

Doe normaal!

Een kwalitatief onderzoek naar het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Naam: Marjolijn Heslinga

Studentnummer: 3226611

Status: definitief

Datum: 2 juli 2010

Naam universiteit en opleiding: Universiteit Utrecht, Master Verplegingswetenschap

Begeleiders: Nynke Frieswijk & Claudia Gamel (blokdocent)

Naam en plaats stage instelling: Accare, Drenthe / Overijssel, Smilde

Beoogd tijdschrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Referentiestijl een aantal woorden beoogde tijdschrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Maximaal 3000 woorden.

Aantal woorden artikel: 6369

Aantal woorden samenvatting: 295

Aantal woorden abstract: 281

Inleiding

“Om een grote kwaliteitsslag te maken, is meer aandacht voor de relatie tussen hulpverlener en patiënt van groot belang. Want juist de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie blijkt de meest bepalende factor voor effectieve zorg. Daarom moeten werkprocessen zo worden ingericht dat de kwaliteit van die relatie wordt bevorderd, ontwikkeld en in stand gehouden”(Van 't Spijker & Coppoolse 2009 p. 35).

Een samenwerkingsrelatie is een actueel thema in de huidige geestelijke gezondheidszorg. Met een samenwerkingsrelatie (alliance) wordt bedoeld: “een rationele, emotionele en cognitieve band tussen de patiënt en de therapeut, bijvoorbeeld vertrouwen, bondgenootschap en een positieve werkrelatie”(Karver et al. 2008 p.16).

Onderzoek is gedaan naar de samenwerkingsrelatie tussen hulpverleners en patiënten (Heslinga 2010; Horberg et al. 2004; Karver et al. 2006; Ramjan 2004). Daarnaast bestaat een aantal theorieën die ingaan op deze relatie zoals de presentietheorie van Baart (2008) of de Inter-persoonlijke relatietheorie van Peplau (1988). Een samenwerkingsrelatie is een belangrijke voorspeller van het behandelingseffect bij volwassenen en adolescenten (Karver et al. 2006) en speelt een belangrijke rol bij therapietrouw bij kinderen (Shirk & Karver, 2003). Ook lijkt een samenwerkingsrelatie een positief effect te hebben op de motivatie en betrokkenheid van de patiënt in relatie tot zijn behandeling (Karver et al. 2008).

Een samenwerkingsrelatie speelt mogelijk in de behandeling van kinderen en adolescenten een nog grotere rol dan bij volwassenen. Aangezien kinderen zichzelf vaak niet aanmelden voor therapie, de aanwezige problemen vaak niet (h)erkennen en het vaak niet eens zijn met hun ouders over de doelen van de therapie, spelen motivatieproblemen een rol (Shirk & Karver 2003). Hierdoor kan het vormen van een samenwerkingsrelatie een grote uitdaging zijn. Ook het ontwikkelen en krijgen van autonomie van volwassenen speelt een complicerende rol in het ontstaan van een positieve samenwerkingsrelatie met adolescenten (Shirk & Karver 2003). Onderzoek naar deze relatie tussen adolescenten en verpleegkundigen ontbreekt echter.

Daarnaast zijn bovenstaande resultaten afkomstig uit onderzoek wat zich richtte op het contact wat het kind of adolescent had met zijn therapeut in ambulante en poliklinische contacten (Karver et al. 2006; Karver et al. 2008; Shirk & Karver 2003). Hierbij was geen sprake van klinische opname. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn echter verschillende soorten behandelingsvormen, zoals ambulante, poliklinische en klinische behandeling, waaronder crisisinterventie. Crisisinterventie, de zorg die onder andere op een crisisafdeling wordt verleend, wordt beschouwd als een korte, veranderingsgerichte

behandeling waarin intake en behandeling samenvallen (Oenen et al. 2007). In een recente literatuurstudie van Heslinga (2010) wordt gesteld dat kenmerken van een crisisafdeling, zoals korte opnames en heftige problematiek, een negatieve invloed hebben op de interactie met de verpleegkundige en het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Evidence hiernaar ontbreekt echter nog.

Een ander kenmerk van eerder onderzoek, is dat deze ingaan op de relatie tussen gedragswetenschappers en patiënten (Karver et al. 2006; Shirk & Karver 2003). Op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie heeft de adolescent echter naast behandelcontacten met gedragswetenschappers en psychiaters, het meest intensieve contact met verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn 24 uur per dag aanwezig en hebben binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie een uitgebreid takenpakket. Dit pakket bestaat uit zowel verzorgende, behandelende als pedagogische taken waarbij continu de afweging gemaakt moet worden wat past bij de individuele patiënt en zijn behandelplan (Van der Harten & Van Rijn 2008).

Ondanks dat er geen uitgebreid onderzoek is gedaan naar een samenwerkingsrelatie, blijkt uit een recente literatuurstudie (Heslinga 2010) dat persoonlijkheidskenmerken, houding en vaardigheden van de verpleegkundige een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Vooral wederzijds vertrouwen, afgewogen omgaan met macht en controle, tijd, continuïteit, het (eerste) contact en praktische vaardigheden zijn belangrijke factoren die het ontstaan van een samenwerkingsrelatie positief beïnvloeden.

Probleem

Hoewel veel onderzoek is gedaan naar het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen psychiatrische patiënten en hulpverleners, ontbreekt specifiek onderzoek naar deze relatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Omdat de resultaten uit deze onderzoeken afkomstig zijn uit de volwassenenpsychiatrie en veelal niet zijn uitgevoerd op crisisafdelingen, is onduidelijk of deze resultaten bruikbaar zijn voor een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Heslinga 2010). Ook bestaande theorieën met betrekking tot de relatie tussen cliënten en hulpverleners (Baart 2008; Peplau 1988) gaan niet specifiek in op de relatie tussen verpleegkundigen en adolescenten.

Gezien het aangetoonde effect van een samenwerkingsrelatie op behandeluitkomsten, motivatie en therapietrouw bij volwassenen, is het belangrijk te weten welke factoren volgens adolescenten bijdragen aan het ontstaan van deze relatie binnen de kinder- en

jeugdpsychiatrie. Te meer omdat een samenwerkingsrelatie bij adolescenten mogelijk een nog grotere rol speelt dan bij volwassenen (Shirk & Karver 2003). Omdat daarbij factoren van een crisisafdeling, zoals korte opnames en heftige problematiek het ontstaan van een samenwerkingsrelatie mogelijk belemmeren (Heslinga 2010), is onderzoek binnen deze specifieke context van belang.

Doel

Het doel van dit onderzoek is te komen tot theorievorming met betrekking tot een samenwerkingsrelatie tussen verpleegkundigen en adolescenten in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De theorie die zal ontstaan, geeft een empirische aanvulling op bestaande literatuur betreffende de samenwerkingsrelatie vanuit psychotherapie en volwassenenpsychiatrie.

De resultaten van dit onderzoek leveren een belangrijke bijdrage aan verbetering van de klinische verpleegkundige zorg aan adolescenten met psychiatrische problemen. Verpleegkundigen kunnen de resultaten van dit onderzoek gebruiken om zich bewust te worden van het perspectief van adolescenten betreffende het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Hierdoor zullen zij een samenwerkingsrelatie effectiever tot stand kunnen brengen.

Onderzoeksvragen

1. Hoe ervaren adolescenten een samenwerkingsrelatie met verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie?
2. Welke (verpleegkundige) factoren worden door adolescenten genoemd in relatie tot het ontstaan van een samenwerkingsrelatie met een verpleegkundige op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Methode

In eerder onderzoek is aangetoond dat specifiek onderzoek naar de beleving van adolescenten ten aanzien van een samenwerkingsrelatie met verpleegkundigen ontbreekt (Heslinga 2010). Dit onderzoeksgebied bevindt zich daarom ten aanzien van theorie ontwikkeling nog in een exploratieve fase. Daarnaast staat de beleving van de patiënt in de

onderzoeksvraag centraal. Om deze redenen is de onderzoeksvraag middels kwalitatief onderzoek beantwoord (Holloway & Wheeler 2002). De gebruikte stroming is Grounded Theory (GT). Kenmerkend voor GT zijn het komen tot theorievorming, gelijktijdige dataverzameling en analyse en constante vergelijking waarbij resultaten continu met elkaar worden vergeleken met als doel de resultaten te kunnen bevestigen of weerleggen (Charmaz 2006). Daarbij is deze stroming geschikt voor verplegingswetenschappelijk onderzoek gezien de praktische bruikbaarheid van de resultaten (Holloway & Wheeler 2002).

Steekproef

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag werd een heterogene steekproef nagestreefd waarbij de onderzoeker doelgericht participanten heeft geselecteerd die voldeden aan de inclusiecriteria (Holloway & Wheeler 2002). Op deze manier werd zo breed mogelijk beeld gekregen van de beleving van adolescenten betreffende het ontstaan van een samenwerkingsrelatie en kon rekening worden gehouden met de heterogeniteit van de steekproef. Omdat gestreefd werd naar saturatie werd een steekproef van twaalf participanten als minimum gesteld.

Alle participanten die benaderd werden voor het onderzoek zijn opgenomen geweest op de open of gesloten afdeling van de crisisafdeling van een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling in het noorden van Nederland. Op deze afdeling worden adolescenten tussen de dertien en de achttien jaar uit voornamelijk de noordelijke vier provincies van Nederland opgenomen. Bij hen is sprake van uiteenlopende problematiek zoals autismespectrumstoornissen, depressies, persoonlijkheidsproblematiek en psychosen. Het intelligentieniveau varieert tussen licht verstandelijk gehandicapt en normaal begaafd niveau.

Geïnccludeerd in dit onderzoek zijn adolescenten tussen de dertien en achttien jaar die vanaf oktober 2009 ontslagen zijn en minimaal een week opgenomen zijn geweest. Er moest sprake zijn van psychiatrische problematiek volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) classificatie (American Psychiatric Association 2000) en de adolescenten moesten een IQ hebben van minimaal 80. Tenslotte moesten ze Nederlands als voertaal hebben. Geëxcludeerd zijn adolescenten die opgenomen zijn geweest in verband met huisvestingproblemen en / of crisiszorg vanuit jeugdzorg omdat zij niet behoren tot de primaire doelgroep van een psychiatrische crisisafdeling.

Op basis van in-/exclusiecriteria konden 20 adolescenten geselecteerd worden. Eén adolescent kon telefonisch niet bereikt worden en is daarom geëxcludeerd. Dertien adolescenten waren bereid te participeren, waarvan één adolescent uiteindelijk niet op de interview afspraak is gekomen. Redenen voor het niet willen participeren waren het niet zien

van de meerwaarde van het onderzoek, geen tijd hebben voor participatie of een te grote (emotionele) belasting. De interviews vonden plaats tussen januari en mei 2010. Zeven van de geïnterviewde adolescenten waren jongens en vijf waren meisjes. De reden van opname was crisis vanuit een autismespectrum stoornis, depressieve klachten of ADHD en hun leeftijd varieerde van 13 – 18 jaar, met een gemiddelde van 17 jaar (tabel 1).

Aangezien de duur van de opname vanuit eerder onderzoek van invloed bleek op het ontstaan van een samenwerkingsrelatie (Heslinga 2010), is opnameduur opgenomen in de achtergrondgegevens (tabel 1).

[Tabel 1 Achtergrondgegevens]

Procedure

De steekproefselectie is gedaan door twee verpleegkundigen van de crisisafdeling die geen betrokkenheid hadden bij het onderzoek. Na de selectie is door de onderzoeker een informatiebrief en toestemmingsverklaring verstuurd naar zowel de adolescent als zijn / haar wettelijk vertegenwoordigers. Wanneer de adolescent inmiddels achttien jaar was, kreeg alleen hij / zij deze brief en verklaring. Om constante vergelijking te realiseren is het uitnodigen van participanten in fasen gedaan door steeds vijf mogelijke participanten tegelijk uit te nodigen. Na het afnemen van de interviews uit de eerste groep van vijf participanten, werd een volgende groep van vijf mogelijke participanten uitgenodigd.

In de informatiebrief werd genoemd dat onderzoeksdeelname vrijwillig is en dat ze zich na toezegging voor participatie, alsnog uit het onderzoek mochten terugtrekken. Ook werd vermeld dat de interviews op geluidstape werden opgenomen en dat de participant na afloop van het interview een cadeaubon zou ontvangen als dank voor zijn / haar inzet. Tenslotte is door de onderzoeker anonieme verwerking van de resultaten gegarandeerd. Een week na het verzenden van de brief, heeft de onderzoeker contact opgenomen met de adolescent en zijn / wettelijk vertegenwoordigers. Tijdens dit contact werd wederom uitleg gegeven over het onderzoek, werden vragen beantwoord, werd om toestemming gevraagd voor participatie aan het onderzoek en een afspraak gemaakt voor afname van het interview. De toestemmingsverklaring werd voorafgaand aan het interview aan de onderzoeker overhandigd.

De interviews zijn afgenomen op een plek uitgekozen door de adolescenten om de drempel voor participatie aan het onderzoek te verlagen. Vijf interviews zijn bij adolescenten thuis afgenomen, vijf interviews in externe behandelsettings en twee interviews in een gespreksruimte van de instelling waar de crisisbehandeling heeft plaatsgevonden. De interviews hadden een tijdsduur van 20 tot 60 minuten. Bij de adolescenten die elders

opgenomen waren, is contact gezocht met de betrokken hulpverleners om hen in te lichten over het onderzoek. Vijf geïnterviewde adolescenten kenden de onderzoeker van hun opnametijd en zeven kenden de onderzoeker niet.

Ethische / juridische aspecten

Voor de uitvoering van dit onderzoek hebben het divisie en cluster management van Accare divisie Drenthe / Overijssel toestemming gegeven. Aangezien de belasting van het onderzoek voor de patiënt tijdens zijn crisisopname groot werd geacht, is ervoor gekozen om de dataverzameling na ontslag te laten plaatsvinden.

Het onderzoek is door de METC (medisch ethische toetsingscommissie) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) beoordeeld op grond van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Uit deze beoordeling is geconcludeerd dat het onderzoeksvorstel niet getoetst hoefde worden door een METC.

Dataverzameling

In kwalitatief onderzoek verloopt de dataverzameling en –analyse gelijktijdig zodat constante vergelijking kan worden toegepast (Charmaz 2006). De dataverzameling in dit onderzoek is gedaan door middel van individuele, open interviews. Gezien het exploratieve karakter van de onderzoeksvraag en de criteria van constante vergelijking, werd gekozen voor individuele, open interviews als dataverzamelingstechniek (Holloway & Wheeler 2002).

Om het interview meer structuur en richting te geven werd van te voren een openingsvraag en topiclijst opgesteld (Holloway & Wheeler 2002). Het eerste interview begon met de vraag “Kun je eens vertellen wat je vond van het contact tussen jou en de groepsleider op de afdeling?”. Omdat deze vraag tot onvoldoende aanknopingspunten leidde om het open interview verder op voort te bouwen, werd de openingsvraag na het eerste interview veranderd in “Als jij terugdenkt aan je opname op de crisisafdeling en je denkt aan je favoriete groepsleider, wat deed deze dan wat jij zo fijn vond?”. De topiclijst (tabel 2) werd gebaseerd op eerder gevonden literatuur (Heslinga 2010). Deze literatuur vormde het theoretische kader van dit onderzoek en werd weergegeven in “sensitizing concepts” (Charmaz 2006).

Alle interviews zijn afgenomen door dezelfde onderzoeker om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten. Omdat de onderzoeker werkzaam is op de crisisafdeling waar de participanten van afkomstig waren, is na vier interviews aan een onafhankelijk onderzoeksassistent gevraagd de transcripten te lezen en aan te geven welke adolescenten bekend waren bij de onderzoeker en welke niet. Dit werd gedaan om te beoordelen of het

kennen van de participanten belemmerend kon zijn voor de interviewtechniek van de onderzoeker of de antwoorden van de adolescent. Uit de transcripten kon niet opgemaakt worden welke participant bekend was bij de onderzoeker. Om reflectie op de subjectiviteit van de onderzoeker mogelijk te maken werd door de onderzoeker een reflectief dagboek bijgehouden. Hierin werden veronderstellingen, sfeer tijdens het interview en andere waarnemingen opgeschreven.

[Tabel 2 Topic lijst aan de hand van sensitizing concepts]

De interviews zijn opgenomen op geluidstape en na afloop door de onderzoeker getranscribeerd met behulp van het computerprogramma F4. De geluidsopname werd vervolgens vernietigd. De verwerkte data zullen vijf jaar bewaard worden en alleen toegankelijk zijn voor de onderzoeker. Na vijf jaar zullen ook de data vernietigd worden.

Data-analyse

De data-analyse in dit onderzoek bestond uit constante vergelijking en het coderen van de data. Voorafgaand aan een interview werd bepaald welke uitkomsten uit eerdere interviews in het huidige interview uitgediept konden worden (constante vergelijking). De topiclijst werd naar aanleiding van uitspraken in de interviews verder aangevuld. Dit proces heeft zich herhaald tot er geen nieuwe gegevens meer naar voren kwam uit de interviews en saturatie bereikt was. Coderen was van belang om een link te leggen tussen de verkregen data en het theoretische kader (Charmaz 2006; Wester & Peters 2004). Het coderen is door de onderzoeker met behulp van het computerprogramma MAXQDA gedaan en verliep in drie fasen, namelijk open, gericht en selectief coderen. Tijdens het open coderen zijn de transcripten regel voor regel geanalyseerd en gecodeerd. Daarna werd gericht gecodeerd waarbij werd gekeken welke centrale begrippen ten grondslag lagen aan de open codes. Tot slot werd selectief gecodeerd en werden op basis van eerdere interviews en/of sensitizing concepts, patronen en verbanden omschreven (Wester & Peters 2004). Om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten is tijdens de analysefase gebruik gemaakt het schrijven van memo's (Maso & Smaling 1998). Daarnaast is gebruik gemaakt van peerdebriefing door zowel een bij het onderzoek betrokken onderzoeker (begeleider) als een onafhankelijke onderzoeksassistent drie transcripten te laten coderen en deze te vergelijken met de codes geformuleerd door de onderzoeker en tot overeenstemming te komen.

Resultaten

Bij GT is het doel te komen tot theorievorming (Charmaz 2006). Deze theorievorming is in dit onderzoek tot uiting gekomen door het formuleren van een hoofdcategorie en vier subcategorieën. In onderstaand stuk zal allereerst worden ingegaan op de wijze waarop adolescenten een samenwerkingsrelatie beschrijven. Vervolgens zullen de hoofdcategorie en de daaruit voortvloeiende subcategorieën beschreven worden. De interviewnummers staan in de tekst vermeld tussen haakjes en verwijzen naar tabel 1.

Wat is een samenwerkingsrelatie?

Adolescenten beschreven een samenwerkingsrelatie op twee verschillende manieren. De ene groep beschreef de relatie vanuit een gevoelsmatig oogpunt(3,4,5,6,9,11):

“Een samenwerkingsrelatie is de relatie tussen de verpleegkundige en mij. Als ze goed tegen mij doen en als ik leuk met hen om kan gaan. Of ze aardig zijn.”(9)

De andere groep beschreef de relatie op een meer praktische manier(1,2,7,8,10,12):

“Een samenwerkingsrelatie is het helpen om daar je doel te halen”(12)

Dezelfde tweedeling is te zien in het belang dat adolescenten hechten aan het ontstaan van deze relatie. Aan de ene kant werd belang gehecht aan het ontstaan van een relatie omdat de adolescent zich dat prettiger bij de verpleegkundige voelt wat de openheid van de adolescent en daardoor de behandeling ten goede komt. Aan de andere kant beschreven adolescenten juist het belang van het krijgen van goede hulp om het opnamedoel te behalen. Een samenwerkingsrelatie met de verpleegkundige was daarbij volgens hen niet van specifiek belang. Tenslotte werd door drie adolescenten het belang van het niet ontstaan van de relatie genoemd(6,9,10) waarbij aangegeven werd dat wanneer je je hecht aan iemand, het moeilijker is om afscheid te nemen. Eén meisje gaf aan dat het ontstaan van een relatie mogelijk contraproductief is voor het effect van de korte crisisopname. Zij beschreef dat wanneer een relatie met de verpleegkundige ontstaat, je dieper op je problemen ingaat, wat confronterend is en de rust van de crisisopname als time-out, verminderd.

De duur tot de relatie werd verschillend omschreven en varieert van een aantal dagen tot enkele maanden. Ook vertelden vier adolescenten dat hun opname op de crisisafdeling te kort was om een samenwerkingsrelatie op te kunnen bouwen(5,7,10,12).

Twee adolescenten(4,6) omschreven samenwerking als chantagemiddel van de verpleegkundige. Zo werd gezegd dat er van ze verwacht werd dat ze met de

verpleegkundige samenwerkten aan de behandeling en dat dit wanneer ze dit niet deden, een consequentie had, zoals overplaatsing.

“Maar dan zitten ze te dreigen, als je niet meewerkt aan je behandeling. Het zijn maar de kleinste dingetjes, als je hier niet aan mee werkt, werk je niet mee aan je behandeling dus moet je naar...”(6)

Moderatoren

Door de geïnterviewde adolescenten werd een aantal thema's genoemd die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een samenwerkingsrelatie en uitwerking hebben op de subcategorieën. Allereerst lijkt de motivatie van de adolescent om een relatie met de verpleegkundige aan te gaan van grote invloed op het ontstaan van deze relatie. Zo vertelden twee adolescenten die ongemotiveerd waren voor hun behandeling dat zij daardoor ook minder open stonden voor en behoefte hadden aan contact met de verpleegkundige(8,10). Ook wanneer de opname niet voldoet aan de verwachtingen van de adolescent, beïnvloedt dit de relatie met de verpleegkundige negatief(5).

Verder maakten twee adolescenten onderscheid tussen het contact met mannen en vrouwen(9,12). Eén van hen vertelde ontspannen gesprekken liever met een man te voeren en liever met een vrouw in gesprek te gaan wanneer hij verdrietig was. De ander vertelde dat een gesprekspartner van hetzelfde geslacht haar beter zou begrijpen.

Vijf adolescenten beschreven dat persoonlijkheidskenmerken van verpleegkundigen niet uitmaken voor het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Wanneer ze een gesprek nodig hebben met de verpleegkundige staat deze wens voorop.

“Ja er zijn altijd wel verschillen in de mensen die er rondlopen maar daar let ik nooit zo op. Het ging om een probleem te bespreken en dat wilde ik ook graag.”(3)

Hoofdcategorie

Normaal doen

Uit alle interviews was de hoofdcategorie “normaal doen” af te leiden. Zes van de twaalf adolescenten noemden letterlijk het normaal doen van de verpleegkundige(1,2,8-10,12), voor het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Anderen verwezen ernaar door termen te gebruiken als “menselijk doen”(4) en “gewoon doen”(5-7,11).

“Gewoon het normaal reageren zoals overal.”(2)

Ook betreffende het ontstaan van een relatie omschreven adolescenten dat het normaal is om niet met iedereen een (samenwerkings)relatie te willen. Net als in het “normale leven” zul je ook binnen de instelling mensen tegenkomen die je minder mag(7). Daarnaast was het “normaal doen” zichtbaar in uitspraken die adolescenten deden ten aanzien van de afstemming op de individuele patiënt, een harmonieuze, voorspelbare en duidelijke omgeving, de echtheid en openheid van de verpleegkundige en een gevoel van ongelijkwaardigheid. Deze onderwerpen vormen onderstaande subcategorieën (figuur 1). De subcategorieën staan niet op zichzelf maar hebben verband met en overlappen elkaar op verschillende thema's.

[Figuur 1 Schematische weergave hoofd-, subcategorieën en thema's]

Subcategorieën

Afstemmen op de individuele patiënt

Adolescenten denken verschillend over het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. In de interviews kwamen betreffende de subcategorie “afstemmen op de individuele patiënt” vier thema's naar voren welke hieronder beschreven worden.

Het eerste thema, door alle geïnterviewde adolescenten genoemd, is het belang van een relaxte houding van de verpleegkundige. Zes adolescenten benoemden dat een houding van de verpleegkundige waarmee druk werd gelegd een negatieve invloed heeft op het ontstaan van een samenwerkingsrelatie(2,4-6,8,11). Eén meisje noemde echter dat de verpleegkundige in de behandeling juist wel mag pushen om zo de goede kant op te kunnen gaan(10).

Het tweede thema werd beschreven door elf adolescenten die vertelden over het belang dat de verpleegkundige met hen werkt aan hun behandeling en opnamedoelen. Adolescenten vertelden met de verpleegkundige te willen praten over hun problemen of te willen dat de verpleegkundige met hen een oplossing bedenkt(3,7,9,11,12).

“En dan zeiden ze wat kun je doen als je je zo voelt. En dan ging ik nadenken en dan kwam ik toch wel met hen op een oplossing.”(11)

Vaardigheden van verpleegkundigen die belangrijk werden gevonden zijn het kunnen relativeren(7), overzicht creëren en houden(4), boven het gedrag staan(11), de adolescent doorzien en begrijpen waar het gedrag dat hij laat zien vandaan komt(4,6). Ook het belang van kennis over de problematiek werd genoemd(2,7,9,10). Een aandachtspunt hierbij is volgens hen dat deze kennis niet standaard, op iedereen wordt toegepast. Eén adolescent

benoemde dat een verpleegkundige vanuit zichzelf al vaardigheden moet hebben om met adolescenten om te gaan.

“Uit boekjes heb je wel nodig maar ik bedoel, om het te leren zeg maar moet je het gewoon zelf al kunnen.”(6)

Het derde thema is het aansluiten bij iemands leefwereld en interesses, wat door twaalf adolescenten belangrijk wordt gevonden voor het ontstaan van een samenwerkingsrelatie. Zo vertelden vijf adolescenten dat ze het prettig vonden dat de verpleegkundige met hen praatte over andere zaken dan behandelmateriaal, maar gewoon over normale dingen(1,2,4,10,11). Drie adolescenten benoemden dat ze het fijn vonden dat de verpleegkundige hen kon helpen met een interesse toonde in hun hobby's als muziek, koken en computers(1,3,5). Maar ook aansluiting vinden met betrekking tot wat een adolescent aankan vanuit zowel leeftijd als problematiek is van belang zodat de adolescent aan de ene kant niet overvraagd maar aan de andere kant niet ondervraagd wordt.

“Alsof ik niet alleen op verlof kan, dat deed ik bij jullie ook. Ok het is een paar keer fout gegaan maar kijk daar moet je van leren. En dan moet je dus niet na elk klein verlof van een uur al zitten te juichen van wat goed doe je het. Dat motiveert me niet hoor. Dan denk ik, rot op kinderachtige mensen.”(6)

Verantwoordelijkheid komt binnen deze categorie als vierde thema naar voren. Twee meisjes vertelden dat ze wilden dat de verpleegkundige hen ruimte gaf om zelf verantwoordelijkheid te nemen(6,12). Eén meisje beschreef dat verpleegkundigen de verantwoordelijkheid voor het mislukken van de relatie buiten zichzelf leggen.

“Je moet niet denken dat je alles bent of dat je hoger bent dan jongeren want dan creëer je een afstand. De jongere gaat zich daartegen verzetten en dan zegt de verpleegkundige, zie je wel, ze verzet zich, die heeft een gedragsprobleem. Nee die heeft niet een gedragsprobleem, die heeft het zogenaamd omdat de verpleegkundige niet met haar om kan gaan.”(6)

Een harmonieuze, voorspelbare en duidelijke omgeving

Binnen deze subcategorie vallen vier thema's. Het eerste thema welke door alle participanten werd beschreven, is het belang van een prettige omgeving met een gezellige en ontspannen sfeer. Door zes adolescenten werd benoemd dat ze het prettig vinden wanneer de verpleegkundige aanwezig is op de afdeling en leuke dingen met ze doet zoals tv kijken of een spelletje(1,3,4,7,10). Ook een rustige houding van de verpleegkundige bevordert een ontspannen sfeer. Humor werd door zes adolescenten genoemd als belangrijk aspect voor de sfeer op de groep en daarmee voor het ontstaan van een

relatie(3,4,5,7,8,12). Aan de andere kant werd humor ook als negatief gezien aangezien humor ook kan overkomen als het niet serieus nemen van iemand(1,5,11).

Het tweede thema is het verzorgde uiterlijk van de afdeling wat volgens twee adolescenten belangrijk is voor een samenwerkingsrelatie omdat dit maakt dat je je prettig voelt(5,6). Lange gangen, dichte deuren en vieze kamers dragen bij aan een negatief gevoel over de omgeving.

“Het moet er wat vriendelijker, wat verwelkomender uitzien. Gewoon een normale kamer. Alsof je je thuis kan voelen.”(6)

Verschillende adolescenten beschreven als derde thema hun behoefte en verwachting ten aanzien van het bestaan en de hantering van regels. Volgens acht van hen is het vanzelfsprekend dat deze regels er zijn en gehanteerd worden omdat dit duidelijkheid en veiligheid geeft(3,5-11).

“Zorgen dat jongeren zich wel aan de regels houden. Niet echt op een strenge manier maar wel dat ze doorhebben van dat mag niet en dat mag ook niet.”(3)

Bij de toepassing van regels is het echter wel belangrijk dat deze flexibel worden gehanteerd en het mogelijk is voor de adolescent over de regel te onderhandelen(3,5,8-11).

Adolescenten vertelden verder over hun behoefte aan consequent handelen van de verpleegkundigen. Dit consequent handelen heeft zowel betrekking op de individuele verpleegkundige (doen wat je zegt) (5,9) als op het team. Voor het teambrede consequent handelen is een gezamenlijke basishouding belangrijk en eensgezindheid over de uitvoering van beleid(1,10). Twee adolescenten vertelden dat ze het fijn hadden gevonden wanneer de verpleegkundige eerder had ingegrepen bij onrust(5,6).

Het laatste thema betreft het hebben van een vast aanspreekpunt op de afdeling. Een vast aanspreekpunt werd door acht adolescenten bevorderend gezien voor een samenwerkingsrelatie omdat ze deze persoon dan eerder kennen en vertrouwen, ze sneller wennen op de afdeling, er meer continuïteit in gesprekken zit en je minder verschillend advies krijgt wat bevorderlijk is voor het overzicht(1,4,6,7,9-12). Tenslotte versterkt een vast aanspreekpunt het gevoel dat er iemand echt voor hen is, wat de laagdrempeligheid van het contact maken vergroot.

“Ik moet altijd eerst de kat uit de boom kijken en dat lukt me niet met zoveel verschillende mensen die ik niet ken op een vreemde locatie. Dus ik had op een gegeven moment inderdaad een vast persoon nodig.”(12)

Vier adolescenten zouden ondanks de voordelen liever geen vast aanspreekpunt willen omdat ze liever zelf bepalen met wie ze in gesprek gaan en regelzaken langer op zich laten wachten wanneer een vaste aanspreekpunt vaak afwezig is(6,10-12). Eén meisje benoemde dat ze dit aanspreekpunt alleen tijdens een lange opname en niet tijdens een crisisopname zou willen omdat ze tijdens een korte opname liever geen band met iemand opbouwt(10).

Tenslotte benoemden drie adolescenten dat het grote aantal verpleegkundigen op de afdeling het ontstaan van een samenwerkingsrelatie belemmert omdat het daardoor langer duurt voordat ze gewend zijn op de afdeling(1,2,12).

Echtheid en openheid van de verpleegkundige

Deze subcategorie omvat zes thema's. Het eerste thema is dat verpleegkundigen volgens adolescenten echt moeten zijn en normaal moeten doen, zoals ze buiten de instelling ook doen. Verpleegkundigen moeten niet alleen hun werk doen, maar ook betrokken en oprecht zijn en uitstralen dat ze het fijn vinden om iemand te helpen.

“Want soms heb je ook wel het gevoel dat sommige verpleegkundigen werken van, ik doe m'n werk, ik zit hier voor m'n werk. Bij anderen heb je toch wel het gevoel dat ze hier werken voor een bepaald doel. Ze vinden het mooi om te zien dat kinderen weer opknappen terwijl je bij sommigen ook ziet, van ik werk hier, ik verdien er geld mee dus ik vind het wel best.”(11)

Negen adolescenten beschreven het volgende thema en benoemen dat het belangrijk is dat de verpleegkundige open voor ze staat en interesse toont. Volgens de geïnterviewde adolescenten is het belangrijk dat de verpleegkundige zonder vooroordeel met hen in contact gaat(1,6,11,12), zich inleeft in hen(6,7,11), ze het gevoel geeft dat ze zichzelf kunnen zijn en geaccepteerd worden(2,6,10), ze serieus neemt(1,3) en tijd voor ze heeft(6,9). Twee adolescenten beschreven dat het normaal is wanneer de verpleegkundige niet meteen tijd heeft(7,9). Dit heeft geen gevolgen voor de samenwerkingsrelatie. Vijf adolescenten benoemden dat de verpleegkundige gewoon aardig moet zijn(1,3,6,9,10). Ze moet adolescenten positief benaderen(11), zorgzaam zijn(11), kunnen luisteren(3,6,7), geduldig zijn(7), transparant zijn(6,9), een vrolijke uitstraling hebben(7,10) en rekening houden met de adolescent zijn privacy(3,11). Een meisje vertelde dat wanneer de verpleegkundige haar af en toe zou aanraken, dit haar woorden kracht bij zou zetten en ze meer betrokken overkomt(4).

Vier adolescenten noemden het belang van initiatief nemen door de verpleegkundige in het contact(4,6,11,12). De verpleegkundige moet volgens hen interesse tonen, gesprekken beginnen en hen uitnodigen in contact.

“Je moest altijd naar hen toe komen als er wat was ook al zagen ze dat het slecht met je ging. En ik ben daar juist met het doel gekomen om te leren naar mensen toe te stappen. Maar als die eerste stap van mijn kant nooit gezet wordt... Zij stappen dan ook niet naar mij toe van, ik zie dat er wat is, kom maar op. Dat vond ik lastig want het gaf mij ook niet het gevoel van o dan stap ik nu wel naar hen toe.”(12)

Het derde thema is het belang van medemenselijkheid, wat onderscheiden lijkt te worden van gelijkwaardigheid. Het contact met de verpleegkundige moet wederkerig zijn wat inhoudt dat het initiatief van beide kanten moet komen, dat de verpleegkundige open staat voor de adolescent en open is over zichzelf(4,7,9,11,12).

“Het moet zijn alsof het gewoon mensen zijn. Je hebt toch het idee dat er afstand zit tussen verpleegkundige en jongeren omdat zij de mensen zijn die ervoor geleerd hebben. Ze staan precies aan de andere kant van de problemen dan waar jij staat en dan is het wel fijn om af en toe met iemand erover te hebben van wat voor muziek diegene houdt of wat voor sporten of dat soort dingen. Zodat het wat meer bij elkaar komt.”(4)

Het vierde thema, het hebben van vertrouwen, is volgens vier adolescenten belangrijk(4,6,7,10). Om het vertrouwen van de adolescent te winnen moet de verpleegkundige aardig zijn(1). Het niet kunnen peilen van de verpleegkundige leidt tot wantrouwen(10). Vertrouwen maakte dat je open durfde zijn, wat de samenwerkingsrelatie met de verpleegkundige verbeterde(4,6). Vertrouwen werd door vier adolescenten in relatie genoemd tot beroepsgeheim(1,6,7,8), als iets wat inherent is aan de opname. Eén jongen benoemde dat hij het moeilijk vond met een verpleegkundige in gesprek te gaan omdat dit werd doorverteld aan collega's. Dit verminderde zijn vertrouwen in de verpleegkundige(1). Eén meisje vertelde dat de duur van de crisisopname te kort is om iemand te leren vertrouwen(12). Ook het vertrouwen van de verpleegkundige in de adolescent werd belangrijk gevonden(3,4,8,11). De verpleegkundige kan dit laten merken door de adolescent serieus te nemen(1) en hen vrijheid te geven(3,8,11). Twee adolescenten benoemden dat ze denken dat het vertrouwen in hen niet belangrijk is op een crisisafdeling(2,10).

Het vijfde thema is het bieden van nabijheid en werd door zes adolescenten genoemd als factor voor het ontstaan van een samenwerkingsrelatie omdat dit het gevoel van betrokkenheid bij de adolescent vergroot(1,3,4,6,9,11). Een aantal beschreef dat letterlijke afstand tot figuurlijke afstand leidt, wat het ontstaan van de relatie negatief beïnvloedt(1,4,6). Ook creëert de verpleegkundige door alleen maar therapeutische gesprekken te hebben en nooit leuke dingen met de adolescent te doen afstand(4,6).

Het zesde thema is de eerste indruk waarvan vier adolescenten beschreven dat dit belangrijk is voor het ontstaan van een samenwerkingsrelatie(3,7,11,12). Eén van hen gaf aan dat

wanneer de eerste indruk niet goed was, de verpleegkundige meer moeite zou moeten doen een relatie met deze persoon te krijgen. Twee anderen gaven aan af te gaan op de eerste indruk maar deze tijdens opname bij te stellen(4,6). Ook de intuïtie van zowel de adolescent in het bepalen of hij met de verpleegkundige een “klik” heeft als van de verpleegkundige in het aanvoelen hoe zij zich moet opstellen in contact speelt een rol.

“Ja de eerste keer kijk ik altijd gewoon naar die uitstraling en daar krijg je meteen een gevoel bij en dat gevoel houdt je ook.”(10)

Vier adolescenten vertelden dat ze het prettig vonden dat de verpleegkundige hen op de eerste dag bij liet komen en hen laagdrempelig benaderde(1,3-5). Eén meisje beschreef het belang van investeren in het contact aan het begin van opname. Deze investering moet echter vanuit de verpleegkundige wel blijven bestaan omdat het anders leidt tot een gevoel van afwijzing(6).

Natuurlijke ongelijkwaardigheid

Het eerste thema in deze subcategorie is normale en geaccepteerde ongelijkwaardigheid ten opzichte van verpleegkundigen welke door negen adolescenten werd omschreven(1-3,6-10,12). Deze ongelijkwaardigheid gaat over het verschil in leeftijd maar heeft ook betrekking op de afhankelijkheidspositie waarin de adolescent als hulpvrager zich verhoudt tot de verpleegkundige die de hulp verleent.

“Het is meer van, ik ben de zieke en jij zou me misschien wel kunnen helpen. Als ze hetzelfde zijn als ik dan heb ik er niks aan.”(7)

“Het voelde net als een, nou ja niet echt als een ouder maar net als een leraar van school. Zo iemand waar je wel naar moet luisteren, die kan jou uitleg geven.”(9)

Als tweede thema werd genoemd dat verpleegkundigen adolescenten de ruimte moeten geven regie te nemen. Dit kan door ze mee te laten denken in hun behandeling en open te staan voor overleg(1,3,4,8,10-12). Acht adolescenten benoemden het fijn te vinden ze zelf keuzes konden maken ten aanzien van beleid en daginvulling(1-3,6,8,9,11,12). In gesprek moet de verpleegkundige de adolescent zien als gelijke gesprekspartner. Er moet worden gezocht naar een compromis waarin beide zich kunnen vinden(6) en de verpleegkundige moet de adolescent tegengas kunnen geven(4).

Factoren die het gevoel van ongelijkwaardigheid vergroten zijn het voor de adolescent bepalen wat hij ten aanzien van zijn behandeling moet doen(1,4,9) en het rigide hanteren van regels(3,12). Eén adolescent benoemde dat ondanks het mee te kunnen denken in behandeling, het uiteindelijke besluit bij de verpleegkundige ligt. Dit vergroot een gevoel van

ongelijkwaardigheid(1). Ook het vasthouden van iemand vermindert het gevoel van gelijkwaardigheid.

Discussie

Dit artikel beschrijft hoe adolescenten een samenwerkingsrelatie met verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie ervaren en welke factoren leiden tot het ontstaan ervan. Een samenwerkingsrelatie wordt door adolescenten op twee wijzen gezien. Aan de ene kant als band met als doel je prettig te voelen, aan de andere kant als functioneel middel om een opname doel te behalen. Het normaal doen van de verpleegkundige kwam in alle interviews als rode lijn naar voren. Om deze reden en omdat vrijwel alle adolescenten letterlijk noemden dat de verpleegkundige “gewoon normaal moest doen” om een samenwerkingsrelatie met hen te creëren, is dit de hoofdcategorie van de theorie geworden. Ook in de subcategorieën komt het “normaal doen” van de verpleegkundige naar voren. De verpleegkundige moet rekening houden met “normale” verschillen tussen individuele patiënten, in haar houding echt zijn, zoals ze “normaal” ook doet, een “normale” harmonieuze sfeer creëren waaronder het hanteren van “normale” (pedagogische) grenzen en rekening houden met “normale” ongelijkwaardigheid. Deze factoren spelen in combinatie met de motivatie van de adolescent om een relatie aan te gaan een belangrijke rol in het ontstaan van een samenwerkingsrelatie.

Dit onderzoek biedt een aanvulling op eerder onderzoek naar het ontstaan van een samenwerkingsrelatie omdat ingegaan wordt op het perspectief van adolescenten. Hoewel overeenkomsten met literatuur uit de volwassenenpsychiatrie gevonden werden, zoals een rustige houding, gebruik van humor, continuïteit (Heslinga 2010), werd ook een aantal verschillen gevonden. Zo viel op dat in vergelijking met de volwassenenpsychiatrie het belang van gelijkwaardigheid (Heslinga 2010) voor adolescenten minder vanzelfsprekend lijkt en zij zelfs uitgaan van een normale ongelijkwaardigheid. Wel is hierin een overeenkomst zien met de presentietheorie (Baart 2008) waarin ook gesproken wordt over deze ongelijkwaardigheid binnen de hulpverleningsrelatie. Verder is opvallend dat ondanks de veronderstelling dat adolescenten zich vanuit hun leeftijd mogelijk zouden verzetten tegen regels, door hen juist de behoefte aan regels en duidelijkheid genoemd werd. Veel adolescenten benoemden verder samen met de verpleegkundige te willen werken aan behandeldoelen. Dit sluit aan bij de huidige visie in de gezondheidszorg waarin patiëntparticipatie een belangrijke rol speelt.

Verpleegkundigen kunnen met dit onderzoek de zorg voor adolescenten op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie verbeteren. Met de resultaten kunnen

verpleegkundigen zich bewust worden van de ervaring van adolescenten betreffende een samenwerkingsrelatie en daardoor effectiever een samenwerkingsrelatie met adolescenten aangaan. Daarbij kunnen resultaten zoals behoefte aan nabijheid en hanteren van regels om duidelijkheid te verschaffen gebruikt worden bij onderhandeling over voldoende personeel om deze nabijheid te kunnen bieden en bij teamafspraken over pedagogische grenzen. Tenslotte kan het resultaat dat iemand vasthouden afstand creëert tussen adolescent en verpleegkundige gebruikt worden als argument voor het verminderen van dwang en drang.

De resultaten geven een nieuw en breed beeld van het perspectief van adolescenten op een samenwerkingsrelatie met verpleegkundigen. Hoewel generalisatie bij kwalitatief onderzoek niet het voornaamste doel is, is generalisatie op basis van analogieredenen mogelijk. Hierbij kan de lezer van het onderzoek bepalen in hoeverre de resultaten bruikbaar zijn voor zijn eigen populatie (Maso & Smaling 1998). Binnen het onderzoek is saturatie behaald aangezien na twaalf interviews geen nieuwe uitspraken werden gedaan. Gestreefd werd naar een heterogene steekproef. Dit op verschillende vlakken, zoals problematiek en geslacht gelukt. Wat betreft leeftijd geeft de gebruikte steekproef mogelijk een eenzijdig beeld, gezien de gemiddelde leeftijd van zeventien jaar. Dit vermindert de generaliseerbaarheid naar de gehele adolescenten populatie die strijkt van dertien tot achttien jaar. Ook was er beperkte heterogeniteit wat betreft problematiek van de participanten, hierdoor blijft het perspectief van adolescenten met andere crisisvragen onderbelicht. Dit perspectief zal in vervolgonderzoek duidelijk moeten worden. Een andere beperking van het onderzoek is dat vijf adolescenten de onderzoeker kenden van hun opnametijd. Aan deze adolescenten is na het interview gevraagd of ze het daardoor lastig vonden open te zijn in het interview. Drie adolescenten gaven aan van niet, de andere twee gaven aan dat ze het wel lastig vonden maar desondanks wel alles hadden durven zeggen. De onderzoeker heeft om te kunnen reflecteren op haar subjectiviteit veronderstellingen op basis van het kennen van de adolescent beschreven in het reflectief dagboek. Desondanks heeft het kennen van de onderzoeker mogelijk geleid tot minder openheid van de adolescent in het interview en gevolgen hebben gehad voor de analyse van de data door de onderzoeker. Van de twintig benaderde adolescenten wilden twaalf deelnemen aan het onderzoek. Mogelijk dat het kennen van de onderzoeker meegespeeld heeft in het (niet) willen participeren in dit onderzoek. Een andere verklaring voor de non-respons is dat tegelijk met het onderzoek een patiënttevredenheidsonderzoek werd gehouden waarin een aantal thema's van dit onderwerp aan bod kwam.

Conclusie

Dit onderzoek vormt de basis van een theorie over de ervaring van adolescenten met betrekking tot het ontstaan van een samenwerkingsrelatie met verpleegkundigen. Het normaal doen van de verpleegkundige en daarbij af te stemmen op de individu, het creëren van een harmonieuze en duidelijke omgeving, echt en open opstellen en bewust zijn van de (on)gelijkwaardige relatie zijn essentiële factoren voor verpleegkundigen om tot een samenwerkingsrelatie met adolescenten te komen. Door deze samenwerkingsrelatie met adolescenten effectiever te creëren, zullen behandeluitkomsten verbeterd worden. Vervolg onderzoek waarin deze “doe normaal” theorie verder wordt ontwikkeld en getoetst is van belang.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (Fourth edition, Text Revision ed.). Washington, American Psychiatric Press.
- Baart A. & Grypdonck M. (2008) *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag, Uitgeverij LEMMA.
- Charmaz K. (2006) *Constructing Grounded Theory*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore & Washington DC, Sage.
- Harten M. van der & Rijn E. van (2008) De behandeltaken van de groepsleider. In: *Behandelend opvoeden. Groepswerk in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg*. Assen, Van Gorcum 2008
- Heslinga M. (2010) Het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Verpleegkunde*, 25,1
- Holloway I. & Wheeler S. (2002) *Qualitative Research in Nursing*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Horberg U., Brunt D & Axelsson A. (2004) Clients' perceptions of client-nurse relationships in local authority psychiatric services: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, March, 13, 1, 9-17.
- Karver M., Shirk S. R., Handelsman J. B. et al. (2008) Relationship Processes in Youth Psychotherapy. Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 1, 15-28.
- Karver M. S., Handelsman J. B., Fields S., et al (2006) Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 1, 50-65.
- Maso I. & Smaling A. (1998) *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam, Boom.
- Oenen F. J. van, Bernardt C. & Post L. van der (2007) *Praktijkboek Crisisinterventie*. Utrecht, De Tijdstroom.

Peplau H.E. (1988) *Interpersonal relations in nursing*. pp. 3-43. New York, Palgrave Macmillan

Ramjan L. M. (2004) Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 5, 495-503.

Shirk S.R. & Karver M. (2003) Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3, 452-64.

't Spijker A., van & Coppoolse P. (2009) Meet kwaliteit van hulpverleningsrelatie. *Psy*, 13, 9, 34-35.

Wester F. & Peters V. (2004) *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum, Coutinho

Tabellen en figuur

Tabel 1 Achtergrondgegevens

Participant	Leeftijd	Geslacht	Juridische status	Duur opname
		J = jongen	RM = rechtelijke machtiging	1-2 weken: 1
		M = meisje	IBS = in bewaring stelling	2-4 weken: 2
			Vrijw. = vrijwillig	>4 weken: 3
1	17	J	RM	3
2	18	J	Vrijw.	2
3	15	J	Vrijw.	2
4	18	M	IBS	2
5	17	J	Vrijw.	2
6	16	M	IBS	2
7	18	J	Vrijw.	2
8	15	J	Vrijw.	1
9	13	J	Vrijw.	2
10	17	M	Vrijw.	1
11	17	M	Vrijw.	3
12	17	M	Vrijw.	1

Tabel 2 Topic lijst aan de hand van sensitizing concepts

Belang samenwerkingsrelatie

Contact met verpleegkundige

Wederzijds vertrouwen

Persoonlijkheidskenmerken verpleegkundige

Continuïteit van zorg

(Praktische) vaardigheden verpleegkundige

Eerste indruk

Sprake van samenwerking

Wederzijdse macht en controle

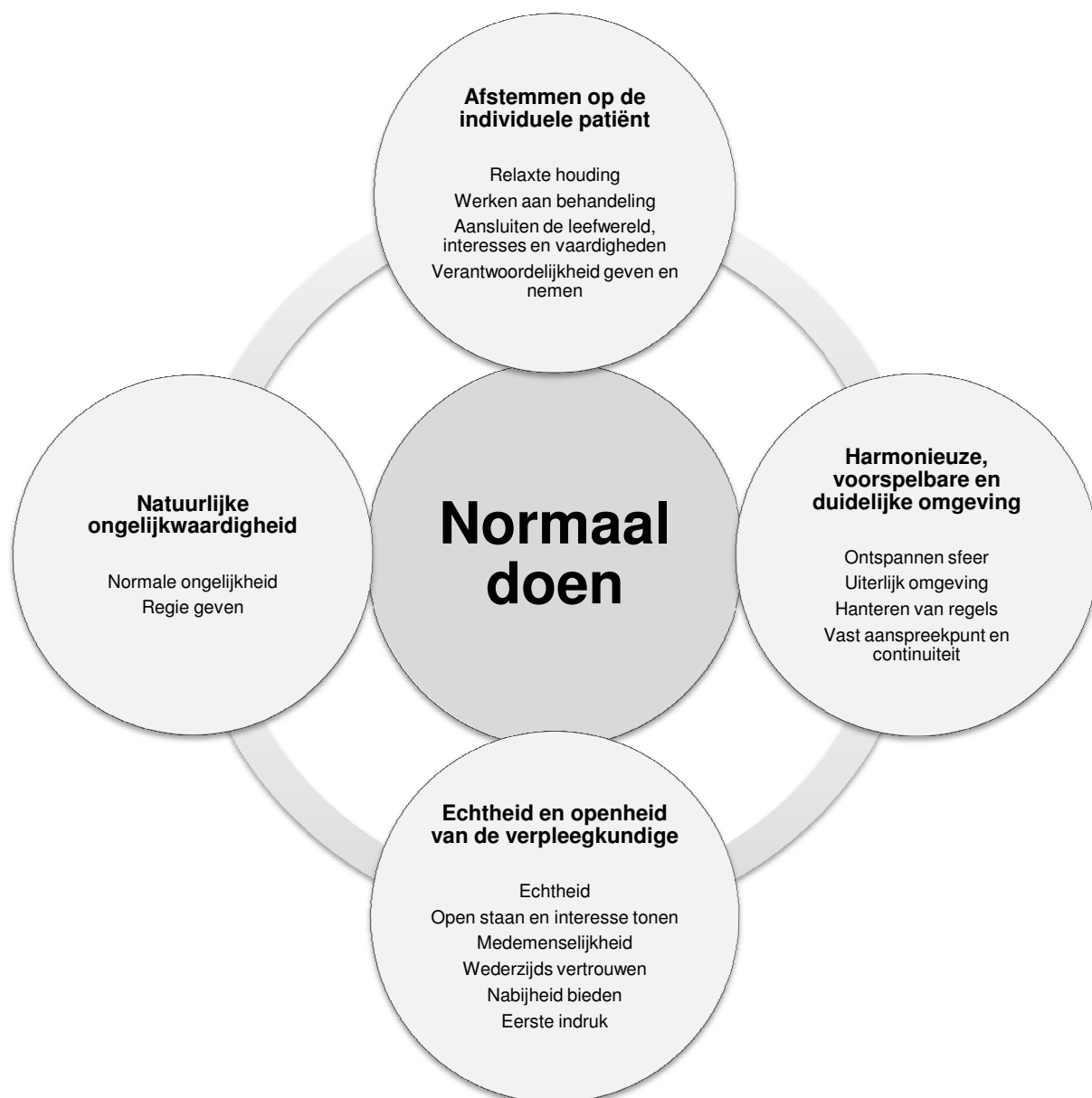
Houding verpleegkundige

Laagdrempelige bereikbaarheid

Gebruik van humor

Tijd hebben

Figuur 1 Schematische weergave hoofd-, subcategorieën en thema's



Samenvatting

Doe normaal!

Een samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de hulpverlener is een belangrijke voorspeller van het behandelresultaat bij psychiatrische patiënten. Een samenwerkingsrelatie speelt een rol bij de motivatie en therapietrouw van patiënten ten aanzien van hun behandeling. Persoonlijkheidskenmerken, vaardigheden en attitudes van verpleegkundigen spelen onder andere een rol bij het ontstaan van deze samenwerkingsrelatie tussen patiënten en verpleegkundigen. Onderzoek naar het perspectief van adolescenten en wat voor hen belangrijk is voor het ontstaan van een samenwerkingsrelatie ontbreekt. Het doel van dit onderzoek was daarom te beschrijven hoe adolescenten een samenwerkingsrelatie met verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie ervaren en welke factoren volgens hen bijdragen aan het ontstaan ervan. Deze beschrijving zal leiden tot een theorie betreffende een samenwerkingsrelatie tussen patiënten en hulpverleners, in het bijzonder tussen adolescenten en verpleegkundigen. Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd volgens de Grounded Theory stroming. Bij twaalf doelgericht geselecteerde participanten is een open interview afgenomen. De verkregen data zijn gecodeerd en geanalyseerd waarbij constante vergelijking gehanteerd werd. Vervolgens zijn overeenkomstige concepten omschreven, welke de basis vormden van de theorie die daarop gevormd is. Dit onderzoek geeft zowel een beschrijving van een samenwerkingsrelatie als factoren die bijdragen aan het ontstaan van deze relatie. Verpleegkundigen moeten volgens de geïnterviewde adolescenten vooral “normaal doen”. Ze worden geacht hun zorg af te stemmen op de individuele patiënt, zich echt en open opstellen, een harmonieuze en duidelijke sfeer te creëren en bewust te zijn van normale ongelijkwaardigheid tussen de patiënt en hulpverlener. Verpleegkundigen kunnen zich door de uitkomsten van dit onderzoek bewust worden van de ervaring van adolescenten met betrekking tot een samenwerkingsrelatie en deze ervaring gebruiken wanneer zij tot een samenwerkingsrelatie met adolescenten willen komen. Hoewel de resultaten belangrijk zijn voor de verpleegkundige praktijk wordt aanbevolen deze theorie in volgend onderzoek verder te ontwikkelen.

Trefwoorden: adolescenten, crisisafdeling, psychiatrie, samenwerkingsrelatie, theorie, verpleegkundigen

Abstract

Get real!

A working relationship between patients and therapists is predictive for therapy outcomes of psychiatric patients. A working relationship contributes to the motivation and compliance of patients regarding their treatment. Nurses personality characteristics, skills and attitudes are important factors in the development of this relationship between patients and nurses. There is a lack of research into the perspective of adolescents and what is important to them in the development of a working relationship. Therefore the aim of this study was to examine how adolescents on a crisis ward in child and adolescent psychiatry experience a working relationship with nurses and what factors contribute to the emergence of a working relationship with a nurse, and what factors have a negative influence on the emergence of this relationship. This knowledge will contribute to the current theory of working relationships between patients and healthcare workers. A qualitative research design (Grounded Theory) was used. Twelve purposively selected adolescents were interviewed. The obtained data were analyzed by constant comparison and similar concepts were described. Theory was based on these concepts. This study provides both a description of a working relationship and factors contributing to the development of this relationship. According to the interviewed adolescents, nurses should act normal. Furthermore, provided care should be fit for the individual patient, nurses should act authentically and open, create a pleasant and clear atmosphere and realize that inequality between the adolescent and the nurse is normal. Nurses can use the results of this study to become aware of how adolescents experience a working relationship, and use this knowledge to improve the development of this relationship. Although these results are important for nursing practice, further research to complete this theory is recommended.

Keywords: adolescents, crisis ward, nurses, psychiatry, theory, working relationship