nacht etc., biedt de mensenwereld binnen een grote eentonigheid. Alle dagen zijn voor de patiënt nagenoeg hetzelfde: er is voor hem soms geen verschil meer tussen doordeweekse dagen en het weekend. Daarnaast wordt de privacy van de patiënt ingeperkt, door zowel de strakke organisatie en de beperkende bouwwijzen, waardoor men dicht op elkaars lip moet leven.¹⁶

¹² Rumke, A. *Verkenning in de psychiatrie: een holistische benadering*. Uitgeverij Christoffel, Zeist 2004, pag. 46, 47

¹³ Hendrikse, R. *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. H.Nelissen uitgeverij, Overveen 1981, pag. 21-24

¹⁴ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 7, 8

¹⁵ Hazelhof, T., Verdonschot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 154-156

¹⁶ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 7, 8

Vanwege het vele dat de organisatie soms regelt of het al snel te veel zorg verschaffen in het basispakket, worden de prikkels tot het nemen van eigen initiatieven af genomen. Er wordt bijvoorbeeld voor iedereen gekookt, terwijl een gedeelte van de patiënten nog zelf kan koken. Dit leidt weer tot lusteloosheid en gelatenheid.^{17 18}

2.3.2 De patiënt

De patiënt zelf heeft ook een rol binnen het hospitaliseren. Sommige patiënten hebben bijvoorbeeld, vóór hun eventuele opname in een instelling, reeds een zodanige opvoeding achter de rug, dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Het gaat dan met name over patiënten die door hun opvoeders erg zijn 'over-beschermd'.

Je kunt je afvragen of de rol van de opvoeders, ouders, medebepalend is voor het gedrag en de houding van het kind als het later in een instelling, kenmerken van gehospitaliseerd gedrag vertoont. Het komt voor dat hulpverleners die werken met verstandelijk beperkten, of mensen met een zware lichamelijke beperking, dat deze door hun ouders zo 'over-beschermd' zijn dat ze niet in staat zijn tot het oplossen van allerlei problemen, waarvan verwacht zou mogen worden dat ze die wel zelf zouden kunnen oplossen. Men zegt ook wel dat die kinderen door hun opvoeders moeilijk lerend zijn gemaakt.¹⁹ Faalangstige mensen laten zich ook gemakkelijk hospitaliseren. Ze ondernemen zo min mogelijk en blijven het liefst op veilig, bekend terrein. Ze willen niet afgaan.²⁰

Naast deze factoren die meespelen bij het hospitaliseren van de patiënt zijn er ook nog andere factoren, namelijk:

De werking van medicijnen. Veel psychofarmaca werken versuffend met als gevolg initiatiefverlies.

Gebrek aan toekomstperspectief. De opname was niet het gevolg van een positieve keuze van de patiënt maar meer het gevolg van een niet meer kunnen functioneren in een grotere, zelfstandiger omgeving.

Tevredenheid met de plek waar ze nu zitten. Ze vinden deze situatie prettiger dan de situatie waar ze uit komen.

Identiteitsverlies. De Patiënten worden ongemerkt heel andere mensen, vooral in hun eigen beleving. De patiënten ervaren zichzelf als objecten, voelen zich geleefd en schikken zich daarin. Het 'zelf' van deze mensen wordt voor hen een vreemd iets.²¹

2.3.3 De hulpverlener

Het belang van de organisatie wordt vaak gelijk gesteld met het belang van de hulpverlener: de organisatie is er niet voor de patiënten, maar de patiënten zijn er voor de organisatie. Daarom bepalen de hulpverleners de gedragsregels en normen voor de patiënten.²²

De hulpverlener stelt dus de norm binnen een afdeling. En met de door de hulpverlener gestelde norm wordt binnen instellingen voor hulpverlening soms dwingend omgegaan. Dat betekent dus veelal dat de patiënt zich moet aanpassen aan de norm van de hulpverlener. De houding van de hulpverlener kan er op deze manier een bijdrage aan leveren dat de patiënt zijn zelfbeeld kwijtraakt, dat hij opgeeft met de invulling van zijn zelfbeeld bezig te zijn, dat hij zich gaandeweg aanpast aan verwachtingen die hem binnen de inrichting gesteld worden, dat hij wordt geleefd, kortom hij wordt gehospitaliseerd.

¹⁷ Hazelhof, T., Verdonchot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 154-156

¹⁸ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 7, 8

¹⁹ Hendrikse, R. *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. H.Nelissen uitgeverij, Overveen 1981, pag. 21-24

²⁰ Hazelhof, T., Verdonchot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 154-156

²¹ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 7, 8

²² Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991, pag. 355, 356

Indien de patiënt bovendien opvoeders heeft gehad die hem erg hebben over-beschermd dan zal die aanpassing aan die nieuwe omgeving waarschijnlijk tamelijk vanzelfsprekend verlopen.²³

De verpleegkundigen kent een hoge prioriteit toe aan rust en orde.²⁴ Ter wille van de glad lopende organisatie, de uniformiteit en de overzichtelijkheid wordt storend gedrag van patiënten opgeheven. Hersituering en medicamenten kunnen als middel daarvoor gebruikt worden. Storend gedrag wordt dus uitgeschakeld.²⁵

Als er sprake is van een personeelsgebrek en/of grote werkdruk zal het personeel eerder geneigd zijn handelingen van de patiënten over te nemen; als het personeel het doet, gaat het sneller.²⁶ Maar ook als hier geen sprake van is worden er handelingen overgenomen van de patiënt. Hoewel zelfredzaamheid een wezenlijk doel is van alle hulpverlening komt dat streven vaak in strijd met de organisatie. Dat wil zeggen dat de organisatie het best draait wanneer die de meest efficiënte methoden hanteert. Dat houdt vooral snelheid en uniformiteit van werkzaamheden in. Dit kan niet overgelaten worden aan patiënten. Sterker nog, van de patiënten worden veel werkzaamheden overgenomen, waardoor de zelfredzaamheid van de patiënt verdwijnt.

Depersonaliseren is een gevolg van openlijke en sluipende uniformiteit, in de benadering en de behandeling. Iedereen moet alles op dezelfde tijd en zelfde manier doen. De individualiteit neemt af. De hulpverlener benadert alle patiënten op dezelfde wijze waardoor er niet altijd individueel naar de behoefte van de patiënt gekeken wordt.²⁷

Naast dat er sprake is van hospitalisatie van de patiënt, kan er ook sprake zijn van hospitalisatie van de hulpverlener.

Wanneer het gedrag van de hulpverlener wordt vergeleken met die van de patiënt zijn er soms veel overeenkomsten te ontdekken, zoals, passiviteit, initiatiefloosheid, onverschilligheid. De houding van de gehospitaliseerde hulpverlener is veelal oppervlakkig, zakelijk en zonder emotie. De definitie die voor hospitalisatie is gegeven aan het begin van het hoofdstuk, is deels ook van toepassing op hospitalisatie van de hulpverlener.

Ook de hulpverlener past zich te veel aan de instelling aan. Zij onderwerpt zich aan de regels en gewoontes van de afdeling en verliest haar kritische blik. Veelal gaat zij hulpverleners op routine en stelt zij het waarom van haar handelen niet meer ter discussie. Het gevolg hiervan is dat de patiënt niet meer als individu benaderd wordt, maar hulp geboden krijgt zoals de hulpverlener het gewend is. De gehospitaliseerde hulpverlener staat niet meer open voor verandering en accepteert de dingen zoals zij zijn. Zij heeft een manier gevonden om te kunnen blijven functioneren in het team.

Hospitalisatie van de verpleegkundige ontstaat niet van het ene op andere moment, maar is veelal het gevolg van opeenstapeling van factoren. Deze factoren kunnen onder andere, de hiërarchische organisatiestructuur zijn, die de hulpverlener belemmert in het realiseren van haar ideeën voor verbetering van de bestaande situatie. Ook zware geestelijke belasting die het beroep met zich meebrengt, waardoor het beroep emotioneel zwaar wordt. Als factor bij het ontstaan, mag niet ongenoemd blijven dat de hulpverlener hulp verleent aan reeds gehospitaliseerde patiënten. Hierdoor kan het weer weinig uitdagend worden ervaren. Hulpverleners en patiënten hebben dus wat het ontstaan van hospitalisatie betreft invloed op elkaar: patiënten kunnen hospitaliseren door de attitude van de gehospitaliseerde hulpverlener, en de hulpverlener kan gehospitaliseerd raken doordat zij werken met gehospitaliseerde patiënten.

²³ Hendrikse, R. *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. H.Nelissen uitgeverij, Overveen 1981, pag. 21-24

²⁴ Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991, pag. 355, 356

²⁵ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 7, 8

²⁶ Hazelhof, T., Verdonschot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 154-156

²⁷ Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992, pag. 7, 8

De oorzaken staan niet op zich. Meestal is er een combinatie van oorzaken in het spel en versterken de oorzaken elkaar.²⁸

2.3.4 Kritische blik

De laatste paragraaf kan de vraag oproepen voor wie hospitalisatie nu eigenlijk een probleem is. In ieder geval niet voor de patiënten die min of meer in hun lot berusten, maar des te meer voor de hulpverleners die zich door deze situatie gefrustreerd voelen.

Bovendien zijn er de laatste tijd critici die vraagtekens plaatsen bij de opvatting dat hospitalisatie een gevolg zou zijn van het verblijf in inrichtingen. Zij wijzen er op dat hospitalisatie-effecten, anders dan verwacht, uitblijven in andere restrictieve milieus zoals bijvoorbeeld gevangenissen, kloosters of kazernes. Er moet dus meer aan de hand zijn. Bovendien komen de kenmerken van gehospitaliseerde patiënten ook ruimschoots voor buiten de muren van instituten en buiten het bereik van de psychiatrische hulpverlening. Het lijkt dus dubieus om zonder meer uit te gaan van een oorzakelijke relatie tussen hospitalisatie en het verblijf in een instelling, ook wel 'totale institutie' genoemd.

Dan is er ook nog het feit dat lang niet iedere patiënt die langdurig opgenomen is (geweest) kenmerken van hospitalisatie vertoont. Het zou wel eens zo kunnen zijn dat degene die wel hospitaliseert voor zijn opname al die kenmerken had zoals die zijn beschreven. Hospitalisatie is dan niet zozeer een gevolg van als wel de reden tot opname.

Tenslotte kan het terugtrekken uit sociale relaties voor mensen die moeite hebben zich in die relaties te handhaven, (bijvoorbeeld omdat er te veel eisen worden gesteld of omdat de emoties die gepaard gaan met het onderhouden van contacten ondraaglijke spanningen oproepen) een oplossing betekenen. Door contact en initiatief en dergelijke te ontlopen kunnen ze zich nog handhaven in een minder complexe leefwereld waarin ze met minder uitdagingen en vragen geconfronteerd worden.²⁹

²⁸ Ramkema, T., Zwart, C. *Serie scripties van Verpleegkundigen, nummer 1; 'In de greep van hospitalisatie, een groot verpleegkundig dilemma!'* Uitgeverij Bakker&Berendsen, Braambrugge 1996, pag. 27 - 31

²⁹ Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991, pag. 355, 356

3. Stemmings- en angststoornissen

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat stemmings- en angststoornissen inhouden. Om ons onderzoek zo precies mogelijk uit te voeren, is het van belang dat duidelijk is wat de stoornissen inhouden.

3.1 Stemmingsstoornissen

Stemmingsstoornissen zijn onder te verdelen in drie groepen:

- Depressieve stoornissen
 - depressieve stoornis
 - dysthyme stoornis
- Bipolaire stoornissen:
 - bipolaire I-stoornis
 - bipolaire II-stoornis
 - cyclothyme stoornis
- Overige stemmingsstoornissen
 - stemmingsstoornis door een somatische aandoening
 - stemmingsstoornis door een middel

3.1.1 Depressieve stoornissen

De kernsymptomen van de *depressie* zijn een duidelijke vermindering van interesse en/of een duidelijke vermindering van plezier.

Daarnaast zijn er nog een aantal symptomen die vaak ook aanwezig zijn. Deze symptomen zijn gewichtsverandering, dit kan een toename of afname van gewicht zijn, of eetlustverandering. Wat vaak gezien wordt bij mensen met een depressie is dat zij aan slapeloosheid lijden of juist overmatig slapen. Ook kan er sprake zijn van agitatie, moeheid, verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid, buitensporige of onterechte schuldgevoelens, besluiteloosheid, concentratieproblemen en terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide.

Binnen de depressie zijn er een aantal subtypen te onderscheiden.

Er kan sprake zijn van depressie met:

- *Psychotische kenmerken*; er is dan sprake van wanen of hallucinaties. Deze wanen of hallucinaties zijn stemmingscongruent, inhoud is in overeenstemming met depressieve thema's, of zij zijn stemmingsincongruent, wat inhoudt dat de inhoud niet in overeenstemming is met de typisch depressieve thema's.
- *Melancholische kenmerken*; wanneer een persoon lijdt aan dit subtype depressie, heeft hij last van verlies van plezier in (bijna) alle activiteiten en/of ontbreken de reacties op gewoonlijk plezierige prikkels. Daarnaast heeft de persoon drie of meer van de volgende symptomen: depressieve stemming is duidelijk anders dan stemming na bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare persoon, depressie is over het algemeen in de ochtend het ergste, vroeg wakker, agitatie of psychomotorische remming, gewichtsverlies of buitensporige of onterechte schuldgevoelens.
- *Atypische kenmerken*; de persoon heeft dan als hoofdkenmerk dat de stemming opklaart in reactie op positieve gebeurtenissen. Daarnaast heeft de persoon twee of meer van de volgende kenmerken: gewichtstoename of toegenomen eetlust, hypersomnia (heel veel slapen), dodelijke vermoeidheid en langdurig overgevoelig voor intermenselijke afwijzing.³⁰

Dysthymie is een chronische stemmingsstoornis. Kenmerkend voor deze stoornis is dat er gedurende minimaal twee jaar de meeste dagen een depressieve stemming aanwezig is.

Wanneer de stemming verbetert, duurt dit nooit langer dan twee maanden. Dysthymie is dus

³⁰ Trimbos Instituut *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. 2005, pag. 7

een minder ernstige, maar langduriger depressieve stemming. Dysthymie treedt veelal vroeg in het leven op.³¹

Naast het hoofdkenmerk (hierboven genoemd) zijn er nog twee of meer bijkomende kenmerken, namelijk een slechte eetlust of juist teveel eten, slapeloosheid of overmatig slapen, weinig energie, moeheid, gering gevoel van eigenwaarde, slechte concentratie, besluiteloosheid of gevoelens van hopeloosheid.³²

Naast de hierboven genoemde kenmerken zijn er nog een aantal problemen die hulpverleners bij mensen met een depressieve stoornis observeren. Dit zijn de volgende:

- tekort aan inzicht in het verband tussen activiteitenpatroon en stemming
- inactiviteit
- verminderd sociaal contact
- verstoord slaappatroon
- overmaat aan activiteit
- tekort aan lichamelijke inspanning
- angst/paniek
- verhoogd risico op (een poging tot) suïcide of het zichzelf toebrengen van lichamelijk letsel
- tekort aan potentieel plezierige activiteiten
- tekort aan inzicht in het verband tussen depressieve stemming en denkpatroon
- verhoogd risico op een depressieve periode.³³

3.1.2 *Bipolaire stoornissen*

Het woord 'bipolair' duidt op de wisselende aanwezigheid van twee tegenovergestelde verschijnselen. In dit geval wisselt een depressieve fase zich af met een manische fase; een overdreven uitgelaten of prikkelbare stemming.

Onder de bipolaire stoornissen valt allereerst de *bipolaire I-stoornis*. Bij een bipolaire I-stoornis is er sprake (geweest) van zowel een depressieve als een manische (of gemengde) episode. In het vorige hoofdstuk heb ik al uitgelegd wat een depressieve episode inhoudt. Een manische episode is niet moeilijk te herkennen. Een patiënt in een manische episode is euforisch, hyperactief, heeft allerlei fantastische invallen en plannen en heeft een stortvloed aan woorden. Daarnaast slapen manische patiënten vaak minder. Het kan ook voorkomen dat bij een patiënt een zeer prikkelbare stemming heerst. Tijdens een manische episode kan een patiënt ook psychotische kenmerken vertonen, zoals grootheidswanen, religieuze almachtsfantasieën of hallucinaties.

Een volledige cyclus voltrekt zich over het algemeen binnen een jaar, al kunnen er ook meerdere optreden. Een volledige cyclus is een manische episode en een depressieve episode.

Naast de bipolaire I-stoornis is er de *bipolaire II-stoornis*. Bij deze stoornis is er geen sprake van een manische en depressieve episode, maar van een hypomane en depressieve episode. Een hypomane episode is vergelijkbaar met een manische episode, maar minder ernstig in duur, aantal en intensiteit. Een ander verschil met de bipolaire I-stoornis is dat er tijdens hypomane episodes geen psychotische kenmerken voor kunnen komen.

Als laatste valt de *cyclothyme stoornis* onder de bipolaire stoornissen. De cyclothyme stoornis is de minst ernstige van de drie, maar is wel chronisch. Bij deze stoornis heeft de patiënt hypomane episodes afgewisseld door episodes waarin kenmerken van een depressie optreden. Kenmerkend voor deze stoornis is dat nooit de criteria voor een echte manische of depressieve episode worden gehaald en dat de episodes zich snel afwisselen.

³¹ Molen van der, H., Perreijn, S., Hout van den, M. *Klinische psychologie*. Wolters-Noordhoff, Groningen 1997, pag. 511

³² Trimbo's Instituut *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. 2005, pag. 9

³³ Psychiatrie AMC *Protocol Verpleegkundige interventies bij depressie*

3.1.3 Overige stemmingsstoornissen

De eerste stoornis die hieronder valt is de *stemmingsstoornis door somatische aandoening*. Een stemmingsstoornis kan ontstaan door een lichamelijke ziekte. Enkele voorbeelden hiervan zijn hersenziekten, ziekten van hormoonvormende organen en ziekten door gebrek aan bepaalde vitamines. Daarnaast kunnen vormen van kanker en gewrichtsreuma een oorzaak zijn van een stemmingsstoornis. Lichamelijke aandoeningen kunnen via organische processen tot een stemmingsstoornis leiden, maar ook langs de psychische weg. Een somatische aandoening kan de kijk op het leven zodanig beïnvloeden dat een stemmingsstoornis het gevolg kan zijn.

De tweede stoornis die onder dit kopje valt is de *stemmingsstoornis door middel*. Middelen die de oorzaak kunnen zijn van een stemmingsstoornis zijn sommige hormoonpreparaten, medicijnen tegen een hoge bloeddruk en hartziekten en medicijnen tegen de ziekte van Parkinson. Daarnaast kan overmatig gebruik van alcohol en drugs of het acuut stoppen van het gebruik hiervan, de oorzaak zijn van stemmingsstoornissen.³⁴

3.2 Angststoornissen

Onder angststoornissen vallen de volgende stoornissen:

- paniekstoornis met of zonder agorafobie
- sociale angststoornis
- gegeneraliseerde angststoornis
- specifieke fobie
- hypochondrie

Ten eerste de *paniekstoornis met of zonder agorafobie*. Bij de paniekstoornis voelt de angst intens en het begint plotseling. Wanneer we de DSM erbij halen, heeft de patiënt 4 van de 13 symptomen die binnen tien minuten tot een piek komen.

Bij de paniekstoornis horen de volgende symptomen: bonzend hart, versnelde hartslag, zweten, trillen, gevoelens van ademnood, gevoel te stikken, enz. Bij deze stoornis zijn de paniekaanvallen niet te voorspellen en zij zijn niet gebonden aan een situatie. Tussen de aanvallen door zijn de patiënten vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen. Vaak is een gevolg van de paniekaanvallen dat patiënten angst voor publieke gelegenheden ontwikkelen. Er wordt van een paniekstoornis met agorafobie gesproken wanneer de paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke gelegenheden.

Ten tweede is er de *sociale angststoornis*. Bij deze stoornis heeft de patiënt een hardnekkige angst voor één of meer situaties waarbij hij is blootgesteld aan een kritische beoordeling door anderen of waarin hij bang is zich belachelijk te maken. Deze patiënten kunnen angst hebben voor het spreken in het openbaar, trillen of zweten in sociale situaties of zijn bang dat men hen belachelijk maakt door datgene wat zij zeggen.

Ten derde is er de *gegeneraliseerde angststoornis*. Deze patiënten zijn altijd nerveus en gespannen en tobben over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. De patiënten hebben moeite met het onder controle houden van de tobberijen. Vaak hebben de patiënten tevens klachten als concentratieproblemen, spierspanningklachten, slaapstoornissen, snelle vermoeibaarheid, enz.

Ten vierde is er de *specifieke fobie*. Bij deze fobie is er sprake van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of situatie. Vaak gaat het om angst voor dieren, afgesloten ruimten, hoogten, onweer en bloed en/of medische handelingen.

Als laatste valt *hypochondrie* onder de angststoornissen. Patiënten die lijden aan hypochondrie interpreteren onschuldige lichamelijk gewaarwordingen als mogelijke tekenen van ernstige ziekte. Deze preoccupatie met de overtuiging een ernstige ziekte te hebben blijft

³⁴ Molen van der, T., Perreijn, S., Hout van den, M. *Klinische psychologie*. Wolters-Noordhoff, Groningen 1997, pag. 513-524

bestaan ondanks adequate medische beoordeling en geruststelling. Ook veroorzaakt de hypochondrie aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijkse functioneren.³⁵

Naast alle kenmerken die bij alle angststoornissen horen, zijn er nog een aantal problemen die hulpverleners bij mensen met een angststoornis observeren. Veel van deze voorkomende problemen zijn:

- angst
- vrees
- ineffectieve coping
- sociaal isolement
- machteloosheid
- verstoord slaappatroon en dag- en nachtritme
- negatief zelfbeeld
- suïcidaliteit
- dwanghandelingen
- inadequate sociale interactie
- posttraumatische reacties.³⁶

Aandachtspunten die hulpverleners observeren bij een angststoornis zijn:

- afhankelijkheid van drugs en medicatie
- gebrek aan initiatief
- herbelevingen
- verstoorte concentratie
- vermijdend gedrag
- innerlijk ingehouden woede, boosheid
- persoonlijk zelfverzorgingstekort
- hallucinaties
- (risico op) zelfverwonding.³⁷

3.3 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)

Bij deze stoornis staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Obsessies zijn de dwanggedachten, wat steeds terugkerende, aanhoudende gedachten of beelden zijn die spanning oproepen.

De compulsies zijn dwanghandelingen, dit zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen, die volgens bepaalde regels op een stereotiepe wijze worden verricht.

Het doel van de dwanghandelingen is het neutraliseren van spanningen of het voorkomen van bedreigende gebeurtenissen/situaties.

De klachten van de stoornis kosten de patiënt minimaal één uur per dag en verstoren in ernstige mate het dagelijkse functioneren.³⁸

3.4 Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Een posttraumatische stressstoornis kan het gevolg zijn van een ingrijpende gebeurtenis, waarin de patiënt met de dood of ernstig letsel is bedreigd of de lichamelijke integriteit is bedreigd. Voorbeelden van dergelijke situaties zijn bankovervallen met geweld, confrontatie met iemand die ernstig gewond is of gedood, verkrachtingen, overstromingen, enz.

Kenmerken van PTSS zijn herbelevingen en vermindering van stimuli die in verband staan met de traumatische gebeurtenis. Daarnaast zijn er langdurige symptomen zoals prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen, overdreven schrikreacties en zich moeilijk kunnen concentreren.³⁹

³⁵ Trimbos Instituut *Samenvatting multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht 2003

³⁶ Psychiatrie AMC *Protocol Verpleegkundige interventies bij angststoornis*

³⁷ Psychiatrie AMC *Protocol Verpleegkundige interventies bij angststoornis*

³⁸ Trimbos Instituut *Samenvatting multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht 2003

³⁹ Trimbos Instituut *Samenvatting multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht 2003

4. Hospitalisatie & stemmings- en angststoornissen

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de verbanden die te leggen zijn tussen stemmings- en angststoornissen en hospitalisatie.

Te beginnen bij de opvoeding. De opvoeding vormt een belangrijke voedingsbodem voor de persoonlijkheidsontwikkeling van ieder mens.⁴⁰ Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren.⁴¹

Bij patiënten die faalangstig zijn zien we ook dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Deze patiënten ondernemen meestal weinig vanwege hun angst. Zij blijven het liefst op veilig en bekend terrein. De afdeling wordt dan vaak als veilig ervaren, waardoor zij meer binnen blijven. Een gevolg hiervan kan hospitalisatie zijn.⁴²

Wanneer we kijken naar de symptomen van hospitalisatie en de symptomen van depressie en van angststoornissen, dan zien we veel overeenkomsten. Het is aannemelijk dat zij hierdoor sneller hospitaliseren dan patiënten waarvan de kenmerken van hun problematiek niet of minder overeenkomen met hospitalisatie.

De symptomen van hospitalisatie die overeenkomen met de symptomen van depressie en angststoornissen zijn de volgende:

- gebrek aan initiatief
- interesseverlies
- geen toekomstvisie/toekomstplannen
- afhankelijkheid
- apathie
- verlies van spontaniteit
- decorumverlies
- sociaal isolement
- negatief zelfbeeld
- vermindering van energie.⁴³

Het zich terugtrekken uit sociale relaties is een bekend symptoom van een depressie en angststoornissen. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat er te veel eisen door de omgeving worden gesteld of doordat het onderhouden van de contacten ondraaglijke spanningen oproepen. Een oplossing voor depressieve patiënten en patiënten met een angststoornis is dan al snel zich terugtrekken uit de relatie. Ze ontlopen het contact met die persoon en hoeven zo geen initiatieven meer te nemen. Ze leven dan uiteindelijk alleen nog op de afdeling waar ze met minder uitdagingen en vragen geconfronteerd worden, wat maakt dat de afdeling een erg veilige omgeving wordt. Gevolg kan zijn dat de patiënt steeds minder stappen naar buiten durft te nemen, de drempel wordt steeds hoger. Ook dit kan meewerken aan het hospitaliseren van de patiënt.⁴⁴

Zoals we in bovenstaande tekst kunnen lezen ontwikkelen deze mensen een overlevingsstrategie om met hun stoornis om te gaan.

We kunnen ons afvragen of er in dit geval wel sprake is van hospitalisatie of dat het symptomen zijn van de problematiek. Deze symptomen komen immers ook voor buiten de instelling.

⁴⁰ Angenent, H. *Opvoeding en persoonlijkheidsontwikkeling*. HBuitgevers, Baarn 2004, pag. 9

⁴¹ Hendrikse, R. *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. H.Nelissen uitgeverij, Overveen 1981, pag. 21-24

⁴² Hazelhof, T., Verdonchot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997, pag. 154-156

⁴³ Psychiatrie AMC *Protocol Verpleegkundige interventies bij depressie*

⁴⁴ Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991, pag. 355, 356

Terugkijkend naar onze definitie zijn wij van mening dat de symptomen van de problematiek, in combinatie met andere factoren die de oorzaak zijn van hospitalisatie, hospitalisatie in de hand werkt. Wij zien de problematiek dus mede als een oorzaak van hospitalisatie.

Toch werkt het hospitalisatie in de hand en moet er wat aan gedaan worden, want het blijft een probleem voor zowel de patiënt als voor de afdeling. Tenminste? We kunnen uit het bovenstaande stuk ook opmaken dat een patiënt zich blijkbaar prima en veilig voelt in een situatie waarin zij is gehospitaliseerd. Wie zijn wij om daar wat mee te doen? Of doen we het alleen voor de hulpverleners op de afdeling? Dat zou raar zijn want de patiënten zijn er niet voor de hulpverleners, maar de hulpverleners voor de patiënten. Reden dat het wel een probleem is waar iets mee gedaan moet worden, is dat mensen met een stemmings- en/of angststoornis het, door hun beperkingen van hun problematiek, moeilijk hebben om een 'normaal' leven te leiden. Een opname bemoeilijkt dit. Om ze dit, voor zo ver mogelijk, toch te kunnen bieden moeten we proberen om hospitalisatie terug te dringen.

Het is niet ons doel om patiënten, die al gehospitaliseerd zijn, dit veilige gevoel af te nemen, maar wel om hen te stimuleren om weer meer te ondernemen. Daarnaast is ons doel ook om hospitalisatie proberen voor te zijn bij nieuwe patiënten.

5. Hospitalisatie op de afdeling?

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke stappen wij ondernemen om van een begrip tot een instrument te komen. Allereerst worden een aantal begrippen helder gemaakt en vervolgens de keuze voor het meetinstrument en de verantwoording daarvan.

5.1 Onderzoeksvraag, eenheden, variabele en respondenten

De onderzoeksvraag die in de inleiding is beschreven, wordt hier nogmaals herhaald, om duidelijk te krijgen wat er gemeten moet worden. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

“In hoeverre is er sprake van hospitalisatie onder patiënten, binnen de afdeling stemming en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie Symfora groep, Locatie Zon & Schild en wat kunnen de groepsbegeleiders van deze afdeling daarin betekenen, om dit terug te dringen?”

Eenheden binnen dit onderzoek zullen zijn, de hulpverleners binnen de afdeling stemming- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie. Dit zijn de personen waar over een uitspraak wordt gedaan. Dit is tevens onze populatie.

De variabele, ook wel eigenschapsbegrip genoemd, binnen dit onderzoek is hospitalisatie. Dit begrip willen we gaan meten. Wat het begrip ‘hospitalisatie’ inhoudt, wat wij hieronder verstaan en om welke populatie het gaat, is in de hoofdstukken hiervoor beschreven.

Om de hospitalisatie onder de patiënten te meten, willen we gebruik maken van zowel vragenlijsten als het houden van interviews, onder de hulpverleners van de afdeling. De hulpverleners zijn dus de respondenten binnen het onderzoek. De respondenten bestaan uit vijf personen, waaronder drie verpleegkundigen, een stagiaire en een leerling verpleegkundige.

Reden dat het onderzoek alleen wordt gehouden onder de hulpverleners en niet onder de patiënten is, omdat o.a. het doel is om de hulpverleners meer kennis op te laten doen van hospitalisatie en ze er ook bewust van te laten worden. Door ze zelf actief te laten deelnemen aan het onderzoek, doen ze informatie op over hospitalisatie en leren ze hospitalisatie herkennen. Daarnaast kennen de hulpverleners de patiënten en hebben sommigen een groot overzicht over een langere periode. Als laatste kunnen de hulpverleners ook een objectief(er) resultaat leveren.

Dit laatste hangt samen met waarom er niet gekozen is om de patiënten te laten deelnemen aan het onderzoek. De patiënt vertelt mogelijk (meer) vanuit zijn eigen beleveniswereld. Er is een grote(re) kans op een subjectief resultaat. Daarnaast hebben we met een doelgroep te maken waarbij sprake kan zijn van stemmingswisselingen. Een patiënt met bijvoorbeeld een bipolaire stoornis kan het ene moment erg positief zijn en het andere moment negatief, waardoor het resultaat van het onderzoek onbetrouwbaar zal zijn.

5.2 De vragenlijst

We maken gebruik van vragenlijsten omdat we veel informatie hebben over het onderzoeksonderwerp. Hierdoor kunnen we gebruik maken van gestructureerd informatieverzameling en feitelijke betrouwbare informatie over hospitalisatie op de afdeling duidelijk krijgen.

De vragenlijsten zijn bedoeld om er achter te komen welke kenmerken van hospitalisatie voor komen op de afdeling, in welke mate deze kenmerken voor komen en bij welke psychiatrische stoornis(sen). Dit is van belang omdat we op deze manier kunnen vaststellen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie op de afdeling onder de patiënten.

De vragenlijst is opgesteld naar aanleiding van de kenmerken van hospitalisatie. Er zijn in totaal negentien kenmerken. Over elk kenmerk wordt men gevraagd een viertal vragen in te vullen.

Binnen de vragenlijst wordt gebruik gemaakt van vakjargon. Wij gaan er vanuit dat we mogen verwachten dat de hulpverleners kennis hebben van de psychiatrische problematiek en gedragskenmerken. Ondanks deze verwachting zal er een bijlage aan de vragenlijst toegevoegd zijn, waarin de psychiatrische problematiek in het kort nader wordt toegelicht. Tevens hebben wij de definitie en een aantal belangrijke kenmerken van hospitalisatie aan de bijlage toegevoegd.

We hebben gekozen voor een gerichte/gedwongen keuze. Hierdoor krijgen we actiegerichte antwoorden en krijgen we, zoals al eerder vermeld, feitelijke en betrouwbare informatie over hospitalisatie op de afdeling duidelijk.

Er wordt geen gebruik gemaakt van open vragen, omdat deze meer denk en schrijfwerk vergen. Veel mensen houden hier niet van en zullen mogelijk niet of korte antwoorden geven. Open en ingewikkelde vragen kunnen daarom beter mondeling worden afgenomen. Dat is ook o.a. de reden waarom wij ook gebruik zullen maken van een interview.

5.2.1 **Verantwoording van de gestelde vragen**

Voor een duidelijk beeld en verantwoording van de gestelde vragen worden de vragen hieronder weergegeven en gaan we ze per vraag bij langs.

a. ...ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling

(kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

Bij deze vraag komen we te weten of een bepaald kenmerk het afgelopen jaar ook heeft gespeeld. Dit willen wij weten, omdat we zo zicht krijgen op een langere periode en niet alleen van nu.

Men heeft keuze tussen drie antwoordcategorieën. We willen de respondent tot een keuze dwingen, zodat precies helder is of het kenmerk wel of niet is voor gekomen. Het antwoordcategorie 'weet ik niet' is er bijgevoegd omdat het kan zijn dat iemand hier geen zicht op heeft en dus geen antwoord kan geven op de vraag.

b. ...kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling

(kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens *(heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet' ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)*
- ☐ weet ik niet *(heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)*

Hiermee willen we te weten komen of een bepaald kenmerk nu (nog steeds) speelt. Dit willen wij weten, omdat we zo zicht krijgen op wat er op het moment gaande is.

Ook hier heeft men weer keuze tussen drie antwoordcategorieën. Heeft de respondent bij vraag a en b beide 'oneens' en/of 'weet ik niet' ingevuld, wordt hij naar de volgende pagina verwezen. Dit om te voorkomen dat de respondent onnodig vragen in moet vullen.

c. ...kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

Omdat we graag willen weten hoe vaak een bepaald kenmerk ongeveer voorkomt, stellen wij deze vraag. Deze vraag is wat complexer qua antwoord, daarom hanteren wij hier vier schalen. Met respondenten die het kenmerk niet tegen komen op de afdeling of het niet weten

hoeven we geen rekening mee te houden, omdat zij in de voorgaande vragen al doorverwezen zijn naar het volgende kenmerk.

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

We willen graag in beeld hebben bij welke psychiatrische stoornissen de respondenten de kenmerken terug zien. Als er, zoals wij al in hoofdstuk 3 hebben beschreven, inderdaad een verband bestaat tussen hospitalisatie en stemmings- en angststoornissen, dan kunnen we daar vervolgens onze aanbevelingen op aanpassen.

Er is bij deze vraag een groot aantal antwoordcategorieën mogelijk omdat er ook sprake is van een complexere vraag en een genuanceerder antwoord.

Met deze vragen per kenmerk, hopen wij de hospitalisatie op de afdeling te kunnen meten.

5.3 Het interview

Naast de vragenlijst maken wij tevens gebruik van een interview dat we mondeling en individueel afnemen.

Het afnemen van het interview is bedoeld om er achter te komen of de hulpverleners helder hebben wat hospitalisatie inhoudt, oorzaken te achterhalen en effecten op de hulpverleners te achterhalen. Na het afnemen van het interview is het vooral van belang dat wij kunnen omschrijven wat de oorzaken zijn van de hospitalisatie binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen, zodat we een gericht naar een middel kunnen zoeken om hospitalisatie op de afdeling terug te dringen.

Het interview nemen wij individueel af. Op deze manier hebben de hulpverleners de gelegenheid om zo anoniem mogelijk antwoorden te geven en volledig zijn/haar eigen mening te geven, zonder eventuele druk van collega's. Op deze manier hopen wij zo betrouwbaar mogelijke antwoorden te krijgen.

Het interview bevat veel open vragen. Dit brengt ons bij de eerste reden dat wij het interview mondeling afnemen. Mondeling een interview afnemen met open vragen is voor de geïnterviewde persoon minder spannend dan schriftelijk. Zouden we het interview schriftelijk afnemen, dan kost dit meer tijd en denk- en schrijfwerk, waardoor de kans groot is dat de interesse afneemt en wij onbetrouwbare antwoorden krijgen.

Een tweede reden om het interview mondeling af te nemen, is dat we in een betrekkelijk korte tijd veel informatie verkrijgen over verschillende aspecten.

Een derde reden is de vertrouwensband die we met de hulpverleners van de afdeling willen opbouwen. Wij vinden het belangrijk dat de hulpverleners ons kennen en dat we een band met hen opbouwen. Op deze manier hopen we op een geïnteresseerde houding en volledige medewerking van hun kant. Tevens is het ons streven dat zij ons middel om hospitalisatie op de afdeling terug te dringen, in de toekomst gaan gebruiken. De kans is groter dat zij dit daadwerkelijk doen, wanneer er interesse is in het onderwerp en wanneer zij goed op de hoogte worden gehouden over het onderzoek.

5.3.1 Verantwoording van de gestelde vragen

Hieronder worden alle vragen uit het interview weergegeven en verantwoord.

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Voor de betrouwbaarheid van het interview is het van belang dat alle hulpverleners weten wat het begrip 'hospitalisatie' inhoudt en dat we samen op één lijn zitten. Door middel van het stellen deze vraag krijgen wij een duidelijk beeld over de kennis van hospitalisatie onder de hulpverleners. Is de kennis onjuist of onvolledig, dan is het onze taak, voor we verder gaan met het interview, om hen op de hoogte te stellen van juiste of volledige informatie over het begrip 'hospitalisatie'.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja, wat heeft u dan gesignaleerd?

Het is van belang om te weten of de hulpverleners het afgelopen jaar hospitalisatie binnen de afdeling hebben gesignaleerd en wat zij op dit moment signaleren, voordat we verder kunnen met het vragen naar de oorzaken van hospitalisatie binnen de afdeling.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Voordat wij zelf nader ingaan op oorzaken van hospitalisatie, willen wij eerst van de hulpverleners weten wat zij zelf denken dat oorzaken zijn van de hospitalisatie die zij hebben gesignaleerd op de afdeling. Zo laten wij hen eerst nadenken, voor wij met oorzaken komen. Het is namelijk mogelijk dat zij andere oorzaken signaleren dan dat wij uit de literatuur hebben.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:
 - a. Zou het *leefklimaat op de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - b. Zou de *ligging van Zon & Schild* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - c. Zou de *doelstelling van de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - d. Zou de *houding van de hulpverlener* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - e. Zou de *rol van de organisatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - f. Zou de *werking van medicatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - g. Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren.
Zou de *opvoeding*, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.
 - h. Zou het *gebrek aan toekomstperspectief* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - i. Zou *tevredenheid met de plek waar ze nu zitten* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Wij hebben een aantal belangrijke oorzaken in de literatuur gevonden die kunnen leiden tot hospitalisatie van de patiënt. In het vervolg van dit onderzoek reiken wij hen middelen aan om hospitalisatie terug te dringen.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op de hulpverlener?

Om op een zo betrouwbaar mogelijke wijze een middel te kunnen ontwikkelen om hospitalisatie te kunnen terugdringen, is het van belang te weten of de eventueel bestaande hospitalisatie de hulpverleners beïnvloedt. Wanneer wij dit weten, kunnen wij hiermee rekening houden bij het ontwikkelen van het middel.

6. Conclusie interview en vragenlijst

Inleiding

In dit hoofdstuk is de conclusie van de afgenomen interviews en van de ingevulde vragenlijsten te lezen (paragraaf 5.1 en 5.2). De conclusie van de interviews is geschreven aan de hand van onderwerpen die tijdens het labelen van de interviews zijn ontstaan (voor de gelabelde interviews, zie bijlage). De vragenlijsten hebben we uitgewerkt in tabellen en vervolgens zijn we dit per kenmerk gaan samenvatten (zie bijlage). Aan de hand van deze samenvattingen hebben we de conclusie van de vragenlijsten geschreven. In paragraaf 5.3 leggen we een verband tussen beide conclusies.

6.1 Conclusie interview

1. Hospitalisatie

Eén van onze vragen uit het interview is, wat de hulpverleners zelf onder het begrip hospitalisatie verstaan. Voor een groot deel zitten we op één lijn, wat betreft de definitie. Enige opmerkingen over onze definitie zijn dat wij in onze definitie spreken van voorzieningen waar heel het leven, wonen, werken en ontspanning plaatsvindt, terwijl daar, op de afdeling waar het onderzoek plaats vindt niet helemaal sprake van is. De cliënten gaan in de weekenden namelijk naar huis en zijn ook in de avonden vrij.

Het afgelopen jaar hebben alle ondervraagde hulpverleners hospitalisatie gesignaleerd, niet heel ernstig, maar wel dat zij er kleine trekken van terugzien. Zij geven aan dat zich binnen de afdeling veelal een subtiele vorm of een begin van hospitalisatie laat zien.

Begrippen waar de hulpverleners voornamelijk aan denken bij hospitalisatie zijn afhankelijkheid en veiligheid. Ze geven daarbij aan dat het moeilijk is om hospitalisatie te onderscheiden van de ziektebeelden op de afdeling. Wanneer spreek je van hospitalisatie en wanneer van bijvoorbeeld een depressie? De kenmerken komen heel erg overeen, alleen is de oorzaak er van verschillend.

Verder wordt er aangegeven dat er pas van hospitalisatie gesproken wordt als het de persoon zelf gaat belemmeren in zijn of haar functioneren.

2. (Sociaal) netwerk

Binnen één van de interviews is aangegeven dat sommige mensen met depressieve of angstklachten te maken hebben met een sociaal isolement. Zij hebben nog wel eens moeite met het oefenen in bepaalde situaties, met weekenden of avonden, dagdelen of dat ze bijvoorbeeld met groepsgenoten een sociaal netwerk opbouwen. Dat ze buiten Zon & Schild gezamenlijk naar de stad gaan en ondanks dat er vanuit de hulpverlening wel wordt gestimuleerd, hun sociaal netwerk bij groepsgenoten zoeken.

Hieruit kunnen we concluderen dat mensen met depressieve of angstklachten die in een sociaal isolement verkeren, gemakkelijker sociale contacten kunnen/durven aangaan met cliënten binnen de instelling dan daar buiten en dit een mogelijke risicofactor is op hospitalisatie.

Dat de patiënten hun sociaal netwerk binnen de instelling gaan zoeken hangt ook samen met overbelasting van het netwerk of dat er zo veel conflicten in de relatie met het netwerk zijn, dat er op die manier niet veel sociaal draagvlak voor de patiënt is om buiten Zon & Schild de draad weer op te pakken. Dit is dus ook een mogelijke risicofactor.

3. Hobby/vrije tijd

Binnen de afdeling worden heel veel stimulerende activiteiten aangeboden, die de patiënten kunnen oppakken, zoals sport en creatieve activiteiten. Het komt voor dat mensen hun hobbyactiviteiten op het terrein gaan opbouwen, met sport of vrije tijd, hobby, creativiteit.

Als de patiënten zo'n activerend programma volgen, dan wordt er vanuit de hulpverlening naar gestreefd om er alert op te zijn dat dit alleen wordt gevolgd, met als voorbode om naar huis

toe te werken. Er wordt vanuit de hulpverlening meteen een link gemaakt met de 'eigen thuis' van de cliënt, dus 'wat is er voor nodig om dit thuis op te pakken?'. Hieruit kunnen we uit opmaken dat er vanuit de hulpverleners veel aan wordt gedaan om te voorkomen dat de cliënten hun hobby/vrije tijd opbouwen binnen de instelling.

4. Leefklimaat

Binnen het interview hebben wij de hulpverleners de vraag gesteld of het leefklimaat op de afdeling een mogelijke oorzaak kan zijn van hospitalisatie. Zij gaven allemaal aan dat dit een mogelijke oorzaak zou kunnen zijn. Argumenten hiervoor zijn voornamelijk het steunende en beschermde klimaat binnen de afdeling, wat zowel door de patiënten als door de hulpverleners zelf wordt neergezet.

Dit klimaat ontstaat onder andere doordat sommige patiënten heel sociaal aangepast en ook wat angstig zijn en daardoor heel acceptierend zijn naar elkaar, niet snel confrontatie en feedback aangaan. Dit steunende en beschermende klimaat kan voor sommige mensen echt een trigger zijn om daarin te gaan hangen, daarin te gaan leunen, ze voelen zich veilig, wat de rehabilitatie, niet altijd ten goede komt.

Binnen één interview werd genoemd dat vooral mannen die altijd verzorgd zijn door hun moeder en hun vrouw en nu depressief zijn, omdat hun vrouw bijvoorbeeld is overleden, of gaat scheiden, hier gevoelig voor zijn.

Vanuit de hulpverlening wordt dit klimaat neergezet, doordat zij de patiënten toch ook een, veilig en steunend klimaat willen bieden. Niet alleen activeren maar ook steunend. Er wordt daarnaast aangegeven dat er weinig van de patiënten gevraagd wordt wat ze echt moeilijk vinden. Dit kan voor de patiënten een uitnodiging zijn om zich even te settelen, of lekker achterover gaan hangen en denken dat wat ze op de afdeling lukt, daarbuiten ook wel zal lukken. Binnen de afdeling wordt dit steunende klimaat dus ook door de hulpverleners zelf neergezet, maar zij zetten de andere kant er ook naast, dus activeren, naar de achterdeur kijken. Het leefklimaat kan dus een oorzaak zijn om te gaan hospitaliseren, maar daarnaast speelt het ziektebeeld ook een grote rol.

Naast een steunend en beschermend klimaat werd ook gezegd dat de regels binnen de afdeling een mogelijk risico op hospitalisatie kunnen zijn.

De patiënten krijgen het programma en het programma verwacht dat zij een dagopening doen en een dagafsluiting. Dat zijn de regels en daar moet de patiënt aan mee doen en dat doet de patiënt ook 'braaf', terwijl ze misschien wel wat anders willen.

Een leefomgeving brengt regels met zich mee en daar hebben de patiënten zich aan te houden. En als zij zich daar dus in gaat nestelen, in die regels, dan kan dat hospitalisatie in de hand werken. Dit is elke dag zichtbaar op de afdeling. Iedereen gaat zich aan het programma houden.

We kunnen uit het bovenstaande concluderen dat het leefklimaat binnen de afdeling een mogelijke risicofactor is op hospitalisatie. Het gaat om het steunende en beschermende milieu binnen de afdeling en de regels die daarbinnen worden gesteld.

5. Individuele (psychiatrische) problematiek/situatie

De hulpverleners gaven in de interviews aan dat iemands individuele situatie of problematiek een risico kan geven op hospitalisatie.

Patiënten die, volgens hen, een verhoogd risico hebben op hospitalisatie, zijn patiënten met een zwak sociaal netwerk, (sociale) angst, sombere en initiatiefloze gevoelens, een afhankelijkheid, eenzaamheid, hulpeloosheid, weinig toekomstperspectief en specifiek patiënten met een depressie.

Argumenten die naar voren komen voor de opvatting dat patiënten met een depressie mogelijk een groter risico op hospitalisatie hebben, zijn dat zij door hun depressie passief kunnen zijn en weinig initiatieven kunnen nemen. Iemand die ernstig depressief is, die gaat soms ook zonder wikken of wegen of er over na te denken en voegt zich in wat er van hem verwacht wordt. Bij mensen met een depressie komt daarnaast ook terug dat zij weinig of geen toekomstperspectief hebben.

Wat betreft het toekomst perspectief geven een aantal hulpverleners aan dat weinig toekomst perspectief voortkomt vanuit het ziektebeeld en niet vanuit hospitalisatie. Als bijvoorbeeld de depressie minder wordt, komt het toekomstperspectief ook weer terug.

We kunnen uit het vorige concluderen dat de ziektebeelden, voornamelijk depressie, sterk overeen komen met hospitalisatie en dat de ziektebeelden mogelijk een verhoogd risico geven op hospitalisatie.

Naast de ziektebeelden wordt er ook aangegeven dat aan hospitalisatie ook een menselijke kant zit. Als iemand ergens een tijd zit, dan gaat men zich veilig voelen als een veilige basis en daar gaat men ook zijn of haar activiteiten ontplooiën. Het is dus iets menselijks.

6. Ligging

Binnen de interviews word aangegeven dat de ligging zowel wel als niet meespeelt in het risico op hospitalisatie.

De gene die aan geven dat de ligging wel meespeelt, geven aan dat er hierdoor een drempel is om naar de stad toe te gaan. Sommige patiënten hebben bijvoorbeeld moeite om boodschappen te gaan doen, dan moeten ze met de bus. Het belemmert ze en het moet wel echt aantrekkelijk zijn buiten. Verder zijn sommige patiënten mogelijk sneller geneigd om op het terrein te blijven in verband met de ligging.

Een tegenargument dat hiervoor wordt gegeven is, dat ook al zou Zon & Schild midden in de stad liggen, dat het probleem er dan kan liggen aan dat het ver van het huis van die persoon afligt. Het reizen met openbaar vervoer is dan meer een probleem, dan de ligging van Zon & Schild.

Verder geeft een hulpverlener aan wel eens te hebben gesignaleerd, dat de ligging een patiënt belemmert, maar dat de meeste cliënten wel even naar de stad gaan of boodschappen gaan doen.

We kunnen hieruit concluderen dat er door het overgrote deel van de hulpverleners, het afgelopen jaar is gesignaleerd dat patiënten moeite hadden om buiten het terrein iets te ondernemen. Het probleem hiervan ligt mogelijk bij openbaar vervoer en niet bij de ligging van Zon & Schild.

7. Doelstelling

In alle interviews komt naar voren dat de doelstelling geen oorzaak is voor hospitalisatie op de afdeling. Er wordt genoemd dat de doelstelling activerend is, de autonomie van de patiënt centraal staat, dat patiënten zelfstandig dagelijkse bezigheden ondernemen (boodschappen, e.d.), weekenden en waar mogelijk avonden naar huis gaan en dat eigen initiatief en verantwoording belangrijk zijn. Ook wordt er met de patiënten bewust van de 'voorkeur' naar de 'achterdeur' gewerkt; ze moeten, als het mogelijk is, zo snel mogelijk weer terugkeren naar de maatschappij, hun werk oppakken en terug naar het systeem waar ze uit kwamen.

We kunnen dus concluderen dat de doelstelling juist heel stimulerend en aangepast op de doelgroep stemmings- en angststoornissen is. Omdat de doelgroep veel kenmerken heeft om te kunnen hospitaliseren, is de doelstelling van de afdeling hier al op ingespeeld.

In één interview komt overigens wel naar voren dat het zo nu en dan voorkomt dat patiënten te lang op de afdeling verblijven. Zij lijken dan eigenlijk al door te kunnen stromen naar een andere behandeling, maar op de één of andere manier gebeurt dit dan niet. Gevolg is dat een patiënt dan ver over de maximale verblijfsduur van zes maanden zit. De oorzaak hiervan komt niet duidelijk naar voren.

8. Houding hulpverlener

Uit het interview kunnen we concluderen dat het overgrote deel van de hulpverleners vindt dat de houding van de hulpverlener een rol speelt in de hospitalisatie van de patiënten. Zij zien het niet als een oorzaak, maar wel als een bepalende factor.

De patiënten met stemmings- en angststoornissen vragen om een zorgzame en ondersteunende benadering, en deze wordt volgens de hulpverleners ook gegeven. Als deze houding altijd toegepast zou worden, zou dit tot hospitalisatie kunnen leiden. Maar ook bij het af en toe toepassen van deze houding, kunnen patiënten hier al op reageren door een beginnende vorm van hospitalisatie te laten zien.

De hulpverleners proberen er daarom op toe te zien dat zij deze alleen houding bieden wanneer een patiënt dit daadwerkelijk nodig heeft.

Daarnaast is het streven om tevens een houding aan te nemen, waarin de autonomie en eigen verantwoording wordt gestimuleerd. Er wordt gezegd dat je als hulpverlener ook een activerende rol moet hebben; hoe betrek je de patiënt bij de ontwikkelingen, hoe draag je bij aan het vergroten van inzicht en vaardigheden?

Een enkeling gaf aan dat de houding van de hulpverlener geen oorzaak is voor hospitalisatie van patiënten. De hulpverleners zijn erg kritisch en zien er op toe dat de houding stimulerend blijft.

9. Organisatie afdeling

Het blijkt dat de organisatie probeert zo veel mogelijk de patiënten bij beslissingen te betrekken; zij mogen koken, bestellen ontbijt en lunch, enz. Toch wordt er aangegeven dat het op de afdeling makkelijker is dan thuis. Het is normaal om bijvoorbeeld iedere dag te koken. Op de afdeling gebeurt dat niet, daar kunnen ze op de bank gaan zitten wachten totdat het eten komt. In die zin ligt hierin wel een risico voor hospitalisatie.

We kunnen dus concluderen dat de organisatie zijn best doet, maar de situatie blijft makkelijker dan thuis en dus zou dit het risico op hospitalisatie kunnen verhogen.

Wat ook wordt genoemd is de snelheid waarmee de patiënten worden geëvalueerd. De patiënten worden op multidisciplinair niveau om de acht weken geëvalueerd. Eén persoon geeft aan dat dit weinig is. Structurele veranderingen blijven door de langzame cyclus veel langer liggen. Het gevolg is dat bijvoorbeeld een overplaatsing naar een vervolgbehandeling of een RIBW veel langer duurt, waardoor een patiënt langer dan nodig, op de afdeling verblijft. Hierdoor is er een grotere kans op hospitalisatie.

10. Faciliteiten Zon & Schild

In het interview komt niet heel erg duidelijk naar voren of de faciliteiten een rol spelen bij het ontwikkelen van hospitalisatie bij patiënten.

De hulpverleners benoemen de faciliteiten als positief. Het kan namelijk dienen als oriëntatie op een nieuwe hobby, sport of werk voor de patiënten. Het is dan een voorbereiding op de terugkeer naar de maatschappij. De faciliteiten worden gezien als een springplank naar de maatschappij.

Wel is het van belang dat de hulpverleners er alert op blijven dat de patiënten het echt als springplank gebruiken en het niet als zodanig veilig gaan ervaren, dat zij de stap naar de maatschappij niet meer maken. Op deze manier wordt de kans op hospitalisatie wel groter. De hulpverleners geven allemaal aan dat zij hier alert op zijn.

11. Medicatie

De medicatie kan patiënten initiatiefloos en trager maken. Deze gevolgen van medicatie kunnen bijdragen aan hospitalisatie, maar er wordt in de interviews aangegeven dat dit dan tijdelijk is. Vaak komen patiënten vervolgens ook weer in balans.

Regelmatig is medicatie tijdelijk nodig, of wordt de dosis na een tijdje verlaagd. Dit zorgt ervoor dat eventuele symptomen van hospitalisatie vaak verdwijnen, omdat de medicatie dus de oorzaak was.

Wanneer de hulpverleners signaleren dat de medicatie te sederend werkt en een patiënt tot niets meer komt, dan wordt er gekeken naar medicatieverandering.

Uit het interview kunnen we concluderen dat medicatie een oorzaak kan zijn van hospitalisatie, maar dat het eigenlijk niet de kans krijgt om door te zetten doordat de medicatie vaak na enige tijd stopt of verandert.

Wat er overigens ook wel eens op de afdeling wordt gesignaleerd, is dat de patiënt juist erg actief worden door de medicatie en dat het een stuk beter met de patiënt gaat. Het kan dus ook de andere kant uit werken.

12. Tevredenheid

Uit het interview blijkt dat het overgrote deel denkt dat tevredenheid met de afdeling wel een oorzaak kan zijn voor hospitalisatie. Er wordt aangegeven dat dit een herkenbaar kenmerk is voor hospitalisatie. Op de afdeling wordt gesignaleerd dat patiënten de afdeling als veiliger en prettiger kunnen ervaren dan thuis.

Wat ook in het interview naar voren komt is dat er nogal eens door de patiënten wordt aangegeven dat zij het 'gezellig' vinden op de afdeling. De hulpverleners geven aan dat zij vinden dat dit ook een vorm van of een oorzaak voor hospitalisatie is. Zij vinden dat het op de afdeling niet 'gezellig' hoort te zijn.

Eén van de hulpverleners geeft in het interview aan dat zij 'tevredenheid' niet het goede woord vindt. Zij spreekt van veiligheid en geeft aan dat als een patiënt zich veilig voelt op de afdeling, dit wel een oorzaak kan zijn voor hospitalisatie.

13. Effect op hulpverlener

Bij de hulpverleners kwam naar voren dat zij het als een uitdaging zien als iemand beginnende kenmerken van hospitalisatie laat zien. Zij zien het als een uitdaging om iemand toch weer in te laten zien dat zij naar huis moeten werken, dat zij weer terug moeten keren naar de maatschappij.

Bij één persoon kwam naar voren dat het soms wel lastig is om niet mee te gaan in de hulpeloosheid van de patiënten. De patiënten kunnen soms een bepaalde hulpeloosheid uitstralen. Er wordt aangegeven dat het dan soms wel lastig is om hier als hulpverlener een uitdaging in te blijven zien.

Wat het team gezamenlijk aangeven, is dat wanneer een patiënt duidelijk laat zien gehospitaliseerd te zijn of het proces helemaal stagneert, zij een machteloos of gefrustreerd gevoel krijgen. Er wordt aangegeven dat de houding naar de patiënt overigens niet verandert. Er gaat dan wel veel spelen binnen het team. Zij vinden dat, wanneer een patiënt hospitaliseert, zij daar als team aandeel in hebben door bijvoorbeeld een verkeerd beleid. Het team geeft aan dat het beleid dan aangepast moet worden. In het interview komt ook naar voren dat dit laatste wel voor frustratie binnen het team kan zorgen.

We kunnen dus concluderen dat de hulpverleners hospitalisatie over het algemeen als een uitdaging zien. Wanneer het niet lijkt te verbeteren en een patiënt alleen maar verder hospitaliseert, dan wordt er binnen het team gekeken naar mogelijkheden om hier iets aan te doen. Lijken oplossingen of bepaald beleid geen effect op de patiënt te hebben, zorgt dit bij de hulpverleners voor frustratie of een machteloos gevoel.

6.2 **Conclusie vragenlijst**

Uit de vragenlijst is gebleken dat bijna elk kenmerk in verband staat met één of meerdere stemmingsstoornissen, en dan voornamelijk de depressieve stoornis. Dit hangt mogelijk samen met het gegeven dat de kenmerken van depressie bijna gelijk zijn aan de kenmerken van hospitalisatie.

In vergelijking met de stemmingsstoornissen, komen de angststoornissen minder naar voren. Wanneer een kenmerk wel aan een bepaalde angststoornis wordt gekoppeld, is dit veelal de sociale angststoornis. Mogelijk dat dit samenhangt met de behoefte aan veiligheid die de patiënt nodig heeft, wat een groter risico kan zijn op hospitalisatie.

Het enige kenmerk dat het meeste aan angststoornissen wordt gekoppeld, is het kenmerk verlies van individualiteit.

Uit de vragenlijst blijkt dat er twee kenmerken zijn die amper op de afdeling voor komen, namelijk afstomping van het intellectuele functioneren en karakteristieke houdingen. De reden dat karakteristieke houdingen minder gesignaleerd wordt door de hulpverleners, hangt mogelijk samen met onduidelijkheid over het begrip. De meeste hulpverleners hadden namelijk aangegeven het niet te weten of dit begrip voor komt op de afdeling.

Uit bovenstaande kunnen we concluderen dat mensen met een stemmingsstoornis een groter risico lopen om gehospitaliseerd te raken dan mensen met een angststoornis. Volgens ons is de oorzaak hiervan dat de kenmerken van hospitalisatie in een grotere mate overéén komen met de kenmerken van stemmingsstoornissen dan met de kenmerken van angststoornissen. De stoornissen die er uit springen, is bij de stemmingsstoornis de depressie en bij de angststoornis de sociale angststoornis.

6.3 Verband tussen interview en vragenlijst

Wanneer we de conclusies van het interview en de vragenlijst naast elkaar leggen, zien we hiertussen een aantal verbanden.

Ten eerste zien we dat we kunnen concluderen dat de kenmerken van depressie en de kenmerken van hospitalisatie bijna geheel overéén komen. De hulpverleners vonden het moeilijk hierin onderscheid te maken en vroegen zich af wanneer je spreekt van hospitalisatie of van depressie. Dit gegeven gaan wij meenemen in onze aanbevelingen.

Ten tweede zien we een logisch gevolg van het eerste punt. Bijna elk kenmerk van hospitalisatie uit de vragenlijst staat in verband met de stemmingsstoornissen. Ook komt dit naar voren in het interview.

We zien dat de kenmerken van hospitalisatie aanzienlijk minder bij angststoornissen voor komen. Wanneer het wel bij angststoornissen voor komt, zien we de kenmerken veelal bij de sociale angststoornis terug.

Het derde verband dat we zien tussen het interview en de vragenlijst is veiligheid als risicofactor voor hospitalisatie. Uit de interviews en vragenlijsten komen een aantal mogelijke oorzaken voor deze veiligheid naar voren.

Ten eerste wordt er aangegeven dat het leefklimaat ervoor zorgt dat er een bepaalde mate van veiligheid is. Het is immers een ondersteunend en beschermend leefklimaat, wat overigens ook bij de doelgroep past, maar wat wel zorgt voor veel veiligheid.

Daarnaast zien we dat patiënten zich door dit leefklimaat daadwerkelijk veilig voelen en zij zijn over het algemeen tevreden op de afdeling.

Als laatste verband zien we dat van de angststoornissen over het algemeen de sociale angststoornis veelal wordt genoemd in verband met een kenmerk van hospitalisatie.

Kenmerkend voor iemand met een sociale angststoornis is de behoefte aan veiligheid. De veiligheid wordt op de afdeling gegeven en dit verhoogt de kans op hospitalisatie.

7. Aanbevelingen afdeling stemmings- en angststoornissen

Inleiding

Uit de interviews en vragenlijsten zijn een aantal conclusies gekomen die we in het vorige hoofdstuk beschreven hebben. Aan de hand van de uitkomsten van de interviews en vragenlijsten willen we in dit hoofdstuk de aanbevelingen voor de afdeling stemmings- en angststoornissen gaan geven.

In hoofdstuk 6.1 zullen we alle aanbevelingen omschrijven en in hoofdstuk 6.2 zetten we de aanbevelingen in een overzichtelijk schema, zodat snel duidelijk wordt wat haalbaar is en wat niet.

7.1 Aanbevelingen

7.1.1 *Patiënt moet verplicht een fiets op het terrein hebben*

Binnen de interviews is de vraag gesteld in hoeverre de ligging van Zon & Schild bijdraagt aan hospitalisatie. Hieruit is naar voren gekomen dat de ligging niet zozeer een probleem hoeft te zijn, maar dat dit eerder het openbaar vervoer is. Patiënten kunnen het eng of moeilijk vinden om met het openbaar vervoer te gaan.

Wat niet binnen de interviews en de vragenlijsten naar voren is gekomen, maar wat wij zelf hebben geconstateerd op de afdeling, is dat de patiënten vaak zelf geen fiets hebben op Zon & Schild.

Wij willen aanbevelen dat het een voorwaarde voor opname zou moeten zijn voor patiënten, om hun fiets mee te nemen naar Zon & Schild.

Hier zitten een aantal voordelen aan. Ten eerste kost het de patiënt geen geld om naar de stad te gaan met de fiets, waardoor er een belemmering wegvalt. Ten tweede kunnen zij altijd de fiets pakken, terwijl de bus niet altijd gaat.

Wij vinden dat iedere patiënt verplicht een fiets mee zou moeten nemen wanneer zij in behandeling gaan, zodat zij zich zelfstandig kunnen bewegen. Ook kan het zo gemakkelijker zijn om de stap naar buiten te maken, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk buiten Zon & Schild. Patiënten zijn dan niet afhankelijk van het openbaar vervoer en hoeven geen rekening te houden met kosten voor buskaartjes of met bustijden.

Er zullen natuurlijk wel altijd uitzonderingen zijn, bijvoorbeeld patiënten die geen fiets hebben. Het is belangrijk dat dit een bespreekpunt is bij een intakegesprek. Er zal dan gekeken moeten worden naar een oplossing.

Wij hebben binnen deze aanbeveling nog naar een aantal andere mogelijkheden gekeken. Binnen Nederland wordt er het zogenaamde 'witte fietsenplan' uitgevoerd. Het idee erachter is om in een bepaald gebied allemaal witte fietsen neer te zetten die mensen binnen dit gebied gratis kunnen gebruiken. Dit concept zou ook gebruikt kunnen worden binnen Zon & Schild. Hier hebben wij niet voor gekozen, omdat het de instelling veel geld kost (aanschaf van zoveel fietsen). Daarnaast vallen de patiënten in de maatschappij extra op, terwijl het juist de bedoeling is hen te laten integreren in de maatschappij en hier weer onderdeel van te laten worden. Wat wel een optie is, is om één fiets aan te schaffen op de afdeling en deze te gebruiken als leenfiets voor de patiënten, die om een reden geen eigen fiets op het terrein hebben.

Wij hebben ook nog nagedacht over het stallen van de fietsen. Naar ons idee is dit geen probleem. Tegenover de ingang van de afdeling is namelijk een fietsenstalling waar de patiënten hun fietsen kwijt kunnen.

Verder kan het voor komen dat de fiets van een patiënt kapot gaat. Het beste zou dan zijn dat de patiënt met de fiets naar een fietsenmaker in de stad gaat, maar eventueel is er ook nog een fietsenmaker op het terrein.

7.1.2 Doorstroom van patiënten kan sneller

Ten tweede hebben wij geconcludeerd, dat het doorstromen naar een volgende behandelgroep, bijvoorbeeld de deeltijd, niet altijd even soepel verloopt. Vaak gaat dit wel goed, maar er wordt ook gesignaleerd dat er patiënten zijn die langer dan de bedoeling is op de afdeling blijven, terwijl zij al wel naar bijvoorbeeld een deeltijdgroep lijken te kunnen. Uit de vragenlijsten komt niet duidelijk naar voren wat hier de oorzaak van is. Het lijkt vaak een samenloop van omstandigheden te zijn.

Er is echter één oorzaak die wel duidelijk is. Dat is dat de behandelplanbespreking voor een patiënt maar ongeveer 1 keer in de 8 weken plaatsvindt. Dit is erg weinig wanneer er snel een beslissing over structurele veranderingen gemaakt moet worden. Hier gaan we later nog op in. Omdat er niet een eenduidige oorzaak naar voren komt, waarom de doorstroming niet altijd even soepel verloopt, willen we dit punt als aandachtspunt in de aanbevelingen zetten. Het is volgens ons belangrijk om goed op de doorstroming van de patiënten te letten en er met elkaar over in gesprek te blijven. Het is niet gunstig voor de patiënt, evenals voor de afdeling, dat een patiënt langer dan nodig opgenomen blijft.

7.1.3 Patiënten om de 4 weken evalueren in de behandelplanbespreking

Bij het tweede punt noemden we al de behandelbespreking. Iedere week wordt er door het team één of meer patiënten besproken, waardoor een patiënt maar ongeveer 1 keer in de 6 á 8 weken aan de orde komt. Het gaat hier dan om het wijzigen van behandeldoelen, behandelplan en er wordt gekeken naar hoe het met de patiënt gaat. Iedere patiënt komt ongeveer om de 6 á 8 weken aan bod.

In een interview komt naar voren dat dit te weinig zou zijn. Er wordt aangegeven dat door deze langzame cyclus structurele veranderingen langer blijven liggen, bijvoorbeeld het doorstromen naar een volgende behandelgroep.

Ons advies zou zijn om iedere patiënt om de 4 weken te evalueren. Het voordeel hiervan is dat er op multidisciplinair niveau beter zicht op iedere patiënt blijft en de structurele veranderingen sneller kunnen plaatsvinden.

Er zit echter ook een nadeel aan en dat is de tijd die het in beslag neemt. Want als iedere patiënt om de 4 weken geëvalueerd wordt, moeten er meerdere patiënten per behandelbespreking besproken worden.

Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn, dat er een strakke planning gemaakt wordt of dat de behandelplanbespreking bijvoorbeeld een half uur langer gaat duren.

De tijd is iets dat binnen het team op multidisciplinair niveau besproken zal moeten worden. Kost het bovenstaande echter te veel tijd of is het niet mogelijk om te realiseren, dan zou er, als dit nog niet gebeurt, gekeken kunnen worden naar de mogelijkheid om sneller en rechtstreeks, met de hoofdbehandelaar contact te zoeken, bijvoorbeeld via e-mail. Op deze manier kunnen eventuele beslissingen ook sneller doorgevoerd worden.

7.1.4 Zelfstandig koken

De vierde aanbeveling die we willen doen heeft betrekking op het koken. Op dit moment is er veel veranderd binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen en koken de patiënten helemaal niet meer. Eerder deden zij dit twee keer per week.

Wij willen adviseren om de patiënten weer te laten koken, zodat zij meer zelfstandig worden en hospitalisatie kan worden voorkomen.

Wanneer zij voor zichzelf gaan koken, kunnen zij niet meer op de bank zitten wachten op hun eten, dit gebeurt thuis immers ook niet.

Wij bevelen dus aan dat de groep weer twee keer in de week gaat koken.

Andere vormen van hoe het zelfstandig koken ook opgepakt zou kunnen worden zijn de volgende.

Ten eerste is het mogelijk om iedere dag één of twee patiënten te laten koken voor de gehele groep. Hiermee is de afdeling helemaal niet meer afhankelijk van het eten dat verzorgd wordt door de instelling. Daarnaast worden de patiënten hiermee meer op hun zelfstandigheid aangewezen. Er moeten namelijk vaker boodschappen worden gedaan en meer worden gekookt.

Wat een probleem zou kunnen zijn is het budget van de afdeling. Het kost namelijk meer geld. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om het budget van het voedsel dat normaal verzorgd wordt door de instelling, nu door de afdeling zelf kan worden uitgegeven aan eten.

Het is lastig voor ons om hier uitspraken over te doen aangezien wij verder geen zicht op hebben op het budget van de afdeling. Daarom willen wij het bij een advies laten en zullen wij weergegeven in een schema wat de voor- en nadelen er van zouden kunnen zijn. Deze is weergegeven in paragraaf 7.2.

Ten tweede is het mogelijk dat er iedere dag één of meerdere patiënten hun eigen eten verzorgen en de rest van de groep gewoon eet wat zij hebben besteld. Vervolgens eten diegenen die hebben gekookt niet mee met de groep, maar zij eten apart. De gedachte hierachter is dat je thuis ook niet (altijd) met een hele groep eet en er voor kookt. Ze moeten ook leren om voor zichzelf te koken.

De genoemde aanbevelingen met betrekking tot het koken kunnen ook met elkaar gecombineerd worden. Dat er bijvoorbeeld dagen zijn dat er voor de hele groep wordt gekookt door een patiënt, maar dat ze ook een keer allemaal aan de beurt komen om zelfstandig en alleen hun eten te koken en op te eten.

7.1.5 Oorzakenkaart hospitalisatie en depressie

Onze laatste aanbeveling is eigenlijk niet zo zeer een aanbeveling, maar iets concreets voor de hulpverleners op de afdeling zelf, waar ze direct iets aan hebben.

Uit de conclusie is al naar voren gekomen dat de kenmerken van depressie en de kenmerken van hospitalisatie bijna geheel overéén komen. De hulpverleners vond het moeilijk hierin onderscheid te maken en vroegen zich ook af wanneer je spreekt van hospitalisatie of van depressie.

Om dit duidelijk te maken hebben wij een kaart gemaakt waarop staat aangegeven wat de oorzaken zijn van een depressie en van hospitalisatie, met de overeenkomstige kenmerken erbij. Zo kan men mogelijk op de afdeling, hospitalisatie beter onderscheiden van depressie. Verder wordt er op de kaart weergegeven, in een vicieuze cirkel, hoe hospitalisatie ontstaat en in stand wordt gehouden, als je dit niet doorbreekt. Deze kaart is in bijlage 5 terug te vinden.

7.2 Aanbevelingen in tabel

7.2.1 Multi - criteria analyse

Bij het uitwerken van de aanbevelingen maken we gebruik van de multi - criteria analyse. Deze bestaat uit het vaststellen van een aantal criteria voor het vergelijken van aanbevelingen. Bij iedere aanbeveling geven we kort aan of het uitvoerbaar is, of er kosten zijn en wat deze dan zijn, hoeveel tijd het kost en of het haalbaar is.

Aanbevelingen	Uitvoerbaarheid	Kosten	Tijd	Haalbaarheid
<i>Patiënt moet verplicht een fiets op het terrein hebben</i>	Redelijk goed uitvoerbaar.	Geen kosten voor instelling, tenzij er 1 leenfiets wordt aangeschaft, maar dit hoeft niet veel te zijn. Eventueel wel voor patiënt wanneer hij/zij geen fiets heeft.	Kost geen tijd, wordt in de intake besproken.	Het is redelijk haalbaar. Wanneer patiënt geen fiets heeft, dan overleggen hoe dit op te lossen.
<i>Doorstroom van patiënten kan sneller; hier alert op zijn</i>	Redelijk uitvoerbaar; oorzaak is onbekend.	Het langer vasthouden van een patiënt kost geld. Wachtlijsten groter.	Kost weinig tijd. Er dient geobserveerd en overlegt te worden.	Wanneer iedereen alert is op dit probleem en er vindt overleg over plaats, is dit probleem op te lossen.
<i>Patiënten om de 4 weken evalueren in behandelplan bespreking</i>	Vrij lastig uitvoerbaar.	Geen kosten aan verbonden. Tenzij er langer word besproken. Iedereen moet immers uitbetaald krijgen.	Wanneer het team hiervoor kiest, gaat er wekelijks ongeveer een half uur meer tijd in zitten.	Het is haalbaar, mits het hele team dit halve uur extra eraan kan/wil besteden.
<i>Twee per week koken voor hele groep</i>	Dit is goed uitvoerbaar. Wanneer het niet uitkomt met het programma, dient er later gegeten te worden.	Er zijn kosten aan verbonden, maar niet meer dan toen er nog gekookt werd. Het budget is dus beschikbaar.	Het kost alleen de patiënten tijd en dit is in te passen in het programma.	Het is haalbaar.
<i>Iedere dag kookt iemand voor zichzelf</i>	Dit is goed uitvoerbaar.	De kosten zullen niet meer zijn dan wanneer er twee keer per week voor de hele groep wordt gekookt.	Het kost alleen de patiënten tijd en dit is in te passen in het programma.	Het is haalbaar.

Aanbevelingen	Uitvoerbaarheid	Kosten	Tijd	Haalbaarheid
<i>Iedere dag koken voor de hele groep</i>	Dit lijkt ons redelijk goed uitvoerbaar.	De kosten zijn hoger, maar er wordt geen gebruik meer gemaakt van algemene eten.	Het kost de patiënten meer tijd.	Onbekend of dit haalbaar is. Dit moet nagevraagd worden aan bv. teamleider.
<i>Kaart verschillen/ oorzaken van hospitalisatie en depressie</i>	De kaart wordt door ons gemaakt en komt op kantoor te liggen van de hulpverleners. Het is dus goed uitvoerbaar.	Voor de hulpverleners zijn er geen kosten aan verbonden.	Het kost geen tijd.	De hulpverleners kunnen het gebruiken wanneer zij iets willen weten. Het is een haalbare aanbeveling.

7.2.2 Risicoanalyse

Door middel van de risicoanalyse wordt er in kaart gebracht wat er verkeerd kan gaan en welke acties ondernomen moeten worden om deze risico's te voorkomen. Het is een inventarisatie en weging van mogelijke belemmeringen.

Aanbevelingen	Wat kan er misgaan?	Waardoor wordt dit veroorzaakt?	Hoe kun je dit voorkomen?	Wat doen als het probleem zich voordoet?	Wie onderneemt actie?
<i>Patiënt moet verplicht een fiets op het terrein hebben</i>	Dat de patiënt geen eigen fiets heeft en hier ook niet aan kan komen.	Persoonlijke situatie van de patiënt.	Dit is niet te voorkomen.	Zoeken naar een oplossing met patiënt (misschien fiets lenen/kopen) of als afdeling een leenfiets aanbieden.	De hulpverlener en sturend behandelaar zijn bij de intake, dus zij kaarten dit aan en kijken naar eventuele oplossing. Als er een leenfiets wordt aangeboden, dient deze natuurlijk al op de afdeling te zijn.
<i>Doorstroom van patiënten kan sneller; hier alert op zijn</i>	Dat de patiënten toch niet snel genoeg doorstromen naar vervolgbehandeling.	Kan samenhangen met de evaluatie van de patiënt in de behandelplanbespreking.	Zie onderstaande aanbeveling.	Planning van evaluatie als eerste prioriteit stellen.	Zowel de hoofdbehandelaar als het verpleegkundig team.
<i>Patiënten om de 4 weken evalueren in behandelplan bespreking</i>	Het team kan tijd tekort komen om zo vaak te evalueren.	Een te korte behandelplanbespreking voor zoveel patiënten.	Meer tijd inplannen of zoeken naar andere (snellere) manier van communicatie, bv. meer email contact.	Bij tijdgebrek dient er een strakkere planning gemaakt te worden en goede afspraken maken over wie hoeveel tijd heeft.	Het verpleegkundig team dient een tijdsvoorstel te doen. Vervolgens kan hoofdbehandelaar akkoord gaan en de tijd bewaken.

Aanbevelingen	Wat kan er misgaan?	Waardoor wordt dit veroorzaakt?	Hoe kun je dit voorkomen?	Wat doen als het probleem zich voordoet?	Wie onderneemt actie?
<i>Twee per week koken voor hele groep</i>	Dat patiënten niet willen koken.	Ziektebeeld en/of te weinig motivatie.	Bespreekbaar maken in groepsgesprek en afspraken maken.	Bespreekbaar maken.	Het verpleegkundig team.
<i>Iedere dag kookt iemand voor zichzelf</i>	Dat de patiënt niet zelfstandig kan koken of geen motivatie heeft.	Onbekwaamheid of ziektebeeld.	Dat er altijd voldoende hulpverleners aanwezig zijn om te helpen of bespreekbaar maken in groepsgesprek.	Hulpverlener moet begeleiding bieden of dit regelen met een groepsgenoot. Bij onvoldoende motivatie bespreekbaar maken.	De aanwezige hulpverlener of een aangewezen groepsgenoot.
<i>Iedere dag koken voor de hele groep</i>	Het kan dat er niet genoeg budget vrijgemaakt kan worden en dat een patiënt niet zelfstandig kan koken. Ook motivatie kan spelen.	Te weinig budget. Onbekwaamheid. Ziektebeeld.	Te weinig budget kan niet voorkomen worden. Bij onbekwaamheid kan er begeleiding bij zijn. Bij geen motivatie bespreekbaar maken (in de groep).	Bij te weinig budget kan de aanbeveling niet doorgaan. Bij onbekwaamheid begeleiding bieden. Bij geen motivatie afspraken maken.	De hulpverleners.
<i>Kaart verschillen/ oorzaken van hospitalisatie en depressie</i>	N.v.t.: het is een concrete aanbeveling waarbij het team zelf kan bepalen wat ermee te doen.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

8. Verantwoording antwoorden hoofd- en deelvragen

Inleiding

In dit hoofdstuk willen wij ingaan op de hoofdvraag en op de deelvragen die wij aan het begin van dit rapport, in de inleiding, hebben gesteld.

Dit hoofdstuk hebben wij bijna aan het einde van het rapport geplaatst om te laten zien dat we de hoofdvraag en alle deelvragen daadwerkelijk hebben beantwoord.

8.1 Hoofdvraag

Onze hoofdvraag luidde als volgt:

In hoeverre is er sprake van hospitalisatie onder patiënten, binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie Symfora groep, Locatie Zon & Schild en wat kunnen de hulpverleners van deze afdeling daarin betekenen, om dit terug te dringen?

Op het eerste deel van de vraag: *'In hoeverre is er sprake van hospitalisatie onder patiënten, binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie Symfora groep, Locatie Zon & Schild...'*, geven wij antwoord in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk geven wij in een conclusie aan, wat er uit de afgenomen interviews en vragenlijsten is gekomen.

Daarnaast leggen wij nog een verband tussen de uitkomsten uit de interviews en de uitkomsten uit de vragenlijsten.

In de conclusies komen ook de eventuele oorzaken van hospitalisatie binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen aan bod.

We kunnen uiteindelijk zeggen dat er binnen de afdeling sprake is van een subtiele vorm van hospitalisatie. We spreken dan over signalen die op het begin van hospitalisatie wijzen, zoals die ook in het kort als voorbeeld benoemd zijn in hoofdstuk 2, *paragraaf 2.2*.

Het tweede deel van de hoofdvraag is: *'...wat kunnen de hulpverleners van deze afdeling daarin betekenen, om dit terug te dringen?'*.

Op dit tweede deel van de vraag geven wij antwoord in hoofdstuk 7. In dit hoofdstuk komen de aanbevelingen voor de hulpverleners van de afdeling aan bod. Wij hebben gekozen voor heel concrete oplossingen die door de hulpverleners zelf geregeld kunnen worden. Hier hebben wij voor gekozen, omdat het dan laagdrempeliger is om de aanbevelingen ook daadwerkelijk uit te voeren.

8.2 Deelvragen

Wij hebben drie deelvragen gesteld. De eerste deelvraag is de volgende:

- *Wat houdt het begrip 'hospitalisatie' in?*

Op deze deelvraag geven wij uitgebreid antwoord in hoofdstuk 2. Wij geven in dit hoofdstuk een aantal definities van hospitalisatie, waaruit wij uiteindelijk een eigen definitie formuleren. Daarnaast geven wij informatie over de kenmerken en de oorzaken van hospitalisatie. Op deze manier wordt voor de lezer van dit rapport goed duidelijk wat het begrip hospitalisatie inhoudt.

De tweede deelvraag die wij hebben gesteld is de volgende:

- *Wat merken/zien hulpverleners binnen Zon & Schild van hospitalisatie op de afdeling stemmings- en angststoornissen?*

Op deze deelvraag geven wij antwoord in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk schrijven wij de conclusie die uit de afgenomen interviews en vragenlijsten is gekomen. In deze conclusie

komt naar voren wat de hulpverleners merken/zien van hospitalisatie op de afdeling stemmings- en angststoornissen.

Voor een uitgebreider antwoord op de deelvraag, kan de bijlage gelezen worden. Bijlage 5 bevat de compleet uitgeschreven interviews en de bijlagen 7 en 8 bevatten de uitkomsten van de vragenlijsten.

De derde deelvraag luidt als volgt:

- *Wat zegt de literatuur over de mogelijkheden die er zijn, voor hulpverleners, om hospitalisatie terug te dringen binnen de doelgroep stemmings- en angststoornissen?*

Wij hebben literatuur opgezocht die aanbevelingen aangaven om hospitalisatie terug te dringen. De moeilijkheid hierbij was dat wij ons onderzoek op een heel specifieke doelgroep richten. Daarnaast doen wij het onderzoek binnen de kortdurende psychiatrie, terwijl hospitalisatie over het algemeen meer binnen langdurige opnames voor komt. De aanbevelingen die in boeken naar voren kwamen, waren hier dan ook meer op gericht. Ook waren de aanbevelingen heel specifiek op een bepaalde doelgroep gericht, maar niet op stemmings- en angststoornissen. Om deze redenen hebben wij ervoor gekozen om geen aanbevelingen uit de theorie te gebruiken, maar zelf aanbevelingen te ontwerpen. Hierdoor zijn onze aanbevelingen goed afgestemd op kortdurende psychiatrie en op de doelgroep stemmings- en angststoornissen.

9. Productverslag

Inleiding

Binnen het productverslag komen drie hoofdpunten naar voren:

1. Verslag over het eindproduct;
2. Beschrijving van het project vanaf de vorming van de projectgroep tot aan het uiteindelijke eindproduct;
3. Verantwoording van de individuele theoretische bijdragen;

9.1 Verslag over het eindproduct

Het proces wat wij hebben doorlopen om tot dit eindproduct te komen wordt beschreven in de aankomende paragrafen van dit hoofdstuk. Maar om een helder beeld te geven over ons eindproduct, worden hieronder in een tabel weergegeven wat de sterke punten zijn, maar ook de zwakke punten en beperkingen worden naar voren gebracht.

<u>Sterke punten</u>	<u>Zwakke punten/ beperkingen</u>
- <i>Aleida</i>; Zij werkte zelf op de afdeling, waardoor er al een persoonlijke band was met de opdrachtgever en het team. Hierdoor kon de communicatie snel en soepel verlopen. - <i>Informatie</i>; Er is binnen het onderzoek veel aandacht besteed aan het op de hoogte houden van het onderzoek en uitleg erover aan de hulpverleners. Wat mogelijk heeft kunnen bijdragen aan de medewerking en motivatie. - <i>Concrete, duidelijke en gemakkelijk in te vullen vragenlijst</i>, wat gerichte en feitelijke informatie heeft opgeleverd en dus betrouwbaar(der). - <i>Persoonlijk en individueel afgenomen interviews</i>, wat mogelijk heeft kunnen bijdragen aan de vertrouwensband die heeft kunnen leiden tot een geïnteresseerde houding en volledige medewerking. - <i>Labelen van de interviews</i>; Hierdoor hebben we alleen noodzakelijk en feitelijke informatie gebruikt, wat een bijdrage heeft geleverd aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. - <i>Extra informatie verkregen met de interviews</i>, namelijk in hoeverre er gesproken kan worden van hospitalisatie, wat het zwakke punt van de vragenlijst heeft aangevuld.	- <i>Weinig (relevante) informatie in boeken</i> over hospitalisatie, waardoor we bij de inhoudelijke oriëntatie maar van weinig bronnen gebruik konden maken. - <i>Geen informatie in boeken over hospitalisatie in combinatie met stemmings- en angststoornissen</i>, waardoor wij met onze eigen kennis en achtergrond een link moesten leggen. - <i>Niet een volledig team hebben kunnen ondervragen</i>. Er was één teamlid afwezig, waardoor we een kleiner aantal mensen hebben kunnen ondervragen. Dit heeft zeker invloed op de uitkomsten omdat het al om een klein aantal mensen ging. - <i>Vragenlijst</i>; we hebben niet in de vragenlijst verwerkt of de kenmerken die in de vragenlijst aan de orde kwamen, voortkwamen vanuit de psychiatrische stoornis van de patiënt of vanuit hospitalisatie. - <i>Onverstaanbaarheid van de opnamen</i>; waardoor we de interviews niet in z'n geheel konden uitschrijven en er stukken zijn weggevallen, die mogelijk wel relevante informatie bevatten. - <i>Bezwaar opname interview</i>; Hierdoor hebben we alleen mee kunnen schrijven. Het interview is hiermee minder betrouwbaar geworden en bevat maar een kleine hoeveelheid informatie.

- <i>Gebruik van SPSS</i>, waardoor de berekening van de gegevens uit de vragenlijsten klopt. Daarbij gaan wij er vanuit dat wij zelf de gegevens goed hebben ingevoerd. - <i>Zelf ontwerpen van aanbevelingen</i>; Hierdoor zijn de aanbevelingen goed afgestemd op kortdurende psychiatrie en op de doelgroep stemmings- en angststoornissen.	- <i>Snel moeten afronden van het verslag i.v.m. met vakantie opdrachtgever</i>; wat mogelijk tot minder alertheid heeft geleid bij het afronden van de laatste dingen. Hier hoeft overigens niet per se sprake van te zijn, maar er is de mogelijkheid dat dit heeft meegespeeld.
--	--

9.2 Beschrijving van het project vanaf de vorming van de projectgroep tot aan het uiteindelijke eindproduct

9.2.1 Evaluatiemomenten

De overleg- en evaluatiemomenten verliepen heel prettig. We konden telkens snel en gemakkelijk een afspraak maken, zowel met onze opdrachtgever en de projectdocent. Met onze opdrachtgever hebben we voornamelijk telefonisch en via e-mail contact gehad. We hebben al deze contactmomenten als voldoende ervaren. Het hadden er niet meer hoeven te zijn, maar ook niet minder. Het kon ook op deze manier, omdat Aleida op de afdeling werkt. Als dit niet zo was geweest dan hadden er meer contactmomenten moeten plaatsvinden met de opdrachtgever.

9.2.2 Vorming projectgroep

In eerste instantie wilden we allebei alleen ons onderzoek doen. Maar vanuit de opleiding werd er op aangedrongen dat het beter was om het onderzoek in minimaal tweetallen uit te voeren. Om die reden hebben we besloten om het toch maar samen te doen. Van te voren hebben we beide onze verwachtingen uitgesproken over de samenwerking met elkaar. Hierover zaten we precies op één lijn. Daarnaast wilden we beiden een onderzoek doen binnen Zon & Schild, omdat we daar allebei werkzaam zijn. We hebben samen besloten het onderzoek uit te voeren binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen, waar Aleida werkzaam is.

9.2.3 Werkplan

Ons werkplan was in één keer goedgekeurd, wat heel prettig was. Hierdoor konden we meteen aan de slag. De plannen die we voorlegden aan onze opdracht en projectdocent waren ook prima, dus we hadden een hele positieve start.

Moeilijk was om een tijdsplanning te maken. Je hebt namelijk nog geen flauw idee van hoe alles gaat verlopen en hoeveel tijd iets zal gaan kosten. We hebben ons tijdens het werken aan de volgorde en de maanden gehouden. Behalve op het einde. Onze planning liep namelijk tot en met half juni, terwijl ons project eind mei af moest zijn. Verder hadden we in onze planning de tijd voor het maken van de aanbevelingen niet opgenomen. Al met al is het goed gekomen, maar het heeft ons met name op het einde veel energie gekost om het klaar te krijgen.

Wij zelf zijn naar de instelling gekomen met de vraag of wij daar een onderzoek mochten doen naar de hospitalisatie binnen de instellingen. Aleida, die werkt binnen de afdeling, had al vernomen dat dat een actueel onderwerp was binnen de afdeling.

Met dit onderzoek hebben wij inzichtelijk kunnen maken in hoeverre er sprake is van hospitalisatie onder patiënten binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen en wat de hulpverleners daarin kunnen betekenen, om dit terug te dringen.

Om dit doel te behalen hebben wij een aantal deelvragen gemaakt en naar aanleiding van die vragen zijn wij van start gegaan met ons onderzoek. Op alle vragen hebben wij uiteindelijk een antwoord kunnen vinden.

9.2.4 Bronnenstudie

Voordat we zijn begonnen aan het uitvoeren van het onderzoek hebben we eerst een bronnenstudie gedaan. Sanne heeft zich voornamelijk verdiept in het begrip hospitalisatie en Aleida heeft zich met name bezig gehouden met de stemmings- en angststoornissen. Dit hebben we vervolgens samengevoegd.

Problemen die we tegenkwamen bij de bronnenstudie was de weinige relevante informatie die te vinden was over hospitalisatie. Veel oudere boeken gaan over hospitalisatie, maar nu lees je er nog maar weinig over. Boeken en tijdschriften aanvragen bij andere bibliotheken heeft ook behoorlijk wat tijd gekost. Uiteindelijk hebben we nog wel een aantal relevante en belangrijke bronnen kunnen vinden.

Doormiddel van de bronnenstudie konden we een vragenlijst en een interview ontwerpen, waarmee we inzicht hebben kunnen krijgen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie op de afdeling en hier aanbevelingen voor hebben kunnen doen. Op deze manier hebben we het begrip hospitalisatie vertaald naar de praktijk in combinatie met stemmings- en angststoornissen.

9.2.5 Meetinstrument

Het lastige was om goed vast te stellen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie. Hier is immers nog geen meetinstrument voor ontwikkeld. Dit moesten wij zelf doen. De vragenlijsten waren bedoeld om er achter te komen welke kenmerken van hospitalisatie voorkomen op de afdeling, in welke mate deze kenmerken voorkomen en bij welke psychiatrische stoornis(sen). Dit was van belang omdat we op deze manier konden vaststellen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie op de afdeling onder de patiënten.

Aan dit meetinstrument zaten nog wel wat haken en ogen. Zo hebben we niet in de vragenlijst verwerkt of de kenmerken die in de vragenlijst aan de orde kwamen, voortkwamen vanuit de psychiatrische stoornis van de patiënt of vanuit hospitalisatie. Hierdoor hebben we uiteindelijk met de vragenlijst in beeld gebracht welke kenmerken voorkomen van hospitalisatie op de afdeling, maar niet of deze kenmerken voortkomen vanuit hospitalisatie. En wij hebben met de vragenlijst in beeld gebracht welke stoornissen gevoelig zijn voor hospitalisatie en hoe vaak de kenmerken voorkomen.

Naast de vragenlijst hebben wij ook gebruik gemaakt van een interview dat we mondeling en individueel hebben afgenomen. Het afnemen van het interview was bedoeld om er achter te komen of de hulpverleners helder hebben wat hospitalisatie inhoudt, oorzaken te achterhalen en effecten op de hulpverleners te achterhalen. Dit hebben we ook achterhaald, maar wat we ook hebben duidelijk gekregen met de interviews is in hoeverre er gesproken kan worden van hospitalisatie. Dat gene wat we dus misten in de vragenlijst, hebben we doormiddel van het interview naar boven gekregen. Op die manier hebben de meetinstrumenten elkaar aangevuld, waardoor wij toch een antwoord hebben kunnen geven op de probleemstelling. Hierdoor hebben we gerichte aanbevelingen kunnen doen, met betrekking tot het terugdringen van hospitalisatie onder de patiënten.

9.2.6 Data-invoer/ verwerking

Tijdens het invoeren van onze gegevens in SPSS hadden we een tegenslag. Na het allemaal ingevoerd te hebben, bleek er een fout in het programma te zitten waardoor het met geen

mogelijkheid opgeslagen kon worden. Hierdoor moesten we zelf het programma aanschaffen. Dit is gelukkig gelukt, binnen een korte tijd, waardoor we snel alles konden invoeren en ons aan ons tijdsschema konden houden.

Het verwerken van de interviews was ook lastig. We hadden de interviews opgenomen, maar het was achteraf moeilijk verstaanbaar, waardoor we de interviews niet in zijn geheel konden uitschrijven en er stukken zijn weggevallen, die mogelijk wel relevante informatie bevatten. Daarnaast was er één persoon die bezwaar had tegen opname van het interview. Hierdoor hebben we alleen mee kunnen schrijven. Het interview is hiermee minder betrouwbaar geworden en bevat maar een kleine hoeveelheid informatie.

Uiteindelijk hebben we wel een antwoord kunnen vinden op ons probleem, waardoor de informatie uit de vragenlijsten en de interviews wel voldoende waren.

9.2.7 Afronding

De week dat wij zelf onze presentatie hadden gepland kon niet. Hierdoor moesten wij alles een week eerder af hebben. Dit zorgde wel voor enige druk. Verslag over ons eindproduct is te lezen in *paragraaf 7.1*.

9.3 Verantwoording van de individuele theoretische bijdragen

Doordat we beiden het GGZ-traject volgen binnen de opleiding, en ook werkzaam zijn binnen de psychiatrie hadden we, voordat we het project startten, al enige kennis over hospitalisatie en stemmings- en angststoornissen.

Dit heeft er aan bijgedragen dat wij al precies wisten waar we het over hadden in de bronnenstudie en ondanks de weinige relevante informatie over hospitalisatie en al helemaal niet in combinatie met stemmings- en angststoornissen, toch gemakkelijk die link tussen beiden hebben kunnen leggen.

Omdat Aleida werkzaam was op de afdeling waar ons onderzoek heeft plaatsgevonden heeft zij zich met name verdiept in de theorie over stemmings- en angststoornissen. Op de afdeling was ook een grote hoeveelheid informatie beschikbaar, die we goed voor het onderzoek hebben kunnen gebruiken.

Sanne heeft zich verdiept in hospitalisatie. Op deze manier hebben we de theorie op een eerlijke manier verdeeld. Uiteindelijk hebben we onze stukken samengevoegd en hebben we samen gekeken of er een link te leggen was tussen hospitalisatie en stemmings- en angststoornissen. We konden elkaar zo goed aanvullen.

Doordat we iedere keer feedback gaven aan elkaar, moesten we alles goed doorlezen. Op deze manier konden we ons ook verdiepen in de stukken die de ander maakte.

Ook hebben we nog theorie opgezocht over middelen om hospitalisatie terug te dringen. We hebben wel middelen gevonden, maar deze waren allemaal gericht op langdurige zorg of andere doelgroepen. Hierdoor konden we deze theorie niet gebruiken. Uiteindelijk hebben we zelf aanbevelingen ontworpen.

10. Bronnen

In dit hoofdstuk vermelden wij alle bronnen die wij in het rapport gebruikt hebben. De bronnen zijn onderverdeeld in bronnen gebruikt bij 'hospitalisatie' en 'stemmings- en angststoornissen'.

10.1 Hospitalisatie

- Bokstein, P. *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*. Eindscriptie 1992
- Haas de, M., Ravelli, A., Repping, T., Baptiste Segond von Banchet, J. & Sprei, E. *Oriëntatie op sociaal pedagogische hulpverlening*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1997
- Hazelhof, T., Verdonschot, T. *Begeleiden van ouderen met problemen*. Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht 1997
- Hendrikse, R. *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. H.Nelissen uitgeverij, Overveen 1981
- Peet van der, R. *Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens*. De Tijdstroom bv, Lochem 1991
- Ramkema, T., Zwart, C. *Serie scripties van Verpleegkundigen, nummer 1; 'In de greep van hospitalisatie, een groot verpleegkundig dilemma!'* Uitgeverij Bakker&Berendsen, Braambrugge 1996
- Rumke, A. *Verkenning in de psychiatrie: een holistische benadering*. Uitgeverij Christofoor, Zeist 2004

10.2 Stemmings- en angststoornissen

- Angenent, H. *Opvoeding en persoonlijkheidsontwikkeling*. HBuitgevers, Baarn 2004
- Molen van der, H., Perreijn, S., Hout van den, M. *Klinische psychologie*. Wolters Noordhoff, Groningen 1997
- Psychiatrie AMC *Protocol Verpleegkundige interventies bij angststoornis*
- Psychiatrie AMC *Protocol Verpleegkundige interventies bij depressie*
- Trimbos Instituut *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. 2005
- Trimbos Instituut *Samenvatting multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*, Utrecht 2003

Inhoudsopgave bijlagen

Bijlage 1	Informatiebrief onderzoek	Blz. 46
Bijlage 2	Brief medewerking onderzoek	Blz. 47
Bijlage 3	Interview	Blz. 48
Bijlage 4	Vragenlijst	Blz. 49
Bijlage 5	Interviews uitgeschreven	Blz. 70
Bijlage 6	Interviews gelabeld	Blz. 89
Bijlage 7	Uitwerking van de vragenlijsten in tabellen	Blz.109
Bijlage 8	Uitwerking van de tabellen	Blz.128
Bijlage 9	Kaart hospitalisatie en depressie	Blz.133
Bijlage 10	Uitnodiging Presentatie	Blz.136
Bijlage 11	Hand-out presentatie	Blz.137
Bijlage 12	Urenverantwoording	Blz.142
Bijlage 13	Kostenoverzicht	Blz.144
Bijlage 14	Taakverdeling	Blz.145
Bijlage 15	Contract	Blz.146
Bijlage 16	Werkplan	Blz.151

Bijlage 1 Informatiebrief onderzoek

Geachte lezer,

Momenteel werkt uw afdeling mee aan een onderzoek naar de hospitalisatie van patiënten met stemming- en angststoornissen. In het onderzoek willen wij hulpverleners ondervragen over in hoeverre er sprake is van hospitalisatie op de afdeling en wat mogelijke oorzaken hiervan zijn. In de maand februari 2008 willen wij met het ondervragen van start gaan doormiddel van een vragenlijst en een mondeling interview.

De achtergrond van het onderzoek

Het onderzoek vindt plaats in opdracht van Jerita Gunnink-Battjes, waarnemend teamleidster van de afdelingen persoonlijkheidsstoornissen (PHS) en stemming- en angststoornissen (SAS) op locatie Zon & Schild, Symfona Groep te Amersfoort.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Sanne Jongman en Aleida van der Horst. Wij zijn twee studenten van de opleiding Sociaal pedagogische hulpverlening op de Christelijke Hogeschool Windesheim, te Zwolle. Wij hebben tevens dit onderwerp onder de aandacht gebracht binnen uw afdeling.

De reden hiervoor is als eerste dat het hospitaliseren van de patiënten binnen de afdeling onder de hulpverleners een actueel onderwerp is. De tweede reden is dat er geen vast beleid op hospitalisatie is gezet. Dat betekend o.a. dat de hulpverleners geen goede richtlijnen hebben om hospitalisatie tegen te gaan. Naast deze specifieke redenen is hospitalisatie binnen de gehele geestelijke gezondheidszorg een actueel onderwerp en ook een onderwerp dat altijd actueel zal blijven. Daarnaast betekend het dat hospitalisatie voor zowel de patiënten als de instelling nadelig kan zijn. Voor de patiënten kan het nadelig zijn, omdat zij afhankelijker kunnen worden van de hulpverleners en de autonomie ondermijnd wordt. Daarnaast is het nadelig voor de instelling, omdat zij door hospitalisatie te maken kunnen krijgen met wachtlijsten, doordat de patiënten langer een bed vasthouden.

Doel van het onderzoek is inzicht krijgen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie onder patiënten binnen de afdeling stemming- en angststoornissen en wat de hulpverleners daarin kunnen betekenen, om dit terug te dringen.

Het onderzoek heeft een meerwaarde voor de hulpverleners binnen de afdeling omdat er gerichte aanbevelingen worden gegeven met betrekking tot het terugdringen van hospitalisatie onder de patiënten.

Verdere informatie

Met deze brief willen wij u op de hoogte stellen van het grote belang van het gaande onderzoek en hopen graag op uw medewerking. U zult hier verder door ons nog persoonlijk over benaderd worden. Mochten er verder nog onduidelijkheden of vragen zijn rond het onderzoek, dan kunt u uiteraard contact met ons opnemen.

Bij voorbaat onze hartelijke dank voor uw medewerking,

Aleida van der Horst

E-mail: horstaleida@hotmail.com of Stagiaire.Larikshof@symfona.nl
Mob.nr.: 06-42712427

Sanne Jongman

E-mail: sannetje46@hotmail.com of pk_schut@symfona.nl
Mob.nr.: 06-53760724

Website: <http://members.lycos.nl/hospitalisatie/>

Bijlage 2 Brief medewerking onderzoek

Geachte medewerkers van de SAS,

Zoals we u al eerder deze week, door middel van een brief, hebben laten weten, beginnen wij met ons onderzoek naar hospitalisatie binnen de afdeling SAS. Wij hebben u in deze brief gevraagd om uw medewerking. Wanneer u uw medewerking niet wilt verlenen, zou u dit dan aan ons willen laten weten? Graag horen wij eventueel bezwaar voor vrijdag 15-02-'08 via onderstaand mailadres. Wanneer wij voor deze datum geen reactie hebben, gaan wij er vanuit dat u uw medewerking wilt verlenen.

Binnenkort krijgt u verdere informatie over het onderzoek en wanneer dit gaat plaatsvinden.

Bij voorbaat hartelijke dank voor uw medewerking.

Aleida van der Horst

E-mail: horstaleida@hotmail.com

Sanne Jongman

Bijlage 3 Interview

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?
2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja, wat heeft u dan gesignaleerd?
3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?
4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:
 - a. Zou het *leefklimaat op de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - b. Zou de *ligging van Zon & Schild* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - c. Zou de *doelstelling van de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - d. Zou de *houding van de hulpverlener* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - e. Zou de *rol van de organisatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - f. Zou de *werking van medicatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - g. Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de *opvoeding*, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - h. Zou het *gebrek aan toekomstperspectief* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
 - i. Zou *tevredenheid met de plek waar ze nu zitten* een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?
5. Hoe heeft hospitalisatie effect op de hulpverlener?

Bijlage 4 Vragenlijst

1. Gebrek aan initiatief

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

2. Gebrek aan belangstelling voor zaken die buiten het eigen gezichtsveld liggen

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

3. Onderworpenheid, onderdanigheid; zich als mindere opstellen, de wil over zichzelf opgeven

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

4. Geen visie op en belangstelling voor de toekomst

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

5. Verlies van individualiteit; de patiënt past zich extreem aan aan de instelling, zijn eigen 'ik' verdwijnt steeds meer naar de achtergrond.

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

6. Afstomping van intellectueel (verstandelijk) functioneren

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

7. Afhankelijkheid/ onzelfstandigheid; continu steun en hulpbehoevend zijn van anderen

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

8. Apathie; kritiekloos voldoen aan de gestelde verwachtingen, ongevoelig voor psychische prikkels

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

9. Verlies van spontaniteit, enthousiasme

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

10. Infantilisering; de patiënt gaat zich weer gedragen als een kind

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

11. Sociaal isolement; wanneer iemand weinig of geen (betekenisvolle) contacten heeft en zich daaronder eenzaam en ongelukkig voelt.

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

12. Negatief zelfbeeld

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

13. Vermindering van energie

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

14. Afzetten tegen de regels

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

15. Interesseverlies; De interesse ontbreekt zowel in het werk, de dagelijkse dingen, de therapie en soms ook het eten, slapen en sociale contacten.

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens *(heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)*
- ☐ weet ik niet *(heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)*

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

16. Decorumverlies; een gebrek aan belangstelling voor de lichamelijke uiterlijke verzorging.

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

17. (Te) grote frustratie tolerantie; Een (te) grote tolerantie (verdraagzaamheid) om de dagelijkse frustraties te kunnen uithouden

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens *(heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)*
- ☐ weet ik niet *(heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)*

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

18. Depressiviteit

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

19. Karakteristieke houdingen; Een heel typische en opvallende lichamelijke houding(en), van een patiënt. Wat voor een houding dit is kan per patiënt verschillen.

a. ben ik het afgelopen jaar tegen gekomen bij patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens
- ☐ weet ik niet

b. kom ik nu tegen bij de patiënten op deze afdeling (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ eens
- ☐ oneens (heeft u bij vraag a en b beide oneens en/of weet ik niet ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)
- ☐ weet ik niet (heeft u bij vraag a en b beide weet ik niet en/of oneens ingevuld, ga dan naar de volgende bladzijde)

c. kom ik, (kruis 1 antwoord aan)

- ☐ elke dienst die ik werk, tegen op de afdeling
- ☐ wekelijks tegen op de afdeling
- ☐ maandelijks tegen op de afdeling
- ☐ jaarlijks tegen op de afdeling

d. zie ik voornamelijk terug bij de volgende psychiatrische stoornis(sen):

(kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk. Voor meer informatie over de stoornissen, zie achterin de bijlage)

- | | |
|---|--|
| ☐ Alle onderstaande stemmingsstoornissen | ☐ Alle onderstaande angststoornissen |
| ☐ depressieve stoornis | ☐ paniekstoornis met of zonder agorafobie |
| ☐ dysthyme stoornis | ☐ sociale angststoornis |
| ☐ bipolaire I-stoornis | ☐ gegeneraliseerde angststoornis |
| ☐ bipolaire II-stoornis | ☐ specifieke fobie |
| ☐ cyclothyme stoornis | ☐ hypochondrie |
| ☐ stemmingsstoornis door een somatische aandoening | |
| ☐ stemmingsstoornis door een middel | |

Ruimte voor op- of aanmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Onze hartelijke dank voor uw medewerking

BIJLAGE VRAGENLIJST

Stemmings- en angststoornissen

Een **depressie** is een stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of een zwaar terneergeslagen stemming.

Naast de depressieve stoornis is er ook een vorm van depressie waarvan de symptomen minder sterk zijn, maar die soms jarenlang kunnen duren. Dit wordt **dysthymie** of **dysthyme stoornis** genoemd.

Een **bipolaire stoornis** is een stoornis die wordt gekenmerkt door wisselende stemmingen, dan weer manisch of hypomaan, dan weer depressief. De manische periode is het tegenovergestelde ofwel de tegenpool van een depressieve periode, vandaar de term bipolair.

Bipolaire stoornis I: er treedt minimaal één manische of gemengde episode op, maar er kunnen ook hypomane of depressieve perioden optreden. Deze vorm komt het dichtst in de buurt van wat men vroeger "manisch-depressief" noemde.

Bipolaire stoornis II: er is minimaal één episode van hypomanie en minimaal één depressieve episode. Er is geen manische of gemengde episode opgetreden.

Cyclothyme stoornis: er treedt een reeks hypomane episodes op, onderbroken door episoden van lichtere depressie en uitputting.

Bij de **paniekstoornis** voelt de angst intens en het begint plotseling. Bij deze stoornis zijn de paniekaanvallen niet te voorspellen en zij zijn niet gebonden aan een situatie. Er wordt van een **paniekstoornis met agorafobie** gesproken wanneer de paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke gelegenheden.

De **sociale angststoornis**. Bij deze stoornis heeft de patiënt een hardnekkige angst voor één of meer situaties waarbij hij is blootgesteld aan een kritische beoordeling door anderen of waarin hij bang is zich belachelijk te maken. Deze patiënten kunnen angst hebben voor het spreken in het openbaar, trillen of zweten in sociale situaties of zijn bang dat men hen belachelijk maakt door datgene wat zij zeggen.

De **gegeneraliseerde angststoornis**. Deze patiënten zijn altijd nerveus en gespannen en tobben over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. De patiënten hebben moeite met het onder controle houden van de toberijen.

De **specifieke fobie**. Bij deze fobie is er sprake van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of situatie. Vaak gaat het om angst voor dieren, afgesloten ruimten, hoogten, onweer en bloed en/of medische handelingen.

Patiënten die lijden aan **hypochondrie** interpreteren onschuldige lichamelijke gewaarwordingen als mogelijke tekenen van ernstige ziekte. Deze preoccupatie met de overtuiging een ernstige ziekte te hebben blijft bestaan ondanks adequate medische beoordeling en geruststelling.

De **stemmingsstoornis door somatische aandoening**. Een stemmingsstoornis kan ontstaan door een lichamelijke ziekte. Een somatische aandoening kan de kijk op het leven zodanig beïnvloeden dat een stemmingsstoornis het gevolg kan zijn.

De **stemmingsstoornis door middel**. Middelen die de oorzaak kunnen zijn van een stemmingsstoornis zijn sommige hormoonpreparaten, medicijnen tegen een hoge bloeddruk en hartziekten en medicijnen tegen de ziekte van Parkinson. Daarnaast kan overmatig gebruik van alcohol en drugs of het acuut stoppen van het gebruik hiervan, de oorzaak zijn van stemmingsstoornissen

Hospitalisatie

Op basis van de literatuur formuleren we de volgende eigen definitie van hospitalisatie van de patiënt.

“Hospitalisatie is een proces wat zich voordoet in voorzieningen, die vaak zijn afgesloten van de samenleving en waar een groot aantal individuen, gedurende een lange tijd (noodgedwongen), een ingeperkt leven leiden. In deze voorzieningen vind heel het leven plaats, wonen, werken en ontspanning, met gedragsregels en normen die van boven zijn opgelegd.

Gaandeweg leert de patiënt zich naar deze gedragsregels en normen te voegen die weliswaar houvast geven, maar die tegelijkertijd ook het eigen initiatief afremmen. De patiënt gaat een rol aannemen die in overeenstemming is met de verwachtingen die er in de instelling ten aanzien van hen bestaan, de patiënt moet zich aanpassen. Dit leidt bij langdurig verblijf tot verlies van eigen identiteit, tot verandering en vervaging van het zelfbeeld.”

Belangrijkste kenmerken die naar voren kunnen komen bij gehospitaliseerde patiënten zijn de volgende:

- Gebrek aan initiatief.
- Gebrek aan belangstelling voor zaken die buiten het eigen gezichtsveld liggen.
- *Onderworpenheid, onderdanigheid*; zich als mindere opstellen, de wil over zichzelf opgeven.
- Geen visie op en belangstelling voor de toekomst, onvermogen tot het maken van toekomstplannen.
- *Verlies van individualiteit*; de patiënt past zich extreem aan aan de instelling, zijn eigen ‘ik’ verdwijnt steeds meer naar de achtergrond.
- Afstomping van intellectueel (verstandelijk) functioneren.
- *Te grote frustratietolerantie*; te grote tolerantie (verdraagzaamheid) om de dagelijkse frustraties te kunnen uithouden.
- *Afhankelijkheid, onzelfstandigheid*; continu steun en hulpbehoevend zijn van anderen.
- *Apathie*; kritiekloos voldoen aan de gestelde verwachtingen, ongevoelig voor psychische prikkels.
- Verlies van spontaniteit, enthousiasme.
- Depressiviteit.
- *Decorumverlies*; is te omschrijven als een gebrek aan belangstelling voor de lichamelijke uiterlijke verzorging. De patiënt verliest het gevoel voor wat normaal is; er vindt als het ware een normvervaging plaats. Er vindt een achteruitgang plaats van persoonlijke verzorging en er is minder waardering voor kleding en goede gewoonten. Dit soort gedrag komt ook voort uit het verminderen of geheel gaan ontbreken van schaamtegevoelens. De patiënt *verliest zijn gevoel van eigenwaarde* en naarmate hij langer opgenomen is, kan hij zelfs de *interesse in zichzelf verliezen*.
- Karakteristieke houdingen; een heel typische en opvallende lichamelijke houding(en), van een patiënt. Wat voor een houding dit is kan per patiënt verschillen.
- *Infantilisering*; De patiënt gaat zich weer gedragen als een kind.
- *Sociaal isolement*; wanneer iemand weinig of geen (betekenisvolle) contacten heeft en zich daaronder eenzaam en ongelukkig voelt.
- *Interesseverlies*; de interesse ontbreekt, zowel in het werk, de dagelijkse dingen, de therapie en soms ook het eten en het slapen en vaak in de sociale contacten. Daarmee vervreemd men dan van zichzelf, van zijn omgeving en raakt men in een steeds groter isolement.
- Negatief zelfbeeld.
- Vermindering van energie.
- Afzetten tegen de regels.

Bijlage 5 Interviews uitgeschreven

Interview 1

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Wat ik onder hospitalisatie versta is dat je op een leefgroep bent, op een andere plek dan thuis. Dat je daar zo gewend raakt aan de structuur daar, de veiligheid, de contacten, dat dat de bekende veilige wereld voor jou wordt waaraan je je meer en meer op aan past en daardoor wat verder van je eigen thuissituatie af komt te staan, of meer moeite gaat hebben om straks weer in de thuissituatie of de maatschappij de draad op te pakken, omdat dit de veilige basis is geworden, ehm...dat versta je dan in die leefgroep en dat zie je bij hospitalisatie...Ja, en dat kan gaan om veiligheidsgevoel, of de vaardigheden die je hebt, of je manier van kijken tegen de dingen, alles wat te veilig hier wordt waardoor je afstand hebt.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Daar moet wel bij gezegd worden dat bij langdurig je vaak echt die mensen hebt die al jaren gehospitaliseerd zijn, maar we merken al wel dat hier, het is kortdurend, dus het zal een hele subtiele vorm van hospitalisatie zijn of net beginnende hospitalisatie zijn, dus dat mag je er ook onder verstaan.

Ja is goed dat je dat zegt, want ik ehm..heb het hier wel gezien, bijvoorbeeld ehm, dat mensen met depressie of angstklachten ook te maken hebben met sociaal ehm isolement, en ehm...op het moment dat ze hier komen dan bijvoorbeeld moeite hebben met het oefenen in bepaalde situaties, met weekenden of avonden, dagdelen of dat ze bijvoorbeeld met groepsgenoten een sociaal netwerk opbouwen, buiten Zon en Schild gezamenlijk naar de stad bijvoorbeeld, terwijl je zegt: 'hè probeer nou dat netwerk vanuit je eigen thuis nog te behouden', maar dat gaan ze dan bij groepsgenoten zoeken. Of dat mensen hun hobbyactiviteiten hier op het terrein gaan opbouwen, met sport of vrije tijd, hobby, creativiteit, terwijl we dan zeggen probeer dat ook vanuit thuis op te bouwen. Dus dat zijn signalen die soms op hospitalisatie wijzen.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ja, ehm, ik zou eerst nog willen zeggen dat, voordat ik het over oorzaken heb, dat hospitalisatie soms ook een veilige positieve kant heeft. Als mensen hier binnen komen en er is sprake van uit balans geraakt, kwetsbare situatie, zelfs crisis, dat het dan ook nodig is om eerst weer te heroriënteren in een veilige omgeving. Dus het is niet per definitie verkeerd als mensen zich hier settelen. Als het maar weer tot een omslagpunt komt, richting huis weer en als dat omslagpunt er niet komt ehm, wat mij betreft praat je dan over hospitalisatie.

Ja, want dan gaat het mensen ook belemmeren.

Dan gaat het belemmeren, ja. De oorzaken dat het gaat belemmeren is denk ik dat er niet vanaf het be...dat we daar niet vanaf het begin een duidelijke verbinding met de thuissituatie buiten Zon en Schild is behouden. He, wij willen vanaf de voordeur al richting achterdeur gaan werken en als dat niet voldoende gewaarborgd is dan gaan, blijven mensen hier hangen. Dat is denk ik een oorzaak.

Ehm, een oorzaak is denk ik ook gewoon de menselijke kant. Dat wij ehm, waar je een week lang mee optrekt, gaat voelen als een veilig basis en daar ga je ook je activiteiten ontplooiën. Dus gewoon eh, mens zijn dat, dat ieder denk ik op die manier dat oppakt. Dat alleen wat van ons vraagt als hulpverleners. Dus oorzaak menselijke kant ehm..

Ik denk dat veel oorzaken ook nog linken aan iemands eigen individuele problematiek. Als je al een zwak sociaal netwerk hebt, als je sociale angst hebt, als je je al somber en initiatiefloos voelt, dan ehm, is de stap om je hier, op de afdeling wat te settelen of hier de veiligheid te zoeken veel aannemelijker, dan in die thuissituatie waar je al crisis hebt meegemaakt, dus het ziektebeeld daar ook een rol in speelt.

Soms ook nog, als laatste ehm, het netwerk wat mensen hebben, dat er sprake is van overbelasting van het netwerk of zo veel conflicten in de relatie met het netwerk, dat er op die manier niet veel sociaal draagvlak voor de patiënt is om buiten zon en schild de draad weer op te pakken, waardoor het ook te begrijpen of te verklaren is dat iemand het hier gaat zoeken.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Wat een goede vragen, even nadenken, ja wij hebben wel eens een groep waarin mensen heel sociaal aangepast zijn en ehm, ook wat angstig dus daarom heel ehm, accepterend naar elkaar, niet snel confrontatie en feedback aangaan, waardoor d'r zo'n, zal ik maar zeggen, soft -steunend milieu ontstaat, ehm, wat voor sommige mensen echt een trigger is om daarin te gaan hangen, om het maar even zo te zeggen, daarin te gaan leunen. Dat komt de rehabilitatie, hè met naar huis toe, denk ik niet altijd ten goede. Daar moeten wij wat mee.

En dat is ook echt iets wat je ook echt expliciet op de afdeling bent tegen gekomen?

Ja, dan zeggen wij tegen de groep: 'jullie zijn allemaal zo aardig tegen elkaar, wat, wat betekend dit, en eh, joh, kom jij er nog wel aan toe om buiten Zon en Schild wat op te pakken, want 's avonds zijn jullie voortdurend hier met elkaar'.

b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Nee, niet zo danig dat ik dat ben tegen gekomen.

Ook niet het feit dat Zon & Schild best wel ver van de stad af ligt, en het natuurlijk dus best een drempel is om naar de stad toe te gaan?

Ehm, er is een drempel om naar de stad toe te gaan. Alleen als het gaat om het tegengaan van hospitalisatie, dan ehm, ook al zou Zon en Schild midden in de stad liggen, dan kan het probleem liggen aan dat het weer ver van het huis van die persoon aflight, dus dan is reizen met openbaar vervoer meer een probleem dan zo zeer de ligging, dus daar zou ik meer voor gaan.

c) Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ehm, nee omdat onze doelstelling juist heel activerend is, vanaf de voordeur naar de achterdeur kijken, alleen ehm, en weet je wat ik in het begin zei dat, doordat we mensen toch ook een, veilig en steunend klimaat willen bieden, niet alleen activeren maar ook steunend, dat dat voor mensen een uitnodiging kan zijn om zich even te settelen, alleen wij zetten direct die andere kant er ook naast, activeren, naar de achterdeur kijken, dus ik zou dan meer het ziektebeeld als de afdeling, als oorzaak zien. Dus mijn antwoord is nee.

d) Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, ik zou, ik zou niet zeggen dat de houding van de hulpverlener een oorzaak is van hospitalisatie, maar wel dat de houding van de hulpverlener een hele bepalende invloed heeft op de ontwikkeling van hospitalisatie. He, hoe activerende rol, en hoe betrek je de patiënt bij de ontwikkelingen, hoe draag je bij aan vaardigheden en inzicht vergroten. Het is belangrijk qua invloed, maar niet een oorzaak.

Wat als je bijvoorbeeld eh, heb je dat ook gezien op de afdeling, dat je kunt zeggen, die houding draagt bij aan het risico op hospitalisatie op de afdeling.

Ja, ik vind het lastig om hem te koppelen aan het risico van hospitalisatie, je kunt zeggen een houding van acceptatie, steun, dat onderbieden, dat dat op de langere termijn tot hospitalisatie kan leiden. Alleen op moment dat wij die houding bieden, is dat ook vaak omdat de patiënt dat nodig heb, en zie je ook dat behandeling van depressie en behandeling van angst beide ook een steunende houding vragen. Dus is het ook gewoon een doelgerichte interventie, dus daar zou ik hem onderplakken en dat dan ook een risico kan zijn op hospitalisatie, dat kan wel zo wezen, maar dat pak je met je andere interventies wel weer terug.

e) Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ehm, ja, ehm, dat als organisatie, heb je d'r invloed op de structuur van evalueren. Wij hebben nu om de acht weken, ehm, beleid van patiënten behandeld breed evalueren. Zelf vind ik dat best heel erg lang doordat je dan belangrijke structurele veranderingen ook ehm, soms net iets langer blijven wachten als nodig was geweest. En dat kan gaan om het opstarten van vrijwilligerswerk, of aanmelding voor een woonvorm, of ehm, dus in een negatief geval zou dat bij kunnen dragen dat het proces gewoon wat langer duurt en dat er dan pas een evaluatie gepland staat.

Nou dat is eigenlijk de enige die ik kan bedenken, want verder is de organisatie, gaat de organisatie van het behandelprogramma een beetje over waar we het net over hadden, de houding. En de organisatie van Zon en Schild als locatie, ja, er worden ook heel veel stimulerende activiteiten aangeboden, die mensen kunnen oppakken, zoals sport en creatieve activiteiten. Maar wij roepen dan altijd, dit zijn voorbodes om naar huis toe te werken, dus dan draagt de organisatie ook bij. Ik vind het lastig om nog negatieve factoren van de organisatie op te noemen. Is dat helder?

Ja, er komen nog wel dingen naar boven, je zegt hier is inderdaad alles op het terrein, maar juist dat, zou dat ook niet juist hospitalisatie in de hand kunnen werken, dus de stap naar de maatschappij misschien weer enger wordt.

Ja dat klopt, dat zou de keerzijde van de medaille kunnen zijn. Alleen ehm, de kracht dat die faciliteiten hier op het terrein zijn is dat ze de eerste stap kunnen zijn voor mensen om hun hobby te oriënteren of sport te herontdekken in een veilige omgeving en we hebben gewoon met een organisatie te maken met heel veel doelgroepen, dus daar moet je hem voor bieden. Dat dat kan verworden tot hospitalisatie bij ons, vraagt meer van onze aanpak dan aan die faciliteiten. En daarom gebruiken wij het vaak als de springplank naar verder en niet als 'pas op dit is een valkuil'. Nee joh, ga maar naar de activiteiten, en wat is dan de vervolgstap? We gebruiken hem als springplank.

Hebben jullie wel eens, ben je op de afdeling tegen gekomen, dat de patiënten door die faciliteiten hier hospitaliseerde? Blijkbaar dus niet?

Nou jawel, jawel, wel dat mensen hier langer, of lang, zo bezig zijn met hun sport en creatieve activiteiten, dat wij de vraag stellen van: 'joh, wat is er nu voor nodig dat je dat thuis op gaat pakken?'. Zouden we dat niet doen, dan kan het verder gaan tot hospitalisatie.

Inderdaad, Ja, dus je ziet wel dat er misschien beginnende hospitalisatie kan komen, maar eigenlijk ondervang je dat...

In je eigen aanpak, ja...dus als mensen hier een activerend programma volgen, met sport en vrije tijd hier volgen, dan streven wij er naar dat bij ons de rode lampjes gaan branden van, waarom doe je dat hier en niet thuis? Dat is ook een thema in de evaluatie.

- f) Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ehm, ja, cederende medicatie die mensen al meer initiatiefloos of trager kan maken, waardoor je al minder eh, tot ...?..... kan komen .
Aan de andere kant kan ik me voorstellen dat ...?..... en ook stemmingstabilisatoren er juist aan bijdragen dat mensen weer meer in balans komen en daardoor wel dingen realistischer...?....kunnen zien. Dus ik zou em twee kanten op pakken. Medicatie kan remmen, maar dan alleen de cederende medicatie, maar medicatie kan ook bijdragen aan actie, dat zij die andere twee.

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.**

Ja, we hebben een keer een eh, jonge vrouw gehad, die heel subassertief afhankelijk en ehm, aangeleerde hulpeloosheid die op de voorgrond stond, angstig ook, sociaal angstig, mede die ook denk en ehm, bij haar zag je dat hospitalisatie niet was, ziekenhuis ten opzichte van thuis, nee, slaapkamer ten opzichte van afdeling en afdeling ten opzichte van terrein. Zij bleef hangen in zoeken naar veiligheid, en ehm, met name in afhankelijkheid. Dus zeker daar zie je die opvoedingsporen denk ik, ja. En dat krijgt dan ook een plekje van aandacht, kleine stappen, positieve ervaringen, goed, dat krijgt dan ook een plekje van aandacht.

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, ik kan mij die link helemaal voorstellen. Ehm, wel de mensen, die in een verhaal zeggen van: 'ik heb het al zo vaak geprobeerd en het is me niet gelukt', of ehm, 'ik heb even geen zin ik kan dit niet', waardoor je, waardoor je binnen die depressie en angst gewoon de negatieve bril ziet. Ook op het uitbreiden van die sociale activiteiten, of het ehm, 'alleen wonen gaat toch niet meer lukken, dus waarom zou ik het weekend naar huis gaan, ik kan dit niet'. Dus toekomstperspectief gekleurd door het ziektebeeld, dat dat ook beïnvloedt, dat is herkenbaar.

Ik denk aan een vrouw die we nu ook hebben, die ehm, echt wat tijd nodig heeft gehad om weer naar huis toe te werken, omdat ze voortdurend het gevoel had van, ik kan die draad toch niet meer oppakken. En met dat de depressie weer wat meer naar de achtergrond ging, dat er wat meer hoop en realistisch denken, dacht ze dat ze toch nog weer wat bouwstenen kon oppakken, laat maar zeggen, en is dat nu weer aan het doen.

- i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja zeker, ik denk dat dat een herkenbaar kenmerk is van hospitalisatie, je huidige omgeving als meer veilig en meer prettiger gaat ervaren, dan je normale basis thuis, dus inderdaad, de plek, ja.

En ben je dat ook wel eens echt tegen gekomen op de afdeling?

Ja, we hebben een man gehad die werd aangemeld en die was hier drie dagen, en toen hadden wij als team zoiets van, dit moeten wij niet gaan doen want, dit is een verhaal van voortdurende eenzaamheid thuis, grote kloof tussen hem en zijn sociaal netwerk, en zijn moeite met activiteiten thuis oppakken, en de andere kant hoe goed hij het vond om hier te zijn met groepsgenoten, ieder vrij moment was hij samen met anderen, naar ons een bepaalde hulpeloos en claimende houding, en wij hadden binnen een paar dagen eigenlijk zoiets van, dit is zo'n groot risico op hospitalisatie. Hij is zich nu al aan het nestelen, hoe gaan wij aan zijn leerdoelen thuis werken als hij hier zo veel veiligheid ervaart. Dus toen

zijn we met hem een gesprek aan gegaan met een dringend advies, stoppen met de opname en jou leerdoelen thuis gaan oefenen, want de kloof tussen thuis en hier gaat te groot worden. Waardoor je juist niet aan die doelen kan werken. Deze man werd boos, voelde zich niet begrepen, dus dan probeer je vervolgens op een compromis te komen, dus nou is hij weggegaan. Volgens mij is dat een heel duidelijk voorbeeld, van ehm...ja.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Op mij als hulpverlener, ehm, het prikkelt mij als uitdaging, om te kijken van hoe kan je nou hier een draai aan maken om ze wel op thuis te gaan richten. Dat zie ik ook als de basis van de behandeling, dingen gebeuren hier, maar worden toegepast thuis. Dus het triggert mij, het daagt me uit. Ehm, in de wat meer extremere vorm kan het ook machteloos gevoel geven in de zin van ehm..waar ligt hier het kantelpunt en wat is er nu voor nodig dat de persoon toch d'r weer uit komt en dan kan het soms ook een vicieuze cirkel worden. Veiligheid geeft steun en daardoor wordt de depressie wat minder, je voelt je erkent, je gaat uitdagen om naar huis te gaan, wordt angstig, wordt somber, dat kan een machteloos gevoel geven. Maar meestal daagt het mij uit.

Interview 2

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie

Ja, weet je ik denk die 19 items van die vragenlijst, dat dat op zich natuurlijk, maar...hospitaliseert is iemand die helemaal meegaat in de gang van zaken, zijn autonomie is weg, zijn onafhankelijkheid is weg, weet je iemand die gewoon, ja...er niet meer over nadenkt wat tie er zelf van vind en of tie het anders zou willen...gewoon afhankelijk is van...

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Daar moet wel bij gezegd worden dat bij langdurig je vaak echt die mensen hebt die al jaren gehospitaliseerd zijn, maar we merken al wel dat hier, het is kortdurend, dus het zal een hele subtiele vorm van hospitalisatie zijn of net beginnende hospitalisatie zijn, dus dat mag je er ook onder verstaan.

Ik denk het wel, ja, die ken jij ook nog wel, ik zal hem maar bij de voornaam noemen, Peter, ja daar denk ik dan aan. Weet je hoe hij...hoe wij hem overal bij moesten slepen, het niks meer, maar dat was vooral de afhankelijkheid. Maar ook wel et et..hè, ik denk bij hospitalisatie ook wel dat het geen aandacht meer hebben voor de ADL naar voren komt. He dat hoort ook bij (...) ga je eens scheren, doe een schone broek aan, ga onder de douche. Ik denk dat als hij gebleven was, ja.

Heb je nog meer mensen, waarbij je kan bedenken, dat daar sprake was van hospitalisatie?

Ja weet je, je hebt wel mensen met een afhankelijkheid en dan, dan, ik denk dat daar wel een gevaar is, of een (...) hospitalisatie (...). Je moet voortdurend (...).

(...)

Ja naar buiten, ja.

En we hadden gister, dat was ook iemand (...). Die was ook bij ons geweest boven, Marco. Die zag ik gister (...)

Want vind jij hem hier gehospitaliseerd?

Ja weet je wij werken er zelf aan mee hè (lachen).

(...) dat het ook van twee kanten komt.

Ja maar daar kun je ook weer zeggen van, is het afhankelijkheid? Wat voor opvatting moet je dan (...). Het is moeilijk denk ik om dat onderscheid te maken.

Ja want dat zien we ook al (...) kenmerken van depressie, want depressie heeft bijna hetzelfde kenmerken als hospitalisatie.

(...) en depressie ook zoiets, in hoeverre, ja, ja...

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ehm, ik denk dat je dat heel breed kan nemen, hè, van een afhankelijkheid. Ik denk dat het ook voor heel veel mensen die eenzaamheid hebben een (...) zich daar gewoon thuis gaan voelen. En dat ze de eenzaamheid daar niet zo ehm, (...). En ik denk dat depressie ook (...).

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

- a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ehm, ja ik denk het wel. En dan denk ik bijvoorbeeld weer aan Peter, iedereen zorgt ook voor hem. Weetje, en dan denk ik, nou, hè, dan wordt die man niet gestimuleerd, toch zelf iets (...), toch zelf dingen te doen. En dan denk ik ja, een, een omgeving. Zo'n iemand kan op een phs-groep gaan werken, dan zou dat bijvoorbeeld niet gebeuren. En zeker bij stemming- en angst, ja, dat is toch anders. Ja, het is toch (...)

Maar weet je dat is ook de afweging. Nu ook bijvoorbeeld, met Wessel van ehm, hij eet gewoon slecht, en hoe (...) stimuleren hem tot eten, en maak ik hem niet afhankelijk. Want dat is te snel (...)

Ja en dan denk van ja moet ik iemand gewoon in zo'n slechte lichamelijke conditie maken, door de autonomie bij hem te laten, en ehm, de verantwoordelijkheid bij hem te laten, terwijl je ziet dat iemand gewoon bijna niet eet en drinkt. Weet je dan, ja dan, kan je als mens niet over je hart verkrijgen om dat te zien, dus, dat is toch gek. Ja dan, in hoeverre werk je dan hospitalisatie in de hand. Dat is moeilijk hoor.

- b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Dat is nog van vroeger hè, ja, het is allemaal buiten. Oude ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zijn allemaal buiten de stad.

Denk je dat, dat hospitalisatie in de hand kan werken?

(...), afgeschermd.

En merk je dat ook bij mensen op de afdeling, dat ze minder snel naar buiten gaan, omdat het allemaal zo ver weg is? Of dat ze met de bus moeten, niet met de auto kunnen, maar met de bus moeten?

Ik denk het wel ja, hè, als je ziet dat sommige moeite hebben om boodschappen te gaan doen, dan moeten ze met de bus en dan (...)

Het ehm, belemmerd ze wel. Ja, het moet echt wel aantrekkelijk zijn buiten, willen ze nog (...)

- c) Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

De doelstelling op zich denk ik niet. Nee de doelstelling niet, de doelstelling is juist van, bewaar je autonomie, ehm, gericht op weer terug in de maatschappij, oppakken werk, hè het systeem waar je in zit, daar weer naar terug. Dus de doelstelling op zich is heel goed, maar de manier waarop...

Ja dat klopt, daar komen we zo nog op terug, ik weet waar jij naar toe wilt.

- d) Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, zoals ik al zei, het komt altijd van twee kanten. Weet je, het kan nooit van een kant komen, want dan heb je het niet.

Er moet altijd iemand zijn die d'r naar neigt, en iemand die dat stimuleert. Want als je niet stimuleert, dan hou je het tegen, dus dan, veroorzaak je hè. Dus hoe minder je juist (...).

En dan (...). Maar het is leuke vent hè, ja.

(...) Dat vind ik leuk.

En hoe denk je dat wij (...) afdeling (...)

Nou, zoals ik dat net zei he, waarom grijp je in. In hoeverre laat je iemand zijn autonomie houden, zijn eigen verantwoordelijkheid houden, je hebt met (...) te maken, je hebt met een groep te maken, ik vind dat heel moeilijk hoor.

Ik bedoel (...), bijvoorbeeld, weet je wel, ik noem maar wat. En ja, dan moet jij, als verpleegkundige, gaan uitleggen aan de groep, dat dat eigen verantwoordelijkheid is. Maar, dat, dat, dat rijmt niet. En jij wil dat ook niet, want jij kunt je voorstellen als mens, jij (...) aan.

Dan ga je de verantwoordelijkheid van iemand overnemen en waar ligt dan die grens. Dus ik denk, ik denk dat het heel moeilijk is om echt (...).

Je hebt ook met volwassenen te maken natuurlijk, met een eigen wil.

Ja, en, en als iemand, hè, dan denk ik even aan die meneer die (...) die daar zat, die daar zat, die is dus eigenlijk, geen (...) hebben we gezegd hier kunnen wij gewoon helemaal niets mee, dus hij is weer naar huis gestuurd en (...) zijn vrouw deze rol wel over. Maar goed, de keren dat hij hier was (...) niet zo'n slecht besluit geweest. Weet je, en ook (...) het is een gewoon dilemma.

Je blijft wel steeds zeggen hoor, van ehm, eigen verantwoordelijkheid...

Maar, ja, ik denk dat het wel, dat je iemand er heel erg op moet ehm, dat je ook, ook moet ehm, vertellen er over van hè, dat het belangrijk is om je autonomie te behouden, ja. (...).

Dat soort dingen. Mensen zeggen ook wel eens voor de gein, (...).

e) *Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?*

Dan zou je dus kunnen zeggen, van, die woningen op het terrein langdurig dat moet gewoon allemaal weg? Want dat zijn vooral allemaal mensen die echt gehospitaliseerd zijn.

Ja, het is vooral ook van ehm, wat de organisatie bijvoorbeeld allemaal organiseert om, hier bijvoorbeeld op het terrein een winkeltje, het eten..

Verwendag

Verwendag, zwembad, ehm ze hebben hier alles voor handen, en is dat er niet, dan is dat veel meer een stimulatie om buiten de deur, ehm, weg te gaan.

Ja, het is een dorpje op zich hier, ja, en dat is heel moeilijk terug te draaien. Misschien bij nieuwe ziekenhuizen dat dat lukt (...). Dat die draai wel te maken is, maar dat je daar een periode van 20 jaar voor moet nemen. Mensen zijn het nou eenmaal zo gewend. Hun loopje naar het winkeltje, hun loopje naar (...), weet je, dat soort dingen. En dan ontnemen je mensen dus iets. Maar voor dat mensen die gehospitaliseerd zijn, in staat zijn om de stad in te gaan. (...). De wereld daar buiten is voor, voor heel veel mensen die al jaren op Zon en Schild wonen, dat, daar komen zo niet. Hier is alles.

En de mensen op deze afdeling?

Ja die gaan gewoon het weekend naar huis, ehm, die komen wel ehm, hun kopen twee keer in de week, moeten ze hun boodschappen gaan doen in de stad (...).

Dus jij denkt dat de organisatie niet zo'n grote rol speelt.

Ja, dan denk ik meer aan mensen die bijvoorbeeld van een langdurige afdeling (...), woningen, dat soort afdelingen. Daar kunt je dat niet aan ontnemen, niet meer. Daar had je van te voren aan moeten denken. Dan was je er vroeg bij geweest.

(...)

- f) **Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Weet je ook mensen bijvoorbeeld ehm, het ligt heel erg aan het ziektebeeld hè. Als je bijvoorbeeld een gewone depressie hebt, dan, dan, ja dan (...) antidepressiva (...), half Nederland slijkt ze dus, en dat werkt ook allemaal en rijdt, dus dat zal wel mee vallen. Maar hè, mensen die gewoon psychotisch zijn en bij een depressie, en dan (...) Benzo's slikken, ja, (...), ja, dat is gewoon zo. Maar goed, dat is wel tijdelijk.

(...)

(...)

- g) **Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.**

Ik kan het mij heel goed voorstellen, ja. Maar dat zie je in zowel, om in vergelijking te trekken, vooral mannen dan die altijd maar verzorgd zijn door hun moeder en hun vrouwen. Hun vrouw is er dan niet meer en dan raken ze depressief, omdat hun vrouwen overlijden, of gaat scheiden, of wat dan ook. En dan, dan, dan, dan komen ze hier en dan willen ze ook weer heerlijk aandacht, weet je wel, dat beschermende en iemand die altijd maar zei wat ze moesten gaan doen. Nooit zelfstandig zijn geweest en altijd afhankelijk zijn gebleven.

En heb je dat dan ook wel eens in de praktijk gezien? Dat iemand daardoor ehm, hospitalisatie...

Dat komt je nog wel tegen, ja. Gewoon de stap die ze moeten gaan zetten, dus naar ehm, zelfstandigheid.

Vooral omdat je hier met volwassenen te maken hebt, om daar die draai in te maken.

Ja, en soms ben je (...)

Die stap moet je gewoon aan gaan, weet je, en niet steeds uitstellen, want dan maak je het gewoon steeds moeilijker. Dat is dan, dan lukt het ook vaak wel, weet je, het is toch wel goed dat we dan (...), je moet het nu doen. Dat is ook, hè, we zeggen hier altijd, mensen zijn aan het leren, leren, leren, maar je moet ook wel mensen hebben die gewoon, doen. En dat zijn de weekenden en soms de avonden, doen. Ga maar naar huis, ga maar bezig, (...).

- h) **Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Dat denk ik wel ja, het uitzichtloze.

Heb je dat wel eens gezien op de afdeling?

Je hoort het wel eens hè, dan ehm zeggen, je hoort het wel eens. Dat is dan vaak vanuit een depressie, en dan, dan zeg ik wel, van ja, (...). Wacht nog maar even tot de depressie, he, (...). En dan is het perspectief er vaak wel.

Je kan het dus niet echt in combinatie trekken met hospitalisatie.

Nee, maar met depressie, bij ons dan.

i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, als ik dan bijvoorbeeld een groep met de evaluatie, ja we hebben het hier wel gezellig. Ja, vind ik, dat is niet te doen. Dan ga je maar ergens anders zitten, maar, dat zij burenbellen, daar ga je toch niet heen voor de gezelligheid. Maar goed, dat ehm, ze lopen allemaal (...) ik kan dat niet tegen (...). En ehm, maar goed dan zeg ik dus, je ehm, gezelligheid dat hoort hier niet, maar gezelligheid denk ik heeft ook wel iets met hospitalisatie te maken. He, van die afdeling, dat ze 's avonds gezellig zijn, een advocaatje nemen op afdelingen waar gewoond wordt, weet je wel, dat soort dingen, dan denk ik van, ja.

Maar ja, maar goed het (...) dat ik het er eigenlijk helemaal niet mee eens was, dat het gezellig is. En dat dat misschien juist wel hun valkuil is, en dat ze zeggen van ehm, ja wij ehm, zijn misschien wel veel sneller tevreden zijn, en ehm, niet zo snel van zich iets laten horen (...).

Ja als je over je heen laat lopen dan, denk ik van ja, dat neigt ook weer..

(...)

Want het is geen gezonde situatie hè, van, van opname, met (...), het gezellige. (...)

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Ja weet je ik heb dan, dan denk ik van, ja, (...)

Ja ik kan iemand niet zeggen van, je moet weer naar buiten, je moet weer een baan, je moet weer op jezelf gaan wonen, want je moet je inventariseren. Als dat is, nou dan noem ik het voorbeeld wat ik daar straks al noemde, (...), weet je, ik heb het hem wel eens gezegd, van joh, moeten we gaan kijken naar langdurig, de mensen die hier wonen en niets meer kunnen, dat is je toekomst als je zo door gaat. (...)

Weet je, nou ja, Ik leg het voor maar, als mensen er zelf echt voor kiezen, ja, wie ben ik dan om te zeggen, dat mag niet.

Interview 3

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Nou, ik heb jullie definitie gelezen hier en dan denk ik dat ... dan heb je het echt over hospitalisatie vanuit het instituut. En wat heel lastig is, is dat de vraag die je hebt is, eventueel niet gerelateerd is aan het ziektebeeld. En hospitalisatie gaat om waar iemand verblijft, waar iemand woont, of langdurig verblijft. Dus dat maakt het heel lastig te zien, deze definitie in combinatie met het ziektebeeld.

En als je kijkt naar ... het bestaat eigenlijk uit twee stukken, zeg maar, die definitie. Het eerste is vooral van; waar vindt het plaats, en het tweede stukje is meer van; dit gebeurt er uiteindelijk. Ben je het daar wel mee eens of zeg je van; dat zie ik ook anders?

Dit gebeurt wel bij hospitalisatie, maar ik vroeg me af of je dit, ehm, ja dit is heel lastig ... dit is wat gebeurt bij hospitalisatie, maar dit gebeurt ook bij een depressie, bijvoorbeeld. Niet helemaal, maar in grote lijnen. Dus als je het vanuit hier gaat beantwoorden, is het niet gezegd dat het hospitalisatie is. En dat is de ellende met (...).

Ja, en wij hebben het ons denk ik ook wel lastig gemaakt door deze doelgroep te pakken, maar toch ergens ook misschien wel weer niet, want het is dan dus juist een doelgroep die heel erg in aanmerking komen ... of een heel groot risico loopt om te gaan hospitaliseren, omdat de kenmerken dus zo overeen komen.

Er zit een risico in, maar ja, we zijn natuurlijk geen verblijfsafdeling, dus alles wordt al afgebakend en ingebouwd, omdat we gespecialiseerd zijn in SAS, in stemming en angst, (...). Daar ben je al in gespecialiseerd, dus je bent al alert op dat je dus ... ja, dat je er alert op moet zijn. Je kan hier niet langer zijn dan zes maanden hooguit, dus ... Kan je hier langer zijn, dan (...).

Ja, en daar hebben wij het inderdaad ook over gehad. Bij onze definitie, en daarom moeten we het misschien ook veranderen, bij onze definitie komt heel erg naar voren dat ehm ... ja heel duidelijk hospitalisatie ontstaat. Bij bejaarden bijvoorbeeld, of bij langdurige zorg, daar zul je het heel duidelijk merken. En dat is ook hier, ehm ... er is best kans dat er hier hospitalisatie uitkomt, maar dan zal het er wel een hele subtiele vorm vān zijn. En zullen er dus niet immens grote stappen hoeven worden ondernomen om het terug te dringen ofzo. Maar zou het meer een preventieve vorm zijn.

En het is denk ik ook; hoe kijk je er naar. Want als je zegt van, je wordt hier opgenomen en je krijgt het programma en ehm, het programma verwacht dat jij een dagopening doet en een dagafsluiting. Ik zou denken van; nou, dat ga ik helemaal niet doen. Dan zeggen wij; ho, stop, dat zijn onze regels, van het instituut, daar doe je aan mee. En in die zin, is als je het eigenlijk een stuk kleiner maakt, gebeurt het wel. Want jij gaat mee in die regels van het instituut. En jij zit braaf, zit jij 's morgens aan het ontbijt en braaf bij die dagsluiting en dagopening. Terwijl jij misschien denkt; laat mij maar lekker de hele dag sporten en geef me een paar pillen enne.. dan ben ik klaar. Dus in die zin speelt het dan weer wel.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Ja, waar ik op zoek naar ben is om het onderscheid te maken tussen (...) en hospitalisatie. En kijk, als je je hier gaat nestelen en je veilig gaat voelen, voor hier zijn dat al tekenen aan de bel van jongens, ho ho, stop! Nou kan je dat al hospitalisatie noemen? Als iemand hier na het weekend naar toe komt en zegt: 'ik ben blij dat ik hier weer ben!', dan gaan bij mij al alarmbellen rinkelen. Maar is dat hospitalisatie?

(...)

(...) Iemand die ervoor kiest om hier te hospitaliseren, dat is een keus die je maakt. Met langdurig, dat is denk ik wel het verschil, dan kiezen ervoor om daar.. dan kun je er maar beter voor kiezen, want anders dan kun je het niet overleven.

Is het de veiligheid en de verantwoording die wij overnemen? Daar valt of staat hij mee. Als iemand hier veiligheid en verantwoording bij ons kan leggen, zou hij hier willen zijn en is er sprake van hospitalisatie. Dus dan is het hier van belang erg alert te blijven dat iemand de eigen verantwoording houdt en die veiligheid ook elders te creëren. (...) dat mensen achterover gaan hangen en dat het allemaal te lastig en te moeilijk is in de buitenwereld, dan ga je hier aan de bel trekken en dat (...).

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Nee, ik denk voor hier is het met name de veiligheid en de verantwoordelijkheid nemen, dat zijn hier de grootste oorzaken.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, want je leeft in een groep en daar zou je zelf niet voor kiezen en dan kom je een beetje bij dat voorbeeld wat ik net gaf. Een leefomgeving brengt regels met zich mee en daar heb je je aan te houden als je er bent. En als je je daar dus in gaat nestelen, in die regels, dan kan dat hospitalisatie in de hand werken.

Is dat ook iets dat je concreet hebt gezien?

Ja, dat zie je elke dag. Iedereen die hier komt gaat zich aan het programma houden. Dat is een risico, dat is niet hospitalisatie, hé?

En heb je ook wel eens gezien dat dit risico zich dus inderdaad uitbreid naar echt een vorm van hospitalisatie, of een beginnende vorm van hospitalisatie?

Dat is zo lastig. Die is dan gerelateerd aan het ziektebeeld. Iemand die ernstig depressief is, die gaat zonder wikken of wegen of er over na te denken, voegt zich in wat er van hem verwacht wordt. En of dat nou thuis is of in crisis, dat kan thuis ook gebeuren.

(...)

Ik denk dat als je zou zeggen van ... dat als je over hospitalisatie praat, dat het je stoort, dat dan de definitie pas aan de orde komt. Op het moment dat het je stoort. Want we passen ons allemaal aan aan iets. Als jij gewend bent thuis om vijf uur te eten en je eet een keer om half 6, dan hebben die kinderen daar last van.

b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik zit nu eerder niet aan hier te denken (...). Maar meer in de zin van ehm, ongeschreven contactregels op Zon & Schild zelf. Op het moment dat jij bijvoorbeeld ehm, in de stad zit zijn de regels: je doet daar niet gek op straat. Op straat ga je niet met een boomstam lopen gooien, omdat je boos bent, want dat kan niet. Dat past niet in het plaatje. Hier kan dat wel. Hier spreekt niemand je erop aan. Dat is meer de ligging dat ehm... Het is een ongeschreven regel; je mag hier op het terrein gek doen. Er lopen ook mensen die hier langdurig zitten, dus ach..

(...)

- c) **Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Nee, ik denk dat dat juist hier zo geregeld is dat dat ehm... dat je kaders inbouwt in het programma.

Dat is met name, als je zegt concreet voorbeeld, is het verblijf hier.

(...)

En dat het proces inzichtelijk moet zijn, hé? (...) Dat we ook weten van; wat ga ik allemaal doen. Dat het in beweging is, dat het niet iets is dat stil staat, hé? Dat je in een verpleeghuis wordt opgenomen en daar zit dan geen proces in (...).

- d) **Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, dat geloof ik zeer zeker, ja.

En heb je het ook wel eens gezien?

Ehm, ja ik denk dat als de hulpverlener, ehm, teveel over gaat nemen, dan heb je het misschien niet over hospitalisatie, maar het verlengen van het verblijf hier, ehm, concrete voorbeelden noemen... Als je heel erg bezig gaat met, ehm, als iemand het lastig vindt om hulp te vragen, dat je dan heel erg daar je behandeling op gaat richten als hulpverlener. Dat je constant aan het leren bent van 'kom je naar kantoor', 'spreek een verpleegkundige aan' en als dat te lang aanhoudt, dan ben je aan het hospitaliseren, want dat is niet de bedoeling, want het is juist de bedoeling dat iemand zelf, ehm, de hulp kan zoeken en buiten is. Als je het te lang laat duren, ontstaat er hospitalisatie. Want dan maak je de patiënt afhankelijk van je in plaats van zelfstandig.
(...)

- e) **Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, (...) maar de organisatie betaald en doet de maaltijdvoorzieningen. En daar heb jij geen invloed op. Maar hier is dat weer lastig, want hier heb je er eigenlijk dus toch wel invloed op. Als een hele groep aangeeft van; nou, ik wil gaan koken, ofzo, dan is die mogelijkheid daar. Maar daar neemt de organisatie toch wel de grootste beslissing in. Dus in die zin kunnen organisatie, ehm... Huisregels...

Als je dan even het normaliseren pakt, wat is normaal?, dat je na je werk zelf zorgt dat er boodschappen en eten in huis is. Hier kan je achterover leunen, want je doet je therapie en je hoeft alleen die etenskar maar te halen. En dan maken we het ze wel heel makkelijk (...).

- f) **Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, dat kan. Ehm, maar dan heeft de persoon het ook nodig. Hé, want soms ehm, soms is dat even nodig. Maar als je iemand dus.. als je iemand sederende of rustgevende medicatie heeft, krijg je dan hospitalisatie? Dat werkt wel mee, want dat neemt je initiatief weg, want dat dempt jou. Maar dan spreek je niet over hospitalisatie in de negatieve zin, want het heeft gewoon op dat moment.. zet je dat therapeutisch in.

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

(...) Ik denk dat dat juist hier op zo'n afdeling iets om daar heel alert op te zijn. (...)

Dus als je het signaleert wordt er eigenlijk al gelijk iets mee gedaan?

Ehm, ja, ja. (...)

Maar het je het hier ook gezien, of zeg je van; nou, dat zou kunnen?

Ja, nou ik kan zeggen dat ik het niet gezien heb, maar wel dat ik het (...).

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik heb één voorbeeld waarvan je kan zeggen dat iemand die zwaar depressief is en dat die depressiviteit hem zo stoort om inderdaad het leven op te pakken, waardoor het te lang geduurd heeft om hier te zijn door onmogelijkheden, waardoor er een glijdend proces in hospitalisatie is gekomen. En dan gekoesterd wordt, omdat je dan niks doet. (...) Ga je dan een stukje veiligheid overnemen? En dán werk je hospitalisatie in de hand.

(...)

En je kunt je voorstellen, als je al over je behandeltime heen bent van zes maanden en er is echt gewoon geen stap vooruit te komen in het proces, dat je dan hier dus in een instituut leeft, dus dat je daar je veiligheid ook haalt en (...), je eten wordt verzorgd, je hebt een bed, je doet niks, er wordt niets van je verwacht, er is niemand die iets van arbeid of ehm, relatie, thuis, ik weet niet wat.

- i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Dat je dat veilig noemt.. ja. Tevreden.. ik denk het niet. In het algemeen komt het juist voor en... want jullie hebben je gespecialiseerd op SAS? Eigenlijk komt het veel meer voor als iemand geplaagd is. En als er persoonlijkheidsproblematiek speelt en ehm, nou ja goed.. (...)

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Als het echt speelt, dan ga ik dat voorbeeld even nemen, en dan is echt de hele verantwoording bij mij als hulpverlener en bij mij de veiligheid zoekt, zou het me in de eerste instantie uitdagen, maar (...), het kan me frustreren (...). Op het moment dat het een uitdaging blijft en het blijft een proces, dan is er niks aan de hand. Maar op het moment dat het proces stagneert, dan levert het frustratie op.

En wat doet het met je houding naar de patiënt toe?

Naar de patiënt toe zal niet zoveel veranderen, het zal wel iets doen naar mijn collega's, ja. (...) Het ligt aan het beleid dat je met elkaar maakt. (...) Teambreed moet er aan gewerkt worden dat het voorkomen wordt. En dat is waarschijnlijk ook waar die frustratie dan vandaan komt, dat het niet teambreed gedragen wordt en juist als mensen de verantwoording en veiligheid van zichzelf afleggen, gaan ze op zoek naar iets waar ze dat het beste kunnen doen. Dus als je dat niet teambreed draagt, dan (...).

Interview 4

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Wat ik versta onder hospitalisatie is dat de mensen, de cliënten die hier komen, dat ze hier lang blijven zitten, dat ze eigenlijk zich gaan settelen hier. En de eigen verantwoordelijkheden ook veel minder worden, weinig initiatief nemen, ja.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Ja, niet heel ernstig, maar wel dat ik er kleine trekken van terugzie, ja.

En wat is je dan opgevallen? Wat zie je?

Ehm ja, dat mensen het eigenlijk wel goed vinden waar ze nu zitten en niet zo nodig meer ergens anders heen willen en zich eigenlijk goed voelen op de plek waar ze nu zitten. Terwijl ik het dan wel nodig vind dat die mensen dan stappen gaan ondernemen om verder te gaan in het proces, maar dat zien ze dan bij zichzelf niet. Zij vinden het prima zo. Ja, dat zie ik wel af en toe.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ehm, ik denk dat het ook wel te maken heeft met het ziektebeeld bij de mensen. Een depressie dat je dan sowieso een grote kans wel hebt op hospitalisatie, omdat die mensen wel heel passief kunnen zijn en weinig initiatieven nemen. Ik denk dat het sowieso daar al mee te maken heeft. En ehm... wat zou het nog meer kunnen zijn? Ja, misschien dat ze ook niet goed een doel voor ogen hebben, wat ze eigenlijk precies willen. Het kan dat ze dat zelf niet hebben, maar het kan dat er van de hulpverlening ook niet echt een doel voor hun is. Ik denk dat dat er wel oorzaken van zijn.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Niet heel erg, maar ik kan me er voor een deel wel wat bij indenken. Ik denk... het is gewoon... als je de kliniek hebt, is een heel ehm, ja... ondersteunend klimaat, zeg maar. Sowieso bij cliënten onderling is vaak dat ze elkaar heel erg ondersteunen en helpen en heel zorgzaam zijn met elkaar. De houding van de verpleging is ook wel meer zo, zeg maar, bij de kliniek. Dus ja, in die zin kan zo'n leefmilieu wel zo veilig en fijn voelen dat ze daar niet persé meer weg hoeven, ofzo.

b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Hm, nee, eigenlijk niet, nee.

Wat het dan bijvoorbeeld kan zijn is dat je door de ligging best wel ver van de stad af zit en dat mensen bijvoorbeeld dingen hier op het terrein gaan doen in plaats van naar de stad te gaan. Zie je dat ook?

Ja, dat zie ik af en toe wel, ja. Maar niet heel erg veel, want op zich ja, het ligt wel afgelegen, maar je ziet toch wel veel dat cliënten even naar de stad gaan of boodschappen doen, ofzo. Maar ik had inderdaad pas iemand die zou dan naar huis gaan een dag en een nacht en die wou de volgende dag dan weer hier terug komen om hier te gaan zwemmen. Terwijl wij zoiets hadden van; ja, je kan eigenlijk net zo goed gewoon in een normaal zwembad gaan zwemmen, waarom moet dat persé hier? Dus in die zin heb

je hier wel heel veel dingen die je kan doen die je eigenlijk buiten Zon & Schild ook gewoon hebt.

c) Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Nee, dat denk ik niet. Nee, want in principe is de doelstelling wel om de cliënt natuurlijk zo kort mogelijk hier te houden. Als je echt langdurige zorg hebt dan zijn ze er heel lang en in principe zijn ze hier nu maar zes maanden. Dus ik denk niet dat dat echt leidt tot hospitalisatie.

(...)

Niet altijd, want het lijkt soms alsof er best makkelijk uitzonderingen voor gemaakt worden. Er wordt niet echt heel erg met die datum gewerkt. Er wordt meer naar de cliënt gekeken van wat heeft die op dit moment nodig en het kan zijn, als dat langer is dan zes maanden, dan gebeurt dat wel eens.

Het hangt van de cliënt af of dit slecht is. Nu is er iemand die er al veel langer zit dan zes maanden en daarvan denk ik wel eens van; nou, dat is eigenlijk niet goed dat die nog zo lang hier is. Terwijl je, als ze echt met doelen bezig zijn en ze zouden hier bijvoorbeeld nog twee doelen willen halen, dan vind ik het wat anders. Dan is het veel meer doelgericht.

Ik vind sowieso wel dat die termijn van zes maanden zo goed mogelijk gehandhaafd moet worden.

d) Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Nee, want voor zover ik van mijn collega's allemaal hoor, dan heeft iedereen wel zoiets van; ja, in principe moeten cliënten zo kort mogelijk hier zijn. Dat heeft iedereen eigenlijk wel. Het wordt ook al regelmatig gewoon gezegd. Er wordt ook wel op eigen verantwoordelijkheid en dat ze echt bezig zijn met hun doelen, worden ze wel op aangesproken. Dus ik denk niet dat het aan de houding van de hulpverleners ligt.

e) Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Nou, op de afdeling hier worden ze er wel bij betrokken, zeg maar. Ja, niet bij het warm eten bijvoorbeeld, maar gewoon bij het gewone eten worden ze wel bij betrokken dat ze wel de boodschappenlijst invullen, dus op die manier wordt het al wel een beetje voorkomen. Dat ze toch wel bezig blijven met de dingen die ze thuis eigenlijk ook moeten doen. Maar het is wel makkelijk hier natuurlijk, dat wel.

f) Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ehm, dat denk ik wel, ja. Nou, ik heb het niet zo specifiek gezien, ik heb ook niet echt een voorbeeld in mijn hoofd, maar ik denk wel dat ja.. mensen hebben vaak behoorlijk veel medicatie. En daardoor denk ik dat hun initiatieven en het bezig zijn met hun doel soms ook gewoon beïnvloedt worden. Ze worden vlakker of hebben minder zin om dingen te doen. Het kan trouwens ook wel weer de hele andere kant op werken met medicatie natuurlijk. En bovendien is het ook, ja... er wordt zo naar de medicatie gekeken. Als ze heel veel hebben en het moet weer afgebouwd worden, komen ze vaak hier weer terug om onder toezicht weer af te bouwen, dus dan ben je sowieso al lang bezig. Maar goed, het kan natuurlijk ook juist dat ze zich door die medicijnen weer veel beter voelen en juist niet meer langer hier willen blijven. Dat heb ik ook wel gezien.

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

Ik weet nog wel één keer, ja die is toen zijn hele leven lang depressief geweest en daar thuis werd dat toen gewoon opgevangen, zeg maar, door zijn echtgenoot, dus die ging hem verzorgen eigenlijk. En toen hij hier was zag je datzelfde eigenlijk ook weer gebeuren. (...) Dat hij zich zo neerzet in zijn houding dat de verpleging daar niet in mee moet gaan, want het risico is wel heel erg groot dat ze dat gaan doen. Dus ja, dat is wat hij van huis uit gewend is, dat hij toch verzorgd wordt. Daar moet je dus wel alert op zijn.

En zijn jullie daar met zijn allen ook alert op?

Nou, soms dan trappen we er wel eens bijna in, zeg maar. Maar op zich zijn we er wel bewust van, hoor, dat wel. En we zeggen het ook wel regelmatig tegen elkaar. Maar ja, soms dan reageer je zonder er bij na te denken en dan denk je later eigenlijk van; o hé, dat had hij eigenlijk best zelf kunnen doen.

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik ben dat nog niet tegengekomen, ja, wel een beetje. Met iemand die weinig toekomstperspectief had, alleen toen waren wij er wel mee bezig om daar aan te gaan werken om te kijken wat er dan wel mogelijk was. Die ging niet echt hospitaliseren ofzo. Dus nee, eigenlijk niet.

- i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, nou ik denk, kijk... de houding naar de cliënt toe is gewoon heel ondersteunend en ook tussen de cliënten zelf ook. Dus er wordt weinig van ze gevraagd, zeg maar, wat ze moeilijk vinden. Ja, daar moet je wel mee uitkijken dat ze dan niet lekker achterover gaan hangen en zeggen van; nou, alles wat ik hier doe dat lukt me wel, terwijl ze dat buiten hier heel erg moeilijk zouden vinden. Dus het is dan wel logisch dat ze liever hier zitten dan dat ze weer weggaan.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Ik denk dat als de mensen echt gaan hospitaliseren, dat je misschien gauw meegaat in hun hulpeloosheid ofzo, zeg maar. Als ze zelf niet goed weten wat ze willen, ze voelen zich hier prima en ze willen blijven, dan is het best moeilijk om dan toch te gaan zeggen; nou oké, dit is jouw plek niet en je moet gewoon ergens anders heen. Dus dan beïnvloedt dat wel, terwijl ik er toch gewoon achter sta dat hospitalisatie ten allen tijde voorkomen moet worden. Iemand stelt zich dan heel hulpeloos op eigenlijk, zo voor mijn gevoel, als die gaat hospitaliseren.

Wordt daar wel eens in mee gegaan, denk je?

Heb ik nog niet meegemaakt, nee.

Interview 5

De persoon bij wie wij het laatste interview afnamen, heeft ons geen toestemming gegeven om het interview op bandrecorder op te nemen. Het gevolg hiervan is dat wij het interview niet letterlijk kunnen uitschrijven. In plaats daarvan hebben wij tijdens het interview genotuleerd. Na het interview hebben wij, hetgeen wij hadden opgeschreven, voorgelegd aan de geïnterviewde en gevraagd of zij akkoord ging met wat wij hadden genotuleerd. De geïnterviewde is akkoord gegaan. Hiermee willen wij aantonen dat, wat hieronder staat beschreven, betrouwbare informatie is.

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Ik vind de definitie niet aansluiten op wat ik hier zie. Op deze afdeling gaan de patiënten in de weekenden naar huis. Ik vind de definitie meer bij langdurige psychiatrie passen. Daar speelt het hele leven van de patiënten op de afdeling af en dat is bij onze afdeling niet het geval.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja, wat heeft u dan gesignaleerd?

Hospitalisatie en de problematiek vloeit veelal in elkaar over.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ik zie wel dat de mensen soms liever niet naar huis toe willen gaan. Soms is het zo dat ze dat veiligheid van de kliniek boven bijvoorbeeld hun thuis verkiezen.

Wat ook een oorzaak kan zijn, is dat de verpleegkundigen gehospitaliseerd zijn. Dit heeft invloed op de mate van hospitalisatie bij de patiënten.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

g. Zou het *leefklimaat op de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Dit zou misschien een oorzaak kunnen zijn. Dat weet ik niet zeker.

h. Zou de *ligging van Zon & Schild* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik denk dat dit wel invloed kan hebben. Ik denk dat patiënten sneller geneigd zijn om hier te blijven in verband met de ligging.

i. Zou de *doelstelling van de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Nee, ik vind niet dat de doelstelling van de afdeling een oorzaak is van hospitalisatie. De doelstelling is juist heel erg aangepast op de doelgroep. In de doelstelling komt sterk het eigen initiatief en eigen verantwoording van de patiënten naar voren.

j. Zou de *houding van de hulpverlener* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik zie dat alle hulpverleners hier met zijn allen erg kritisch zijn. Wel heb ik soms het idee dat er wat lang wordt aangemodderd. Sommige patiënten kunnen in mijn ogen bijvoorbeeld al eerder de afdeling verlaten, maar dit gebeurt dan niet.

k. Zou de *rol van de organisatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik denk dat iedereen wel zijn eigen verantwoordelijkheid heeft.

- l. Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Dit verschilt erg per persoon. Sommige medicatie werkt wel versuffend, maar hier zijn de hulpverleners alert op en er wordt dan iets aan gedaan, bijvoorbeeld medicatieverandering.

- g. Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren.**

Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

Ik denk niet dat dit een oorzaak is, omdat wanneer wij dit signaleren er meteen iets aan gedaan wordt. Dit gebeurt in de vorm van cognitieve therapie. Op deze manier wordt het probleem meteen aangepakt en hospitalisatie dus voorkomen.

- h. Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ik denk dat gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kan zijn van hospitalisatie, ja.

- i. Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ik denk dat dit een oorzaak kan zijn, ja. Je ziet inderdaad dat patiënten hier soms tevreden zijn en het wel goed vinden. Ook ervaren zij hier op de afdeling veel veiligheid wat ook hospitalisatie in de hand kan werken.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op de hulpverlener?

Ik was me eerst niet zo bewust van hospitalisatie, maar nu ben ik door het interview meer bewust geworden van hospitalisatie. Nu kan ik er ook bewust mee bezig gaan. Je hebt met volwassenen te maken, dus je kan iemand niet dwingen om dingen te gaan ondernemen.

Bijlage 6 Interviews gelabeld

Om een goede conclusie te kunnen trekken uit de afgenomen interviews, wordt de tekst gelabeld. Hieronder zijn thema's weergegeven. Ieder thema heeft een eigen kleur. De tekst uit de interviews wordt gekleurd naar het bijpassende thema. Alleen waardevolle informatie wordt er op deze manier uit gehaald.

hospitalisatie

(sociaal) netwerk

hobby/vrije tijd

Leefklimaat

Individuele (psychiatrische)
problematiek/situatie

Ligging

Doelstelling

Houding hulpverlener

Organisatie afdeling

Faciliteiten Zon & Schild

Medicatie

Effect op hulpverlener

Tevredenheid

Interview 1

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Wat ik onder hospitalisatie versta is dat je op een leefgroep bent, op een andere plek dan thuis. Dat je daar zo gewend raakt aan de structuur daar, de veiligheid, de contacten, dat dat de bekende veilige wereld voor jou wordt waaraan je je meer en meer op aan past en daardoor wat verder van je eigen thuissituatie af komt te staan, of meer moeite gaat hebben om straks weer in de thuissituatie of de maatschappij de draad op te pakken, omdat dit de veilige basis is geworden, ehm...dat versta je dan in die leefgroep en dat zie je bij hospitalisatie...Ja, en dat kan gaan om veiligheidsgevoel, of de vaardigheden die je hebt, of je manier van kijken tegen de dingen, alles wat te veilig hier wordt waardoor je afstand hebt.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Daar moet wel bij gezegd worden dat bij langdurig je vaak echt die mensen hebt die al jaren gehospitaliseerd zijn, maar we merken al wel dat hier, het is kortdurend, dus het zal een hele subtiele vorm van hospitalisatie zijn of net beginnende hospitalisatie zijn, dus dat mag je er ook onder verstaan.

Ja is goed dat je dat zegt, want ik ehm..heb het hier wel gezien, bijvoorbeeld ehm, dat mensen met depressie of angstklachten ook te maken hebben met sociaal ehm isolement, en ehm...op het moment dat ze hier komen dan bijvoorbeeld moeite hebben met het oefenen in bepaalde situaties, met weekenden of avonden, dagdelen of dat ze bijvoorbeeld met groepsgenoten een sociaal netwerk opbouwen, buiten Zon en Schild gezamenlijk naar de stad bijvoorbeeld, terwijl je zegt: 'hè probeer nou dat netwerk vanuit je eigen thuis nog te behouden', maar dat gaan ze dan bij groepsgenoten zoeken. Of dat mensen hun hobbyactiviteiten hier op het terrein gaan opbouwen, met sport of vrije tijd, hobby, creativiteit, terwijl we dan zeggen probeer dat ook vanuit thuis op te bouwen. Dus dat zijn signalen die soms op hospitalisatie wijzen.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ja, ehm, ik zou eerst nog willen zeggen dat, voordat ik het over oorzaken heb, dat hospitalisatie soms ook een veilige positieve kant heeft. Als mensen hier binnen komen en er is sprake van uit balans geraakt, kwetsbare situatie, zelfs crisis, dat het dan ook nodig is om eerst weer te heroriënteren in een veilige omgeving. Dus het is niet per definitie verkeerd als mensen zich hier settelen. Als het maar weer tot een omslagpunt komt, richting huis weer en als dat omslagpunt er niet komt ehm, wat mij betreft praat je dan over hospitalisatie.

Ja, want dan gaat het mensen ook belemmeren.

Dan gaat het belemmeren, ja. De oorzaken dat het gaat belemmeren is denk ik dat er niet vanaf het begin een duidelijke verbinding met de thuissituatie buiten Zon en Schild is behouden. He, wij willen vanaf de voordeur al richting achterdeur gaan werken en als dat niet voldoende gewaarborgd is dan gaan, blijven mensen hier hangen. Dat is denk ik een oorzaak.

Ehm, een oorzaak is denk ik ook gewoon de menselijke kant. Dat wij ehm, waar je een week lang mee optrekt, gaat voelen als een veilig basis en daar ga je ook je activiteiten ontplooiën. Dus gewoon eh, mens zijn dat, dat ieder denk ik op die manier dat oppakt. Dat alleen wat van ons vraagt als hulpverleners. Dus oorzaak menselijke kant ehm..

Ik denk dat veel oorzaken ook nog linken aan iemands eigen individuele problematiek. Als je al een zwak sociaal netwerk hebt, als je sociale angst hebt, als je je al somber en initiatiefloos voelt, dan ehm, is de stap om je hier, op de afdeling wat te settelen of hier de veiligheid te zoeken veel aannemelijker, dan in die thuissituatie waar je al crisis hebt meegemaakt, dus het ziektebeeld daar ook een rol in speelt.

Soms ook nog, als laatste ehm, het netwerk wat mensen hebben, dat er sprake is van overbelasting van het netwerk of zo veel conflicten in de relatie met het netwerk, dat er op die

manier niet veel sociaal draagvlak voor de patiënt is om buiten zon en schild de draad weer op te pakken, waardoor het ook te begrijpen of te verklaren is dat iemand het hier gaat zoeken.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

- a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Wat een goede vragen, even nadenken, ja wij hebben wel eens een groep waarin mensen heel sociaal aangepast zijn en ehm, ook wat angstig dus daarom heel ehm, accepterend naar elkaar, niet snel confrontatie en feedback aangaan, waardoor d'r zo'n, zal ik maar zeggen, soft -steunend milieu ontstaat, ehm, wat voor sommige mensen echt een trigger is om daarin te gaan hangen, om het maar even zo te zeggen, daarin te gaan leunen. Dat komt de rehabilitatie, hè met naar huis toe, denk ik niet altijd ten goede. Daar moeten wij wat mee.

En dat is ook echt iets wat je ook echt expliciet op de afdeling bent tegen gekomen?

Ja, dan zeggen wij tegen de groep: 'jullie zijn allemaal zo aardig tegen elkaar, wat, wat betekend dit, en eh, joh, kom jij er nog wel aan toe om buiten Zon en Schild wat op te pakken, want 's avonds zijn jullie voortdurend hier met elkaar'.

- b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Nee, niet zo danig dat ik dat ben tegen gekomen.

Ook niet het feit dat Zon & Schild best wel ver van de stad af ligt, en het natuurlijk dus best een drempel is om naar de stad toe te gaan?

Ehm, er is een drempel om naar de stad toe te gaan. Alleen als het gaat om het tegengaan van hospitalisatie, dan ehm, ook al zou Zon en Schild midden in de stad liggen, dan kan het probleem liggen aan dat het weer ver van het huis van die persoon afligt, dus dan is reizen met openbaar vervoer meer een probleem dan zo zeer de ligging, dus daar zou ik meer voor gaan.

- c) Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ehm, nee omdat onze doelstelling juist heel activerend is, vanaf de voordeur naar de achterdeur kijken, alleen ehm, en weet je wat ik in het begin zei dat, doordat we mensen toch ook een, veilig en steunend klimaat willen bieden, niet alleen activeren maar ook steunend, dat dat voor mensen een uitnodiging kan zijn om zich even te settelen, alleen wij zetten direct die andere kant er ook naast, activeren, naar de achterdeur kijken, dus ik zou dan meer het ziektebeeld als de afdeling, als oorzaak zien. Dus mijn antwoord is nee.

- d) Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, ik zou, ik zou niet zeggen dat de houding van de hulpverlener een oorzaak is van hospitalisatie, maar wel dat de houding van de hulpverlener een hele bepalende invloed heeft op de ontwikkeling van hospitalisatie. He, hoe activerende rol, en hoe betrek je de patiënt bij de ontwikkelingen, hoe draag je bij aan vaardigheden en inzicht vergroten. Het is belangrijk qua invloed, maar niet een oorzaak.

Wat als je bijvoorbeeld eh, heb je dat ook gezien op de afdeling, dat je kunt zeggen, die houding draagt bij aan het risico op hospitalisatie op de afdeling.

Ja, ik vind het lastig om hem te koppelen aan het risico van hospitalisatie, je kunt zeggen een houding van acceptatie, steun, dat onderbieden, dat dat op de langere termijn tot hospitalisatie kan leiden. Alleen op moment dat wij die houding bieden, is dat ook vaak omdat de patiënt dat nodig heb, en zie je ook dat behandeling van depressie en behandeling van angst beide ook een steunende houding vragen. Dus is het ook gewoon een doelgerichte interventie, dus daar zou ik hem onderplakken en dat dan ook een risico kan zijn op hospitalisatie, dat kan wel zo wezen, maar dat pak je met je andere interventies wel weer terug.

- e) **Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ehm, ja, ehm, dat als organisatie, heb je d'r invloed op de structuur van evalueren. Wij hebben nu om de acht weken, ehm, beleid van patiënten behandeld breed evalueren. Zelf vind ik dat best heel erg lang doordat je dan belangrijke structurele veranderingen ook ehm, soms net iets langer blijven wachten als nodig was geweest. En dat kan gaan om het opstarten van vrijwilligerswerk, of aanmelding voor een woonvorm, of ehm, dus in een negatief geval zou dat bij kunnen dragen dat het proces gewoon wat langer duurt en dat er dan pas een evaluatie gepland staat.

Nou dat is eigenlijk de enige die ik kan bedenken, want verder is de organisatie, gaat de organisatie van het behandelprogramma een beetje over waar we het net over hadden, de houding. En de organisatie van Zon en Schild als locatie, ja, er worden ook heel veel stimulerende activiteiten aangeboden, die mensen kunnen oppakken, zoals sport en creatieve activiteiten. Maar wij roepen dan altijd, dit zijn voorbodes om naar huis toe te werken, dus dan draagt de organisatie ook bij. Ik vind het lastig om nog negatieve factoren van de organisatie op te noemen. Is dat helder?

Ja, er komen nog wel dingen naar boven, je zegt hier is inderdaad alles op het terrein, maar juist dat, zou dat ook niet juist hospitalisatie in de hand kunnen werken, dus de stap naar de maatschappij misschien weer enger wordt.

Ja dat klopt, dat zou de keerzijde van de medaille kunnen zijn. Alleen ehm, de kracht dat die faciliteiten hier op het terrein zijn is dat ze de eerste stap kunnen zijn voor mensen om hun hobby te oriënteren of sport te herontdekken in een veilige omgeving en we hebben gewoon met een organisatie te maken met heel veel doelgroepen, dus daar moet je hem voor bieden. Dat dat kan verworden tot hospitalisatie bij ons, vraagt meer van onze aanpak dan aan die faciliteiten. En daarom gebruiken wij het vaak als de springplank naar verder en niet als 'pas op dit is een valkuil'. Nee joh, ga maar naar de activiteiten, en wat is dan de vervolgstap? We gebruiken hem als springplank.

Hebben jullie wel eens, ben je op de afdeling tegen gekomen, dat de patiënten door die faciliteiten hier hospitaliseerde? Blijkbaar dus niet?

Nou jawel, jawel, wel dat mensen hier langer, of lang, zo bezig zijn met hun sport en creatieve activiteiten, dat wij de vraag stellen van: 'joh, wat is er nu voor nodig dat je dat thuis op gaat pakken?'. Zouden we dat niet doen, dan kan het verder gaan tot hospitalisatie.

Inderdaad, Ja, dus je ziet wel dat er misschien beginnende hospitalisatie kan komen, maar eigenlijk ondervang je dat...

In je eigen aanpak, ja...dus als mensen hier een activerend programma volgen, met sport en vrije tijd hier volgen, dan streven wij er naar dat bij ons de rode lampjes gaan branden van, waarom doe je dat hier en niet thuis? Dat is ook een thema in de evaluatie.

- f) **Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ehm, ja, sederende medicatie die mensen al meer initiatiefloos of trager kan maken, waardoor je al minder eh, tot ...?..... kan komen .
Aan de andere kant kan ik me voorstellen dat ...?..... en ook stemmingstabilisatoren er juist aan bijdragen dat mensen weer meer in balans komen en daardoor wel dingen realistischer...?....kunnen zien. Dus ik zou em twee kanten op pakken. Medicatie kan remmen, maar dan alleen de sederende medicatie, maar medicatie kan ook bijdragen aan actie, dat zij die andere twee.

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

Ja, we hebben een keer een eh, jonge vrouw gehad, die heel subassertief afhankelijk en ehm, aangeleerde hulpeloosheid die op de voorgrond stond, angstig ook, sociaal angstig, mede die ook denk en ehm, bij haar zag je dat hospitalisatie niet was, ziekenhuis ten opzichte van thuis, nee, slaapkamer ten opzichte van afdeling en afdeling ten opzichte van terrein. Zij bleef hangen in zoeken naar veiligheid, en ehm, met name in afhankelijkheid. Dus zeker daar zie je die opvoedingsporen denk ik, ja. En dat krijgt dan ook een plekje van aandacht, kleine stappen, positieve ervaringen, goed, dat krijgt dan ook een plek van aandacht.

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, ik kan mij die link helemaal voorstellen. Ehm, wel de mensen, die in een verhaal zeggen van: 'ik heb het al zo vaak geprobeerd en het is me niet gelukt', of ehm, 'ik heb even geen zin ik kan dit niet', waardoor je, waardoor je binnen die depressie en angst gewoon de negatieve bril ziet. Ook op het uitbreiden van die sociale activiteiten, of het ehm, 'alleen wonen gaat toch niet meer lukken, dus waarom zou ik het weekend naar huis gaan, ik kan dit niet'. Dus toekomstperspectief gekleurd door het ziektebeeld, dat dat ook beïnvloedt, dat is herkenbaar.

Ik denk aan een vrouw die we nu ook hebben, die ehm, echt wat tijd nodig heeft gehad om weer naar huis toe te werken, omdat ze voortdurend het gevoel had van, ik kan die draad toch niet meer oppakken. En met dat de depressie weer wat meer naar de achtergrond ging, dat er wat meer hoop en realistisch denken, dacht ze dat ze toch nog weer wat bouwstenen kon oppakken, laat maar zeggen, en is dat nu weer aan het doen.

- i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja zeker, ik denk dat dat een herkenbaar kenmerk is van hospitalisatie, je huidige omgeving als meer veilig en meer prettiger gaat ervaren, dan je normale basis thuis, dus inderdaad, de plek, ja.

En ben je dat ook wel eens echt tegen gekomen op de afdeling?

Ja, we hebben een man gehad die werd aangemeld en die was hier drie dagen, en toen hadden wij als team zoiets van, dit moeten wij niet gaan doen want, dit is een verhaal van voortdurende eenzaamheid thuis, grote kloof tussen hem en zijn sociaal netwerk, en zijn moeite met activiteiten thuis oppakken, en de andere kant hoe goed hij het vond om hier te zijn met groepsgenoten, ieder vrij moment was hij samen met anderen, naar ons een bepaalde hulpeloos en claimende houding, en wij hadden binnen een paar dagen eigenlijk zoiets van, dit is zo'n groot risico op hospitalisatie. Hij is zich nu al aan het nestelen, hoe gaan wij aan zijn leerdoelen thuis werken als hij hier zo veel veiligheid ervaart. Dus toen zijn we met hem een gesprek aan gegaan met een dringend advies, stoppen met de opname en jou leerdoelen thuis gaan oefenen, want de kloof tussen thuis en hier gaat te

groot worden. Waardoor je juist niet aan die doelen kan werken. Deze man werd boos, voelde zich niet begrepen, dus dan probeer je vervolgens op een compromis te komen, dus nou is hij weggegaan. Volgens mij is dat een heel duidelijk voorbeeld, van ehm...ja.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Op mij als hulpverlener, ehm, het prikkelt mij als uitdaging, om te kijken van hoe kan je nou hier een draai aan maken om ze wel op thuis te gaan richten. Dat zie ik ook als de basis van de behandeling, dingen gebeuren hier, maar worden toegepast thuis. Dus het triggert mij, het daagt me uit. Ehm, in de wat meer extremere vorm kan het ook machteloos gevoel geven in de zin van ehm..waar ligt hier het kantelpunt en wat is er nu voor nodig dat de persoon toch d'r weer uit komt en dan kan het soms ook een vicieuze cirkel worden. Veiligheid geeft steun en daardoor wordt de depressie wat minder, je voelt je erkent, je gaat uitdagen om naar huis te gaan, wordt angstig, wordt somber, dat kan een machteloos gevoel geven. Maar meestal daagt het mij uit.

Interview 2

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie

Ja, weet je ik denk die 19 items van die vragenlijst, dat dat op zich natuurlijk, maar...hospitaliseert is iemand die helemaal meegaat in de gang van zaken, zijn autonomie is weg, zijn onafhankelijkheid is weg, weet je iemand die gewoon, ja...er niet meer over nadenkt wat tie er zelf van vind en of tie het anders zou willen...gewoon afhankelijk is van...

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Daar moet wel bij gezegd worden dat bij langdurig je vaak echt die mensen hebt die al jaren gehospitaliseerd zijn, maar we merken al wel dat hier, het is kortdurend, dus het zal een hele subtiele vorm van hospitalisatie zijn of net beginnende hospitalisatie zijn, dus dat mag je er ook onder verstaan.

Ik denk het wel, ja, die ken jij ook nog wel, ik zal hem maar bij de voornaam noemen, Peter, ja daar denk ik dan aan. Weet je hoe hij...hoe wij hem overal bij moesten slepen, het niks meer, maar dat was vooral de afhankelijkheid. Maar ook wel et et..hè, ik denk bij hospitalisatie ook wel dat het geen aandacht meer hebben voor de ADL naar voren komt. He dat hoort ook bij (...) ga je eens scheren, doe een schone broek aan, ga onder de douche. Ik denk dat als hij gebleven was, ja.

Heb je nog meer mensen, waarbij je kan bedenken, dat daar sprake was van hospitalisatie?

Ja weet je, je hebt wel mensen met een afhankelijkheid en dan, dan, ik denk dat daar wel een gevaar is, of een (...) hospitalisatie (...). Je moet voortdurend (...).

(...)

Ja naar buiten, ja.

En we hadden gister, dat was ook iemand (...). Die was ook bij ons geweest boven, Marco. Die zag ik gister (...)

Want vind jij hem hier gehospitaliseerd?

Ja weet je wij werken er zelf aan mee hè (lachen).

(...) dat het ook van twee kanten komt.

Ja maar daar kun je ook weer zeggen van, is het afhankelijkheid? Wat voor opvatting moet je dan (...). Het is moeilijk denk ik om dat onderscheid te maken.

Ja want dat zien we ook al (...) kenmerken van depressie, want depressie heeft bijna hetzelfde kenmerken als hospitalisatie.

(...) en depressie ook zoiets, in hoeverre, ja, ja...

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ehm, ik denk dat je dat heel breed kan nemen, hè, van een afhankelijkheid. Ik denk dat het ook voor heel veel mensen die eenzaamheid hebben een (...) zich daar gewoon thuis gaan voelen. En dat ze de eenzaamheid daar niet zo ehm, (...). En ik denk dat depressie ook (...).

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

- a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ehm, ja ik denk het wel. En dan denk ik bijvoorbeeld weer aan Peter, iedereen zorgt ook voor hem. Weetje, en dan denk ik, nou, hè, dan wordt die man niet gestimuleerd, toch zelf iets (...), toch zelf dingen te doen. En dan denk ik ja, een, een omgeving. Zo'n iemand kan op een phs-groep gaan werken, dan zou dat bijvoorbeeld niet gebeuren. En zeker bij stemming- en angst, ja, dat is toch anders. Ja, het is toch (...)

Maar weet je dat is ook de afweging. Nu ook bijvoorbeeld, met Wessel van ehm, hij eet gewoon slecht, en hoe (...) stimuleren hem tot eten, en maak ik hem niet afhankelijk. Want dat is te snel (...)

Ja en dan denk van ja moet ik iemand gewoon in zo'n slechte lichamelijke conditie maken, door de autonomie bij hem te laten, en ehm, de verantwoordelijkheid bij hem te laten, terwijl je ziet dat iemand gewoon bijna niet eet en drinkt. Weet je dan, ja dan, kan je als mens niet over je hart verkrijgen om dat te zien, dus, dat is toch gek. Ja dan, in hoeverre werk je dan hospitalisatie in de hand. Dat is moeilijk hoor.

- b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Dat is nog van vroeger hè, ja, het is allemaal buiten. Oude ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zijn allemaal buiten de stad.

Denk je dat, dat hospitalisatie in de hand kan werken?

(...), afgeschermd.

En merk je dat ook bij mensen op de afdeling, dat ze minder snel naar buiten gaan, omdat het allemaal zo ver weg is? Of dat ze met de bus moeten, niet met de auto kunnen, maar met de bus moeten?

Ik denk het wel ja, hè, *als je ziet dat sommige moeite hebben om boodschappen te gaan doen, dan moeten ze met de bus* en dan (...)

Het ehm, *belemmerd ze wel. Ja, het moet echt wel aantrekkelijk zijn buiten*, willen ze nog (...)

- c) Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

De doelstelling op zich denk ik niet. *Nee de doelstelling niet, de doelstelling is juist van, bewaar je autonomie*, ehm, *gericht op weer terug in de maatschappij, oppakken werk, hè het systeem waar je in zit, daar weer naar terug. Dus de doelstelling op zich is heel goed*, maar de manier waarop...

Ja dat klopt, daar komen we zo nog op terug, ik weet waar jij naar toe wilt.

- d) Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, zoals ik al zei, het komt altijd van twee kanten. Weet je, het kan nooit van een kant komen, want dan heb je het niet.

Er moet altijd iemand zijn die d'r naar neigt, en iemand die dat stimuleert. Want als je niet stimuleert, dan hou je het tegen, dus dan, veroorzaak je hè. Dus hoe minder je juist (...).

En dan (...). Maar het is leuke vent hè, ja.

(...) Dat vind ik leuk.

En hoe denk je dat wij (...) afdeling (...)

Nou, zoals ik dat net zei he, waarom grijp je in. In hoeverre laat je iemand zijn autonomie houden, zijn eigen verantwoordelijkheid houden, je hebt met (...) te maken, je hebt met een groep te maken, ik vind dat heel moeilijk hoor.

Ik bedoel (...), bijvoorbeeld, weet je wel, ik noem maar wat. En ja, dan moet jij, als verpleegkundige, gaan uitleggen aan de groep, dat dat eigen verantwoordelijkheid is. Maar, dat, dat, dat rijmt niet. En jij wil dat ook niet, want jij kunt je voorstellen als mens, jij (...) aan.

Dan ga je de verantwoordelijkheid van iemand overnemen en waar ligt dan die grens. Dus ik denk, ik denk dat het heel moeilijk is om echt (...).

Je hebt ook met volwassenen te maken natuurlijk, met een eigen wil.

Ja, en, en als iemand, hè, dan denk ik even aan die meneer die (...) die daar zat, die daar zat, die is dus eigenlijk, geen (...) hebben we gezegd hier kunnen wij gewoon helemaal niets mee, dus hij is weer naar huis gestuurd en (...) zijn vrouw deze rol wel over. Maar goed, de keren dat hij hier was (...) niet zo'n slecht besluit geweest. Weet je, en ook (...) het is een gewoon dilemma.

Je blijft wel steeds zeggen hoor, van ehm, eigen verantwoordelijkheid...

Maar, ja, ik denk dat het wel, dat je iemand er heel erg op moet ehm, dat je ook, ook moet ehm, vertellen er over van hè, dat het belangrijk is om je autonomie te behouden, ja. (...).

Dat soort dingen. Mensen zeggen ook wel eens voor de gein, (...).

e) Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Dan zou je dus kunnen zeggen, van, die woningen op het terrein langdurig dat moet gewoon allemaal weg? Want dat zijn vooral allemaal mensen die echt gehospitaliseerd zijn.

Ja, het is vooral ook van ehm, wat de organisatie bijvoorbeeld allemaal organiseert om, hier bijvoorbeeld op het terrein een winkeltje, het eten..

Verwendag

Verwendag, zwembad, ehm ze hebben hier alles voor handen, en is dat er niet, dan is dat veel meer een stimulatie om buiten de deur, ehm, weg te gaan.

Ja, **het is een dorpje op zich hier**, ja, **en dat is heel moeilijk terug te draaien**. Misschien bij nieuwe ziekenhuizen dat dat lukt (...). Dat die draai wel te maken is, maar dat je daar een periode van 20 jaar voor moet nemen. Mensen zijn het nou eenmaal zo gewend. Hun loopje naar het winkeltje, hun loopje naar (...), weet je, dat soort dingen. En dan ontnemen je mensen dus iets. Maar voor dat mensen die gehospitaliseerd zijn, in staat zijn om de stad in te gaan. (...). De wereld daar buiten is voor, voor heel veel mensen die al jaren op Zon en Schild wonen, dat, daar komen zo niet. Hier is alles.

En de mensen op deze afdeling?

Ja die **gaan gewoon het weekend naar huis**, ehm, die komen wel ehm, **hun kopen twee keer in de week**, moeten ze **hun boodschappen** gaan doen **in de stad** (...).

Dus jij denkt dat de organisatie niet zo'n grote rol speelt.

Ja, dan denk ik meer aan mensen die bijvoorbeeld van een langdurige afdeling (...), woningen, dat soort afdelingen. Daar kunt je dat niet aan ontnemen, niet meer. Daar had je van te voren aan moeten denken. Dan was je er vroeg bij geweest.

(...)

- f) Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Weet je ook mensen bijvoorbeeld ehm, *het ligt heel erg aan het ziektebeeld hè. Als je bijvoorbeeld een gewone depressie hebt, dan, dan, ja dan (...) antidepressiva (...), half Nederland slijkt ze dus, en dat werkt ook allemaal en rijdt, dus dat zal wel mee vallen. Maar hè, mensen die gewoon psychotisch zijn en bij een depressie, en dan (...) Benzo's slikken, ja, (...), ja, dat is gewoon zo. Maar goed, dat is wel tijdelijk.*

(...)

(...)

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

Ik kan het mij heel goed voorstellen, ja. Maar dat zie je in zowel, om in vergelijking te trekken, *vooral mannen dan die altijd maar verzorgd zijn door hun moeder en hun vrouwen. Hun vrouw is er dan niet meer en dan raken ze depressief, omdat hun vrouwen overlijden, of gaat scheiden, of wat dan ook. En dan, dan, dan, dan komen ze hier en dan willen zo ook weer heerlijk aandacht, weet je wel, dat beschermende en iemand die altijd maar zei wat ze moesten gaan doen. Nooit zelfstandig zijn geweest en altijd afhankelijk zijn gebleven.*

En heb je dat dan ook wel eens in de praktijk gezien? Dat iemand daardoor ehm, hospitalisatie...

Dat komt je nog wel tegen, ja. Gewoon de stap die ze moeten gaan zetten, dus naar ehm, zelfstandigheid.

Vooral omdat je hier met volwassenen te maken hebt, om daar die draai in te maken.

Ja, en soms ben je (...)

Die stap moet je gewoon aan gaan, weet je, en niet steeds uitstellen, want dan maak je het gewoon steeds moeilijker. Dat is dan, dan lukt het ook vaak wel, weet je, het is toch wel goed dat we dan (...), je moet het nu doen. Dat is ook, hè, *we zeggen hier altijd, mensen zijn aan het leren, leren, leren, maar je moet ook wel mensen hebben die gewoon, doen. En dat zijn de weekenden en soms de avonden, doen. Ga maar naar huis, ga maar bezig, (...).*

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Dat denk ik wel ja, het uitzichtloze.

Heb je dat wel eens gezien op de afdeling?

Je hoort het wel eens hè, dan ehm zeggen, *je hoort het wel eens. Dat is dan vaak vanuit een depressie, en dan, dan zeg ik wel, van ja, (...). Wacht nog maar even tot de depressie, he, (...). En dan is het perspectief er vaak wel.*

Je kan het dus niet echt in combinatie trekken met hospitalisatie.

Nee, maar met depressie, bij ons dan.

- i) **Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ja, als ik dan bijvoorbeeld een groep met de evaluatie, ja we hebben het hier wel gezellig. Ja, vind ik, dat is niet te doen. Dan ga je maar ergens anders zitten, maar, dat zij burenbellen, daar ga je toch niet heen voor de gezelligheid. Maar goed, dat ehm, ze lopen allemaal (...) ik kan dat niet tegen (...). En ehm, maar goed dan zeg ik dus, je ehm, gezelligheid dat hoort hier niet, maar gezelligheid denk ik heeft ook wel iets met hospitalisatie te maken. He, van die afdeling, dat ze 's avonds gezellig zijn, een advocaatje nemen op afdelingen waar gewoond wordt, weet je wel, dat soort dingen, dan denk ik van, ja.

Maar ja, maar goed het (...) dat ik het er eigenlijk helemaal niet mee eens was, dat het gezellig is. En dat dat misschien juist wel hun valkuil is, en dat ze zeggen van ehm, ja wij ehm, zijn misschien wel veel sneller tevreden zijn, en ehm, niet zo snel van zich iets laten horen (...).

Ja als je over je heen laat lopen dan, denk ik van ja, dat neigt ook weer..

(...)

Want het is geen gezonde situatie hè, van, van opname, met (...), het gezellige. (...)

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Ja weet je ik heb dan, dan denk ik van, ja, (...)

Ja ik kan iemand niet zeggen van, je moet weer naar buiten, je moet weer een baan, je moet weer op jezelf gaan wonen, want je moet je inventariseren. Als dat is, nou dan noem ik het voorbeeld wat ik daar straks al noemde, (...), weet je, ik heb het hem wel eens gezegd, van joh, moeten we gaan kijken naar langdurig, de mensen die hier wonen en niets meer kunnen, dat is je toekomst als je zo door gaat. (...)

Weet je, nou ja, ik leg het voor maar, als mensen er zelf echt voor kiezen, ja, wie ben ik dan om te zeggen, dat mag niet.

Interview 3

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Nou, ik heb jullie definitie gelezen hier en dan denk ik dat ... dan heb je het echt over hospitalisatie vanuit het instituut. En wat heel lastig is, is dat de vraag die je hebt is, eventueel niet gerelateerd is aan het ziektebeeld. En **hospitalisatie gaat om waar iemand verblijft, waar iemand woont, of langdurig verblijft**. Dus dat maakt het heel lastig te zien, deze definitie in combinatie met het ziektebeeld.

En als je kijkt naar ... het bestaat eigenlijk uit twee stukken, zeg maar, die definitie. Het eerste is vooral van; waar vindt het plaats, en het tweede stukje is meer van; dit gebeurt er uiteindelijk. Ben je het daar wel mee eens of zeg je van; dat zie ik ook anders?

Dit gebeurt wel bij hospitalisatie, maar ik vroeg me af of je dit, ehm, ja dit is heel lastig ... dit is **wat gebeurt bij hospitalisatie, maar dit gebeurt ook bij een depressie**, bijvoorbeeld. **Niet helemaal, maar in grote lijnen. Dus als je het vanuit hier gaat beantwoorden, is het niet gezegd dat het hospitalisatie is.** En dat is de ellende met (...).

Ja, en wij hebben het ons denk ik ook wel lastig gemaakt door deze doelgroep te pakken, maar toch ergens ook misschien wel weer niet, want het is dan dus juist een doelgroep die heel erg in aanmerking komen ... of een heel groot risico loopt om te gaan hospitaliseren, omdat de kenmerken dus zo overeen komen.

Er zit een risico in, maar ja, **we zijn natuurlijk geen verblijfsafdeling, dus alles wordt al afgebakend en ingebouwd, omdat we gespecialiseerd zijn in SAS, in stemming en angst, (...).** **Daar ben je al in gespecialiseerd, dus je bent al alert op dat je dus ... ja, dat je er alert op moet zijn. Je kan hier niet langer zijn dan zes maanden hooguit, dus ... Kan je hier langer zijn, dan (...).**

Ja, en daar hebben wij het inderdaad ook over gehad. Bij onze definitie, en daarom moeten we het misschien ook veranderen, bij onze definitie komt heel erg naar voren dat ehm ... ja heel duidelijk hospitalisatie ontstaat. Bij bejaarden bijvoorbeeld, of bij langdurige zorg, daar zul je het heel duidelijk merken. En dat is ook hier, ehm ... er is best kans dat er hier hospitalisatie uitkomt, maar dan zal het er wel een hele subtiele vorm vān zijn. En zullen er dus niet immens grote stappen hoeven worden ondernomen om het terug te dringen ofzo. Maar zou het meer een preventieve vorm zijn.

En het is denk ik ook; hoe kijk je er naar. Want als je zegt van, je wordt hier opgenomen en **je krijgt het programma** en ehm, **het programma verwacht dat jij een dagopening doet en een dagafsluiting**. Ik zou denken van; nou, dat ga ik helemaal niet doen. Dan zeggen wij; ho, stop, dat zijn onze regels, van het instituut, daar doe je aan mee. En in die zin, is als je het eigenlijk een stuk kleiner maakt, gebeurt het wel. Want jij gaat mee in die regels van het instituut. En jij zit braaf, zit jij 's morgens aan het ontbijt en braaf bij die dagsluiting en dagopening. Terwijl jij misschien denkt; laat mij maar lekker de hele dag sporten en geef me een paar pillen enne.. dan ben ik klaar. Dus in die zin speelt het dan weer wel.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Ja, **waar ik op zoek naar ben is om het onderscheid te maken tussen (...) en hospitalisatie. En kijk, als je je hier gaat nestelen en je veilig gaat voelen, voor hier zijn dat al tekenen aan de bel van jongens, ho ho, stop! Nou kan je dat al hospitalisatie noemen? Als iemand hier na het weekend naar toe komt en zegt: 'ik ben blij dat ik hier weer ben!'**, dan gaan bij mij al alarmbellen rinkelen. Maar is dat hospitalisatie?

(...)

(...) iemand die ervoor kiest om hier te hospitaliseren, dat is een keus die je maakt. Met langdurig, dat is denk ik wel het verschil, dan kiezen ervoor om daar.. dan kun je er maar beter voor kiezen, want anders dan kun je het niet overleven.

Is het de veiligheid en de verantwoording die wij overnemen? Daar valt of staat hij mee. Als iemand hier veiligheid en verantwoording bij ons kan leggen, zou hij hier willen zijn en is er sprake van hospitalisatie. Dus dan is het hier van belang erg alert te blijven dat iemand de eigen verantwoording houdt en die veiligheid ook elders te creëren. (...) dat mensen achterover gaan hangen en dat het allemaal te lastig en te moeilijk is in de buitenwereld, dan ga je hier aan de bel trekken en dat (...).

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Nee, ik denk voor hier is het met name de veiligheid en de verantwoordelijkheid nemen, dat zijn hier de grootste oorzaken.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, want je leeft in een groep en daar zou je zelf niet voor kiezen en dan kom je een beetje bij dat voorbeeld wat ik net gaf. Een leefomgeving brengt regels met zich mee en daar heb je je aan te houden als je er bent. En als je je daar dus in gaat nestelen, in die regels, dan kan dat hospitalisatie in de hand werken.

Is dat ook iets dat je concreet hebt gezien?

Ja, dat zie je elke dag. Iedereen die hier komt gaat zich aan het programma houden. Dat is een risico, dat is niet hospitalisatie, hé?

En heb je ook wel eens gezien dat dit risico zich dus inderdaad uitbreid naar echt een vorm van hospitalisatie, of een beginnende vorm van hospitalisatie?

Dat is zo lastig. Die is dan gerelateerd aan het ziektebeeld. Iemand die ernstig depressief is, die gaat zonder wikken of wegen of er over na te denken, voegt zich in wat er van hem verwacht wordt. En of dat nou thuis is of in crisis, dat kan thuis ook gebeuren.

(...)

Ik denk dat als je zou zeggen van ... dat als je over hospitalisatie praat, dat het je stoort, dat dan de definitie pas aan de orde komt. Op het moment dat het je stoort. Want we passen ons allemaal aan aan iets. Als jij gewend bent thuis om vijf uur te eten en je eet een keer om half 6, dan hebben die kinderen daar last van.

b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik zit nu eerder niet aan hier te denken (...). Maar meer in de zin van ehm, ongeschreven contactregels op Zon & Schild zelf. Op het moment dat jij bijvoorbeeld ehm, in de stad zit zijn de regels: je doet daar niet gek op straat. Op straat ga je niet met een boomstam lopen gooien, omdat je boos bent, want dat kan niet. Dat past niet in het plaatje. Hier kan dat wel. Hier spreekt niemand je erop aan. Dat is meer de ligging dat ehm... Het is een ongeschreven regel; je mag hier op het terrein gek doen. Er lopen ook mensen die hier langdurig zitten, dus ach..

(...)

- c) Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Nee, ik denk dat dat juist hier zo geregeld is dat dat ehm... dat je kaders inbouwt in het programma.

Dat is met name, als je zegt concreet voorbeeld, is het verblijf hier.

(...)

En dat het proces inzichtelijk moet zijn, hé? (...) Dat we ook weten van; wat ga ik allemaal doen. Dat het in beweging is, dat het niet iets is dat stil staat, hé? Dat je in een verpleeghuis wordt opgenomen en daar zit dan geen proces in (...).

- d) Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, dat geloof ik zeer zeker, ja.

En heb je het ook wel eens gezien?

Ehm, ja ik denk dat als de hulpverlener, ehm, teveel over gaat nemen, dan heb je het misschien niet over hospitalisatie, maar het verlengen van het verblijf hier, ehm, concrete voorbeelden noemen... Als je heel erg bezig gaat met, ehm, als iemand het lastig vindt om hulp te vragen, dat je dan heel erg daar je behandeling op gaat richten als hulpverlener. Dat je constant aan het leren bent van 'kom je naar kantoor', 'spreek een verpleegkundige aan' en als dat te lang aanhoudt, dan ben je aan het hospitaliseren, want dat is niet de bedoeling, want het is juist de bedoeling dat iemand zelf, ehm, de hulp kan zoeken en buiten is. Als je het te lang laat duren, ontstaat er hospitalisatie. Want dan maak je de patiënt afhankelijk van je in plaats van zelfstandig.
(...)

- e) Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, (...) maar de organisatie betaald en doet de maaltijdvoorzieningen. En daar heb jij geen invloed op. Maar hier is dat weer lastig, want hier heb je er eigenlijk dus toch wel invloed op. Als een hele groep aangeeft van; nou, ik wil gaan koken, ofzo, dan is die mogelijkheid daar. Maar daar neemt de organisatie toch wel de grootste beslissing in. Dus in die zin kunnen organisatie, ehm... Huisregels...

Als je dan even het normaliseren pakt, wat is normaal?, dat je na je werk zelf zorgt dat er boodschappen en eten in huis is. Hier kan je achterover leunen, want je doet je therapie en je hoeft alleen die etenskar maar te halen. En dan maken we het ze wel heel makkelijk (...).

- f) Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, dat kan. Ehm, maar dan heeft de persoon het ook nodig. Hé, want soms ehm, soms is dat even nodig. Maar als je iemand dus.. als je iemand sederende of rustgevende medicatie heeft, krijg je dan hospitalisatie? Dat werkt wel mee, want dat neemt je initiatief weg, want dat dempt jou. Maar dan spreek je niet over hospitalisatie in de negatieve zin, want het heeft gewoon op dat moment.. zet je dat therapeutisch in.

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

(...) Ik denk dat dat juist hier op zo'n afdeling iets om daar heel alert op te zijn. (...)

Dus als je het signaleert wordt er eigenlijk al gelijk iets mee gedaan?

Ehm, ja, ja. (...)

Maar heb je het hier ook gezien, of zeg je van; nou, dat zou kunnen?

Ja, nou ik kan zeggen dat ik het niet gezien heb, maar wel dat ik het (...).

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik heb één voorbeeld waarvan je kan zeggen dat iemand die zwaar depressief is en dat die depressiviteit hem zo stoorde om inderdaad het leven op te pakken, waardoor het te lang geduurd heeft om hier te zijn door onmogelijkheden, waardoor er een glijdend proces in hospitalisatie is gekomen. En dan gekoesterd wordt, omdat je dan niks doet. (...) Ga je dan een stukje veiligheid overnemen? En dán werk je hospitalisatie in de hand.

(...)

En je kunt je voorstellen, als je al over je behandeltime heen bent van zes maanden en er is echt gewoon geen stap vooruit te komen in het proces, dat je dan hier dus in een instituut leeft, dus dat je daar je veiligheid ook haalt en (...), je eten wordt verzorgd, je hebt een bed, je doet niks, er wordt niets van je verwacht, er is niemand die iets van arbeid of ehm, relatie, thuis, ik weet niet wat.

- i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Dat je dat veilig noemt.. ja. Tevreden.. ik denk het niet. In het algemeen komt het juist voor en... want jullie hebben je gespecialiseerd op SAS? Eigenlijk komt het veel meer voor als iemand geplaatst is. En als er persoonlijkheidsproblematiek speelt en ehm, nou ja goed.. (...)

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Als het echt speelt, dan ga ik dat voorbeeld even nemen, en dan is echt de hele verantwoording bij mij als hulpverlener en bij mij de veiligheid zoekt, zou het me in de eerste instantie uitdagen, maar (...), het kan me frustreren (...). Op het moment dat het een uitdaging blijft en het blijft een proces, dan is er niks aan de hand. Maar op het moment dat het proces stagneert, dan levert het frustratie op.

En wat doet het met je houding naar de patiënt toe?

Naar de patiënt toe zal niet zoveel veranderen, het zal wel iets doen naar mijn collega's, ja. (...) Het ligt aan het beleid dat je met elkaar maakt. (...) Teambreed moet er aan gewerkt worden dat het voorkomen wordt. En dat is waarschijnlijk ook waar die frustratie dan vandaan komt, dat het niet teambreed gedragen wordt en juist als mensen de verantwoording en veiligheid van zichzelf afleggen, gaan ze op zoek naar iets waar ze dat het beste kunnen doen. Dus als je dat niet teambreed draagt, dan (...).

Interview 4

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Wat ik versta onder hospitalisatie is dat de mensen, de cliënten die hier komen, dat ze hier lang blijven zitten, dat ze eigenlijk zich gaan settelen hier. En de eigen verantwoordelijkheden ook veel minder worden, weinig initiatief nemen, ja.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja wat heeft u dan gesignaleerd?

Ja, niet heel ernstig, maar wel dat ik er kleine trekken van terugzie, ja.

En wat is je dan opgevallen? Wat zie je?

Ehm ja, dat mensen het eigenlijk wel goed vinden waar ze nu zitten en niet zo nodig meer ergens anders heen willen en zich eigenlijk goed voelen op de plek waar ze nu zitten. Terwijl ik het dan wel nodig vind dat die mensen dan stappen gaan ondernemen om verder te gaan in het proces, maar dat zien ze dan bij zichzelf niet. Zij vinden het prima zo. Ja, dat zie ik wel af en toe.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

Ehm, ik denk dat het ook wel te maken heeft met het ziektebeeld bij de mensen. Een depressie dat je dan sowieso een grote kans wel hebt op hospitalisatie, omdat die mensen wel heel passief kunnen zijn en weinig initiatieven nemen. Ik denk dat het sowieso daar al mee te maken heeft. En ehm... wat zou het nog meer kunnen zijn? Ja, misschien dat ze ook niet goed een doel voor ogen hebben, wat ze eigenlijk precies willen. Het kan dat ze dat zelf niet hebben, maar het kan dat er van de hulpverlening ook niet echt een doel voor hun is. Ik denk dat dat er wel oorzaken van zijn.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

a) Zou het leefklimaat op de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Niet heel erg, maar ik kan me er voor een deel wel wat bij indenken. Ik denk... het is gewoon... als je de kliniek hebt, is een heel ehm, ja... ondersteunend klimaat, zeg maar. Sowieso bij cliënten onderling is vaak dat ze elkaar heel erg ondersteunen en helpen en heel zorgzaam zijn met elkaar. De houding van de verpleging is ook wel meer zo, zeg maar, bij de kliniek. Dus ja, in die zin kan zo'n leefmilieu wel zo veilig en fijn voelen dat ze daar niet persé meer weg hoeven, ofzo.

b) Zou de ligging van Zon & Schild een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Hm, nee, eigenlijk niet, nee.

Wat het dan bijvoorbeeld kan zijn is dat je door de ligging best wel ver van de stad af zit en dat mensen bijvoorbeeld dingen hier op het terrein gaan doen in plaats van naar de stad te gaan. Zie je dat ook?

Ja, dat zie ik af en toe wel, ja. Maar niet heel erg veel, want op zich ja, het ligt wel afgelegen, maar je ziet toch wel veel dat cliënten even naar de stad gaan of boodschappen doen, ofzo. Maar ik had inderdaad pas iemand die zou dan naar huis gaan een dag en een nacht en die wou de volgende dag dan weer hier terug komen om hier te gaan zwemmen. Terwijl wij zoiets hadden van; ja, je kan eigenlijk net zo goed gewoon in een normaal zwembad gaan zwemmen, waarom moet dat persé hier? Dus in die zin heb

je hier wel heel veel dingen die je kan doen die je eigenlijk buiten Zon & Schild ook gewoon hebt.

- c) **Zou de doelstelling van de afdeling een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Nee, dat denk ik niet. Nee, want in principe is de doelstelling wel om de cliënt natuurlijk zo kort mogelijk hier te houden. Als je echt langdurige zorg hebt dan zijn ze er heel lang en in principe zijn ze hier nu maar zes maanden. Dus ik denk niet dat dat echt leidt tot hospitalisatie.

(...)

Niet altijd, want het lijkt soms alsof er best makkelijk uitzonderingen voor gemaakt worden. Er wordt niet echt heel erg met die datum gewerkt. Er wordt meer naar de cliënt gekeken van wat heeft die op dit moment nodig en het kan zijn, als dat langer is dan zes maanden, dan gebeurt dat wel eens.

Het hangt van de cliënt af of dit slecht is. Nu is er iemand die er al veel langer zit dan zes maanden en daarvan denk ik wel eens van; nou, dat is eigenlijk niet goed dat die nog zo lang hier is. Terwijl je, als ze echt met doelen bezig zijn en ze zouden hier bijvoorbeeld nog twee doelen willen halen, dan vind ik het wat anders. Dan is het veel meer doelgericht.

Ik vind sowieso wel dat die termijn van zes maanden zo goed mogelijk gehandhaafd moet worden.

- d) **Zou de houding van de hulpverlener een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Nee, want voor zover ik van mijn collega's allemaal hoor, dan heeft iedereen wel zoiets van; ja, in principe moeten cliënten zo kort mogelijk hier zijn. Dat heeft iedereen eigenlijk wel. Het wordt ook al regelmatig gewoon gezegd. Er wordt ook wel op eigen verantwoordelijkheid en dat ze echt bezig zijn met hun doelen, worden ze wel op aangesproken. Dus ik denk niet dat het aan de houding van de hulpverleners ligt.

- e) **Zou de rol van de organisatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Nou, op de afdeling hier worden ze er wel bij betrokken, zeg maar. Ja, niet bij het warm eten bijvoorbeeld, maar gewoon bij het gewone eten worden ze wel bij betrokken dat ze wel de boodschappenlijst invullen, dus op die manier wordt het al wel een beetje voorkomen. Dat ze toch wel bezig blijven met de dingen die ze thuis eigenlijk ook moeten doen. Maar het is wel makkelijk hier natuurlijk, dat wel.

- f) **Zou de werking van medicatie een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?**

Ehm, dat denk ik wel, ja. Nou, ik heb het niet zo specifiek gezien, ik heb ook niet echt een voorbeeld in mijn hoofd, maar ik denk wel dat ja.. mensen hebben vaak behoorlijk veel medicatie. En daardoor denk ik dat hun initiatieven en het bezig zijn met hun doel soms ook gewoon beïnvloedt worden. Ze worden vlakker of hebben minder zin om dingen te doen. Het kan trouwens ook wel weer de hele andere kant op werken met medicatie natuurlijk. En bovendien is het ook, ja... er wordt zo naar de medicatie gekeken. Als ze heel veel hebben en het moet weer afgebouwd worden, komen ze vaak hier weer terug om onder toezicht weer af te bouwen, dus dan ben je sowieso al lang bezig. Maar goed, het kan natuurlijk ook juist dat ze zich door die medicijnen weer veel beter voelen en juist niet meer langer hier willen blijven. Dat heb ik ook wel gezien.

- g) Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren. Zou de opvoeding, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

Ik weet nog wel één keer, ja die is toen zijn hele leven lang depressief geweest en daar thuis werd dat toen gewoon opgevangen, zeg maar, door zijn echtgenoot, dus die ging hem verzorgen eigenlijk. En toen hij hier was zag je datzelfde eigenlijk ook weer gebeuren. (...) Dat hij zich zo neerzet in zijn houding dat de verpleging daar niet in mee moet gaan, want het risico is wel heel erg groot dat ze dat gaan doen. Dus ja, dat is wat hij van huis uit gewend is, dat hij toch verzorgd wordt.

Daar moet je dus wel alert op zijn.

En zijn jullie daar met zijn allen ook alert op?

Nou, soms dan trappen we er wel eens bijna in, zeg maar. Maar op zich zijn we er wel bewust van, hoor, dat wel. En we zeggen het ook wel regelmatig tegen elkaar. Maar ja, soms dan reageer je zonder er bij na te denken en dan denk je later eigenlijk van; o hé, dat had hij eigenlijk best zelf kunnen doen.

- h) Zou het gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik ben dat nog niet tegengekomen, ja, wel een beetje. Met iemand die weinig toekomstperspectief had, alleen toen waren wij er wel mee bezig om daar aan te gaan werken om te kijken wat er dan wel mogelijk was. Die ging niet echt hospitaliseren ofzo. Dus nee, eigenlijk niet.

- i) Zou tevredenheid met de plek waar ze nu zitten een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ja, nou ik denk, kijk... de houding naar de cliënt toe is gewoon heel ondersteunend en ook tussen de cliënten zelf ook. Dus er wordt weinig van ze gevraagd, zeg maar, wat ze moeilijk vinden. Ja, daar moet je wel mee uitkijken dat ze dan niet lekker achterover gaan hangen en zeggen van; nou, alles wat ik hier doe dat lukt me wel, terwijl ze dat buiten hier heel erg moeilijk zouden vinden. Dus het is dan wel logisch dat ze liever hier zitten dan dat ze weer weggaan.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op jou als hulpverlener?

Ik denk dat als de mensen echt gaan hospitaliseren, dat je misschien gauw meegaat in hun hulpeloosheid ofzo, zeg maar. Als ze zelf niet goed weten wat ze willen, ze voelen zich hier prima en ze willen blijven, dan is het best moeilijk om dan toch te gaan zeggen; nou oké, dit is jouw plek niet en je moet gewoon ergens anders heen. Dus dan beïnvloedt dat wel, terwijl ik er toch gewoon achter sta dat hospitalisatie ten allen tijde voorkomen moet worden. Iemand stelt zich dan heel hulpeloos op eigenlijk, zo voor mijn gevoel, als die gaat hospitaliseren.

Wordt daar wel eens in mee gegaan, denk je?

Heb ik nog niet meegemaakt, nee.

Interview 5

1. Wat verstaat u onder hospitalisatie?

Ik vind de definitie niet aansluiten op wat ik hier zie. Op deze afdeling gaan de patiënten in de weekenden naar huis. [Ik vind de definitie meer bij langdurige psychiatrie passen](#). Daar speelt het hele leven van de patiënten op de afdeling af en dat is bij onze afdeling niet het geval.

2. Heeft u het afgelopen jaar tot aan nu hospitalisatie op de afdeling gesignaleerd? Zo ja, wat heeft u dan gesignaleerd?

Hospitalisatie en de problematiek vloeit veelal in elkaar over.

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de gesignaleerde hospitalisatie op de afdeling?

[Ik zie wel dat de mensen soms liever niet naar huis toe willen gaan. Soms is het zo dat ze dat veiligheid van de kliniek boven bijvoorbeeld hun thuis verkiezen.](#)

Wat ook een oorzaak kan zijn, is dat de verpleegkundigen gehospitaliseerd zijn. Dit heeft invloed op de mate van hospitalisatie bij de patiënten.

4. Andere eventuele oorzaken kunnen ook nog de volgende zijn:

- a. Zou het *leefklimaat op de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

[Dit zou misschien een oorzaak kunnen zijn. Dat weet ik niet zeker.](#)

- b. Zou de *ligging van Zon & Schild* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

[Ik denk dat dit wel invloed kan hebben. Ik denk dat patiënten sneller geneigd zijn om hier te blijven in verband met de ligging.](#)

- c. Zou de *doelstelling van de afdeling* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

[Nee, ik vind niet dat de doelstelling van de afdeling een oorzaak is van hospitalisatie. De doelstelling is juist heel erg aangepast op de doelgroep. In de doelstelling komt sterk het eigen initiatief en eigen verantwoording van de patiënten naar voren.](#)

- d. Zou de *houding van de hulpverlener* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik zie dat alle hulpverleners hier met zijn allen erg kritisch zijn. Wel heb ik soms het idee dat er wat lang wordt aangemodderd. Sommige patiënten kunnen in mijn ogen bijvoorbeeld al eerder de afdeling verlaten, maar dit gebeurt dat niet.

- e. Zou de *rol van de organisatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik denk dat iedereen wel zijn eigen verantwoordelijkheid heeft.

- f. Zou de *werking van medicatie* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

[Dit verschilt erg per persoon. Sommige medicatie werkt wel versuffend, maar hier zijn de hulpverleners alert op en er wordt dan iets aan gedaan, bijvoorbeeld medicatieverandering.](#)

- g. Een andere oorzaak die uit de literatuur komt is de opvoeding. Sommige patiënten hebben een zodanige opvoeding achter de rug dat zij zich gemakkelijker zullen laten hospitaliseren. Bij patiënten die bijvoorbeeld erg zijn 'overbeschermd' door hun opvoeders is gebleken dat zij zich gemakkelijk laten hospitaliseren.

Zou de *opvoeding*, van de patiënt op de afdeling, een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen.

Ik denk niet dat dit een oorzaak is, omdat wanneer wij dit signaleren er meteen iets aan gedaan wordt. Dit gebeurt in de vorm van cognitieve therapie. Op deze manier wordt het probleem meteen aangepakt en hospitalisatie dus voorkomen.

- h. Zou het *gebrek aan toekomstperspectief* een oorzaak kunnen zijn van de hospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik denk dat gebrek aan toekomstperspectief een oorzaak kan zijn van hospitalisatie, ja.

- i. Zou *tevredenheid met de plek waar ze nu zitten* een oorzaak kunnen zijn van dehospitalisatie van de patiënten? Zo ja, hoe heeft dit er aan bijgedragen?

Ik denk dat dit een oorzaak kan zijn, ja. Je ziet inderdaad dat patiënten hier soms tevreden zijn en het wel goed vinden. Ook ervaren zij hier op de afdeling veel veiligheid wat ook hospitalisatie in de hand kan werken.

5. Hoe heeft hospitalisatie effect op de hulpverlener?

Ik was me eerst niet zo bewust van hospitalisatie, maar nu ben ik door het interview meer bewust geworden van hospitalisatie. Nu kan ik er ook bewust mee bezig gaan.

Je hebt met volwassenen te maken, dus je kan iemand niet dwingen om dingen te gaan ondernemen.

Bijlage 7 Uitwerking van de vragenlijsten in tabellen

Initiatief a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Initiatief b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Initiatief c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	3	60,0	60,0	60,0
wekelijks	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Initiatief d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
sommige stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Initiatief d1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Belangstellinga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Belangstellingb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Belangstellingc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	1	20,0	20,0	20,0
wekelijks	2	40,0	40,0	60,0
maandelijks	1	20,0	20,0	80,0
nooit	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Belangstellingd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	80,0
geen stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Belangstellingd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Onderdanigheida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Onderdanigheidb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Onderdanigheidc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	2	40,0	40,0	40,0
wekelijks	2	40,0	40,0	80,0
nooit	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Onderdanigheidd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	80,0
geen stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Onderdanigheidd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Toekomstvisiea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Toekomstvisieb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Toekomstvisiec

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	1	20,0	20,0	20,0
wekelijks	2	40,0	40,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Toekomstvisied

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
geen stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Toekomstvisied1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Individualiteita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Individualiteitb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	1	20,0	20,0	20,0
oneens	3	60,0	60,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Individualiteitc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	1	20,0	20,0	20,0
wekelijks	1	20,0	20,0	40,0
jaarlijks	1	20,0	20,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Individualiteitd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Individualiteitd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	2	40,0	40,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Intellectueela

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	2	40,0	40,0	40,0
oneens	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Intellectueelb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	2	40,0	40,0	40,0
oneens	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Intellectueelc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	2	40,0	40,0	40,0
nooit	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Intellectueeld

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Intellectueeld1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
geen angststoornissen	4	80,0	80,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afhankelijkheidsa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afhankelijkheidsb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	2	40,0	40,0	40,0
oneens	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afhankelijkheidsc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	1	20,0	20,0	20,0
maandelijks	1	20,0	20,0	40,0
jaarlijks	1	20,0	20,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afhankelijkheidsd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	60,0
geen stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afhankelijkheidsd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Apathiea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Apathieb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	2	40,0	40,0	40,0
oneens	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Apathiec

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid wekelijks	2	40,0	40,0	40,0
jaarlijks	1	20,0	20,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Apathied

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	60,0
geen stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Apathied1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Spontaniteita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
oneens	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Spontaniteitb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
oneens	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Spontaniteitc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	3	60,0	60,0	60,0
wekelijks	1	20,0	20,0	80,0
nooit	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Spontaniteitd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	80,0
geen stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Spontaniteitd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
geen angststoornissen	4	80,0	80,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Infantiliseringa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Infantiliseringb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	2	40,0	40,0	40,0
oneens	2	40,0	40,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Infantiliseringc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	2	40,0	40,0	40,0
jaarlijks	1	20,0	20,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Infantiliseringd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Infantilideringd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Isolementa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
oneens	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Isolementb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Isolementc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	2	40,0	40,0	40,0
maandelijks	1	20,0	20,0	60,0
jaarlijks	1	20,0	20,0	80,0
nooit	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Isolementd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	40,0
sommige stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	80,0
geen stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Isolementd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Zelfbeelda

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Zelfbeeldb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
oneens	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Zelfbeeldc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	4	80,0	80,0	80,0
maandelijks	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Zelfbeeldd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	4	80,0	80,0	80,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Zelfbeeldd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	3	60,0	60,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Energiea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Energieb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Energiec

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	4	80,0	80,0	80,0
wekelijks	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Energied

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	40,0
sommige stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Energied1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afzettenregelsa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	1	20,0	20,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afzettenregelsb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	2	40,0	40,0	40,0
oneens	1	20,0	20,0	60,0
weet ik niet	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afzettenregelsc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	1	20,0	20,0	20,0
wekelijks	1	20,0	20,0	40,0
maandelijks	1	20,0	20,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afzettenregelsd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	40,0
sommige stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	60,0
geen stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Afzettenregelsd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	2	40,0	40,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Interesseverliesa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Interesseverliesb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Interesseverliesc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	2	40,0	40,0	40,0
wekelijks	2	40,0	40,0	80,0
maandelijks	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Interesseverliesd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
sommige stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Interesseverliesd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	2	40,0	40,0	60,0
geen angststoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Decorumverliesa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	4	80,0	80,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Decorumverliesb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
weet ik niet	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Decorumverliesc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid wekelijks	2	40,0	40,0	40,0
maandelijks	2	40,0	40,0	80,0
nooit	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Decorumverliesd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	80,0
geen stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Decorumverliesd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Frustratietolerantiea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	1	20,0	20,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Frustratietolerantieb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	3	60,0	60,0	60,0
oneens	1	20,0	20,0	80,0
weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Frustratietolerantie c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	1	20,0	20,0	20,0
wekelijks	1	20,0	20,0	40,0
maandelijks	1	20,0	20,0	60,0
nooit	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Frustratietolerantie d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
geen stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Frustratietolerantie d1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Depressiviteita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Depressiviteitb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid eens	5	100,0	100,0	100,0

Depressiviteitc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagelijks	5	100,0	100,0	100,0

Depressiviteitd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alle stemmingsstoornissen	3	60,0	60,0	60,0
sommige stemmingsstoornissen	2	40,0	40,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Depressiviteitd1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ale angststoornissen	2	40,0	40,0	40,0
geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Houdingena

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eens	2	40,0	40,0	40,0
	oneens	2	40,0	40,0	80,0
	weet ik niet	1	20,0	20,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Houdingenb

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eens	1	20,0	20,0	20,0
	oneens	2	40,0	40,0	60,0
	weet ik niet	2	40,0	40,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Houdingenc

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	wekelijks	1	20,0	20,0	20,0
	jaarlijks	1	20,0	20,0	40,0
	nooit	3	60,0	60,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Houdingend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	alle stemmingsstoornissen	1	20,0	20,0	20,0
	geen stemmingsstoornissen	4	80,0	80,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Houdingend1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ale angststoornissen	1	20,0	20,0	20,0
	sommige angststoornissen	1	20,0	20,0	40,0
	geen angststoornissen	3	60,0	60,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Bijlage 8 Uitwerking van de tabellen

** Achter een aantal psychiatrische stoornis staat een cijfer tussen haakjes, deze geeft aan hoeveel van de hulpverleners aan hebben gegeven een bepaald kenmerk onder de desbetreffende stoornis te hebben gesignaleerd.*

1. Gebrek aan initiatief

Uit de vragenlijst is gebleken dat het kenmerk 'gebrek aan initiatief' het afgelopen jaar door alle hulpverleners is gesignaleerd. Tevens is gebleken dat alle hulpverleners het ook nu nog op de afdeling signaleren.

Een kleine meerderheid van 60% zegt het kenmerk dagelijks tegen te komen, de overige hulpverleners, zeggen het wekelijks tegen te komen. Het is dus een kenmerk dat veel op de afdeling gesignaleerd wordt.

Het kenmerk wordt door de meeste ondervraagde hulpverleners bij alle stemmingsstoornissen gesignaleerd. Een klein deel ziet het alleen bij een aantal stemmingstoornissen terug, namelijk de depressieve stoornis (2x) bipolaire I-stoornis en de dysthyme stoornis.

Er is een klein deel, we hebben het dan over 40% van de ondervraagde hulpverleners, die het kenmerk ook bij alle angststoornissen terugzien.

Uit het bovenstaande kunnen we concluderen dat gebrek aan initiatief over het algemeen door de hulpverleners wordt teruggezien bij stemmingsstoornissen.

2. Gebrek aan belangstelling voor zaken die buiten het eigen gezichtsveld liggen

Gebrek aan belangstelling blijkt een kenmerk dat veel op de afdeling voor komt. De meerderheid van de hulpverleners zegt gebrek aan belangstelling het afgelopen jaar op de afdeling te zijn tegen gekomen en het nu nog steeds op de afdeling te zien. Eén hulpverlener geeft aan het niet te weten. De vier hulpverleners die het wel tegen komen geven aan het dagelijks, wekelijks en maandelijks tegen te komen.

Drie van hen, zeggen het tegen te komen bij alle stemmingsstoornissen en één hulpverlener komt het alleen bij de depressieve stoornis tegen.

Het signaleren van dit kenmerk bij angststoornissen is heel erg wisselend. Twee personen signaleren het namelijk bij alle angststoornissen, één persoon heeft aangegeven het alleen bij de sociale angststoornis terug te zien en weer twee personen zeggen dit kenmerk niet bij angststoornissen te signaleren.

3. Onderworpenheid, onderdanigheid

Het kenmerk onderdanigheid wordt door bijna alle hulpverleners gesignaleerd, op één na, deze persoon weet het niet. De hulpverleners die het signaleren zeggen dat zij het kenmerk het afgelopen jaar zijn tegen gekomen en zij zien het nu nog steeds terug op de afdeling. Een deel ziet het dagelijks terug en een deel zegt het wekelijks terug te zien.

Drie van de vier geven aan het bij alle stemmingsstoornissen tegen te komen. Eén persoon signaleert onderdanigheid alleen bij de depressieve stoornis. Wat betreft de angststoornissen signaleren twee personen van de vier onderdanigheid bij alle angststoornissen.

Onderdanigheid wordt dus door de hulpverleners meer teruggezien bij stemmingsstoornissen dan bij angststoornissen.

4. Geen visie op en belangstelling voor de toekomst

Drie hulpverleners zijn het hebben van geen toekomstvisie tegen gekomen op de afdeling en zien dit nu nog onder de patiënten. Eén van hen zegt het kenmerk dagelijks tegen te komen en de andere twee hulpverleners geven aan het wekelijks tegen te komen.

De hulpverleners die het wel hebben gesignaleerd zien het terug bij alle stemmingsstoornissen. Twee van hen zien het bij alle angststoornissen. De andere ondervraagde gaf aan het alleen tegen te zijn gekomen bij de sociale angststoornis. Geen toekomstvisie wordt dus maar door een kleine meerderheid, dit is 60%, van de hulpverleners gesignaleerd en dan met name onder de stemmingsstoornissen.

5. Verlies van individualiteit

Verlies van individualiteit is door een meerderheid van 60%, van de ondervraagde hulpverleners, het afgelopen jaar gesignaleerd. Op dit moment wordt het nog maar door 20% van hen op de afdeling gesignaleerd.

Wat betreft de frequentie, zegt één hulpverlener het dagelijks tegen te komen, één wekelijks, één jaarlijks en twee hulpverleners geven aan het nooit te zijn tegen gekomen. Hier wordt dus heel wisselend over gedacht.

Verlies van individualiteit zien maar twee hulpverlener terug bij stemmingsstoornissen. Eén van hen gaf aan het terug te zien bij alle stemmingsstoornissen en ander alleen bij de depressieve stoornis, dysthyme stoornis en stemmingsstoornis door een middel of somatische aandoening.

Wat betreft de angststoornissen, zien drie hulpverleners dit kenmerk terug. Eén van hen gaf aan het bij alle angststoornissen te zien en de anderen bij sommige, namelijk de sociale angststoornis (2x), paniekstoornis met of zonder agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis en de specifieke fobie.

We kunnen uit het bovenstaande concluderen dat verlies van individualiteit door de ondervraagden, meer wordt gesignaleerd bij angststoornissen dan bij stemmingsstoornissen.

6. Afstomping van intellectueel (verstandelijk) functioneren

Maar twee van de vijf ondervraagde hulpverleners komt, zowel het afgelopen jaar als op dit moment, tegen dat het intellectueel functioneren afstompt bij patiënten. Zij geven aan dat zij dit dagelijks op de afdeling onder de patiënten tegen komen.

Eén van hen zegt het bij alle stemmingsstoornissen te zien. De ander geeft aan het alleen te zien bij de depressieve stoornis en de bipolaire I-stoornis.

Onder de angststoornissen signaleert maar één hulpverlener dit kenmerk.

We kunnen dus concluderen dat het kenmerk niet door veel hulpverleners wordt gesignaleerd en als het al wordt gesignaleerd, dan met name bij de stemmingsstoornissen.

7. Afhankelijkheid, onzelfstandigheid

Door het overgrote deel, van 60% van de hulpverleners, wordt afhankelijkheid/onzelfstandigheid gesignaleerd op de afdeling. Zij hebben het het afgelopen jaar gesignaleerd en zien het, op één iemand na, nu nog op de afdeling. De rest van de hulpverleners geven aan het niet te signaleren.

Van de genen die het hebben gesignaleerd, zegt één persoon het dagelijks tegen te komen, één persoon ziet het maandelijks en één persoon kwam het maar jaarlijks tegen.

Afhankelijkheid/onzelfstandigheid onder de patiënten ziet men met name terug bij een aantal stemmingsstoornissen, namelijk depressieve stoornis (2x), dysthyme stoornis en stemmingsstoornis door een middel of somatische aandoening (2x). Bij de bipolaire I- en II-stoornis en de cyclothyme stoornis is het dus niet gesignaleerd. Eén hulpverlener heeft aangegeven het bij alle stemmingsstoornissen terug te zien.

Door een heel klein percentage wordt het tevens gesignaleerd bij alle angststoornissen en sommige angststoornissen. Wat betreft het laatste werd het alleen gesignaleerd bij de sociale angststoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis en de specifieke fobie. Hypochondrie werd als enige niet genoemd.

We kunnen dus stellen dat het kenmerk niet veel voor komt, maar wel regelmatig wordt gesignaleerd en dat het bij zowel stemmingsstoornissen, als bij angststoornissen voorkomt, waarbij stemmingsstoornissen wel in de meerderheid is.

8. Apathie

De meerderheid van de hulpverleners, dit is 60 %, heeft het kenmerk apathie het afgelopen jaar op de afdeling gesignaleerd. Eén persoon zegt het nu niet meer te signaleren, de rest nog wel. De hulpverleners die aangaven apathie onder de patiënten te hebben gezien, zien dit over het algemeen wekelijks, maar ook jaarlijks.

Apathie wordt zowel bij stemmingsstoornissen, als bij angststoornissen gesignaleerd. Eén persoon zegt apathie bij alle stemmingsstoornissen tegen te komen, de andere twee komen

het alleen tegen bij de depressieve stoornis (2x), dysthyme stoornis en de stemmingsstoornis door een middel of een somatische aandoening.

Één hulpverlener ziet het terug bij alle angststoornissen, en een ander alleen bij de sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en de specifieke fobie.

Apathie is dus een kenmerk wat bij stemmingsstoornissen en angststoornissen wordt gesignaleerd door de ondervraagde hulpverleners, waarbij stemmingsstoornissen wel in de meerderheid is.

9. Verlies van spontaniteit, enthousiasme

Het verlies van spontaniteit wordt, op één persoon na, door alle hulpverleners gesignaleerd. Zij hebben dit het afgelopen jaar onder de patiënten gezien, maar zien dit ook nu nog op de afdeling. Het merendeel van de genen die het signaleren, zien het dagelijks terug, de rest wekelijks. Het is dus een kenmerk dat veel voor komt op de afdeling.

Uit de vragenlijst blijkt dat de hulpverleners het kenmerk vooral signaleren bij de stemmingsstoornissen. Het overgrote deel signaleert het bij sommige stemmingsstoornissen, namelijk de depressieve stoornis (3x), bipolair I-stoornis en de dysthyme stoornis. Duidelijk is dat depressie een meerheid heeft. Maar één persoon signaleert het verlies van spontaniteit bij alle angststoornissen.

De genen die het bij sommige angststoornissen signaleerden, gaven aan het alleen bij de sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en hypochondrie te zien.

Het lijkt er dus op dat dit een kenmerk typerend is voor patiënten met een stemmingsstoornis.

10. Infantilisering

Het merendeel van de hulpverleners heeft infantilisering het afgelopen jaar gesignaleerd onder de patiënten, een klein deel hiervan geeft aan het nog steeds op de afdeling tegen te komen. De meeste hulpverleners zien het kenmerk nog dagelijks terug, maar één persoon zegt het jaarlijks te zien bij de patiënten.

We zien dat hulpverleners infantilisering terugzien bij stemmingsstoornissen én bij angststoornissen. Één persoon ziet infantilisering terug bij alle stemmingsstoornissen en één persoon alleen bij de depressieve stoornis en de stemmingstoornis door een somatische aandoening.

Hetzelfde beeld zien we bij de angststoornissen; één persoon ziet het kenmerk terug bij alle angststoornissen en één persoon alleen bij sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en hypochondrie.

11. Sociaal isolement

Uit de vragenlijst is naar voren gekomen dat het overgrote deel van de hulpverleners, dit is 80%, sociaal isolement het afgelopen jaar is tegen gekomen onder de patiënten en dat 60% aangeeft het nu nog steeds te zien. Sociaal isolement komt dus voor op de afdeling.

Zij komen sociaal isolement met name dagelijks tegen, maar ook wekelijks, maandelijks en jaarlijks. Eén van de hulpverleners heeft aangegeven sociaal isolement vrijwel nooit tegen te zijn gekomen op de afdeling. Er wordt dus heel wisselend gedacht over hoe vaak sociaal isolement gesignaleerd wordt.

Sociaal isolement is door een kleine meerderheid, van 40%, van de hulpverleners, bij zowel alle stemming- als angststoornissen gesignaleerd. Het andere deel geeft aan dit niet te signaleren onder de patiënten of dit terug te zien bij sommige stemming- en angststoornissen. Het gaat daarbij om de volgende, namelijk de depressieve stoornis (2x), bipolaire I-stoornis (2x), stemmingsstoornis door een middel of somatische aandoening en de sociale angststoornis.

Hieruit is op te maken dat sociaal isolement het meest terug te zien is bij stemmingsstoornissen, maar ook bij angststoornissen.

12. Negatief zelfbeeld

Alle hulpverleners hebben het afgelopen jaar een negatief zelfbeeld onder de patiënten gesignaleerd. Er is maar één hulpverlener die aangeeft het nu niet meer te zien.

De meeste hulpverleners komen het dagelijks tegen en signaleren het voornamelijk onder patiënten met een stemmingsstoornis. Eén hulpverlener komt het alleen tegen bij patiënten met een depressieve stoornis.

Bij de angststoornissen ziet het overgrote deel, van 60%, een negatief zelfbeeld terug. Hieruit kunnen we concluderen dat een negatief zelfbeeld met name gezien wordt bij stemmingstoornissen en het dagelijks gesignaleerd wordt op de afdeling.

13. Vermindering van energie

Ook vermindering van energie wordt door alle hulpverleners gesignaleerd op de afdeling, zowel het afgelopen jaar als nu. Een overgroot deel, van 80%, ziet dit kenmerk dagelijks terug. De meeste hulpverleners geven aan dat het niet bij alle, maar voornamelijk bij sommige stemming- en angststoornissen terug te zien is. Het gaat daarbij om de volgende, namelijk depressieve stoornis (3x), dysthyme stoornis (2x), bipolaire I- (2x) en II-stoornis, cyclothyme stoornis en de stemmingsstoornis door een somatische aandoening. De rest geeft aan het wel terug te zien bij alle stemming- en angststoornissen.

Vermindering van energie is dus een kenmerk wat veel door de hulpverleners wordt gesignaleerd, bij welke stemming- en/of angststoornissen dit het meeste voorkomt, zijn de meningen over verdeeld.

14. Afzetten tegen de regels

Hierover wordt heel verschillend gedacht door de hulpverleners, zowel op het gebied van signaleren, frequentie hoe vaak het voorkomt en bij welke stemming- en angststoornis het terug te zien is. Een klein overgroot deel, van 60%, geeft aan het afgelopen jaar dit kenmerk te zijn tegen gekomen. Het aantal wat het eens is met de vraag of afzetten van de regels nu nog voorkomt op de afdeling is evenveel als het aantal dat het niet weet, namelijk 40%. Er is één hulpverlener die zeker weet het niet terug te zien op de afdeling.

De gene die afzetten tegen de regels hebben gesignaleerd zien het, zowel dagelijks, wekelijks als maandelijks terug.

Het kenmerk wordt vooral terug gezien bij alle stemmingsstoornissen en sommige angststoornissen. Met sommige angststoornissen wordt bedoeld de paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale angststoornis (2x), gegeneraliseerde angststoornis, de specifieke fobie en hypochondrie.

Maar een even groot aantal geeft aan het juist helemaal niet terug te zien bij stemming- en/of angststoornissen. Hier is de mening dus sterk over verdeeld. De uitslag blijft hierdoor vaag. Eén hulpverlener heeft aangegeven het alleen terug te zien bij patiënten met een stemmingsstoornis door een middel.

15. Interesseverlies

Wat betreft Interesseverlies zijn alle hulpverleners het er mee eens, dat het zowel afgelopen jaar als nu voorkomt op de afdeling onder de patiënten.

Het grootste deel van de hulpverleners komt het dagelijks of wekelijks tegen en één van de hulpverleners geeft aan het maandelijks terug te zien.

Het kenmerk interesseverlies is met name terug te zien bij de patiënten met een stemmingstoornis. Een kleine meerderheid van 60 % ziet het bij alle stemmingstoornissen terug en de rest ziet het maar bij sommige terug. Het gaat daarbij om de depressieve stoornis (2x) en de dysthyme stoornis.

Wat betreft de angststoornissen zijn de meningen verdeeld. Een enkeling ziet het bij alle angststoornissen terug, maar een gelijke meerderheid ziet het maar bij sommige terug of helemaal niet. Met sommige angststoornissen, bedoelden de hulpverleners de volgende, namelijk de sociale angststoornis (2x), paniekstoornis met of zonder agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis en de specifieke fobie.

We kunnen uit het bovenstaande concluderen dat Interesseverlies door alle hulpverleners wordt gesignaleerd bij de stemmingsstoornissen, depressie specifiek. Daarnaast wordt het ook bij angststoornissen gezien.

16. Decorumverlies

Bijna alle hulpverleners, op één na, hebben decorumverlies het afgelopen jaar gesignaleerd. Op dit moment signaleren drie hulpverleners het nog op de afdeling. Decorumverlies wordt door de hulpverlener wekelijks en maandelijks gesignaleerd en met name onder de volgende stemmingstoornissen, depressieve stoornis (3x), dysthyme stoornis, bipolaire I-stoornis en de stemmingstoornis door een somatische aandoening. Eén enkeling geeft aan het onder alle stemmingstoornissen terug te zien of helemaal niet. Onder de angststoornissen zien de meeste hulpverleners, dit is 60%, decorumverlies niet terug. De gene die het wel terug zien geven aan het of onder alle angststoornissen terug te zien of onder alleen de volgende, namelijk de sociale angststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis. Decorumverlies wordt dus zeker gesignaleerd onder de hulpverleners en met name onder de stemmingstoornissen, specifiek de depressieve stoornis.

17. (Te) grote frustratie tolerantie

Een kleine meerderheid, van 60%, geeft aan dit kenmerk zowel nu als het afgelopen jaar te hebben gesignaleerd. De overige hulpverleners zijn het er mee oneens of geven aan het niet te weten. Het wordt door de genen die het wel hebben gesignaleerd, dagelijks, wekelijks en maandelijks gezien. Het zijn ook hier weer met name de stemmingstoornissen waarbij het gesignaleerd wordt. Door maar een tweetal hulpverleners wordt het kenmerk ook bij angststoornissen gesignaleerd. Zij geven aan het onder alle angststoornissen terug te zien of onder alleen de volgende, namelijk de paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale angststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis.

18. Depressiviteit

Over depressiviteit is een hele eenduidige mening. Alle hulpverleners hebben depressiviteit het afgelopen jaar gesignaleerd en nu nog. Zij komen dit allen dagelijks tegen. Mogelijk komt dit, doordat depressiviteit op zich ook een stemmingstoornis is. De meerderheid geeft dit ook aan, dat het bij alle en/of sommige stemmingstoornissen terug te zien is. De gene die sommige stemmingstoornissen hebben aangekruist, hebben het over de volgende, namelijk de depressieve stoornis (2x), dysthyme stoornis en de bipolaire I- en II-stoornis. Een kleine meerderheid, van 60%, geeft aan depressiviteit niet terug te zien bij de patiënten met een angststoornis. De overigen geven aan het juist wel terug te zien bij alle stemmingstoornissen. Uit het bovenstaande kunnen we dus concluderen dat depressiviteit met name bij de stemmingstoornissen wordt gesignaleerd, specifiek de depressieve stoornis.

19. Karakteristieke houdingen

Over dit kenmerk zijn de meningen erg verdeeld. Het percentage dat aangeeft dit kenmerk het afgelopen jaar te zijn tegen gekomen is even groot als de gene die zeggen het niet te zijn tegen gekomen. We hebben het over een gelijk percentage van 40%. Op het moment komt nog maar één hulpverlener het daadwerkelijk tegen, de rest is het er mee oneens of weet het niet. De genen die het hebben gesignaleerd komen het wekelijks of jaarlijks tegen. Dus de frequentie is niet erg hoog. Karakteristieke houdingen komen volgens een grote meerderheid, van 80%, van de hulpverleners niet voor onder patiënten met een stemmingstoornis, en een kleine meerderheid, van 60%, geeft ook aan het niet onder patiënten te hebben gesignaleerd met een angststoornis. De genen die het wel hebben gesignaleerd onder stemming- en/of angststoornissen zien het terug bij allemaal of sommige, en dan gaat het om de volgende, namelijk paniekstoornis met of zonder agorafobie en de sociale angststoornis. Karakteristieke houdingen blijken dus niet veel voor te komen op de afdeling of er is onduidelijkheid over. En de gene die het wel hebben gesignaleerd zien het met name onder de angststoornissen.

Bijlage 9 Kaart hospitalisatie en depressie

Deze wordt op de volgende pagina weergegeven.

UITNODIGING

PRESENTATIE

HOSPITALISATIE IN DE PSYCHIATRIE stemming en -angststoornissen

Zoals u wellicht al weet, werkt uw afdeling sinds oktober 2007 mee aan een onderzoek naar de hospitalisatie van patiënten met stemmings- en angststoornissen. Goed nieuws, want het einde van dit onderzoek is nu in zicht!

In het onderzoek zijn jullie, als hulpverleners van de afdeling stemmings- en angststoornissen, ondervraagt doormiddel van interviews en vragenlijsten over hospitalisatie binnen de afdeling en wat de mogelijke oorzaken hiervan zijn. Deze middelen hebben mooie resultaten opgeleverd!

Het doel van het onderzoek was inzicht krijgen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie onder patiënten, binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen en wat jullie als hulpverleners daarin kunnen betekenen, om dit terug te dringen.

Het is, met name door jullie medewerking, ons gelukt dit doel te bereiken. Wij hebben in zicht gebracht in hoeverre er sprake is van hospitalisatie op de afdeling en hebben gerichte aanbevelingen kunnen doen met betrekking tot het terugdringen van hospitalisatie onder de patiënten.

Dit resultaat willen wij graag aan jullie en andere geïnteresseerden presenteren, om dit samen te delen en eventuele vragen met betrekking tot het onderzoek te kunnen beantwoorden.

De presentatie zal plaatsvinden op

DONDERDAG 22 MEI 2008
AANVANG 15.00 UUR

Locatie Larikshof; vergaderruimte
Symfora groep, locatie Zon & Schild
Utrechtseweg 266, Amersfoort

Ontzettend bedankt voor jullie medewerking! En hopelijk tot ziens bij de presentatie!

Aleida van der Horst

E-mail: horstaleida@hotmail.com of Stagiaire.Larikshof@symfora.nl

Mob.nr.: 06-42712427

Sanne Jongman

E-mail: sannetje46@hotmail.com of pk_schut@symfora.nl

Mob.nr.: 06-53760724

Website: <http://members.lycos.nl/hospitalisatie/>

Bijlage 11 Hand-out presentatie

De hand-out van de presentatie staat op de volgende bladzijden.

Bijlage 12 Urenverantwoording

Onze uren zijn samengevoegd.

Urenverantwoording maand oktober 2007	
22 uur werkplan	
4 uur voorbereiden gesprek opdracht gever	
2 uur gesprek opdrachtgever	
28 uur Overleg Sanne en Aleida	
Totaal aantal uren	56 uur

Urenverantwoording maand november 2007	
8 uur werkplan	
8 uur feedback + verwerken feedback werkplan	
16 uur overleg Sanne en Aleida	
Totaal aantal uren	32 uur

Urenverantwoording maand december 2007	
32 uur overleg Sanne en Aleida	
2 uur gesprek met klaas	
22 uur bronnenstudie hospitalisatie	
18 uur bronnenstudie stemmings- en angststoornissen	
4 uur voorbereiding kennismaking	
2 uur gesprek kennismaking	
5 uur website	
Totaal aantal uren	85 uur

Urenverantwoording maand januari 2008	
58 uur overleg Sanne en Aleida	
5 uur uittypen hospitalisatie	
4 uur uittypen stemmings- en angststoornissen	
8 uur website	
7 uur informatie lezen/samenvatten voor meetinstrument en informatiebrief opstellen	
Totaal aantal uren	82 uur

Urenverantwoording maand februari 2008	
2 uur opstellen informatiebrief en mail	
1 uur opstellen brief met vraag voor medewerking	
36 uur overleg Sanne en Aleida	
6 uur vragenlijst ontwerpen en uitwerken	
4 uur interview ontwerpen en verantwoorden	
6 uur vragenlijst uitwerken en verantwoorden	
3 uur gesprek met Klaas	
1 uur overleg met Jerita over interview en vragenlijst	
8 uur aanpassen van de gekregen feedback op de vragenlijst en verslag	
Totaal aantal uren	67 uur

Urenverantwoording maand maart 2008	
1 uur afspraken plannen interview	
25 uur interview	
11 uur invoeren vragenlijst in SPSS; dit mislukte	
5 uur SPSS zelf zoeken en installeren	
2 uur invoeren vragenlijst SPSS	
17 uur interview uitwerken	
32 uur overleg Sanne en Aleida	
2 uur gesprek Klaas	
Totaal aantal uren	95 uur

Urenverantwoording maand april 2008	
8 uur labelen interviews en regelzaken	
12 uur labels ordenen en conclusie schrijven	
8 uur conclusie schrijven interview	
8 uur uitwerking vragenlijst	
36 uur overleg Sanne en Aleida	
6 uur verband leggen tussen vragenlijst en interview	
8 uur conclusie vragenlijst	
Totaal aantal uren	86 uur

Urenverantwoording maand mei 2008	
2 uur afspraak Klaas	
1 uur telefonisch overleg Jerita	
46 uur overleg Sanne en Aleida	
7 uur aanbevelingen en kaart	
2 uur plannen van presentatie	
12 uur presentatie maken	
1 uur verantwoording hoofd- en deelvragen	
1 uur voorwoord/inleiding/voorkant	
16 uur productverslag	
20 uur afronding verslag	
Totaal aantal uren	108 uur

Compleet aantal gemaakte uren	611 uur
--------------------------------------	----------------

Bijlage 13 Kostenoverzicht

Kostenoverzicht	
Aanvragen van boeken	12.50
Aankoop van cassette 3x voor opname	5.25
Kopie kosten	2.50
Printerkosten	25.00
Totaal aantal kosten	45,25

Bijlage 14 Taakverdeling

Taakverdeling		
Aleida van der Horst	Sanne Jongman	Gezamenlijk
- Inhoudsopgave - Inleiding - Bronnenstudie en schrijven; stemmings- en angststoornissen - Ontwerpen en schrijven; interview - Contact/regelzaken met de opdrachtgever en team. - Invoering SPSS - Uitschrijven conclusie; verband tussen vragenlijst en interview - Uitschrijven aanbevelingen - Invullen multi - criteria analyse en risicoanalyse	- Voorkant - Samenvatting - Voorwoord - Bronnenstudie en schrijven; hospitalisatie - Verdieping en schrijven; onderzoeksvraag, eenheden, variabele en respondenten. - Ontwerpen en schrijven; vragenlijst - Informatiebrief onderzoek - Labelen interviews - Oorzakenkaart - Uitnodiging - Ontwerp/ in elkaar zetten presentatie - Urenverantwoording - Kostenoverzicht - Website	- Werkplan - Hoofdstuk hospitalisatie en stemmings- en angststoornissen - Feedback geven op de stukken van elkaar - Evaluatie momenten - Afspraak momenten - Afname interviews - Uitschrijven interviews - Invoering SPSS - Uitwerking vragenlijst - Uitwerking tabellen - Conclusie interviews - Conclusie vragenlijst - Aanbevelingen - Productverslag - Presentatie - Opmaak verslag

Bijlage 15 Contract

Op de volgende pagina's staat het projectcontract.

Bijlage 16 Werkplan

Inhoudsopgave

1. Onderwerp
 - 1.1 Benoem het onderwerp van je project en licht toe waarom je dat onderwerp gekozen hebt Blz.
2. Opdrachtgever
 - 2.1 Geef aan wie de opdrachtgever voor het project is, door zowel de naam als de instelling (met een korte omschrijving van de doelgroep van de instelling) te noemen Blz.
3. Situatie en probleemstelling
 - 3.1 Geef een schets van de situatie in de instelling waaruit duidelijk wordt wat het probleem is waar je aan gaat werken Blz.
 - 3.2 Geef aan welke vraag en doelstelling daaruit voortkomt Blz.
 - 3.3 Geef een concrete onderzoeksvraag; houd hierbij rekening met wat in de hoorcolleges is gezegd over het formuleren van onderzoeksvragen Blz.
4. Taak en rol
 - 4.1 Beschrijf wat jouw taak en rol wordt binnen het project en in welke mate van zelfstandigheid dit wordt uitgevoerd Blz.
 - 4.2 Beschrijf welke inhoudelijke ondersteuning de opdrachtgever kan bieden Blz.
5. Deelvragen
 - 5.1 Maak een onderverdeling in deelvragen die je achtereenvolgens wilt gaan uitwerken of bestuderen Blz.
 - 5.2 Geef aan welke onderzoeksmethode(n) je denkt te gaan gebruiken en welke fasen daarin te onderscheiden zijn Blz.
6. Resultaat
 - 6.1 Omschrijf wat het uiteindelijke product of resultaat is dat het project oplevert en wat de relevantie daarvan is voor de opdrachtgever Blz.
7. Planning en activiteiten
 - 7.1 Maak een stappenplan voor het project, dat wil zeggen: geef de activiteiten in tijdsvolgorde aan Blz.
 - 7.2 Maak een planning voor contactmomenten met de opdrachtgever Blz.
 - 7.3 Omschrijf je verwachtingen van je begeleider binnen de opleiding (bijvoorbeeld frequentie van begeleidingsmomenten) Blz.
 - 7.4 Verantwoord ieders individuele theoretische bijdrage aan het project Blz.
 - 7.5 Verantwoord de ureninzet Blz.
 - 7.6 Inleverdatum project Blz.
8. POP
 - 8.1 Expliciteer het verband met je POP Blz.
 - 8.2 Verantwoord aan welke opleidingskwalificaties je werkt in dit project Blz.
9. Bronnenstudie
 - 9.1 Geef aan wat voor jouw project relevante bronnen zijn Blz.

1. Onderwerp

1.1 Benoem het onderwerp van je project en licht toe waarom je dat onderwerp gekozen hebt

Wij gaan ons onderzoek uitvoeren binnen de afdeling stemmings- en angststoornissen (SAS) waar Aleida vorig jaar heeft stage gelopen. Binnen deze afdeling kunnen we ons onderzoek richten op verschillende onderwerpen. Onze keuze is gevallen op het onderwerp '*hospitalisatie*'. Er zijn verschillende redenen waarom wij hebben gekozen voor dit onderwerp.

De eerste reden is dat het hospitaliseren van de patiënten binnen de afdeling onder de verpleegkundigen een actueel onderwerp is.

De tweede reden is dat er geen vast beleid op hospitalisatie is gezet. Dat betekent o.a. dat de groepsbegeleiders geen goede richtlijnen hebben om hospitalisatie tegen te gaan.

Naast deze specifieke redenen is hospitalisatie binnen de gehele geestelijke gezondheidszorg een heel actueel onderwerp en ook een onderwerp dat altijd actueel zal blijven. Daarom lijkt het ons interessant om ons hier meer in te verdiepen door middel van dit onderzoek.

2. Opdrachtgever

2.1 Geef aan wie de opdrachtgever voor het project is, door zowel de naam als de instelling (met een korte omschrijving van de doelgroep van de instelling) te noemen

De opdrachtgever van ons project is Jerita Gunnink-Battjes, waarnemend teamleidster van de afdelingen persoonlijkheidsstoornissen (PHS) en stemming- en angststoornissen (SAS) op locatie Zon & Schild, Symfora Groep te Amersfoort.

De doelgroep waar wij ons project op gaan richten zijn de patiënten met stemming- en angststoornissen. Onder stemming- en angststoornissen wordt onder andere verstaan de depressie, bipolaire stoornissen, posttraumatische stressstoornis, angststoornissen, (agora)fobieën en obsessief compulsieve stoornis. De afdeling is een klinische behandelafdeling voor mensen vanaf 18 jaar.

De afdeling valt onder kortdurende psychiatrie, wat betekent dat de patiënten niet langer dan 6 maanden klinisch opgenomen zijn, uitzonderingen daargelaten.

3. *Situatie en probleemstelling*

3.1 *Geef een schets van de situatie in de instelling waaruit duidelijk wordt wat het probleem is waar je aan gaat werken*

Binnen de afdeling stemming- en angststoornissen is de maximale opnameduur 6 maanden. In de praktijk zien we dat deze maximale opnameduur nog wel eens wordt overschreden, door onder andere een te trage doorstroming naar een ander behandelprogramma. Onder groepsleiders ontstaat het idee dat patiënten nog wel eens lijken te hospitaliseren.

Hospitalisatie is voor zowel de patiënt als de instelling nadelig. Voor de patiënt is het nadelig, omdat zij afhankelijker kunnen worden van de begeleiding en de autonomie ondermijnd wordt. Daarnaast is het nadelig voor de instelling, omdat zij door hospitalisatie te maken kunnen krijgen met wachtlijsten, doordat de patiënten langer een bed vasthouden.

3.2 *Geef aan welke vraag en doelstelling daaruit voortkomt*

Met dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre er sprake is van hospitalisatie onder patiënten binnen de afdeling stemming- en angststoornissen en wat de groepsbegeleiders daarin kunnen betekenen, om dit terug te dringen.

Het onderzoek heeft een meerwaarde voor de groepsleiders binnen de afdeling omdat er gerichte aanbevelingen worden gegeven met betrekking tot het terugdringen van hospitalisatie onder de patiënten.

3.3 *Geef een concrete onderzoeksvraag; houd hierbij rekening met wat in de hoorcolleges is gezegd over het formuleren van onderzoeksvragen*

In hoeverre is er sprake van hospitalisatie onder patiënten, binnen de afdeling stemming en angststoornissen van de kortdurende psychiatrie Symfora groep, Locatie Zon & Schild en wat kunnen de groepsbegeleiders van deze afdeling daarin betekenen, om dit terug te dringen?

4. Taak en rol

4.1 Beschrijf wat jouw taak en rol wordt binnen het project en in welke mate van zelfstandigheid dit wordt uitgevoerd

We proberen binnen het project zoveel mogelijk samen te werken. Taken die overblijven of individueel uitgevoerd moeten worden, zullen we gelijk onder elkaar verdelen. Tijdens het individueel werken aan de taken houden we contact en geven we feedback op het werk van elkaar.

Het hebben van telefonisch contact en het maken van afspraken met de opdrachtgever zal Aleida op zich nemen, omdat zij binnen de afdeling werkt. Hierdoor is zij degene die makkelijker in contact kan komen met de opdrachtgever. Bij de afspraken die zijn gepland met de opdrachtgever zullen wij altijd samen aanwezig zijn.

4.2 Beschrijf welke inhoudelijke ondersteuning de opdrachtgever kan bieden

Wij verwachten van onze opdrachtgever:

- het verschaffen van alle informatie die wij nodig hebben voor ons project
- het (doen) toekennen van een zekere relevantie van het project binnen de instelling
- het dragen van medeverantwoordelijkheid voor het project
- begeleiden, ondersteunen en stimuleren
- het helpen en begeleiden bij de voorbereiding, uitvoering en afronding van het project
- de bereidheid hebben de resultaten van het project, hetzij beleidsmatig hetzij praktisch vertalend, te benutten in de instelling
- naast de vaste evaluatiemomenten ook contactmomenten met de opdrachtgever over de voortgang en inhoud van ons project.

5. Deelvragen

5.1 *Maak een onderverdeling in deelvragen die je achtereenvolgens wilt gaan uitwerken of bestuderen*

- Wat houdt het begrip 'hospitalisatie' in?
- Wat merken/zien groepsleiders binnen Zon & Schild van hospitalisatie op de afdeling stemming- en angststoornissen?
- Wat zegt de literatuur over de mogelijkheden die er zijn, voor groepsbegeleiders, om hospitalisatie terug te dringen binnen de doelgroep stemming- en angststoornissen?

5.2 *Geef aan welke onderzoeksmethode(n) je denkt te gaan gebruiken en welke fasen daarin te onderscheiden zijn*

Om een keuze te maken voor het onderzoeksontwerp, maar ook voor de statistische analyses die uitgevoerd zullen worden, is het belangrijk dat het karakter van de onderzoeksvraag wordt vastgesteld.

Het karakter van de onderzoeksvraag binnen dit onderzoek is een '*frequentieonderzoeksvraag*'. Het gaat daarbij om een 'hoeveel'-vraag of een 'in welke mate'-vraag.

Het type onderzoek dat hier bij aansluit is een '*beschrijvend onderzoek*'. Bij een beschrijvend onderzoek zijn hypothesen en een theorie niet aan de orde. Het gaat om de nauwkeurig beschrijving van kenmerken van onderzoekseenheden aan de hand van een vooraf gegeven systematiek, zonder nadere aanduiding van relaties of verklaringen. Wij zullen dus een 'beschrijvend onderzoek' gaan uitvoeren.

Het onderzoeksontwerp wat we zullen gaan gebruiken is een '*surveyonderzoek*'. Bij een 'surveyonderzoek' worden in de regel bij een groot aantal onderzoekseenheden gegevens verzameld via systematische ondervraging of observatie. In de meeste gevallen worden gegevens verzameld bij een steekproef van onderzoekseenheden uit een nader omschreven populatie.

Binnen ons onderzoek zullen we waarschijnlijk gebruik gaan maken van een *steekproef*, onder de groepsbegeleiders, om zo er achter te komen in hoeverre er sprake is van hospitalisatie, onder de patiënten, binnen de afdeling stemming- en angststoornissen.

Omdat er binnen het onderzoek gestructureerd informatie zal worden verzameld, is het een '*kwantitatief onderzoek*'.

6. *Resultaat*

6.1 Omschrijf wat het uiteindelijk product of resultaat is dat het project oplevert en wat de relevantie daarvan is voor de opdrachtgever

Uiteindelijk levert het onderzoek resultaten op over de mate van hospitalisatie en wij geven aanbevelingen over hoe hospitalisatie vanuit de begeleiding teruggedrongen kan worden.

De relevantie voor de opdrachtgever is dat er aanbevelingen aangedragen worden waar het team mee aan de slag kan om hospitalisatie terug te dringen.

7. Planning en activiteiten

7.1 Maak een stappenplan voor het project, dat wil zeggen: geef de activiteiten in tijdsvolgorde aan

Omschrijving	Actie	Wie	Periode (maand)	Tijd (uur)
Afstemming tussen instelling en studenten: overlegmomenten tussen projectstudenten en projectbegeleiders	Kennismaking en oriëntatie op de opdracht	opdrachtgever projectstudenten	Oktober	2
	Vorbereiding tussenevaluatie	opdrachtgever projectstudenten	Maart	2
	Vorbereiding eindevaluatie	opdrachtgever projectstudenten	mei	2
	Overige overlegmomenten	opdrachtgever projectstudenten	1x per maand; Oktober t/m juni	14
Afstemming tussen opleiding en studenten: overlegmomenten tussen projectstudenten en projectdocent(en)	Goedkeuring van de probleem- en doelstelling en het werkplan	K.Smid D.Behrend	November	2
	Kennismaking en bespreking plan van aanpak	Projectdocent projectstudenten	December	2
Overlegmomenten tussen opdrachtgever, docent en school	Kennismaking en vaststelling onderzoeksplan	Opdrachtgever Projectdocent projectstudenten	December	2
	Tussenevaluatie	Opdrachtgever Projectdocent projectstudenten	Maart	2
	Eindevaluatie	Opdrachtgever Projectdocent projectstudenten	Juni	2
Formuleren van de probleem- en doelstelling	Probleemformulering Formuleren gewenste situatie	Projectstudent Aleida	Oktober	1
	Formuleren van een onderzoeksvraagstelling	Opdrachtgever Projectstudenten	Oktober	6
	Formulering van de deelvragen en doelstelling.	Projectstudent Sanne	Oktober	6
Schrijven van het werkplan	Beschrijving onderwerp, situatie- en probleemstelling, taken en rollen, planning en activiteiten, Pop, Oriëntatie bruikbare bronnen	Projectstudenten	Oktober November	16
	Beschrijving opdrachtgever Resultaatbeschrijving, Oriëntatie bruikbare bronnen	Projectstudent Aleida	Oktober November	4
	Omschrijving deelvragen, onderzoeksmethode Maken tijdsplanning/draaiboek	Projectstudent Sanne	November	6

	Bijstellen werkplan	Projectstudenten	November	6
Literatuur- en bronnenonderzoek	Uitzoeken van bruikbare informatie uit de bronnen.	Projectstudenten	December Januari	20
	Aanvragen van bruikbare informatie	Projectstudenten	December Januari	10
	Schrijven hoofdstuk/paragraaf	Projectstudenten	December Januari	20
	Gesprekken met deskundigen	Projectstudenten	December Januari	6
Ontwerpen, uittesten en bijstellen van instrumenten	Onderzoekspopulatie en instrument vaststellen	Projectstudenten	Februari	4
	Ontwerpen van het instrument	Projectstudenten	Februari	20
	Uittesten van het instrument	Projectstudenten	Februari	1
	Bijstellen van het instrument	Projectstudenten	Februari	4
Werven respondenten	Werven van respondenten	Projectstudenten	Februari	4
Uitvoeren van dataverzameling, zoals interviewen en observeren	Versturen/uitdelen instrument.	Projectstudenten	Maart	1
	Sturen reminders	Projectstudenten	Maart	1
Datareparatie; het bewerken van de data, zodat ze door de computer verwerkt kunnen worden	Maken opzet data-invoer (coderen)	Projectstudenten	April	4
	Data-invoer	Projectstudenten	April	8
Data-analyse	Statistische techniek bepalen	Projectstudenten	April	4
	Berekenen van gegevens	Projectstudenten	April	8
Conceptrapportage	Maken van de inhoudsopgave	Projectstudenten	Mei	1
	Schrijven van een project- en procesverslag	Projectstudenten	Mei	20
	Maken/schrijven van een geheel	Projectstudenten	Mei	20
Definitieve rapportage	Bijstellen van de conceptrapportage	Projectstudenten	Mei	8
Ontwerpen van de presentatie over het definitieve product	Ontwerpen van de presentatie in PowerPoint	Projectstudenten	Mei Juni	8
Presenteren van de ontworpen presentatie.	Presenteren	Projectstudenten	Juni	1

7.2 Maak een planning voor contactmomenten met de opdrachtgever

- December '07 start project; kennismaken en oriëntatie
- Maart '08; tussenevaluatie
- Mei '08; eindevaluatie

Losse contactmomenten die we zullen hebben met de opdrachtgever vinden ongeveer één keer in de 3 á 4 weken plaats. Wanneer we een extra contactmoment nodig hebben zullen we telefonisch contact opnemen en eventueel een afspraak maken.

7.3 Omschrijf je verwachtingen van je begeleider binnen de opleiding (bijvoorbeeld frequentie van begeleidingsmomenten)

Van de projectdocent vanuit de opleiding verwachten wij de volgende taken:

- motiveren en stimuleren met als achtergrond o.a. de (te verdiepen) competenties
- begeleiden van de inhoudelijke aspecten van het project, onder andere op het gebied van onderzoek en literatuurgebruik
- bewaking van de voortgang, inclusief een goede en tijdige afronding van het project
- begeleiden van de procesmatige aspecten van het project
- daarnaast vragen wij kritische begeleiding en ondersteuning ten aanzien van de planning en voortgang, en evaluatie op het werk dat wij leveren. Dit tegen de achtergrond van de doelstelling van het project en van literatuurgebruik.

7.4 Verantwoord ieders individuele theoretische bijdrage aan het project

Wij zullen beiden onderzoek doen naar de theorie over hospitalisatie. Deze informatie zullen we vervolgens samenvoegen tot één geheel. Dit geldt voor alle theoretische verdiepingen die aan de orde zullen komen binnen ons project.

7.5 Verantwoord de ureninzet

Zie het draaiboek hierboven onder het kopje 'Planning en activiteiten'.

7.6 Inleverdatum project

Ons project willen wij eind mei 2008 inleveren.

8. POP

8.1 Expliciteer het verband met je POP

In het derde jaar hebben wij aan een aantal kwalificaties gewerkt. Ook in het vierde jaar zullen wij aan een aantal kwalificaties werken, namelijk: 1.10, 2.4, 2.5, 2.7, 2.9, 2.10, 2.11, 3.1 en 3.3. Doormiddel van o.a. dit praktijkonderzoek gaan wij met deze kwalificaties bezig. De verantwoording hiervan is in de volgende paragraaf beschreven.

8.2 Verantwoord aan welke opleidingskwalificaties je werkt in dit project (in elk geval opleidingskwalificatie 22; kies daarnaast maximaal 3 opleidingskwalificaties waaraan je inhoudelijk aandacht besteedt, zodat je je aandacht niet teveel versnippert)

Bij het afstudeerproject kunnen diverse opleidingskwalificaties aan bod komen, afhankelijk van het onderwerp van het project; in elk geval werken, wij aan:

SPH kwalificatie 22

Een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de beroepsmethodiek en de wetenschappelijke verankering van de beroepsmethodiek SPH door ondermeer praktijkgestuurd onderzoek te verrichten, praktijktheorieën te ontwikkelen en nieuwe vragen en ontwikkelingen te doordenken op de consequenties voor bestaand beleid en de methodiek.

GGZ kwalificatie 3.2

De GGZ-agoog bewaakt zijn specifieke agogische deskundigheid en actualiseert en draagt zorg voor een blijvende professionele bijdrage binnen het multidisciplinaire team.

GGZ kwalificatie 3.3

De agoog in de GGZ levert onder meer door deelname aan praktijkonderzoek een kritische bijdrage aan de ontwikkeling van de beroepsmethodiek in de GGZ vanuit een agogische visie, de maatschappelijke erkenning van het beroep en legitimatie daarvan als ook de verankering daarvan in de GGZ.

In het bijzonder aansluitend bij actuele beroepsvraagstukken in dit domein en vanuit kennis van onderzoeken die nationaal en internationaal verschijnen.

Dat wij aan deze kwalificatie werken spreekt voor zich. Wij zullen namelijk een praktijkonderzoek verrichten in de GGZ.

SPH kwalificatie 9

Het eigen beroepshandelen te verantwoorden ten overstaan van cliënten en/of diens vertegenwoordigers, de eigen hulpverleningsorganisatie en/of andere opdrachtgevers en/of de samenleving.

GGZ kwalificatie 1.10

De agoog in de GGZ verantwoordt zijn beroepshandelend optreden ten overstaan van de cliënt en/of diens vertegenwoordigers, de eigen hulpverleningsorganisatie en/of andere opdrachtgevers en/of de samenleving.

Verantwoording van beroepsmatig handelen veronderstelt dat de agoog in de GGZ toont dat hij bewust, doelgericht en systematisch handelt met in acht name van de wensen en mogelijkheden van de cliënt en / of diens systeem met in acht name van het (tijdelijke) onvermogen tot effectief handelen van de cliënt ten gevolge van een psychiatrische stoornis.

Besef en kennis van samenhang van sociale systemen, wederzijdse beïnvloeding, wederkerigheid, wederzijdse afhankelijkheid toont de agoog in de GGZ in dialoog met de cliënt en voor hem/haar belangrijke anderen.

Ons praktijkonderzoek zullen wij verrichten binnen een instelling. Om daarmee samen te werken moeten wij continue ons beroepshandelen tegenover hen verantwoorden. Er wordt daarin van ons verwacht dat wij bewust, doelgericht en systematisch handelen.

SPH kwalificatie 14

Doelgroepen te signaleren die zich in problematische leefsituaties bevinden en maatschappelijke factoren op te sporen die problemen kunnen veroorzaken in de woon- en leefsituatie van doelgroepen en deze onder de aandacht te brengen van verantwoordelijke personen en instanties.

GGZ Kwalificatie 2.4

De agoog in de GGZ is in staat om binnen zijn werkeenheden in de GGZ een signaleringsproces op gang te brengen.

De agoog in de GGZ beschikt over bekwaamheden op het gebied van:

- *observatie en rapportage ten aanzien van hulpverleningsprocessen*
- *probleemsignalering ten aanzien van individuen, groepen en (instellings-)beleid*
- *het omgaan met incidentenregistratie, het omgaan met "fouten en bijna ongelukken" (FONA beleid) en klachtenregistratie*

GGZ Kwalificatie 2.10

De agoog kan doelgroepen en situaties signaleren die aandacht vragen en die onder de aandacht brengen van organisaties.

Kan samenwerking met de eerstelijns (G)GGZ, zoals huisartsen, GZ psychologen en cliëntorganisaties

In samenwerking met eerstelijns GGZ betrokkenen en andere maatschappelijke instanties, zoals woningcorporaties, sociale diensten, scholen, politie, welzijnsorganisaties en centra voor Werk en Inkomen, hulpvragen kan signaleren en deze onder de aandacht brengen van de betrokken organisaties.

Kan doelgroepen en situaties signaleren die een verhoogd risico lopen op GGZ problematiek en deze onder de aandacht brengen van zowel GGZ organisaties en andere betrokken maatschappelijke organisaties

Doormiddel van ons praktijkonderzoek zullen we een (maatschappelijk) probleem in kaart brengen/ onder de aandacht brengen, wat zich mogelijk voordoet onder de patiënten van de afdeling stemming- en angststoornissen, namelijk hospitalisatie.

Hiervoor zullen wij moeten samenwerken met eerstelijns GGZ betrokkenen en andere maatschappelijke instanties.

SPH kwalificatie 17

Een bijdrage te leveren aan de uitvoering en evaluatie van kwaliteitszorg binnen de organisatie en beheerstaken uit te voeren op financieel, administratief, personeelsplannings- en onderhoudsgebied met behulp van ICT en voorzover direct verbonden met de hulp- en dienstverlening waarvoor hij verantwoordelijk is.

GGZ Kwalificatie 2.5

De agoog in de GGZ is in staat tot het leveren van een bijdrage aan kwaliteitszorg binnen een GGZ-instelling.

Betrekt cliënten en cliëntenorganisaties bij het vormgeven en uitvoeren van kwaliteitszorg.

Is in staat kwaliteitskenmerken van de zorg te verwoorden en deze te presenteren.

Levert een bijdrage aan kwaliteitszorg door het eigen handelen en het handelen van de hulpverleningsorganisatie te beschrijven en te verantwoorden ten behoeve van met name cliëntenorganisaties, de overheid en financiers van de zorg.

GGZ Kwalificatie 2.11

De agoog kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en vernieuwing van de organisatie in het kader van kwaliteitszorg en kan daarbij gebruik maken van de mogelijkheden van ICT.

Met ons praktijkonderzoek zullen wij een deel bijdragen aan de kwaliteitszorg binnen de organisatie. Naar aanleiding van het praktijkonderzoek worden namelijk gerichte aanbevelingen gegeven met betrekking tot het verminderen/voorkomen van hospitalisatie onder de patiënten.

Daarnaast maken wij tijdens het uitvoeren van het praktijkonderzoek gebruik van de mogelijkheden van ICT; voor het verwerken van bepaalde gegevens zullen we het data verwerkingsprogramma SPSS gebruiken.

9. Bronnenstudie

- 9.1 Geef aan wat voor jouw project relevante bronnen zijn: artikelen, vakliteratuur, internetsites, deskundigen die je kunt interviewen. Geef hierbij een volledige titelbeschrijving.
Verantwoord kort waarom je vindt dat deze bronnen goed bruikbaar zijn – dat betekent dus dat je er al kennis van genomen moet hebben.
Zorg ervoor dat de bronnen voldoende niveau hebben, dat wil zeggen dat ze zich voornamelijk richten op een HBO-publiek.
Maak ook gebruik van literatuur die je in eerdere jaren op de opleiding gebruikt hebt.

De volgende literatuur willen we voor ons onderzoek gaan gebruiken:

- Rigter, Jakop (1996). *Het palet van de psychologie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho b.v
- Haas, M. de, Ravelli, A., Repping, T., Baptiste Segond von Banchet, J. & Spreij, E. (1997). *Orientatie op sociaal pedagogische hulpverlening*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dr. Bosch, J.D., Prof. Dr. Bosch, R.J. van den, Prof. Dr. Brink, W. van den, Prof. Dr. Buitelaar, J.K., Prof. Dr. Cluydts, R., Mw. Prof. Dr. Cohen-Kettenis, P.T., e.a. (1990). *Handboek Psychopathologie deel 1, basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W. & Deth, K. van (2004). *Psychiatrie; van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roosenschoon, B.J. (1995) *Een kans op zelfstandigheid: begeleid zelfstandig wonen als alternatief voor langdurige hospitalisatie in de GGZ: evaluatie van een experiment*. Utrecht: Nzi.
- Borgesius, E., Brunenberg, W. (1999) *Behoeftte aan asiel : woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Schagen, P.J. (1994) *Hospitalisatie bij ouderen*. Heerhugowaard.
- Ramkema, T., Zwart, C. (1996) *In de greep van hospitalisatie : een groot verpleegkundig dilemma!* Baambrugge: Bakker & Berendsen.
- Bokstein, P. (1995) *Vroegtijdig onderkennen en voorkomen van hospitalisatie bij chronisch zieke patiënten*.
- Endt-Meijeling van, M. (1995) *Medische kennis voor hulpverleners*. Bussem: Uitgeverij Coutinho. Pag. 301, 302.

De volgende internetsites willen we voor ons onderzoek gaan gebruiken:

- <http://www.btsq.nl/infobulletin/hospitalisatie.html>
- http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/tr_idx72.htm

De volgende artikelen uit vaktijdschriften willen we voor ons onderzoek gaan gebruiken:

- *Uit den lande - Symposium 'Ambulante Hospitalisatie'*. Uit: Sociale psychiatrie, vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde. Afl. 53, pag. 51-52. 1999.
- *Gecontroleerde vrijheid*. Uit: Zorg + Welzijn. Afl. 1, pag. 24-25. 2005.