

# Ouderschap en een psychische aandoening

Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van verpleegkundigen met het bespreken van ouderschap en het welzijn van de kinderen.

## Onderzoeksverslag U3

In opdracht van het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)/UMCG

Projectnummer UMCG: 201700471

Afstudeeropdracht HBO Verpleegkunde (U3)

Hanzehogeschool Groningen



Bron: UCP, bord&stift, 2017

## Studenten:

Yvonne Heller, 323159

Tineke Zwaagstra, 347236

Osiriscode HVDB16AFOU3

Datum inleveren: 18 januari 2018

Studiejaar 2017 - 2018

## Docent begeleiders:

Marieke Potijk arts/onderzoeker; KOPP projectleider UCP

Binie Kuipers, docent begeleider Hanzehogeschool 1e examinator

Erik Ramaker, docent begeleider Hanzehogeschool 2e examinator

## Samenvatting

Kinderen van ouders met psychische problemen lopen een risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen, waardoor ze soms al op jonge leeftijd hulp nodig hebben van de geestelijke gezondheidszorg. Het vaststellen van psychische problemen bij de ouder en mogelijke problemen bij het vervullen van het ouderschap zijn preventieve interventies om kinderen te bereiken en hulp in te kunnen zetten. Verpleegkundigen hebben een signalerende functie en zijn gericht op risico inschatting, waarbij zij maatregelen in gang kunnen zetten om erger te voorkomen. Echter, onduidelijk is hoe verpleegkundigen het ouderschap en het welzijn van kinderen bespreken met ouders die een psychische aandoening hebben. Het bereik van preventieve interventies rond dit thema is vaak klein. Hier worden verschillende redenen voor gegeven. In de theorie wordt beschreven dat hulpverlening pas op gang komt als de problemen bij kinderen ernstig zijn, de kinderen of de zieke ouder vragen niet om hulp, waardoor het bereik van preventieve interventies klein is. Dit onderzoek, onderdeel van het KOPP-project in het UCP, richt zich op ervaringen van verpleegkundigen, van het cluster Angst- en Stemmingsstoornissen. Er wordt onderzocht wanneer zij het ouderschap bespreken en hoe zij kinderen kunnen bereiken zodat preventief interventies kunnen worden ingezet. Onderzocht is welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren worden en welke suggesties ter verbetering aangedragen worden. Tevens is onderzocht hoe verpleegkundigen ouders informeren en motiveren om de ouder informatiebijeenkomsten in het UCP te bezoeken.

Door middel van semigestructureerde interviews is verdiepende informatie verkregen over de ervaringen van verpleegkundigen wanneer en hoe zij het ouderschap bespreken. De ervaringen zijn geanalyseerd middels de stappen van Verhoeven (2014), waarbij de twee onderzoekers enerzijds onafhankelijk van elkaar en anderzijds gezamenlijk de gegevens hebben geanalyseerd om objectieve associaties en interpretaties te kunnen maken. De resultaten laten zien dat verpleegkundigen het ouderschap bespreken, waarbij ervaring met en kennis over KOPP een grote rol speelt. Dit zorgt voor meer bewustwording bij verpleegkundigen, waarmee zij een betere basis hebben om het gesprek aan te gaan en ouders kunnen informeren en motiveren tot interventies. De verpleegkundige relevantie, waarbij verpleegkundigen werken vanuit de sociale context van patiënten, laat zien dat het betrekken van naasten en kinderen tot hun werkveld hoort. Dit onderzoek biedt inzicht in knelpunten, die tot concrete verbeteringen zouden kunnen leiden voor de aandacht voor ouderschap in de klinische praktijk. In de interviews kwam duidelijk naar voren dat verpleegkundigen behoefte hebben aan kaders, richtlijnen en kennis om zorg voor ouderschap en het welzijn van de kinderen verder te kunnen verbeteren, waardoor hun preventieve interventies meer kinderen kunnen bereiken.

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Ouderschap en een psychische aandoening'. Dit is onderdeel van de afstudeerperiode van de HBO opleiding Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen. Dit verslag volgt op het onderzoeksvoorstel en het uitvoeren van het praktijkgericht onderzoek. De volgende stap is de presentatie en ter afronding volgt de individuele verdediging van een stelling.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen van het Universitair Centrum Psychiatrie te Groningen en is een onderdeel van het KOPP-project. Het onderzoek was kwalitatief van aard en betrof de ervaringen van verpleegkundigen in het bespreken van ouderschap. De participerende verpleegkundigen gaven ons vertrouwen en gunden ons een blik in hun ervaringen. Allen dank hiervoor.

Dit verslag is tot stand gekomen door een intense samenwerking met elkaar. Het zoeken naar de lijn in het verslag heeft geleid tot een helder verslag waarbij wij de wens hebben dat de lezer dit herkent en geïnspireerd raakt door het onderwerp. Het vinden van de lijn was een intensief en leerzaam proces, het verliep met vallen en opstaan. Met het einddoel voor ogen, is hard gewerkt om dit te bereiken: een mooi onderzoek en verslag waar de praktijk, de verpleegkundigen, mee verder kunnen in het belang van de ouders en kinderen.

Met de professionele en vriendelijke begeleiding die we hebben ontvangen van arts-onderzoeker Marieke Potijk konden we het beste uit onszelf halen. Zij heeft, samen met onderzoeker Louisa Drost, ons bewustzijn van het belang voor de kinderen vergroot waardoor wij extra werden geïnspireerd en uitgedaagd om een stap verder te gaan. De begeleiding door de Academie voor Verpleegkunde werd door Binie Kuipers uitgevoerd. De vlotte, respectvolle en heldere feedbackmomenten (altijd met humor) met haar hebben wij als leerzaam ervaren. Zij stond ons in deze periode bij met raad en daad.

Niet te vergeten hebben wij ons gesteund gevoeld door ons thuisfront, familie en vrienden. Zij hebben ons de afgelopen periode regelmatig moeten missen bij gezamenlijke activiteiten. Ook collega's, teamleiders en praktijkopleider hebben ons geholpen door hun flexibiliteit en belangstelling voor onze ontwikkelingen en ervaringen tijdens deze periode.

Allen dank voor de ondersteuning!

De positieve en respectvolle samenwerking heeft ons geholpen doelgericht te werken aan dit eindproduct waar wij ons beide goed in kunnen herkennen.

Wij zijn trots op het resultaat waarbij het onze wens is om de lezers verheldering en inspiratie aan te kunnen reiken op dit urgente thema.

Yvonne Heller

Tineke Zwaagstra

Noordhorn, Assen, 18 januari 2018

## Inhoudsopgave

Onderzoeksverslag U3 .....	1
Samenvatting .....	2
Voorwoord.....	3
Inleiding.....	6
Kinderen van ouders met psychische problemen .....	6
Het UCP en ouders .....	7
Verpleegkundige relevantie .....	8
Hoofdstuk 1 Doel- en vraagstelling.....	9
Inleiding .....	9
1.1. Doelstelling .....	9
1.2 Vraagstelling .....	9
Hoofdvraag:.....	9
Deelvragen:.....	9
1.3 Operationalisering van begrippen .....	9
Angst- en Stemmingsstoornissen .....	9
Verpleegkundigen in het UCP .....	9
Ouder informatiebijeenkomsten in het UCP .....	10
Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign .....	11
Inleiding .....	11
2.1 De grondvorm en motivatie .....	11
2.1.1 Validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit.....	11
2.1.2 Interviewstructuur .....	12
2.1.3 De onderzoekspopulatie en steekproef.....	13
2.2 Het analyseren van data .....	13
2.3 Ethische aspecten van het onderzoek.....	15
Hoofdstuk 3 Onderzoeksresultaten .....	17
Inleiding .....	17
3.1. Ervaringen bij het gesprek over ouderschap .....	17
3.1.1 Bewustwording .....	17
3.1.2 Weerstand .....	18
3.1.3 Het doorbreken van weerstand.....	18
3.1.4 Reacties van ouders .....	18
3.2 Verpleegkundige relevantie.....	19
3.2.1 Het verpleegproces .....	19
3.2.2 Vaardigheden en kennis .....	20
3.2.3 Samenwerking met andere disciplines.....	20
3.3 Suggesties ter verbetering .....	20

3.3.1	Welke suggesties bieden verpleegkundigen om het ouderschap te bespreken ....	20
3.3.2	Welke suggesties bieden verpleegkundigen voor het vergroten van kennis.....	21
3.4	Ouder informatiebijeenkomsten .....	21
3.4.1	Wat werkt wel/niet bij het motiveren van ouders .....	21
3.4.2	Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met het KOPP-project .....	22
Hoofdstuk 4	Discussie.....	23
Inleiding	.....	23
4.1	Het bespreken van ouderschap .....	23
4.1.1	Hoe bespreken verpleegkundigen het ouderschap .....	23
4.1.2	Ervaring en kennis van verpleegkundigen in het verpleegproces.....	24
4.1.3	Het verpleegproces en verpleegkundige kaders .....	24
4.2	Suggesties ter verbetering .....	26
4.2.1	Protocol .....	26
4.2.2	Klinische les .....	26
4.2.3	Ouderschap als standaarddoel.....	26
4.2.4	Informatiematerialen voor ouders en kinderen.....	26
4.2.5	Aandachtsvelder.....	26
4.2.6	Informatiebijeenkomst 'Ouderschap en psychische aandoening' .....	27
4.4	Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	27
4.4.1	Vorbereiding .....	27
4.4.2	Deelnemende respondenten .....	27
4.4.3	Het analyseren .....	28
4.4.4	Implicaties voor de praktijk .....	28
Hoofdstuk 5	Conclusie .....	29
Inleiding	.....	29
5.1	Beantwoording van de onderzoeksvraag .....	29
Hoofdstuk 6	Aanbevelingen.....	30
Inleiding	.....	30
6.1	Aanbevelingen voor de praktijk .....	30
6.2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	30
Literatuurlijst	.....	31
Bijlage 1	Topiclijst .....	34
Bijlage 2	Definiëring van begrippen .....	36
Bijlage 3	Verpleegkundig handelen bij KOPP .....	40
Bijlage 4	Logboek.....	41
Bijlage 5	Anti-plagiaatverklaring .....	45

## Inleiding

Dit onderzoek richt zich op ervaringen van verpleegkundigen die in gesprek gaan met ouders over ouderschap bij psychische aandoeningen en het welzijn van hun kinderen. Een kwalitatief onderzoek, binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen<sup>1</sup> van het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)<sup>2</sup>, UMCG te Groningen en is een afstudeeropdracht in het kader van de opleiding HBO Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool. Het onderzoek maakt onderdeel uit van het KOPP-project, het wetenschappelijk onderzoek binnen het UCP/UMCG.

### Kinderen van ouders met psychische problemen

Verskillende studies tonen aan dat Kinderen van Ouders met Psychische en/of Verslavingsproblemen, zogenaamde KOPP/KVO kinderen<sup>3</sup>, het risico lopen om zelf tijdelijk en/of langdurige ernstige psychische- en/of verslavingsproblemen ontwikkelen (Wenselaar, 2015). Omdat het onderzoek plaatsvindt in het UCP, beperkt dit onderzoek zich tot de term KOPP. Tweederde van de kinderen van patiënten met angst- en stemmingsstoornissen ontwikkelen voor hun 35<sup>e</sup> levensjaar zelf een depressie of angststoornis en de helft zelfs al voor hun 24<sup>e</sup> levensjaar. Een deel van de KOPP kinderen komt in hun volwassen leven terecht in het circuit van geestelijke gezondheidszorg en hulpverlening (25% tot 40%) (Havinga, 2016)<sup>4</sup>.

Psychische problemen hinderen de ouder om met een heldere kijk naar zichzelf of naar het kind te kijken. De ouder weet niet meer hoe het echt met het kind gaat en kan zijn/haar ouderrol niet goed meer inschatten en uitvoeren. Er kan sprake zijn van verwaarlozing, emotionele tekortkomingen en mishandeling van kinderen<sup>5</sup>. Het gaat hier over een ondergrens, want veel ouders en hun kinderen komen niet in beeld bij hulpverlenende instanties, zij menen het zonder hulp te kunnen redden of behoren tot de groep zorgmijders (Wenselaar, 2015).

Stemmings-, angst- en middelenstoornissen zijn de meest voorkomende psychische aandoeningen in Nederland, waarvan depressie<sup>6</sup> de meest voorkomende afzonderlijke aandoening is (Graaf, Have, Gool & Dorsselaer, 2012). Wanneer beide ouders te maken hebben met psychische- en/of verslavingsproblemen nemen de percentages van kinderen met problemen toe (Havinga et al, 2016).

Om preventieve interventies in te kunnen zetten en deze kinderen te bereiken is de eerste stap het vaststellen van psychische problemen bij de ouder en te bepalen welke risico's er bestaan. Duidelijk moet worden hoe de patiënt invulling geeft aan zijn of haar ouderrol en of de ontwikkeling van de kinderen naar wens verloopt. Professionals die werken met kinderen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) moeten alert zijn op problemen bij kinderen die het gevolg kunnen zijn van de geestelijke gezondheid van ouders (Wenselaar, 2015).

Hulpverleners zijn sinds 2013 verplicht, conform de Wet Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling, een kindcheck uit te voeren. De kindcheck beoogt een gestandaardiseerde controle of een cliënt verantwoordelijk is voor de verzorging en opvoeding van één of meer minderjarigen, met het oog op de veiligheid van hen (VWS, 2013). Binnen de GGZ is de kindcheck echter nog geen onderdeel van de dagelijkse routine (VWS, 2016). Reden voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, om een landelijk KOPP beleid uit te voeren, met als doel het optimaliseren van een gestroomlijnde

---

<sup>1, 2, 3, 4, 5 en 6</sup> Zie bijlage 2 voor meer informatie

samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Schippers, 2016). Dit heeft geleid tot een handreiking KOPP, waarin betrokken partijen informatie kunnen vinden over feiten, cijfers, effectieve hulp, financiering en samenwerking (Trimbos, 2016).

Echter, het systematisch aandacht besteden aan kinderen van ouders met psychische aandoeningen behoort op dit moment niet tot de reguliere behandelpraktijk. Veelal is de hulp individueel gericht op de volwassene met psychische problemen. De ziekte van de ouder trekt alle aandacht, de zorg en eventuele problemen van het kind lijken in het niet te vallen. En vaak wordt er niet gekeken naar het functioneren van de patiënt in de ouderrol. Zieke ouders vragen niet snel hulp voor hun kinderen en kinderen vragen zelf niet om aandacht of hulp van de ouder of hulpverlener. Het signaleren van problemen bij de kinderen door ouders en of hulpverleners gebeurt pas als de problemen ernstig zijn (Wenselaar, 2015). In de praktijk blijkt dan ook dat het bereik van preventieve interventies klein is; niet meer dan 1% van de zogenaamde KOPP kinderen neemt deel aan hulpprogramma's (Romijn, Graaf en Jonge, 2010). Hier ligt duidelijk een rol voor alle betrokken beroepsgroepen om gezinnen met kinderen op te sporen, die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van psychische problemen.

### Het UCP en ouders

Het UCP, onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), biedt hoog specialistische klinische en poliklinische behandelingen voor veel voorkomende psychische aandoeningen en heeft een topreferente<sup>7</sup> zorgfunctie voor de regio Noord-Nederland. Binnen het UCP, cluster Angst- en Stemningsstoornissen is in 2017 een KOPP-project van start gegaan 'En hoe gaat het met uw kinderen?'. Het KOPP-project richt zich op ervaringen van hulpverleners en ouders over het bespreken van ouderschap en de invloed van de psychische stoornis op de ouderrol, waarbij ouders gemotiveerd worden tot het verkrijgen van voorlichting, psychoeducatie en ondersteuning ten aanzien van hun ouderrol. Belemmerende en bevorderende factoren die ouders en hulpverleners ervaren worden in kaart gebracht, waarbij interventies gezocht worden die deze factoren kunnen beïnvloeden. Het doel is dat iedere hulpverlener op een adequaat moment het ouderschap met de patiënt bespreekt en dat ouders gemotiveerd worden om naar de ouder informatiebijeenkomsten te gaan. Het versterken van de ouderrol en het inzetten van preventieve interventies voor ouders en kinderen, om problemen tijdig te ondervangen, zijn belangrijke aangrijpingspunten voor preventie. Dit onderzoek, als aanvullend onderdeel van het KOPP-project, wordt uitgevoerd door twee studenten van de opleiding HBO Verpleegkunde van de Hanzehogeschool en richt zich op praktijkervaringen van verpleegkundigen van het cluster Angst- en Stemningsstoornissen van het UCP. Alle verzamelde gegevens, binnen het KOPP-project, zullen vervolgens input geven aan een nog te ontwikkelen module Kinderen van Ouders met Psychische Problemen GGZ<sup>8</sup>.

In het UCP wordt aandacht aan KOPP gegeven door middel van de Basis Anamnese Lijst (BAL) in Roqua<sup>9</sup> die bij de intake wordt afgenomen, hiermee wordt systematisch vastgelegd of patiënten kinderen hebben (kindcheck). Dit is conform de landelijke richtlijn KOPP, maar onduidelijk is hoe het bespreken van ouderschap en het welzijn van hun kinderen tijdens de behandeling plaatsvindt en in welke mate kinderen daadwerkelijk bereikt worden. In het UCP vinden er ouder informatiebijeenkomsten plaats over ouderschap en een psychische aandoening. UCP breed worden ouders hiervoor uitgenodigd, echter in de praktijk bleek dat deelname van ouders aan deze informatiebijeenkomsten vergroot zou kunnen worden. Uit

---

<sup>7,8</sup> en <sup>9</sup> Zie bijlage 2 voor meer informatie

een enquête, afgenomen bij de start van het KOPP-project (september 2017), is gebleken dat 38% van de hulpverleners niet op de hoogte was van deze informatiebijeenkomsten voor ouders.

Een uitdaging ligt dan ook in het beter bereiken van ouders met psychische problemen om een beeld te krijgen van hun kinderen en om waar nodig preventieve interventies in te kunnen zetten. Een eerste stap hiertoe is het bespreken van het ouderschap en het doorbreken van mogelijke barrières die ouders en behandelaren ervaren in het bespreken van de ouderrol. Het KOPP-project wordt uitgevoerd in opdracht van het UCP, hoofdaanvrager prof. dr. R.A. Schoevers, psychiater/afdelingshoofd. Subsidie is verstrekt door het UMCG in het kader van een Healthy Ageing Pilot.

### Verpleegkundige relevantie

De verpleegkundige heeft een belangrijke signalerende functie met betrekking tot zorgproblemen waar de psychologische, sociale en fysieke verwevenheid naar voren komt en is gericht op risico inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. De verpleegkundige deelt kennis en informatie en is vanuit het perspectief van ondersteuning van het zelfmanagement gericht op de samenwerking met patiënt, naasten en het sociale netwerk.

Door middel van klinisch redeneren, verzamelt de verpleegkundige continu gegevens van patiënten, naasten en van andere hulpverleners. Met deze gegevens wordt een analyse gemaakt van vragen en problemen van patiënten en diens naasten. De persoonlijke beleving van patiënten en naasten is een belangrijke voorwaarde voor het bepalen van interventies, die richting geeft aan de verdere zorgverlening.

Op basis van kennis weet de verpleegkundige welke mensen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van bepaalde problemen. Problemen dienen zich aan met voortekenen of vroege symptomen. Op basis van deze risico inschatting en vroegsignalering kan de verpleegkundige preventieve maatregelen in gang zetten en 'erger te voorkomen'. Preventie is een speerpunt in de verpleegkundige zorg, waarbij het zelfmanagement van zowel individuen als naasten versterkt kan worden (V&V 2020, 2012)<sup>10</sup>.

Onduidelijk is hoe verpleegkundigen het ouderschap en het welzijn van de kinderen bespreken met ouders die een psychische aandoening hebben. Het vroegtijdig signaleren van mogelijke problemen die zich kunnen voordoen, opent de weg naar ondersteunende interventies voor ouders en hun kinderen. Het KOPP-project in het UCP onderzoekt of kinderen beter bereikt kunnen worden door het bespreken van de ouderrol als vaste routine in de behandeling, door iedere hulpverlener, zo ook de verpleegkundige. Dit praktijkonderzoek, als aanvullend onderdeel van het KOPP-project, richt zich op de ervaringen van de verpleegkundige discipline wanneer zij het ouderschap bespreken en welke suggesties zij hebben voor verbetering.

---

<sup>10</sup> Zie bijlage 2 voor meer informatie



# Hoofdstuk 1 Doel- en vraagstelling

## Inleiding

In de inleiding is uiteengezet met welke problemen ouders en kinderen kampen als het gaat om ouderschap, psychische aandoeningen en het welzijn van kinderen. Er ligt een belangrijke rol voor de geestelijke gezondheidszorg om ouders en hun kinderen preventief te bereiken, waarbij dit onderzoek richt zich op de verpleegkundige discipline. Dit hoofdstuk gaat in op de doel- en vraagstelling van het onderzoek.

### 1.1. Doelstelling

Begin februari 2018 zijn ervaringen van verpleegkundigen met het bespreken van ouderschap met patiënten over het welzijn van hun kinderen in beeld gebracht, waardoor kinderen van ouders met psychische problemen beter bereikt kunnen worden en preventief interventies ingezet kunnen worden. Het betreft de patiënten van het cluster Angst- en Stemningsstoornissen in het UCP. Resultaten en aanbevelingen van het onderzoek worden gepresenteerd aan de opdrachtgever, verpleegkundigen en belangstellenden.

### 1.2 Vraagstelling

#### Hoofdvraag:

Welke ervaringen hebben verpleegkundigen van het cluster Angst- en Stemningsstoornissen van het UCP, met het aandacht geven aan en het bespreken van ouderschap?

#### Deelvragen:

- Hoe bespreken verpleegkundigen het ouderschap en het welzijn van de kinderen met patiënten?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren verpleegkundigen bij het bespreken van ouderschap met patiënten?
- Welke suggesties hebben verpleegkundigen ter verbetering?
- In hoeverre is de verpleegkundige bekend met de ouder informatiebijeenkomst en een psychische aandoeningen in het UCP en hoe brengen zij dit onder de aandacht van patiënt en naasten?

### 1.3 Operationalisering van begrippen

#### Angst- en Stemningsstoornissen

Het cluster Angst- en Stemningsstoornissen van het UCP biedt behandelingen aan in de vorm van opname, dagbehandeling en poliklinische behandelingen. Stemningsstoornissen zijn langer durende ontregelingen van de gemoedstoestand, die van invloed zijn op het gehele functioneren van de persoon. Dit uit zich in gevoels-, lichamelijke- en gedragskenmerken, zoals een angststoornis, depressie of een bipolaire stoornis<sup>11</sup>.

#### Verpleegkundigen in het UCP

Binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen werken 32 verpleegkundigen, waarvan 23 verpleegkundigen HBO opgeleid zijn. De overige verpleegkundigen beschikken over een

---

<sup>11</sup> Zie bijlage 2 voor meer informatie

opleiding tot MBO Verpleegkunde, in service opgeleide verpleegkundigen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en studenten verpleegkunde.

### **Ouder informatiebijeenkomsten in het UCP**

In het UCP vinden sinds september 2017 maandelijks informatiebijeenkomsten plaats voor ouders en naasten. Voorheen werden deze bijeenkomsten tot viermaal per jaar gegeven. In principe worden alle ouders die worden behandeld in het UCP en kinderen hebben tussen 0 en 24 jaar uitgenodigd voor de bijeenkomsten. Tijdens de bijeenkomsten wordt informatie gegeven over ouderschap en een psychische aandoening en op welke manier ouders in gesprek kunnen gaan met hun kinderen over de psychische aandoening. Het doel is om aandacht te geven aan vragen en moeilijkheden die de opvoeding en het ouderschap meebrengen, wanneer ouders psychische problemen hebben. De bijeenkomsten worden geleid door een maatschappelijk werker van het UCP in samenwerking met een psycholoog van Accare (kinder- en jeugdpsychiatrie) (UMCG, 2017).

## Hoofdstuk 2    Onderzoeksdesign

### Inleiding

Het inzichtelijk maken van het onderzoeksproces is belangrijk voor de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek. Keuzes die zijn gemaakt voor het onderbouwen van het onderzoeksdesign worden beschreven, zo ook de keuzes die gemaakt zijn bij het analyseren van de gegevens. Voor het analyseren is gebruik gemaakt van de acht stappen van Verhoeven (2014). Een logboek heeft het verloop van het onderzoeksproces ondersteund, onderzoeken is een circulair proces waarbij informatie continu werd bijgesteld. Het grondig beschrijven van het onderzoeksproces geeft inzicht in de betrouwbaarheid en validiteit.

### 2.1 De grondvorm en motivatie

De hoofdvraag van het praktijkonderzoek gaat uit naar ervaringen van verpleegkundigen, die in gesprek gaan met patiënten over het ouderschap. Hoe doen zij dat en welke bevorderende, dan wel belemmerende factoren ervaren zij? Welke suggesties hebben zij voor verbetering? Dit zijn open vragen, die zich richten op ervaringen van verpleegkundigen, over hun belevingen in de praktijk en geven inzicht in hetgeen gebeurt op de werkvloer (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2012). Daarom is er gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign, waarbij door middel van semigestructureerde interviews verdiepende informatie verkregen is. Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst met subtopics, om de ervaringen vanuit het perspectief van verpleegkundigen helder te krijgen. De onderzoekers hebben de topiclijst, met subtopics gebruikt als handvat om de lijn van het interview vast te houden. De topiclijst is samengesteld uit de literatuur die tot uiting kwamen in de probleemstelling (Verhoeven, 2014).

#### 2.1.1 Validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de onderzoekers hebben gewerkt aan validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit. Voor het beoordelen van kwalitatief onderzoek zijn maatstaven nodig zoals geloofwaardigheid, plausibiliteit, verplaatsbaarheid en verifieerbaarheid. Het onderzoeksproces en het proces van analyseren zijn beschreven, evenals keuzes die zijn gemaakt tijdens het proces. Een logboek heeft geholpen bij het volgen van het onderzoeksproces, zoals de gegevensverzameling, de data-analyse, interpretaties en overlegmomenten tussen de onderzoekers, projectleider en docent. Na de fase van data-analyse van de gegevens heeft er een intercollegiale toetsing, middels een steekproef, plaatsgevonden voor een beoordeling van het onderzoeksproces.

De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek is verhoogd door een grondige voorbereiding, zoals het beschikken over voldoende kennis van het onderzoeksdesign, verdieping in de probleemstelling en het oefenen van interviewvaardigheden. Daarnaast bood het samenstellen van een topiclijst handvatten tijdens de semigestructureerde interviews, zodat met alle respondenten dezelfde onderwerpen werden besproken. De samenstelling van de topics is besproken met de projectleider en maatschappelijk werker van het cluster, waarop keuzes zijn aangescherpt. Naar aanleiding van een intercollegiale beoordeling is in een later stadium de topiclijst nader geoperationaliseerd<sup>12</sup>.

De beschrijving van de onderzoeksdesign biedt de lezer informatie om eventuele vergelijkingen te trekken met andere settings om te beoordelen of resultaten

---

<sup>12</sup> De topiclijst is terug te vinden als bijlage 1.

generaliseerbaar zijn. Middels onderzoek en analyse kunnen onderzoekers uitspraken doen over een situatie. Als het onderzoek volgens voorwaarden is uitgevoerd en geldig wordt verklaard, kunnen de resultaten worden gegeneraliseerd voor een grotere groep of een andere setting (Verhoeven, 2014). De variatie van de geïnccludeerde respondenten zijn representatief voor de populatie verpleegkundigen binnen het cluster Angst- en Stemmingsstoornissen van het UCP en hebben diverse ervaringen, belevingen en inzichten laten zien. Elke afdeling heeft een eigen patiëntengroep, structuur en cultuur.

Van alle interviews is een geluidsopname gemaakt en het gesprek is woordelijk uitgetypt. De onderzoekers hebben na elk interview met elkaar gereflecteerd op het verloop van het interview, waarbij erop gelet is of alle topics voldoende besproken zijn en of de interviewer voldoende vaardigheden had getoond in het stellen van open vragen. Hierbij werd een open houding aangenomen om zoveel mogelijk vooringenomen standpunten uit de weg te gaan.

Vervolgens is er tijdens het proces van coderen en analyseren intensief met elkaar samengewerkt. De data zijn zowel gezamenlijk als onafhankelijk van elkaar beoordeeld en geanalyseerd. Door middels van argumenteren en discussiëren werd door de onderzoekers getoetst of interpretaties van gespreksfragmenten op één lijn zaten en zo mogelijk reproduceerbaar waren. Echter criteria als reproduceerbaarheid zijn niet echt geschikt voor het beoordelen van kwalitatief onderzoek (Cox et al., 2012). Generaliseerbaarheid naar andere afdelingen of instellingen is beperkt, ervaringen, sociale context en interacties die voortkomen uit kwalitatief onderzoek zijn divers en veranderlijk (Cox et al., 2012).

De onderzoekers zijn zich bewust geweest van het belang van een juiste balans tussen betrokkenheid en distantie, waardoor de onderzoekers nieuwsgierigheid en verbazing hebben vastgehouden (Cox, 2012). Tevens kon er sprake zijn van een test-effect, de respondenten waren op de hoogte van het onderzoek, waardoor antwoorden mogelijk beïnvloed zijn (Verhoeven, 2014). Ook bemerkten de onderzoekers een toename van bewustwording en aandacht tijdens het interview, waardoor de respons zich ook ontwikkelde tijdens het gesprek. Het bewustzijn van de verpleegkundige over het bespreken van ouderschap ontwikkelde zich tijdens het gesprek. Eén van de verpleegkundigen vertelde bijvoorbeeld geen aandacht voor ouderschap te hebben en zich richtte vooral op de angstklachten van patiënt, later in het gesprek benadrukte deze verpleegkundige dat het toch wel van belang was.

### 2.1.2 Interviewstructuur

De onderzoekers hebben zich voorbereid op het afnemen van de semigestructureerde interviews door kennis te nemen van en door het oefenen van interviewvaardigheden. Zo ook ten aanzien van het beschikken over vaardigheden voor het formuleren van vragen en het doorvragen (Baarda & Hulst, 2017).

In aanloop naar de interviews zijn respondenten geworven door het verstrekken van schriftelijke en mondelinge informatie over het onderwerp en het interview door de projectleider van het KOPP-project. De projectleider bezocht het multidisciplinair overleg van de verschillende teams, waarbij informatie werd gegeven over de activiteiten van het KOPP-project, tevens werden er respondenten geworven. De onderzoekers beschikten daardoor over voldoende respondenten, echter om tot de gewenste verdeling te komen van de onderzoekspopulatie zijn er tevens respondenten via de mail en middels een persoonlijke benadering geworven. De steekproef vond select plaats omdat de respondenten zichzelf hadden aangemeld, dan wel persoonlijk zijn benaderd voor deelname aan het interview.

De interviewstructuur is opgebouwd volgens de handleiding Basisboek Interviewen (Baarda & Hulst, 2017). Respondenten werden geïnformeerd over het doel en de wijze van uitvoering

van het onderzoek. Voorafgaand aan het interview werd dit nog eens besproken aan de hand van een informatiebrief voor de respondent. De respondenten gaven toestemming voor deelname aan het onderzoek, door middel van het ondertekenen van een toestemmingsformulier, waarbij opgemerkt werd dat het interview te allen tijde stopgezet kon worden. De respondenten werden ingelicht over het vertrouwelijk verwerken van de gegevens, persoonsgegevens werden geanonimiseerd. De respondenten kregen uitleg over de structuur van het interview, met telkens een introductie en samenvatting per topic.

In eerste instantie zouden twee interviews afgenomen worden als proefinterviews, waarbij de topics en subtopics werden getest op knelpunten. Echter na het eerste interview waren de bevindingen positief, er waren geen aanpassingen nodig. Het proefinterview gaf duidelijke antwoorden op de vraagstellingen van het onderzoek. Het proefinterview werd niet meegenomen in het onderzoek. Na de eerste twee interviews door beide onderzoekers zijn de bevindingen van de interviews en de topiclijst nogmaals gescreend, door de transcripten te coderen volgens de eerste stap van Verhoeven (Verhoeven, 2014). De topiclijst, met subtopics leverde inhoudelijke informatie op voor het beantwoorden van de vraagstellingen, zodat de topiclijst kon worden gezien als valide en betrouwbaar.

Alle interviews zijn getranscribeerd en nabesproken door de onderzoekers. Aan de respondenten is gevraagd om een reactie te geven op het interview door te vragen hoe de respondent het interview had ervaren. Vervolgens werden de ervaringen van de onderzoekers gedeeld, met een reflectie op het verloop van het interview. De betrouwbaarheid van het onderzoek is verhoogd doordat de onderzoekers kritisch hebben teruggekeken naar het verloop van de interviews en elkaar hierover hebben bevraagd. Iedere respondent ontving een verslag van het interview, met de vraag of de respondent zich herkende in het interview en of er aanvullingen nodig waren, dit heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid. Indien nodig zijn er aanvullende vragen gesteld. Eventuele correcties en aanvullende informatie is vervolgens vastgelegd in de verslagen voor de respondenten.

### **2.1.3 De onderzoekspopulatie en steekproef**

Er is gekozen voor een steekproef bestaande uit zes HBO opgeleide verpleegkundigen, drie mannen, drie vrouwen, variërend in leeftijd, variërend in werkervaring en variërend binnen alle vier afdelingen van het cluster. Het generaliseren van de resultaten van het onderzoek is beperkt, zoals beschreven is in paragraaf 2.1.1. Dit zal nogmaals belicht bij de beschrijving van de resultaten in de discussie. Bij kwalitatief onderzoek bestaat geen relevantie voor de omvang van de steekproef omdat de populatie klein is (Verhoeven, 2014). Tussen elke twee interviews is beoordeeld of er sprake was van datasaturatie, dat wil zeggen of er al een verzadigingspunt van informatieverzameling had plaatsgevonden, wanneer er geen relevante aanvullende informatie meer verkregen wordt is er sprake van datasaturatie (Verhoeven, 2014).

Inclusiecriteria zijn geformuleerd op basis van verschillende ervaringen die verpleegkundigen hebben bij het bespreken van ouderschap, binnen verschillende afdelingen, hetgeen relevant is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Dit om zoveel mogelijk variatie in ervaringen te verzamelen over het gehele cluster. De data is representatief omdat de respondenten HBO opgeleid zijn. Verpleegkundig specialisten, stagiaires, verpleegkundigen uit de pooldienst en nachtverpleegkundigen werden geëxcludeerd.

## **2.2 Het analyseren van data**

Voor het analyseren van de (kwalitatieve) data is gekozen voor het stappenplan van Verhoeven (2014). Gezien het relatief kleine aantal van zes interviews is er niet gekozen voor een digitale analysemethode, maar voor het 'handmatig' verwerken van de gegevens

volgens het stappenplan van Verhoeven (2014), een methode voor het stapsgewijs handmatig analyseren van kwalitatieve data. Deze methode wordt gebruikt binnen hogescholen en universiteiten (Verhoeven, 2014). Het analyseren is een iteratief proces: verzamelen en analyseren van de data wisselen elkaar af (Verhoeven, 2014). De stappen worden als volgt beschreven:

Stap 1, 2 en 3 betreft het lezen en uiteenrafelen van de interviews: alle interviews worden verkend en verdeeld in gespreksfragmenten die kunnen worden samengevat met een begrip, een code.

Voor stap 4, 5 zijn alle begrippen gegroepeerd en tevens zijn er nieuwe subgroepen aangemaakt voor een juiste ordening. Hierdoor wordt er inzicht verkregen in hiërarchie, wat is het belangrijkste en wat volgt daarop.

Bij stap 6, 7 en 8, het axiaal coderen, zijn er verbanden gelegd tussen de codes/topics. In de fragmenten die met elkaar geassocieerd of gecombineerd kunnen worden is een hiërarchie aangebracht en samengevoegd in een diagram. Het diagram wordt in verband gebracht met de probleemstelling en vraagstelling<sup>13</sup>.

#### Op toepassingsniveau is er als volgt gewerkt:

Na het afnemen van de eerste twee interviews zijn de onderzoekers gestart met het transcriberen van het interview en het coderen van gesproken fragmenten. Dat wil zeggen, de tekst van het interview is woordelijk uitgetypt en vervolgens is de tekst in kleine fragmenten uiteengerafeld. De tekst is geïnterpreteerd met een positieve of negatieve waarde en onder een code geplaatst. Beide onderzoekers zijn hier afzonderlijk experimenteel mee omgegaan, de ene onderzoeker hanteerde de stappen van Verhoeven en verzamelde en selecteerde de fragmenten aan de hand van specifiek ontworpen codes. De andere onderzoeker had dit gedaan aan de hand van de (sub)topics van het interviewschema. Vervolgens zijn de ervaringen en uitkomsten besproken en geëvalueerd, de resultaten waren nogal verschillend en onduidelijk. Uiteindelijk is er in overleg met de docenten, ervoor gekozen om de (sub)topics te gebruiken voor de codering. Deze begrippen waren voor beide onderzoekers eenduidig en waren gerelateerd aan de context van de vraagstelling. De gemaakte keuzes tijdens de data-analyse zijn gemaakt, zijn beschreven in het logboek<sup>14</sup>.

Vervolgens is deze stap herhaald, er werd opnieuw gecodeerd en nogmaals werd de dataverzameling en het coderen besproken door beide onderzoekers. Het beargumenteren, het discussiëren en het beoordelen van de data-analyse in een vroeg stadium, verhoogt de betrouwbaarheid. En indien nodig kon er bijstelling plaatsvinden. Het coderen aan de hand van de vastgestelde (sup-)topics bood duidelijke handvatten voor de te volgen werkwijze. Vervolgens zijn de volgende twee interviews getranscribeerd en gecodeerd. Aan de hand van de codering zijn alle fragmenten van de eerste vier interviews samengebracht in één document. Elke respondent had een eigen kleur, zodat de fragmenten herleidbaar bleven naar de respondent.

Wederom vond een analyse plaats van het interpreteren van de fragmenten. Hiervoor zijn alle fragmenten in uitgeknipte vorm uitgelegd op een tafel en beoordeeld; onder elke (sub)topic werden positieve, negatieve of ietwat onduidelijke uitspraken gesorteerd en in rijen uitgelegd. Tijdens het uitleggen op tafel werden de fragmenten beoordeeld op relevantie met de topic en geïnterpreteerd op waarde. Deze werkwijze werd als zeer waardevol ervaren, omdat inzichtelijk werd welke ervaringen een positieve of negatieve lading gaf aan de

---

<sup>13</sup> zie bijlage 3

<sup>14</sup> zie bijlage 4

ervaring. Tevens werden mogelijke verbanden en associaties zichtbaar, die middels mindmapping uitgetekend zijn. Ook werd de datasaturatie bepaald, waar op dat moment nog geen sprake van was.

Opnieuw zijn er twee interviews afgenomen, getranscribeerd en gecodeerd, zoals hiervoor beschreven. Wederom zijn de fragmenten gezamenlijk beoordeeld. Twee onderzoekers van de projectgroep hebben meegekeken naar het analyseproces, waarbij we feedback kregen om de ordening en interpretaties nog eens kritisch te beoordelen en met name te letten op het indelen van een fragment in een bevorderende of belemmerende factor, gezien vanuit het gedrag van de respondent 'Welk gedrag neem je waar?'. De onderzoekers wezen ons op het gevaar om gegevens zelf te interpreteren en er een kleur aan geven. De woorden positief en negatief, zoals de methode van Verhoeven voorstaat, lijken een wat gekleurd oordeel te geven. Ook adviseerden zij om er nog twee externe personen (interbeoordelaars) naar te laten kijken om te beoordelen of de interpretaties klopten. Tevens kregen we het advies om de topics te operationaliseren, zodat duidelijk omschreven is wat er bedoeld wordt met de begrippen<sup>15</sup>. De onderzoekers hebben mogelijkheden voor intercollegiale toetsing overwogen en besproken met de docenten, waarbij gesteld werd dat de regelmatige gesprekken en feedback momenten inzicht had gegeven in de gehanteerde werkwijze.

Nogmaals zijn alle fragmenten van de zes interviews door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld en gecodeerd, waarbij het perspectief van de verpleegkundige door de onderzoekers centraal is gesteld. Wederom zijn de gegevens naast elkaar gezet en vergeleken en onduidelijkheden zijn besproken, waarbij er keuzes zijn gemaakt in de context van het interview. In de grote lijn kwam dit met elkaar overeen. De conclusie was dat er enkele uitzonderingen werden gezien, maar dat er consensus was over de ordening van de fragmenten. Nogmaals werd de datasaturatie beoordeeld, waarbij geconcludeerd werd dat ieder interview uniek was, maar dat er op de hoofdlijnen soortgelijke uitspraken werden gezien.

Vervolgens kon gestart worden met stap vier van Verhoeven, het axiaal coderen. Experimenteel en onafhankelijk van elkaar zijn alle fragmenten gegroepeerd, in groepen en subgroepen van uitspraken die bij elkaar horen. Het doel was om een effectieve werkwijze te vinden. Fragmenten werden gelabeld, zoals bijvoorbeeld een label gespreksvaardigheden, met een subgroep voor gespreksvaardigheden om barrières te doorbreken. En door het maken van een hiërarchie ontstond er een andere structuur, met gegroepeerde resultaten. De verbanden zijn door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar in een model uitgewerkt door middel van een diagram en een mindmap<sup>16</sup>.

Vervolgens zijn de bevindingen en de werkwijze besproken met de docenten. De nieuwe structuur die was ontstaan, aan de hand van ontworpen labels sloot niet geheel aan bij de vraag en deelvragen, waardoor er geen logisch verband zichtbaar werd. Opnieuw is de stap van het axiaal coderen gezet, waarbij de resultaten gekoppeld bleven aan de topics, omdat deze structuur duidelijker zou leiden naar de vraagstellingen. Vervolgens konden de resultaten uitgeschreven worden.

### 2.3 Ethische aspecten van het onderzoek

De medisch-ethisch toetsingscommissie heeft in augustus 2017 aangegeven dat dit onderzoek niet WMO plichtig is. Dit onderzoek richt zich op interviews met verpleegkundigen. Er wordt geen persoonlijke informatie gebruikt voor dit onderzoek. De gegevens van de respondenten zijn vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt. In

---

<sup>15</sup> zie bijlage 1

<sup>16</sup> zie bijlage 3

verband met hun privacy is een overzicht met de verdeling van de steekproef niet in het verslag opgenomen, maar deze is wel bekend bij de projectgroep. De studenten hebben een geheimhoudingsplicht met betrekking tot informatie die in de context van het UCP wordt verstrekt. De interviews zijn opgenomen met audioapparatuur. Na het transcriberen zijn de opnames verwijderd. De data zijn anoniem verwerkt. Voor de start van het interview zijn respondenten ingelicht over de werkwijze en respondenten hebben een toestemmingsformulier getekend voor akkoord.

Indien het onderzoeksverslag ruim voldoende beoordeeld wordt, zullen de studenten de opdrachtgever toestemming vragen voor publicatie van het onderzoeksverslag op de 'HBO-kennisbank', de openbare repository van het UMCG en in vakliteratuur. Door de openbare toegankelijkheid kunnen ook anderen profiteren van opzet, uitvoering en resultaten van onderzoek. Wensen van de opdrachtgever omtrent vertrouwelijkheid zullen worden gerespecteerd.



## Hoofdstuk 3      Onderzoeksresultaten

### Inleiding

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zijn de resultaten geordend in de richting van de vraagstelling en deelvragen. De hoofdvraag richtte zich op de ervaringen van verpleegkundigen bij het aandacht geven aan en het bespreken van ouderschap met patiënten met een psychische aandoening. In de interviews kwam aan de orde of en wanneer verpleegkundigen het ouderschap ter sprake brachten, welke competenties zij gebruikten om het ouderschap te bespreken en hoe zij omgingen met mogelijke weerstand. Ook gaven de verpleegkundigen reacties weer van ouders wanneer het ouderschap werd aangekaart en welke invloed dit had op de behandelrelatie. Tevens kwam in de gesprekken naar voren gekomen hoe het bespreken van ouderschap paste binnen de verpleegkundige discipline en hoe dit vorm kreeg in het verpleegkundig proces in samenwerking met andere disciplines. Bevorderende en belemmerende factoren werden hierbij in beeld gebracht. De citaten van verpleegkundigen worden cursief weergegeven.

### 3.1. Ervaringen bij het gesprek over ouderschap

De meeste verpleegkundigen brachten het ouderschap ter sprake. Zij deden dit door interesse te tonen en te vragen hoe het met de kinderen ging. Enkele verpleegkundigen vroegen door en informeerden naar de leeftijd, hoe de kinderen heetten en hoe het thuis ging en soms werd gevraagd of er problemen waren *'ik vraag dat bij de intake, of er kinderen zijn, hoe oud ze zijn, we vragen ook altijd of er problemen zijn (R7)'* en *'ik vraag bijna altijd hoe het thuis gaat met de kinderen en houdt daar contact over (R4)'*. Het ouderschap werd niet altijd besproken. De verpleegkundige haalde de informatie dan uit het dossier of vroeg er niet specifiek over door *'ik vraag eigenlijk altijd hoe het met de kinderen gaat, maar dit kan ook te vluchtig zijn, waarbij er niet wordt doorgevraagd (R2)'*. Enkele verpleegkundigen gaven aan dat de vertrouwensrelatie als basis diende alvorens het ouderschap besproken kon worden. Eén van de verpleegkundigen vertelde dat zij tijdens het gesprek zocht naar openingen om het over de kinderen te hebben *'als patiënt niet veel vertelt, dan vraag ik hoe het op school gaat en of ze dingen samendoen. Openingen zoeken, het onderwerp terug laten komen en als er dan een opening is er dan meer op ingaan (R3)'*. En soms was het onduidelijk welke discipline vroeg naar het ouderschap *'ik weet niet of dit vanzelfsprekend is, het is niet duidelijk wie hiernaar vraagt (R2)'*. Eén van de verpleegkundigen, die nog maar kort op de afdeling werkte vertelde dat *hij zoekende is: 'ik heb het aangehaald, maar ja, om echt er doorheen te durven prikken, is wel lastig (R1)'*.

#### 3.1.1 Bewustwording

Enkele verpleegkundigen hadden aandacht gekregen voor KOPP problematiek door de informatie die tijdens het multidisciplinair overleg was gedeeld. Eén van de verpleegkundigen vertelde: *'er moet geïnvesteerd worden in voorlichting. Voor ouders is het belangrijk te weten dat het onderwerp KOPP wordt behandeld en dat dit urgent is. En bij verpleegkundigen moet dit meer in het achterhoofd zitten en dat ze het onderwerp altijd meenemen in gesprekken (R1)'*. Twee van de verpleegkundigen hadden besproken met patiënt hoe het gezin omging met de dwangklachten en *'of het gezin het gemakkelijker maakt voor de patiënt'*, verpleegkundige dacht er minder aan wat de klachten met kinderen deden *'misschien wel meer met de patiënt (R3)'*. Een andere verpleegkundige vertelde dat nu ze zelf kinderen had gekregen, ze nog beter beseft hoe belangrijk het is dat ouderschap aan de orde komt. Weer een andere verpleegkundige vertelde dat zij op de hoogte was van het feit dat kinderen ook een groot risico lopen om zelf een angst- of stemmingsstoornis ontwikkelen *'preventie is daarom belangrijk, los van het feit dat ze de biologische component niet weg kan nemen'*. Ze

vertelde ook dat naasten het risico lopen om een stemmingsstoornis te ontwikkelen (R7). Enkele verpleegkundigen gaven aan dat zij het ouderschap bespraken om de bewustwording van mogelijke problemen te prikkelen *'eerst openleggen en hierover na te laten denken: hoe heb je dat verteld? Hoe leg je zoiets uit?' (R3)*. Een andere verpleegkundige zag het als een preventieve interventie dat de ouder aan het kind kon uitleggen wat er aan de hand was *'door antwoord te geven op vragen of door uitleg te geven (R2)*'.

### 3.1.2 Weerstand

Soms was er sprake van weerstand bij ouders *'dat mensen heel erg bang zijn, dat we ons gaan bemoeien met de opvoeding, of dat mensen denken dat ze het niet goed doen (R7)*. Wanneer het contact minder vertrouwd was konden *'patiënten wantrouwend zijn en bang zijn dat er een melding wordt gedaan aan het AMK of dat ze zeggenschap kwijtraken (R4)*'. Ook kon het zijn dat de ouder zich niet bewust was van mogelijke problemen *'mensen denken, ik heb wel een depressie, maar daar heeft de rest geen last van'* of *'ik denk dat ouders vaak denken dat het normaal is, dat het wel goed met ze gaat, maar hoe gaat het nu echt met ze? (R7)*'

### 3.1.3 Het doorbreken van weerstand

Eén van de verpleegkundigen had de opleiding tot SPV gedaan en had ruime werkervaring. Hij vertelde dat hij het belangrijk vond om een (langdurige) zorgrelatie aan te gaan, waarbij hij contact maakte vanuit interesse en oprecht meekeek naar het leven van de patiënt en naasten *'en daar horen ook de kinderen bij'* en vertelde dat dit erg gewaardeerd werd door patiënt en naasten (R4). Factoren als *'aandacht hebben voor schroom en schaamte, empathie tonen en uitleg geven'* helpen bij het doorbreken van weerstand (R4). Eén van de verpleegkundigen vertelde hoe zij weerstand bemerkte, *'het afhouden van het gesprek over de kinderen maakt mij achterdochtig'*, en hoe zij vervolgens uitleg gaf aan de ouder: *'dat zij met de ouder wil meekijken en waar nodig handvatten wil bieden (R7)*'. Een verpleegkundige vertelde op een open en geïnteresseerde manier door te vragen *'dus vooral vragen stellen, de patiënt zelf het verhaal laten doen en zelf met interventies of oplossingen te komen*. Hij vertelde dat het soms nodig was om heel expliciet door te vragen en geen genoegen te nemen met een kort antwoord, *'dat vraagt wel bij heel veel dingen doorvragen, hoe zit het dan? (R4)*'. *'Je bevraagt het heel erg en signaleert 'goh er komt niks, hoe kan dat? Ik zie dit of dit, dan ga je spiegelen, hoe ziet het er thuis dan uit? (R7)*'. Een verpleegkundige vertelde dat hij gebruik maakte van motiverende gespreksvoering of schaalvragen (R4). Een andere verpleegkundige maakte soms gebruik van confrontatie *'hier zijn mensen al zo ver uit hun depressie, dat mensen goed met ons kunnen communiceren en daar ook een antwoord op hebben, dan confronteer je ze daar mee (R7)*'. Enkele verpleegkundigen gaven aan dat ze het lastig vonden om met patiënten over het ouderschap te praten; de een vond het een kwetsbaar onderwerp (R1) en de ander wist niet goed waar zij iets mee moest *'waar moet ik op letten, wat zijn precies de consequenties voor de kinderen? (R3)*'. Een verpleegkundige vertelde: *'nu ik terugkijk ben ik daar zelf ook debet aan geweest, ik denk, ik was toen nog jong en onervaren, je komt net van school en dan zie je dat niet (R7)*'. Een andere verpleegkundige vertelde ervaring en kennis met KOPP te hebben opgedaan tijdens werkzaamheden bij een andere instelling en gaf aan: *'voelt zich verbonden en vindt dit een punt van zorg, waarbij inschattingsvermogen, een stukje gevoel of ervaring een rol spelen (R2)*'.

### 3.1.4 Reacties van ouders

Soms kon het zijn dat patiënten ernstige klachten ervoeren van de depressie en *'diep in de depressie zitten'*, waardoor ze geen antwoorden konden geven op vragen over de kinderen *'dan moet je de partner inschakelen (R7)*'. Eén van de verpleegkundigen betrok altijd

naasten bij de behandeling *'die heteroanamnese zoals dat met een mooi woord genoemd wordt is erg belangrijk, dus dat je niet alleen van de persoon, de patiënt zelf hoort hoe het gaat, maar dat je ook van de naasten hoort of het inderdaad verantwoord is, veilig is en goed blijft gaan thuis, eventueel ook met kinderen'* en *'bij ernstige depressie of manie kunnen mensen ook psychotisch zijn en achterdocht hebben, dan is het fijn als er contact met naasten is (R4)'*. Een andere verpleegkundige vertelde *'gaat het echt zo goed als mensen zeggen? We komen niet bij mensen thuis, dat blijft natuurlijk altijd, nou ja je moet af gaan op ... en daarom is de partner ook wel belangrijk (R7)'*.

Met betrekking tot de behandelrelatie vertelde een verpleegkundige dat *'ouders het als prettig ervaren als iemand meedenkt over de kinderen, als ouders er niet over praten spelen er waarschijnlijk wel problemen (R2)'*. Een andere verpleegkundige vertelde *'het feit dat je meer naast mensen staat, dat is al genoeg en natuurlijk geeft het verdieping, je weet veel over de mensen, het geeft een band (R7)'*. En voor de kinderen *'het geeft winst voor kinderen om erover te praten op hun eigen manier. Aandacht geven, niet geheimzinnig doen en er geen eigen interpretatie op na houden (R4)'*.

## 3.2 Verpleegkundige relevantie

### 3.2.1 Het verpleegproces

De verpleegkundige met werkervaring als KOPP functionaris bij een eerdere werkgever, vertelde *'dat een opname altijd de gezinssituatie verstoord en tijdens het gesprek over ouderschap kunnen er problemen gesignaleerd worden (R2)'*. De verpleegkundige vertelde tevens dat *'hij dicht bij de patiënt staat en een belangrijke gesprekspartner is en een belangrijke rol speelt in de bewustwording van gevolgen van de aandoening op de sociale omgeving, hij kan ouders voorlichting geven (R2)'*. Dit werd ook genoemd door een andere verpleegkundige *'eerste stap is het bespreken van bewustwording (R4)'*. Weer een andere verpleegkundige noemde de preventieve functie van het bespreken van ouderschap: *'het komt steeds meer naar voren en ik vind ook dat we dat moeten doen vanuit preventie, dit is de toekomst, de kinderen moeten gewoon aandacht hebben. Verpleegkundigen hebben een signalerende functie en houden een vinger aan de pols, zij kunnen voorlichting geven en doorverwijzen (R7)'*. Een verpleegkundige vertelde gemotiveerd te zijn om het ouderschap te bespreken omdat hij weet *'dat kinderen van mensen met dwangklachten en fobieën veel kans hebben op dezelfde klachten (R6)'*. Enkele verpleegkundigen vertelden *'dat het van belang is om te weten welke zorgen patiënt heeft (R1)'* en *'ook om te kijken wat voor effect dat heeft op de persoon die wordt behandeld (R3)'*. Over het algemeen kreeg het ouderschap of de gezinssituatie geen doel in het verpleegplan, alleen bij concrete problemen *'als in de relatie tot de kinderen een doel wordt afgesproken, dan wordt dit opgenomen in het plan (R3)'*. De meeste verpleegkundigen werkten met een algemeen behandelplan, een psychologisch dossier of een medisch dossier; de medische diagnose en daaruit voortvloeiende behandelingen stonden centraal *'dus dat is leidend, daar werk ik uit, we maken eigenlijk geen verpleegplan (R6)'* of *'de verpleegkundige maakt een behandelplan in algemene zin, waarbinnen samengewerkt wordt met meerdere disciplines (R4)'*. Voor het uitwerken van de anamnese werd gebruik gemaakt van informatie uit het intakegesprek en/of uit het medisch dossier. R1 vertelde hierover: *'je hebt het hele behandelplan, dit wordt opgesteld en hiervan uit probeer je een verpleegplan te maken'* en R2 gaf aan dat *'een verpleegkundige anamnese later plaats vindt'*. De meeste verpleegkundigen gaven informatie en voorlichting over de psychische aandoening en het ouderschap, waarbij een van de verpleegkundigen een signaleringsplan met patiënt en naasten maakte *'dit helpt bij bewustwording van onregelingen en het nemen van stappen ter verbetering (R4)'*. De verpleegkundige vertelde dat *'het signaleringsplan helpt bij ondersteuning en het versterken van zelfmanagement (R4)'*.

Als er problemen met betrekking tot ouderschap werden gesignaleerd dan zou een protocol of werkbeschrijving handvatten kunnen bieden voor een taakverdeling en afvinken van taken (R2). Dit speelde ook bij een andere verpleegkundige. Zij gaf aan dat er niet specifiek gevraagd werd naar kinderen *'meer in het algemeen een check'* en *'als iemand voor behandeling komt dan ben ik in eerste instantie gericht op de klachten en niet met het gezin'*. Ook noemde zij: *'het heeft prioriteit, maar op dat moment hebben de opnameproblemen een hogere prioriteit en ik weet niet goed waar ik nu iets mee moet doen, het is nog een beetje onduidelijk (R3)'*. Een andere verpleegkundige had de beschikking over een vragenlijst 'thuissituatie', die bij start van de behandeling afgenomen werd. Echter *'het afnemen van de vragenlijst zit er routinematig niet goed in' (R7)'*. Ook kon de factor tijd soms bepalend zijn *'het uur wat staat voor een gesprek met naasten is vaak te kort'* aldus verpleegkundige (R4).

### 3.2.2 Vaardigheden en kennis

Bijna alle verpleegkundigen gaven aan dat ervaring, trainingen en/of aanvullende opleidingen competenties kan vergroten *'ik heb dit geleerd uit ervaring en training, ik lees er veel over en hou vakliteratuur bij (R4)'*. Een verpleegkundige vertelde dat nu ze op de hoogte was van het feit dat kinderen een groot risico lopen om zelf een angst- of stemmingsstoornis te ontwikkelen *'preventie is daarom belangrijk, los van het feit dat ze de biologische component niet weg kan nemen (R7)'*. Een andere verpleegkundige vertelde dat ze beschikte over competenties, maar behoefte had aan kennis en achtergrondinformatie over KOPP: *'dan vind ik het gemakkelijker om daar het gesprek over te hebben'*. Wanneer ze kennis had over mogelijke consequenties voor kinderen, wist ze beter waar ze op moest letten en dan kon zij daar specifiek naar vragen (R3). Enkele verpleegkundigen gaven aan dat een klinische les bewustwording, kennis en vaardigheden kan vergroten (R1,2,3).

### 3.2.3 Samenwerking met andere disciplines

Het ochtendrapport, de overdrachten en het multidisciplinair overleg zijn vaste momenten waar patiënten besproken werden: *'iedere ochtend zitten we bij elkaar om alle patiënten even kort te bespreken, dan kunnen we elkaar tips geven, leer je van elkaar (R3)'*. Bij de opname afdelingen was de maatschappelijk werker nauw betrokken *'van haar krijgen we input als er sprake is van aandachtspunten (R1,2)'*. Eén van de verpleegkundigen gaf aan steun te ervaren van de maatschappelijk werker *'hetgeen het ook makkelijker maakt om het onderwerp van ouderschap door te schuiven, zij heeft meer expertise en kent organisaties (R1)'*. Verpleegkundige R2 gaf aan *'dat zorgen altijd multidisciplinair gedeeld worden'*. Bij de dagbehandeling stelde de verpleegkundige samen met de behandelaar doelen op. Op de polikliniek gaf de verpleegkundige zelf vorm aan de behandeling, maar altijd in samenwerking met de psychiater als hoofdbehandelaar. Deze verpleegkundige werkte met een behandelplan in algemene zin, keek of er andere disciplines betrokken moesten worden en coördineerde de multidisciplinaire behandeling. Zorgverleners profiteerden van elkaars deskundigheid (R4). *'Als de ouderrol tekortschiet en er problemen worden verwacht dan initieert verpleegkundige actie, in de vorm van een gesprek of contact met de behandelaar (R6)'*. Een andere verpleegkundige vertelde dat zij signaleert, maar niet overal iets mee kon *'dan moet je doorverwijzen, dat is een zorgplicht (R7)'*. Eén van de verpleegkundigen vertelde samen met de maatschappelijk werker tijdens de omstandersavonden voorlichting te geven aan naasten (R7).

## 3.3 Suggesties ter verbetering

### 3.3.1 Welke suggesties bieden verpleegkundigen om het ouderschap te bespreken

De meeste verpleegkundigen (R1,2,3,4,7) vertelden dat zij ervaren dat een vaste structuur voor het bespreken van ouderschap momenteel ontbrak. Er werd gewerkt met algemeen

behandelplan of medisch dossier, waarin het ouderschap en het welzijn van kinderen niet structureel werd opgenomen. Het veranderen hiervan werd aangegeven als verbeterpunt. Verpleegkundige R2 gaf hierbij aan dat: *'het bespreken van ouderschap belangrijk is, dat het een onderdeel wordt van je workflow als verpleegkundige'*. Of dat tijdens de anamnese aandacht werd besteed aan de thuissituatie zodat de verpleegkundige de actuele thuissituatie in beeld had en hierop in kon spelen *'misschien is het wel goed dat de arts bij de opname vraagt of er kinderen zijn, dan kun je dit standaard terug laten komen in het verpleegplan (R1)'*. Verpleegkundige R2 vertelde dat het werken volgens een protocol inzicht geeft *'van de taakverdeling en het afvinken van taken'*. Ook het maken van een standaard doel voor het bespreken van ouderschap zou wenselijk zijn: *'afhankelijk hoeveel de patiënt hierover vertelt dus is het wel prettig als dit een vast bespreekpunt is (R3)'*. Tevens noemden een aantal verpleegkundigen het belang van het betrekken van de partner: *'je moet afgaan op wat de patiënt vertelt en daarom is de partner ook wel belangrijk (R1,4,7)'* Ook het werken met een signaleringsplan werd genoemd als vaste structuur om het ouderschap te bespreken (R4).

### 3.3.2 Welke suggesties bieden verpleegkundigen voor het vergroten van kennis

Bijna alle verpleegkundigen gaven aan dat ervaring, training en of aanvullende opleiding competenties voor het bespreken van ouderschap kan vergroten (R2,3,4,6,7). Verpleegkundigen R1 en 2 gaven aan dat zij nu weinig wisten over de inhoud van de ouder informatiebijeenkomst. Een klinische les zou bewustwording, kennis en vaardigheden kunnen vergroten (R1,2,3) en een andere verpleegkundige vertelde vakliteratuur bij te houden (R4). Een verpleegkundige gaf aan behoefte te hebben aan ondersteunend materiaal, zoals *'een KOPP-map met foldermateriaal op de afdeling, met folders over diverse psychische aandoeningen, leeftijd gericht voor ouders en kinderen', deze informatie kan ook op de website worden geplaatst'* en *'het faciliteren van gesprekken met ouders en kinderen in een kindvriendelijk familiekamer (R2)'*. Een verpleegkundige vertelde kennis van KOPP te hebben en stelde zich beschikbaar als aandachtsvelder voor de afdeling (R2) zodat kennis gedeeld kan worden en de aandacht voor KOPP een vaste structuur zou krijgen.

## 3.4 Ouder informatiebijeenkomsten

Alle verpleegkundigen gaven aan geïnformeerd te zijn over het bestaan van de informatiebijeenkomsten voor ouders met psychische aandoeningen.

### 3.4.1 Wat werkt wel/niet bij het motiveren van ouders

Een verpleegkundige gaf bij vermoeden van problemen rond het ouderschap een uitnodigingsbrief aan de patiënt (R4). Door verpleegkundige R1 werd genoemd dat het *'wellicht een goed idee is om deze uitnodiging ook via de post naar de echtgenoot te sturen want dan blijft het niet liggen'* en *'de ervaring leert dat de naasten heel geïnteresseerd zijn in dit onderwerp'*. Verpleegkundige R4 gaf uitleg over de bijeenkomst en motiveerde de patiënt deze te bezoeken *'de informatie die de patiënt en naasten kunnen krijgen, dat ze in contact komen met lotgenoten en dat het goed is inzichten te vergroten'*. Een verpleegkundige meldde *'dat deze bijeenkomst handvatten biedt voor ouders, dat de sfeer niet veroordelend is (R7)'*. Een verpleegkundige gaf aan *'ik zou dit geen verplichtend karakter geven, ouders moeten vrij zijn in hun keuze (R6)'*. Deze verpleegkundige kon niet zeggen dat *'als ouders voldoende zijn ingelicht, zij hier wellicht beter een keuze in kunnen maken (R6)'*. Een aantal verpleegkundigen vertelden nog geen patiënten gemotiveerd te hebben om de bijeenkomst bij te wonen omdat aandacht voor bespreken van ouderschap ontbrak (R1,3). De verpleegkundige zou dit wel doen als deze goed was ingelicht; zij besprak deze bijeenkomst wel bij het behandelaanbod (R3). Verpleegkundige R6 besprak de ouder informatieavond

niet met de patiënt *'omdat de focus van de behandeling is gericht op de klachten, zoals smetvrees of fobieën'*.

### **Reacties van ouders**

Een verpleegkundige gaf aan dat hij geen zicht had op welke patiënten de bijeenkomst hadden bezocht (R1). De indruk van deze verpleegkundige was dat patiënten het als spannend ervaren om de ouder informatiebijeenkomst bij te wonen met het idee hier iets te moeten vertellen (R4). *'Schaamte of geringschatting van het probleem kunnen een drempel zijn (R6)'*, evenals *'de ernst van de depressie'*, waardoor patiënten minder open kunnen staan voor informatie, was de indruk van een andere verpleegkundige. Zij gaf tevens aan *'ik kom er wel op terug, zeker als ze bij de ouderavond zijn geweest'* en vertelde dat de reacties van patiënten die de bijeenkomsten hadden bijgewoond positief waren (R7). Het gaf een patiënt een goed gevoel iets te kunnen doen in plaats van toe te kijken en *'iemand met een depressie is lange tijd met zichzelf bezig geweest, dat ouders weer met elkaar in gesprek gaan over de kinderen is vaak nog de enige connectie met elkaar'* en *'ook het lotgenoten contact wordt als goed ervaren (R7)'*. Tevens noemden verpleegkundigen: *'veel patiënten vinden het de moeite waard (R4)'* of *'heel erg positief (R7)'*.

#### **3.4.2 Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen met het KOPP-project**

Verpleegkundigen R2, 3, 4, 7 gaven aan het fijn te vinden nu meer te weten over het KOPP-project. Er was nu meer aandacht voor ouders en de impact van de aandoening op kinderen. Verpleegkundige R2 vertelde het belangrijk te vinden dat het thema KOPP breed gedragen werd en dat men bezig was de ouder informatieavond te promoten. Het filmpje wat gemaakt was *'is erg mooi, duidelijk, hip en sluit goed aan'*.

## Hoofdstuk 4    Discussie

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten weergegeven, waarbij in de literatuur is gezocht naar ondersteuning van of discrepantie met de resultaten. Aan de hand van bestaande literatuur wordt er gekeken naar de betekenis van de ervaringen en het handelen van verpleegkundigen tijdens de dagelijkse praktijkvoering. Bevorderende en belemmerende factoren worden geïntegreerd weergegeven binnen drie hoofdthema's, die bij het gesprek over ouderschap een rol spelen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op ervaringen van verpleegkundigen bij het bespreken van ouderschap. Waarbij in de tweede paragraaf wordt ingegaan op het belang van kennis en ervaring wanneer het gaat om het bespreken van ouderschap. De derde paragraaf richt zich op het verpleegkundig proces en verpleegkundige kaders. Vervolgens worden suggesties ter verbetering besproken en in de laatste paragraaf worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven, met implicaties voor de praktijk.

### 4.1 Het bespreken van ouderschap

#### 4.1.1 Hoe bespreken verpleegkundigen het ouderschap

Uit de interviews is gebleken dat de meeste verpleegkundigen het ouderschap bespreken met patiënten, maar zij ervaren dit ook als een kwetsbaar onderwerp. Hoewel verpleegkundigen hebben aangegeven over gespreksvaardigheden te beschikken geven zij ook gevoelens aan van onzekerheid, waarbij ze balanceren tussen het niet willen schaden van de behandelrelatie en de urgentie van het bespreekbaar maken van mogelijke problemen rond het ouderschap. Het is niet altijd duidelijk bij wie de taak voor het bespreken van het ouderschap ligt en wanneer het gesprek hierover plaats zou moeten vinden. Ook geven zij aan dat ouders de neiging hebben om te vertellen dat het goed gaat en dat hiermee het gesprek afhouden wordt. Deze factoren kunnen het bespreken van het ouderschap belemmeren. Echter verpleegkundigen hebben ook ervaren dat de interesse die getoond wordt voor de kinderen erg gewaardeerd wordt door ouders, dat scheidt een band. Eén van de verpleegkundigen geeft aan begrip te tonen voor de moeilijke situatie van ouders en aandacht te hebben voor schroom- en schaamtegevoelens, dit helpt bij het gesprek. Vanuit empathie en oprechte interesse vraagt de verpleegkundige door, waarbij de patiënt zelf het verhaal vertelt en met mogelijke oplossingen en interventies kan komen. Als het voor de patiënt veilig is dan zal deze ook zelf met vragen komen. Dit biedt opening tot het geven van uitleg, voorlichting en advies.

Wenselaar (2015) beschrijft in haar boek 'Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen' dat het bespreekbaar maken van het functioneren van de ouder *'een vak apart is en weerstand kan opleveren bij zowel de ouder als de hulpverlener'*. *'Het tekortschieten van ouders kan gevoelens van schuld en machteloosheid geven, waarop ouders kunnen reageren met ontkenning of bagatellisering van de leefsituatie van het kind'*. Wenselaar beschrijft dat psychische problemen nadrukkelijk aanwezig kunnen zijn in het hoofd en gedrag van de patiënt en dat deze een heldere kijk op het functioneren als ouder en welzijn van kinderen kan belemmeren. En benadrukt het belang van oplossingsgerichte gespreksvoering, waarbij de samenwerking centraal staat. Het complimenteren van de bereidheid van ouders om de situatie te verbeteren en het meedenken en het aandragen van oplossingen door de ouder kan een positief sneeuwbaaleffect hebben. Daarbij beschrijft Wenselaar het belang om ouders te laten ervaren dat zij ondanks hun ziekte wel degelijk invloed kunnen hebben op het welzijn van hun kinderen.

#### 4.1.2. Ervaring en kennis van verpleegkundigen in het verpleegproces

Uit de interviews blijkt dat ervaring en kennis een grote rol spelen. Dit wordt als volgt gedefinieerd in het Beroepsprofiel Verpleegkundige *'De verpleegkundige leert via formele leertrajecten en dagelijks op de werkplek, bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing'* (V&V 2020, 2012). Wat opvalt is dat enerzijds een deel van de verpleegkundigen aangeeft handvatten te hebben, waar anderen zoekende zijn. Enkele verpleegkundigen hebben aangegeven dat ze niet goed weten wat er van hen verwacht wordt ten aanzien van het bespreken van ouderschap. En om het ouderschap te bespreken hebben verpleegkundigen behoefte aan specifieke kennis over het thema KOPP, zodat zij de ouder gericht kunnen informeren.

De meer ervaren collega's vertellen dat hun competenties zijn vergroot door trainingen, werkervaring en het delen van werkervaringen met collega's en het team. Bewustwording speelt ook een rol. Verpleegkundigen vertellen dat, nu zij informatie hebben gekregen via het KOPP-project, zij meer aandacht hebben gekregen voor risico's die er zijn voor kinderen. De meeste verpleegkundigen weten dat kinderen een groot risico lopen om zelf een angst- of stemmingsstoornis te ontwikkelen en zien dit als een urgent probleem, waar preventie op ingezet moet worden. Tevens hebben zij oog voor de zorgen die patiënten kunnen ervaren over hun kinderen, hetgeen het functioneren en het welzijn van de patiënt kan beïnvloeden.

Deze bevindingen worden ondersteund door Wenselaar (2015). Zij stelt dat falend ouderschap psychische problemen in stand houden, daarom is het essentieel om patiënten te ondersteunen bij het ouderschap.

#### 4.1.3 Het verpleegproces en verpleegkundige kaders

De geïnterviewde verpleegkundigen geven aan dicht bij patiënten te willen staan, waarbij de verpleegkundige communiceert met inlevingsvermogen en respect. Zij geven voorlichting, signaleren, monitoren en verwijzen waar nodig door. De meeste verpleegkundigen werken met een algemeen behandelplan, waar meerdere disciplines mee werken en waarbij de medische diagnose centraal staat. Over het algemeen krijgt de ouderrol of de gezinssituatie geen doel in het behandelplan. Een verpleegkundige anamnese wordt samengesteld uit het intakegesprek en/of uit het medisch dossier of vindt later plaats. Eén verpleegkundige maakt een signaleringsplan met patiënt en naasten, waarin het ouderschap een plaats heeft. Zorgen en knelpunten worden gedeeld in het team. Bij het ochtendrapport en overdrachten zitten meerdere disciplines bij elkaar en kunnen bijzonderheden en ervaringen uitgewisseld worden. Alle verpleegkundigen ervaren de korte lijnen binnen de afdeling met het multidisciplinaire team als positief. Uit de interviews komt naar voren dat de meeste verpleegkundigen vanuit interesse het ouderschap bespreken, zij zien dit als een vanzelfsprekend onderdeel van het contact met patiënt. Echter zij geven ook aan dat gesprekken oppervlakkig kunnen blijven, doordat de ouderrol of de gezinssituatie over het algemeen geen specifieke plaats krijgt in het behandelplan, waarbij doelen kunnen worden gesteld. Het ouderschap komt ter sprake, maar blijft mogelijk onderbelicht, waarbij er niet specifiek wordt doorgevraagd hoe het met de kinderen gaat en/of er ondersteuning nodig is. Enkele verpleegkundigen hebben expliciet aangegeven dat zij het belangrijk vinden om het primaire netwerk te betrekken bij de behandeling én daar horen ook de kinderen bij. Zij leggen uit dat naasten dan geïnformeerd kunnen worden over de behandeling en afspraken. De verpleegkundige kan ook van de andere ouder horen hoe het thuis gaat en naasten kunnen informatie en advies krijgen in het omgaan met de klachten van patiënt. Dat het betrekken van naasten belangrijk is en ook tot de verpleegkundige praktijkvoering hoort wordt hierna duidelijk gemaakt.



Wenselaar (2015) beschrijft in haar boek dat psychiatrische problemen veranderingen meebrengen in het gezinsleven. Aanvankelijk kan dit subtiel zijn, maar later kunnen de problemen een steeds meer centrale plaats innemen binnen het gezin. Hierdoor kunnen de individuele psychiatrische problemen een gezinsprobleem gaan vormen, met een verhoogd risico voor problemen bij het kind. Ze benadrukt hiermee de urgentie van het onderwerp.

Verpleegkundige kaders bieden handvatten bij de dagelijkse zorgverlening waarbij verpleegkundigen het proces van klinisch redeneren volgen. Diagnosen, doelen en interventies kunnen als verpleegkundige verschijnselen worden geïdentificeerd, gedefinieerd, gestandaardiseerd en geclassificeerd (Wilkinson et al., 2013). De verpleegkundige diagnostiek beschrijft zorgproblemen met behulp van verpleegkundige diagnosen (NANDA-classificaties), zoals 'Verstoord gezinsfunctioneren' of 'Tekortschietende ouderlijke zorg'. Deze diagnosen beogen het gezin dat gewoonlijk prima functioneert, maar wordt verstoord door een stress veroorzakende factor. Het kan zijn dat dit het functioneren van het gezin heeft veranderd of zal veranderen.

Havinga et al. (2016) stellen dat het betrekken en ondersteunen van naasten prioriteit heeft. Wanneer het gaat om het welzijn van kinderen speelt de gezonde ouder een belangrijke rol. Een evenwichtige gezinssituatie wordt gezien als een belangrijke beschermende factor die het risico vermindert op het ontwikkelen van psychische problemen bij kinderen. Wenselaar (2015) beschrijft als belemmerende factor dat de behandeling van de volwassen ouder met psychiatrische problemen te individueel gericht is. De ziekte van de ouder trekt alle aandacht naar zichzelf toe, waardoor de problemen van het kind in het niet lijken te vallen.

Het 'Beroepsprofiel verpleegkundige 2020' beschrijft als kern van de verpleegkundige beroepsuitoefening, dat verpleegkundige interventies zich richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk. Daarbij ligt het accent niet op de ziekte, maar op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Het is daarom van belang dat de verpleegkundige een beeld heeft van de sociale context en interacties met de omgeving, waardoor problemen vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd en interventies kunnen worden ingezet (V&V 2020, 2012).

De generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek' van Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016) ondersteunt deze visie *'Psychische aandoeningen komen in Nederland veel voor en raken niet alleen de patiënt maar ook zijn naasten: partners, ouders, (volwassen) kinderen, vrienden, broers en zussen. Daarom is het belangrijk om in de zorg voor mensen met psychische aandoeningen aandacht te hebben voor deze naasten, met hen samen te werken en waar nodig te ondersteunen. De professional is alert op behoeften van naasten aan informatie of ondersteuning. Hij heeft aandacht voor de gevolgen van 'psychische problemen in de familie' en de verwerking daarvan en geeft informatie over hulpaanbod om zelf overeind te blijven (psychoeducatie, adressen van websites, lotgenotencontact bij familieorganisaties, zelfhulpmogelijkheden of andere voorzieningen). Dit is des te belangrijker nu het beroep op naasten toeneemt vanwege de ambulantisering van de zorg en het overheidsbeleid op meer zorg in 'eigen kring' is gericht'*.

Echter uit de interviews komt naar voren dat bovenstaande verpleegkundige kaders minder duidelijk zijn ingebed in de huidige beleidskaders, waarin veelal gewerkt wordt vanuit een medische diagnose of een algemeen behandelplan en daaruit voortvloeiende

behandelingen. Het ontbreken van deze kaders wordt daarom gezien als een belemmerende factor voor het bespreken van ouderschap<sup>17</sup>.

## 4.2 Suggesties ter verbetering

### 4.2.1 Protocol

Uit de interviews komt naar voren dat een protocol handvatten zou kunnen bieden bij het checken van taken en interventies, zoals het bespreken van ouderschap en het bieden van informatie rond het thema KOPP. Echter op de afdeling is geen protocol beschikbaar. Een generieke module KOPP voor de volwassenen GGZ is nog in ontwikkeling en zal te zijner tijd worden toegevoegd aan alle multidisciplinaire GGZ-richtlijnen. Totdat deze is ontwikkeld kunnen professionals uit de volwassenen-GGZ de KOPP richtlijn voor jeugdhulp en jeugdbescherming raadplegen (Trimbos-Instituut, 2016) (zie ook bijlage 2). Kennis van de richtlijn 'Kinderen van Ouders met Psychische Problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming' kan verpleegkundigen handvatten bieden voor signalering, preventie en behandeling (NIP et al., 2017). Echter de nulmeting die bij alle disciplines binnen het cluster is afgenomen voor de start van het onderzoek, laat zien dat maar vier van de 32 respondenten geïnformeerd zijn over de inhoud van deze richtlijn. De overige respondenten zijn niet of niet meer voldoende op de hoogte van de inhoud hiervan.

### 4.2.2 Klinische les

Enkele verpleegkundigen geven aan graag gebruik te willen maken van klinische lessen om de kennis van KOPP problematiek te vergroten en te willen leren van ervaringen van collega's. Een klinische les heeft als doel kennis en informatie te delen of nieuwe informatie te verkrijgen over een bepaald verpleegkundige onderwerp, zodat dit kan worden toegepast in de actuele praktijk (VenVN, 2017).

### 4.2.3 Ouderschap als standaarddoel

Naast het te kort aan kennis over KOPP geven verpleegkundigen aan dat het ontbreken van een vast doel en het ontbreken van een multidisciplinaire taakverdeling belemmeringen zijn. Hierdoor ervaart de verpleegkundige gebrek aan focus en handvatten om de gesprekken inhoud te geven en preventieve interventies in te kunnen zetten.

### 4.2.4 Informatiematerialen voor ouders en kinderen

Een andere verpleegkundige vraagt om ondersteunend informatiemateriaal voor ouders en kinderen over diverse psychische aandoeningen en gericht op verschillende leeftijden van kinderen. Hiermee kan de verpleegkundige de psychoeducatie goed aan laten sluiten bij de thuissituatie van de patiënt.

### 4.2.5 Aandachtsvelder

Tevens stelt een verpleegkundige met kennis van KOPP problematiek zich beschikbaar als aandachtsvelder. Wenselaar (2015) onderschrijft het belang van een aandachtsvelder: *'De taak van een KOPP aandachtsvelder omvat het op structurele wijze coördineren en signaleren van KOPP thema's in de organisatie'*.

---

<sup>17</sup> In bijlage 3 is de analyse, van het verpleegproces in beeld gebracht middels een diagram (volgens stap 7 van Verhoeven).

#### 4.2.6 Informatiebijeenkomst 'Ouderschap en psychische aandoening'

Het informeren en motiveren van patiënt en naasten voor het bezoeken van de ouder informatiebijeenkomst betreft (ook) een verpleegkundige interventie. Verpleegkundigen benoemen het te kort aan kennis over KOPP als een factor die het moeilijk maakt patiënten te informeren en motiveren deze bijeenkomst te bezoeken. Als de verpleegkundige op de hoogte is van de inhoud van deze ouder bijeenkomst, dan zal deze de patiënt en naaste gerichter informatie kunnen geven. De vrijblijvendheid van het bijwonen van de bijeenkomst wordt door verpleegkundigen als kracht maar ook als zwakte genoemd.

De enquête (kwantitatief onderzoek) die bij alle hulpverleners binnen het cluster is afgenomen voor de start van het praktijkonderzoek, laat zien dat van de 32 respondenten er 12 aangeven niet op de hoogte te zijn van de ouder informatiebijeenkomst. Uit de resultaten van het praktijkonderzoek (kwalitatief onderzoek) blijkt dat verpleegkundigen wel op de hoogte zijn van de ouder informatiebijeenkomst, maar niet over de inhoud ervan. Hieruit blijkt dat het belangrijk is voor verpleegkundigen om op de hoogte te zijn van de inhoud van de ouder informatiebijeenkomst, zodat zij patiënten en naasten beter kunnen informeren.

Als verbeterpunt geeft één van de verpleegkundigen aan dat het wellicht goed zou zijn de uitnodigingsbrief ook naar naasten te sturen zodat deze ook op de hoogte worden gesteld van de ouder informatiebijeenkomst. Ook het toevoegen van de uitnodiging aan het welkomstpakket wordt door deze verpleegkundige genoemd. Het welkomstpakket wordt de patiënt aangeboden bij opname in het UCP, deze bevat informatie voor de patiënt over de afdeling en opname.

### 4.4. Sterke en zwakte punten van het onderzoek

#### 4.4.1 Voorbereiding

Een goede voorbereiding van het onderzoek, zoals het ontwikkelen van kennis en verdieping in de probleemstelling en vraagstelling heeft geleid tot een grondige opzet en uitvoering van het onderzoek. Dit leidde tot een waardevolle samenstelling van de topiclijst. De topiclijst gaf tijdens de interviews steun aan de onderzoekers, waarbij het behoud van het semigestructureerd karakter behouden bleef. De interviews leverden veel informatie op met voldoende variatie in de ervaringen van verpleegkundigen met de hoofdvraag. Tijdens het analyseproces hebben de onderzoekers getracht de kern uit de gegevens te halen, maar wel met de gedachte dat elke ervaring van de verpleegkundige een waardevolle bijdrage is. De resultaten geven dan ook inzicht in diverse ervaringen die verpleegkundigen hebben tijdens het bespreken van ouderschap. Generaliseerbaarheid naar andere afdelingen of instellingen is beperkt. Ervaringen, sociale context en interacties die voortkomen uit kwalitatief onderzoek zijn divers en veranderlijk (Cox et al., 2012). Toch kunnen de ervaringen van de verpleegkundigen ondersteund worden, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de literatuur die beschreven is door Wenselaar (2015).

#### 4.4.2 Deelnemende respondenten

In totaal zijn er zeven interviews meegenomen voor dit onderzoek. Het eerste interview was een proefinterview, de gegevens zijn niet opgenomen in het onderzoek.

Eén van de respondenten is opgeleid als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige met veel werkervaring. Een andere verpleegkundige had tijdens een eerdere baan in een andere instelling veel ervaring opgedaan met KOPP. Deze verpleegkundigen konden veel vertellen over ervaringen en werkwijzen. Enkele verpleegkundigen benadrukten dat nu ze zelf kinderen hebben gekregen meer aandacht hebben voor het welzijn van kinderen van hun patiënten.

Interviewvaardigheden hebben tijdens het onderzoek centraal gestaan en na afloop van ieder interview hebben de onderzoekers gereflecteerd op de gesprekken. Het 'Basisboek interviewen' van Baarda en Hulst (2017) heeft de onderzoekers geholpen bij het beschikken over vaardigheden voor het formuleren van vragen en het doorvragen. Elk interview had een eigen karakter, de structuur kon wat uiteenlopen en het kwam voor dat een thema in het ene interview meer aan de orde kwam dan in het andere interview. Soms was de tijd bepalend en konden niet alle onderwerpen goed uitgediept worden. Ook kwam het voor dat tijdens het interview de bewustwording en/of het inzicht van de respondent groeide, waardoor er soms tegenstrijdigheden in het interview naar voren kwamen.

#### 4.4.3 Het analyseren

Het analyseproces, volgens Verhoeven (2014), heeft de onderzoekers geholpen bij het stapsgewijs analyseren van de gegevens. Een aantal keren is daarin een stap teruggezet, omdat de methode niet direct leidde naar betrouwbare resultaten. In overleg met de docenten is afgeweken van de beschreven methode, zoals het ontwerpen van codes en labels, waarbij de keuze is gemaakt om vast te houden aan de topiclijst. Deze keuze heeft uiteindelijk geleid naar de kern van het onderzoek, namelijk het beantwoorden van de vraagstellingen.

#### 4.4.4 Implicaties voor de praktijk

Kinderen van ouders met psychische problemen lopen een groot risico om zelf psychiatrische problemen te ontwikkelen (Wenselaar, 2015). In de literatuur worden verschillende risico- en beschermende factoren beschreven, waar kinderen van ouders met psychische problemen mee te maken kunnen hebben. Om het risico van latere psychische problemen bij kinderen te voorkomen zijn er diverse interventieprogramma's ontwikkeld. Echter, het bereik van deze interventies blijkt klein, slechts 1% van de kinderen wordt hiermee bereikt. Als oorzaak wordt onder andere genoemd dat er geen structurele aandacht voor KOPP is tijdens de intakefase van volwassen patiënten in de GGZ, evenals de beperkte personele capaciteit van GGZ preventie voor KOPP (Romijn et al., 2010).

Uit dit kwalitatief onderzoek onder verpleegkundigen is gebleken dat het hebben van aandacht voor ouderschap en het welzijn van de kinderen breed gedragen wordt. Dit wordt kernachtig verwoord door één van de verpleegkundigen: *'het komt steeds meer naar voren en ik vind ook dat we dat moeten doen vanuit preventie, dit is de toekomst, de kinderen moeten gewoon aandacht hebben. Verpleegkundigen hebben een signalerende functie en houden een vinger aan de pols, zij kunnen voorlichting geven en doorverwijzen'*.

Samengevat biedt dit onderzoek inzicht in knelpunten, die tot concrete verbeteringen zouden kunnen leiden voor de aandacht voor ouderschap in de klinische praktijk. In de interviews kwam duidelijk naar voren dat verpleegkundigen behoefte hebben aan kaders en richtlijnen om zorg voor ouderschap en het welzijn van de kinderen verder te kunnen verbeteren, waardoor hun preventieve interventies meer kinderen kunnen bereiken.

## Hoofdstuk 5 Conclusie

### Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag:

'Welke ervaringen hebben verpleegkundigen van het cluster Angst- en Stemmingsstoornissen van het UCP met het aandacht geven aan en het bespreken van ouderschap?'

De bij deze hoofdvraag horende deelvragen waren:

- Hoe geven verpleegkundigen vorm aan deze gesprekken;
- Welke bevorderende- en belemmerende factoren ervaren de verpleegkundigen;
- Welke suggesties ter verbetering geven de verpleegkundigen;
- In hoeverre zijn de verpleegkundigen bekend met de ouder informatiebijeenkomsten en hoe brengen zij dit onder de aandacht bij patiënten en naasten.

### 5.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag

De medische diagnose in het behandelplan staat centraal tijdens de behandeling. Er wordt gebruik gemaakt van gespreksvaardigheden waarbij de patiënt met empathie en respect wordt benaderd. Het gesprek over ouderschap kan ouders bewust maken van mogelijke problemen bij hun kinderen. Tijdens een gesprek wordt soms een spanningsveld ervaren waarbij een balans wordt gezocht tussen enerzijds het respect voor patiënt en anderzijds het niet willen schaden van de behandelrelatie. Ouders kunnen weerstand uiten vanwege ernstige psychische klachten of zich gecontroleerd voelen. De korte lijnen op de afdeling worden positief ervaren vanwege het kunnen delen van expertise. De verpleegkundigen hebben aangegeven belemmeringen te ervaren bij het gesprek over ouderschap ten aanzien van het ontbreken van kennis over KOPP, routine, de structuur van de afdeling en van het verpleegkundig domein. Hierdoor wordt het ouderschap niet of oppervlakkig besproken waardoor de situatie van naasten en kinderen onderbelicht blijft en beschikbare preventieve interventies niet kunnen worden ingezet. De verpleegkundigen hebben aangegeven behoefte te hebben aan kennis over KOPP, ondersteunende informatiematerialen en een duidelijk beleid. Er wordt aangegeven dat het ouderschap en de thuissituatie completer in kaart kan worden gebracht tijdens het opnamegesprek en dat het ouderschap als standaarddoel in het verpleegplan zou kunnen worden opgenomen. Door alle verpleegkundigen is aangegeven dat zij op de hoogte zijn van de ouder informatiebijeenkomst. Het motiveren van patiënten voor de informatiebijeenkomst kan verbeterd worden door verpleegkundigen meer kennis te geven over de inhoud van de bijeenkomst.

## Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven voor de beroepspraktijk binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen. De onderzoekers hebben getracht om voor het implementeren van de aanbevelingen aan te sluiten bij de bestaande praktijksituatie van de afdelingen. Dit vergemakkelijkt innovatie zodat wordt uitgenodigd tot implementatie. Verwacht wordt dat met deze aanbevelingen het verpleegbeleid ten aanzien van het bespreken van ouderschap door de verpleegkundige kan worden verbeterd.

### 6.1 Aanbevelingen voor de praktijk

1. Het ontwikkelen van een protocol KOPP zodat taken en interventies per discipline zijn beschreven. De volgende onderwerpen kunnen hierin worden opgenomen:
  - a. Een klinische les vergroot kennis en bewustzijn voor KOPP problematiek. De verpleegkundige voelt zich hierna bekwaam om het gesprek over ouderschap aan te gaan en interventies aan te reiken.
  - b. Het bespreken van de gezinssituatie wordt ingebed binnen de kaders van de behandeling en overlegstructuur.
  - c. Het inzetten van een standaard behandeldoel als er sprake is van ouderschap. Dit is ook voor de patiënt van belang zodat bij deze bekend is dat het bespreken van ouderschap een standaard onderwerp binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen is.
  - d. Het beschikbaar stellen van folders en sites voor patiënten en hun kinderen met informatie over diverse ziektebeelden per leeftijdscategorie voor patiënten en hun kinderen.
  - e. Het benoemen van een aandachtsvelder voor iedere afdeling binnen het cluster. Deze kan bovengenoemde taken met betrekking tot de aandacht voor ouderschap en het welzijn van de kinderen onder de aandacht brengen en dit binnen dit gebied coördineren, signaleren en bewaken. Deze functie kan worden ingevuld door een verpleegkundige waardoor verpleegkundige kaders gewaarborgd worden.

### 6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

2. Vervolgonderzoek met (verpleegkundige) focusgroepen met als doel meer of aanvullende informatie te verzamelen over de ervaringen in het bespreken van ouderschap en de uitkomsten van dit onderzoek toetsen waardoor nieuwe inzichten en aanbevelingen ontstaan. Tevens kan met deze focusgroepen concrete doelstellingen voor implementatie worden geformuleerd.
3. Is een familiekamer voor afspraken met naasten en kinderen van belang om in besloten sfeer het ouderschap te bespreken? Zo ja, aan welke criteria moet deze voldoen? De verpleegkundigen geven aan dat een vertrouwensband van belang is zodat dit kwetsbare onderwerp in een veilige sfeer kan worden besproken met naaste en kinderen. Een familiekamer kan hier wellicht bij ondersteunen.

## Literatuurlijst

- Baarda, B. & Hulst, M. van der (2017). *Basisboek Interviewen*. Houten: Noordhoff Uitgevers bv Groningen.
- BOZ, NU'91, LOOV, MBO raad & V&VN (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging; rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. Opgevraagd op 8 oktober 2017 van <http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2016%20Documenten/20160113%20Rapport%20Toekomstbestendige%20beroepen.pdf>
- Bouwkamp, C.G., Lambregtse-Berg, M.P. van de, Kievit, A.J.A. & Kushner, S.A. (2017). Psychodynamische gevolgen van een psychiatrisch belaste familiegeschiedenis. *Tijdschrift voor Psychiatrie, jaargang 59*, augustus, p 476. Noordhoff Uitgevers.
- Brinkman, J. & Oldenhuis, H. (2016). *Cijfers spreken; overtuigen met onderzoek en statistiek*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.
- CBS (2016). *Meer dan 1 miljoen Nederlanders had depressie*. Opgevraagd op 4 september 2017 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/04/meer-dan-1-miljoen-nederlanders-had-depressie>
- CCMO (2017). *Proefpersonen*. Opgevraagd op 19 september 2017 van <http://www.ccmo.nl/nl/proefpersonen>
- Clijisen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G., Loenen, E. van & Piere, M. van (2008). *Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Business
- Cox, K. Louw D. de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma
- Expertisecentrum Mantelzorg (2017). *Geestelijke gezondheidszorg*. Opgevraagd op 28 december 2017 van <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/producten-overzicht-geestelijke-gezondheidszorg.html>
- GGZ totaal (2017). *Alles wat je al wilde weten over de DSM-5*. Opgevraagd op 2 oktober 2017 van [http://www.ggz totaal.nl/pg-29166-7-89824/pagina/dsm\\_5.html](http://www.ggz totaal.nl/pg-29166-7-89824/pagina/dsm_5.html)
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van & Dorsselaer, S. van (2012). *Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van Nemesis-2*. *Tijdschrift voor psychiatrie, (2012)*, 54, p 27 - 38.
- Havinga, P.J., Boschloo, L., Bloemen, A.J.P., Nauta, M.H., Vries, S.O. de, Penninx, B.W.J.H., ... Hartman, C.A. (2016). Doomed for disorder? High incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. doi:10.4088/JCP.15m09936.
- Integraal Kankercentrum Nederland (2011). *Handleiding 'begeleiding van kinderen als een ouder kanker heeft'*. Opgevraagd op 28 december 2017 van [www.oncologieverpleging.nl/beheer/cms\\_document\\_download.php?...](http://www.oncologieverpleging.nl/beheer/cms_document_download.php?...)

- KWF kankerbestrijding (2015). *Visie psychosociale oncologische zorg op maat; kansen en knelpunten*. Opgevraagd op 3 januari 2018 van [file:///C:/Users/Yvonne/Downloads/150717%20Visie%20PSOZ%20opmaat%202%200\\_final.pdf](file:///C:/Users/Yvonne/Downloads/150717%20Visie%20PSOZ%20opmaat%202%200_final.pdf)
- Kwaliteitsregister VenVN (2017). *Klinische lessen*. Opgevraagd op 28 december 2017 van <https://kwaliteitsregister.venvn.nl/aanbieders/accreditatie/klinische-lessen>
- NIP, BPSW & NVO (2017). *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming; KOPP*. Opgevraagd op 4 september 2017 van <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/kopp/>
- OncoLine (2017). *Detecteren behoefte psychosociale zorg*. Opgevraagd op 28 december 2017 van [www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg](http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg)
- Romijn, G., Graaf, I. de & Jonge, M. de (2010). *Kwetsbare kinderen; literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische over verslagingsproblemen*. Opgevraagd op 10 oktober 2017 van <https://assets.trimbos.nl/docs/45d6b17f-0d64-487d-aeba-cf64b7a29b06.pdf>
- RUG (2015). *Medische Ethisch Toetsingscommissie*. Opgevraagd op 19 september 2017 van <http://www.rug.nl/umcg/research/committees/ethics>
- Schippers, E.I. (2016). *Kamerbrief; Zorg voor kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders*. Opgevraagd op 11 september 2017 van <https://assets.trimbos.nl/docs/c0835837-4022-4258-90f9-7fdae11b7d06.pdf>
- Trimbos-Instituut (2016). *Depressie enkele cijfers*. Opgevraagd op 4 september 2017 van <https://assets.trimbos.nl/docs/fba2edcf-0ca9-4723-9c30-f90a53c22e87.pdf>
- Trimbos-Instituut (2016). *Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Opgevraagd op 11 september 2017 van <https://www.koppkvo.nl/>
- UCP (2017). *Ouderschap en een Psychische aandoening*. Opgevraagd via het UCP <https://www.bordenstift.nl/nl/>
- UMCG (2017). *Ouderschap en psychische aandoening*. Opgevraagd op 8 oktober 2017 van <https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/zob2/ouderschap-psychiatrie/Paginas/default.aspx>
- UMCG (2017). *ROM/Roqua vragenlijsten*. Opgevraagd op 30 september 2017 van [https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair\\_Centrum\\_Psychiatrie/Patienten/Poliekliniekbezoek/Paginas/Rom\\_roqua\\_vragenlijsten.aspx](https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/Patienten/Poliekliniekbezoek/Paginas/Rom_roqua_vragenlijsten.aspx)
- UMCG (2017). *Topreferente zorg*. Opgevraagd op 18 september 2017 van [https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Algemeen/PatientInEenUniversitairMedischCentrum/topreferente\\_zorg/Paginas/default.aspx](https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Algemeen/PatientInEenUniversitairMedischCentrum/topreferente_zorg/Paginas/default.aspx)
- UMCG (2017). *Universitair Centrum Psychiatrie*. Opgevraagd op 18 september 2017 van [https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair\\_Centrum\\_Psychiatrie/UCP/AlgemeneInformatie/Paginas/default.aspx](https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/UCP/AlgemeneInformatie/Paginas/default.aspx)



- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma
- VWS (2016). *Kindcheck*. Opgevraagd op 7 oktober 2017 van <https://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/aanpak/kindcheck-website->
- VWS (2013). *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Opgevraagd op 30 september 2013 van [https://kindcheck-ggz.nl/media/uploads/2016/02/28/Besluit\\_verplichte\\_meldcode.pdf](https://kindcheck-ggz.nl/media/uploads/2016/02/28/Besluit_verplichte_meldcode.pdf)
- Wenselaar (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wilkinson, J.M., Nieweg, R.M.B., & Paans, W. (2013). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson education

## Bijlage 1 Topiclijst

De operationalisering van de begrippen is cursief gedrukt.

### **Topic 1 – ouderschap: wat is je ervaring in het bespreken van het ouderschap van patiënten? (ervaring, voorbeelden, wat heb je gedaan?)**

Algemeen:

1. Hoe weet je dat de patiënt ouder is? hoe stel je je hiervan op de hoogte?  
*(Hoe stel jij je op de hoogte of de patiënt kinderen heeft en een ouderrol heeft?)*
2. Waardoor wordt je getriggerd; wanneer maak je het bespreekbaar?  
*(Door welke signalen wordt je geprikkeld om door te vragen hoe het met de kinderen gaat en of er problemen spelen? Wanneer maak jij je zorgen?)*
3. Hoe weet je of er voor de kinderen wordt gezorgd? Wat heb je gedaan?  
*(Heb je de patiënt gevraagd of er zorg voor kinderen is geregeld, wanneer deze op de afdeling verblijft, en als blijkt dat dit niet duidelijk is, wat doe je dan?)*
4. Hoe doorbreek je het afhouden van de ouder/hoe vraag je door?  
*(Zet je gespreksvaardigheden in of andere methodieken als patiënt geen openingen biedt voor een gesprek over ouderschap. Zo ja, welke? Zo nee, wat doe je dan?)*

Ervaring:

5. Competentiegericht  
*(Over welke kennis en vaardigheden beschikt jij, als professional, om het ouderschap en problemen te bespreken?)*
6. Hoe is de reactie van ouders als de verpleegkundige het ouderschap bespreekt?  
*(Welke reacties: gedrag, gevoelens en/of lichaamstaal zie je bij ouders? En hoe ga je daar mee om?)*
7. Hoe ontwikkelt de behandelrelatie zich als je het ouderschap bespreekt? kom je in een later moment terug op het onderwerp?  
*(Welke invloed heeft het bespreken van ouderschap op de behandelrelatie?)*

Verpleegkundige relevantie:

8. Wat is voor jou de relevantie, je doel, voor het bespreken van ouderschap?  
*(Hoe past het bespreken van ouderschap bij jouw functie en beroepsprofiel?)*
9. Hoe past je dit in het verpleegproces (diagnostiek, interventie, doel, rapportage, evaluatie)?  
*(Hoe geef je vorm aan de zorg voor patiënt met psychische problemen die kinderen heeft?)*
10. Hoe werk je hierin samen met andere disciplines? Hoe ondersteunen jullie elkaar?  
*(Hoe verloopt de samenwerking met andere disciplines als het gaat om ondersteuning van patiënt met psychische problemen en ouderschap? Hoe zie jij jouw taak als verpleegkundige binnen het multidisciplinaire team?)*

Samenvatten, afronden en volgende topic

### **Topic 2 – belemmerende en bevorderende factoren (apart van elkaar uitvragen)**

11. Weerstand: verpleegkundige en/of ouder  
*(Welke weerstand ervaar jij bij ouders als je het ouderschap ter sprake brengt? Staan zij open voor gesprek en ondersteuning? Of waar lopen ouders tegen aan? Wat heeft de ouder nodig, wat zou helpen?)*  
*(Welke weerstand ervaar jij zelf bij het bespreken van ouderschap? Waar loop jij tegen aan? Wat heeft de VK nodig? Wat zou helpen?)*

12. Vaardigheden/kennis; behandelrelatie  
*(Zijn er belemmerende factoren die het bespreken van ouderschap beïnvloeden? Welke vaardigheden en/of kennis heb je nodig. Zijn er nog andere aspecten die een bevorderende of belemmerende rol spelen?)*
13. Hoe ervaar je ondersteuning uit je werkomgeving? Team, andere disciplines, voldoende /wat heb je nodig? (vaste momenten?); tips voor het bevorderen van kennis/vaardigheden?  
*(Welke bevorderende of belemmerende factoren zijn aanwezig in jouw werkomgeving, die je helpen bij het ondersteunen van het ouderschap bij patiënt met psychische problemen?)*

Samenvatten, afronden en volgende topic

### **Topic 3 – suggesties ter verbetering**

14. Hoe kan het bespreken van het ouderschap een geïntegreerde plek krijgen tijdens de behandeling?  
*(Welke mogelijkheden zie jij voor het inbedden van het bespreken van ouderschap op jouw afdeling? Of binnen het UCP?)*
15. Hoe precies? Wat is een goed moment?  
*(Welke momenten zijn geschikt, binnen jouw afdeling, om het ouderschap te bespreken en te evalueren? Wat heb je daar voor nodig?)*
16. Specifieke ontwikkeling kennis/vaardigheden  
*(Welke vaardigheden, kennis of andere aspecten heb je nodig om het bespreken van ouderschap goed uit te voeren?)*

Samenvatten, afronden en volgende topic

### **Topic 4 – ouder informatiebijeenkomsten UCP**

17. Wat is je ervaring met de ouderbijeenkomsten?  
*(Ben je op de hoogte? Wat weet je van de inhoud?)*
18. Ben je bekend met het aanbod?  
*(Ja/nee, zie verder vraag 22. Waarom ben je niet bekend met het aanbod?)*
19. Hoe kun je dit bij de patiënten onder de aandacht brengen?  
*(Hoe attendeer jij patiënt op de bijeenkomsten?)*
20. Wat werkt wel of niet?  
*(Hoe motiveer je patiënt en naasten om deel te nemen aan de ouder informatiebijeenkomsten? Wat zijn helpende of belemmerende factoren?)*
21. Hoe ga je om met de reactie van de ouders?  
*(Wat doe je als ouders de ouder informatiebijeenkomsten afwijzen of als ouders niet te motiveren zijn? Bespreek je de ouder informatiebijeenkomsten na op de afdeling?)*
22. Wat weet je hier van (waar, wanneer, wie, wat, waarom, inhoudelijk)?  
*(Weet je wanneer en waar de ouder informatiebijeenkomsten plaatsvinden? Weet je hiervoor de informatie te vinden?)*
23. Wat is je ervaring met de pilot/KOPP-project?  
*(Ben je op de hoogte van activiteiten van het KOPP-project? Hoe ben je hiervan op de hoogte gesteld? Volg je de activiteiten van het KOPP-project? Wat vind je van dit project? Voel je je aangesproken als zorgverlener?)*

Samenvatten, afronden ervaringsgesprek; iets vergeten te vragen? wil je terugkomen op een onderwerp? nog vragen?

## Bijlage 2 Definiëring van begrippen

### Angst- en stemmingsstoornissen

Stemmingsstoornissen zijn langer durende ontregelingen van de gemoedstoestand. Een ernstige toestand die van invloed is op het gehele functioneren van de persoon. Dit uit zich in gevoels-, lichamelijk- en gedragskenmerken. En is van invloed op de wijze van en de inhoud van het denken.

Mensen die depressief zijn voelen zich erg somber en lusteloos, genieten minder, kunnen zich moeilijk concentreren of hebben geheugenstoornissen. De somberheid kan zich afwisselen met overmatige opgewektheid en activiteit, er kan dan sprake zijn van een bipolaire stoornis met manische en depressieve episodes (Clijsen, Garenfeld, Kuipers, Loenen & Piere, 2008). Depressie is de meest voorkomende afzonderlijke psychische aandoening. Bijna 20% van de volwassenen (18 - 64 jaar) krijgen ooit in hun leven te maken met een depressie. Dit komt overeen met ruim 1 miljoen mensen in Nederland (Graaf, Have, Gool & Dorsselaer, 2012). Een depressie kan eenmalig zijn, maar ook terugkerend. Bij bijna de helft van de mensen keert de depressie terug, gemiddeld zeven tot acht keer gedurende de levensloop, dit heeft ook een grote impact op familie, naasten en kinderen (Trimbos Instituut, 2016). Comorbiditeit komt vaak voor (46,4%) met risico's op vroegtijdig overlijden door ongezonde leefstijl, lichamelijke ziektes en suicides (Graaf et al., 2012).

Wanneer gevoelens van angst een ongewoon heftige en/of langdurige angstreactie oproepen of wanneer angst zonder angstprikkel aanwezig is wordt er gesproken van pathologische angst. Bijvoorbeeld een heftige reactie van angst bij het zien van een kleine spin. Er kan vermijdingsgedrag ontstaan waarbij situaties waarin angst- of een paniekaanval zou kunnen optreden, worden vermeden (agorafobie), zoals niet meer het huis uitgaan of sociale contacten aangaan (Clijsen et al., 2008).

### Generieke module KOPP voor de volwassenen GGZ

Volgens de opdrachtgever is er een generieke module KOPP voor de volwassenen GGZ in ontwikkeling. Een eerder opgestart gerandomiseerd onderzoek in Noord-Nederland werd in 2012 stopgezet, omdat het niet lukte om voldoende respondenten te werven (Trimbos-Instituut, 2016)

### Kinderen van Ouders met Psychische Problemen

#### 1. KOPP

- KOPP-kind: Een jeugdige van wie één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben;
- KOPP-ouder: Een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen;
- KOPP-gezin: Een gezin waarin één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben;
- KOPP-problematiek: De problemen voor de jeugdige ten gevolge van het opgroeien in een KOPP-gezin. Deze gevolgen zijn divers (psychische problematiek, ontwikkelingsproblematiek en een verhoogd risico op mishandeling) (NIP, BPSW & NVO, 2017).
- KVO: In de richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming worden óók Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO) bedoeld. De Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming richt zich op jeugdigen van 0 tot 23 jaar van wie één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben (Trimbos-Instituut, 2016).

## 2. Prevalentie KOPP bij angst- en stemmingsstoornissen

- Stemnings-, angst- en middelenstoornissen zijn de meest voorkomende psychische aandoeningen in Nederland, respectievelijk 20,2%, 19,6% en 19,1%. Deze patiënten hebben mogelijk kinderen en in Nederland betekent dit dat 38,5% van de kinderen een KOPP-kind is; het betreft 1,6 miljoen kinderen tot 22 jaar (waarvan 900.000 kinderen jonger dan 12 jaar en 400.000 kinderen jonger dan 6 jaar). Van deze kinderen ervaren 33% tijdelijk en 40% langdurig ernstige psychische problemen (Trimbos-Instituut, 2016). Met gevolgen voor kinderen zoals schaamte- en schuldgevoelens, boosheid en agressie, het overnemen van te veel verantwoordelijkheden en taken van de ouder (parentificatie), problemen met de identiteitsontwikkeling en groei- en ontwikkelingsachterstanden (Wenselaar, 2015). Op een gemiddelde polikliniek voor volwassenen heeft 25% tot 40% van de patiënten een ouder (gehad) met psychische problemen, zoals een depressie (Wenselaar, 2015).

## 3. Parentificatie

- Wanneer ouders te weinig beschikbaar zijn vanwege de psychische aandoening, ontstaan er onredelijke verwachting ten aanzien van het kind. Het kind gaat zorg dragen voor een holding environment voor de ouder en voelt zich verantwoordelijk voor de ouder. Ze nemen allerlei taken van de ouder over (rolomkering). Taken die niet bij het kind-zijn passen, ook op emotioneel gebied. Deze overvraging belemmert de ontwikkeling van het individu (individuatie) en autonomie. De effecten hiervan zetten zich door in de adolescentie en volwassenheid (Bouwkamp, Lambregtse-Berg, Kievit & Kushner, 2017).

## 4. Transgenerationale overdracht

- Kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen lopen een verhoogd risico op een erfelijke kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van eigen problematiek. Dit kan plaatsvinden door familial aggregation of cross aggregation. Bij familial aggregation ontstaat er een clustering van psychiatrische problemen in families en over generaties heen. Bij cross aggregation vindt er een kruislingse overdracht plaats van de ene naar de andere stoornis. Ouder en kind hebben beide een psychiatrische diagnose, maar niet dezelfde. De risico's voor KOPP/KVO kinderen zijn ernstig, complex en divers (Wenselaar, 2015).

## Research triangulatie

Dit betekent letterlijk driehoeksmeting. In onderzoek betekent het dat er iets onderzocht wordt vanuit verschillende richtingen om dezelfde onderzoeksvraag te beantwoorden. Antwoorden vanuit de verschillende richtingen, die elkaar overlappen, hetzelfde zijn en elkaar niet tegenspreken, zijn waarschijnlijk objectief waar. Tegenwoordig worden vaak verschillende kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelmethode gecombineerd in één onderzoeksopzet. Het verhoogt de geldigheid van onderzoeksresultaten (Verhoeven, 2014).

## Roqua

Patiënten in het UMCG ontvangen met regelmaat Roqua vragenlijsten (Routine Outcome Monitoring, ROM). Door middel van de vragenlijsten wordt er een beeld verkregen van klachten, levensgeschiedenis, huidige omstandigheden en verwachtingen van de behandeling, ook het ouderschap kan hierin een onderwerp van gesprek zijn. Deze gegevens kunnen onderdeel worden van het behandelplan. Resultaten van de behandeling worden inzichtelijk gemaakt voor hulpverleners en patiënten en kunnen geëvalueerd worden. De gegevens zijn ook toegankelijk voor onderzoekers (zonder persoonsgegevens) (UMCG, 2017).

### **Topreferente zorg**

Topreferente zorg vindt plaats in universitair medische centra. Het gaat hierbij om moeilijke, dure of weinig voorkomende vormen van diagnostiek en behandeling, deze zorg vereist zeer specialistische kennis. Deze kerntaak van universitair medische centra is wettelijk vastgelegd en heeft prioriteit boven de basiszorgpatiënten. Het UMCG doet samen met de Rijksuniversiteit Groningen medisch wetenschappelijk onderzoek, dit levert het UMCG veel specialistische kennis op. Voor patiënten met weinig voorkomende en moeilijk te diagnosticeren aandoeningen is het UMCG vaak het enige behandeladres. Patiënten die voor topreferente zorg in aanmerking komen, hebben vaak meerdere, al dan niet met elkaar samenhangende aandoeningen, of een eenvoudige aandoening met ingewikkelde complicaties. Voor goede diagnose en behandeling is daarom vaak overleg nodig tussen veel verschillende specialisten (UMCG, 2017).

### **Verpleegkundige relevantie met betrekking tot het Beroepsprofiel verpleegkundige**

De verpleegkundigen binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen zijn merendeels HBO opgeleid, werkzaamheden vinden plaats in de volgende deskundigheidsgebieden:

- Ondersteunen van het zelfmanagement van zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk;
- Stellen van een verpleegkundige diagnose en het indiceren, organiseren en verlenen van verpleegkundige zorg en psychosociale begeleiding op basis van klinisch redeneren;
- Regisseren van het aan de zorgvrager gebonden en/of zorgvrager overstijgende zorgproces;
- Indiceren, ontwikkelen, organiseren en uitvoeren van preventie;
- Initiëren en ontwikkelen van kwaliteitszorg, innovatie, analyse en praktijkonderzoek en (evidence based) professionalisering (BOZ, NU'91, LOOV, MBO raad & V&VN, 2015).

Het beroepsprofiel Verpleegkundige (V&V 2020,2012) beschrijft dat de verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines en met leidinggevend. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. Zij is vanuit het perspectief van de ondersteuning van het zelfmanagement gericht op de samenwerking met de patiënt en diens naasten en begeleidt de mantelzorg en/of het sociale netwerk. Het belang van deze samenwerkingsrelatie is basisvoorwaarde voor de verpleegkundige zorgverlening. De verpleegkundige heeft verantwoordelijkheden in het werken over grenzen van gezondheidszorgorganisaties heen, met onder meer woningbouwverenigingen, politie, wijkcentra, kerken, scholen en kinderdagverblijven. Via deze samenwerking spoort zij ook zorgmijders op en mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen. De verpleegkundige bereikt iedereen die zorg behoeft, niet alleen op indicatie. En denkt in het verschuiven van termen van zorg en ziekte naar denken in gedrag en gezondheid. Zij heeft een coördinerende rol rond de patiënt tussen disciplines en houdt ontwikkelingen rondom de patiënt bij. Waardoor fragmentatie van de zorg wordt voorkomen, de complexiteit goed wordt ingeschat en een passende indicatie kan worden verantwoord.

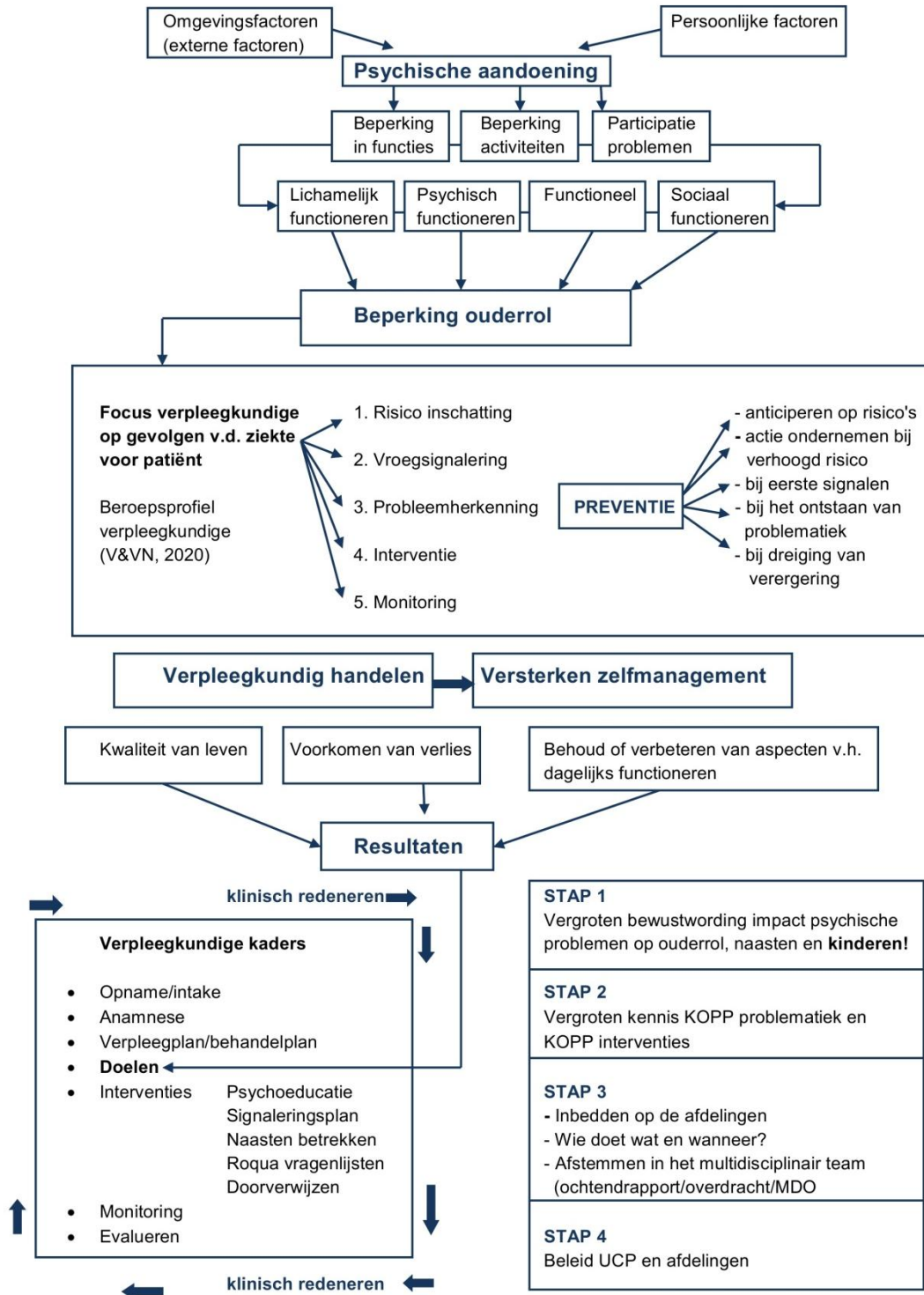
### **Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)**

Het UCP is onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en biedt hoog specialistische klinische en poliklinische behandelingen voor veel voorkomende psychische stoornissen en heeft een topreferente zorgfunctie voor de regio Noord-Nederland. Het UCP heeft een leidende rol op het gebied van patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en opleiding en werkt samen met diverse instellingen in de Noordelijke regio, maar ook nationaal en internationaal (UMCG, 2017). Het UCP biedt diverse specialistische

zorgprogramma's en in eerste instantie wordt de meest effectieve, minst belastende en kortste behandeling aangeboden. Maar ook maximaal intensieve behandeltrajecten voor patiënten die onvoldoende baat hebben gehad bij eerdere behandelingen in de eerste en tweede lijn. Binnen het UCP wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar nieuwe en betere behandelmethoden. Er worden nieuwe methodieken en instrumenten gebruikt om patiënten meer inzicht te geven in de eigen klachten en dit maakt het mogelijk om resultaten van de behandeling te evalueren, bijvoorbeeld door middel van Roqua vragenlijsten (UMCG, 2017).

## Bijlage 3 Verpleegkundig handelen bij KOPP

Analyse verpleegkundig proces aan de hand van het beroepsprofiel (V&V 2020, 2012) en het boek 'Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces' (Wilkinson et al., 2013).





## **Bijlage 4 Logboek**

### **Opstart U3 en het schrijven van het onderzoeksvoorstel**

Voor de start van de praktijkleerperiode hebben we kennis gemaakt met onze docent begeleider in het UCP, Marieke Potijk, tevens projectleider van het KOPP-project in het UCP, cluster Angst- en Stemningsstoornissen en inmiddels hebben we elkaar diverse keren gesproken. Ook vond er overleg plaats via de mail. In de eerste gesprekken hebben we met name gesproken over de activiteiten van de KOPP projectgroep in het UCP en het formuleren van de onderzoeksvraag. In de tweede week van de praktijkleerperiode hebben we een kennismakingsgesprek gehad met docentbegeleider Binie Kuipers en begeleider Marieke Potijk. In de periode van het schrijven van het onderzoeksvoorstel hebben we Binie drie keer gesproken, waarbij we van Binie en Marieke feedback kregen op het verslag en de vraagstelling. Hier is telkens een aanpassing op gedaan. In deze periode hebben we ons georiënteerd op het thema KOPP, wat is er geschreven over het onderwerp in de literatuur en hoe leeft dit in het UCP? We hebben kennis gemaakt van het KOPP-project en contact gehad met de onderzoekers binnen het project. Zo hebben we een research bespreking bijgewoond (4/9), open dag voor ouders in het UCP (3/10) en een ouder informatiebijeenkomst en een psychische aandoening bijgewoond (2/11). Er is een projectplan met een planning gemaakt en het onderzoeksvoorstel is medio oktober ingeleverd en goedgekeurd.

### **Het uitvoeren van het onderzoek**

Vanaf begin oktober zijn we gestart met de voorbereidingen voor het onderzoek. Vanaf deze periode hebben we naast het projectplan een logboek bijgehouden, waarin we de gevolgde route hebben opgenomen, met een verantwoording van gemaakte keuzes. Het onderzoeksvoorstel werd afgerond en tegelijkertijd werd er gewerkt aan de voorbereidingen voor de interviews.

### **Topiclijst**

Er is een topiclijst gemaakt, deze is diverse keren bijgesteld omdat de vraagstelling ook een paar keer werd aangescherpt. Tevens hebben we ons georiënteerd op vaardigheden, die we nodig hadden voor het afnemen van de interviews. Over de inhoud van de topiclijst vond overleg plaats met de projectleider en de maatschappelijk werker, die nauw betrokken is bij het project. Na enkele bijstellingen werd duidelijk dat onze vraagstelling en topiclijst een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren aan de werkzaamheden van de projectgroep.

Tineke en ik spraken elkaar zeer regelmatig en probeerden deze contacten zoveel mogelijk te combineren met de colleges, interviews en andere activiteiten. We hebben een vroege start gemaakt en hard gewerkt om de voortgang er in te houden. De samenwerking verloopt heel goed, feedback uitwisseling vindt plaats en we kunnen elkaar goed motiveren.

### **Werven van respondenten**

Vanaf begin oktober heeft onze docent begeleider, tevens projectleider van het KOPP-project in het UCP, multidisciplinaire overleggen bezocht van de verschillende teams binnen het cluster Angst- en Stemningsstoornissen. Doel was om alle hulpverleners van het cluster te informeren over activiteiten van het KOPP-project. Tegelijkertijd heeft zij respondenten geworven voor onderzoek. Zo kregen we een lijstje met enkele namen van verpleegkundigen van de opname afdeling, die zich hadden opgegeven voor een interview. Deze verpleegkundigen konden wij dus rechtstreeks benaderen voor een afspraak. Echter om een gespreide samenstelling van respondenten te verkrijgen, met een verdeling klinisch/dagbehandeling/polikliniek, man/vrouw, jongere/wat oudere verpleegkundigen en

meer/minder werkervaring in het UCP zijn ook verpleegkundigen van de andere afdelingen benaderd. Dit is in eerste instantie via de mail gegaan, waarbij verpleegkundigen van de overige afdelingen van het cluster Angst- en Stemningsstoornissen zijn gevraagd om deel te nemen aan een interview. Na vervolgens nog een persoonlijke benadering zijn er voldoende respondenten geworven.

### **Het afnemen van de interviews**

Op 8/10/17 is het eerste interview afgenomen, dit hebben we gezien als een proefinterview, waarbij we gekeken hebben of de antwoorden die naar voren kwamen beantwoordden aan de vraagstelling. De topiclijst werd bijgesteld en compacter gemaakt.

Na twee volgende interviews van beide onderzoekers zijn de ervaringen uitgewisseld. De topiclijst voldeed en de interviews leverden waardevolle informatie om de vragen te beantwoorden. De interviews zijn opgenomen en woordelijk uitgetypt. Van elk interview is een verslag gemaakt voor de respondent. De verslagen zijn verstrekt aan de respondenten met de vraag of de respondent zich herkende in het verslag en/of dat er mogelijk nog wijzigingen aangebracht moesten worden. Indien er nog vragen resteerden zijn deze aanvullend gesteld als aanvulling op het interview. In eerste instantie zijn er vier interviews afgenomen, waarna we geëvalueerd hebben. Wat waren de ervaringen bij het afnemen van de interviews? Zijn we op de goede weg? We kwamen tot de conclusie dat er veel diverse en waardevolle informatie verzameld was. Van data saturatie was nog geen sprake. Vervolgens zijn er nog twee interviews gepland en uitgevoerd. Eén van de respondenten bleek over veel specifieke kennis en ervaring te beschikken, vanuit eerdere werkzaamheden binnen een werkgroep KOPP in het UCP. Het interview leidde af naar de ervaringen uit het verleden, hoewel verpleegkundige veel specifieke informatie kon geven. Omdat de antwoorden afweken vanwege de voorkennis en de vraagstelling over de huidige situatie hebben we dit interview in overleg met onze docenten geëxcludeerd. De antwoorden zouden mogelijk een vertekend beeld geven binnen het onderzoek. De respondent is hierover ingelicht. Vervolgens is er een andere respondent gezocht. Overigens bleek op een later moment (na overleg met specialisten kwalitatief onderzoek van het VU medisch centrum te Amsterdam) dat deze respondent juist bij zou kunnen dragen aan variatie in de verzamelde informatie en behoeft deze niet geëxcludeerd te worden. Gezien de beperkte tijd die overbleef om alsnog dit interview mee te nemen, worden de gegevens bewaard om in een vervolg op dit onderzoek alsnog mee te nemen.

### **Het analyseren van de gegevens**

#### **- Het open coderen (stap 3 en 4)**

Na de uitwerking van de eerste vier interviews zijn we gestart met het analyseren. We hebben eerst twee transcripten gecodeerd om vervolgens onze ervaringen te delen. Omdat we beide hier geen ervaringen mee hebben, zijn we experimenteel aan de slag gegaan.

De ene onderzoeker hanteerde de stappen van Verhoeven en had labels ontworpen en de ander onderzoeker had de topics gebruikt als label en op die manier de antwoorden geselecteerd en verzameld. We hebben overlegd wat het ons had opgeleverd en hoe we verder moeten gaan en hebben de docenten hierbij betrokken. Er kwam wel een beeld naar voren, echter we twijfelden over de resultaten. Onze docent begeleider gaf aan dat de stappen van Verhoeven voldoende zouden moeten zijn voor het analyseren van de geplande zes interviews. De projectleider gaf aan dat Atlas ti zou kunnen helpen met analyseren. Echter het kost ook tijd om te leren werken met dit programma, tijd die er eigenlijk niet was.

In overleg met de docenten is besloten om door te gaan met coderen aan de hand van de topics, dit gaf namelijk meer duidelijkheid. De methode Verhoeven zal verder gevolgd

worden. Vervolgens zijn de eerste vier interviews gecodeerd en alle gegevens zijn samengebracht in één document. Met andere woorden onder alle topics zijn alle fragmenten van de verschillende respondenten bijeengebracht. Iedere respondent kreeg een eigen kleur, zodat achteraf goed te traceren was van wie welk fragment kwam, dit zou weer van pas komen voor het onderzoeksverslag.

#### **- Het beoordelen van de fragmenten**

Om te beoordelen of de fragmenten onder dezelfde label geordend werden, hebben de onderzoekers samen de fragmenten gescreend en beoordeeld 'wat hoort waar?' en 'geven wij aan het fragment dezelfde betekenis?'. De onderzoekers maakten gebruik van losgeknipte fragmenten, die onder een label weggelegd werden. Hierbij werd er geargumenteed en gediscussieerd over de verschillende gedachtes en interpretaties, waarbij de fragmenten geordend zijn in positief, negatief of iets er tussenin. Deze onderverdeling gaf een mooi beeld, met aan de ene kant veel kennis en vaardigheden en aan de andere kant hiaten in kennis en vaardigheden. Waar aan de ene kant veel vragen leefden, lagen er aan de andere kant al antwoorden. Tussendoor werden er meerdere brainstormsessies gedaan, met tekeningen op papier.

In een volgende setting kregen we de ondersteuning van de docent begeleider en van een onderzoek deskundige van het UCP. Benadrukt werd om de ordening en interpretaties nog eens kritisch te beoordelen en te letten op het indelen van de fragmenten in een bevorderende of belemmerende factor, gezien vanuit het gedrag van de respondent 'Welk gedrag neem je waar?'. De onderzoeker wees ons op het gevaar om gegevens zelf te interpreteren en er een kleur aan geven. Ook adviseerde zij om er nog een of twee externe personen (interbeoordelaars) naar te laten kijken om te beoordelen of de interpretaties kloppen. Tevens moeten de topics geoperationaliseerd worden; duidelijk omschrijven wat er bedoeld wordt met de begrippen (zie bijlage 1).

Ondertussen zijn ook de fragmenten van de laatste twee interviews toegevoegd. We kregen nu een goed overzicht en op hoofdlijnen was er sprake van saturatie, dat wil zeggen dat er op de hoofdlijnen werden soortgelijke uitspraken gezien. Hoewel de gegevens ook steeds weer nieuwe vragen oproepen. Voor deze vragen zijn de transcripten nogmaals ingezien en of zijn respondenten nog aanvullend benaderd. Deze gegevens zijn aanvullend vastgelegd, ook in de verslagen van de respondenten.

Vervolgens hebben de onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, de fragmenten nogmaals geordend onder de labels en vergeleken met elkaar. De conclusie was dat er enkele uitzonderingen werden gezien, maar dat er consensus was over de ordening van de fragmenten. Onduidelijkheden zijn besproken, waarbij er keuzes zijn gemaakt in de context van het interview. De onderzoekers hebben mogelijkheden voor intercollegiale toetsing overwogen en zullen dit nog met de docenten bespreken.

#### **- Axiaal coderen (stap 5, 6 en 7)**

De volgende stap die is gemaakt is het aanbrengen van een ordening in groepen en subgroepen. Alle fragmenten waren al gesorteerd onder labels, namelijk volgens de rangschikking van de topics. De fragmenten werden nu op een andere manier gegroepeerd, waarbij een keuze werd gemaakt 'wat hoort bij elkaar; associaties en combinaties?' en 'onder wat voor groep of subgroep kan dit geplaatst worden?', 'en welke naam geef je hier aan?'. De onderzoekers hebben dit wederom onafhankelijk van elkaar gedaan, experimenteel, met de gegevens van de eerste topic. De ontstane groepen en subgroepen van topic 1 zijn naast elkaar gelegd, waarbij wederom geargumenteed en gediscussieerd werd waarom bepaalde fragmenten onder welke groep zijn geplaatst. Door deze samenspraak zijn de groepen en

subgroepen opnieuw gelabeld, dat wil zeggen 'welke naam wordt gegeven aan deze groep?' Tijdens deze discussies werd ook duidelijk welke mogelijke verbanden er bestaan.

Vervolgens zijn alle fragmenten onder deze labels opnieuw samengebracht en waar nodig is er nieuwe groep aangemaakt. Nogmaals zijn alle fragmenten onafhankelijk van elkaar beoordeeld en bediscussieerd. Zoals het onderbrengen van de fragmenten van de ouder informatiebijeenkomst en een psychische aandoening 'moet dit apart als groep? of er juist in verweven worden, om verbanden duidelijker te laten worden?' Zo ontstond er een structuur, de volgende stap moet de relaties verduidelijken, zoals het hebben van te weinig kennis over de impact van KOPP problematiek bij verpleegkundigen heeft gevolgen voor de kwaliteit van informeren, motiveren en ondersteunen van ouders bij eventuele problemen met de kinderen.

#### **- Selectief coderen (stap 7)**

Een verder analyse is gemaakt door veel na te denken over de hiërarchie, wat is nu de kern? En wat hangt daar aan vast? En wat voor gevolg heeft het één voor het ander? Wat is het belangrijkste, wat komt daarna enz, waardoor er meer samenhang ontstond.

Door middel van verschillende tekeningen is geprobeerd verbanden te leggen, waardoor de gegevens nogmaals zijn gestructureerd en gecomprimeerd, waarbij ook een rangorde is gemaakt. Er kon nu een diagram worden gemaakt, die ook richting geven aan de probleemstelling en vraagstelling.

#### **- Stap 8 De resultaten in verband brengen met de probleemstelling/vraagstelling**

De resultaten zijn uitgeschreven door middel van de gespreksfragmenten. De volgende stap is een vertaling maken naar de kern van de uitspraken. Dit al leiden naar de antwoorden op de vraagstelling.

#### **Planning en volgnummers interviews**

In verband met de privacy van de respondenten is dit alleen bekend bij de projectgroep. Hier is voor gekozen omdat door de kleine populatie en steeproef de respondenten te herleiden zijn.

## Bijlage 5 Anti-plagiaatverklaring



### Anti-plagiaatverklaring

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen, 8 januari 2018

Student 1: Yvonne Heller, handtekening:

Student 2: Tineke Zwaagstra, handtekening:

**share** your talent. **move** the world.