

‘De CPV, wat wil je ermee?’

De behoefte van verpleegkundigen ten aanzien van de ondersteuning door consultatief psychiatrisch verpleegkundigen in een algemeen ziekenhuis.

onderzoeksartikel

Naam	: Jucetta D.M. Klasema
Studentnummer	: 3371557
Werkstuk	: definitief afstudeer werkstuk
Datum	: 2 juli 2010
Tijdschrift	: International Journal of Mental Health Nursing (IJMHN)
Aantal woorden	: 5178
Aantal woorden samenvatting	: 273
Aantal woorden abstract	: 299
Gehanteerde referentiestijl	: Harvard
Begeleider	: G. Roodbol MSc
Blokdocent	: Dr. W.J.G. Ros
Stage instelling	: Dimence instelling voor GGZ
Opleiding	: Masteropleiding Verplegingswetenschap
Opleidingsinstituut	: Universiteit Utrecht

Samenvatting

Doel : De doelstelling van dit onderzoek was beantwoording van de vraag welke behoeften verpleegkundigen van een algemeen ziekenhuis hebben ten aanzien van ondersteuning door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige bij de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische comorbiditeit.

Methode: Er werd een beschrijvend, praktijkgericht wetenschappelijk behoeftenonderzoek met een concurrent mixed methods design gebruikt. Door middel van vragenlijsten en een focusgroepinterview zijn kwantitatieve- en kwalitatieve data verzameld en geanalyseerd om een kwalitatieve onderzoeksvraag te beantwoorden.

Resultaten: Uit de resultaten bleek behoefte bij een ruime meerderheid van de respondenten aan ondersteuning door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige bij de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek; behoefte aan meer kennis en vaardigheden en daarnaast behoefte aan overname van de zorg voor patiënten ten aanzien van hun psychiatrische problematiek. Er bleek vooral behoefte aan ondersteuning bij patiënten met gedragsproblemen en psychosen. Behoeften van respondenten varieerden per afdeling, maar ook daarbinnen. Vanuit het focusgroepinterview kwamen de thema's samenwerken, leren, overnemen van zorg, hulpmiddelen voor diagnostiek en behandeling en de beheersbaarheid van de zorgsituatie naar voren.

Discussie en conclusie: Het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden bij verpleegkundigen leidt niet vanzelfsprekend tot behoefte aan voorlichting en educatie en kan leiden tot inadequate communicatie met en bejegening van patiënten met psychiatrische problematiek. De rol van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige moet zich richten op het bieden van consult en liaison om te kunnen komen tot consultatie, op basis van de taakvolwassenheid van een team. De consultatief psychiatrisch verpleegkundige moet zich als cultuurmakelaar opstellen om te komen tot integrale, somatische en psychiatrische zorg, met aandacht voor de vaak complexe beleving van patiënten met psychiatrische problematiek, zodat de zorg beter aansluit bij hun behoeften.

Trefwoorden: Behoeften, consult, consultatie, Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige, verpleegkundigen algemeen ziekenhuis

Introductie

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat 20% van de bevolking een psychiatrische stoornis heeft. Psychiatrische problematiek is geobserveerd bij 30%(Leentjens et al. 2004), 50% (Robinette 1996) tot 66%(Grant, Meller & Urevig 2001)van de opgenomen patiënten in een algemeen ziekenhuis (AZ). Psychiatrische comorbiditeit resulteert mede in een langere opnameduur van patiënten in een AZ(Wancata et al. 2001).

Verpleegkundigen in een AZ krijgen in hun werk in meer of mindere mate te maken met patiënten die naast hun somatische zorgvraag psychiatrische problematiek hebben. Uit literatuur blijkt dat verpleegkundigen zich onvoldoende toegerust voelen om adequaat met patiënten met psychiatrische problematiek om te gaan(McNamara et al. 2008, Sharrock et al. 2006, Sharrock, Happell 2001). Vanuit deze gedachte is de Consultatieve Liaison Psychiatrie (CL-Psychiatrie) ontstaan. Het doel van de CL-psychiatrie is het identificeren van kwetsbare mensen door middel van regelmatig contact met zorgprofessionals en hen te leren met veel voorkomende psychiatrische problemen om te gaan. Liaison-psychiatrie richt zich op het systeem dat zorg verleent aan de patiënt waarbij de educatieve en pedagogische functie voorop staat. Het begrip 'liaisoncontact' is gebrekkig geoperationaliseerd. Het contact beperkt zich doorgaans tot een consult op afroep door een psychiater. Het liaisoncontact wordt mede vormgegeven door de inzet van Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen(CPV) (Leentjens et al. 2004). Omschreven taken en competenties van de CPV baseren zich overwegend op de 'Standards of psychiatric Consultation Liaison Nursing Practice' van de American Nurses Association(ANA)(1990). De ANA stelt dat doelstellingen van de CPV gericht zijn op patiënten en op consultvragers met een primaire focus op directe ondersteuning aan patiënten en hun naasten. De secundaire focus is het faciliteren van de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen en overige zorgverleners. De CPV biedt hen consultatie zodat zij zich kunnen bekwamen en zelfvertrouwen kunnen ontwikkelen om geestelijke gezondheidsproblematiek van hun patiënten adequaat te hanteren(American Nurses' Association Council on Psychiatric and Mental Health Nursing 1990).

Consultatie betekent het toepassen van een methode gericht op de hulpverlener terwijl consult zich primair richt op de zorgverlening aan de patiënt. Caplan(1995) stelt dat de focus van de CL-psychiatrie moet liggen op het beter toerusten van de consultvragers op haar taak bij geestelijke gezondheidsproblemen van patiënten. Ook wordt consult verlenen, consultatie en liaison als complementair gezien(Robinette 1996). Er is niet aangetoond dat consultaties leiden tot veranderd gedrag bij verpleegkundigen in de algemene gezondheidszorg(Sharrock et al. 2006, Bower, Sibbald 2000). Wel komt in de literatuur naar voren dat verpleegkundigen in het AZ zich gesteund voelen door interventies van de CPV en dat zij zich doorgaans niet

toegerust voelen om aan de specifieke behoeften van patiënten met psychiatrische problematiek tegemoet te komen (Sharrock, Happell 2001, Arnold, Mitchell 2008, de Jonge, Latour & Huyse 2003, Ragaisis 2005, Sharrock, Happell 2000). Er is geen onderzoek beschikbaar dat aangeeft welke behoeften verpleegkundigen in een AZ hebben ten aanzien van ondersteuning van CPV in de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische comorbiditeit.

In het AZ het 'Deventer Ziekenhuis' is sinds oktober 2008 sprake van een pilot van twee jaar met inzet van een Full Time Eenheid (FTE) CPV vanuit Dimence, een instelling voor GGZ. Tot oktober 2008 werden er slechts op afroep gemiddeld 200 consulten per jaar door een psychiater en arts-assistent geleverd. Op grond van de eerder genoemde cijfers over psychiatrische comorbiditeit bij patiënten in een AZ (Leentjens et al. 2004, Robinette 1996, Grant, Meller & Urevig 2001) kan worden verondersteld dat er sprake is van onvoldoende herkenning, onderkenning en behandeling van psychiatrische problematiek bij patiënten in het Deventer Ziekenhuis. Het vormgeven van een liaisoncontact zou een positieve bijdrage kunnen leveren ten aanzien van het signaleren van psychiatrische problematiek bij patiënten. Ten behoeve van dit liaisoncontact zijn twee CPV-en ingezet. Hieraan voorafgaand is geen behoeftenonderzoek gedaan. Sinds ruim een jaar wordt consultatie door CPV-en aangeboden. Het is onbekend of en in welke mate aansluiting bestaat bij de behoeften van verpleegkundigen in het Deventer Ziekenhuis. Om de CPV te kunnen evalueren is het noodzakelijk om de behoeften ten aanzien van deze dienstverlening te onderzoeken.

Probleemstelling

In het Deventer Ziekenhuis is een pilot gestart met een FTE CPV vanuit Dimence, een GGZ instelling. Het is niet duidelijk of de dienstverlening door de CPV voldoende tegemoet komt aan de behoeften van verpleegkundigen in het Deventer Ziekenhuis ten aanzien van ondersteuning bij de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische comorbiditeit.

Doelstelling

Op basis van de resultaten van het onderzoek:

- De functie van CPV afstemmen op de behoeften van verpleegkundigen van het Deventer Ziekenhuis.
- Een onderbouwd advies geven aan de Raad van Bestuur van het Deventer Ziekenhuis aangaande de CPV functie in relatie tot de behoeften van verpleegkundigen

- Een evaluatie instrument ontwikkelen om de CPV functie te kunnen evalueren.

Vraagstelling

Welke behoeften hebben verpleegkundigen van het Deventer Ziekenhuis ten aanzien van ondersteuning door een CPV bij de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische comorbiditeit?

Methode

Design

Het type onderzoek betreft een praktijkgericht(Boeije 2005) beschrijvend wetenschappelijk behoeftenonderzoek (needs assessment)(Polit, Beck 2007). Er is gebruik gemaakt van een concurrent mixed methods design(Tashakkori, Teddlie 2002) waarbinnen kwalitatieve en kwantitatieve data onafhankelijk en parallel verzameld en geanalyseerd zijn om een kwalitatieve onderzoeksvraag te beantwoorden. Er is gebruik gemaakt van vragenlijsten en van een focusgroepinterview.

Locatie

Het onderzoek is uitgevoerd in een topklinisch AZ, het 'Deventer Ziekenhuis', met 477 bedden, 2090 medewerkers waarvan 573 verpleegkundigen, exclusief verpleegkundigen in leidinggevende posities en leerling-verpleegkundigen. Het ziekenhuis beschikt niet over het specialisme psychiatrie. De psychiatrische zorg voor en behandeling van patiënten is uitbesteed aan een regionale instelling voor GGZ.

Kwantitatief vragenlijstonderzoek

Dataverzameling vragenlijsten

In het kwantitatief deelonderzoek is met behulp van vragenlijsten geïnventariseerd hoeveel verpleegkundigen op de onderzoekslocatie, behoefte hebben aan in de vragenlijst gedefinieerde aspecten van ondersteuning door de CPV.

Voor de dataverzameling zijn vragenlijsten verstuurd naar 390 verpleegkundigen van het AZ. Vragenlijsten zijn beschikbaar gesteld via een internetlink, e-mail en op papier met daarbij een informatiebrief met toelichting over het onderzoek. Met het invullen van de vragenlijst gaven de respondenten informed consent.

Om de respons te verhogen vond e-mail contact plaats en een rondgang langs de afdelingen van het ziekenhuis door de onderzoeker. De dataverzameling vond plaats in de periode van januari tot maart 2010.

Variabelen en meetinstrument

De vragenlijst voor dit onderzoek was onderverdeeld in de subcategorieën algemeen en behoeften. De vragenlijst bestond uit demografische- en functiegerelateerde meerkeuzevragen, gevolgd door zes algemene vragen en 17 vragen naar behoefte, rating questions op een schaal van 0 tot 10 met antwoord alternatieven 'geen-volledig' en 'niet-heel erg veel'. Vervolgens drie meerkeuze vragen en twee open vragen (bijlage I).

De vragenlijst is zelf ontwikkeld. De inhoudsvaliditeit, bepaald door vijf experts, is volgens de criteria van Lynn(1986) excellent met een I-CVI van 0.92 en een S-CVI van 0.95. De interne consistentie van de 23 rating questions is hoog (Cronbachs alpha =.92) wat betekent dat er een aanwijzing is dat de items verwijzen naar een gemeenschappelijk onderliggend concept.

Steekproef

De onderzoekspopulatie bestond uit 390 verpleegkundigen (tabel 1), betrokken bij de uitvoerende zorg op een specifieke afdeling om vergelijkingen tussen afdelingen mogelijk te maken. Zij kregen een vragenlijst toegestuurd. De totale populatie verpleegkundigen bestond uit 573 verpleegkundigen.

Inclusiecriteria

- Verpleegkundigen van de klinische afdelingen, de afdelingen Hartbewaking, Intensive Care, Spoedeisende hulp, Dialyse en Verloskunde

Exclusiecriteria

- Verpleegkundigen in managementfuncties
- Leerling-verpleegkundigen
- Verpleegkundigen in de invalpool

Data analyse vragenlijsten

De uitkomsten van de vragenlijsten zijn verwerkt met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 17 ten behoeve van beschrijvende statistiek. De gemiddelde scores van respondenten werden berekend voor de 10 punts vragen over behoeften. Daarnaast werd een dichotome score berekend (1 behoefte; 2 geen behoefte) waarbij een score van zes of hoger werd opgevat als behoefte. Er is een variantie-analyse (ANOVA-Oneway) uitgevoerd om eventuele verschillen in behoeftes aan ondersteuning door een CPV tussen de diverse demografische en functie gerelateerde variabelen aan te kunnen tonen. De effect size (ES) is vastgesteld om behalve statistisch significante

verschillen ook aanwijzingen voor eventuele klinisch relevante verschillen vast te stellen (Kazis, Anderson & Meenan 1989).

Kwalitatief onderzoek: Focusgroep

Dataverzameling focusgroep

Een kwalitatief deelonderzoek is gedaan door middel van een focusgroep interview met vier verpleegkundigen. Het focusgroep interview is op een rustige locatie met een ronde tafel opstelling (Krueger, Morgan & King 1998) gehouden en duurde twee uur. De rol van de interviewer is door de onderzoeker ingenomen met ondersteuning van een secondant (Krueger, Morgan & King 1998, Evers, Boer 2007). De onderzoeker en secondant waren niet betrokken bij de zorg die geleverd wordt in het ziekenhuis.

Als interviewmodel is gekozen voor het riviermodel om diepte aan te brengen ten aanzien van de onderzoeksvraagstelling door het stellen van een hoofdvraag, door te vragen en vervolgvragen te stellen (Evers, Boer 2007). Er is gebruik gemaakt van een conversatiehulp (Evers, Boer 2007). De vertrouwelijkheid van de inhoud van het interview is door de interviewer benadrukt. Het focusgroepinterview vond plaats in maart 2010.

Steekproef

De participanten van de focusgroep zijn geselecteerd op basis van een 'self-selected' sample (Evers, Boer 2007). Verpleegkundigen hebben zichzelf opgegeven via de vragenlijst.

Data analyse focusgroep

Van het interview zijn geluidsopnamen gemaakt. De focusgroep interviewopnames zijn verbatim getranscribeerd door de onderzoeker (Krueger, Morgan & King 1998). Voor het transcriberen van het focusgroep interview is gebruik gemaakt van het programma F4 en voor het coderen van de resultaten van het programma MaxQDA. Paragrafen en zinnen zijn gecodeerd door essentiële ideeën te extraheren en te labelen. De coderingen zijn gereduceerd tot categorieën op basis waarvan thema's naar voren kwamen (Holloway, Wheeler 2002) met betrekking tot de behoeften van verpleegkundigen ten aanzien van ondersteuning bij de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische problemen.

Objectiveringsstrategieën toegepast om de trustworthiness (Holloway, Wheeler 2002) van de dataverzameling en data-analyse van het focusgroepinterview te versterken waren het houden van een oefeninterview, member checking, het bijhouden van een audit trail, peer review door medestudenten en supervisie van de universiteitsdocent en de onderzoeksbegeleider.

Resultaten

Vragenlijsten

Onderzoeksgroep

Er zijn 390 verpleegkundigen aangeschreven. De respons bestond uit 156 vragenlijsten (40%); 135 vrouwen (86,5%) en 21 mannen (13,5%). Er was sprake van een goede spreiding over inservice, MBO en HBO opgeleiden, qua leeftijd en ervaringsjaren in de zorg. Bijna de helft van de respondenten werkte meer dan 31 uur per week.

De hoogste respons kwam van de SEH/UZ, de hartbewaking en de afdeling C2. In tabel 2 is de verhouding van de respons van de afdelingen weergegeven. De demografische en functiegerelateerde gegevens zijn weergegeven in tabel 2 tot en met 6.

Tabel 2,3,4,5,6

Omdat niet is voldaan aan de assumpties van homogeniteit van varianties (Levene's toets voor homogeniteit van varianties) voor de ANOVA toets is gebruik gemaakt van de Brown-Forsythe toets. Voor de post-hoc analyses is gebruik gemaakt van de Games-Howell toets omdat er sprake was van ongelijke groepen (Field 2009). De effect size (ES) is weergegeven vanaf een verschil van 0.2 standaarddeviatie (SD) (lage E.S.). Bij het bepalen van verschillen in gemiddelde scores is een verschil van 0.5 SD (gemiddelde ES) tussen de hoogste en laagste score ten opzichte van de gemiddelde score, opgevat als een indicatie voor klinische relevantie (Kazis, Anderson & Meenan 1989). Tussen alle variabelen kwamen verschillen voor. Dit onderzoek beperkt zich tot de analyse van de verschillen tussen afdelingen. Deze verschillen bleken het grootst en het meest frequent voor te komen.

Behoeften aan ondersteuning door de CPV algemeen

Respondenten gaven aan in het algemeen behoefte te hebben aan ondersteuning in de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische problematiek (90%), aan meer kennis en vaardigheden ten aanzien van die zorgverlening (84%) en aan overname van die zorgverlening door een CPV (85%). Er bleek een significant verschil ($p < 0.05$) ten aanzien van de behoefte aan overname van de zorg tussen afdelingen. De afdeling C2 had een geringere behoefte aan overname van de zorg ten opzichte van de SEH en de afdeling G2 (Tabel 7).

Tabel 7

De ES (> 0.5) gaf aanwijzing voor een geringere behoefte van de respondenten van de afdeling C2 aan ondersteuning in het algemeen.

Behoeften bij ondersteuning bij specifieke psychiatrische problematiek

Een ruime meerderheid van de respondenten heeft behoefte aan ondersteuning ten aanzien van alle items (minimaal 60%). De grootste behoefte aan ondersteuning door de CPV bestond bij respondenten bij patiënten met gedragsproblemen (94%) en in de zorg aan patiënten met een psychose (92%). Relatief geringe behoefte bestond aan ondersteuning bij rouw(60%), somatisch onbegrepen lichamelijke klachten(66%) en de begeleiding van naasten van de patiënt (67%). Tabel 8 laat de verschillen zien in specifieke behoeftes aan ondersteuning door de CPV per afdeling.

Tabel 8

Er bleken significante verschillen tussen afdelingen in de behoefte aan specifieke ondersteuning door een CPV. Deze verschillen konden voor een belangrijk deel worden verklaard door minder behoefte aan ondersteuning bij respondenten van de afdeling C2. Bij de post-hoc analyses ($p < 0.05$) bleek op de afdeling C2 minder behoefte aan ondersteuning bij fixatie in vergelijking tot de afdelingen SEH, A2 en G2, bij zorg aan psychotische patiënten in vergelijking tot de afdeling G2, na een suïcidepoging in vergelijking tot de afdelingen A2, D2, E2, G2 en dialyse en bij verslavingsproblematiek in vergelijking tot de afdelingen A2, D2 en dialyse. Bij de ondersteuning bij eetstoornissen en begeleiding van naasten van de patiënt hadden de afdelingen SEH en C2 minder behoefte aan ondersteuning ten opzichte van de afdeling E2. Bij gedragsproblematiek en somatisch onbegrepen lichamelijke klachten gaven de post-hoc analyses geen significante verschillen. Er waren aanwijzingen ($ES > 0.5$) voor minder behoefte bij de afdeling C2 en B2 ten opzichte van de afdeling E2. Er was een aanwijzing voor minder behoefte aan ondersteuning bij angst op de afdeling B2.

Algemeen

De frequentie waarmee verpleegkundigen op deze open vraag aangaven het afgelopen jaar geconfronteerd te zijn met patiënten met psychiatrische problematiek varieerde per afdeling. De SEH/UZ scoorde het hoogst met 69% meer dan 25 keer of 'vaak' en 12% meer dan 50 keer. Op de klinische afdelingen A2, B2, C2, D2, E2, G2 was dit gemiddeld 23% meer dan 25 keer of 'vaak' en 45% 5 tot 25 keer. De afdelingen A1, dialyse en hartbewaking scoorden met respectievelijk 80%, 60% en 35% 5 tot 25 keer.

De meerderheid van de verpleegkundigen(78%) wilden zelfstandig de CPV kunnen inschakelen en de beschikbaarheid van een CPV(56%: SEH/UZ 96%, HB 78%) voor 24 uur per dag.

De respons op de tweede open vraag bracht geen nieuwe aspecten naar voren ten opzichte van de informatie uit de vragenlijsten of focusgroep.

Tabel 9 geeft een overzicht van de vragen en de respons van de overige algemene vragen.

Tabel 9

Er was sprake van een verschil tussen de afdelingen ($p < 0.05$) met betrekking tot de vraag of het als taak werd gezien om zorg te verlenen aan psychiatrische problematiek van patiënten. De post-hoc analyse liet verschillen zien ($p < 0.1$) met lagere scores tussen de afdelingen SEH/UZ en A2 in vergelijking tot de afdelingen A1 en HB. Er waren aanwijzingen voor verschillen in kennis en vaardigheden met de laagste score voor C2 (ES 0.46) en de hoogste voor D2 (ES 0.46) en het kunnen signaleren van psychiatrische problematiek met de laagste voor C2 (0.42) en de hoogste score voor de afdeling G2 (ES 0.72).

Focusgroepinterview

De behoeften van verpleegkundigen ten aanzien van ondersteuning door een CPV werd ook belicht door een focusgroep interview. Door analyse van de data werden de volgende vijf hoofdthema's geïdentificeerd; (I)samenwerken, (II)leren (III) overnemen van zorg (IV)hulpmiddelen bij behandeling en diagnostiek (V)beheersbaarheid van de zorgsituatie. De data gaven een uitgebreide bespreking van deze thema's die voor de doelstelling van dit onderzoek slechts kort zullen worden benoemd. De focusgroep is samengesteld op basis van zelfselectie. Op basis van de beschikbare kandidaten was het niet mogelijk een doelgerichte steekproef te doen. Op de afspraak met zes verpleegkundigen, verschenen vier voor het geplande interview.

Participanten waren drie vrouwen en een man van de afdelingen SEH/UZ, IC, B2 en G2. Een inservice-A en 3 HBO opgeleiden. Twee participanten waren jonger dan 25 jaar en minder dan 5 jaar werkzaam in de zorg en de andere twee participanten waren in de leeftijdscategorie 41-50 en meer dan 50 jaar en waren tussen de 21 en 30 jaar werkzaam in de zorg.

Navraag bij participanten of en hoe de reeds geïmplementeerde functie van de CPV de huidige behoeften heeft beïnvloed leverde geen duidelijke informatie op.

Samenwerken

De behoeften die werden aangegeven door participanten van het focusgroep interview waren voor een belangrijk deel gericht op een goede samenwerking tussen de CPV en de verpleegkundigen in het AZ. Genoemd werd communicatie, feedback, goede overdracht, op een lijn zitten qua benadering van een patiënt, rapportage en terugkoppeling van interventies

door de CPV, behalve mondeling ook in een gemeenschappelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en de mogelijkheid om via het EPD consultatie aan te vragen naast telefonisch contact voor spoed.

Er is behoefte aan een CPV die inzet, assertiviteit en doorzettingsvermogen toont en laagdrempelig is in contact. Dit is nodig om verpleegkundigen in het AZ aan hun inbreng te laten wennen, deze te leren accepteren en te waarderen. Dit proces kost tijd, aldus de participanten. De CPV zou er primair voor verpleegkundigen moeten zijn en meer indirect voor de patiënt.

“Die arts-assistent is er voor de patiënt en dan heb ik wat meer aan die CPV die mij kan assisteren bij hoe of wat ...”

Participanten uitten de behoefte dat de CPV zich bewust is van belemmeringen op de werkvloer en dat ze daar rekening mee houden. Ze noemden werkdruk, weinig tijd of energie, de onvoorspelbaarheid van de werkzaamheden. Zij benoemden bij zichzelf en collega's een sterke gerichtheid op somatisch functioneren en een negatieve attitude ten aanzien van patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan of patiënten met psychiatrische problematiek in het algemeen. Zij verklaarden dit door een gebrek aan kennis en vaardigheden met betrekking tot de omgang met die patiënten. Ze benoemden verder als mogelijke belemmerende factor een cultuur van het zelf willen oplossen en geen hulp vragen van andere disciplines, waardoor hulp pas gevraagd wordt bij escalatie of dreigende escalatie bij gedragsproblematiek van patiënten. Ook het werken volgens rituelen en routines zou belemmerend kunnen. Het kost tijd en moeite om deze te doorbreken ten behoeve van nieuwe interventies en te komen tot gedragsverandering.

Participanten gaven aan dat het door de breedte van het verpleegkundige beroep moeilijk is ontwikkelingen bij te houden buiten de focus van de doelstelling van de patiëntendoelgroep van de afdeling, waarbij psychiatrie geen prioriteit heeft. De nadruk in het AZ ligt volgens hen op snelle resultaten en korte termijn denken als gevolg van de korte opnameduur van patiënten.

Leren

Er werd behoefte geuit door participanten om te leren van de CPV, aan het bed, door een voorbeeldfunctie. Genoemd werd de behoefte aan advies over de omgang met een patiënt en kennis overdracht door klinische lessen en casuïstiekbespreking aan de hand van de actualiteit. Op basis hiervan willen verpleegkundigen meer inzicht verwerven en vaardigheden opdoen en leren op welke symptomen er gelet moet worden.

“...dat hele stuk psychiatrie (opleiding), 't is toch wel een heel end ver van mijn bed show geweest....”

Ook werd de behoefte geuit om te leren adequaat een gesprek aan te gaan en af te ronden met een patiënt met psychiatrische problematiek, zonder het kunnen aanbieden van oplossingen.

“Maar stiekem denk ik ook wel dat veel collega's dat ook wel eng vinden....om echt door te vragen hoe gaat het nou echt....Ik vind het nog wel eens lastig..... want die bel gaat weer en de telefoon gaat en iemand roept op de gang en ik heb net een beetje ingang en dan moet je weer afronden, dat vind ik een van de lastige dingen als ik met een patiënt in gesprek ben..”

Participanten willen het belang leren inzien van, en leren meer gericht te zijn op interactie met patiënten, door adequaat door te vragen en daarop gericht te rapporteren. Ze gaven aan meer te moeten navragen bij de patiënt in plaats van snel zelf gedrag te interpreteren en conclusies te trekken. Ze willen leren sensitiever te worden voor psychiatrische problemen van patiënten om vervolgens op tijd hulp te kunnen vragen en alle aspecten van de patiënt beter in beeld te brengen.

“na een aantal dagen dat je denkt oh ja, die patiënt is ook nog aan de antidepressiva,...misschien komt het daarvan...dat ze introvert, in zichzelf gekeerd is”

Ook willen ze leren genoeg te nemen met kleine, als onbeduidend ervaren resultaten ten aanzien van het psychosociaal functioneren van patiënten en het leren relativeren van problemen die worden ervaren als een patiënt zich niet helemaal aan het voorgeschreven programma houdt.

“Gewoon dat iemand zegtHeeft ie zich drie dagen niet geschoren? En, whats the problem?”

Overnemen van zorg

Tegenover de behoefte om te leren van de CPV verwoordden participanten de behoefte aan overname van de zorg voor patiënten met gedragsproblematiek door de CPV. Overnemen door problemen met de patiënt op te lossen zodat verpleegkundigen daar even niet mee geconfronteerd worden.

“ik laat alles even los.....fijn ..dan hoef ik even niet meer te confronteren...hoef ik even niet meer de strijd aan te gaan..”

De behoefte werd genoemd aan 24-uurs ondersteuning door de CPV, vooral op de SEH/UZ. Verder werden het regelen van goede psychische nazorg en snelle beoordelingen van patiënten na een TS belangrijk gevonden, zodat die snel weer met ontslag kunnen, evenals het motiveren van patiënten met psychiatrische problematiek voor het opvolgen van de voorgeschreven therapie.

Hulpmiddelen bij behandeling en diagnostiek

Door de participanten werd een behoefte aangegeven om praktische instructies en hulpmiddelen te krijgen ten aanzien van de omgang met patiënten met psychiatrische problematiek. Er werd gesproken over handvatten, instructies, instrumenten, uitleg, tips en trucs, advies, voorschriften, gebruiksaanwijzing, een plan, checklist, scorelijsten, richtlijn, protocol.

“Hoe je het best kan omgaan met zo’n patiënt,..duidelijkheid hè,..de gebruiksaanwijzing... en dat we (verpleegkundige en patiënt) dat dan op een gewone normale rustige menswaardige manier met elkaar rond kunnen breien”

Er werd behoefte geuit aan instrumenten om te objectiveren wat je ziet om aan de hand daarvan te rapporteren en de zorg over te dragen. Een richtlijn qua nazorg werd genoemd en de behoefte aan een checklist op basis waarvan blijkt dat er een indicatie is om consult of consultatie te vragen.

Beheersbaarheid van de zorgsituatie

Door de participanten van het focusgroepinterview werd ook een duidelijke behoefte weergegeven aan rust en controle, de beheersbaarheid van de zorgsituatie op de afdeling, de behoefte de patiënt rustig te houden.

“Ik moet.....die periode overleven samen met de patiënt, dat je patiënt niet gefrustreerd raakt en jij niet gefrustreerd raakt.”

Zolang er geen sprake is van gedragsproblemen bij een patiënt, ervaren verpleegkundigen eigenlijk geen probleem en zullen psychiatrische problemen mogelijk ook niet opgemerkt worden.

“maar een depressie kan als voordeel hebben...dat klinkt dan heel vervelend maar daar heb je geen last van..”

Participanten zagen hier wel een indicatie voor zorginterventies door verpleegkundigen van het AZ, vanuit ethische overweging en vooral als een psychiatrisch ziektebeeld het beloop van de ziekenhuisopname negatief beïnvloedt.

Discussie

De resultaten van dit onderzoek bevestigen de assumptie dat er behoefte is bij verpleegkundigen in het AZ aan ondersteuning door een CPV bij de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische comorbiditeit, vooral bij patiënten met gedragsproblematiek en psychosen. De grote meerderheid van verpleegkundigen vindt dat de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek aandacht behoeft en ervaart een tekort aan kennis en vaardigheden voor de zorgverlening aan die patiënten. Het kwantitatieve en kwalitatieve deelonderzoek bevestigen elkaar daarin. Er blijkt een behoefte aan ondersteuning ten aanzien van alle items van de vragenlijst. In evaluatieonderzoeken bleek een positieve waardering van verpleegkundigen in het AZ ten aanzien van de diensten van de CPV(Sharrock et al. 2006, Sharrock, Happell 2001, Sharrock, Happell 2000, Happell, Sharrock 2002, Newton, Wilson 1990, Sharrock, Happell 2002, Wand, Happell 2001). Er zijn verschillen aangetoond in de behoeften van verpleegkundigen tussen de diverse afdelingen die soms mogelijk verklaard kunnen worden vanuit frequenter contact met patiënten met psychiatrische problematiek en door de doelstelling, patiëntendoelgroep en opname termijn op de afdeling zoals op de SEH/UZ. Soms is er geen aanwijzing voor een mogelijke verklaring voor het geconstateerde verschil in behoefte zoals voor de afdeling C2, die ten aanzien van veel onderwerpen een geringere behoefte heeft aan ondersteuning door een CPV waarbij zij in relatie tot andere afdelingen aangaven over minder kennis en vaardigheden te beschikken en psychiatrische problematiek minder goed te kunnen signaleren terwijl ze dit wel zagen als taak en aandachtsgebied van verpleegkundigen in het AZ.

Grote behoefte blijkt te bestaan aan ondersteuning bij patiënten met gedragsproblematiek en psychosen, overeenkomstig eerdere studies waarin naar voren kwam dat de meeste consultvragen voortkwamen uit gedrags- en psychotische problematiek(Sharrock et al. 2006, Priami, Plati 1997)

Discrepantie lijkt te bestaan in de behoefte zelf te leren adequaat om te gaan met patiënten met psychiatrische problematiek enerzijds en de behoefte aan overname van de zorg voor deze patiënten anderzijds. Ook leidde het tekort dat werd ervaren in kennis en vaardigheden en de behoefte aan meer kennis en vaardigheden niet tot hoge scores op de behoeften aan voorlichting en casuïstiekbespreking. In het focusgroepinterview kwam deze behoefte wel

naar voren met daarbij de behoefte aan het leren door voorbeeld van de CPV aan het bed. Vooral in het focusgroepinterview komt naar voren hoe de behoefte aan een holistische benadering van de patiënt in de dagelijkse praktijk onder druk staat. Dit kwam ook naar voren in onderzoeken van Sharrock en Happell (2000,2006). Holistische zorg faciliteert de fysieke, psychische, sociale, spirituele en culturele aspecten van gezondheid in samenwerking met de patiënt. Verpleegkundigen in een AZ lijken vooral gericht op somatische zorgverlening en voelen zich onvoldoende toegerust om psychosociale zorg te bieden (Sharrock, Happell 2000). Dit lijkt onverminderd op te gaan voor de verpleegkundigen in dit onderzoek, en kan resulteren in onvoldoende begrip, inadequate communicatie en bejegening in relatie tot patiënten met psychiatrische problematiek(Sharrock, Happell 2000, Sharrock, Happell 2006).

Dit leidt tot de vraag hoe consult, consultatie en liaison zich moeten verhouden in de rol en functie van de CPV in het kader van de behoeften van verpleegkundigen. Caplan(1995) stelde consultatie centraal als uitgangspunt voor de rol en functie van de CPV, waar de ANA (American Nurses' Association Council on Psychiatric and Mental Health Nursing 1990) beide benoemt. Uit het focusgroepinterview komt naar voren dat beide behoeftes zich bij verpleegkundigen manifesteren. Een voorkeur van overname van de zorg lijkt zich sterker op een SEH/UZ af te spelen dan op andere afdelingen. Dit komt overeen met eerder onderzoek over de inzet van psychiatrisch verpleegkundigen op de spoedeisende hulp waarbij deze inzet als aanvulling op het team van de spoedeisende hulp als positief en waardevol werd beoordeeld(Wand, Happell 2001, Eales, Callaghan & Johnson 2006, Wand, Fisher 2006). Uit eerder onderzoek kwam ook naar voren dat SEH verpleegkundigen het niet als hun taak zien om te zorgen voor patiënten met psychiatrische problematiek en verpleegkundigen het als onprettig ervaren zorg te verlenen aan patiënten met een psychotische stoornis(Sharrock, Happell 2000). In het focusgroepinterview kwamen ook belemmerende aspecten als werkdruk en prioriteiten bij acute somatische zorgverlening naar voren. Consult of consultatie wordt, zoals blijkt uit dit onderzoek, gevraagd bij gedragsproblemen van de patiënt waar verpleegkundigen hinder van ondervinden. Een reactieve- in plaats van een proactieve houding waarbij het belang van de patiënt centraal staat. Patiënten hebben behoefte aan een onbevooroordeelde benadering, zorgverlening vanuit hun eigen perspectief, een werkelijke afstemming op hun situatie(Baart, Grypdonck 2008, Heijst 2005). Deze zorgverlening kan alleen vorm krijgen als een verpleegkundige zich toegerust voelt om goede zorg te bieden aan een patiënt. Voor een ondersteuning op maat door de CPV aan verpleegkundigen in het AZ, betekent dit dat de CPV zowel consult als consultatie moet bieden. Dit sluit ook aan bij de behoefte van verpleegkundigen om te leren in de praktijk,

door voorbeeld en aan de hand van actuele casuïstiek. Sharrock(2000) stelt ook de rol van de CPV als cultuurmakelaar aan de orde om de kunstmatig gescheiden aandachtsterreinen van zorg te overbruggen. Dit lijkt voor de onderzoekslocatie een aspect van groot belang bij het invullen van de CPV rol. Levy&Lewis(Landrum et al. 1988) geven aan dat de keus voor consultatie, consult of liaison afhankelijk is van de taakvolwassenheid van de afdeling of organisatie waar deze aangeboden wordt. Als het probleem duidelijk is, er weinig weerstand is en er voldoende vaardigheden zijn bij het personeel, is consultatie de beste optie. Consult is meer geïndiceerd als een probleem onduidelijk is en complex, de consultatieve rol niet goed wordt begrepen, consultaties niet effectief zijn gebleken, interventies te complex zijn en de samenwerking moet worden uitgebreid. Liaison is aan de orde als er sprake is van een structureel probleem in de organisatie, als er weinig kennis is en de vaardigheden en houdingsaspecten beperkt zijn, als leren een doel is en bijscholing onvoldoende, en ten behoeve van het intensiveren van de relatie met de organisatie. Vanuit deze indicatiestelling voor consultatie, consult en liaison lijkt het bieden van consult en liaison noodzakelijk om op de onderzoekslocatie te kunnen komen tot consultatie en tot een verbetering van kennis over en daarmee attitude ten aanzien van patiënten met psychiatrische problematiek. Een positieve samenwerking en onderling vertrouwen tussen de CPV en teams in het AZ krijgt meer kans zich te ontwikkelen binnen een regelmatig liaisoncontact. Ook kan de CPV op deze manier geleidelijk de cultuur beïnvloeden naar een van meer aandacht en sensitiviteit voor psychiatrische problematiek van hun patiënten(Sharrock, Happell 2000).

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in één AZ. De generaliseerbaarheid van het onderzoek naar andere algemene ziekenhuizen is daardoor beperkt. De grote diversiteit aan verpleegkundigen die deelnamen aan het onderzoek en de overeenkomsten met evaluatie onderzoeken(McNamara et al. 2008, Sharrock et al. 2006, Sharrock, Happell 2001, Sharrock et al. 2008) geven echter aanwijzingen voor grotere geldigheid van de bevindingen dan op de onderzoekslocatie.

Bij aanvang van het onderzoek was de functie van CPV al een jaar in het ziekenhuis geïmplementeerd. Het is denkbaar dat dit de behoeften van verpleegkundigen ten aanzien van de ondersteuning door de CPV heeft beïnvloed.

De verpleegkundige literatuur over CPV is het afgelopen decennium vooral uit Australië gekomen. Dit kan een eenzijdig beeld geven. Echter op basis van de gevonden overeenkomsten tussen deze literatuur en de onderzoekslocatie in Nederland zijn er geen aanwijzingen gevonden voor fundamentele verschillen.

Conclusie

Verpleegkundigen in een AZ hebben behoefte aan ondersteuning door een CPV, vooral bij patiënten met gedragsproblemen en psychosen. Veel verpleegkundigen ervaren een tekort aan kennis en vaardigheden ten aanzien van psychiatrische problematiek en de omgang met patiënten met psychiatrische problematiek. Dit leidt niet vanzelfsprekend tot een grotere behoefte aan voorlichting en educatie en vaak tot de behoefte aan overname van de zorg door een CPV en kan leiden tot een inadequate communicatie en bejegening ten aanzien van patiënten met psychiatrische problematiek. De inzet van een CPV met gebruikmaking van de aspecten van consult en liaison is noodzakelijk om deze cultuur te doorbreken, consultatie te realiseren en te komen tot integrale, somatische en psychiatrische zorg, met aandacht voor de vaak complexe beleving van de patiënt met psychiatrische problematiek.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen te onderzoeken hoe verpleegkundigen in het AZ te motiveren tot het vergroten van hun kennis en vaardigheden ten aanzien van de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek en hoe de CPV vanuit haar brugfunctie tussen de psychiatrie en het AZ hier op maat een constructieve rol in kan vervullen. Daarbij de vraag hoe de CPV kan differentiëren ten behoeve van verschillende behoeftes aan ondersteuning van verschillende afdelingen met als uitgangspunt de kwaliteit van zorg voor patiënten.

Op basis van de vragenlijst gebruikt voor dit onderzoek kan een evaluatie instrument worden ontwikkeld om de diensten van de CPV in een AZ te evalueren.

Abstract

Aim: The aim of this research was to create clarity about the needs of general hospital nurses, concerning the support of a psychiatric consultation liaison nurse in caring for patients with psychiatric co-morbidity.

Method: A needs assessment research was used, with a concurrent mixed methods design. By means of questionnaires and a focus group interview, qualitative and quantitative data were collected and analysed to answer a qualitative research question.

Results: The results showed a broad need in a large majority of the respondents concerning the support of a psychiatric consultation liaison nurse in caring for patients with psychiatric co-morbidity. A need to acquire more knowledge and skills, as a need to take over the care for patients with psychiatric problems by the psychiatric consultation liaison nurse, was found. The most urgent need of support was found in taking care for patients with problematic behavior and patients with psychoses. Needs differed between and within hospital units. Topics that were elucidated from the focus group interview were working together, learning, helping, treatment- and diagnostic tools, and control of the situation in which care is provided.

Discussion and conclusion: The experienced lack of knowledge and skills by nurses, does not necessarily lead to a need for advice and education and may lead to an inadequate communication and attitude towards patients with psychiatric problems. The role of the psychiatric consultation liaison nurse should focus on providing consult and liaison, to come to consultation, based on how well-equipped nurses are in taking care for all the aspects of wellbeing of their patients, including their psychiatric problems. The psychiatric consultation liaison nurse should act as a culture broker to reach integral somatic and psychiatric care, with attention for the often complex experience of patients with psychiatric problems, so care will better adjust their needs.

Keywords: Consult, consultation, general hospital nurse, needs, psychiatric consultation liaison nurse.

Referentielijst

AMERICAN NURSES' ASSOCIATION COUNCIL ON PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, 1990. Standards of psychiatric consultation-liaison nursing practice. American Nurses' Association Council on Psychiatric and Mental Health Nursing.

ARNOLD, M. and MITCHELL, T., 2008. Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment. *Nursing older people*, **20**(10), 28-34; quiz 35.

BAART, A. and GRYPDONCK, M., 2008. *Verpleegkunde en presentie, een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma, pp. 67-134-179-187.

BOEIJE, H., 2005. *Onderzoeksmethoden*. Uitgeverij Boom.

BOWER, P. and SIBBALD, B., 2000. Do consultation-liaison services change the behavior of primary care providers? A review. *General Hospital Psychiatry*, **22**(2), 84-96.

DE JONGE, P., LATOUR, C.H.M. and HUYSE, F.J., 2003. Implementing Psychiatric Interventions on a Medical Ward: Effects on Patients' Quality of Life and Length of Hospital Stay. *Psychosom Med*, **65**(6), 997-1002.

EALLES, S., CALLAGHAN, P. and JOHNSON, B., 2006. Service users and other stakeholders' evaluation of a liaison mental health service in an accident and emergency department and a general hospital setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, **13**(1), 70-77.

EVERS, J.C. and BOER, D., F., 2007. *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: uitgeverij Lemma, pp. 49-127.

GRANT, J.E., MELLER, W. and UREVIG, B., 2001. Changes in psychiatric consultations over ten years. *General hospital psychiatry*, **23**(5), 261-265.

HAPPELL, B. and SHARROCK, J., 2002. Evaluating the role of a psychiatric consultation-liaison nurse in the Australian General Hospital. *Issues in Mental Health Nursing*, **23**(1), 43-60.

HEIJST, A., 2005. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. *Kampen: Klement*, , 64-262.

HOLLOWAY, I. and WHEELER, S., 2002. *Qualitative research in nursing*. Blackwell Pub.

KRUEGER, R.A., MORGAN, D.L. and KING, J.A., 1998. Analyzing & reporting Focus Group results. Focus Group Kit 6. *Focus Group kit*. Sage, .

LANDRUM, P., BECK, C., RAWLINS, R., WILLIAMS, S., CULPAN, F., BECK, C.M., RAWLINS, P. and WILLIAMS, S., 1988. Psychiatric consultation liaison nursing. In: L.I. DUNCAN, ed, *Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life Cycle Approach*. second edition edn. U.S.A., St. Louis, Missouri: CV Mosby Co. St. Louis, pp. 916-929.

LEENTJENS, A.F.G., BANNINK, M., BOENINK, A.D. and HUYSE, F.J., 2004. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Uitgeverij Van Gorcum. .

LYNN, M.R., 1986. Determination and quantification of content validity. *Nursing research*, **35**(6), 382.

MCNAMARA, P., BRYANT, J., FORSTER, J., SHARROCK, J. and HAPPELL, B., 2008. Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 2. Preparation, support and role satisfaction. .

NEWTON, L. and WILSON, K.G., 1990. Consultee satisfaction with a psychiatric consultation-liaison nursing service. *Archives of Psychiatric Nursing*, **4**(4), 264-270.

POLIT, D.F. and BECK, C.T., 2007. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins.

PRIAMI, M. and PLATI, C., 1997. The effectiveness of the mental health nursing interventions in a general hospital. *Scandinavian journal of caring sciences*, **11**(1), 56-62.

RAGAISIS, K., 2005. Bridging the Gap. *Perspectives in psychiatric care*, **41**(4), 197-198.

ROBINETTE, A.L., 1996. PCLNs: Who are they? How can they help you? *American Journal of Nursing*, **96**(7), 48.

SHARROCK, J. and HAPPELL, B., 2002. The psychiatric consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, **11**(1), 24-33.

SHARROCK, J. and HAPPELL, B., 2000. The psychiatric consultation-liaison nurse: towards articulating a model for practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, **9**(1), 19-28.

SHARROCK, J., BRYANT, J., MCNAMARA, P., FORSTER, J. and HAPPELL, B., 2008. Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 1 demographics and role characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, **17**(3), 180-188.

SHARROCK, J., GRIGG, M., HAPPELL, B., KEEBLE-DEVLIN, B. and JENNINGS, S., 2006. The mental health nurse: a valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing*, **15**(1), 35-43.

SHARROCK, J. and HAPPELL, B., 2006. Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses' experiences. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, **24**(2), 9-15.

SHARROCK, J. and HAPPELL, B., 2001. The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the improved care of patients experiencing mental health problems receiving care within a general hospital environment. *Contemporary nurse : a journal for the Australian nursing profession*, **11**(2-3), 260-270.

SHARROCK, J. and HAPPELL, B., 2000. The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the general hospital. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, **18**(1), 34-39.

TASHAKKORI, A. and TEDDLIE, C., 2002. methodological and analytical issues for mixed methods research. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. United States of America: Sage Pubns, pp. 167-321.

WANCATA, J., BENDA, N., WINDHABER, J. and NOWOTNY, M., 2001. Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? *General Hospital Psychiatry*, **23**(1), 8-14.

WAND, T. and FISHER, J., 2006. The mental health nurse practitioner in the emergency department: an Australian experience. *International Journal of Mental Health Nursing*, **15**(3), 201-208.

WAND, T. and HAPPELL, B., 2001. The mental health nurse: contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accident & Emergency Nursing*, **9**(3), 166-176.

Tabellen

Tabel 1 aantal verpleegkundigen onderzoekspopulatie

afdelingen	Aantal verpleegkundigen	%
SEH/UZ; Spoedeisende en urgente zorg	37	9,5
Hartbewaking	37	9,5
IC;Intensive care	39	10
C2; MDL, heekunde/gastro-enterologie, mammacare,vaatchirurgie	36	9
A2; Interne / endocrinologie en interne oncologie	28	7
Dialyse afdeling	59	15
A1; verloskunde	40	10
B2; algemene nefrologie, geriatrie, neurologie, dermatologie, reumatologie	30	7
G2; Cardiologie, longgeneeskunde	27	6
E2; kortdurende zorg , gyneacologie	27	6
D2; heekunde, traumatologie, orthopedie	30	7
Totaal	390	100

Tabel 2 Respondenten afdelingen

afdelingen	Aantal respondenten	% respondenten afdeling	% van 156	Non respons	
				Aantal	% van 390
Spoedeisende Hulp / Urgente Zorg (SEH/UZ)	27	73%	17%	10	3%
Verloskunde A1	11	28%	7%	29	7%
gyneacologie / kortdurende zorg E2	8	19%	5%	19	5%
Intensive Care	17	44%	11%	22	6%
Hartbewaking	23	62%	15%	14	3%
Dialyse afdeling	15	25%	10%	44	11%
A2	8	29%	5%	20	5%
B2	9	30%	6%	21	5%
C2	21	58%	13%	15	4%
D2	8	27%	5%	22	6%
G2	9	33%	6%	18	5%
Totaal	156	.	100%	234	60%

Tabel 3 Opleiding respondentent

Opleiding	Aantal respondentent	%
verpleegkundige inservice A of A/B	55	36%
Verpleegkundige niveau 4 MBO	28	19%
Verpleegkundige niveau 5 HBO	55	36%
WO/ artikel 14	2	1%
anders	12	8%
missing values	4	.
Totaal	152	100%

Tabel 4 Dienstverband respondentent

Uren per week werkzaam	Aantal respondentent	%
>31	77	49%
25 -31	29	19%
17 - 24	43	28%
< 17	6	4%
missing values	1	.
Totaal	155	100%

Tabel 5 Ervaringsjaren in de zorg van respondentent

Jaren werkzaam in de zorg	Aantal respondentent	%
<5	20	13%
5 -10	34	22%
11-20	47	30%
21 -30	32	21%
>30	22	14%
missing values	1	.

Tabel 6 Leeftijd van respondenten

Leeftijd	Aantal respondenten	%
<25	14	9%
25-30	26	17%
31-40	43	28%
41-50	46	29%
>50	27	17%
Totaal	156	100%

Tabel 7 Algemene behoeften per afdeling

	Afdelingen											Totaal	F	p	
	SEH	HB	IC	A1	A2	B2	C2	D2	E2	G2	Dial.				
Behoeften aan [ondersteuning]															
<i>Algemeen</i>													1.092	.377	
N	26	23	17	11	8	9	18	8	8	9	15	152			
%>6	92	91	94	82	100	100	78	88	100	89	100	90			
M0-10	7.39	7.52	7.71	7.36	7.50	7.22	6.56	7.13	7.63	7.44	7.93	7.39			
SD	1.58	1.20	1.11	1.50	1.07	0.67	1.86	1.89	0.74	1.67	1.16	1.47			
Range	3-10	5-9	5-10	5-9	6-9	6-8	1-9	3-9	7-9	4-10	6-10	1-10			
ES	n.r.	n.r.	0.22	n.r.	n.r.	n.r.	0.59*	n.r.	n.r.	n.r.	0.39	.			
<i>Kennis en vaardigheden</i>													.780	.648	
N	26	23	17	11	8	9	20	8	8	9	15	154			
%>6	89	78	94	82	100	78	80	88	88	78	93	84			
M0-10	6.65	6.96	7.06	7.36	7.38	6.56	6.75	6.88	6.88	6.33	7.43	6.92			
SD	1.57	1.58	1.25	1.63	1.06	1.59	1.21	1.36	0.99	1.66	1.08	1.39			
Range	2-9	3-9	4-9	5-10	6-9	3-8	5-8	4-8	5-8	3-8	5-9	2-10			
ES	n.r.	n.r.	n.r.	0.32	0.33	0.26	n.r.	n.r.	n.r.	0.42	0.37	.			
<i>Overname zorg</i>													1.964	.049**	
N	25	23	17	9	8	8	20	8	8	9	15	149			
%>6	100	78	82	89	63	88	60	100	88	100	87	85			
M0-10	8.04	7.22	7.18	7.22	6.25	7.50	5.95	7.63	6.50	8.44	7.30	7.21			
SD	1.14	2.59	1.29	2.28	2.55	1.51	2.04	0.74	2.62	1.42	2.33	2.02			
Range	6-10	0-10	5-9	2-10	2-9	4-9	0-8	7-9	1-9	6-10	1-10	0-10			
ES	0.41	n.r.	n.r.	n.r.	0.48	n.r.	0.62*	0.21	0.35	0.61*	n.r.	.			

** P<0.05

*Effect-size (E.S.)>0.5

n.r.=niet klinisch relevant; E.S.<0.2

Tabel 8 specifieke behoeften per afdeling

	Afdelingen											Totaal	F	p	
	SEH	HB	IC	A1	A2	B2	C2	D2	E2	G2	Dial.				
Behoeften aan ondersteuning bij															
<u>Fixatie</u>													3.118	.002**	
N	26	23	17	11	8	9	20	8	8	9	15	154			
%>6	100	91	65	64	100	89	50	38	50	89	80	78			
Mean	7.54	7.44	6.12	6.64	7.88	6.89	4.75	6.00	6.00	8.44	7.07	6.77			
SD	1.27	1.78	2.09	2.34	0.99	2.85	3.18	3.02	2.56	1.81	1.87	2.35			
Range	6-10	2-10	1-8	2-10	6-9	0-10	0-9	0-9	1-9	5-10	3-10	0-10			
E.S.	.33	.29	.28	n.r.	.47	n.r.	.86*	.33	.33	.71*	n.r.	.			
<u>Gedragsproblemen</u>													2.235	.023**	
N	25	23	16	11	8	8	19	8	8	9	15	150			
%>6	96	96	94	100	100	100	84	88	100	100	93	95			
Mean	7.72	8.17	7.75	8.27	7.63	8.13	6.32	6.88	7.75	8.44	8.00	7.70			
SD	1.70	1.30	1.44	1.56	0.74	1.64	2.91	2.17	0.89	1.13	1.25	1.77			
Range	2-10	5-10	4-10	6-10	7-9	6-10	0-9	2-9	7-9	7-10	5-10	0-10			
E.S.	n.r.	.27	n.r.	.32	n.r.	.24	.78*	.46	n.r.	.42	n.r.	.			
<u>Psychose</u>													3.721	.001**	
N	26	23	17	11	8	9	20	8	8	8	15	153			
%>6	92	100	100	91	100	78	70	100	100	100	100	92			
Mean	7.83	8.44	7.94	7.55	8.25	6.33	5.70	8.13	8.13	8.88	8.33	7.70			
SD	1.49	1.31	1.03	2.55	0.71	3.43	3.48	0.84	0.84	1.13	1.05	2.10			
Range	4-10	5-10	6-10	1-10	7-9	0-10	0-10	7-9	7-9	7-10	7-10	0-10			
E.S.	n.r.	.35	n.r.	n.r.	.26	.65*	.95*	.21	.21	.56*	.30	.			
<u>Delier</u>													1.646	.106	
N	25	23	16	11	8	8	20	8	7	9	15	150			
%>6	80	87	75	82	75	88	50	50	86	78	67	74			
Mean	6.82	7.39	6.19	6.46	6.75	6.06	5.00	5.38	6.86	7.22	5.93	6.37			
SD	1.79	1.62	2.23	2.58	2.25	1.08	2.94	2.45	2.80	2.28	2.71	2.32			
Range	3-10	4-10	1-9	1-9	2-9	4-8	1-9	1-9	1-9	3-10	1-10	1-10			
E.S.	n.r.	.43	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	.60*	.44	.20	.36	.20	.			
<u>Depressie</u>													.631	.781	
N	25	23	17	11	8	9	20	8	7	9	14	151			
%>6	84	87	94	100	75	89	75	88	86	89	86	86			
Mean	6.94	7.44	7.35	7.36	6.75	6.44	6.80	6.88	6.57	8.00	7.21	7.10			
SD	1.99	1.47	1.06	1.29	1.91	2.19	2.26	0.99	2.99	1.58	1.58	1.78			
Range	2-10	5-10	5-9	6-10	3-9	1-8	2-10	5-8	0-9	5-10	4-9	0-10			
E.S.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	.20	.37	n.r.	n.r.	.30	.51*	n.r.	.			
<u>Suicidepoging</u>													6.037	.000**	
N	26	23	15	10	8	8	20	8	7	9	15	149			
%>6	89	83	87	90	100	63	45	100	100	100	100	83			
Mean	7.44	7.70	7.20	7.70	8.25	5.63	4.35	8.63	8.43	8.22	8.53	7.27			
SD	2.02	2.06	1.74	2.31	1.28	3.11	3.92	1.06	0.98	1.30	1.19	2.57			
Range	3-10	2-10	3-10	2-10	6-10	0-8	0-10	7-10	7-10	6-10	6-10	0-10			
E.S.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	.38	.64*	1.14*	.53*	.45	.37	.49	.			
<u>Angst</u>													.675	.742	
N	27	23	17	11	8	8	19	8	7	9	15	152			
%>6	78	83	94	73	100	50	79	100	86	67	100	83			
Mean	6.63	7.09	7.18	6.46	7.38	5.50	6.79	7.13	6.71	6.56	7.00	6.81			
SD	1.66	1.44	1.51	1.64	1.06	2.14	2.42	1.13	3.15	2.46	1.07	1.79			
Range	3-10	4-9	2-8	3-8	6-9	2-8	2-10	6-9	0-9	2-10	6-9	0-10			
E.S.	n.r.	n.r.	.21	.20	.32	.73*	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	.			
<u>Eetstoornis</u>													4.403	.000**	
N	27	23	16	11	8	9	21	8	7	9	15	154			
%>6	63	78	81	64	88	89	57	88	100	89	93	77			
Mean	5.63	7.13	6.69	6.55	7.13	6.89	4.76	7.38	8.14	7.67	7.47	6.57			
SD	2.24	1.63	1.92	2.21	1.46	1.27	3.48	1.19	0.69	1.50	1.36	2.24			
Range	0-9	4-10	1-8	2-9	5-9	4-8	0-10	5-9	7-9	5-10	5-10	0-10			
E.S.	.42	.25	n.r.	n.r.	.25	n.r.	.81*	.36	.70*	.49	.40	.			
<u>Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten</u>													2.528	.020**	
N	27	23	15	11	8	8	21	7	7	9	15	151			
%>6	59	65	53	73	63	50	62	86	86	67	80	66			
Mean	5.26	6.44	5.47	6.82	6.50	4.25	4.71	6.29	7.29	6.22	6.93	5.87			
SD	2.35	2.04	2.17	1.60	1.69	2.92	3.39	2.14	1.38	1.30	1.67	2.37			
Range	0-9	2-10	1-8	5-10	4-9	0-7	0-9	2-9	5-9	4-8	4-10	0-10			
E.S.	.26	.24	n.r.	.40	.27	.68*	.49	n.r.	.60*	n.r.	.45	.			

**p<0.05

* Effect-size (E.S.)>0.5

n.r.=klinisch niet relevant E.S. < 0.20

Tabel 8 Vervolg specifieke behoeften per afdeling

	Afdelingen											Totaal	F	p	
	SEH	HB	IC	A1	A2	B2	C2	D2	E2	G2	Dial.				
Behoeften aan ondersteuning bij															
<i>Rouw</i>													.692	.729	
N	27	23	17	11	8	9	20	8	7	8	15	153			
%>6	48	57	65	64	63	67	65	75	71	50	73	60			
Mean	5.09	5.91	6.35	5.55	5.88	5.44	5.60	6.13	5.86	4.75	6.27	5.70			
SD	2.26	2.43	1.87	1.44	2.36	1.81	2.85	1.25	3.13	2.38	1.54	2.20			
Range	0-9	0-9	1-8	2-8	2-9	2-7	0-10	4-8	0-8	2-7	4-9	0-10			
E.S.	.28	n.r.	.30	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	.20	n.r.	.43	.26	.			
<i>Voorlichting</i>													.754	.672	
N	27	23	15	11	8	8	21	8	8	8	15	152			
%>6	85	83	93	73	75	88	81	100	100	75	87	83			
Mean	6.70	7.00	6.93	7.46	6.38	6.75	6.48	6.88	7.63	7.25	7.23	6.92			
SD	1.27	1.35	1.39	2.16	2.07	0.89	1.99	0.84	0.92	1.83	1.35	1.52			
Range	5-10	4-9	4-10	4-10	3-9	5-8	1-9	6-8	6-9	5-10	5-9	1-10			
E.S.	n.r.	n.r.	n.r.	.36	.36	n.r.	.29	n.r.	.47	.22	.20	.			
<i>Casuïstiek</i>													.876	.558	
N	27	23	17	11	8	9	21	8	8	8	15	155			
%>6	78	65	88	82	88	67	71	63	88	88	80	76			
Mean	6.48	5.96	6.71	6.64	7.25	6.11	6.24	6.00	7.38	7.25	6.80	6.52			
SD	1.70	2.16	1.40	2.38	1.58	1.90	2.36	1.69	1.30	1.91	1.21	1.86			
Range	2-9	0-9	3-9	2-10	4-9	2-8	1-9	3-8	5-9	4-10	5-9	0-10			
E.S.	n.r.	.30	n.r.	n.r.	.39	.22	n.r.	.28	.46	.39	n.r.	.			
<i>Begeleiding naasten</i>													2.053	.036**	
N	27	23	17	11	8	9	21	8	7	9	15	155			
%>6	63	61	77	73	88	44	52	88	100	67	73	67			
Mean	5.52	5.87	6.29	6.55	7.13	5.00	5.00	6.75	7.43	6.67	6.53	6.03			
SD	2.26	2.16	1.90	1.76	1.25	2.55	2.65	1.28	0.79	2.55	1.51	2.14			
Range	0-8	1-9	1-8	3-9	5-9	0-8	0-9	5-9	6-8	2-10	4-10	0-10			
E.S.	.24	n.r.	n.r.	.24	.51*	.48	.48	.34	.65*	.30	.23	.			

**p<0.05

*Effect size (E.S.)>0.5

n.r.=klinisch niet relevant E.S.<0.2

Tabel 9 algemene vragen

Algemeen	N 156	%>6	range	Mean	SD
In welke mate heeft de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek aandacht in een algemeen ziekenhuis?	155	96	10	7.96	1.42
In welke mate vindt je dat de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek nu aandacht krijgt?	153	61	10	5.74	1.36
In hoeverre vind je het je taak als verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis zorg te bieden aan patiënten ten aanzien van hun psychiatrische problematiek?	154	90	10	7.33	1.68
In welke mate vind je dat je kennis en vaardigheden hebt om de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek in het algemeen ziekenhuis te verlenen?	153	54	10	5.48	1.69
In hoeverre vind je dat je als verpleegkundige psychiatrische problematiek bij patiënten moet kunnen signaleren?	156	94	8	7.53	1.34
In hoeverre denk je psychiatrische problematiek te kunnen signaleren bij patiënten?	154	83	8	6.53	1.27

Vragenlijst voor verpleegkundigen van het Deventer Ziekenhuis

VRAAGSTELLING

Welke behoeften hebben verpleegkundigen van het Deventer Ziekenhuis ten aanzien van ondersteuning door consultatief psychiatisch verpleegkundigen bij de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische comorbiditeit?

PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK verwijst naar problemen die mensen kunnen hebben in gedrag en beleving als gevolg van een psychiatrische aandoening waardoor iemand zijn/ haar leven niet meer kan inrichten zoals hij/zij wil, niet meer goed functioneert en zich niet meer kan aanpassen aan de door de omgeving gestelde eisen

Met ONDERSTEUNING IN DE ZORG wordt bedoeld hulp in de zorg, gericht op patiënt of verpleegkundige, door mensen met specifieke expertise, in dit geval expertise ten aanzien van psychiatrische problematiek.

Vragenlijst: CPV wat wil ik er mee?

Deze vragenlijst heeft 29 gesloten en 2 open vragen en het invullen kost je ongeveer 15 minuten. Voor meer informatie en toelichting op deze vragenlijst verwijs ik je naar de begeleidende brief.

Toestemmingsverklaring

Door het invullen en versturen van deze vragenlijst geef ik toestemming voor het gebruiken van deze gegevens voor onderzoek, zoals uiteengezet in de informatiebrief die ik heb ontvangen.

Demografische gegevens

Op welke afdeling/ binnen welk team werk je in het Deventer Ziekenhuis ?

- A1
- A2
- B2
- C2
- D2
- E2
- G2

- SEH / urgente zorg
- Intensive Care
- Dialyse afdeling
- Hartbewaking

Wat is je hoogst afgeronde verpleegkundige opleiding?

- verpleegkundige inservice A - inservice A/B
- Verpleegkundige MBO; niveau 4 (BBL/BOL)
- Verpleegkundige HBO; niveau 5 (Duaal/ voltijd)
- Master Advanced Nurse Practitioner / Physician Assistant / Wetenschappelijke opleiding:
Verplegingswetenschappen / gezondheidswetenschappen
- Other:

Geslacht

- Vrouw
- Man

Hoeveel uur per week ben je werkzaam als verpleegkundige

- > 31 uur
- 25-31 uur
- 17-24 uur
- < 17 uur

Hoeveel jaar ben je werkzaam in de zorg?

- < 5 jaar
- 5-10 jaar
- 11-20 jaar
- 21- 30 jaar
- >30 jaar

Wat is je leeftijd?

- < 25 jaar
- 25-30 jaar
- 31-40 jaar
- 41-50 jaar
- >50 jaar

Algemeen

1. In welke mate vind je dat de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek in een algemeen ziekenhuis aandacht behoeft?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	volledig
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

2. In welke mate vind je dat de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek in het Deventer Ziekenhuis aandacht krijgt van zorgverleners?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	volledig
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

3. In hoeverre vind je het je taak als verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis zorg te bieden aan patiënten ten aanzien van hun psychiatrische problematiek?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	volledig
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

4. In welke mate vind je dat je kennis en vaardigheden hebt om de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek in het Deventer Ziekenhuis te verlenen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	volledig
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

5. In hoeverre vind je dat je als verpleegkundige psychiatrische problematiek bij patiënten moet kunnen signaleren?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	volledig
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

6. In hoeverre denk je psychiatrische problematiek te kunnen signaleren bij patiënten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	volledig
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

Behoeften aan ondersteuning

7. In welke mate heb jij behoefte aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heel erg veel
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------

8. In welke mate heb jij behoefte aan meer kennis en vaardigheden om de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek te verlenen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heel erg veel
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------

9. In welke mate heb jij behoefte aan overname van de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige voor patiënten met psychiatrische problematiek?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heel erg veel
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------

10. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige in de zorg aan patiënten die: (mogelijk) gefixeerd moeten worden

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

11. In welke mate heb je behoefte hebt aan ondersteuning door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige in de zorg voor patiënten met: Gedragsproblemen (aandachtvragend, intimiderend, agressief, destructief, automutilatie)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

12. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met een: Psychose

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

13. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met een: Delier

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

14. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met een: Depressie

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

15. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten na een: Suïcide poging

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

16. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met: Angst

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

17. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorgverlening door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met een: Eetstoornis

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

18. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met: onverklaarbare /onbegrepen lichamelijke klachten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

19. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met: verslavingsproblematiek / na middelenmisbruik

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

20. In welke mate heb je behoefte aan ondersteuning in de zorg door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan patiënten met: Rouw na verlieservaring (mogelijk als gevolg van verlies lichamelijke functies, aangetast lichaam of slechte prognose)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

21. In welke mate heb je behoefte aan voorlichting over onderwerpen betreffende psychiatrische problematiek van patiënten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

22. In welke mate heb je behoefte aan casuïstiek bespreking van patiënten met psychiatrische problematiek?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

23. In hoeverre heb je behoefte aan ondersteuning in de omgang, begeleiding, psycho-educatie van naasten van patiënten met psychiatrische problematiek door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

niet	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	heel erg veel
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------

24. Hoe wil je dat de CPV zijn/ haar bevindingen rapporteert?

- mondeling
- schriftelijk op papier
- in het (verpleegkundig) EPD
- Other:

25. Hoe wil je de CPV kunnen inschakelen?

- zelfstandig
- via arts
- Other:

26. Hoe vaak ben je in het afgelopen jaar, volgens je benadering, in aanraking gekomen met patiënten met psychiatrische problematiek?

30. Wat verwacht je van de beschikbaarheid van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen?

- Direct bij vraag, 24 uur per dag, 7 dagen per week
- Direct bij vraag, tijdens kantooruren
- Op afspraak, op een vastgesteld tijdstip per dag
- Op afspraak op een vastgesteld tijdstip 2 x per week
- Geen behoefte aan beschikbaarheid consultatief psychiatrisch verpleegkundige
- Other:

31. Heb je nog aanvullingen ten aanzien van je behoeften met betrekking tot de ondersteuning in de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek door consultatief psychiatrisch verpleegkundigen?

AANMELDEN FOCUSGROEP?

Zie voor informatie begeleidende brief

Ik heb belangstelling voor het deelnemen aan het focusgroep interview maart 2010, 2 uur, PC Rielerenk, datum en tijd in overleg.

- Ja, ik geef mij op
- Nee
- Ik weet het nog niet, ik wil eerst meer informatie ontvangen
- Ja en/of informatie: Geef in de tekstbox uw naam en hoe u bereikbaar bent (tel / e-mail)
Stel daarin eventueel uw vraag of bel/mail me (zie begeleidende brief)
- Other:

Heel hartelijk dank voor je medewerking!