

---

# ONDERZOEK IN DE SOCIALE PSYCHIATRIE: GEWOON DOEN!

**Bauke Koekkoek, Wilma Hebbing en Giel Hutschemaekers**

## **Inleiding**

Onderzoek in het sociaal-psychiatrische werkveld vindt de laatste jaren maar beperkt plaats in Nederland. Er wordt weliswaar onderzoek gedaan naar in het buitenland ontwikkelde programma's, zoals ACT (Assertive Community Treatment), IRB (Integrale Rehabilitatie Benadering), IPS (Individual Placement & Support) e.d., maar dit betreft eigenlijk al ver doorontwikkelde methodieken met een specifieke focus. In de doorsnee sociaal-psychiatrische praktijk wordt meestal niet zulke specifieke en evidence-based zorg en behandeling geboden aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek in combinatie met allerlei psychosociale problemen. Juist in die praktijk zijn veel sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam, waarvan we op onderzoeksgebied weinig horen. Hoewel we aanwijzingen hebben dat er allerlei kleinschalige onderzoeken (vaak in het kader van opleidingen) plaats vinden, zien we deze nauwelijks terug in nationale of internationale tijdschriften. Dat is spijtig want daarmee gaat veel hard werk verloren en wordt het kennisniveau van de beroepsgroep niet of nauwelijks hoger.

De waarde van onderzoek staat in het huidige klimaat van effectiviteit en efficiëntie nauwelijks ter discussie. Onderzoek heeft bij veel praktijkmensen echter een slechte naam: het kost tijd, het is emotioneel belastend, je hoort er nooit wat van terug en het staat ver af van het dagelijkse werk. Hoewel dit soms geldige argumenten zijn, zullen we in de volgende paragraaf ingaan op de aanname dat onderzoek en praktijk niets met elkaar te maken hebben. Dat hangt namelijk erg af van de vorm en aard van het onderzoek. Verderop in dit artikel zullen we twee voorbeelden geven van sociaal-psychiatrisch onderzoek dat dicht bij de praktijk staat en kennis genereert die in de praktijk direct bruikbaar is. Doel van dit artikel is om SPV-en wat meer informatie te bieden over het doen van onderzoek en om collega's te enthousiasmeren voor het uitvoeren ervan.

## **Wat is onderzoek?**

Onderzoek komt in vele soorten en maten, in die zin is het praten over 'onderzoek' als een eenvormig fenomeen net zo vreemd als het praten over 'de patiënt'. In deze paragraaf zetten we enkele dimensies van onderzoek op een rijtje, met als doel om te verduidelijken welke varianten er mogelijk zijn.

Ten eerste maken we een verschil tussen fundamenteel (of theoretisch) en praktijkgericht (of klinisch) onderzoek. Fundamenteel onderzoek vindt doorgaans plaats aan universiteiten of gespecialiseerde onderzoekscentra. Het kan bijvoorbeeld DNA-onderzoek betreffen of een betoog over de rol van logica in het werk van Wittgenstein. Hoewel vaak interessant, is er meestal geen direct verband met het dagelijks leven of werk in praktijk. Vaak komt het resultaat van fundamenteel onderzoek pas met veel vertraging, of helemaal niet, terecht bij professionals en het grote publiek. Praktijkgericht onderzoek komt daarentegen voort uit de praktijk (vragen) en is ook bedoeld voor de praktijk (d.m.v. antwoorden).

Een tweede onderscheid is dat tussen beschrijvend en toetsend onderzoek. Beschrijvend onderzoek beoogt een beeld te geven van de werkelijkheid, die vaak minder bekend is dan we denken. Voorbeelden zijn het bevragen van patiënten op hun ervaringen met psychiatrische behandeling of het doen van een bevolkingssurvey (enquête onder een representatief deel van de bevolking) met de bedoeling het aantal psychische stoornissen vast te stellen. Toetsend onderzoek, aan de andere kant, wil vaststellen of een bepaalde aanname (bijvoorbeeld dat middel A beter werkt dan middel B) ook inderdaad wetenschappelijk correct is. Meestal worden daartoe twee of meer groepen met elkaar vergeleken en met behulp van statistiek vastgesteld of de gevonden verschillen generaliseerbaar zijn. In de (geestelijke) gezondheidszorg wordt ook wel gesproken van interventieonderzoek omdat er bekeken wordt wat de effecten zijn van een bepaalde (nieuwe) interventie. Wanneer een onderzoeksterrein nog vrij onontgonnen is, wordt meestal begonnen met beschrijvend onderzoek. Wanneer er dan meer kennis, kan een interventie worden ontwikkeld en getoetst. Een derde belangrijk onderscheid is dat tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In het eerste wordt gebruik gemaakt van lijsten, schalen en cijfers om fenomenen te meten, in het tweede worden daarvoor observaties en interviews gebruikt. Bij kwantitatief onderzoek zijn meestal veel respondenten betrokken, waarover dankzij getallen vlot iets samenvattends gezegd kan worden dat voor een grote groep geldig is. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om kleinere aantallen (bijvoorbeeld 20 geïnterviewden of twee geobserveerde afdelingen) en wordt door middel van een schema of beschrijving een beeld gegeven van de uitkomsten. De conclusies gelden vooral, of uitsluitend, voor de onderzochte groep en niet persé voor een grotere groep of andere locaties. In kwantitatief onderzoek draait het vooral om generaliseerbaarheid, bij kwalitatief onderzoek vooral om inzicht in en begrip van het onderzochte fenomeen. Het eerder genoemde surveyonderzoek is kwantitatief van aard: scores op bepaalde lijsten geven aan in welke mate er sprake is van psychiatrische problematiek. De ook al eerder genoemde interviews met patiënten zijn kwalitatief van aard en betreffen bijvoorbeeld alleen de ervaringen met psychiatrische thuiszorg door instelling X aan patiëntengroep Y.

## **Hoe onderzoek op te zetten**

### ***Zoeken van een thema***

Voor klinici zoals sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, is een probleem in de dagelijkse praktijk vaak het vertrekpunt voor onderzoek. Sommige problemen in de praktijk vragen om een wetenschappelijke aanpak, andere juist om een praktische. Voor beantwoording van de vraag hoe afdeling A en afdeling B beter kunnen samenwerken is zelden onderzoek nodig, we weten zo wel dat het helpt als de partijen elkaar regelmatig zien, hetzelfde doel nastreven en naar elkaar luisteren. De vraag hoe het komt dat patiënten die overgaan van afdeling A naar afdeling B zo vaak terugvallen, is wel een mogelijke onderzoeksvraag. Vaak hebben we wel een idee maar weten niet goed hoe het echt in elkaar zit - een duik in de literatuur, het afnemen van interviews of observeren op de afdeling kunnen dan mogelijke methoden zijn om de vraag te beantwoorden.

Wie een onderzoek overweegt, doet er goed aan een thema te zoeken dat hem of haar na aan het hart ligt, dan is langdurige interesse verzekerd (onderzoek gaat namelijk vaak traag). Tegelijkertijd moet de aanstaande onderzoeker ook in staat zijn tot reflectie, relativering en afstand t.o.v. zijn of haar onderwerp - als de onderzoeker alles al meent te weten heeft onderzoek doen weinig zin.

### ***Vinden van begeleiders***

Wie met onderzoek start weet doorgaans niet hoe het moet en daarom zijn goede begeleiders belangrijk. In GGZ-instellingen is het niet altijd eenvoudig om iemand te vinden die een onderzoek kan begeleiden.

Vaak is er bij de opleiders verpleegkunde, psychologie en psychiatrie wel kennis over mogelijke begeleiders. Ook hebben veel instellingen tegenwoordig een afdeling Onderzoek, of zijn er in ieder geval één of meer gepromoveerde deskundigen werkzaam. Dit zijn de mensen om mee in gesprek te gaan over het onderwerp, de onderzoeksvraag en de begeleiding. Vaak kennen zij weer andere mogelijke deskundigen, binnen of buiten de instelling. Een andere goede route loopt bijvoorbeeld via de lectoraten op het gebied van (sociale) psychiatrie en verpleegkunde of de universiteit, maar de interne weg is vaak wat makkelijker.

### ***Schrijven van een plan***

Een lastige maar cruciale fase in onderzoek is het schrijven van een onderzoeksplan waarin probleem, vraag, methode, analyse en verwachte resultaten worden beschreven. Voor een niet-geofende onderzoeker is dit misschien wel de lastigste fase en daarbij is dan ook hulp nodig. De begeleiders geven, in samenspraak met mogelijke andere deskundigen, feedback op de verschillende onderdelen van het plan en doen suggesties. Een onderzoeksplan is zo belangrijk omdat het richting geeft aan dat wat je gaat doen. Zonder duidelijk plan, met tijdsindicaties en evaluatiemomenten, verlies je snel het overzicht en de rode draad. Zonder begeleider(s) komt er doorgaans geen plan.

### ***Verkrijgen van middelen***

Vaak wordt vergeten dat onderzoek geld kost. In de GGZ zijn de materiële kosten vaak niet zo heel hoog maar onderzoekers moeten ook betaald worden. Over het algemeen zijn instellingen niet direct in staat of bereid bent veel uren vrij te maken voor onderzoekers, tenzij het onderzoek een direct nut lijkt te kunnen hebben. Het is in ieder geval raadzaam om met leidinggevenden te overleggen over de mogelijkheden en daarnaast - vaak samen met de begeleiders - te zoeken naar externe financieringsmogelijkheden. GGZ-directies zijn veel geneger om mee te betalen wanneer er ook ergens anders geld vandaan komt. Subsidies zijn o.a. te vinden bij ZonMw, verschillende fondsen met een relatie met de gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en andere subsidieverstrekkingen.

### ***Uitvoeren van onderzoek***

Het uitvoeren van onderzoek in een niet-academische setting vraagt om speciale randvoorwaarden voor en vaardigheden van de onderzoeker. De rol van onderzoeker is anders dan die van professional en deze moeten, zowel ten behoeve van goed onderzoek als een goede relatie met cliënten, duidelijk gescheiden blijven. Daarbij missen onderzoekers in GGZ-instellingen soms hele praktische maar onmisbare hulpmiddelen zoals: on-line toegang tot literatuur (vooral tijdschriftartikelen), statistische software en ondersteuning en noodzakelijke standaarddocumenten (zoals b.v. informed consent-verklaringen). Hoewel deze zaken relatief makkelijk te verkrijgen zijn, gebeurt dit toch niet altijd even vlot. In de drukte van contacten met cliënten is het vaak lastig om met het onderzoek bezig te gaan en te blijven. Het is dan ook aan te raden om in de onderzoeksuren van de eigen afdeling af te gaan en ergens anders te werken - het liefst op een plek waar meer onderzoekers werken. Belangrijk is ook om een frequent en laagdrempelig contact met de begeleider te hebben, zodat allerlei praktische vragen (vooral in de beginfase) snel beantwoord kunnen worden.

### ***Publiceren van resultaten***

Het belangrijkste doel van praktijkonderzoek is het verkrijgen van meer kennis die kan worden ingezet in de dagelijkse zorgpraktijk. Om dat doel te bereiken is het absoluut noodzakelijk dat onderzoeksresultaten op de een of andere wijze aan anderen worden gepresenteerd, hetzij mondeling, hetzij schriftelijk. Dat klinkt logisch maar toch blijft mooi en relevant onderzoek nog vaak binnen de muren van één instelling of zelfs afdeling.

De onderzoeker en diens begeleider(s) moeten er dus vanaf het eerste moment naar streven om te komen tot een publicatie of presentatie die toegankelijk is voor een zo groot mogelijk publiek. Bij het kiezen van een medium spelen verschillende afwegingen een rol. Als de wetenschappelijke belangen groot zijn dan verdient een gerenommeerd Engelstalig tijdschrift de voorkeur. Als de praktijkbelangen groot zijn verdient een Nederlandstalig, liefst gratis en on-line toegankelijk, tijdschrift de voorkeur.

### **Twee projecten ter illustratie**

Hieronder bespreken we twee onderzoeksprojecten zoals die door de auteurs zijn uitgevoerd. Het eerste betreft een promotieonderzoek in de langdurige zorg, dat zowel beschrijvend als toetsend is. Het heeft een brede focus, is van lange duur en heeft geresulteerd in nationale en internationale publicaties en een wetenschappelijke promotie. Het tweede project betreft een praktijkonderzoek in de crisisdienst, dat ook beschrijvend en interventiegericht is. Het heeft een gerichte focus (verbetering van de praktijk in een specifieke situatie), is van middellange duur en heeft geleid tot lokale publicaties en presentaties.

**Project 1:** *verbetering van de sociaal-psychiatrische zorg aan niet-psychotische chronische patiënten die als 'moeilijk' worden gezien* (Zie artikel in vorige SP) Aanleiding voor dit onderzoek was de constatering dat er door SPV-en en andere professionals regelmatig wordt gesproken over 'moeilijke' patiënten. Of dit altijd ligt aan de stoornis(sen) van de patiënt vroegen we ons af. We deden een literatuurstudie en onderzochten wat experts, professionals en patiënten belangrijke problemen vinden in de zorg aan 'moeilijke' patiënten met een langdurige niet-psychotische stoornis. We construeerden een verklarend model, waarop we een interventieprogramma baseerden. In een pilot-studie onder zes SPV-en en twintig patiënten bleek het programma bruikbaar en effectief: de kwaliteit van leven van patiënten nam toe, het zorggebruik af, en de door SPV-en ervaren moeilijkheid werd minder.

Het begeleidingsprogramma, genaamd Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB), is nu nog alleen in grote lijnen beschreven in hoofdstuk 6 van het proefschrift (Koekkoek e.a., 2010). De positieve uitkomsten hebben echter geleid tot een vervolgsubsidie om de verspreiding en implementatie van het programma te bevorderen, verstrekt door ZonMw (dat ook het promotieonderzoek grotendeels financierde). We zullen een handboek sociaal-psychiatrische zorg schrijven, een website over het programma ontwikkelen, de trainingsmodule verbeteren en uitbreiden met een DVD en het programma op meer plekken implementeren. Het is de verwachting dat deze producten eind 2011 beschikbaar zijn

**Project 2:** *verbetering van de zorg aan patiënten in crisissituaties en verbetering van de samenwerking tussen de acute dienst, huisartsenposten en politie.*

Met de start van een apart team Acute Dienst in onze organisatie in 2005 werd gehoor gegeven aan een aantal wensen dat al langer bestond: meer continuïteit in de zorg voor patiënten in een acute crisissituatie, het leveren van een vervolg op de acute crisis en de verbetering van afstemming met de verwijzers. In de praktijk viel op dat over het algemeen genomen verwijzingen goed tot stand komen, de patiënt goed overgedragen wordt en de noodzakelijke zorg snel beschikbaar is. Maar soms ontstaan er problemen bij de verwijzing: de afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden is bijvoorbeeld onvoldoende duidelijk. Niet duidelijk was wat de kenmerken waren die bepalen of een verwijzing als problematisch wordt ervaren en welke maatregelen er nodig zijn om deze problematische verwijzingen te reduceren.

We vroegen ons af welke factoren een rol speelden in de zogenaamde problematische of moeilijke verwijzingen buiten kantoortijd. Waren dat kenmerken van de patiënt, de verwijzer of de verwijzing? Dit is onderzocht vanuit drie perspectieven: dat van de voorwachten van de acute dienst, dat van de huisartsenposten en dat van de politie. De voorwachten werd gevraagd een zelf ontwikkelde vragenlijst in te vullen over alle verwijzingen buiten kantoortijd (n=51). De vragen waren gebaseerd op literatuur, gesprekken met collega voorwachten binnen en buiten de instelling en eigen ervaring. Bij de huisartsen is steeds na een verwijzing buiten kantoortijd telefonisch een vragenlijst afgenomen (n=56). Deze vragenlijst was gebaseerd op literatuuronderzoek, de uitkomsten van de vragenlijsten voor de voorwachten, interviews met huisartsen en eigen ervaring. Bij de politie zijn de gegevens van patiënten die ter beoordeling van de acute dienst waren overgebracht naar het politiebureau geanalyseerd (n=231).

Conclusie is dat niet de kenmerken van de patiënt of de verwijzer bepalen of een verwijzing als moeilijk of problematisch gezien wordt door voorwachten, huisartsen en/of politiemedewerkers, maar vooral de kenmerken van de verwijzing zelf. Heldere communicatie over verwachtingen, procedures en elkaars mogelijkheden en beperkingen blijkt de belangrijkste voorspeller te zijn voor of een 'effectieve' verwijzing. Verder is het van belang om overeenstemming te bereiken over de te volgen procedures en de verdeling van verantwoordelijkheden ten aanzien van de beoordeling, zorg en interventie. Deze resultaten zijn gebruikt in een interne werkgroep over herinrichting van de zorg, met name van de diverse acute diensten binnen de organisatie. Ook zijn ze gebruikt in een externe werkgroep met de politie, over de mogelijkheden voor een nieuwe voorziening voor de eerste opvang van personen met acute problemen met een psychiatrische stoornis of een vermoeden daarvan. Voor de dagelijkse praktijk hebben deze activiteiten duidelijk betere samenwerking opgeleverd.

Het mogen doen van onderzoek naar een onderwerp wat mijn hart heeft, binnen mijn eigen organisatie heeft me naast de onderzoeksresultaten veel meer opgeleverd. Als onderzoeker kon ik met afstand kijken naar mijn eigen werkplek, kreeg ik inzicht in de tijd en de moeite die het kost om onderzoek te doen, leerde ik data verzamelen en verwerken en werken met statistiekprogramma's, ik maakte kennis met collega's buiten de directe patiëntenzorg, zocht contact met samenwerkingspartners, etc. Ik kan het iedereen aanbevelen, nu alleen dat artikel nog schrijven...

De locatiedirectie ondersteunde mijn onderzoeksvoorstel en via een aanvraag bij het INNO (Stichting ter Bevordering van Innoverende Projecten Geestelijke Gezondheidszorg regio zuid-west Gelderland) kreeg ik subsidie voor de uitvoering ervan. Aangezien het onderzoek langer duurde dan gedacht (iets dat vaak voorkomt!), heeft de locatiedirectie mij de middelen verschaft waarmee ik het onderzoek kon afronden. Aangezien ik geen onderzoeker ben, vroeg ik advies bij ons toenmalige onderzoekscentrum GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering) en kreeg daar de begeleiding en faciliteiten die ik nodig had.

### **Moeilijkheden en kansen**

Als onderzoekers zijn wij natuurlijk enthousiast over het doen van onderzoek en de noodzaak ervan. Desalniettemin beseffen we dat voor veel mensen de drempel hoog is. In bovenstaande tekst is al een aantal praktische problemen genoemd maar één belangrijke is nog onvermeld gebleven. Onder (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen is het doen van onderzoek niet erg populair, het ontbreekt ons aan een traditie op dat vlak en vaak ook aan een geloof in het nut ervan. Wie toch onderzoek gaat doen riskeert dus een wat solistische klus, die niet altijd op waarde geschat wordt door de collega's die 'echt aan het werk zijn'.

Tegelijkertijd ligt er een enorm terrein braak en moet er nog heel veel worden uitgezocht in de (sociale) psychiatrie. Wie iets succesvols doet op dat gebied is al snel een expert en wordt vaak veel gevraagd voor allerlei zaken die belangrijk zijn voor de dagelijkse zorg. Denk aan: participeren in een werkgroep die nieuw beleid of een richtlijn voorbereidt, workshops en lezingen geven voor collega's, uitgenodigd worden om een artikeltje te schrijven in een lokaal of nationaal tijdschrift dat veel wordt gelezen door collega's. Het is dus ook erg leuk en dankbaar!

### **Conclusie**

Onderzoek initiëren, voorbereiden en uitvoeren is een taaie klus maar kan tot veel moois leiden. Veel collega's willen wel iets maar weten niet goed wat. Dit artikel heeft hopelijk bijgedragen aan het verduidelijken van een aantal kwesties en hoe deze aan te pakken. Iedereen die met goede ideeën rondloopt moet vooral de weg zoeken en vinden naar sleutelpersonen binnen de eigen instelling, op de hogescholen of universiteiten of bijvoorbeeld ondergetekenden.

---

### **Literatuur verwijzingen**

- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., Hutschemaekers, G. (2010). Development of an intervention program to increase effective behaviours by patients and clinicians in psychiatric services: Intervention Mapping study. *BMC Health Services Research*, 10, 293 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/293>)
- Koekkoek, B. (2011). *Ambivalent connections. Improving community mental health care for non-psychotic chronic patients perceived as 'difficult'*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

---

### **Over de auteurs**

**Dr. Bauke Koekkoek** is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en epidemioloog. Hij promoveerde in januari 2011 aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij is werkzaam als verpleegkundige en senior-onderzoeker bij Pro Persona GGZ.

**Wilma Hebbing** is sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Ze is werkzaam als SPV in de crisisdienst en verpleegkundig opleider bij Pro Persona GGZ.

**Prof. Dr. Giel Hutschemaekers** is psycholoog en werkzaam als hoogleraar klinische psychologie en directeur van het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Tevens is hij als hoofd onderzoek verbonden aan Pro Persona GGZ. Hij begeleidde zowel het onderzoek van Bauke als van Wilma.