Psychosociale hulpverlening voor naasten van traumapatiënten

Doorbreken van de cirkel van verdriet

Lisbeth Verharen

Psychosociale hulpverlening voor naasten van traumapatiënten

Doorbreken van de cirkel van verdriet

Psychosocial assistance for relatives of traumapathients

Breaking through the cycle of grief

(with a summary in English)

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van
Humanistiek te Utrecht op gezag van de Rector, Prof. dr. H.A. Alma, ingevolge het
besluit van het College van Hoogleraren in het openbaar te verdedigen op woensdag
16 september des morgens om 10.30 uur

door

Elisabeth Antonia Johanna Verharen
Geboren op 30 november 1966, te Wijchen

Houten 2010

Promotor:

Prof. dr. Douwe van Houten, Universiteit voor Humanistiek

Co-promotor:

Dr. Joke Mintjes, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Beoordelingscommissie:

Prof. dr. J.P. van Ewijk, Universiteit voor Humanistiek

Prof. dr. H.A.M. Manschot, Universiteit voor Humanistiek

Prof. dr. M.L. Waaldijk, Universiteit Utrecht

Prof. dr. G.A.M. Widdershoven, Universiteit Maastricht

Prof. dr. M.A. Verkerk, Rijksuniversiteit Groningen

© 2010 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgevers zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen

ISBN 978 90 313 8170 8

NUR 752, 897

Ontwerp omslag: Nico Bijlaart

Ontwerp binnenwerk: TEFF (www.teff.nl)

Automatische opmaak: Pre press Media Groep, Zeist

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	9
1.1 Naasten in de traumazorg.....	9
1.2 Cirkels	10
1.3 Humane zorg	10
1.4 Psychosociale hulpverlening in de traumazorg	11
1.5 Probleemstelling.....	12
1.6 Globale onderzoeksopzet en indeling proefschrift	13
2. Een verkenning vanuit de literatuur	15
2.1 Inleiding.....	15
2.2 Trauma en behoeften.....	15
2.2.1 Gevolgen voor naasten	15
2.2.2 Behoeften van naasten.....	17
2.2.3 Sociale steun, coping en behoeften.....	18
2.2.4 Gender, etniciteit en behoeften.....	20
2.2.5 Conclusie.....	22
2.3 Medisch maatschappelijk werk en de hulpverlening aan naasten.....	23
2.3.1 Achtergronden en positie.....	23
2.3.2 Doel en werkwijze.....	24
2.3.3 De hulpverlening aan naasten van traumapatiënten	26
2.3.4 Conclusie.....	27
2.4 Opmaat naar het empirisch onderzoek	28
2.4.1 Onderzoek naar de effecten van maatschappelijk werk	28
2.4.2 Toepassen van kennis in het maatschappelijk werk.....	30
2.4.3 Conclusie.....	31
3. Behoeften van naasten van traumapatiënten	32
3.1 Inleiding.....	32
3.2 Methode	32
3.2.1 De vragenlijst.....	33
3.2.2 Dataverzameling.....	34
3.2.3 Analyse.....	34
3.3 Resultaten	35
3.3.1 Respondenten	35
3.3.2 Behoeftecategorieën	36
3.3.3 Behoeften	37
3.3.4 Gewenste behoefteverstrekker.....	41
3.3.5 Verleende zorg	42
3.4 Conclusie	42
3.4.1 Samenvatting.....	42
3.4.2 Beperkingen	43
3.4.3 Discussie	43
4. Psychosociale hulp voor naasten van traumapatiënten.....	45
4.1 Inleiding.....	45
4.2 Methode	46
4.2.1 Interviews en dossiers	46
4.2.2 Dataverzameling.....	46
4.2.3 Analyse.....	47
4.2.4 Hoofdaspecten en categorieën.....	48

4.3 Resultaten: Respondenten.....	50
4.4 Resultaten Behoeften.....	52
4.4.1 Behoeften: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	52
4.4.2 Behoeften: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	57
4.4.3 Behoeften: Concrete en informatieve hulpverlening.....	59
4.4.4 Behoeften: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam....	60
4.4.5 Behoeften: Samenvatting en conclusies.....	61
4.5 Resultaten Hulpverlening	62
4.5.1 Hulpverlening: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding.....	62
4.5.2 Hulpverlening: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding.....	64
4.5.3 Hulpverlening: Concrete en informatieve hulpverlening	65
4.5.4 Hulpverlening: Communicatieverbetering patiëntstelsel -behandelteam	67
4.5.5 Hulpverlening: Benadering	68
4.5.6 Hulpverlening: Strategie	73
4.5.7 Hulpverlening: Structuur	82
4.5.8 Hulpverlening: Dilemma's.....	83
4.5.9 Hulpverlening: Samenwerking	84
4.5.10 Hulpverlening: Samenvatting en conclusies	88
4.6 Resultaten Baat.....	91
4.6.1 Baat: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	92
4.6.2 Baat: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	94
4.6.3 Baat: Concrete en informatieve hulpverlening.....	95
4.6.4 Baat: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam.....	97
4.6.5 Baat: Samenvatting en conclusies.....	97
4.7 Conclusie	98
4.7.1 Samenvatting.....	98
4.7.2 Beperkingen	101
4.7.3 Discussie	102
5. Ervaren baat	104
5.1 Inleiding.....	104
5.2 Methode	104
5.2.1 De vragenlijst.....	105
5.2.2 Dataverzameling.....	105
5.2.3 Analyse.....	106
5.3 Resultaten	106
5.3.1 Respondenten	106
5.3.2 Contactlegging met maatschappelijk werk	108
5.3.3 Behoeften	109
5.3.4 Geboden hulpverlening	111
5.3.5 Benadering van de maatschappelijk werker	114
5.3.6 Structuurkenmerken van de hulpverlening	115
5.3.7 Ervaren baat	117
5.4 Conclusie	121
5.4.1 Samenvatting.....	121
5.4.2 Beperkingen	122
5.4.3 Discussie	123
6. Conclusies en discussie	125
6.1 Conclusies	125
6.2 Discussie.....	128
6.2.1 Methodologische overwegingen	128

6.2.2 Praktijktoets	129
6.2.3 Aanbevelingen voor praktijk en opleiding	129
6.2.4 Vervolgonderzoek.....	133
Samenvatting.....	134
Summary	136
Literatuur	138
Bijlage 1 Vragenlijst behoefteonderzoek.....	146
Bijlage 2 Factoranalyse sociaal maatschappelijke behoeften.....	162
Bijlage 3 Cronbach's alpha's behoeftecategorieën.....	163
Bijlage 4 Correlatiematrix.....	164
Bijlage 5 Topiclijst deelonderzoek 2	165
Bijlage 6 Vragenlijst ervaren baat medisch maatschappelijk werk traumazorg.....	169
Bijlage 7 Cronbach's alpha's vragenlijst ervaren baat	181
Bijlage 8 Checklist programma psychosociale hulpverlening voor naasten van traumapatiënten.....	182
Dankwoord	183
Curriculum Vitae	185

1. Inleiding

1.1 Naasten in de traumazorg

Moeder: Een buurvrouw waarschuwde mijn zus. Zij is direct ernaartoe gegaan. Zag ook vrij gauw zwaailichten. Is erheen gegaan en eh ja daar had zij met een politieagent gepraat en meegekregen dat onze dochter naar het ziekenhuis was gebracht, maar dat het zeer ernstig was en dat hij niet wist hoe d'r toestand was als ze aankwam. Dus ja, zij heeft ons gebeld. En ik ben eh, wij zijn direct richting het ziekenhuis gegaan, dus wij waren hier om...

Vader: Half acht.

Moeder: Ja.

Vader: Kwart over zeven, half acht waren wij hier.

Naar schatting worden jaarlijks duizenden traumapatiënten opgenomen in de Nederlandse ziekenhuizen: alleen al in de traumaregio Oost werden in 2005 in totaal 4124 patiënten opgenomen (TRO jaarverslag 2005). Niet in alle gevallen betreft het een ernstig trauma, maar wel altijd om letsel door geweld van buitenaf (Vles, 2004). Dit kunnen verkeersongevallen, bedrijfsongevallen, ongevallen in en rondom huis en geweldsmisdrijven zijn.

De gevolgen van een ernstig trauma kunnen enorm zijn. In eerste instantie is alle zorg gericht op het redden van het leven van de patiënt en het beperken van de fysieke gevolgen. De patiënt komt in de keten van traumazorg terecht: de zorg voor ernstige ongevalpatiënten, met acuut somatisch letsel geleverd door ziekenhuizen en ambulancediensten (Mintjes, 2003). Al snel verschijnen de naasten in het ziekenhuis. Een ernstig ongeval heeft niet alleen een ontwrichtende werking op het leven van de patiënt, maar ook op diens naasten. Naasten zijn: partners, ouders, broers, zussen, kinderen of een andere voor de patiënt belangrijke persoon. Het *Illness Constellation Model* beschouwt ziekte als een ervaring die van invloed is op de zieke en naasten. Psychologische processen die zich afspelen bij de patiënt, doen zich ook voor bij familieleden (Morse & Johnson, 1991). "Schokkende gebeurtenissen zoals geweldsdelicten, verkeersongevallen, rampen, en de plotselinge dood van een geliefde persoon leiden tot een psychologisch verwerkingsproces dat gepaard gaat met diverse psychische, sociale en vaak ook lichamelijke klachten" (Kleber & Brom, 1989, p. 675).

Van der Sluis (1998) beschrijft hoe een trauma gepaard gaat met lichamelijke, psychische en maatschappelijke korte- en langetermijngevolgen. Diverse welzijnsdomeinen (Hortulanus, 1997) komen onder druk te staan na een trauma en kunnen patiënt en naasten voor vragen plaatsen zoals:

- Zingeving: Kunnen zij datgene wat voor hen van belang is in het leven, datgene waardoor zij zich laten leiden, nog realiseren of moeten zij hun verwachtingen bijstellen?
- Sociaal psychologische weerbaarheid: Zijn zij opgewassen tegen de veranderde omstandigheden?
- Gezondheid: Wat betekent het ongeval voor het fysiek functioneren van de patiënt? Is er sprake van reë invaliditeit?
- Sociale contacten: Hoe wordt in het sociaal netwerk gereageerd op de gebeurtenissen en de gevolgen daarvan? Speelt dit een ondersteunende dan wel een belemmerende rol in de genezing en het eigen functioneren?
- Persoonlijke interesses: Kunnen patiënt en naasten nog doen waaraan ze plezier beleven, waarvoor zij gemotiveerd zijn?
- Maatschappelijke positie: Kunnen zij hun werk nog doen? Hebben de gebeurtenissen invloed op hun financiële situatie?
- Sociaal leefklimaat: Heeft het ongeval gevolgen voor hun woonomgeving? In hoeverre moet deze worden aangepast en welke mogelijkheden bestaan daartoe?

Het trauma en de gevolgen die dit heeft voor de diverse welzijnsdomeinen zijn stressoren die tot problemen kunnen leiden in het psychisch en sociaal functioneren van de patiënt en diens naasten. Of dit gebeurt is afhankelijk van de wisselwerking tussen een aantal determinanten.

In het integratief stresstheoretisch verklaringsmodel worden doelstellingen en behoeften van de persoon, coping en sociale omgeving als belangrijke factoren gezien in het al dan niet optreden van moeilijkheden in het functioneren na een stressvolle gebeurtenis (Hosman, 1988).

De sociale omgeving bestaat uit een micro-, meso- en macroniveau. Op microniveau gaat het om de primaire leefsituatie en de relaties die daarvan deel uitmaken; de naasten dus. Op mesoniveau gaat het om familie, vrienden, buurt, werk, sport en dergelijke. Op macroniveau gaat het om zaken als maatschappelijke positie, financiële situatie, wet- en regelgeving en voorzieningen. Om psychosociale problemen ten gevolge van een trauma te voorkomen is aandacht voor de direct naasten van de patiënt nodig; de sociale omgeving op microniveau. Voor patiënt en naasten kan het ongeval ook allerlei consequenties hebben op het meso- en macroniveau van de sociale omgeving, bijvoorbeeld in hun relaties met familie en vrienden, hun functioneren in werk, opleiding en vrije tijd, hun financiële situatie en maatschappelijke positie.

1.2 Cirkels

Een systeemtheoretisch kader vormt in deze studie het uitgangspunt, waarbij circulaire beïnvloeding en verbondenheid centraal staan (Von Bertalanffy, 1968).

Mensen zijn onlosmakelijk verbonden met hun omgeving; persoon en omgeving vormen een geheel en beïnvloeden elkaar. Fysieke veranderingen hebben psychische en sociale gevolgen en veranderingen in de situatie van de ene actor hebben consequenties voor de ander.

Een ernstig ongeval verstoort de homeostase voor alle leden van het systeem (Querido, 1963). Of zoals een moeder verwoordde na een ernstig ongeluk van haar dochter: "je zit samen vast in een cirkel van verdriet". Patiënt én naasten worden uit hun evenwicht gebracht.

Naasten vormen een belangrijke schakel in het herstel van de patiënt. Zij zijn degenen die de patiënt cognitief, emotioneel, sociaal en praktisch kunnen opvangen (Bond e.a., 2003; Davidson e.a., idem; Duijnste, 1992; Duijnste, 1994; Engström & Söderberg, 2004; Van Horn & Tesh, 2000; Leske, 2003; Verhaeghe e.a., 2005a). Onderzoek laat zien dat chronische of levensbedreigende ziekten een belangrijke invloed hebben op de copingmogelijkheden van families. (Verhaeghe e.a., 2005b; Boyack & Bucknum, 1991). Naasten van ernstig zieke patiënten kunnen angsten, depressies en post-traumatische stressstoornissen ontwikkelen, waarbij maatschappelijke gevolgen zoals werkverzuim te voorspellen zijn (Davidson e.a., 2007; Pochard e.a., 2005; Verhaeghe e.a., idem).

Ondersteuning door het eigen sociaal netwerk en professionals kan de ervaren stress verminderen en naasten helpen met de situatie om te gaan. Naasten die worden ondersteund, kunnen op hun beurt de patiënt beter tot steun zijn. Voor de patiënt is het van belang dat de mensen om hem heen de situatie kunnen overzien en hanteren. Daarom is naast zorg voor de patiënt ook zorg voor de naasten nodig en wel humane zorg.

1.3 Humane zorg

Humane zorg is erop gericht dat patiënt én naasten het besef en gevoel krijgen dat zij ertoe doen. Somatische zorg gaat gepaard met aandacht voor ervaringen en beleving, met erkenning en steun. (van Heijst, 2005; 2008). Humane zorg bestaat uit een samenspel van het eigen sociaal netwerk en professionals.

In veel gevallen kunnen naasten rekenen op zorg en aandacht van het eigen sociaal netwerk, maar in de traumazorg is aandacht voor hen door professionals geen vanzelfsprekendheid. In de meeste ziekenhuizen is het de taak van verpleegkundigen, maar drukte op de werkvloer laat dit niet altijd toe (Huibers e.a., 2009). In sommige ziekenhuizen worden medewerkers familiezorg of maatschappelijk werkers hiervoor ingeschakeld (Verharen, 2005). Praktijken verschillen en visie op zorg speelt daarin een belangrijke rol. Deze visie komt tot uitdrukking in zorglogica's (Gelauff & van Manschot, 1997; Knijn, 1999; Mol, 1997; Mol, 2006; Sevenhuijsen, 1996; Verhagen, 2005; WRR, 2004). Een logica is "een zinvol samenhangend cluster aan manieren van denken en doen. Wat er precies zinvol aan is, valt slechts in de termen van de logica in kwestie uit te drukken. Een logica gehoorzaamt dan ook niet aan *de* rede: iedere logica heeft een eigen rationaliteit. (...) De term nodigt uit om te verkennen wat in

een zekere context logisch is om te doen en te laten, wat hoort en wat niet past" (Mol, 1997, p. 17). Voor iedere situatie gelden veelal diverse logica's.

Een mengvorm van een economische en politieke logica van denken en spreken over zorg voert in het actuele debat over de zorg de boventoon. De zorg wordt gezien als een markt die producten levert, waar burgers recht op hebben. Patiënten zijn klanten of consumenten die producten afnemen en de overheid ziet toe op een rechtvaardige verdeling van die producten.

Maar als we vanuit deze logica's kijken naar naasten van traumapatiënten, dan doen we hen niet volledig recht. Een familiale en een professionele logica geeft een ander beeld (Verhagen, 2005). Naasten zijn niet alleen consumenten, maar ook getroffenen. Familieleden verkeren in een kwetsbare positie als hun dierbaren vechten voor hun leven. In veel gevallen zal het leven nooit meer zijn als voor het ongeval. En professionals in de zorg leveren geen producten, maar diensten waarmee zij proberen deze naasten zo goed mogelijk terzijde te staan (IJzendoorn en van der Laan, 1996). Zorg zou het "betrokken antwoord op de kwetsbaarheid en behoeften van anderen" (Verkerk, 1997, p. 96) moeten zijn.

Alle logica's verklaren iets van een situatie, maar zij dekken ieder slechts een deel van de werkelijkheid. De uitdaging bestaat eruit deze verschillende werelden met elkaar te verbinden. Voor humane zorgverlening is het nodig dat alle logica's een stem krijgen.

Vanuit een economische logica lijkt het reëel de vraag te stellen of familie­zorg in de traumazorg betaalbaar is. Maar dit is geen feitelijke vraag. Het is geen gegeven of er budget is voor opvang van naasten. Het gaat hier om een morele keuze (Tronto, 1993). Welke zorg vinden wij menswaardig? Humaniteit is contextueel en cultureel bepaald (van Houten, 2007). Er is niet een eenduidig antwoord op humane zorg, wel dient de vraag in verschillende contexten aan de orde te komen, dus ook in de traumazorg. Houvast daarvoor biedt de uiteenzetting van Baart (2004) over goede zorg. Dergelijke zorg is goed afgestemd, effectief, legitiem (dat wil zeggen deugdzaam, fatsoenlijk, respectvol en sociaal), uitvoerbaar en ingebed in een integere relatie. Ook de morele dimensies van Tronto (1993) bieden aanknopingspunten: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid.

Goede zorg voor de patiënt kan niet zonder zorg voor de omgeving, of zoals Fischer en Tronto goede zorg definiëren: *"a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web"* (1990, p. 40).

Vanuit dit perspectief dient zorg verder te reiken dan somatische zorg. Het geheel van fysiek, psychisch en sociaal functioneren is van invloed op het welzijn van de patiënt; er is sprake van een wisselwerking tussen lichaam, persoon en omgeving.

Deze opvatting staat ook centraal in de holistische geneeskunde (van Horn e.a., 2000; Pryzby, 2005; Redley, 2003), door EURACT (the European Academy of Teachers of General Practice) gedefinieerd als *"deals with health problems in their physical, psychological, social, cultural, and existentials dimensions"* (Freeman, 2005, p. 155). Betrekken van familie bij de zorg is vanuit deze visie vanzelfsprekend. Het is cruciaal voor de genezing van de patiënt, humaan vanuit het oogpunt van familie en behoort tot het domein van de psychosociale hulpverlening.

1.4 Psychosociale hulpverlening in de traumazorg

Verschillende professionals spelen een rol in de zorg aan naasten van traumapatiënten. De eerste opvang wordt meestal gedaan door artsen en verpleegkundigen. Informatie over de ernst van het letsel en de behandeling wordt door de arts gegeven. Voor psychosociale hulpverlening aan naasten komen meerdere professionals in het vizier zoals verpleegkundigen, geestelijk verzorgers en psychologen. Voor medisch maatschappelijk werkers is dit de kern van hun werk.

Medisch maatschappelijk werkers hebben de taak psychosociale hulp te verlenen aan patiënten en hun naasten bij problemen die het gevolg zijn van ziekte, opname of behandeling. Onder psychosociale hulpverlening wordt verstaan het oplossen, verlichten of hanteerbaar maken van problemen die voorkomen in de interactie tussen de persoon en diens omgeving (Jagt, 2006).

Maatschappelijk werkers worden echter niet bij alle doelgroepen in het ziekenhuis even frequent betrokken bij de zorg. Protocolair wordt medisch maatschappelijk werk ingezet bij bijvoorbeeld transplantaties, hematologie, (kinder)oncologie en nierfunctievervangende therapie (Flikweert & Melief, 1999; Riet & Mineur, 1997). In een enkel ziekenhuis wordt maatschappelijk werk ook protocolair betrokken bij de zorg aan ernstige ongevalpatiënten. Maar in de meeste ziekenhuizen is maatschappelijk werk niet een standaard onderdeel van de traumazorg. Er zijn ziekenhuizen waar

maatschappelijk werk helemaal niet bij de traumazorg wordt betrokken. In andere ziekenhuizen is de inzet heel beperkt. Bijvoorbeeld een formatie van 4 uur per week voor de intensive care, waar niet alleen hulp aan traumapatiënten wordt verleend.

Onduidelijk is hoe de psychosociale hulpverlening door medisch maatschappelijk werk aan naasten van traumapatiënten er precies uitziet, wat hierin de belangrijkste elementen zijn en wat hiervan de resultaten zijn. Het beroep maatschappelijk werk kent wel een theoretisch kader van waaruit het handelen te verantwoorden is (systeemgericht, ontwikkelingsgericht en handelingsgericht; Van der Laan, 2005), maar het ontbreekt aan een concretisering hiervan naar het medisch maatschappelijk werk in het algemeen en de traumazorg in het bijzonder.

Om het belang van psychosociale hulpverlening voor naasten te belichten en de begeleiding van naasten door maatschappelijk werk te optimaliseren, is meer zicht nodig op de behoeften van naasten, de wijze waarop maatschappelijk werk hieraan tegemoet kan komen en de effecten hiervan. Dit leidt tot de volgende probleemstelling.

1.5 Probleemstelling

In de traumazorg wordt gesproken over de keten van zorg. Hiermee wordt bedoeld op de verschillende fasen van zorg van ambulance naar spoedeisende hulp, intensive care, medium care, verpleegafdeling tot revalidatie. Voor naasten is deze keten echter één traject. Daarom wordt in dit onderzoek het hele traject van opname tot ontslag uit het ziekenhuis onder de loep genomen.

Vraagstelling

In hoeverre sluit het medisch maatschappelijk werk in haar hulpverlening aan op de behoeften van naasten van traumapatiënten die in het ziekenhuis verblijven en welke baat (resultaat) ervaren deze naasten bij de hulpverlening?

Onderzoeksvragen en deelvragen

- Welke behoeften hebben naasten van traumapatiënten?
 - Met welke factoren hangen deze behoeften samen?
 - Is er verschil in behoeften in diverse stadia van de opname?
 - Wie moet volgens naasten in de behoeften voorzien?
 - Wordt volgens naasten in deze behoeften voorzien?
 - Door wie wordt volgens naasten nu in deze behoeften voorzien?
- In hoeverre komt de hulpverlening door medisch maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoeften van naasten van traumapatiënten?
 - Wat kenmerkt de hulpverlening van maatschappelijk werkers?
 - Welke hulp ontvangen naasten van het medisch maatschappelijk werk?
 - Hoe kan kennis over de begeleiding van naasten van traumapatiënten door medisch maatschappelijk werkers worden vergroot en toegepast?
- Welke baat ervaren naasten bij de hulpverlening van maatschappelijk werk?
 - Sluit de ervaren baat aan bij de behoeften van naasten?

Doelstelling

Het ontwikkelen van kennis voor de onderbouwing van de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten door het medisch maatschappelijk werk. Hiermee wordt kwaliteitsverbetering van de hulpverlening aan naasten en verdere professionalisering en profilering van het medisch maatschappelijk werk beoogd.

De resultaten van drie empirische deelonderzoeken en een literatuurstudie geven een antwoord op de vraagstelling.

1.6 Globale onderzoeksopzet en indeling proefschrift

Het onderzoek wordt uitgevoerd in een *mixed methods design* waarin de kwaliteiten van kwalitatief en kwantitatief onderzoek worden gecombineerd, ervan uitgaande dat een positivistisch en een constructivistisch paradigma kunnen samengaan (Teddle & Tashakkori, 2003; Hermans, 2005). De keuze van methoden is ingegeven door de pragmatische vraag: wat willen we weten en welke methoden staan ter beschikking?

De vraagstelling is in eerste instantie verkend vanuit de literatuur. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 2 van dit proefschrift.

Daarna volgen hoofdstukken over drie empirische deelonderzoeken, respectievelijk behoeften van naasten, psychosociale hulpverlening door medisch maatschappelijk werk en ervaren baat. Ieder hoofdstuk bevat een opzet van het onderzoek, methodologische verantwoording, beschrijving van de belangrijkste resultaten, conclusies en discussie.

Hoofdstuk 3 Behoeften van naasten

Om de vraagstelling vanuit de empirie te kunnen beantwoorden is het van belang eerst zicht te krijgen op behoeften van naasten van traumapatiënten. Dit eerste, kwantitatieve deelonderzoek borduurt voort op eerdere onderzoeken waarin, met behulp van de Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), behoeften van familieleden van intensive care patiënten zijn gemeten (Davis-Martin, 1994; Delva e.a., 2002; Kaljouw, 1998; Leske, 1986; Molter, 1979). Behoeften kunnen in verschillende stadia van de opname variëren. Daarom werd er op twee momenten gemeten: direct na opname in het ziekenhuis en ten minste 2 weken later. De CCFNI is vanuit een verplegingswetenschappelijk perspectief ontwikkeld. Vanuit een sociaal wetenschappelijk perspectief zijn er voor dit onderzoek items toegevoegd die behoeften meten die ontstaan door sociale en maatschappelijke gevolgen van de opname. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 4 Psychosociale hulpverlening voor naasten

In een tweede, kwalitatief deelonderzoek zijn maatschappelijk werkers en naasten afzonderlijk geïnterviewd over de geboden hulpverlening. Het betreft een reconstructie van de werkwijze, waarbij beschreven is in hoeverre naasten behoefte hadden aan psychosociale hulpverlening, welke benaderingen, methoden en interventies door maatschappelijk werk zijn gebruikt en welke baat deze naasten hebben ervaren bij de hulp. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 5 Ervaren baat

De resultaten van de eerste twee deelonderzoeken zijn gebruikt voor het ontwerpen van een gestandaardiseerde vragenlijst waarmee een grotere groep naasten is bevraagd, die door medisch maatschappelijk werkers zijn begeleid. Vragen betreffen de ervaringen met de hulpverlening toegespitst op aspecten als behoeften, ervaren interventies, ervaren baat en oordelen over de benadering. Dit kwantitatieve, derde deelonderzoek geeft inzicht in de *ervaren baat* in relatie tot de werkwijze van het medisch maatschappelijk werk. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 wordt de centrale vraagstelling van dit proefschrift beantwoord, door de conclusies in de voorgaande hoofdstukken op elkaar te betrekken. Tevens worden aanbevelingen gedaan voor een richtlijn voor de opvang en begeleiding van naasten van traumapatiënten. Deze aanbevelingen zijn vooraf ter commentariëring voorgelegd aan een expertgroep van medisch maatschappelijk werkers uit de traumazorg.

Het proefschrift wordt afgerond met een samenvatting in het Nederlands en Engels.

Onderzoekspopulatie

De veronderstelling is dat onder naasten van traumapatiënten met kans op restinvaliditeit de behoefte aan psychosociale begeleiding het duidelijkst is. Het ongeval heeft voor hen mogelijk blijvende gevolgen. Dit is het geval bij patiënten met hersen- en/ of schedelletsel of letsel aan het bewegingsapparaat en een minimale score van 3 op de *Abbreviated Injury Scale* (AIS)¹ (Association

¹ De AIS is een scoringssysteem per orgaansysteem, waarin van AIS 0 (geen letsel) tot AIS 5 (vitaal bedreigend) wordt gescoord (AIS 6 = unsurvivable injury).

for the Advancement of Automotive Medicine, 1998). Daarom is voor het eerste deelonderzoek (hoofdstuk 3) voor deze doelgroep gekozen.

Een indicatie voor de omvang van de patiëntengroep met dergelijk letsel zijn de registratiegegevens van het UMC St. Radboud te Nijmegen in 2005 en 2006.

2005: 197 hersen/schedelletsel, 133 letsel aan het bewegingsapparaat (waarvan 60 tevens hersen/schedelletsel), totaal 270

2006: 153 hersen/schedelletsel, 160 letsel aan het bewegingsapparaat (waarvan 30 tevens hersen/schedelletsel), totaal 283

In het tweede deelonderzoek (hoofdstuk 4) staat opnieuw de doelgroep naasten van traumapatiënten met kans op restinvaliditeit centraal, maar dan die naasten die begeleiding hebben gekregen van maatschappelijk werk. Dergelijke casuïstiek, waarin het gaat om ernstige trauma's, bood de beste kans om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de begeleiding door maatschappelijk werkers in de traumazorg.

In het derde deelonderzoek (hoofdstuk 5) vormen alle naasten van traumapatiënten die hulp van maatschappelijk werk hebben ontvangen de doelgroep, ongeacht het letsel. Het gaat hier om het meten van de baat die naasten ervaren bij de hulpverlening. De aard van het letsel is daarbij niet relevant.

2. Een verkenning vanuit de literatuur

2.1 Inleiding

In de literatuur is een antwoord gezocht op de volgende onderzoeks- en deelvragen:

- Welke behoeften hebben naasten van traumapatiënten?
 - Met welke factoren hangen deze behoeften samen?
- In hoeverre komt de hulpverlening door medisch maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoeften van naasten van traumapatiënten?
 - Wat kenmerkt de hulpverlening van maatschappelijk werkers?
 - Hoe kan kennis over de begeleiding van naasten van traumapatiënten door medisch maatschappelijk werkers worden vergroot en toegepast?

In de databestanden Picarta en Pubmed is gezocht naar relevante boeken en artikelen met behulp van combinaties van de volgende zoektermen:

Trauma, gevolgen, behoeften, familie, medisch/ziekenhuis maatschappelijk werk, effectiviteit, richtlijnen

Trauma, consequences, needs, family, relatives, medical/hospital social work, efficacy, clinical/practical guidelines

Daarnaast is met de sneeuwbalmethode aanvullende literatuur gezocht.

Achtereenvolgens komt aan de orde wat de gevolgen zijn van een trauma voor naasten, de behoeften die daaruit voortvloeien en welke factoren deze behoeften beïnvloeden. Vervolgens ligt de focus op het medisch maatschappelijk werk: kenmerken, taken, context, methoden, benaderingen en interventies. Tot slot volgt een opmaat naar het empirisch onderzoek door in te gaan op de wijze waarop kennis over de begeleiding van naasten van traumapatiënten door medisch maatschappelijk werkers kan worden vergroot en toegepast.

2.2 Trauma en behoeften

Deze paragraaf zoekt antwoord op de vraag welke behoeften naasten van traumapatiënten hebben. Daartoe komt eerst aan de orde wat de gevolgen van een trauma zijn voor de naasten en vervolgens welke behoeften daaruit kunnen voortvloeien.

De gevolgen van een trauma en de behoeften van naasten staan onder invloed van diverse factoren. In deze paragraaf wordt de invloed van sociale steun, coping, gender en etniciteit verkend. Tot slot volgen in 2.2.5 de conclusies.

2.2.1 Gevolgen voor naasten

“Traumatologie is het vakgebied wat zich bezighoudt met de opvang, diagnostiek en behandeling van slachtoffers van uitwendig inwerkend geweld, in de ruimste betekenis van het woord.” (Brink, 2004, p. 1). De primaire focus ligt op het lichamelijke herstel van de patiënt. De gevolgen voor het slachtoffer en zijn omgeving reiken echter verder dan het fysiek functioneren (Morse & Johnson, 1991; Van der Sluis, 1998).

Er zijn gevolgen voor de korte en de lange termijn, waarmee naasten tijdens de ziekenhuisopname worden geconfronteerd. Situaties van naasten verschillen op fysiek, psychisch, sociaal en materieel gebied. De gevolgen van het trauma doen zich ook op deze terreinen voor. De gevolgen kunnen een bedreiging vormen voor diverse welzijnsdomeinen (zie hoofdstuk 1). De hiernavolgende tabel laat zien hoe gevolgen en welzijnsdomeinen zich grofweg tot elkaar verhouden.

Tabel 2.1 Gevolgen van een trauma voor naasten versus welzijnsdomeinen

Gevolgen	Domeinen van welzijn (Hortulanus, 1997)
Fysiek	Gezondheid
Psychisch	Zingeving
	Sociaal psychologische weerbaarheid
	Persoonlijke interesses
Sociaal	Sociale contacten
	Maatschappelijke positie
	Sociaal leefklimaat
Materieel	

Fysieke, psychische, sociale en materiële gevolgen zijn wel te onderscheiden, maar niet te scheiden. Zij zijn verweven en beïnvloeden elkaar.

Fysieke gevolgen

Een ernstig trauma heeft niet alleen fysieke gevolgen voor de patiënt, maar ook voor de naasten. De stressvolle situatie en hoe naasten daarmee omgaan is van invloed op hun gezondheid. Bij veel naasten ontstaan tijdens de opname verstoringen in eet-, slaap en activiteitenpatronen (Delva & Vanoost, 1997; Engström & Söderberg, 2004, Van Horn & Tesh, 2000). Naasten zijn vaak ernstig vermoeid, waardoor zij minder goed informatie kunnen verwerken, met stress kunnen omgaan en voor hun eigen gezondheid zorgen (Halm & Titler, 1993).

Psychische gevolgen

Naasten kunnen lijden aan een psychotrauma. Hiervan is sprake als de betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring met de volgende kenmerken:

1. "Confrontatie met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen.
2. Tot de reacties behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw" (definitie psychotrauma volgens DSM-IV in: Jongedijk, 2002).

Een psychotrauma leidt vaak tot klachten die kortdurend en van voorbijgaande aard zijn zoals angst, onrust, slaapproblemen en nachtmerries. In een aantal gevallen kan er een posttraumatische stress stoornis ontstaan (PTSS).

Naasten van alle leeftijden kunnen symptomen van angst, schrik, depressie en PTSS ontwikkelen (Davidson e.a., 2007; Kleber & Brom, 1989; Pochard e.a., 2005, Verhaeghe e.a., 2005a). Zij reageren in eerste instantie op vergelijkbare wijze op de gebeurtenissen, ongeacht leeftijd, gender, relatie tot de patiënt en ernst van het letsel (Leske, 2002). Naasten ondergaan een reeks van emoties als verdriet, boosheid en schuldgevoelens.

Het ongeval en de ziekenhuisopname worden als overweldigend ervaren. De confrontatie met de ernstige verwondingen van de patiënt en de apparatuur waaraan deze is aangesloten is bedreigend. Tevens is er onzekerheid over de toekomst, die gepaard kan gaan met existentiële verwarring: patiënt en naasten kunnen de opname, het gebruik van complexe medische techniek en de perspectieven innerlijk niet rijmen met de vertrouwde overtuigingen. Zingevingvragen kunnen ontstaan, waarbij ook oude thema's opnieuw opduiken, zodat men zich tot verschillende gebeurtenissen en ervaringen tegelijk moet zien te verhouden (Evers, 2006; Jacobs, 2001) .

Voor informatie over de behandeling en de perspectieven zijn naasten afhankelijk van veel verschillende artsen en verpleegkundigen, wat voor hen frustrerend en verwarrend is (Davidson e.a., idem; Delva en Vanoost, idem).

Angsten beperken zich niet tot de acute intensieve fase van de ziekenhuisopname. Als de patiënt zich herstelt en van de intensive care wordt overgeplaatst naar een verpleegafdeling ontstaat er vaak transferangst. De vertrouwde omgeving met veel toezicht en verpleegkundigen die naasten door de moeilijke tijd hebben geholpen wordt ingewisseld voor een onbekende omgeving met veel minder toezicht en minder verpleegkundigen per patiënt (Bouley e.a., 1994; Davidson e.a., idem).

Sociale gevolgen

Na een ernstig ongeval verblijven familieleden uren of zelfs dagen in het ziekenhuis. De dagelijkse routine is van het ene op het andere moment verstoord. Het leven in de thuis-, werk of opleidingssituatie komt stil te liggen. Daarna proberen naasten het ziekenhuisbezoek te combineren met het oppakken van de dagelijkse activiteiten, wat hen regelmatig voor dilemma's plaatst. Vaak ook moeten zij hierbij een beroep doen op mensen in hun omgeving en veranderen de familiepatronen (Halm & Titler, idem; Van Horn en Tesh, idem; Leske, 2003; Patterson, 2002).

In de ziekenhuissituatie krijgt menig naaste te maken met een verschil tussen de eigen rationaliteit en die van de medewerkers. In het ziekenhuis kan een doelgerichte rationaliteit overheersen, waarin feiten, effectiviteit en efficiency centraal staan. Veel naasten laten zich eerder leiden door een waardegerichte rationaliteit, waarbij het gaat om normen, waarden en ervaringen (Evers, idem). Communicatieproblemen liggen hierdoor op de loer.

Materiële gevolgen

Ziekte leidt bijna altijd tot een extra financiële belasting voor naasten, bijvoorbeeld door vermindering van inkomsten en onkosten voor bijvoorbeeld vervoer, telefoon of opvang van de kinderen (Egberts & Pool, 1998; Flikweert & Melief, 1999).

De gevolgen van het trauma en de ernst daarvan zijn mede afhankelijk van de fysieke, psychische, sociale en materiële situatie van naasten. Lichamelijke beperkingen, psychische en sociale weerbaarheid, sociaal kapitaal en sociaal economische positie zijn van invloed op de balans tussen draaglast en draagkracht. Naasten die bijvoorbeeld voor het ongeval in financiële moeilijkheden waren zullen de materiële gevolgen moeilijker op kunnen vangen dan naasten die in een financieel gunstigere situatie verkeren.

De verschillende gevolgen leiden tot overlevingsstrategieën: denk-, voel- of gedragspatronen die naasten ontwikkelen in een reactie op de traumatische ervaring. Deze strategieën helpen hen in het omgaan met de problemen en om zich staande te houden, maar kunnen disfunctioneel worden en het functioneren belemmeren (Jacobs, idem). Dit kan leiden tot behoefte aan verschillende vormen van hulpverlening.

2.2.2 Behoeften van naasten

Bij behoeften gaat het om wat mensen nodig hebben in een specifieke context. Dat is iets anders dan een vraag. In een vraag kan een behoefte tot uitdrukking komen, maar niet alle behoeften worden in een vraag geëxpliciteerd.

Er is niet eerder onderzoek gedaan naar de behoeften van naasten van traumapatiënten. Molter (1979) ontwikkelde de Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) om behoeften van naasten van intensive care patiënten in kaart te brengen. De CCFNI is een gevalideerde lijst die bestaat uit 45 behoeften en internationaal veel wordt gebruikt (zie bijvoorbeeld Bijttebier e.a., 2000; Daley, 1984; Davis-Martin, 1994; Kaljouw, 1998; Leske, 1986). In deze onderzoeken ging het niet (alleen) om naasten van traumapatiënten, maar (ook) andere patiëntgroepen. De resultaten van dergelijke onderzoeken geven wel een indruk van de mogelijke behoeften van naasten van traumapatiënten. Verhaeghe e.a. (2005a) deden hier een literatuurreview naar. Zij onderscheiden vier behoeftecategorieën: cognitieve, emotionele, sociale en praktische behoeften (p. 503).

Kaljouw (idem) paste de CCFNI aan voor de Nederlandse situatie. Zij verdeelt de behoeften over drie behoeftecategorieën: informatie, ondersteuning en toegankelijkheid (p. 56).

De volgende tabel biedt een overzicht van de categorieën van beiden en hoe deze zich grofweg tot elkaar verhouden.

Tabel 2.2 Vergelijking behoeftecategorieën Verhaeghe e.a. en Kaljouw.

Behoeftecategorieën Verhaeghe e.a. (2005a)	Behoeftecategorieën Kaljouw (1998)
Cognitief	Informatie
Sociaal	Toegankelijkheid
Praktisch	
Emotioneel	Ondersteuning

De meeste resultaten wijzen in dezelfde richting. Naasten vinden het belangrijk dat zij bij de patiënt kunnen zijn (sociaal/toegankelijkheid) en hechten aan informatie over de behandeling, prognose en veranderingen in de conditie of situatie (cognitief/informatie). Hun focus is gericht op de patiënt. Verder blijkt dat de behoeften die meer te maken hebben met het persoonlijk functioneren zoals het kunnen praten over ervaringen en gevoelens lager scoren dan de behoeften die het welzijn van de patiënt aangaan. Zoals ook uit ander onderzoek blijkt, zijn naasten gericht op de patiënt en neigen zij ernaar zichzelf daarbij te vergeten (Van Horn & Tesh, 2000).

Er zijn ook verschillen tussen de uitkomsten van Verhaeghe e.a. en Kaljouw. Zo scoren de emotionele behoeften in de review van Verhaeghe e.a. hoog en de behoefte aan ondersteuning bij Kaljouw relatief lager. Dit heeft te maken met de items die aan beide categorieën zijn toegekend. Kaljouw nam bijvoorbeeld geen items op over de emotionele behoeften 'hoop' en 'geruststelling', omdat deze af te leiden zijn uit de andere vragen zoals de behoefte aan informatie: naasten kunnen hieraan hoop of geruststelling ontleenen. Ook Verhaeghe e.a. (2007) legden in een later onderzoek de relatie tussen hoop en informatie. Gemiddelde scores op categorieën geven op hoofdlijnen een indicatie van de behoeften, maar om precies te weten waaraan naasten behoefte hebben is het dus van belang naar de afzonderlijke behoefte-items te kijken.

Een praktische behoefte die bij Verhaeghe e.a. relatief hoog scoort, maar in het onderzoek van Kaljouw uit de vragenlijst is verwijderd (p. 50), is de behoefte aan hulp bij financiële zaken. Het argument hiervoor was dat in de Nederlandse situatie dit item niet relevant is vanwege een collectieve ziektekostenverzekering. Echter de financiële gevolgen kunnen verder reiken dan de kosten voor de behandeling in het ziekenhuis. Er kunnen gevolgen zijn op het gebied van inkomen of onkosten door bijvoorbeeld de reisafstand naar het ziekenhuis. En ook in de contacten met de verzekering kunnen problemen ontstaan, bijvoorbeeld over de vraag wat er wel en niet wordt vergoed. Het is daarom toch van belang naar deze behoefte te vragen.

De behoefte-items van Verhaeghe e.a. en Kaljouw beperken zich grotendeels tot de situatie in het ziekenhuis. Kijkend naar de gevolgen van acuut ernstig somatisch letsel voor patiënt en naasten, zijn er ook behoeften te verwachten die meer psychosociaal van aard zijn (Brusselmans, 1999; Engström & Söderberg, 2004; Van Horn & Tesh, 2000).

Het leven verandert ingrijpend als de patiënt bijvoorbeeld blijvend letsel zal hebben, komt te overlijden of niet (meer) naar huis kan en wordt opgenomen in een revalidatiecentrum of verpleeghuis. Mogelijk hebben naasten behoeften aan hulp bij het leren omgaan met deze consequenties. In de relationele sfeer kunnen moeilijkheden opdoemen, zeker als voor het ongeval de verhoudingen al verstoord waren. Wellicht hebben naasten behoefte aan begeleiding hierbij.

De gevolgen van het ongeval strekken zich uit tot het dagelijks leven zoals huishouden, opvang van kinderen, werk en opleiding. Naasten moeten hun weg vinden in het woud van regelgeving en voorzieningen, oplossingen bedenken voor praktische problemen in de thuissituatie en overleggen en onderhandelen met de werkgever of opleiding. Sommigen zullen hierbij behoefte aan hulp hebben.

Of naasten de geschetste behoeften hebben hangt af van diverse factoren, waarvan coping, sociale steun, gender en etniciteit in de volgende paragrafen onder de loep worden genomen.

2.2.3 Sociale steun, coping en behoeften

Sociale steun en coping zijn belangrijke determinanten in het functioneren van een patiënt en naasten na een ingrijpende gebeurtenis (Achat e.a. 1998; Davidson e.a., 2007; Hosman, 1988; Hupcey, 2001; Thoits, 1995; Williams e.a., 1993). Sociale steun en coping zijn met elkaar verbonden. Sociale banden kunnen copingstrategieën verbeteren en een positieve invloed hebben op het gevoel van controle over de situatie. (Achat e.a., idem; Thoits, idem; Hobfoll & Schröder., 2001). Om inzicht te krijgen in de invloed van sociale steun en coping op de behoeften van naasten komen beide factoren hierna toch afzonderlijk aan de orde.

Sociale steun

Sociale steun wordt verleend door het sociaal netwerk, "een groepering van mensen met wie één persoon (de centrale actor) min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van noodzakelijke levensbehoeften" (Hendrix, 1997, p. 15). Sociale steun verklaart 10% van de variantie in gezondheidsuitkomsten (Williams, idem). Het sociaal netwerk kan verschillende functies vervullen die

in de literatuur diverse benamingen krijgen (de Mönnink, 2005; Patterson, 2002; Baars e.a., 1990; Williams; idem; Achat e.a., idem; Thoits, idem). Hendrix (idem) onderscheidt: emotionele steun, cognitieve steun (informatie, advies, feedback), waardering, normatieve steun, sociaal contact, materiële steun, praktische steun, sociale en maatschappelijke invloed (p. 52-53).

De structuur van het netwerk is van invloed op de functies die vervuld kunnen worden. Structurele kenmerken verwijzen naar de organisatie van de banden tussen mensen. Door te kijken naar de structuur van het netwerk ontstaat zicht op de vitaliteit van het netwerk (Baars e.a., idem). Structurele eigenschappen zijn: omvang, gevarieerdheid, dichtheid en bereikbaarheid. De kwaliteit van deze structuur bepaalt of het sociaal netwerk in staat is belangrijke behoeften te vervullen: de functionele eigenschappen.

Netwerken zijn niet statisch, maar ontwikkelen zich in de tijd en door belangrijke gebeurtenissen. Ingrijpende gebeurtenissen kunnen leiden tot verandering in structuur en functies. Het gevoel van verbondenheid kan veranderen en communicatiepatronen in het netwerk kunnen bevorderend dan wel belemmerend zijn in het omgaan met de gebeurtenissen (Patterson, idem; Thoits, 1982).

De waarneming of overtuiging dat emotionele steun beschikbaar is blijkt veel sterker van invloed te zijn op het psychisch welbevinden dan de werkelijk ontvangen steun. Ervaren, emotionele steun is direct gerelateerd aan een betere fysieke en psychische gezondheid en treedt op als buffer bij ingrijpende gebeurtenissen. Of een persoon een intieme, vertrouwelijke relatie heeft of niet is een sterke factor in het verminderen van stresservaring. Gehuwden zeggen meer sociale steun te ervaren dan ongehuwden. Ervaren steun neemt af als leeftijd toeneemt en stijgt bij hogere sociaal economische status (Thoits, 1995; Williams e.a. idem).

De ervaring dat men praktisch en sociaal gesteund wordt speelt een belangrijke rol bij herstel van PTSS-symptomen, vooral direct na een trauma. Het aanbieden van een steunende context en het mobiliseren van steun uit de eigen sociale omgeving zijn daarom belangrijke aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijn 'vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen' (Impact, 2007).

Naasten die geen of weinig steun ervaren van het sociaal netwerk, hebben mogelijk meer behoefte aan begeleiding van professionals dan naasten die dit wel ervaren. In verschillende functies moet dan wellicht door professionals worden voorzien. Je kunt daaruit concluderen dat tijdens de ziekenhuisopname het van belang is met naasten stil te staan bij de mate van steun die zij ontvangen vanuit hun sociaal netwerk.

Coping

Bij coping gaat het om de cognitieve en gedragsmatige inspanningen van naasten om de toegenomen stress te verminderen of te hanteren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen probleemgerichte en emotiegerichte coping. Emotiegerichte coping richt zich op beïnvloeding van de emotionele toestand; probleemgerichte op beïnvloeding van de situatie (Kaljouw, 1998; Lazarus, 1966; Leske, 2003; Thoits, 1995; Verhaeghe e.a., 2005b). Meestal bestaat het gedrag van mensen uit een combinatie van deze vormen van coping, afhankelijk van de betekenis die zij geven aan de situatie, hun inschattingen van de eigen mogelijkheden en de context.

De effectiviteit van coping hangt in grote mate af van het type stressvolle gebeurtenis waarmee de persoon wordt geconfronteerd. Het maakt verschil of het gaat om een chronische of acute gebeurtenis; een te controleren of niet te controleren gebeurtenis; het overlijden van een dierbare, ziekte of een interpersoonlijk probleem (Thoits, idem).

Hoewel het copinggedrag van mensen door diverse factoren van situatie tot situatie verschilt, ontwikkelen de meesten wel een soort van copingstijl. De Utrechtse Copinglijst (UCL) is in Nederland de meest gebruikte zelfrapportage vragenlijst om de copingstijl te bepalen (Schreurs e.a., 1993).

Bekende copingstijlen zijn: actief aanpakken, sociale steun zoeken, afwachten en vermijden en palliatief gedrag (Bunnik en Kaljouw, 2000). Hobfoll en Schröder (2001) delen copingstijlen in naar prosociaal/asociaal en actief/passief.

De copingstijl 'actief aanpakken' wordt gezien als instrumenteel, rationeel, vechtgedrag en is gericht op het oplossen van het probleem. In termen van Hobfoll en Schröder gaat het hier om een actieve stijl zonder aan te geven of deze pro- of asociaal is.

'Sociale steun zoeken' wordt gezien als emotioneel vechtgedrag. Het gaat om het delen van het probleem met anderen om het vervolgens gezamenlijk aan te pakken. De prosociale actieve copingstijl van Hobfoll en Schröder is hiermee te vergelijken.

'Afwachten en vermijden' kenmerkt zich door instrumenteel- en vluchtgedrag. Deze stijl lijkt het meest op de asociale passieve stijl van Hobfoll en Schröder. Problemen worden vermeden en niet aangepakt.

'Palliatief gedrag' wordt gezien als emotioneel- en vluchtgedrag en vertoont de meeste overeenkomsten met de prosociale passieve stijl van Hobfoll en Schröder. Het probleem wordt niet aangepakt, maar toegedekt of vergoelikt (Bunnik & Kaljouw, idem).

Effectieve coping van familie blijkt van positieve invloed op het herstel van de patiënt (Verhaeghe e.a. 2005b, Leske, 2003). Verhaeghe e.a. (idem) deden een literatuurreview naar de copingstrategieën van families van traumapatiënten met hersenletsel. Probleemgerichte coping lijkt in deze situatie effectiever te zijn dan emotiegericht. Steun zoeken wordt vaak gerelateerd aan ontwijken en emotiegerichte coping, maar kan een effectieve strategie zijn voor probleemoplossing. Actieve coping gecombineerd met prosociaal gedrag leidt tot de beste uitkomsten (Hobfoll en Schröder, idem).

Kaljouw (idem) komt tot de conclusie dat copinggedrag van invloed is op de behoeften van naasten (p. 113). De copingstijlen 'palliatief gedrag' en 'sociale steun zoeken' leiden tot een toename aan de behoefte aan begeleiding (p. 102). Verder blijkt dat naasten met beperkte copingsmogelijkheden meer moeite hebben om zich te handhaven als hun dierbare is opgenomen na een trauma (Leske, 2002). Het vermoeden is dat de behoefte aan begeleiding bij hen groter zal zijn.

Coping is niet een soort truc die mensen kunnen inzetten. De manier waarop naasten van traumapatiënten met de situatie omgaan wordt ingegeven door de copingstijl die zij hebben ontwikkeld, maar ook door de aard van de situatie, de omstandigheden en de steun die zij al dan niet ontvangen. Steun van professionals vermindert de stress die familie ervaart en stimuleert effectieve coping. Concrete informatie, samenwerking van verpleging met maatschappelijk werk, een langetermijnfollow-up en peersupport zijn veelbelovende strategieën in het versterken van de coping van familie (Verhaeghe e.a., idem). Troost, informatie, steun en zorg dragen voor directe praktische en emotionele behoeften spelen een duidelijk positieve rol in de coping van getroffenen van een ingrijpende gebeurtenis (Impact, 2007).

2.2.4 Gender, etniciteit en behoeften

Naast sociale steun en coping zijn gender en etniciteit relevante factoren waardoor naasten kunnen verschillen in hun behoeften. Beide concepten verwijzen naar de cultuur waarvan mensen deel uitmaken. Cultuur wordt als volgt gedefinieerd: "Cultuur is een evoluerend systeem van waarden, normen en leefregels. In een groep van mensen die zich lid voelen van hun groep, wordt cultuur van generatie op generatie doorgegeven en zo geïnternaliseerd. Voor de mensen in een groep is hun cultuur vaak *onbewust* richtinggevend voor hun gedrag en hun kijk op de wereld" (Pinto, 2007, p. 28). Cultuur beïnvloedt het gedrag van het individu, maar bepaalt of determineert het gedrag niet. Het gaat niet om vaststaande gegevens, maar om meervoudige processen waarin gender en etniciteit, maar ook andere verschillen, voortdurend met elkaar in wisselwerking zijn. Dergelijke factoren zijn van invloed op de behoeften van naasten en op hun copinggedrag en de rol van de sociale omgeving. De betekenis kan per context verschillen en in de tijd verschuiven (Jacobs, 2001; M'charek e.a., 2005; Van Mens-Verhulst, 2007).

Gender

Gender refereert aan de sociale en culturele betekenis van sekse in een bepaalde historische context (Nicolaï, 1994). De vraag hier is in hoeverre gender van invloed is op de behoeften van naasten van traumapatiënten.

Uit de literatuurreview van Verhaeghe e.a. (2005a) blijkt dat vrouwen bij meer behoefte-items aangeven dat zij dit belangrijk of zeer belangrijk vinden, dan mannen. Voor de behoefte aan informatie constateerden zij geen verschil. Informatie wordt door iedereen belangrijk gevonden, ongeacht geslacht, leeftijd, klasse of opleidingsniveau.

Verder blijkt dat bij vrouwen meerendeels ook andere factoren van invloed zijn op de behoefte aan informatie, ondersteuning, toegankelijkheid en begeleiding dan bij mannen (Kaljouw, 1998, p. 115). Bij vrouwen spelen leeftijd, wachttijd, opnamefrequentie, de copingstijl 'sociale steun zoeken', geloof, bekendheid met de intensive care, uitstel van de opname en een onplezierige ervaring op de intensive care een belangrijke rol in hun behoeften. Bij mannen zijn dit wachttijd, een onplezierige ervaring op de intensive care, en de copingstijlen 'sociale steun zoeken' en 'actief aanpakken'.

Gender beïnvloedt ook copingstijlen (Thoits, 1995). Vrouwen reageren meer emotioneel, expressief en zoeken sociale steun en afleiding. Mannen reageren eerder stoïcijns en niet-expressief, controleren de emoties, accepteren het probleem, denken er niet aan en zijn probleemoplossend gericht. Maar volgens Thoits heeft dit waarschijnlijk ook te maken met de mate waarin mannen en vrouwen controle ervaren over een bepaald domein. Gender is van invloed op de copingstijl, maar de context waarin de gebeurtenissen plaatsvinden, speelt daarbij een rol.

Ook wijst Thoits op een verschil tussen mannen en vrouwen en de mate waarin zij steun kunnen verwachten van hun sociaal netwerk. Volgens haar hebben vrouwen vaker een intensief sociaal netwerk. Zij investeren daar meer in en ervaren meer intimiteit. Mannen hebben eerder een extensief, maar vaak wel omvangrijker netwerk. Gender is daardoor eveneens van invloed op de functies die het sociaal netwerk kan vervullen.

Voorgaande onderzoeksresultaten wijzen op verschillen in behoeften tussen mannen en vrouwen, die niet (alleen) te maken met hun verschil in sekse, maar met het ervaren van mannelijkheid en vrouwelijkheid in hun culturele context. Gender lijkt van invloed te zijn op de behoeften van naasten. Er is echter niet een één op één relatie tussen gender en behoeften. Het gaat om een samenspel van factoren die elkaar over en weer beïnvloeden.

Etniciteit

Etniciteit verwijst naar afstamming; naar de groep waarmee mensen zich vanuit hun geschiedenis verbonden voelen en waarmee men een cultuur deelt. Etnische groepen verschillen in structuren: F-structuren, G-structuren en een mengvorm daarvan (Pinto, idem). Groepen met een F-structuur kenmerken zich door een fijnmazige structuur van gedragsregels. De F-structuur is te vinden in het Midden-Oosten, Aziatische, Afrikaanse landen en Zuid-Europese landen.

Groepen met een G-structuur kennen een grofmazige structuur van gedragsregels. Ieder individu dient zelf de algemene regels te vertalen naar zijn eigen specifieke situatie. Deze structuur komt veel voor in Noord-Amerika en Noord-West-Europese landen. Een mix van F- en G-structuur is volgens Pinto te vinden in Oost-Europa, bij de 'tweede generatie allochtonen' en in het Caribische gebied.

Etniciteit kan volgens Pinto van invloed zijn op de behoeften van naasten. Zo sluit de behoeftepiramide van Maslow aan op groepen met een G-structuur en zou deze er voor een F-structuur anders uitzien.

Figuur 2.1 Behoeftetiërarchieën volgens Pinto (2007, p. 36)

Terwijl in een G-structuur de individuele autonomie en persoonlijke ontwikkeling domineert, staat in een F-structuur de groepsband en -eer centraal. Kleber (2007) beaamt dit door te stellen dat bij personen uit een F-cultuur, vanwege de verbondenheid met anderen, in de hulpverlening niet alleen over de eigen ervaringen moet worden gepraat, maar ook over het mobiliseren van het sociaal netwerk zodat de sociale cohesie kan worden hersteld.

Hoffman (Dries & Hoffman, 2008) zet hier tegenover dat basisbehoeften van mensen in wezen niet verschillen. Ook onderzoek van studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening wijst in die richting (2009). Culturele verschillen hebben wel invloed, maar dan gaat het om verwachtingen, ervaringen en gedrag. Een voorbeeld hiervan is het slechtnieuwsgesprek. In een cultuur met een G-

structuur is er de behoefte met het slechte nieuws te beginnen. In een F-structuur kan dit worden opgevat als een belediging, alsof men niet geïnteresseerd is in de ander. Passender is het om het slechte nieuws te brengen via een inleidend gesprek waarin men belangstelling en welwillendheid toont (Pinto, 2007 p. 62). De behoefte aan informatie is niet cultuurgebonden, maar de manier waarop informatie gebracht wordt wel.

De behoefte aan emotionele verbondenheid met familieleden varieert tussen verschillende culturele groepen (Van Dijk, 2005; Pattison, 2002). Hierdoor kan onbegrip ontstaan voor het beleid van ziekenhuizen, bijvoorbeeld dat slechts 2 of 3 personen op het bezoeken aanwezig mogen zijn. Naasten zijn voor de patiënt in moeilijke tijden heel belangrijk. Het is mogelijk dat vluchtelingen en migranten, die (een deel van) hun sociaal netwerk hebben achtergelaten in het land van herkomst, na een trauma onvoldoende mensen om zich heen hebben om de gebeurtenissen en de gevolgen daarvan mee op te vangen. De behoefte aan begeleiding kan daardoor groter zijn.

De wijze waarop mensen met traumatische gebeurtenissen omgaan en verlies verwerken kent eveneens een culturele dimensie. Cultuur kan houvast bieden door middel van rituelen en tradities, maar ook belemmeren in de zin van taboes (Impact, 2007; De Mönnink, 2000).

Er is weinig bekend over de impact van cultuur op een traumatische gebeurtenis en de behoeften die daardoor kunnen ontstaan (De Jong, 2006). Davidson, e.a. (2007) ontdekten dat in verschillende studies waarin gekeken is naar de factor cultuur er geen verschillen zijn gevonden als het gaat om de stress die familie ervaart. Wel als het gaat om toegang tot het gezondheidszorgsysteem en gezondheidsstatus. Chemtob (1996) stelt dat drie interactieve clusters van factoren de reactie van een individu op een ingrijpende gebeurtenis bepalen: universele aspecten van reacties op schokkende gebeurtenissen, culturele invloeden en persoonlijke geschiedenis (in: Van Dijk, 2005). Het is riskant om de genoemde inzichten in verschil tussen culturen en de mogelijke invloed daarvan op behoeften te beschouwen als een aanwijzing voor wat de behoeften zullen zijn. Deze worden door meer bepaald dan enkel het feit dat men tot een bepaalde etnische cultuur behoort (Dries & Hoffman, 2008; Kleber, 2007). De betekenis van etniciteit kan alleen zichtbaar worden in de dialoog; door vragen te stellen, belangstelling te tonen en stil te staan bij de gebruiken die naasten vanuit de eigen cultuur meebrengen.

2.2.5 Conclusie

De gevolgen van een trauma blijven niet beperkt tot de patiënt. Naasten worden geconfronteerd met fysieke, psychische, sociale en materiële gevolgen. Diverse behoeften kunnen daaruit voortvloeien zoals de behoefte aan informatie, ondersteuning en toegankelijkheid, maar ook behoeften die meer sociaal-maatschappelijk van aard zijn. Welke behoeften ontstaan wordt mede bepaald door de copingstijl van naasten, hun sociale omgeving, gender en etniciteit. In figuur 2.2 is de onderlinge samenhang schematisch weergegeven.

Figuur 2.2 Schematisch model naasten van traumapatiënten en factoren die van invloed zijn op hun behoeften

Er ontstaat stress bij naasten als er niet aan hun behoeften tegemoet gekomen wordt (Davidson e.a., 2007).

Inzicht in de behoeften van naasten en de factoren die hierop van invloed zijn helpt deze te herkennen, maar in iedere situatie moet in gesprek met naasten aan de orde komen wat hun specifieke behoeften zijn. Ongelijke gevallen vragen om een ongelijke behandeling. Er is aandacht en maatwerk nodig (Van Houten, 2004; Tronto, 1993).

2.3 Medisch maatschappelijk werk en de hulpverlening aan naasten

Na het verkennen van de behoefte van naasten van traumapatiënten gaat deze paragraaf in op de hulpverlening aan deze naasten door medisch maatschappelijk werkers. Om de hulpverlening te typeren komen achtereenvolgens aan de orde de achtergronden, positie, doelstelling en werkwijze van maatschappelijk werk in het ziekenhuis. Daarna wordt ingegaan op de hulp die maatschappelijk werkers bieden aan naasten van traumapatiënten. Ten slotte volgt in de conclusie op basis van de literatuur een antwoord op de vraag in hoeverre de hulpverlening van maatschappelijk werk aansluit op de behoeften van naasten.

2.3.1 Achtergronden en positie

Het medisch maatschappelijk werk in Nederland kent zijn oorsprong in 1913 (Mineur, 1997; Nelissen, 1976; Querido, 1963; van Riet, 2000; Schlögl, 1963). Getroffen door de persoonlijke en materiële nood van haar patiënten en geïnspireerd door een artikel van een medisch maatschappelijk werkster uit New York, wist zuster ter Meulen de geneesheer-directeur van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam ervan te overtuigen dat medische zorg zonder maatschappelijke zorg niet voldeed. Een studiereis naar Engeland bood haar houvast bij het invullen van haar nieuwe functie als 'zuster voor maatschappelijk werk'. In de jaren daarna volgden verschillende ziekenhuizen haar voorbeeld. De medisch-maatschappelijk werkers werden in eerste instantie vooral gezocht in het verpleegsterskorps. Als na 1950 – mede door de introductie van het Social Casework door Kamphuis (1950) – de professionalisering van het maatschappelijk werk toeneemt, verschijnen er meer specifiek geschoolde maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg.

In Nederland komt het medisch maatschappelijk werk voort uit particulier initiatief, dat niet gepaard ging met planning, beleid en geldmiddelen (van Riet, idem). Het in 1922 in Amsterdam opgerichte D.O.O.B.I. (Door Onderling Overleg Beter Inzicht) was een eerste poging de beroepsontwikkeling verder te stimuleren. Deze kwam stil te liggen tijdens WO II, maar werd nieuw leven ingeblazen in 1952. Later ontstaat er het functieverband voor maatschappelijk werkers in medisch kader van de Landelijke Vereniging van Maatschappelijk Werkers (LVMW) (Nelissen, idem). In 1994 werd de LVMW omgedoopt in de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW), waar maatschappelijk werkers zich konden aansluiten bij de functiegroep gezondheidszorg, die in 2006 is opgedeeld in onder meer de functiegroep ziekenhuis maatschappelijk werk. Een telling in 1996 liet zien dat er zo'n 725 maatschappelijk werkers in academische, algemene en categorale ziekenhuizen werkzaam waren (Brunenberg, e.a. 1996). Een telling uit 2005 gaat uit van 657 (Kroon, 2005). Verder is bekend dat ongeveer 210 maatschappelijk werkers lid zijn van de NVMW, waarvan 6 aangesloten bij de functiegroep.

De meeste ziekenhuizen zijn opgedeeld in clusters of divisies met verregaande eigen verantwoordelijkheid. Maatschappelijk werkers zijn verbonden aan de afdelingen binnen zo'n cluster of divisie. Zij maken deel uit van een multidisciplinair team en krijgen leiding van het hoofd van het cluster. Deze maatschappelijk werkers worden niet beroepsinhoudelijk aangestuurd en opereren in sommige gevallen geïsoleerd van andere maatschappelijk werkers, waardoor intercollegiale toetsing en beroepsinhoudelijke ontwikkeling beperkt is (Kroon, idem). In sommige ziekenhuizen wordt deze decentrale positie gecombineerd met een centrale dienst maatschappelijk werk of psychosociale zorg (Scholte e.a., 2007). Maar bij reorganisaties worden dergelijke centrale diensten ook wel weer ontmanteld (Runia, 2007). Maatschappelijk werk staat onder druk in de Nederlandse ziekenhuizen. Het belang van psychosociale zorg wordt erkend in de gezondheidszorg, maar bij bezuinigingen worden deze nogal eens hierop afgewend (Brunenberg, idem; Kroon, idem).

Maatschappelijk werk in het ziekenhuis wordt in de regel betaald uit de overheadkosten. Dit betekent dat de kosten zijn verdisconteerd in de bedprijs. Niet alle afdelingen reserveren budget voor maatschappelijk werk. Er is bijvoorbeeld maar één ziekenhuis in Nederland waar maatschappelijk werk aanwezig is op de spoedeisende hulp (Verharen, 2005). Ook biedt niet ieder ziekenhuis bijvoorbeeld maatschappelijk werk aan in de traumazorg. Het beleid hierop kan van ziekenhuis tot ziekenhuis en van afdeling tot afdeling verschillen.

Uit een enquête van de NVMW (2006) blijkt dat in meer dan de helft van de ziekenhuizen die reageerden (respons 29%) er 1 fulltime formatieplaats (fte) maatschappelijk werk op 103 tot 200 bedden beschikbaar is. Maar er zijn verschillen van 1 fte op 74 bedden tot 1 fte op 500. Medisch maatschappelijk werkers zijn binnen deze formatie bovendien ook betrokken bij behandelstoelen (dialyse, revalidatie) en verrichten tevens poliklinisch werk.

Volgens Auslander (2000) zijn er drie redenen waarom een ziekenhuis, dan wel afdeling of specialisme kiest voor maatschappelijk werk:

1. Het past bij de missie van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als gekozen wordt voor geïntegreerde gezondheidszorg.
2. Het is een belangrijk onderdeel van de behandeling, bijvoorbeeld als blijkt dat dialysepatiënten zich beter aan de voorschriften houden wanneer zij begeleiding krijgen van maatschappelijk werk.
3. Het draagt bij aan het verkorten van de behandelduur, bijvoorbeeld doordat maatschappelijk werkers ervoor zorgen dat de transfer van ziekenhuis naar thuis of een vervolgvoorziening soepeler en sneller verloopt.

In het eerste geval gaat het om een principiële opvatting van de organisatie over goede zorg. De andere twee argumenten vragen om onderzoek waarmee maatschappelijk werk kan laten zien wat hun bijdrage oplevert en waarmee zij haar positie kan versterken. Maatschappelijk werk in Nederland kent echter geen rijke onderzoekstraditie (Melief e.a., 2004).

Diverse ontwikkelingen zijn van invloed op de actuele positie van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis (de Groot e.a. 2007; Mineur, idem; Valkenburg, 2003).

Op de eerste plaats de kortere ligduur van patiënten. Het streven naar effectiviteit en efficiëntie heeft tot gevolg dat patiënten eerder naar huis of een vervolgvoorziening gaan. Voor maatschappelijk werkers betekent dit dat de tijdspanne waarbinnen zij contact kunnen leggen en houden met patiënt en naasten aanzienlijk is verkort. Maatschappelijk werkers in de ziekenhuizen moeten zich herbezinnen op het moment van contactlegging en methoden die passen bij de nieuwe omstandigheden. Kortdurende oplossingsgerichte interventies kunnen wellicht een uitkomst bieden (Sulman e.a., 2001).

Een tweede belangrijke ontwikkeling is het ontstaan van het transferpunt. Om de overgang van ziekenhuis naar thuissituatie of vervolgvoorziening te bespoedigen zijn transferpunten ingericht. Veel van de werkzaamheden van het transferpunt werden voorheen door maatschappelijk werkers gedaan. Niet in alle ziekenhuizen zijn maatschappelijk werkers werkzaam op het transferpunt; vaak bekleden verpleegkundigen deze functie (Holliman e.a. 2003). Naast de transferverpleegkundigen verschijnen ook andere gespecialiseerde verpleegkundigen op het toneel die taken uitvoeren op het terrein van maatschappelijk werk, bijvoorbeeld familieverpleegkundigen.

Ten slotte is de invoering van de diagnose behandelcombinaties (DBC's) in 2005 van invloed op de aanstelling in ziekenhuizen. Het werk wordt (nog) vanuit de kosten voor overhead gefinancierd, maar de druk op maatschappelijk werk om de werkzaamheden transparant te maken is door de DBC's toegenomen. Het maatschappelijk werk in de academische ziekenhuizen, verenigd in het LOMAZ (Landelijk Overleg Maatschappelijk werk Academische Ziekenhuizen) heeft hierop geanticipeerd door in samenwerking met Movisie hun werkzaamheden te beschrijven in modules (Scholte e.a., 2007). Modules bestaan uit een beschrijving van de doelgroep, doelen, duur van de hulpverlening, setting, werkwijze/activiteiten en randvoorwaarden. De algemene ziekenhuizen volgden dit voorbeeld. Dit kan bijdragen aan een betere profilering en positionering van maatschappelijk werk in het ziekenhuis.

2.3.2 Doel en werkwijze

Visie, doel en taken van het maatschappelijk werk zijn vastgelegd in het beroepsprofiel (Jagt, 2006) en door De Groot e.a. (2007) gespecificeerd voor het maatschappelijk werk in het ziekenhuis. Zij beschrijven het doel van het werk als: "Het op methodische wijze begeleiden en/of behandelen van de

patiënt en zijn relaties bij psychosociale en emotionele problemen die samenhangen met de ziekte en medische behandeling en op alle daaruit voortvloeiende veranderingen in het leven van de patiënten en hun directe relaties" (p. 10).

Psychosociale hulpverlening is de *core business* van het beroep en richt zich op problemen die voorkomen in de interactie tussen de persoon en diens omgeving. Onderzoek laat zien dat de persoon-in-omgevingbenadering erg effectief is als het probleem het individu overstijgt (Gorey e.a., 1998). Voor medisch maatschappelijk werkers betekent dit dat zij als het ware een brug slaan tussen de wereld van de patiënt en die van het ziekenhuis (Mineur, 1997).

De taken die zij daarbij, vaak in combinatie, vervullen zijn:

- veranderings- en competentiegerichte begeleiding
- ondersteunende en stabiliserende begeleiding
- *outreaching* benadering - bemoeizorg
- concrete en informatieve hulpverlening
- onderzoek en rapportage
- belangenbehartiging en conflictbemiddeling
- casemanagement, zorgcoördinatie, zorgbemiddeling en zorgafstemming
- uitbouwen en ondersteunen van sociale netwerken
- crisisinterventie.

Maatschappelijk werkers verwerken verschillende kennisdomeinen zoals de psychologie, sociologie, recht en filosofie bij de analyse van cliëntsituaties en in hun interventies. Dit gebeurt echter vaak niet expliciet. Zij handelen in het moment: door Schön omschreven als *knowing-in-action* (1983). De kennisbasis die zij hebben opgebouwd wordt daarbij impliciet meegenomen. Er is sprake van *tacit knowledge*, oftewel onbewuste kennis (Polanyi, 1967; Zeira & Rosen, 2000).

De verwevenheid van materiële en immateriële problematiek pakken maatschappelijk werkers integraal op. Van oudsher richten zij zich op persoonlijke vermogens, tussenmenselijke betrekkingen en sociale hulpbronnen. Zij streven daarbij niet alleen naar het oplossen van problemen, maar ook naar het vergroten van competenties en maatschappelijke participatie (Kamphuis, 1964). Zij interveniëren op meerdere niveaus: op het niveau van de cliënt, op het niveau van de omgeving en op het niveau van de samenleving. Zij combineren daartoe directe en indirecte interventies. Directe interventies zijn gericht op veranderingen bij de cliënt en/of zijn relaties, indirecte interventies op veranderingen in de omgeving en/of samenleving (Jagt, idem; Johnson 2001; Verharen & Nicolassen, 2005).

De hulp is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en duurt zo kort mogelijk. De frequentie en duur van de hulpverlening variëren echter naar gelang de hulpvraag en de (on)mogelijkheden van de cliënt en zijn systeem. Om de kwaliteit van de hulpverlening te bewaken worden vormen van intercollegiale toetsing, intervisie en supervisie ingezet.

Gangbare methodieken in het maatschappelijk werk zijn afgeleid van wetenschappelijke inzichten uit diverse disciplines. Zo vindt de methodiek van het *Social Casework* zijn wortels vooral in de psychoanalytische theorieën, de gezinsbenadering in sociaal psychologische- en systeemtheorieën en de sociaal netwerkbenadering in sociaalecologische theorieën (Snellen, idem). Grofweg zijn de methodieken in te delen naar hun gerichtheid: ontwikkelings-, handelings- of systeemgericht (Van der Laan, 2005). In hun werk integreren maatschappelijk werkers verschillende theoretische inzichten, methodieken en taken tot een op maat gesneden benadering: zij werken eclectisch-integratief vanuit een strategie (Donkers, 2002). Een strategie bestaat uit:

- een visie, vooronderstellingen, verklaringsmodellen, uitgangspunten, normen en waarden die de maatschappelijk werker in deze situatie hanteert;
- een verkenning van de persoon-in-situatie in relatie tot de (on)mogelijkheden van het dienstverlenend systeem;
- de hulpverleningsdoelen;
- de methode van werken (inhoudelijke taakopvatting, de relatie werker-cliënt en programmatische aspecten als fasering van het proces, benadering, methodieken en interventies).

Dilemma's zijn onlosmakelijk verbonden met het beroep (Oostrik & Schilder, 2001).

Op de eerste plaats omdat er in iedere situatie verschillende werkelijkheden in het geding zijn: feiten, normen en subjectieve expressies (Van der Laan, 1990). Al deze werkelijkheden hebben recht van spreken en daarbij moet de maatschappelijk werker van binnen- en buitenperspectief kunnen wisselen: zich verhouden tot de cliënt, maar ook tot de samenleving (Schilder & Wouters, 1997).

Dilemma's ontstaan ook doordat maatschappelijk werkers zich gelijktijdig op drie processen richten: het proces van interactieontwikkeling, cliëntontwikkeling en probleemafwikkeling (Snellen, idem). Aan de interactiekant stuurt de maatschappelijk werker aan op een werkbare en veilige relatie met de cliënt. Het proces van cliëntontwikkeling betekent dat de cliënt een aantal psychologische fasen moet doorlopen om tot probleemoplossing te kunnen komen, bijvoorbeeld erkennen en accepteren. Het proces van probleemafwikkeling vraagt om een aantal rationele fasen die horen bij de logica van probleem oplossen (oriënteren, analyseren, doelen bepalen, plan van aanpak maken, uitvoeren en evalueren).

In de regel verloopt de hulpverlening niet lineair, maar als een iteratief zoekproces pendelend tussen probleemformulering, oplossingsalternatieven en mogelijkheden van de cliënt (Doerbecker, 1979).

Maatschappelijk werkers interveniëren, maar de legitimatie hiertoe vindt plaats in een houding van presentie (Van der Laan, 2003). Bij presentie gaat het om er zijn voor de ander, met oprechte aandacht, ongehaast en met een open agenda (Baart, 2001; Baart & Steketee, 2003). Het werk vraagt om een evenwicht tussen hart, verstand en handen (Kamphuis, 2007). Maatschappelijk werkers zijn gericht op emancipatie, maar ontkomen in sommige situaties niet aan disciplineren (Waalwijk, 1996). Cliëntfactoren, de persoon van de werker, de organisatie en het beroep zijn van invloed op de keuzen die in het werk worden gemaakt (Mattison, 2002). Een louter technische benadering volstaat niet. Het werk kan niet zonder normatieve stellingname; het vraagt om een permanent moreel beraad, oftewel een normatieve professionaliteit (Gray & McDonald, 2006; Van Houten, 2006; Kunneman, 1996).

Medisch maatschappelijk werkers worden, wellicht meer dan maatschappelijk werkers in andere settings, geconfronteerd met vragen over leven en dood. In de termen van Kunneman (2005) gaat het om trage vragen: existentiële vragen die betrekking hebben op ervaringen van eindigheid, oncontroleerbaarheid en onmacht. Vragen die 'onder ogen moeten worden gezien', die om verwerkingstijd vragen, waarvoor geen vlotte gebruiksklare antwoorden bestaan, maar trage antwoorden.

In vrijwel alle settings werken maatschappelijk werkers samen met andere professionals. In het medisch maatschappelijk werk zijn dit vooral de artsen en verpleegkundigen die bij de patiënt betrokken zijn, maar ook bijvoorbeeld fysiotherapeuten, psychologen en geestelijk verzorgers. In eerste instantie zijn artsen en verpleegkundigen verantwoordelijk voor psychosociale zorg, maar wanneer sprake is van problematiek waarbij psychosociale hulpverlening nodig is dienen zij naar maatschappelijk werk te verwijzen (Prins, 1999).

Na deze meer algemene verkenning van de eigen aard van het medisch maatschappelijk werk resteert de vraag wat zij naast van traumapatiënten te bieden heeft, op welk moment en op welke wijze?

2.3.3 De hulpverlening aan naasten van traumapatiënten

Kenmerkend aan de traumazorg is dat het vaak om acute opnamen gaat. Patiënt en naasten hebben zich niet kunnen voorbereiden op de opname en de gevolgen daarvan. Er is sprake van een crisissituatie (Brinkman & van den Berg, 2003; Epperson, 1977; Maréchal, 1996; Moonilal, 1982). Patiënt en naasten zijn gericht op overleven, waarbij de medische behandeling van de patiënt centraal staat. Familie is zich vaak niet bewust van de eigen behoeften. Daarom ligt het initiatief om in behoeften te voorzien bij de zorgverleners (Verhaeghe e.a.; 2005a).

De spoedeisende hulp is de voordeur van het ziekenhuis voor traumapatiënten en hun naasten. Bij ernstige ongevallen wachten naasten daar vaak lange tijd (Verharen, 2008). In de meeste ziekenhuizen worden naasten op de spoedeisende hulp opgevangen door verpleegkundigen. In Nederland is er één ziekenhuis met maatschappelijk werk op de spoedeisende hulp. In een ander ziekenhuis zijn er medewerkers familieopvang (Dekker-de Groot, 2005; Van der Heijden & Ris, 2005; Verharen, 2005). In andere landen is het gebruikelijker dat maatschappelijk werk lid is van het multidisciplinaire team op de spoedeisende hulp. Vanaf het moment dat de familie zich in het ziekenhuis meldt kan maatschappelijk werk begeleiding aanbieden in de vorm van:

- opvangen van de familie;
- organiseren van een ruimte met privacy;
- algemene informatie over het ongeval en de conditie van de patiënt;

- ruimte bieden aan emoties en het kunnen vertellen van het verhaal;
- geven van begrip, erkenning en troost;
- uitleg over de gang van zaken in het ziekenhuis;
- er zorg voor dragen dat naasten arts en verpleegkundigen kunnen spreken;
- nagaan of naasten de medische informatie kunnen opnemen;
- voorbereiden van de familie op de confrontatie met de patiënt;
- nagaan wat er op korte termijn moet gebeuren en wie daarbij moet worden ingeschakeld;
- praktische zaken regelen (Boyack & Bucknum, 1997; Heggarr, 1993; Holland & Rogich, 1980; Haeck & van der Heijden, 1997; Moonilal, idem; Silverman, 1986).

Voor een groot deel komen deze activiteiten overeen met de module *Opvang bij ingrijpende gebeurtenissen* (Scholte e.a., 2007). De doelen die daarbij worden beoogd zijn: “De problemen zijn gestructureerd, er is rust aangebracht in de chaotische situatie waarin de patiënt verkeert en de spanningen zijn hanteerbaar voor patiënt/patiëntstelsel. Het sociale netwerk van de patiënt is gemobiliseerd” (p. 37). Hiermee komen maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoefte aan informatie, ondersteuning, toegankelijkheid en aan praktische en sociale behoeften.

De hulpverlening krijgt vaak een start of vervolg op de intensive care, medium care of verpleegafdeling of in het nazorgtraject. Maatschappelijk werkers maken een inschatting van de draagkracht en -last van naasten en wat er nodig is. Zij begeleiden bij het nemen van beslissingen, het onder ogen zien van de realiteit, leren omgaan met de situatie en gevolgen daarvan, communicatieproblemen met het behandelteam, het aanspreken van de eigen kracht, het vinden van rust en ontspanning, het mobiliseren van het sociaal netwerk, ontslag uit het ziekenhuis of overlijden van de patiënt, relationele problemen, het informeren over en organiseren van praktische zaken zoals juridische steun, verzekeringskwesties of financiële problemen (Chung, 1993; Delva e.a., 2002; Delva & Vanoost, 1997; Epperson, 1977; Van der Heijden & Ris, idem; Holland, idem; Holliman e.a., 2003; Huygens, 1994; Leske, 2002; Moonilal, idem; Scholte e.a., idem; Silverman, idem; Sulman e.a., 2001).

De hulpverlening van maatschappelijk werk is ingebed in een samenwerking met andere professionals, binnen en buiten het ziekenhuis. Meestal schakelen artsen en verpleegkundigen maatschappelijk werk in. Gezamenlijk zorgen zij ervoor dat naasten worden opgevangen en goed geïnformeerd zijn en blijven. Knelpunten daarin worden door maatschappelijk werkers gesignaleerd en besproken met het behandelteam. Zonodig zoeken zij ook samenwerking met hulpverleners buiten het ziekenhuis zoals Slachtofferhulp (Delva e.a., idem; Heggarr, idem; Van der Heijden & Ris, idem; Holland, idem; Moonilal, idem; Silverman, idem).

Voor naasten eindigt het traject niet in het ziekenhuis. Sommige patiënten overlijden, anderen gaan naar een revalidatiekliniek, verpleeghuis of naar huis. De consequenties van de gebeurtenissen blijven voelbaar: fysiek, psychisch, sociaal en materieel. Maatschappelijk werkers bieden daarom nazorg en/of leiden toe naar vervolghulpverlening. Nazorg kan de vorm hebben van een terugkomgesprek. De maatschappelijk werker zorgt ervoor dat naasten (en patiënt) met betrokken artsen, verpleegkundigen en leden van het Mobiel Medisch Team kunnen terugkijken op en vragen kunnen stellen over de gebeurtenissen, de behandeling en keuzen daarin. Ook kunnen naasten behoefte hebben aan een vervolg van de begeleiding door maatschappelijk werk in de vervolgvoorziening zoals een revalidatiekliniek of in de eerste lijn, bijvoorbeeld bij het Algemeen Maatschappelijk Werk. De medisch maatschappelijk werkers informeren naar de mogelijkheden en zorgen voor een overdracht (Van der Heijden e.a., 2006; Van der Heijden & Ris, idem; Dekker-Groot, 2005).

2.3.4 Conclusie

Behoeften van naasten zullen verschillen van persoon tot persoon, mede onder invloed van de fysieke, psychische, sociale en materiële situatie en gevolgen en door factoren als coping, sociale steun, gender en etniciteit. Medisch maatschappelijk werkers hebben de expertise om tegemoet te komen aan de behoefte aan informatie, ondersteuning, toegankelijkheid en aan de behoefte aan hulp bij praktische problemen en het omgaan met de situaties en de gevolgen daarvan. Zij kunnen een bijdrage leveren aan de behoefte aan informatie door ervoor te zorgen dat artsen en verpleegkundigen informatie geven, na te gaan of deze informatie tot naasten doordringt en knelpunten in de informatievoorziening aan het behandelteam te signaleren.

Aan de behoefte aan toegankelijkheid komen maatschappelijk werkers tegemoet door knelpunten hierin te signaleren en hiervoor aandacht te vragen bij artsen en verpleging. Naasten die behoefte hebben aan ondersteuning kunnen terecht bij maatschappelijk werk voor aandacht en erkenning door iemand die de tijd neemt naar hen te luisteren, doorvraagt, nagaat wat zij nodig hebben en ruimte biedt aan emoties. Daarnaast komen maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoefte aan hulp bij meer praktische problemen. Zij kunnen voor naasten informeren naar regelgeving en voorzieningen en ook praktische zaken voor hen regelen. Ten slotte kunnen maatschappelijk werkers naasten begeleiden bij problemen die zij ervaren in het omgaan met de situatie. Het versterken van copingmogelijkheden en het mobiliseren van het eigen sociaal netwerk krijgen daarbij aandacht.

2.4 Opmaat naar het empirisch onderzoek

De literatuurstudie geeft een antwoord op de vraag wat de hulpverlening van het maatschappelijk werk in theorie kan betekenen voor naasten van traumapatiënten. Om te bepalen of naasten ook baat hebben bij deze hulpverlening is empirisch onderzoek nodig. In deze paragraaf komt daarom aan de orde hoe kennis, over de hulpverlening waarmee naasten van traumapatiënten gebaat zijn, door empirisch onderzoek kan worden vergroot. Het tweede deel van deze paragraaf gaat in op hoe kennis over werkzame elementen in de hulpverlening toepasbaar te maken is. De conclusies geven richting aan het praktijkonderzoek.

2.4.1 Onderzoek naar de effecten van maatschappelijk werk

In de gezondheidszorg is voor het meten van het effect van interventies het *Randomized Controlled Trial* (RCT) omarmd. In *Evidence Based Medicine* geldt deze vorm van onderzoek zelfs als de gouden standaard, als het meest harde bewijsmateriaal. In een RCT worden proefpersonen met een zelfde diagnose willekeurig aan twee groepen toegewezen, zonder te weten aan welke: de experimentele- of de controlegroep. Er zijn in- en exclusiecriteria om de heterogeniteit te beperken en de vergelijkbaarheid van groepen te controleren. De behandeling is nauwkeurig beschreven, behandelaars zijn hierin getraind en de behandeling wordt protocollair en onder supervisie van de onderzoekers uitgevoerd. Verschil in resultaten tussen beide groepen worden aan de behandeling toegeschreven (Borkovec & Castonguay, 2005; Scholte e.a. 2008).

Niet voor alle behandelingen is een RCT zinvol en bruikbaar.

Op de eerste plaats kunnen er ethische bezwaren zijn, bijvoorbeeld in het geval van dit onderzoek. Naasten die behoefte hebben aan begeleiding wordt deze onthouden als zij aan de controlegroep worden toegewezen. Daarom worden er ook experimenten zonder controlegroepen uitgevoerd. Of de controlegroep krijgt de normale behandeling en de experimentele groep de normale behandeling met daarbij een extra interventie. Het gaat dan om het meten van het effect van deze specifieke interventie (Faas, 2008). In dit onderzoek onder naasten gaat het echter niet om het toetsen van een specifieke interventie waarvan de verwachting is dat deze positief zou zijn, maar om het geheel aan interventies en benaderingen door maatschappelijk werkers.

Techniekrijke behandelingen lenen zich makkelijker voor een RCT, omdat je de techniek kunt trainen. In de hulpverlening wordt de effectiviteit echter bepaald door een combinatie van de cliënt en diens context, de hulpverlener, de relatie tussen cliënt en hulpverlener, de mate van hoop en verwachting en de interventies (techniek) (de Vries, 2007; Beutler & Johannsen, 2005; Chambless & Crits-Christoph, 2005; Duncan & Miller, 2005). Naasten verschillen, bijvoorbeeld in copingstijl, behoeften en steun van het sociaal netwerk. En maatschappelijk werkers verschillen in persoonlijkheid, voorkeuren en stijl. Het is niet haalbaar volledig homogene groepen samen te stellen van cliënten en maatschappelijk werkers en de benadering en interventies van de maatschappelijk werker geheel onder controle te brengen, waardoor het moeilijk wordt de effecten aan de techniek toe te schrijven (Beutler & Johannsen, idem; Franklin & DeRubeis, 2005).

Daarnaast zijn er nog andere interveniërende variabelen (Mattaini, 2003). Naast de maatschappelijk werker zijn ook personen uit het sociaal netwerk van invloed op het welbevinden van de naaste.

Tussen de gesprekken met maatschappelijk werk voltrekken zich gebeurtenissen die ook weer hun weerslag hebben op hoe het de naaste vergaat.

Bovendien is maatschappelijk werk niet stoornisgericht (Mullen & Bacon, 2003; Scholte 2002). In een RCT gaat het om een afgebakend probleem en vermindering van symptomen. Maatschappelijk werkers richten zich op de persoon en zijn omgeving als geheel en zij volgen de cliënt in wat er op dat moment aan de hand is. Daarbij kunnen zaken op allerlei leefgebieden aan de orde komen en de richting van de begeleiding kan ook veranderen gedurende het contact. Zeker in het geval van naasten van traumapatiënten is de verwachting dat de behoeften kunnen veranderen gedurende het contact. Het gaat om een acute situatie, waarbij de tijd zal leren wat de gevolgen zijn op lichamelijk, psychisch, sociaal en materieel terrein.

De uitkomstmaten zijn in deze situaties moeilijk objectief vast te stellen. In de geneeskunde zijn tal van normale waarden voor het functioneren van het menselijk lichaam bijvoorbeeld voor de bloeddruk. Maar wat zou de normale waarde moeten zijn in de situatie van naasten van traumapatiënten? Valt deze op voorhand vast te leggen en wie bepaalt deze? Maatschappelijk werk in de zorg voor naasten van traumapatiënten is eerder procesgeoriënteerd dan outcome-georiënteerd (Stricker, 2005). Vraagtekens zijn er ook te plaatsen bij de externe validiteit van de resultaten van RCT's voor de praktijk. De dagelijkse werkelijkheid van het maatschappelijk werk kenmerkt zich door complexiteit, ondoorzichtigheid, instabiliteit, uniciteit en conflicterende waarden (Franklin & DeRubeis, idem; Hermans, 2005; Kwakman & Schilder, 2004; Pollio, 2006; Verharen & Nicolassen, 2005). In een RCT wordt de situatie zo onder controle gebracht dat de relatie met de werkelijkheid in de dagelijkse praktijk ver te zoeken kan zijn. De bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten voor het verbeteren van de zorg is dan beperkt.

RCT's zijn dominant in effectonderzoek. Risico is dat alleen behandelingen die via een RCT bewezen effectief zijn nog worden gefinancierd, terwijl er ook behandelingen zijn die moeilijk op deze manier te testen zijn maar waar cliënten wel baat bij hebben. De onderzoeksbasis in het maatschappelijk werk is nog erg smal. Werkers nemen beslissingen op basis van ervaring en opvattingen van autoriteiten, zonder dat deze empirisch zijn onderzocht (Gambriel, 2001). Voor de beroepsontwikkeling is het van belang onderzoek te doen naar de effecten.

De hiervoor genoemde knelpunten van RCT's om de effectiviteit van het maatschappelijk werk te meten zijn niet bedoeld om onderzoek hiernaar te ontmoedigen. In sommige situaties is een RCT haalbaar en in andere moet er worden gezocht naar designs die beter passen bij de aard van het werk. (Franx e.a. 2004; Gray & McDonald, 2006; Hermans, idem; Norcross, Levant & Beutler 2005). De belangrijkste effecten van vele vormen van maatschappelijk werk bestaan uit subjectief ervaren gevoelens zoals het gevoel weer greep op de situatie te hebben (Melief, e.a. 2002). De cliënt zelf kan daar iets over zeggen, mensen in diens omgeving of de maatschappelijk werker. Dat kan in een kwalitatieve studie met open of semi-gestructureerde interviews en als er meer kennis over het onderzoeksgebied is, ook met gestructureerde interviews. Door verschillende methoden te combineren kan het bewijs sterker worden; kwalitatieve en kwantitatieve methoden kunnen elkaar opvolgen of naast elkaar worden uitgevoerd. Je kunt bijvoorbeeld beginnen met bottom up leren wat effectief is en dan theorieën bouwen van empirische data die je kwantitatief toetst. (Hill, 2005; & Teddlie & Tashakkori, 2003; Veerman & van Yperen, 2005).

Voor deze studie naar de uitkomsten van de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten door medisch maatschappelijk werk worden daarom drie empirische deelonderzoeken uitgevoerd. Het eerste deelonderzoek sluit aan op eerdere kwantitatieve onderzoeken naar behoeften van naasten van intensive care patiënten. Hiermee wordt de probleemsituatie in kaart gebracht. Het tweede deelonderzoek is kwalitatief van aard. De opvattingen van maatschappelijk werkers en naasten, ingebed in een theoretisch kader, moeten kennis en inzicht opleveren over de eigen aard van het maatschappelijk werk in de traumazorg en wat dit betekent voor naasten. Veel kennis over het beroep is impliciet, oftewel: het is taciete kennis (Schön, 1983). In dit deelonderzoek wordt deze kennis expliciet gemaakt door de hulpverlening te reconstrueren in interviews met maatschappelijk werkers en naasten (Van der Laan, 1995). Wat pre-discursief was, wordt discursief gemaakt (Chambless & Crits-Cristoph, 2005; Hutschemaekers, 2001; Jacobs, 2001; Munro 2002, Zeira & Rosen, 2000).

Uit de resultaten van deze kwalitatieve studie worden items afgeleid voor het ontwikkelen van een vragenlijst om de ervaren baat kwantitatief te meten. Dit sluit aan op onderzoeken naar de baat die cliënten ervaren bij de hulpverlening in het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) door het Verwey-Jonker Instituut (VJI). In de onderzoeken van het VJI worden de uitkomsten van de hulpverlening gemeten door cliënten na afronding van de hulpverlening aan de hand van een gestandaardiseerde

vragenlijst te vragen naar hun ervaringen (Flikweert e.a., 2002; Melief e.a., 2002). Het systematisch verzamelen en analyseren van ervaringen van gebruikers biedt aanknopingspunten voor de verbetering van de zorg (Hintum, 2008).

De situatie van naasten van traumapatiënten en de begeleiding die medisch maatschappelijk werkers hierbij bieden is echter dusdanig specifiek dat weliswaar in de methode kan worden aangesloten bij de onderzoeken in het AMW, maar dat de items in de vragenlijst aanpassing behoeven.

De resultaten van de verschillende studies worden beschreven in de vorm van aanbevelingen voor een richtlijn, zodat implementatie en evaluatie in de praktijk mogelijk is.

2.4.2 Toepassen van kennis in het maatschappelijk werk

Kennis en inzichten uit onderzoek kunnen voor de praktijk toepasbaar worden gemaakt door middel van richtlijnen. Richtlijnen vormen een soort brug tussen onderzoek en praktijk (Franx e.a., 2004; Howard & Jenson, 2003; Scholte & Hutschemaekers, 2004).

Voor het ontwikkelen van een *evidence based* richtlijn zijn verschillende stappen nodig die te ver voeren voor deze studie, maar de resultaten bieden wel houvast voor het formuleren van aanbevelingen voor een richtlijn (Grol & Wensing, 2006). Daarom is een nadere verkenning van de kenmerken van een goede richtlijn en het gebruik ervan op zijn plaats.

Om de aansluiting met de praktijk te waarborgen en de kans te vergroten dat ze daadwerkelijk worden gebruikt, zouden richtlijnen in dialoog tussen wetenschap en praktijk tot stand moeten komen (Francke e.a., 2008; Franx e.a., idem; Hermans, 2005; Videka, 2003). Daarbij dient aan de orde te komen:

- “de balans tussen de voordelen van een bepaalde interventie en de nadelen en risico’s;
- de generaliseerbaarheid en toepasbaarheid van het bewijs op de populatie waar de richtlijn over gaat;
- de kosten verbonden aan de voorgestelde zorginterventie en schattingen over kosteneffectiviteit;
- de haalbaarheid van de voorgestelde interventie in termen van benodigde vaardigheden, instrumentarium, geld, tijd, beschikbare staf, voorkeuren van patiënten en de mogelijkheden en beperkingen van het gezondheidszorgsysteem (bijvoorbeeld wettelijke regelingen);
- opvattingen, normen en waarden, en ethische overwegingen” (Grol & Wensing, idem, p. 138).

Het is van belang dat de richtlijn niet te complex is. De informatie moet eenvoudig te begrijpen zijn. Onderzoek laat zien dat het gebruik van de richtlijn afneemt als deze te complex is (idem e.a., 2008).

Een goede richtlijn laat ruimte om in de praktijk te kunnen variëren. Toch stuurt zij wel degelijk het handelen van professionals.

Het gebruik van richtlijnen is niet zonder risico’s. Munro (2003) beschreef hoe maatschappelijk werkers over de stapel richtlijnen de cliënt niet meer konden zien. Zij waren bezig met het naleven van richtlijnen, zonder het gebruik van goed verstand, van professionele intuïtie; zonder een eigen autonoom standpunt in te nemen. Richtlijnen kunnen het menselijk redeneren ondersteunen, maar niet vervangen. Een richtlijn kan cliënt en hulpverlener helpen bij het maken van keuzen. Het is een soort aanbeveling om in een specifieke situatie voor specifieke interventies te kiezen, waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat deze interventies in dergelijke situaties effectief kunnen zijn. In een richtlijn is kennis vastgelegd waarop de professional in de complexiteit van het werk kan terugvallen, maar de professional zal in iedere unieke situatie tot een eigen oordeel moeten komen. Maatschappelijk werkers leveren maatwerk en dat kan met richtlijnen die flexibel genoeg zijn om er in verschillende situaties een invulling aan te geven die recht doet aan de situatie, wensen en mogelijkheden van de cliënt (Addis & Cardemill, 2005; van Houten, 2004; Howard & Jenson, 1999; Rosen, 2003; Rosen & Proctor, 2003; Videka, idem).

Een goede richtlijn is geen garantie voor goed handelen. Enkel publiceren van een richtlijn heeft waarschijnlijk weinig invloed op de benadering van de werker. Uit onderzoek blijkt dat maatschappelijk werkers in vergelijking met psychiaters en psychologen minder goed weten wat richtlijnen zijn, meer waarde hechten aan consensusrichtlijnen dan richtlijnen gebaseerd op onderzoek, nauwelijks notie nemen van onderzoeksresultaten en zich in hun werk meer laten leiden door consult en supervisie dan door richtlijnen (Mullen & Bacon, 2003). Experts die worden geconsulteerd en leidinggevenden zijn daarom sleutelfiguren bij het communiceren van richtlijnen. Maar ook reminders en vormen van scholing, intervisie en feedback kunnen behulpzaam zijn bij het implementeren van richtlijnen in de

praktijk. De implementatie van de richtlijn verdient de nodige aandacht (Francke e.a., idem; Franx e.a. idem; Grol & Wensing, idem).

2.4.3 Conclusie

Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van de hulpverlening aan naasten door maatschappelijk werkers vraagt om een combinatie van methoden die aansluiten bij het kenmerkende van de situatie van naasten en de eigen aard van het beroep maatschappelijk werk in de specifieke situatie van de traumazorg. Er zijn moeilijk objectieve uitkomstmaten vast te stellen voor de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten. Effecten zijn wel uit te drukken in subjectief ervaren gevoelens, waarmee inzicht ontstaat in de vormen van hulpverlening waarbij naasten gebaat zijn.

Kennis uit onderzoek naar de baat die naasten ervaren bij de hulpverlening door maatschappelijk werk kan voor de praktijk toegankelijk worden gemaakt door het formuleren van aanbevelingen voor een richtlijn. Om de aansluiting met de praktijk te waarborgen en de kans te vergroten dat richtlijnen worden gebruikt, dienen de aanbevelingen in dialoog met de praktijk tot stand te komen en voldoende ruimte te laten voor variatie.

3. Behoeften van naasten van traumapatiënten

3.1 Inleiding

Om te kunnen bepalen of de hulpverlening van maatschappelijk werk aan naasten van traumapatiënten aansluit bij hun behoeften is inzicht in deze behoeften nodig. Er is niet eerder onderzoek gedaan naar de behoeften van deze specifieke groep, maar er is wel veel bekend over de behoeften van naasten van patiënten die zijn opgenomen op de intensive care (Verhaeghe e.a., 2005a; Bijttebier e.a., 2000; Kaljouw, 1998; Davis-Martin, 1994; Leske, 1986; Daley, 1984). Daarbij werd meestal gebruik gemaakt van vragenlijsten die gebaseerd zijn op Molter's (1979) Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Deze is vanuit een verplegingswetenschappelijk perspectief ontwikkeld. De vragen richten zich op de omstandigheden in het ziekenhuis (informatie, ondersteuning en toegankelijkheid). De categorie ondersteuning beperkt zich tot emotionele ondersteuning (psychisch). Er zijn geen items opgenomen die behoeften meten voortvloeiend uit sociale en maatschappelijke gevolgen van de opname.

Voor de groep naasten van traumapatiënten waarbij de kans groot is op restinvaliditeit (patiënten met hersen- en/of schedelletsel of letsel aan het bewegingsapparaat) valt te verwachten dat er tevens behoefte zal zijn aan sociaal-maatschappelijke ondersteuning. Het ongeval kan voor hen betekenen dat er blijvende consequenties voor het fysieke welzijn van de patiënt zijn en dit kan tot problemen leiden op diverse andere welzijnsdomeinen zoals werk, inkomen, financiën, verzekeringen, gezin (Hortulanus e.a., 1997).

Patiënten met een ernstig trauma verblijven vaak meerdere weken in het ziekenhuis. In de meeste onderzoeken naar behoeften van naasten van intensive care patiënten worden naasten naar hun behoeften gevraagd in de acute fase, namelijk binnen 72 uur na opname. Davis-Martin (1994) legde de vragen voor na een opname van ten minste 2 weken. Hij constateerde geen significante verschillen met uitkomsten van onderzoeken in de acute fase. Er is geen Nederlands onderzoek bekend naar behoeften van naasten bij een langer durende opname. Om goed aan te kunnen sluiten op de behoeften van naasten is het van belang inzicht te krijgen of hun behoeften samenhangen met verschillende stadia van de opname.

Kaljouw (idem) onderzocht wie volgens naasten van intensive care patiënten in de behoeften zou moeten voorzien, of erin wordt voorzien, door wie en welke factoren van invloed zijn op de behoeften. Om vergelijking mogelijk te maken wordt aangesloten op deze vragen.

Onderzoeksvraag en deelvragen

Welke behoeften hebben naasten van traumapatiënten?

- Met welke factoren hangen deze behoeften samen?
- Is er verschil in behoeften in diverse stadia van de opname?
- Wie moet volgens naasten in de behoeften voorzien?
- Wordt volgens naasten in deze behoeften voorzien?
- Door wie wordt volgens naasten nu in deze behoeften voorzien?

3.2 Methode

In een kwantitatieve survey is gebruik gemaakt van de, voor de Nederlandse situatie aangepaste, CCFNI (Kaljouw, 1998). Deze CCFNI(N) is een beproefd instrument om de behoeften van naasten van traumapatiënten aan toegankelijkheid, informatie en ondersteuning in kaart te brengen.

Setting

Vijf traumacentra hebben aan dit onderzoek deelgenomen: UMC Groningen, UMC Utrecht, AZM in Maastricht, LUMC in Leiden en VUmc in Amsterdam.

Inclusiecriteria

Inclusiecriteria voor traumapatiënten:

- hersen/schedelletsel en/of letsel aan het bewegingsapparaat, een Abbreviated Injury Scale (AIS) ≥ 3 ;
- 15 jaar of ouder;
- nog niet langer dan 72 uur in het ziekenhuis opgenomen.

Inclusiecriteria voor naasten:

- partners, ouders, broers, zussen, kinderen of een andere voor de patiënt belangrijke persoon;
- spreken de Nederlandse taal;
- 18 jaar of ouder.

Exclusie criterium:

Indien de patiënt was overleden voordat het eerste interview had plaatsgevonden, werden de naasten niet benaderd voor deelname aan het onderzoek.

3.2.1 De vragenlijst

De CCFNI(N) bestaat uit drie deelvragenlijsten achtereenvolgens gericht op: behoeften van naasten aan toegankelijkheid, informatie en ondersteuning; factoren die van invloed kunnen zijn op deze behoeften; de copingstijl van de naasten.

Voor deze studie is daaraan toegevoegd een vragenlijst waarmee sociaal-maatschappelijke behoeften van naasten worden gemeten (zie bijlage 1).

Behoeften van naasten

Per behoefte-item zijn er vragen gesteld over het belang van de behoefte (A-vragen), wie in de behoefte moet voorzien (B-vragen), of er in de behoefte is voorzien (C-vragen) en wie er in de behoefte heeft voorzien (D-vragen).

Voor de A-vragen is een 4-punt Likertschaal gebruikt waarbij de antwoordmogelijkheden oplopen van onbelangrijk tot zeer belangrijk. Voor de B- en D-vragen zijn de antwoordmogelijkheden in de CCFNI(N) arts, verpleegkundige, gastvrouw, anders en niemand. In deze studie is daar de antwoordmogelijkheid 'maatschappelijk werker' aan toegevoegd. De C-vragen werden met 'ja' of 'nee' beantwoord.

Sociaal-maatschappelijke behoeften

Deze vragenlijst is ontwikkeld op basis van literatuurstudie en een workshop met medisch maatschappelijk werkers. Er zijn 11 items opgenomen die behoeften meten die voortvloeien uit praktische consequenties van het ongeval, bijvoorbeeld op het gebied van financiën, werk en verzekeringen en behoeften die te maken hebben met het leren omgaan met de situatie. Daarna is de vragenlijst getoetst op face validity door experts (onderzoeker behoefteonderzoek naasten intensive care patiënten, hoogleraar maatschappelijk werk, docent theorie en methoden maatschappelijk werk en dienstverlening, stafmedewerker medisch maatschappelijk werk en medisch maatschappelijk werkers).

De opbouw was conform de CCFNI(N) met A-, B-, C- en D-vragen en kende dezelfde antwoordcategorieën.

Factoren die van invloed kunnen zijn op behoeften van naasten

Hiervoor wordt in de CCFNI(N) gevraagd naar sociaal-demografische factoren, ziektegebonden factoren en intensive care gebonden factoren. In deze studie zijn de intensive care gebonden factoren omgezet naar ziekenhuisgebonden factoren, omdat er ook op andere afdelingen werd gemeten.

Sociaal-demografische factoren zijn:

- geslacht
- leeftijdscategorie
- relatie tot patiënt
- samenwonen met de patiënt
- geloof
- woongebied
- opleiding

- bekendheid met de afdeling

Ziekenhuisgebonden factoren zijn:

- afdeling
- thuis of opgenomen
- onplezierige ervaring met de afdeling

Ziektegebonden factoren zijn:

- opname-indicatie
- inschatting levensbedreiging (door naaste)

De vragen hadden voornamelijk gesloten antwoordcategorieën (bijvoorbeeld man en vrouw). Enkele vragen konden met vrije tekst worden beantwoord zoals de vraag naar de genoten opleiding. De antwoorden op deze vragen zijn later gecategoriseerd (bijvoorbeeld in laag voor basisonderwijs en LBO, midden voor voortgezet onderwijs en MBO en hoog voor HBO en WO).

De copingstijl van naasten

De verkorte Utrechtse copinglijst werd gebruikt om de invloed van copingstijl op de behoeften te meten. In deze lijst werd aan naasten gevraagd of zij zich herkennen in bepaalde gedragingen (bijvoorbeeld 'toegeven om moeilijke situaties te vermijden'). De antwoordmogelijkheden bestonden uit: 'zelden of nooit', 'soms', 'vaak' en 'zeer vaak'. Op grond van de antwoorden werd de copingstijl van iedere naaste bepaald.

Copingstijlen zijn:

- A actief het probleem aanpakken
- B sociale steun zoeken
- C afwachten en vermijden
- D palliatief gedrag (emotioneel- en vluchtgedrag)

3.2.2 Dataverzameling

Op twee momenten werden behoeften gemeten: binnen 72 uur na opname en ten minste 2 weken later. Deze meetmomenten zijn gekozen om vergelijking met eerder onderzoek (Kaljouw, idem; Davis-Martin, idem) mogelijk te maken.

De vragenlijsten werden face-to-face afgenomen door studenten maatschappelijk werk, studenten psychologie, medewerkers familieopvang, maatschappelijk werkers en de onderzoeker. Vanwege de omvang van de vragenlijst en de veelal emotionele situatie waarin naasten verkeren leek het niet gepast naasten te vragen zelf de vragenlijst in te vullen of de interviews telefonisch af te nemen. Alle interviewers zijn vooraf getraind door de onderzoeker om interviewerbias zoveel mogelijk te voorkomen.

Een contactpersoon in het ziekenhuis gaf de interviewers door wanneer patiënten uit de doelgroep waren opgenomen. Indien de interviewers hiertoe in de gelegenheid waren, namen zij binnen 72 uur contact op met de naasten met de vraag of zij wilden meewerken aan een interview (gelegenheidssteekproef). Na getekende verklaring voor vrijwillige deelname vond het interview plaats binnen 72 uur na opname.

De naaste ontving een kopie van de vragenlijst, zodat deze de vragen en antwoordmogelijkheden rustig kon bekijken. De interviewer noteerde de antwoorden van de naaste. De copinglijst vulde de naaste zelf in, om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. Na afloop van het interview werd, indien de naaste hiertoe bereid was, een afspraak gemaakt voor het tweede interview ten minste 2 weken later.

De metingen zijn in eerste instantie verricht in de periode medio april tot eind juni 2005. Toen bleek dat deze periode te kort was om voldoende respondenten te bereiken is het onderzoek verlengd met een tweede periode van december 2005 tot september 2007.

3.2.3 Analyse

In kaart is gebracht welke behoeften naasten hebben, welke factoren hiermee samenhangen, wie volgens naasten in deze behoeften moeten voorzien en of in de behoeften is voorzien. Voor de analyse is het model van Kaljouw (1998) overgenomen.

Figuur 3.1 Analysemodel Kajouw (1998)

Statistische analyse

De data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 15.0. Voor de constructie van sociaal-maatschappelijke behoeftecategorieën is een geroteerde factoranalyse uitgevoerd op de lijst met deze behoefte-items, naar analogie van de factoranalyse die Kaljouw (1998) heeft gedaan voor de oorspronkelijke lijst (zie bijlage 2). Cronbach's alpha is berekend om de interne consistentie van iedere behoeftecategorie te bepalen (zie bijlage 3). De samenhang tussen de behoeftecategorieën is berekend met Pearson's correlatiecoëfficiënt (zie bijlage 4).

Behoeften van naasten zijn in gemiddelden per categorie en per item uitgedrukt.

De invloed van sociaal-demografische en andere factoren op de behoeften is getoetst door middel van lineaire regressieanalyse. Een Student's t-toets is gebruikt om na te gaan of de behoeften binnen 72 uur na opname verschillen van de behoeften ten minste 2 weken later.

3.3 Resultaten

3.3.1 Respondenten

In totaal zijn er 71 interviews afgenomen. Er zijn 45 naasten geïnterviewd binnen 72 uur na opname en 26 van hen hebben tevens deelgenomen aan een tweede interview ten minste 2 weken later.

Redenen om niet mee te werken aan het tweede interview waren:

- de patiënt was overgeplaatst naar een ander ziekenhuis;
- de patiënt was inmiddels naar huis;
- de patiënt was overgeplaatst naar een revalidatiecentrum;
- de patiënt was inmiddels overleden;
- de naaste was niet bereikbaar om de tweede afspraak te bevestigen.

Het bleek dat in vier van de vijf ziekenhuizen patiënten met enkele enkelvoudige breuken zoals een heupfractuur niet werden geïnccludeerd, omdat men van mening was dat zij niet behoren tot de groep traumapatiënten waarbij sprake was van ernstig letsel. In één ziekenhuis werden naasten van dergelijke patiënten wel geïnccludeerd. Het ging om drie naasten. De resultaten van de analyse voor deze drie naasten komen overeen met die van de overige groep.

In tabel 3.1 zijn de belangrijkste kenmerken van de respondenten opgenomen. De groep van 45 naasten bestond uit meer vrouwen dan mannen. De meesten van hen waren tussen de 41 en 60 jaar en waren ouder/verzorger of partner van de patiënt. Het opleidingsniveau was van 9 naasten laag (basisonderwijs/LBO), van 21 middelbaar (voortgezet onderwijs/MBO) en van 15 hoog (HBO/WO).

De kenmerken van de respondenten die ook hebben meegewerkt aan het tweede interview zijn nagenoeg vergelijkbaar. In vergelijking met het eerste interview is alleen het aantal vrouwen en het aantal personen met een middelbaar of hoger opleidingsniveau relatief hoger uitgevallen.

Tabel 3.1 Kenmerken van de naasten van traumapatiënten

	Binnen 72 uur Aantal (%) n = 45	Ten minste 2 weken later Aantal (%) n = 26
Geslacht		
Man	19 (42)	12 (46)
Vrouw	26 (58)	14 (54)
Leeftijdscategorie		
20-40 jaar	9 (20)	5 (19)
41-60 jaar	27 (60)	17 (65)
Ouder dan 60 jaar	7 (16)	3 (12)
Onbekend	2 (04)	1 (04)
Relatie tot patiënt		
Ouder/verzorger	16 (36)	11 (42)
Partner	17 (38)	10 (39)
Kind	4 (09)	1 (04)
Anders	8 (18)	4 (15)
Opleidingsniveau		
Laag	9 (20)	8 (31)
Midden	21 (47)	10 (39)
Hoog	15 (33)	8 (31)

3.3.2 Behoeftecategorieën

Een geroteerde factoranalyse op de CCFNI(N) resulteerde in drie behoeftecategorieën: informatie, ondersteuning en toegankelijkheid (Kaljouw, 1998, p. 56). In dit onderzoek zijn deze drie behoeftecategorieën overgenomen. Het aantal respondenten was echter lager dan het aantal items in de CCFNI(N). Vermoedelijk waren hierdoor de Cronbach's alpha's op deze categorieën te laag (zie bijlage 3), waardoor het niet mogelijk was de samenhang te toetsen tussen de behoeften aan informatie, ondersteuning en toegankelijkheid en sociaal-demografische, ziektegebonden en ziekenhuisgebonden factoren en copingstijl.

Een geroteerde factoranalyse op de toegevoegde vragenlijst met sociaal-maatschappelijke behoeften resulteerde in twee behoeftecategorieën: concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding (zie bijlage 2). De Cronbach's alpha's op deze categorieën waren wel hoog (zie bijlage 3) waardoor toetsing van de samenhang tussen deze categorieën en eerder genoemde factoren mogelijk was.

Deze twee behoeftecategorieën betreffen taken die in het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker behoren tot de kerntaak psychosociale hulpverlening (Jagt, 2006). De hele lijst sociaal-maatschappelijke behoeften wordt daarom beschouwd als de behoeftecategorie psychosociale hulpverlening.

Drie items van sociaal-maatschappelijke behoeften konden niet bij een categorie worden ondergebracht en worden apart beschreven:

- op de hoogte brengen van de mogelijkheden van maatschappelijk werk;
- huishoudelijke hulp;
- kinderopvang.

3.3.3 Behoeften

Per behoeftecategorie staan in de tabellen hierna de gemiddelden voor ieder behoefte-item vermeld. Een gemiddelde van 1 tot en met 1.4 beschouwen we als laag, een gemiddelde van 1.5 tot en met 2.4 als matig, een gemiddelde van 2.5 tot en met 3.4 als hoog en 3.5 tot en met 4 als zeer hoog. Naasten hebben behoefte aan toegankelijkheid (tabel 3.2). In deze behoeftecategorie scoren alle behoefte-items hoog of zeer hoog.

Tabel 3.2 Behoeftte van naasten van traumapatiënten aan toegankelijkheid

Behoeftte-item	Gemiddelde score	
	binnen 72 uur na opname n = 45	ten minste 2 weken later n = 26
Direct na opname de patiënt mogen bezoeken	3.7	3.7
Verantwoord het ziekenhuis kunnen verlaten	3.7	3.5
Op ieder moment kunnen informeren naar de toestand van de patiënt	3.6	3.4
Het gevoel hebben niet in de weg te lopen op de afdeling	3.2	3.2
Gebruik kunnen maken van koffie en thee wanneer men daaraan behoefte heeft	3.1	2.9
Bezoekuren die op tijd beginnen	3.0	2.9

Min. Score = 1

Max. score = 4

Alle items in de behoeftecategorie concrete en informatieve hulpverlening scoren hoog (tabel 3.3) en bij een opname van ten minste 2 weken scoort de behoefte aan hulp bij problemen door het ongeval op het gebied van inkomen, werk of opleiding zelfs zeer hoog.

Tabel 3.3 Behoeftte van naasten van traumapatiënten aan concrete en informatieve hulpverlening

Behoeftte-item	Gemiddelde score	
	binnen 72 uur na opname n = 45	ten minste 2 weken later n = 26
Hulp bij problemen door het ongeval op het gebied van inkomen, werk of opleiding	2.9	3.5
Hulp bij (ziektekosten)verzekeringskwesties	2.8	3.2
Op de hoogte worden gebracht van de mogelijkheden voor financiële tegemoetkoming van de kosten	2.7	3.1

Min. Score = 1

Max. score = 4

Op een enkel item na scoren ook alle items hoog of zeer hoog in de categorie informatie (tabel 3.4). Informatie over de medische behandeling scoort gemiddeld het hoogst van alle behoefte-items. Naasten vinden het gemiddeld minder belangrijk iedere dag dezelfde verpleegkundige te kunnen spreken.

Tabel 3.4 Behoeftte van naasten van traumapatiënten aan informatie

Behoeftte-item	Gemiddelde score	
	binnen 72 uur na opname n = 45	ten minste 2 weken later n = 26
Informatie krijgen over de medische behandeling	3.8	3.6
Op de hoogte gesteld worden van overplaatsing	3.6	3.5
Op ieder gewenst moment op bezoek kunnen	3.2	3.0
Uitleg krijgen over de apparatuur	2.9	3.0
Een contactpersoon hebben	2.9	2.7
Een vast tijdstip hebben voor vragen	2.5	2.8
Dezelfde verpleegkundige kunnen spreken	2.3	2.3

Min. Score = 1

Max. score = 4

Ook in de categorie veranderings- en competentiegerichte begeleiding scoren de meeste items hoog of zeer hoog (tabel 3.5). Enkel in de eerste 72 uur na opname heeft begeleiding bij het bespreekbaar maken van de situatie met mensen in de omgeving niet de hoogste prioriteit.

Tabel 3.5 Behoeftte van naasten van traumapatiënten aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Behoeftte-item	Gemiddelde score	
	binnen 72 uur na opname n = 45	ten minste 2 weken later n = 26
Hulp bij het leren omgaan met de consequenties van het ongeval	3.4	3.5
Ondersteuning bij de gevolgen voor de eigen situatie indien de patiënt komt te overlijden	3.2	3.5
Begeleiding bij het bespreekbaar maken van de situatie bij mensen in de omgeving	2.3	2.5

Min. Score = 1

Max. score = 4

In de categorie ondersteuning (tabel 3.6) scoren de behoefte dat er een medewerker aanwezig is bij het eerste bezoek en de behoefte om met een ziekenhuismedewerker over ervaringen en gevoelens te kunnen spreken hoog. De behoefte aan ondersteuning van iemand buiten familie en vrienden scoort in de acute fase matig, maar ten minste 2 weken later hoog. De andere items scoren matig.

Tabel 3.6 Behoeftte van naasten van traumapatiënten aan ondersteuning

Behoeftte-item	Gemiddelde score	
	binnen 72 uur na opname n = 45	ten minste 2 weken later n = 26
De aanwezigheid van een medewerker bij het eerste bezoek	2.8	3.0
Met ziekenhuismedewerker over ervaringen en gevoelens kunnen spreken	2.6	2.9
Ondersteuning krijgen van iemand buiten familie en vrienden	2.4	2.5
Ondersteuning krijgen van een geestelijk verzorger	1.8	1.7
In contact treden met anderen die ook familie op deze afdeling bezoeken	1.6	1.9

Min. score = 1

Max. score = 4

Op het niveau van de behoeftecategorieën scoort de behoefte aan toegankelijkheid gemiddeld het hoogst (tabel 3.7), gevolgd door de behoefte aan informatie. De behoeftecategorieën concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding scoren hoog en bij een opname van ten minste 2 weken zelfs hoger dan de behoefte aan informatie. De behoefte aan ondersteuning scoort het laagst.

Tabel 3.7 Behoeften van naasten van traumapatiënten gemiddeld per behoeftecategorie

Behoefttecategorie	Gemiddelde score	
	binnen 72 uur na opname n = 45	ten minste 2 weken later n = 26
Toegankelijkheid	3.4	3.3
Informatie	3.0	3.0
Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding	2.9	3.2
Concrete en informatieve hulpverlening	2.8	3.2
Ondersteuning	2.3	2.4

Min. score = 1

Max. score = 4

In tabel 3.8 staan de resultaten die na de factoranalyse niet aan een van de categorieën konden worden toegewezen. Naasten vinden het belangrijk dat zij op de hoogte worden gesteld van wat maatschappelijk werk voor hen kan betekenen. In veel situaties is het regelen van kinderopvang niet van toepassing, maar de naasten waarvoor dit wel het geval is vinden dit belangrijk. Het ontvangen van huishoudelijke hulp in deze situatie wordt gemiddeld door de naasten niet belangrijk gevonden.

Tabel 3.8 Overige sociaal-maatschappelijke behoeften van naasten van traumapatiënten (items die niet bij de behoeftecategorieën konden worden ondergebracht)

Behoefte-item	Gemiddelde score			
	binnen 72 uur na opname	n	ten minste 2 weken later	n
Op de hoogte worden gesteld van de mogelijkheden van maatschappelijk werk in het ziekenhuis	3.2	45	3.4	26
Hulp krijgen bij regelen van kinderopvang	2.9	14	3.2	5
Huishoudelijke hulp ontvangen	1.6	44	1.8	26

Min. Score = 1
Max. Score = 4

De samenhang met sociaal-demografische en andere factoren

Door middel van lineaire regressieanalyse is getoetst in hoeverre sociaal-demografische, ziektegebonden en ziekenhuisgebonden factoren en copingstijlen samenhangen met de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichte begeleiding.

Het blijkt dat binnen 72 uur na opname de leeftijd van de naaste statistisch significant samenhangt met de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening (tabel 3.9).

Tabel 3.9 Invloed leeftijd op behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening

Leeftijdscategorie	Gemiddelde score	
	Binnen 72 uur na opname*	n
20-40 jaar	3.2	9
41-60 jaar	2.8	26
ouder dan 60 jaar	2.1	7

* p = .014
Min. Score = 1
Max. score = 4

Binnen 72 uur na opname hangt de relatie van de naaste met de patiënt eveneens statistisch significant samen met de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening (tabel 3.10).

Tabel 3.10 Invloed relatie op behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening

Relatie tot patiënt	Gemiddelde score	
	Binnen 72 uur na opname*	n
ouder of verzorger	3.2	15
partner	2.7	17
kind	2.5	4
anders	2.1	8

* p = .003
Min. Score = 1
Max. score = 4

En ten slotte blijkt al dan niet met de patiënt samenwonen in de eerste 72 uur na opname statistisch significant samen te hangen met de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening (tabel 3.11).

Tabel 3.11 Invloed samenwonen op behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening

Naaste en patiënt wonen samen	Gemiddelde score	
	Binnen 72 uur na opname*	n
ja	3.0	29
nee	2.3	15

* p = .009

Min. Score = 1

Max. score = 4

Naarmate de naasten ouder zijn hadden zij in de eerste 72 uur na opname minder behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening. Ouders/ verzorgers en partners en naasten die met de patiënt samenleven hadden in de acute fase meer behoefte aan concrete en informatieve hulp dan andere naasten. Opvallend is dat andere factoren niet leidden tot verschil in behoefte aan psychosociale hulpverlening. Deze behoefte bestonden ongeacht bijvoorbeeld geslacht, opleidingsniveau, opnameafdeling, aard van het letsel of copingstijl.

Verskil tussen de twee meetmomenten

Er is door middel van een Student's t-toets nagegaan in hoeverre er een verschil aan behoefte is tussen de twee meetmomenten: binnen 72 uur na opname en ten minste 2 weken later. De behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening neemt statistisch significant toe van gemiddeld 2.8 naar gemiddeld 3.2 (p .046). Voor veranderings- en competentiegerichte begeleiding is de toename niet statistisch significant.

3.3.4 Gewenste behoefteverstrekker

Voor de behoeften die vallen onder de categorieën informatie, ondersteuning en toegankelijkheid denken meer naasten aan de verpleegkundige als degene die in de behoefte zou moeten voorzien (percentages van 43 tot 76) dan aan andere functionarissen. Er zijn een paar uitzonderingen (waarbij het eerste percentage steeds verwijst naar de meting binnen 72 uur na opname en het tweede naar de meting ten minste 2 weken later).

De meeste naasten vinden dat de arts uitleg moet geven over de medische behandeling en de arts scoort het hoogst als het gaat om degene waarvan naasten vinden dat ze daar op een vast tijdstip vragen aan moeten kunnen stellen (tabel 3.12).

Tabel 3.12 Gewenste behoefteverstrekker voorkeur arts

Behoefte-item	Binnen 72 uur na opname (n=45)				Ten minste 2 weken later (n=26)				
	Aantal (%)				Aantal (%)				
	Arts	VPK	MW	Arts of VPK	Arts	VPK	MW	Arts of VPK	Arts, VPK of MW
Uitleg over medische behandeling	29 (64)	6 (13)	-	10 (22)	15 (58)	5 (19)	-	6 (23)	-
Vast tijdstip voor vragen	18 (40)	14 (31)	1 (2)	12 (27)	13 (50)	7 (27)	1 (4)	3 (12)	2 (8)

VPK = verpleegkundige

MW = maatschappelijk werker

Daarnaast vinden meer naasten dat ze van een maatschappelijk werker ondersteuning moeten krijgen dan van een andere functionaris en dat ze met een maatschappelijk werker over hun gevoelens en ervaringen moeten kunnen spreken (zie tabel 3.13).

Tabel 3.13 Gewenste behoefteverstrekker voorkeur maatschappelijk werker

Behoeftes-item	Binnen 72 uur na opname (n=45)					Ten minste 2 weken later (n=26)				
	Aantal (%)					Aantal (%)				
	Arts	VPK	MW	Overig	Niemand	Arts	VPK	MW	Overig	Niemand
Ondersteuning	2 (5)	7 (16)	20 (46)	3 (6)	12 (27)	2 (8)	3 (12)	13 (50)	2 (7)	6 (23)
Kunnen spreken over ervaringen en gevoelens	1 (2)	10 (22)	16 (36)	10 (22)	8 (18)	3 (12)	5 (19)	9 (35)	7 (27)	2 (8)

VPK = verpleegkundige

MW = maatschappelijk werker

Overig = gastvrouw, arts/VPK/MW of anders

Bij nagenoeg alle items in de categorieën concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding antwoordden meer naasten dat de maatschappelijk werker in deze behoeften moet voorzien (percentages van 46 tot 77) dan een andere functionaris. Er is één uitzondering. Binnen 72 uur na opname antwoordt 44% van de naasten dat niemand hen hoeft te begeleiden bij het bespreekbaar maken van de situatie bij mensen in de omgeving. Ten minste 2 weken later is echter 50% van de naasten van mening dat een maatschappelijk werker hen daarbij moet begeleiden.

3.3.5 Verleende zorg

Aan de meeste behoeften aan informatie, ondersteuning en toegankelijkheid van naasten (gemiddeld 2.5 of hoger op een schaal van 1-4) is tegemoet gekomen (percentages van 55 tot 84%). Maar er zijn ook tekorten gesignaleerd. Om dit te bepalen is gekeken naar het percentage naasten dat een bepaalde behoefte belangrijk vindt (percentage naasten met scores 3 en 4) en het percentage naasten dat aangeeft dat in deze behoeften is voorzien. Bij een verschil in percentage van ten minste 25% wordt dit als een tekort gezien. Het betreft de volgende behoeften:

- Binnen 72 uur na opname heeft 33% van de naasten een vast contactpersoon, terwijl 73% van de naasten dit belangrijk vindt (scores 3 en 4).
- In de acute fase heeft 29% van de naaste met een ziekenhuismedewerker over zijn gevoelens en ervaringen kunnen praten, terwijl 60% dit belangrijk vindt.

In 75% tot 100% van de gevallen is niet tegemoet gekomen aan de behoeften uit de categorieën concrete en informatieve hulpverlening en de categorie veranderings- en competentiegerichtte begeleiding. Indien er wel in de behoeften werd voorzien, gebeurde dit meestal door personen buiten het ziekenhuis zoals een letselschadeadvocaat of bureau Slachtofferhulp en een enkele keer door een maatschappelijk werker.

Op de vraag wie naasten op de hoogte zou moeten brengen van de mogelijkheden van maatschappelijk werk in het ziekenhuis antwoordde 42% de verpleegkundige en 33% de maatschappelijk werker. In de acute fase (binnen 72 uur na opname) is echter meer dan de helft (58%) van de naasten hiervan niet op de hoogte gebracht, 2 weken later is dit bij 31% van de naasten nog steeds niet gebeurd. De naasten die deze informatie wel hebben ontvangen kregen dit vooral van de verpleegkundige en in enkele gevallen van de maatschappelijk werker.

3.4 Conclusie

3.4.1 Samenvatting

Naasten blijken behoefte te hebben aan informatie, toegankelijkheid en psychosociale hulpverlening (concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding). De

behoefte aan directe ondersteuning is minder sterk. De behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening neemt toe naarmate de patiënt langer is opgenomen.

In de acute fase van de opname (binnen 72 uur) blijken jongere naasten (20-40 jaar) een grotere behoefte te hebben aan concrete en informatieve hulpverlening dan oudere naasten. Dat is ook het geval voor naasten die ouder/ verzorger of partner van de patiënt zijn en wanneer de naaste samenwoont met de patiënt.

Naasten zien de verpleegkundige als degene die bij voorkeur moet voorzien in de behoeften aan informatie, ondersteuning en toegankelijkheid. Uitleg over de medische behandeling willen ze echter van de arts en ze willen de arts op een vast tijdstip vragen kunnen stellen. Ondersteuning, praten over gevoelens en ervaringen, concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding verwachten zij van de maatschappelijk werker.

Het blijkt dat niet in alle behoeften wordt voorzien. In de acute fase hebben veel naasten geen vast contactpersoon in het ziekenhuis en kunnen slechts weinigen met een ziekenhuismedewerker over hun ervaringen en gevoelens spreken. In de meeste gevallen wordt niet tegemoet gekomen aan de behoefte aan psychosociale hulpverlening (concrete en informatieve hulpverlening en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding).

3.4.2 Beperkingen

Het aantal respondenten dat heeft deelgenomen aan het behoefteonderzoek is relatief klein. Niet dagelijks worden ernstige trauma's in het ziekenhuis opgenomen en niet altijd slaagden we erin om de naasten binnen 72 uur na opname te bereiken. De resultaten van deze studie geven wel een goede indicatie van wat naasten belangrijk vinden en wat maatschappelijk werk voor hen kan betekenen. Vanwege de relatief kleine onderzoeksgroep was het niet mogelijk de invloed van sociaal-demografische, ziektegebonden en ziekenhuisgebonden factoren of copingstijlen op de behoeften aan informatie, ondersteuning en toegankelijkheid te toetsen. De Cronbach's alpha's waren voor deze categorieën te laag.

Naasten die de Nederlandse taal niet machtig zijn waren uitgesloten van deelname. De vragenlijst was te lang om naasten met behulp van een tolk te interviewen en bovendien was de tijdspanne waarbinnen het interview moest plaatsvinden te kort om dit te organiseren. Hierdoor zijn belangrijke groepen naasten niet gehoord over hun behoeften. Het vermoeden is dat de behoeften van naasten in deze situatie niet wezenlijk verschillen (Heerschop e.a., 2009; Dries & Hoffman, 2008). Dit neemt niet weg dat er wel culturele verschillen zijn (Kleber, 2007). Vervolgonderzoek zou daar meer zicht op kunnen bieden.

3.4.3 Discussie

De resultaten geven nauwkeuriger inzicht in de behoeften van naasten van traumapatiënten. Niet in alle behoeften wordt voorzien. Er is met name een contrast tussen de behoefte aan psychosociale hulpverlening en het aanbod. Onduidelijk is wat de oorzaak hiervan is, maar uit het onderzoek blijkt wel dat een grote groep naasten niet op de hoogte wordt gebracht van de mogelijkheden van maatschappelijk werk. Uit contacten met de ziekenhuizen blijkt verder dat:

- er betrekkelijk weinig informatie maatschappelijk werk beschikbaar is voor de traumazorg in ziekenhuizen. In een van de ziekenhuizen die aan het onderzoek deelnamen wordt er helemaal geen budget vrij gemaakt voor de inzet van maatschappelijk werk in de traumazorg;
- er vaak niet of niet tijdig naar maatschappelijk werk wordt verwezen door artsen of verpleegkundigen.

Leeftijd van de naaste, relatie tot de patiënt en samenwonen met de patiënt blijken samen te hangen met de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening in de eerste 72 uur na opname. Hoe ouder, hoe minder er behoefte is aan concrete en informatieve hulpverlening in deze fase van de opname. Een mogelijke verklaring is dat naasten tot 60 jaar een drukker bestaan hebben, bijvoorbeeld door het combineren van kinderen en werk. Praktische consequenties van het ongeval op het gebied van financiën, verzekeringen, werk en inkomen zijn dan extra belastend.

Verder valt op dat ouders en partners en naasten die samenwonen met de patiënt meer dan andere naasten behoefte hebben aan concrete en informatieve hulpverlening. Mogelijk dat deze naasten meer worden geconfronteerd met de praktische consequenties van het ongeval, omdat zij meer

verantwoordelijkheid voor de patiënt dragen en hun leven meer met het leven van de patiënt is vervlochten.

In eerder Nederlands onderzoek (Kaljouw, 1998) is onderscheid gemaakt tussen de groep naasten van hartpatiënten en naasten van overige intensive care patiënten. De behoeften van naasten uit deze groepen bleken niet statistisch significant te verschillen. De resultaten van ons onderzoek naar de behoeften van naasten van traumapatiënten liggen in dezelfde lijn en bevestigen de eerdere resultaten (Kaljouw, idem). Ook hier werd geconstateerd dat de behoefte aan toegankelijkheid het hoogst scoort, gevolgd door de behoefte aan informatie en dat er minder behoefte aan ondersteuning is. Deze resultaten worden ook bevestigd door buitenlands onderzoek (Verhaeghe e.a., 2005a; Bijttebier e.a., 2000; Davis-Martin, 1994; Leske, 1986; Daley, 1984). Op het niveau van de behoefte-items is een verschil gevonden in de behoefte om met een ziekenhuismedewerker te kunnen spreken over ervaringen in gevoelens. In eerder Nederlands onderzoek blijkt dit matig te scoren (Kaljouw, idem), terwijl in dit deelonderzoek dit hoog scoorde (2.6 in de eerste 72 uur na opname en 2.9 bij een opname van ten minste 2 weken). Een belangrijk verschil tussen de twee studies is dat in onderhavige studie het altijd om niet-geplande opnamen ging. Naasten werden van het ene op het andere moment geconfronteerd met het ongeval en de consequenties daarvan. Mogelijk dat dit een rol speelt bij het belang dat er wordt gehecht aan het kunnen praten over ervaringen en gevoelens met een ziekenhuismedewerker.

Ook zijn er verschillen geconstateerd met behoeften van intensive care patiënten als het gaat om de gewenste behoefteverstrekker (Kaljouw; idem). In dit onderzoek geven naasten er de voorkeur aan dat een maatschappelijk werker hen ondersteunt en met hen over ervaringen en gevoelens spreekt. In de studie van Kaljouw geven de naasten hierbij de voorkeur aan de verpleegkundige. In de vragenlijst van Kaljouw is maatschappelijk werk echter niet als antwoordmogelijkheid opgenomen. Weliswaar hadden naasten bij de antwoordmogelijkheid 'anders namelijk' naar maatschappelijk werk kunnen verwijzen, maar dat is blijkbaar niet bij hen opgekomen. Voorgegeven antwoordmogelijkheden brengen mensen op ideeën, waar ze anders op dat moment niet direct aan hadden gedacht. Aangezien maatschappelijk werkers een taak hebben in de ondersteuning van naasten verdient het daarom de voorkeur bij toekomstige behoefteonderzoeken deze beroepsgroep als antwoordmogelijkheid op te nemen.

Naasten blijken een aardige inschatting te hebben van wat ze van een maatschappelijk werker mogen verwachten. Taken die horen tot het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker worden door naasten ook aan hen toegeschreven. Ook hier spelen waarschijnlijk de voorgegeven antwoordmogelijkheden een rol. Mogelijk dat naasten een open vraag over wat maatschappelijk werk doet, lastiger kunnen beantwoorden. Voor de praktijk betekent dit dat aan naasten het beste kan worden gevraagd of zij behoefte hebben aan ondersteuning bij praktische problemen die door het ongeval ontstaan bijvoorbeeld op het gebied van werk, inkomen, onkosten of verzekeringen of bij het omgaan met de situatie.

De resultaten van dit deelonderzoek bevestigen ook die van Davis-Martin (idem) dat de behoeften van naasten na een opname van ten minste 2 weken niet statistisch significant verschillen van behoeften in de eerste 72 uur van opname. Dat geldt voor de door hen onderzochte categorieën: toegankelijkheid, informatie en ondersteuning. Ook voor de in dit deelonderzoek toegevoegde categorie veranderings- en competentiegerichte begeleiding gold dat. Maar voor de toegevoegde categorie concrete en informatieve hulpverlening zagen we een statistisch significante stijging wanneer we dezelfde naasten ten minste 2 weken later nog eens interviewden. Blijkbaar neemt de behoefte aan hulp bij praktische zaken zoals werk, inkomen, onkosten en verzekeringen toe naarmate de opname langer duurt. Een mogelijke verklaring is dat in de acute fase van de opname dergelijke problemen wel voelbaar zijn, maar uit te stellen. Naarmate de tijd vordert valt aan het aanpakken van dergelijke problemen niet meer te ontkomen.

4. Psychosociale hulp voor naasten van traumapatiënten

4.1 Inleiding

Naasten van traumapatiënten blijken behoefte te hebben aan psychosociale hulpverlening (zie hoofdstuk 3). Dergelijke hulp wordt geboden door medisch maatschappelijk werkers (Jagt, 2006; de Groot e.a., 2007). Beschrijvingen van de werkzaamheden van medisch maatschappelijk werkers zijn niet gebaseerd op empirisch onderzoek (de Groot e.a., 2007; Scholte e.a., 2007, van Riet & Mineur, 1997). In termen van Argyris en Schön (1974) gaat het eerder om *espoused theory*, een voorkeurstheorie. Het zijn beschrijvingen van wat de maatschappelijk werker zou moeten doen of naar eigen zeggen doet. Bovendien gaat het om algemene beschrijvingen die niet zijn gespecificeerd naar de traumazorg.

Om te toetsen of naasten van traumapatiënten baat ervaren bij de hulpverlening door medisch maatschappelijk werk zijn dergelijke beschrijvingen bruikbaar, maar zij dekken nooit de werkelijkheid. Door casuïstiek te reconstrueren (van der Laan, 1995) zowel vanuit het perspectief van de naaste/cliënt als het perspectief van de maatschappelijk werker kunnen we deze wat dichter benaderen. Ook dan blijft het *espoused theory* die niet de werkelijkheid volledig dekt, maar deze meer benadert en waarmee we beter inzicht krijgen in de mate waarin en de wijze waarop medisch maatschappelijk werkers in hun psychosociale hulpverlening aansluiten op de behoefte van naasten van traumapatiënten en de baat die naasten hierbij ervaren.

Onderzoeksvragen en deelvragen

- Welke behoeften hebben naasten van traumapatiënten?
- In hoeverre komt de hulpverlening door medisch maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoeften van naasten van traumapatiënten?
 - Wat kenmerkt de hulpverlening van maatschappelijk werkers?
 - Welke hulp ontvangen naasten van het medisch maatschappelijk werk?
- Welke baat ervaren naasten bij de hulpverlening van maatschappelijk werk?
 - Sluit de ervaren baat aan bij de behoeften van naasten?

Sensitizing concepts

Om de richting te bepalen waarin tijdens de interviews en analyse een antwoord op de vragen kan worden gezocht zijn *sensitizing concepts* gebruikt (Blumer, 1969; Wester & Peters, 2004). Niet met de bedoeling deze als voorschrijvend en beperkend kader te gebruiken, maar als leidraad, een soort kompas dat helpt de koers te bepalen. Op basis van literatuurstudie (zie hoofdstuk 2) zijn de volgende concepten van belang gebleken voor het beantwoorden van de vraagstelling, die in dit deelonderzoek worden gebruikt als *sensitizing concepts* (Baart, 2001; Donkers, 2002; Johnson, 2001; Van der Laan, 2005; Oostrik & Schilder, 2001; Snellen, 2007; Verharen & Nicolassen, 2005):

1. de benadering van de medisch maatschappelijk werker: balans tussen cliëntontwikkeling, probleemafwikkeling, interactieontwikkeling; interventie versus presentie;
2. de strategie van de medisch maatschappelijk werker:
 - o de visie, vooronderstellingen, verklaringsmodellen, uitgangspunten, normen en waarden die hij in deze situatie hanteert;
 - o het verkennen van de persoon-in-situatie in relatie tot de (on)mogelijkheden van het dienstverlenend systeem;
 - o de hulpverleningsdoelen;
 - o de methode van werken (systeemgericht, ontwikkelingsgericht, handelingsgericht) en de interventies (direct/indirect);
 - o bewaken van de kwaliteit van de hulpverlening;
3. structuurkenmerken van de hulpverlening zoals frequentie van de contacten en duur van de hulpverlening;
4. dilemma's in de hulpverlening;
5. samenwerking en afstemming met andere zorg- en hulpverleners.

In dit hoofdstuk wordt met 'naaste' en 'cliënt' dezelfde persoon bedoeld. Het gaat immers om naasten die begeleiding hebben gekregen van maatschappelijk werkers, waarmee ze cliënten van het maatschappelijk werk zijn.

4.2 Methode

Er is gekozen voor een kwalitatieve benadering met diepte-interviews en dossieronderzoek, omdat er weinig kennis is over de hulpverlening van maatschappelijk werkers aan naasten van traumapatiënten. "Aan onbekende variabelen valt niets te meten" (Mol, 2006, p. 115).

Setting

Aan dit deelonderzoek is deelgenomen door het UMC Utrecht, UMC Groningen, VUmc Amsterdam, het Ziekenhuis Bernhoven locatie Veghel en het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.

Inclusiecriteria

- De medisch maatschappelijk werker is werkzaam op de spoedeisende hulp, intensive care, medium care en/of een verpleegafdeling.
- De medisch maatschappelijk werker verleent hulp aan naasten van traumapatiënten ≥ 15 jaar met hersen- en/ of schedelletsel en een Abbreviated Injury Scale (AIS) ≥ 3 en/of traumapatiënten met letsel aan het bewegingsapparaat en een AIS ≥ 3 .
- Naasten zijn: partners, ouders, broers, zussen, kinderen of een andere voor de patiënt belangrijke persoon.
- Naasten spreken de Nederlandse taal.
- Naasten zijn 18 jaar of ouder.
- De hulpverlening is afgerond, maar niet langer dan 2 maanden geleden.

4.2.1 Interviews en dossiers

Na afronding van de hulpverlening zijn maatschappelijk werkers en naasten afzonderlijk geïnterviewd, om beiden een stem te geven en te leren van de ervaringen van beide actoren. De werkwijze van medisch maatschappelijk werkers in de traumazorg werd retrospectief beschreven door de interviews met maatschappelijk werkers en naasten en de maatschappelijk werkdossiers over de hulpverlening aan deze naasten met elkaar te vergelijken op overeenkomsten en verschillen. Voor de opzet en uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van: Baarda en de Goede (1997), van den Berg (2004), Hutjes en van Buuren (1992), Jørgensen en Philips (2002) en Wester en Peters (2004). Betrouwbaarheid en geldigheid van de resultaten zijn vergroot door triangulatie van bronnen en technieken:

- semi-gestructureerde interviews met maatschappelijk werkers aan de hand van casussen uit de eigen caseload, waarvan de hulpverlening inmiddels is afgesloten;
- semi-gestructureerde interviews met de betreffende naasten;
- inhoudsanalyse van het maatschappelijk werk dossier van deze casussen.

Voor de interviews is een door experts (hoogleraar maatschappelijk werk, stafmedewerker medisch maatschappelijk werk, docent theorie en methoden maatschappelijk werk) gevalideerde topiclijst gebruikt (zie bijlage 5). De topics zijn ingegeven door de 'sensitizing concepts'.

4.2.2 Dataverzameling

Maatschappelijk werkers van de betrokken ziekenhuizen droegen casussen voor, indien zij meenden dat het ging om een goed voorbeeld van hun bijdrage aan hulpverlening aan naasten in de traumazorg. Na getekende verklaring voor vrijwillige deelname gaven zij naam en telefoonnummer van de naasten door aan de onderzoeker.

Alle interviews zijn door de onderzoeker zelf afgenomen. Eerst werd de maatschappelijk werker geïnterviewd, daarna afzonderlijk de door haar geholpen naaste(n). Interviews duurden gemiddeld twee uur. Naasten kwamen voor het interview naar het ziekenhuis of het interview vond op hun

verzoek bij hen thuis plaats. De interviews werden zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na afronding van de hulpverlening afgenomen.

4.2.3 Analyse

De interviews werden met behulp van audioapparatuur opgenomen, waarna transcripties zijn gemaakt die werden verwerkt met behulp van software voor kwalitatieve analyse (Atlas.ti). Voor het beschrijven van de resultaten zijn de gegevens geanonimiseerd.

De analyse bestond uit zes fasen.

Fase 1: Door middel van open coderen werd gezocht naar kenmerkende aspecten van de hulpverlening. Het ging om het opsporen van veldbetrokken begrippen, dat wil zeggen codes die zoveel mogelijk aansloten bij de empirische bevindingen (Glaser & Strauss, 1967; Wester & Peters, 2004).

Fase 2: De codes zijn geclusterd tot 15 kerncodes, grotendeels gebaseerd op de interviewtopics. In deze fase is dus een eerste relatie tussen empirie en theorie gelegd. Per kerncode is er per casus en voor ieder interview afzonderlijk een samenvatting geschreven, waarbij relevante citaten zijn opgenomen.

Fase 3: De kerncodes zijn geclusterd tot drie hoofdaspecten (behoeften, hulpverlening, baat), waarna er voor iedere casus per categorie een samenvatting is geschreven wederom afzonderlijk vanuit het perspectief van de cliënt en vanuit het perspectief van de maatschappelijk werker. Het maatschappelijk werkdossier is erop nageslagen om na te gaan of hierin aanvullingen te vinden zijn. In dat geval zijn deze apart vermeld.

Fase 4: Daarna werd er *within-case* een vergelijking uitgevoerd tussen de resultaten van het interview met de maatschappelijk werker, het interview met de betreffende naaste en de inhoudsanalyse van de maatschappelijk werkdossiers van de betreffende casus. In deze vergelijking ging het om het opsporen van equivalenties en opposities tussen beide interviews en het dossier (Jørgensen & Philips, 2002). Hiervoor zijn de volgende analysevragen geformuleerd:

- a. Waarin bevestigen maatschappelijk werkers en cliënten elkaar als het gaat om de behoeften, de hulpverlening en de baat, waarin vullen ze elkaar aan en waarin verschillen zij van elkaar?
- b. In hoeverre sluit de hulpverlening aan bij de behoeften van de naasten?
- c. In hoeverre sluit de baat aan bij de behoeften die naasten hadden en in hoeverre wijkt deze hiervan af?
- d. Welke aspecten van de hulpverlening lijken tot welke baat te leiden?

In figuur 4.1 is dit schematisch weergegeven.

Figuur 4.1 Analysemodel Psychosociale hulpverlening voor naasten

a = equivalenties, aanvullingen en opposities
b = relatie hulpverlening en behoeften
c = relatie baat en behoeften
d = relatie hulpverlening en baat

Fase 5: Hierna vond een vergelijking *cross-cases* plaats. Achtereenvolgens zijn alle casussen naast de resultaten van de vorige casussen gelegd om te vergelijken op overeenkomsten en verschillen op de drie hoofdaspecten behoeften, hulpverlening en baat.

Fase 6: De resultaten zijn inhoudelijk geordend in hoofdaspecten en categorieën door een relatie te leggen met de *sensitizing concepts* uit de literatuur en met de resultaten van het behoefteonderzoek (zie hoofdstuk 3).

De resultaten zijn tussentijds voorgelegd aan derden (collega-promovenda, intervisiegroep promovendi, cursusleider en cursusdeelnemers discoursanalyse en Atlas.ti) om de intersubjectiviteit te bevorderen. In de resultaten zijn citaten uit de interviews opgenomen om de transparantie te vergroten.

4.2.4 Hoofdaspecten en categorieën

Ieder hoofdaspect (behoeften, hulpverlening en baat) is in fase 6 van de analyse opgedeeld in categorieën. Deze vinden hun oorsprong in de resultaten van het behoefteonderzoek uit hoofdstuk 3 en de *sensitizing concepts* voor dit onderzoek naar de hulpverlening door maatschappelijk werkers (zie 4.2.2).

In hoofdstuk 3 zijn de behoeften aan psychosociale hulpverlening opgedeeld in de behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding en de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening. Tevens bleek dat naasten behoefte hebben om met een maatschappelijk werker over hun ervaringen en gevoelens te kunnen spreken en ondersteuning te krijgen. In het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker valt dit onder de taak ondersteunende en stabiliserende begeleiding (Jagt, 2007). Tijdens de interviews kwam naar voren dat in sommige situaties naasten ook behoeften hebben aan hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam. In het beroepsprofiel valt dit onder de taak belangenbehartiging/conflictbemiddeling. Echter in de modules voor het medisch maatschappelijk werk in UMC's (Scholte e.a., 2007) wordt gesproken van communicatieverbetering patiënt/patiëntensysteem – behandelteam. Ik kies voor deze term, omdat deze meer tot uitdrukking brengt waar het in de specifieke context van de traumazorg om gaat. Voor het beschrijven van de resultaten worden daarom de volgende vier behoeftecategorieën gebruikt:

- Veranderings- en competentiegerichte begeleiding
- Concrete en informatieve hulpverlening
- Ondersteunende en stabiliserende begeleiding
- Communicatieverbetering patiëntstelsel/ behandelteam

In 4.5 worden de behoeften, zoals deze in de interviews naar voren zijn gekomen, langs deze vier categorieën uitgewerkt. In 4.6 komt de hulpverlening aan de orde en in 4.7 de baat, beide eveneens vanuit deze vier categorieën.

Aan de hand van deze categorieën kunnen we beschrijven waar de cliënt behoefte aan had, *wat* de maatschappelijk werker in de hulpverlening heeft gedaan en met welke baat voor de cliënt. Om kennis te vergaren over de mate waarin maatschappelijk werkers aansluiten op de behoeften van naasten en tot welke baat dit leidt is de vraag naar het *hoe* minstens zo relevant. Daarom worden voor het hoofdaspect hulpverlening de resultaten niet alleen vanuit deze categorieën beschreven, maar ook vanuit de *sensitizing concepts* die ingaan op de wijze waarop hulp is verleend. (zie 4.2.2). Het gaat om de aard van de benadering die de maatschappelijk werker koos, de strategie die hij hanteerde, de samenwerking met collega's en andere disciplines in deze casus en de dilemma's waarin hij een weg moest zoeken. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de hoofdaspecten en categorieën waarlangs de resultaten beschreven zijn.

Tabel 4.1 Overzicht van hoofdaspecten en categorieën waarlangs resultaten beschreven zijn

Categorieën	Hoofdaspect		
	Behoeften	Hulpverlening	Baat
Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	X	X	X
Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	X	X	X
Concrete en informatieve hulpverlening	X	X	X
Communicatieverbetering patiëntstelsel/ behandelteam	X	X	X
Benadering		X	
Strategie		X	
Structuur		X	
Samenwerking		X	
Dilemma's		X	

Voor iedere categorie wordt in eerste instantie ingegaan op de equivalenties: datgene waarin de maatschappelijk werker en de cliënt elkaar bevestigen. Daarna volgt waarin zij elkaar aanvullen. Het gaat dan om aspecten die door één van beiden zijn genoemd. In het interview met de ander zijn geen aanwijzingen gevonden om aan te nemen dat de ander hierover van mening verschilt. Daarom spreken we hier van aanvullingen. Ten slotte volgen aspecten waarover maatschappelijk werker en naaste van mening verschillen.

De resultaten worden geïllustreerd met citaten. Hierbij staat 'C' voor cliënt, 'M' voor maatschappelijk werker en 'I' voor interviewer. In drie casussen werden meerdere cliënten tegelijkertijd geïnterviewd. 'CV' staat dan voor cliënt-vrouw en 'CM' voor cliënt-man en 'CZ' voor cliënt-zoon.

4.3 Resultaten: Respondenten

Aantal interviews

In de periode maart 2006 tot en met juni 2008 zijn in totaal vijftien interviews afgenomen, waarmee zeven casussen zijn gereconstrueerd. Er zijn acht maatschappelijk werkers en tien cliënten geïnterviewd. Bij één casus waren twee maatschappelijk werkers betrokken, die beiden afzonderlijk zijn geïnterviewd. In drie casussen zijn meerdere naasten tegelijkertijd geïnterviewd: tweemaal ging het om een echtpaar en eenmaal om een moeder en zoon.

Na zeven casussen bleek het moment van inhoudelijke verzadiging bereikt. In onderstaand overzicht staat per casus vermeld hoeveel weken na afronding van de hulpverlening door maatschappelijk werk de interviews werden afgenomen.

Tabel 4.2 Tijdstip interview (aantal weken na afronding van de hulpverlening)

Tijdstip	Casusnummer
< 1 week	5, 6
1-2 weken	7
2-3 weken	2
5-6 weken	1
6-7 weken	3, 4

Vignetten van de casussen

Om een impressie te geven van de gebeurtenissen waarmee de naasten werden geconfronteerd, worden eerst de casussen in vignetten getypeerd.

Casus 1: Verkeersongeval.

Meneer is aangereden. Van de spoedeisende hulp wordt hij overgebracht naar de intensive care, waar hij ruim een maand ligt. Daarna verblijft hij nog ruim een maand op de verpleegafdeling, waarna hij wordt overgeplaatst naar een revalidatiekliniek. Al die tijd wordt hij bezocht door zijn vrouw. Het echtpaar is de pensioengerechtigde leeftijd gepasseerd. Zij wonen niet heel ver van het ziekenhuis, maar vanwege haar leeftijd is mevrouw niet meer zo mobiel. Aanvankelijk komt ze afhankelijk van het weer met de fiets of de bus, maar als de winter strenger wordt heeft ze steeds meer moeite om de afstand te overbruggen. Het echtpaar heeft twee kinderen: één woont in het buitenland, de ander in Nederland maar op grote reisafstand. Daardoor is de steun die zij moeder kunnen bieden beperkt.

Casus 2: Verkeersongeval

De zoon van dit echtpaar heeft een ernstig ongeluk gehad. Zijn partner is daarbij om het leven gekomen. Bijna een maand ligt hij op de intensive care en is niet aanspreekbaar. Hij weet niet wat er is gebeurd en zijn ouders zien op tegen het moment dat zij hem het nieuws moeten brengen. Zij bezoeken hem dagelijks, ook al wonen zij niet in de buurt van het ziekenhuis en levert de reis hen veel stress op. Zij hebben veel contact met familie en vrienden, die hen steunen in deze situatie.

Na de intensive care gaat het snel. Hun zoon gaat een paar dagen naar de medium care en ligt nog anderhalve week op de verpleegafdeling, voordat hij met hen mee naar huis gaat. Hij is voorlopig niet in staat zelfstandig te wonen en trekt daarom bij hen in.

Casus 3: Ongeval in huis

Meneer is thuis van de trap gevallen en in coma geraakt. Zijn vrouw heeft de hulpdiensten gewaarschuwd en familie gevraagd hun kinderen op te vangen. In het ziekenhuis is meneer gestabiliseerd en daarna overgebracht naar een traumacentrum voor behandeling van hersenletsel. Mevrouw is erg overstuur van de gebeurtenissen. Ruim een week later wordt meneer teruggebracht naar het ziekenhuis, waar mevrouw niet tevreden is over de zorg en ze erg moet wennen aan het veranderde gedrag van meneer dat hoogstwaarschijnlijk wordt veroorzaakt door het hersenletsel. Vijf weken later start de poliklinische revalidatie in een centrum gespecialiseerd in mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Casus 4: Verkeersongeval

De dochter van dit echtpaar is ernstig gewond ten gevolge van een auto-ongeluk. De ouders hebben uren op de spoedeisende hulp gewacht in onzekerheid of hun dochter de verwondingen zou overleven. De veroorzaker van het ongeval is een goede bekende van het gezin.

Het ongeval en de gevolgen hebben grote impact op de ouders en hun andere kinderen. Hun dochter blijkt echter zeer veerkrachtig: al snel kan zij naar de verpleegafdeling en een maand na opname wordt ze overgeplaatst naar een revalidatiekliniek.

Casus 5: Bedrijfsongeval

Meneer is in zijn bedrijf van grote hoogte gevallen. Zijn zoontje heeft hem gevonden en waarschuwt moeder. Zij schakelt de hulpdiensten in en neemt haar kinderen mee naar het ziekenhuis. Haar man verblijft bijna twee maanden in het ziekenhuis. Om hem te bezoeken moet ze dagelijks een flink stuk rijden en dat valt haar zwaar. Haar zoontje heeft last van nachtmerries en concentratieproblemen, waardoor hij ook niet meer zo goed functioneert op school. Er zijn geen inkomsten nu haar man niet kan werken en voor het bedrijf dreigt faillissement. Haar man wordt voor verdere behandeling overgeplaatst naar een revalidatiekliniek.

Casus 6: Geweldsmisdrijf

Meneer is levensgevaarlijk gewond geraakt na een geweldsmisdrijf. Hij heeft onder meer hersenletsel en verblijft bijna twee maanden in het ziekenhuis, voordat hij wordt overgeplaatst naar een revalidatiekliniek. Zijn zus behartigt zijn belangen en bezoekt hem dagelijks, waarvoor ze de nodige kilometers moet reizen. Tevens vangt ze het zoontje van haar broer op, maar hierover ontstaat onenigheid met de schoonfamilie. Meneer is zelfstandige zonder personeel en heeft nu geen inkomsten. Zijn zus springt financieel bij, maar de financiële consequenties zijn te groot voor haar om te overzien. Zelf is ze door de situatie niet in staat te werken, waardoor ook haar eigen inkomsten verminderd zijn.

Casus 7: Verkeersongeval

Na een auto-ongeluk is meneer met zeer ernstig letsel terecht gekomen op de intensive care van een traumacentrum. Zijn zwangere vrouw is hele dagen in het ziekenhuis, terwijl haar zoontje wordt opgevangen door haar familie. Na twee weken komt haar zoontje weer thuis en probeert ze het gewone leven op te pakken. De dagelijkse reis naar het ziekenhuis, in combinatie met de zorg voor haar zoontje, het huishouden en de zwangerschap vallen haar zwaar. Na twee maanden wordt haar man overgeplaatst naar een ziekenhuis in hun woonplaats. Het is onzeker hoe lang zijn herstel nog zal duren en wat de consequenties op lange termijn zullen zijn.

Kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek

Gestreefd is naar variatie in de casuïstiek om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de hulpverlening door medisch maatschappelijk werkers aan naasten van traumapatiënten. Variatie werd gezocht op de volgende kenmerken: duur van de hulpverlening, geslacht naaste, leeftijd naaste, aard van de relatie naaste tot patiënt, geslacht van de maatschappelijk werker, ervaring van de maatschappelijk werker (tabel 4.3).

In vijf van de zeven gevallen ging het om een hulpverlening van meer dan 3 gesprekken. In de andere twee casussen was de hulpverlening korter: eenmaal omdat het een afgebakende vraag betrof en eenmaal omdat het initiatief voor een vervolgspraak bij cliënten lag, zij daar niet direct gebruik van maakten en de patiënt vrij snel daarna werd overgeplaatst naar een revalidatiekliniek.

In totaal hebben er 7 vrouwelijke en 3 mannelijke cliënten aan een interview meegewerkt. De mannelijke cliënten zijn alle 3 geïnterviewd tegelijkertijd met een vrouwelijke cliënt, namelijk hun partner dan wel moeder. In het maatschappelijk werk is het niet ongevoen dat relatief meer vrouwen een beroep op hulp doen dan mannen (Brunenberg e.a., 1996; Flikweert e.a., 2002). De meeste naasten waren tussen de 21 en 60 jaar. Eén naaste was ouder dan 60 jaar. In de leeftijdsgroep 15 tot 20 jarigen zijn geen naasten geïnterviewd. Eenmaal is er een naaste jonger dan 15 jaar geïnterviewd, in het bijzijn van zijn moeder.

Vier van de 7 cliënten waren partner van de patiënt, in 2 situaties ging het om de ouders, eenmaal om een kind van de patiënt en eenmaal om een zus.

Vijf van de 8 maatschappelijk werkers zijn vrouwen. Weliswaar meer vrouwen dan mannen, maar uit ander onderzoek blijkt dat ongeveer 80% van de maatschappelijk werkers in de algemene gezondheidszorg vrouw is (Brunenberg e.a., 1996). In 1 geval was de maatschappelijk werker korter dan 3 jaar in het beroep werkzaam, alle andere maatschappelijk werkers hadden jarenlange ervaring en vervolgoopleidingen achter de rug.

Tabel 4.3 Kenmerken van de casussen

Kenmerken	Casusnummer
Duur hulpverlening	
Kort*	2, 5
Lang*	1, 3, 4, 6, 7
Geslacht cliënt	
Man	2, 4, 5
Vrouw	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Leeftijd cliënt	
<15	5
15-20	-
21-40	3, 6, 7
41-60	2, 4, 5
>60	1
Relatie tot patiënt	
Partner	1, 3, 5, 7
Ouder	2, 4
Kind	5
Zus	6
Geslacht maatschappelijk werker	
Man	2, 3, 6
Vrouw	1, 2, 4, 5, 7
Ervaring als maatschappelijk werker	
Kort**	3
Lang**	1, 2, 4, 5, 6, 7

*Kort = maximaal 3 gesprekken

*Lang = meer dan 3 gesprekken

** Kort = minder dan 3 jaar

** Lang = 3 jaar of meer

4.4 Resultaten Behoeften

De resultaten voor dit hoofdaspect worden achtereenvolgens uitgewerkt naar de behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding, de behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding, de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening en de behoefte aan communicatieverbetering tussen patiëntstelsel en behandelteam. Iedere paragraaf gaat in op waar maatschappelijk werkers en cliënten elkaar bevestigen (equivalenties), aanvullen of van mening verschillen (opposities). Tot slot volgen conclusies over de behoeften van naasten.

4.4.1 Behoeften: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Equivalenties Behoeften: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

In vier van de zeven casussen geven zowel naasten als maatschappelijk werkers aan dat de naasten behoefte hadden aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding. Deze naasten wilden met een maatschappelijk werker kunnen praten over wat ze hebben meegemaakt, over hun onzekerheden, angsten en verdriet. In alle casussen komt naar voren hoe ingrijpend de gebeurtenissen zijn en hoeveel impact dit heeft op het leven en welbevinden van de naasten.

Onderuit gaan

CV: Ja en dan is het wachten en wachten. En dat is voor ons eigenlijk heel traumatisch geweest, ja voor ons op zich wel begrijpelijk omdat zij eh aan de patiënt bezig zijn, maar als ouders zijnde wil je heel graag horen dat wat er aan de hand is, of ze, of ze d'r nog is of wat er gebeurt. En eh om elf uur is mijn man naar zijn ouders gegaan om te vertellen wat er is gebeurd. Ik ben met mijn broer hier gebleven. En toen kwam er iemand binnen met 'n tas en die zei van: dit is van uw dochter. En haar spulletjes, haar persoonlijke spullen. Hij zet het neer en...

I: Dat was het.

CV: ...dat was het. Ja op dat moment dat iemand eigenlijk binnenkomt en je 'n tas overhandigt van de spullen van jouw kind en jij eigenlijk niet weet wat er aan de hand is en dan eh en ze gaat ook eigenlijk zo weer weg eh... Er werd helemaal niks gezegd eh alleen van: dit is van uw dochter. En ja dan dan dan ga je echt eh, ja je bent helemaal lam geslagen, je gaat helemaal onderuit. Dat heb ik als heel eh heel erg ondervonden.

Ja. Ja en zulk soort dingen dat blijft je gewoon heel erg bij omdat ja omdat je weet dat je dochter voor haar leven vecht en dan komen ze opeens met 'n tas met haar spullen. En dan denk je van: dit is het.

Malen

I: Nee, je schetst het goed dat beeld van inderdaad dat je daar hele dagen zit hè...

C: Ja

I: ...in dat ziekenhuis.

C: Ja. Je zit eigenlijk helemaal te malen.

I: Ja.

C: Van: hoe zal het gaan met hem? Wordt hij wakker? Hoe wordt hij wakker? Weet hij wie dat we zijn?

I: Er is heel veel onzekerheid.

C: Overleeft hij het? Is hij verlamd? Weet je niet.

In twee gevallen waren de cliënten de ouders van de patiënt. Zij hadden steun aan elkaar, maar vonden het toch belangrijk om samen begeleiding van maatschappelijk werk te krijgen. In een van deze situaties noemen de ouders de behoefte om samen over de gebeurtenissen te praten, over hun verdriet. Zij hadden behoefte om te vertellen wat hen op dat moment bezighield, om zo de gebeurtenissen en de gevolgen daarvan te kunnen verwerken en op de rails te blijven.

Samen praten

CM: Nou dat denk ik zeker. Dat is natuurlijk 'n gebeurtenis wat je samen aantrekt en daar moet je samen ook weer uit. En om daar samen over te praten, dat vind ik wel, dat vind ik wel heel belangrijk.

I: Ja.

CM: En dat moet je samen ook oplossen want geheimen daarin zijn er niet.

I: Hm.

CM: En dat kan ook niet want dat moet je samen ook weer en de een, je verwerkt het ieder op zijn eigen manier.

I: Hm.

CM: Maar ik denk dat je op dat moment ja de samenhang moet goed zijn.

Meerdere naasten hadden grote moeite om het hoofd boven water te houden. Onzekerheden en verdriet overspoelden hen. Zij wilden zoveel mogelijk bij de patiënt zijn, maar hadden daarbuiten ook nog verantwoordelijkheden zoals de zorg voor hun kinderen. De balans tussen draagkracht en draaglast werd bedreigd. Drie naasten hadden behoefte aan steun van maatschappelijk werk om zichzelf in deze situatie staande te houden.

Het alleen niet redden

C: Maar ik had echt zoiets van: ja, ik moet me daar maar voor open zetten, want ik red dit niet alleen. Dit trek ik niet. En zo, dat heb ik ook tegen de maatschappelijk werker gezegd, met die insteek ben ik ook hiernaar toe gegaan. Van: ja ik trek dit niet alleen en ik heb iemand nodig die me scherp houdt, die die die kan zorgen dat ik de lijnen blijf zien, dat ik niet dingen uit het oog verlies en dat je niet die tunnelvisie gaat krijgen en hè, want ik wilde gewoon op alle vlakken wilde ik gewoon zo scherp mogelijk blijven.

De gebeurtenissen rakelden soms van alles op. Problemen in relaties die ook al voor het ongeval speelden kwamen bijvoorbeeld verhevigd naar voren. Een naaste vond het belangrijk dat ze over alles wat er speelde kon praten met de maatschappelijk werker.

Alles kwijt kunnen

C: Niet alleen over het ongeluk, maar ook andere dingen die dan ter sprake komen.

I: Ja. Ja.

C: Ik bedoel ik kan niet goed, of ik ik kan 't niet zo best met m'n dochter vinden. Mijn dochter is altijd heel lelijk tegen mij geweest en wij weten niet waarom. (...) En en nou heeft ze ook geen contact met d'r broer. Ze belt mij dan om te vragen hoe het met d'r vader gaat. Die dingen die kun je allemaal kwijt.

I: Ja. Ja. Ja. Alles er omheen ook hè.

C: Ja.

Relaties

M: Die problemen waren voor het ongeval ook eh maar nu was die dochter hier en nu voelde ze het aan den lijve...

I: Ja.

M: ...hoe het was als die dochter dat gedrag vertoont wat ze anders ook vertoont. En het is natuurlijk ook zo, die dochter is vrij snel overgekomen en dan zit je hier met, er zit een mevrouw hier met haar kinderen in in een kritieke toestand van meneer, dan moet je dingen met elkaar...

I: Hm.

M: ...en als het dan al niet lekker loopt, dan is het nog moeilijker dan wanneer het op afstand een probleem is.

Ook al kregen ze steun van mensen uit hun omgeving, dan stelden naasten het toch op prijs om met een buitenstaander te kunnen praten, iemand die er niet persoonlijk bij betrokken was. Eén van de naasten noemt dat mensen in haar omgeving vonden dat ze blij moest zijn dat haar man het had overleefd. Zelf voelde ze zich allesbehalve blij. Ze was erg emotioneel, maar kon dat in haar omgeving niet goed kwijt, terwijl ze daar wel behoefte aan had.

Reacties van anderen

C: Ja en ook gewoon eh op 'n gegeven moment word je zelf ook heel onzeker. Eh vooral omdat iedereen van nou hè goed, maar hij kan toch al weer praten? Ach, maar hij loopt toch al weer? Weet je? Gewoon onzeker wordt gewoon van het feit dat je ook de dingen benoemt die hij niet kan.

I: Ja.

C: En dat de maatschappelijk werker dan ook zegt van: hee maar dat mag je ook zeker wel.

I: Ja.

C: Van: dat is ook goed. Daar mag je bij stilstaan. Je hoeft niet alleen maar het euforische van: dat kan hij allemaal al weer.

Naasten zochten niet alleen steun voor zichzelf, maar wilden ook dat de maatschappelijk werker de patiënt opving. Zij maakten zich zorgen over hoe de patiënt zich hierin staande wist te houden en vonden het belangrijk dat ook hij iemand had om te praten over de ervaringen en gevoelens. In een van de casussen reikte de zorg van de naasten voor anderen nog verder. Zij vroegen naast de ondersteuning voor henzelf en de patiënt ook steun voor andere betrokkenen zoals de veroorzaker van het ongeval.

Aanvullingen Behoeften: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

De cliënten van vier casussen benadrukken meer dan de maatschappelijk werkers het belang om met een buitenstaander over de situatie te kunnen praten, iemand die ze kunnen vertrouwen en die er zelf

niet emotioneel bij betrokken is. De ouders uit een van de casussen legden uit dat familie en vrienden onderdeel uitmaken van de cirkel van verdriet en dat ze daarom een buitenstaander nodig hadden om vrijuit te kunnen vertellen. Zo wisten zij de cirkel te doorbreken.

Cirkel van verdriet

CV: Ja gewoon het kunnen vertellen, erover kunnen praten. Samen praat je ook wel maar dat is toch anders omdat je hebt beiden dat verdriet. En om dan met iemand te praten die gewoon als buitenstaander waar je tegen praat en die toch eh begripvol is en je toch je verhaal kwijt kunt.

I: Hm.

CV: Ik kon m'n verhaal natuurlijk aan iedereen wel kwijt, ook wel aan familie en en aan iedereen wel. Alleen, die zijn daar zo emotioneel bij betrokken dat jij daar nog meer in getrokken wordt. (...) Ja, nee, ik heb meer van: ja zoals mijn familie en en eh vrienden eromheen die die delen dan wel het verdriet met je, maar eh doordat die er dan ook niet helemaal nuchter tegenover staan als buitenstaander kom je er niet uit. Je blijft in die cirkel zitten. En dat is gewoon zo dat ik denk van: ja, je schiet er niet mee op.

I: Ja. Ja. Want die cirkel, kan je iets zeggen wat je daarmee bedoelt? Wat voor cirkel is dat?

CV: Ja gewoon de cirkel van het verdriet. Want ja, op dat moment dan dan eh leef je ook niet meer. Ik geloof dat ik veertien dagen van m'n leven gewoon kwijt ben. Je leeft niet meer. Je bent 'n robot en je doet wat je moet doen, maar je leeft helemaal niet meer. En ja, door het gewoon met de maatschappelijk werker te bepraten eh kwam je ook uit uit die cirkel.

Sommige maatschappelijk werkers noemen nog doelen waaraan zij werkten, zonder dat de naaste direct daarover een behoefte had uitgesproken, maar waarvan zij op basis van hun expertise menen dat dit nodig/ belangrijk is in dergelijke situaties. Zij gaan ervan uit dat naasten dergelijke behoeften (kunnen) hebben.

Het gaat dan om ordenen, evenwicht aanbrengen, greep op het leven houden, volhouden en het systeem helpen met elkaar de weg in deze situatie te vinden. Deze doelen sloten wel aan bij wat cliënten aangaven, bijvoorbeeld een cliënte die vertelde dat het haar soms te veel werd of ouders die wilden dat er ook met hen en hun zoon samen werd gesproken.

Greep op het leven

M: Ik merk dat mensen vaak echt 't gevoel hebben: ik wordt overspoeld en ik ben alle controle kwijt. En dat is altijd, dat is ook een doelstelling van ons, controle, greep op je leven. Dat is belangrijk om verder te kunnen. En om het vol te kunnen houden.

Steun voor patiënt en familie

M: En op de afdeling hoort denk ik vooral thuis het begin maken van verwerking voor zowel patiënt als familieleden. En die twee lijnen weer gelijk laten lopen. Meer bij elkaar brengen waar het verschil in verwerking zit.

Opposities Behoeften: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

In drie casussen bleek dat maatschappelijk werkers en cliënten soms verschillend denken over wanneer ondersteuning aan naasten moet worden aangeboden. Al deze naasten vinden dat in de acute fase ondersteuning al wenselijk is. In een van deze casussen bijvoorbeeld zag de verpleging dat de ouders zich zelf staande wisten te houden en volgens de maatschappelijk werker is dan een verwijzing niet nodig. De cliënten echter vinden dat opvang op de intensive care belangrijk is. Volgens hen zijn de eerste weken vreselijk en worden gekenmerkt door veel verdriet en ontreddering.

Staande houden

M: ...waren die week toch wat eh lichamelijke complicaties geweest waarin de ouders ook geïnformeerd waren. Ik bedoel: de inschatting was gemaakt van dat ze een reële kijk hadden op de situatie...

I: Ja.

M: ...daarin ook steun aan elkaar hadden. Dus in ieder geval geen signalen van dat ze

ontredderd bij het gesprek zitten of dat ze zich volledig verliezen in de omstandigheden.

I: Hm. Ja.

M: Dus op zich de indruk was dat deze ouders zich redelijk staande konden houden.

Ontredderd

CV: Maar die eerste weken, je doet niet anders dan janken en denken van: hoe komt dit goed? Je bent niet niet, hoe moet ik dat zeggen, je leeft in 'n soort, ja slechte, slechte rottige film. Ja, je bent op van de zenuwen en 't is, ja 'n soort eh ja ramp waar je doorgaat. En dat je denkt van: dat dat red je nooit. En als ik er maar bij blijf en eh...

I: Ja.

CV: Maar al die dingen eromheen, dat dringt niet echt tot je door. Ze zullen het best eerder gezegd hebben, hoor.

I: Hm.

CV: Maar dat je echt zoiets hebt van: zeur niet aan m'n hoofd, ik moet bij m'n kind zijn. Weet je? Zoiets.

Ook een andere naaste noemt dat er zo snel mogelijk opvang door maatschappelijk werk moet zijn. Zij is ruim twee weken na de opname naar maatschappelijk werk verwezen en vond dit veel te laat. Ze zat hele dagen alleen in het ziekenhuis en had de meeste tijd niemand om haar verhaal aan kwijt te kunnen. De verpleging is volgens haar druk met de zorg voor de patiënt, die moest vechten voor zijn leven. En je denkt er, volgens haar, niet aan om te vragen of er ook iemand voor jou is. De maatschappelijk werkster dacht echter dat de eerste opvang door verpleegkundigen voldoende was.

Verhaal kwijt kunnen

I: Ja. Want kun je daar iets over zeggen waarom je vindt dat het belangrijk is om dat eerder te doen?

C: Eh nou als je wist hoe dat mijn vriend erbij lag, dan eh ja dan kun je ook wel 'n beetje indenken hoe mensen zijn, ze zijn maar alleen, wildvreemd ziekenhuis. Je zit daar de hele dag langs z'n bed.

I: Ja.

C: En je hebt niemand om tegen te praten.

I: Nee.

C: Of je verhaal kwijt te kunnen of net wat. En dat is verschrikkelijk.

I: Ja.

C: Ik vind dat ze het er vrij vlug over moeten hebben of dat iemand maatschappelijk werk nodig heeft. Ik vond het veel te laat.

In een derde casus is er wel vrij snel door de maatschappelijk werker een telefonisch aanbod gedaan, maar volgens de cliënt had de maatschappelijk werkster hierin directiever mogen zijn. Mevrouw had op dat moment zoveel aan haar hoofd dat ze niet is ingegaan op het aanbod voor een gesprek, terwijl ze achteraf gezien daar wel behoefte aan had gehad. Liefst had ze op de spoedeisende hulp al een gesprek gehad.

Wachten

CV: Wij zitten alleen maar in de wachtkamer die dag weet je?

I: Ja.

CV: We zijn vier uur daar. Maar ja, misschien heeft ze ook andere dingen te doen toen.

I: Ja. Maar in die tijd zelfs al, toen u op de spoedeisende hulp zat, dacht u van: dat was eigenlijk misschien best goed geweest als ze dan waren gekomen?

CV: Ja ik denk het wel hoor, want we zitten gewoon in de kamer voor niks, gewoon wachten, wachten wat gebeurt er nou allemaal...

Opvang en aandacht door maatschappelijk werk vinden alle naasten belangrijk. Eén van de cliënten

sprak deze behoefte niet expliciet uit en wellicht heeft ze dit ook niet aan de maatschappelijk werker aangegeven. Maar als we kijken naar de baat (zie 4.7.2), dan zien we dat ze hierover wel teleurgesteld is. Ook al vroeg ze er niet om, de behoefte aan aandacht voor wat het voor haar betekende was er wel. De maatschappelijk werker heeft deze behoefte niet herkend en was meer gericht op de hulp die nodig was om het leven voor de patiënt op orde te krijgen.

4.4.2 Behoeften: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

Equivalenties Behoeften: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

In alle zeven casussen noemen cliënten en maatschappelijk werkers behoeften die vallen onder de categorie veranderings- en competentiegerichtte begeleiding. Het ging in deze situaties om de vraag 'hoe moet ik omgaan met...?'. In twee casussen ging het om behoefte aan hulp bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met de patiënt. De vraag van deze naasten bestond eruit dat zij onzeker waren over wanneer en hoe ze de patiënt moesten inlichten. Ondanks dat het in beide situaties om naasten ging die veel op eigen kracht deden, was er wel behoefte aan begeleiding bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen.

Omgaan met de eerste vraag

CM: Nou, het meest heikele punt waar wij mee zaten tijdens zijn verpleging op de ic, was wel het feit dat hij bij het ongeluk zijn vriendin verloren heeft.

I: Ja.

CM: En dat hij mogelijk bij eh zeg maar weer eenmaal bij de wereld komend eh de eerste vraag zou stellen.

I: Ja.

CM: En eh dat het een verdraaid moeilijk iets is, natuurlijk begrijpelijk.

In drie casussen maakten naasten zich zorgen over hoe hun kinderen met de gebeurtenissen omgingen. In een van deze casussen ging het om jonge kinderen en wilde de cliënt met de maatschappelijk werker bespreken hoe ze het beste met hun reacties om kon gaan. In de andere twee gevallen waren de kinderen al wat ouder en wilden de cliënten dat de maatschappelijk werker ook met hun kind in gesprek ging om deze te helpen de gebeurtenissen te verwerken. In een van deze casussen heeft bijvoorbeeld het zoontje last van de herinneringen aan het ongeval en functioneert sindsdien minder goed op school. Moeder wist niet zo goed hoe ze hiermee moest omgaan en vroeg hiervoor hulp aan de maatschappelijk werker, die met hen beiden het gesprek aanging.

Omgaan met herinneringen van zoon

CV: Mijn zoon had echt nog veel last van de herinneringen vooral 's avonds. Ik zeg, ga bij maatschappelijk een afspraak maken. En toen zei hij 'ja'.

I: Ja.

CZ: Ik vroeg me af: wat is dat nou weer?

I: Ja. Ja.

CV: Ja ik zeg: ze gaat jou eh helpen bij wat je emotioneel, ja wat heb je meegemaakt de eh afgelopen week.

In de andere casus ging het erom dat het zusje van de patiënt last had van schuldgevoel omdat zij een aantal dagen uit het ziekenhuis was weggebleven en hier niet goed raad mee wist. Zij begon hierdoor problemen op school te krijgen.

Omgaan met problemen van dochter

CV: En dat is nou net als met de jongste, die begon problemen op school te krijgen en dan eh is het heel fijn om, dat ik terug kon vallen op de maatschappelijk werkster. Ik heb haar gebeld van: goh, moet je horen, ik zit met 'n probleem zo en zo en dan is zij ook direct van: geen probleem, kom maar.

I: Ja.

CV: En dat is gewoon zo fijn.

Omgaan met schuldgevoelens

M: Eh nou en dat was dus vooral gericht op eh haar schuldgevoel, altijd ruzie gemaakt en nu dit. En ook wel 't beginnende schuldgevoel eh zij was wel de dag van het ongeluk hier, heeft haar zus toen gezien en heeft toen een paar dagen niet meer terug durven komen. Het zag er verschrikkelijk uit natuurlijk.

I: Hm.

M: Eh heeft steeds dat beeld voor zich. Was nu wel weer naar haar toe geweest, maar staat dan aan het bed en heeft geen idee wat ze moet zeggen. Nou, meisje van 15, dit, is een verschrikking voor d'r.

Enkele naasten hadden behoefte aan hulp bij beslissingen die zij moesten nemen. Zij hadden er behoefte aan dat de maatschappelijk werker de mogelijkheden met hen onderzocht, de voor- en nadelen op een rijtje zette en hen begeleidde bij het nemen van de beslissing. Bijvoorbeeld in een van de casussen was het de vraag of de patiënt wel zou kunnen terugkeren naar huis, als ze niet zouden verhuizen. De patiënt en zijn vrouw woonden in een bovenwoning en waarschijnlijk was dit in de toekomst niet meer mogelijk. Zij stonden voor het dilemma waar ze moesten gaan wonen: in de plaats waar ze altijd hebben gewoond, of dichterbij hun zoon die aan de andere kant van het land woont.

Omgaan met dilemma

M: Wat hij meteen toen aanbracht en zij ook toen hij wat eh opknapte, zij hebben ooit al, voordat dit ongeluk gebeurde, gesproken over eventueel verhuizen omdat 't thuis toch moeilijker werd, hij liep al moeilijker trap en eh we moeten ergens anders naar toe. Is het een idee om in de buurt van onze zoon te gaan wonen? Dus dat was een gespreksonderwerp voor ons drieën zeg maar, zij, hij en ik.

In een andere casus was het de vraag wie het beste voor het zoontje kon zorgen nu zijn vader in het ziekenhuis lag, want zijn moeder leefde niet meer. Het zoontje verbleef bij de zus van de patiënt, maar de familie van moeder meende dat hij bij hen moest zijn. Dit gaf onenigheid tussen beide families. Cliënte wist niet goed hoe zij zich hierin op moest stellen.

Omgaan met relationele problemen

M: Ik belde mijn cliënte ergens voor en toen kreeg ik eerst haar vriend aan de lijn en die zei van: ze is wel heel erg overstuur maar ik zal haar wel geven. En wat bleek toen? Dat eh de andere kant van de familie had gezegd van: jullie zorgen nu voor hun zoontje, maar dat de patiënt en zijn vrouw ooit hadden aangegeven: als ons iets overkomt dan willen we dat het zoontje wordt verder verzorgd door jullie. Dus niet door mijn cliënte.

I: Oké.

M: Dus daar kwamen ze mee en eh toen is er nog 'n soort woordenwisseling geweest en toen is ervoor gekozen dat de de schoonfamilie het zoontje heeft meegenomen. Dus mijn cliënte was helemaal over de toeren.

I: Ja.

M: Ze zegt van: ja alles doen we voor hem en nu pikken ze het zoontje van mijn broer ook af en we bedoelen het ook alleen maar goed en ze denken dat wij geen verdriet hebben.

Aanvullingen Behoeften: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

Voor deze categorie zijn geen aanvullingen aangetroffen.

Opposities Behoeften: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

Soms leggen maatschappelijk werker en cliënt andere accenten op waar behoefte aan was. In een van de casussen lag bijvoorbeeld volgens maatschappelijk werk het accent op de behoeften aan 'leren omgaan met', terwijl de cliënt meer het accent legt op de behoefte aan 'kunnen praten over', bij

ventileren, waarbij het belangrijk is dit in vertrouwen te kunnen doen. Maar wellicht leidt het praten over de situatie en ervaringen ertoe dat naasten meer greep krijgen op hoe ze hiermee om kunnen gaan.

4.4.3 Behoeften: Concrete en informatieve hulpverlening

Equivalenties Behoeften: Concrete en informatieve hulpverlening

In vier van de zeven casussen geven maatschappelijk werker en cliënt aan dat er op de één of andere manier behoefte was aan concrete en informatieve hulpverlening.

In één casus was de patiënt zelfstandige zonder personeel (zzp'er). Doordat hij in het ziekenhuis lag zijn de inkomsten weggevallen en ontstonden er aanzienlijke financiële problemen. De familie werd hiermee geconfronteerd en wist niet hoe ze dit moest oplossen. Ze wilden van de maatschappelijk werker informatie en advies en hoopten dat deze kon helpen hiervoor een oplossing te vinden.

Financiën

M: Eh en ik heb meteen ook met ze gekeken van: wat zijn nou de eerste problemen waar jullie tegenaan lopen? Waar heb je op dit moment hulp bij nodig? Eh en dat leek zich toen toe te spitsen op eh of eigenlijk wat ze eigenlijk alleen benoemden als het grote probleem was de eh zorg over de financiële situatie. De patiënt was 'n eh, ik vergeet altijd hoe dat heet, 'n zelfstandige zonder personeel, zzp'er.

I: O ja. Ja. Zelfstandige zonder personeel.

M: Hij werkte meer dan veertig uur per week en dat inkomen viel nu weg. Dus ze hadden daar wel vragen over, van: hoe moeten we dat nu oppakken? Wat moeten we daar voor regelen? En is daar wat voor? Nou, daar eh toen heb ik met ze afgesproken dat ik daarnaar zou kijken wat ik daar eventueel mee zou kunnen doen.

In drie casussen ontstond gedurende de hulpverlening behoefte aan praktische hulpverlening. Het was niet de eerste vraag waarmee naasten kwamen, maar in de contacten met maatschappelijk werk kwam het op een gegeven moment aan de orde. Het ging om:

- de behoefte om een vergoeding te krijgen voor de deeltaxi zodat het vervoer naar het ziekenhuis makkelijker werd;
- de behoefte aan informatie over voorzieningen zoals een toegangspas van het restaurant;
- de behoefte aan juridische ondersteuning.

Naasten hadden er behoefte aan dat een ander voor hen dit soort dingen uitzocht en regelde, omdat zij in deze situatie daar zelf onvoldoende toe in staat waren.

Uitzoeken

C: Ja, die zou bepaalde dingen uitzoeken, maar of zij daar achter komt weet ik ook niet. Ik weet ook niet waar we moeten zijn met met die dingen.

I: Nee. Nee.

C: En dat is niemand. Iedereen zegt: we weten het niet, vraag het daar maar eens of vraag het daar maar eens. Maar hoeveel energie kost het allemaal niet...

I: Ja.

C: ...die dingen uitzoeken. Ik ben gewoon te moe om de dingen uit te zoeken.

Aanvullingen Behoeften: Concrete en informatieve hulpverlening

In een van de casussen had de cliënte behoefte aan huishoudelijke hulp toen de combinatie van ziekenhuisbezoek, huishouden, verzorging van zontje en zwangerschap te zwaar werd. Dit is niet uitgesproken in het contact met de maatschappelijk werker die voor dit onderzoek is geïnterviewd. De hulpverlening is overgedragen naar het maatschappelijk werk in de vervolgvoorziening en daar is deze behoefte wel aan de orde gekomen.

Opposities Behoeften: Concrete en informatieve hulpverlening

De naaste uit een van de casussen had sterk behoefte aan hulp bij hun financiële situatie. Voor haar was deze vraag heel urgent, terwijl de maatschappelijk werkster dit niet noemt in het interview en ook niet als hulpvraag heeft opgenomen in het dossier.

Rekeningen

CV: Ik kan ook niet teveel aan op dat moment. Ik ben emotioneel en van alles gebeurt tegelijk en financieel is het enige probleem op dit moment, zei ik. Want ik moet alles uitzoeken. En soms staat er een deurwaarder voor de deur...

I: Ja.

CV: ...en misschien gaan ze het water wel afsluiten zei ik. Ik was helemaal bang weet je? Ik weet het niet meer. Ik kan wel zeggen ja financieel is het best wel erg krap nu, want ik werk alleen maar drie dagen. Overdags kan ik wel het huishouden aanpakken, maar de rekeningen kan ik niet betalen, zei ik.

4.4.4 Behoeften: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam

Equivalenties Behoeften: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam

In twee van de zeven casussen meldden naasten en maatschappelijk werkers dat er problemen waren in de communicatie met verpleging en artsen. In beide gevallen hadden de cliënten de indruk dat de zorg voor de patiënt niet optimaal was en ontstond er onduidelijkheid doordat er tegenstrijdige informatie kwam van verschillende medewerkers uit het behandelteam. Het was niet de eerste vraag waarmee naasten bij de maatschappelijk werker kwamen, maar gedurende de begeleiding kwamen dergelijke situaties aan de orde en vroegen zij om hulp hierbij.

Ontevreden over verzorging

C: Ja. Nou, de laatste weken, dat heb ik het ook tegen de maatschappelijk werkster gezegd, als iets mij niet beviel. Bijvoorbeeld dan werden medicijnen op het aanrecht gezet en hij was daar in bed. Hij kon niet uit bed want zijn beide benen zijn kapot. En dan zei ik tegen zuster van: wat zijn die medicijnen dan? Ja die moet hij om twee uur hebben. Ik zeg: het is kwart voor drie. En de laatste week kon je merken dat hij zou weggaan, dan had je echt het idee van: zo vlot mogelijk die man wegwerken. Dat idee had ik.

I: Ja.

C: En hij lag er altijd vies bij, vieze dingen aan. Dan zei ik: goh, kunnen jullie er niet voor zorgen dat het er hier wat schoner uitziet, ik vind het zo smerig als mensen op bezoek komen.

I: Hm.

C: Als ik er was, dan probeerde ik wel hem een ander T-shirt aan te trekken maar ja, ze geven niet mee. Ze liggen daar. Dus dat kon ook niet altijd.

Ontevreden over de communicatie

C: Ja op 'n gegeven moment was de communicatie tussen de verpleging en mij zo moeizaam dat de maatschappelijk werker ook echt voor ons in de bres heeft moeten springen. Want het was de vraag: moet hij wel een helm of moet hij niet een helm? Nou daar ging het maar steeds over en weer. Eh toen was besloten van: ja een helm. Maar hij mocht op weekendverlof en die helm die was nog niet gemaakt. En eh dus de ene arts die stuurt hem op weekendverlof. En de volgende dag komt de andere arts visite lopen, zegt hij: u gaat morgen naar huis. Ja, zegt mijn man. Zonder helm? Ja, zegt mijn man, zonder helm. Nou dat is knap stom, zegt hij. De verantwoordelijkheid is voor u zelf. Nou ik had al elke dag gevraagd van: kan het wel? En is het wel veilig? En als hij buiten loopt, als er iets op z'n hoofd komt, wat dan? En dat kon allemaal. Nou dus dan krijg je in een keer dát verhaal. Nou dus ik ontplotte hier bijna. Ik had echt zoiets van: jee wat is dit nou? Ik zeg: zo gaan jullie gewoon niet met ons om, ik vind dit heel onmenselijk. Eerst mag hij van jullie naar huis en dan in een keer van: ja de verantwoordelijkheid ligt bij jullie. Terwijl dat ik er al steeds geen lekker gevoel bij had.

Aanvullingen en opposities Behoeften: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam

Er zijn geen aanvullingen of opposities aangetroffen over de behoefte aan communicatieverbetering tussen patiëntstelsel en behandelteam.

4.4.5 Behoeften: Samenvatting en conclusies

In tabel 4.4 (paragraaf 4.7) staat in de derde kolom per casus en per categorie aangegeven waaraan behoefte was.

In alle casussen was behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding en werd dit ook door maatschappelijk werker en naasten genoemd.

Het ging om de volgende behoeften:

- begeleiding bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met de patiënt;
- begeleiding bij het omgaan met de reacties van de kinderen op de situatie;
- begeleiding bij een dilemma op het gebied van wonen;
- begeleiden bij het omgaan met schuldgevoelens;
- begeleiding bij het omgaan met relationele problemen.

Ook was in alle casussen behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding, maar in twee situaties is dit niet door de maatschappelijk werker herkend, of onderschat. Naasten hadden behoefte aan:

- het praten over ervaringen en gevoelens;
- steun om zichzelf staande te houden;
- ondersteuning voor de patiënt;
- steun voor andere betrokkenen.

In drie van de zeven casussen zijn naasten van mening dat er eerder een aanbod voor ondersteuning van maatschappelijk werk had moeten zijn. Deze naasten benadrukken het gevoel van ontredde dat ze hadden op de spoedeisende hulp en de intensive care. In die tijd van wachten en onzekerheid hadden ze graag met een maatschappelijk werker willen praten.

In zes van de zeven casussen was behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening, maar ook hier is dit in twee gevallen niet door de maatschappelijk werker aangekaart. Bij concrete en informatieve hulpverlening ging het om vragen op het gebied van:

- financiële consequenties van het ongeval onder meer door het wegvallen van inkomsten;
- informeren over voorzieningen zoals een toegangspas van het restaurant;
- juridische ondersteuning;
- regelen van praktische zaken zoals huishoudelijk hulp en de deeltaxi

In twee situaties delen maatschappelijk werkers en naasten de mening dat er behoefte was aan hulp bij communicatieproblemen met leden uit het behandelteam. In beide situaties waren naasten van mening dat de zorg voor de patiënt niet optimaal was. Bovendien hadden zij last van tegenstrijdige berichten uit het behandelteam.

Wat over het algemeen opvalt, is dat cliënten zich vooral uitdrukken in termen van hoe de situatie voor hen was (behoeften, ervaringen, problemen) en dat maatschappelijk werkers meer tot uitdrukking brengen waar de hulpverlening op gericht was (doelen).

Alle naasten wilden ook ondersteuning voor de patiënt en in één casus ook voor andere betrokkenen. Naasten vonden het belangrijk dat zij ook iemand hadden om mee te praten.

Een deel van de behoeften was niet bij aanvang van het contact met maatschappelijk werk aanwezig of duidelijk, maar ontwikkelden zich gedurende de hulpverlening. Bijvoorbeeld de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening en de behoefte aan hulp bij problemen in de communicatie met artsen en verpleegkundigen. Door te volgen hoe het de naasten tijdens de ziekenhuisopname vergaat krijgt de maatschappelijk werker zicht op waar hulp bij gewenst of nodig is.

4.5 Resultaten Hulpverlening

Voor het beschrijven van de resultaten voor het hoofdaspect hulpverlening is een onderscheid gemaakt tussen *wat* maatschappelijk werkers doen en *hoe* ze dit doen. Aan de hand van de categorieën ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichtte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en communicatieverbetering patiëntensysteem en behandelteam krijgen we in paragraaf 4.6.1 t/m 4.6.4 een beeld van wat maatschappelijk werkers doen in de hulpverlening aan naasten. De beschrijving in paragraaf 4.6.5 t/m 4.6.8 geeft vervolgens inzicht in de wijze waarop ze dit doen. De benadering die medisch maatschappelijk werkers kiezen, de strategie die zij hanteren, de dilemma's die zij daarin tegenkomen en de samenwerking met collega's en andere disciplines passeren achtereenvolgens de revue. Ook hier laten de resultaten zien waarin maatschappelijk werkers en cliënten elkaar bevestigen (equivalenties), aanvullen of van mening verschillen (opposities). In paragraaf 4.6.9 ten slotte, worden hieruit conclusies getrokken.

4.5.1 Hulpverlening: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Equivalenties Hulpverlening: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

In vier van de zeven casussen noemen maatschappelijk werkers en naasten dat het geven van ondersteuning centraal stond in de hulpverlening. Het ging om het geven van eerste opvang, de naaste de kans geven zijn verhaal te doen, stimuleren om te vertellen, aandacht geven, belangstelling tonen en bevestiging geven. Maar het ging bijvoorbeeld ook om het geven van steun t.a.v. dubbele gevoelens in de situatie, dat die er mogen zijn of steunen in de keuzen die naasten maken en de manier waarop ze met de situatie omgaan.

Steun bij keuzen maken

I: Hé dat advies hè om gewoon wat langer weg te blijven, van wie kreeg je dat advies?

C: Eh van de verpleging.

I: Van de verpleging.

C: Ja. En dat is ook heel moeilijk om die stap te zetten. Zeker het idee om ja, ik vond het dan in de steek laten.

I: Hm.

C: En zeiden hun: dat is helemaal niet waar. En dat zei de maatschappelijk werkster ook. Die zei ook van: je laat hem niet in de steek.

I: Nee.

C: Hij weet dat je er bent, dat je op tijd naar huis gaat. En ook waarom.

I: Ja. Dat dat ook nodig is.

C: Ja. Dat je ook aan je rust moet komen en fatsoenlijk slapen, fatsoenlijk eten. Dat soort dingen allemaal.

De maatschappelijk werkers steunden de naasten bij moeilijke beslissingen die zij moesten nemen, bijvoorbeeld of de (jonge) kinderen er wel of niet bij betrokken moesten worden, of de naaste wel of niet een klacht zou indienen tegen het ziekenhuis over de verzorging.

Steun bij omgaan met klachten

C: Daar heb ik het ook met de maatschappelijk werker nog over gehad, op 'n gegeven moment: moet ik hier nou iets mee doen? Moet ik hier een klacht over insturen? En eh toen zei hij ook van: als je dat wilt doen, zegt hij, steun ik je daarin. Hij zegt: maar besef wel dat het heel veel energie kost. Hij zegt: maar ik wil je er niet van weerhouden maar ik wil je wel laten weten dat het je heel veel energie kost. En is het je dat op dit moment waard? En dat had ik ook, ik zeg: dat trek ik echt niet.

I: Ja.

C: Dus hij heeft het niet laten liggen van: ik zeg daar niks over. Hij heeft me wel gewezen op het feit van: je kunt 'n klacht erover indienen.

I: O, daar heeft hij ook op gewezen?

C: Ja. Heeft hij me op gewezen. Ja. Dus ik zelf had zoiets van: nee eh... en dat zei hij ook van: het kost je heel veel energie als je het doet.

In alle zeven casussen heeft de maatschappelijk werker niet alleen de naasten ondersteund, maar ook de patiënt.

Steun voor de patient

M: En toen heb ik ook een keer, ook na die keer heb ik afgesproken om ook 'ns op de afdeling te komen de volgende keer om eh ook kennis te maken met de aanhang.

I: Hm. Dat had jij voorgesteld?

M: Ja.

I: Wat zijn daar je redenen voor?

M: Nou ook om 'n beetje in te schatten van hoe ze op elkaar reageren en ook voor hem, mocht het nodig zijn hè, zeker als je wakker wordt dan eh...

I: Ja. Dus contact maken waardoor hij ook aan zou kunnen geven wat hij eventueel nodig had...

M: Ja. Ja.

I: Ja. En dat vond zij goed?

M: Ja, ja. Daar stond ze wel voor open.

De naasten hechtten er veel waarde aan dat de maatschappelijk werker er ook voor de patiënt was. In een van de casussen was het contact met de patiënt zelfs intensiever dan met de familie. In een andere casus is het contact met de patiënt heel beperkt gebleven omdat er sprake van was dat hij zou worden overgeplaatst. Naast een maatschappelijk werker hadden beiden graag gezien dat er meer contact was geweest.

Aanvullingen Hulpverlening: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

De verhalen van de maatschappelijk werkers en cliënten komen met elkaar overeen als het gaat om de ondersteuning die is geboden. Zij belichten in het interview dezelfde zaken.

Opposities Hulpverlening: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

In één casus is de eerste twee weken de ondersteuning door de verpleegkundigen gedaan. De maatschappelijk werker meende dat dit een goede zaak was, maar de cliënt was het daar niet mee eens.

Opvang door verpleging

I: Ja. Ja. En eh dus blijkbaar toen meneer net hier was opgenomen toen was er nog geen vraag voor maatschappelijk werk.

M: Nee.

I: Maar dat kwam naarmate hij hier wat langer lag.

M: Ja. Nou en dat was ook bij haar eh maar dat hoor ik ook altijd terug eh van mensen dat de eerste opvang door verpleegkundigen gewoon geweldig is. Daar zijn mensen gewoon heel erg tevreden over.

I: Ja.

M: Ik denk van: nou, dat was ook prima.

Mevrouw was zeker heel tevreden over de verpleging, maar vindt dat de ondersteuning door de verpleging niet te vergelijken is met die van maatschappelijk werk.

Ondersteuning door maatschappelijk werk

C: Eh verpleegkundigen die zijn er meer voor de patiënten, om daarvoor te zorgen, om te

zorgen dat die goed liggen, schoon zijn, wonden verzorgen. En dat andere, de gesprekken die zijn echt voor maatschappelijk werk vind ik dan. Omdat de verpleging heeft 't al hartstikke druk. Die moeten al zo verschrikkelijk veel doen. En om ook nog eens tijd te gaan maken om met de familie te praten, lekker op hun gemak, ergens in een kamer, die hebben daar helemaal geen tijd voor.

I: Nee. Komen ze niet aan toe?

C: Nee. Wat je dan te vragen hebt, dat is dan eh gewoon op de kamer zelf.

I: Ja. Ja. Dus tussen de bedrijven door zijn er wel van die contacten.

C: Ja, absoluut. Maar die hebben geen tijd om eens lekker 'n half uur of 'n uur met jou aan tafel te gaan zitten.

I: Nee. En dat vind je ergens wel belangrijk. Dat je iemand hebt die jou even mee eruit kan nemen en apart gaan zitten.

C: Ja. Inderdaad. Ja.

4.5.2 Hulpverlening: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Equivalenties Hulpverlening: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding

In vier van de zeven casussen vertellen maatschappelijk werkers en naasten dat in de gesprekken besproken is hoe de naasten kunnen omgaan met de stressvolle situatie. Aan de orde kwam wat de naasten konden ondernemen om toch nog wat ontspanning te vinden, waar zij hulp van mensen uit hun omgeving bij konden inschakelen, hoe zij weer een normaler dagritme konden oppakken. Ook gingen maatschappelijk werkers in op hoe naasten konden omgaan met voor hen lastige of onbekende situaties, bijvoorbeeld het gedrag van de patiënt of een gesprek met een arts.

Op een rijtje zetten

C: Maar dus we hadden dat gesprekje gehad, heel veel dingen werden doordat de maatschappelijk werker bepaalde dingen vraagt, wat weet ik zo al niet meer maar gewoon effetjes mee dingen op een rijtje gezet heeft. Gewoon hoe het ging tot dat moment. Dat je het aardig helder had voordat wij naar die revalidatiearts gingen.

I: Ja.

C: Dus toen wij daar kwamen, want dat heb ik later ook tegen hem gezegd, ik zeg: nou dat vond ik achteraf heel fijn dat we van tevoren nog samen bij jou geweest zijn, dat we, ja we hadden het verhaal zelf ook een heel stuk...

I: Ja.

C: ...op een rij staan. Dus dan zijn we later bij de revalidatiearts en dan kun je ook duidelijker dingen uitleggen.

I: Hm.

C: ...zonder dat je zit van: eh eh ja dat weet ik niet. Of eh: ja daar heb ik niet over nagedacht. Dat is echt gewoon, je kwam beslagen ten ijs dat je je dingen kon vertellen. Dus vond ik heel erg fijn gewoon dat ik denk van: ja, dat zijn ook die dingen gewoon dat hij ons scherp gehouden heeft.

In twee casussen hebben maatschappelijk werkers naasten begeleid bij het moment en de wijze waarop zij de patiënt konden inlichten over wat er was gebeurd. Zij hebben het gesprek met hen voorbereid en ervoor gezorgd dat er iemand aanwezig was waarop zij zonodig konden terugvallen. In het ene geval was dat een verpleegkundige, in het andere geval de maatschappelijk werker zelf.

Voorbereiden

I: Als we nog even teruggaan eh naar het contact dat je met de maatschappelijk werker hebt gehad hè, je zegt: ik vind 't moeilijk om het goed terug te halen eh van wat er allemaal aan de orde is geweest. Er is natuurlijk ook heel veel gebeurd. Maar in ieder geval zei jij in het begin 'n keer van eh hij heeft jou toen gebeld van eh zou jij het toch aan je broer willen vertellen? En

toen hebben jullie eh in de voorbereiding nog contact met elkaar gehad. Kun je dat nog herinneren hoe dat is geweest?

C: Ja, er zaten twee verpleegkundigen bij en er werd verteld hoe ik het, hoe mijn broer dan zou kunnen reageren.

I: Hm.

C: En hoe ik de dingen moest brengen. Ik mocht gewoon alles vertellen.

I: En dat legde de verpleegkundige je uit? Of legde de maatschappelijk werker dat uit?

C: De maatschappelijk werker.

Aanvullingen Hulpverlening: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Eén van de maatschappelijk werkers had naast de gesprekken met de ouders van de patiënte ook contact met een zusje. Deze gesprekken hadden betrekking op het schuldgevoel dat zij had en hoe zij daarmee om moest gaan. De maatschappelijk werker heeft via concrete vragen haar na laten denken over hoe ze dit wilde aanpakken, haar uitgelegd dat haar reactie niet vreemd was en haar advies gegeven.

Opposities Hulpverlening: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding

In de interviews is geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat naasten en maatschappelijk werkers het op sommige punten niet met elkaar eens zijn over de veranderings- en competentiegerichte begeleiding die is geboden.

4.5.3 Hulpverlening: Concrete en informatieve hulpverlening

Equivalenties Hulpverlening: Concrete en informatieve hulpverlening

In vier van de zeven casussen hebben de maatschappelijk werkers ook op een meer praktische manier hulp verleend. Een maatschappelijk werker heeft bijvoorbeeld geregeld dat haar cliënte een vergoeding voor de deeltaxi kreeg, omdat zij moeilijk met het openbaar vervoer naar het ziekenhuis kon komen. Een andere maatschappelijk werker regelde voor de ouders een gastenpas van het restaurant waardoor ze eerst konden eten voordat ze naar huis gingen en zo de files konden vermijden. In een van de casussen heeft de maatschappelijk werker voor de naasten Slachtofferhulp ingeschakeld en een letselschade advocaat geregeld. Ze heeft hen het belang daarvan uitgelegd en ze volgde ook of het contact daadwerkelijk tot stand kwam en goed verliep.

Regelen

CV: Zij heeft ervoor gezorgd dat Slachtofferhulp contact met ons opnam, ze heeft ervoor gezorgd dat we 'n een advocaat voor eh blijvend letsel kregen.

I: Hm.

CV: Dat soort dingen. Dat zijn echt dingen waar wij als normaal buitenstaanders eigenlijk helemaal geen weet van hebben.

I: Nee.

CV: En dat was gewoon ook heel fijn dat zij je daar op attendeerde en ook zorgde dat die mensen contact met ons opnamen.

CM: Ja ook actie ondernamen...

CV: Ja. Absoluut. En dan ook vragen 'n paar dagen later van: heb je al wat gehoord? Of: is er al contact geweest?

In een van de casussen stond concrete en informatieve hulpverlening centraal. Ook deze maatschappelijk werker heeft een letselschadeadvocaat ingeschakeld en hierover overleg gehad met Slachtofferhulp en een notaris.

Advocaat inschakelen

C: En toen heeft hij ons aangeraden ook om een advocaat te nemen.

I: Oké. Ja.

C: En daar had, hebben we wel 'n afspraak mee gemaakt toen, maar daar had mijn jongste broer niet 'n goed gevoel over dus we hebben we dat gecancelled. Toen is ook mijn jongste broer 'n keer mee geweest met het gesprek met de maatschappelijk werker, die heeft toen duidelijker uitgelegd waarom we 'n advocaat nodig eh zouden moeten hebben.

In drie casussen regelden de maatschappelijk werkers dat de patiënt en naasten vanuit de verpleegafdeling nog eens contact konden hebben met het behandelteam op de intensive care. Patiënten herinnerden zich niet veel van die periode, terwijl de naasten daar wel veel herinneringen aan hadden. Maatschappelijk werkers hebben de ervaring dat het patiënt en naasten helpt om nog eens naar de intensive care te gaan, te zien waar ze gelegen hebben, met medewerkers te kunnen praten die voor hen hebben gezorgd. Zij regelden dat patiënt en naasten een bezoek aan de intensive care konden brengen, gingen zelf mee of vroegen medewerkers van de spoedeisende hulp en intensive care om de patiënt te bezoeken.

Aanvullingen Hulpverlening: Concrete en informatieve hulpverlening

In een van de casussen heeft het maatschappelijk werk ervoor gezorgd dat mevrouw huishoudelijke hulp kreeg. Door haar fysieke conditie, zwangerschap, zorg voor haar zoontje en het ziekenhuisbezoek wist mevrouw het huishouden niet meer op orde te houden.

Contact met thuiszorg

C: Ja. Die zijn vanmorgen hier geweest en morgen krijg ik dan te horen of dat ik hulp in huis krijg.

I: Of je hulp krijgt. Hé, want je zei eh dat had zij geregeld, die maatschappelijk werkster?

C: Ja ik had zelf al, want eerst had ik naar, de thuiszorg gebeld, maar dat moet je bij de gemeente aanvragen. Dat wist ik helemaal niet.

I: Ja, dat is veranderd hè?

C: Ja. Dus die heb ik op 'n gegeven moment gebeld en eh ja de wachtlijst die was dan toch wel een aantal weken voordat je zo'n intakegesprek krijgt en eh ja, heel toevallig kwam dat vorige week ter sprake en toen zei zij van: zal ik de gemeente eens bellen? Ik zei: ja dat vind ik prima. Doe maar.

I: Ja. Ja.

C: En die zijn vanmorgen al geweest en van de week heeft zij gebeld.

I: Kijk, dus toen ging het ineens snel.

C: Ja. Dus morgen hoor ik er meer over en 't kan goed zijn dat ik volgende week al hulp heb hier in huis.

Twee maatschappelijk werkers noemen dat ze in het contact met de naasten zijn nagegaan of er dingen geregeld moesten worden op het gebied van bijvoorbeeld wonen, studie en werk. Twee andere maatschappelijk werkers vertellen dat praktische hulpverlening hen niet zo ligt. Eén van hen noemt dat ze mensen wel de weg hierin kan wijzen en de ander vertelt dat ze meer gericht is op hoe de naaste in haar vel zit. Achteraf denkt deze maatschappelijk werker dat ze terug had moeten komen op de opmerking van mevrouw in het eerste gesprek, dat de inkomsten terugvielen nu haar man in het ziekenhuis lag. Hij was kostwinner en maakte altijd veel overuren, waarvan de verdiensten nu wegvielen.

Vermindering van inkomsten

I: Je zei ook even van goh eh ik ben er niet meer op teruggekomen, ook omdat ik de indruk had dat het voor haar minder prioriteit had, ze begon er ook niet over en je zei ook, daar is toch niks aan te doen, aan dat dat wegvalt, die inkomsten.

M: Ja ik weet niet ja, misschien heeft dat zo wel gewerkt, ja ik heb dat niet bewust eh opzij geschoven, maar ik heb 't ook niet eh onder de aandacht meer gebracht.

I: Nee, het was eigenlijk niet zo op de voorgrond.

M: Nee.

I: Nee dus geen bewuste keuze om het niet te doen.

M: Nee.

I: Maar eh het was gewoon niet op de voorgrond.

M: Nee, want als ik nu zo terugdenk, denk ik van: goh, dat is wel 'n punt dat je het inderdaad terug had kunnen halen.

I: Ja.

M: Vanaf dat ze merkt dat ze er last van heeft hè na verloop van tijd dat toch de vaste lasten...

I: Ja. Dat denk ik dan.

M: ...die gaan gewoon door.

Opposities Hulpverlening: Concrete en informatieve hulpverlening

In de interviews zijn geen onderwerpen aangetroffen waarin cliënten en naasten met elkaar van mening verschilden over de concrete en informatieve hulpverlening die is geboden.

4.5.4 Hulpverlening: Communicatieverbetering patiëntstelsel – behandelteam

Equivalenties Hulpverlening: Communicatieverbetering patiëntstelsel – behandelteam

De maatschappelijk werkers van twee casussen bemiddelden tussen naaste en afdeling. Deze naasten waren ontevreden over de verpleging en artsen. In beide situaties ging het erom dat ze vonden dat er onvoldoende en geen adequate zorg voor de patiënt was. De maatschappelijk werkers probeerden naasten en behandelteam dicht bij elkaar te brengen door uitleg te geven over opvattingen, gevoelens en gedrag van de ander. Ze sprongen voor de naasten in de bres, maar belichtten tevens het perspectief van artsen en verpleging.

Uitleggen

M: En ik, dat heb ik dus aan die ene verpleegkundige gevraagd: neem even tijd voor d'r.

I: Hm.

M: En leg uit hoe jullie het doen.

I: Ja.

M: Ook om dit te laten uitleggen, want dat kunnen zij vaak beter.

I: Hm.

M: Hoe ze het aanpakken, hoe hij reageert en daar is zij niet bij. [lacht]

I: Nee, nee.

M: En hoe, hoe onafhankelijk wil iemand zijn, en een heleboel patiënten willen graag heel onafhankelijk zijn.

I: Ja.

M: Ook al wordt het dan niet zo netjes, of wordt het bed vies. En familie heeft vaak: het bed was heel smerig hoor. Maar dat is helemaal niet zo erg. Veel erger is dat als het bed verschoond moet worden dat die man opgetakeld moet worden en, snap je?

Bemiddelen

C: En dat is wat de maatschappelijk werker ook wel geprobeerd heeft om te creëren dat mijn vertrouwen in de verpleging hier zo op die manier zou zijn dat ik met een vertrouwd gevoel

weg zou gaan, dat het eh...

I: Hm.

C: ...goed zou voelen.

I: En wat heeft hij daarvoor gedaan? Kun je daar iets over zeggen?

C: Ja hij heeft dan ook gesprekken gehad met de verpleging. Ook dat de communicatie beter moest. En eh wij samen hebben ook wel gesprekken gehad dat hij ook probeerde te belichten gewoon vanuit de ziekenhuiskant.

Aanvullingen en opposities Hulpverlening: Communicatieverbetering patiëntstelsel – behandelteam

De verhalen van naasten en maatschappelijk werkers kwamen met elkaar overeen als het gaat om de hulp die is geboden om de communicatie met artsen en verpleging te verbeteren.

4.5.5 Hulpverlening: Benadering

Om de benadering te typeren is gekeken naar wat naasten en maatschappelijk werkers zeggen over de balans tussen het proces van cliëntontwikkeling, interactieontwikkeling en probleemafwikkeling en tussen interventie en presentie (zie 4.2.2.)

Equivalenties Hulpverlening: Benadering

In vier van de zeven casussen noemen maatschappelijk werkers en naasten dat het volgen van de behoeften van de cliënt centraal stond in de benadering van de maatschappelijk werker. Het gespreksonderwerp werd meestal bepaald door wat er op dat moment speelde. De maatschappelijk werker volgde als het ware het proces van cliëntontwikkeling, dat wil zeggen dat hij volgde waar de naaste op dat moment aan toe was, daarbij aansloot en inging op wat op dat moment voor de naaste belangrijk en nodig was. Het gaat hier om het volgen van het psychologisch proces dat de naaste doorloopt en het erkennen dat dit voor de naaste bestaat uit verschillende fasen op weg naar het kunnen hanteren van de situatie (Snellen, 2007).

Van het één naar het ander

I: Ja. Ja. Oké. En eh die gesprekken hè, u vertelt iets over u kon uw verhaal kwijt eh ze gaf tips, adviezen en eh ze heeft ook wel praktische dingen gedaan. Eh nam zij daarin veel initiatieven of was u het met name die bepaalde van waar het over ging in die gesprekken?

C: Ja, ik denk dat ik het was. Dan kwam d'r weer iets boven, dan hop je van het een naar het ander eigenlijk hè, dan was je met iets bezig en dan had ik weer wat anders en ja, zulke dingen gebeuren dan omdat je ook heel nerveus bent.

Van dag tot dag

M: En ik benadruk vaak op de IC moeten we maar per dag kijken, want er kan zoveel in 'n dag gebeuren dat het niet zoveel zin heeft om al te denken: hoe zullen we overmorgen... Nou dat snappen mensen altijd en dat, ja dat geeft wel structuur aan het gesprek.

Het leek in deze casussen alsof interventies waren ingebed in presentie (Baart, 2001; van der Laan, 2003). Er met oprechte aandacht zijn voor de naaste en deze volgen in het moment, vormde de basis voor interventies.

Volgen

M: nou toen hij dus naar de afdeling ging, dan krijg je een aantal concrete punten.

I: Hm.

M: Eh dat wil niet zeggen dat de lijn van het hele contact weg is, maar dan gebeurt er in korte tijd een heleboel andersoortige dingen...

I: Ja.

M: ...die haar dán bezighouden.

I: Ja. Ja.

M: En dan laat ik dat ook gebeuren, omdat dát het belangrijkste is voor haar op dat moment. Eh hoe ze benaderd wordt op de afdeling, eh of ze denkt dat ie zijn eten wel krijgt, of ie dan de goeie medicijnen krijgt. Dus dan zijn dat zulke belangrijke dingen dat ik daar gewoon, dan volg ik haar.

I: Ja.

M: Dan volg ik de cliënt in wat op dát moment belangrijk is.

Laten praten

C: En daar had je nu eigenlijk ze liet mij maar maar praten.

I: Hm.

C: En ze luisterde naar me.

Deze maatschappelijk werkers volgden hoe het met de cliënt ging en bewaakten of deze zich staande wist te houden.

In zes van de zeven casussen hadden maatschappelijk werkers veel aandacht voor de naasten. Ze luisterden, toonden belangstelling en gaven erkenning.

Open vragen

I: Jij stelt dan een aantal vragen in zo'n gesprek hè, ik probeer me 'n beeld te vormen van hoe dat dan gaat hè, want zij komt dan binnen de tweede keer en dat zal 'n beetje hetzelfde zijn, van: ga zitten en wil je misschien iets drinken. En dan?

M: Nou dan, ja ik denk dat ik dan al heel snel met de vraag begin van: goh hoe is het?

I: Ja. Hele open vraag, kijkt hoe zij er nu, hoe ze er nu voorstaat.

M: En met haar en met haar man. Vaak beginnen mensen te vertellen van hoe het met de patiënt gaat hè.

I: Ja, natuurlijk. Ja.

M: En eh ja ik ga als dat stuk is geweest toch zeker eh altijd nog na: hoe gaat het nou met jou?

I: Ja.

M: En ja... ja, is het niet te veel? Ja, dat zijn wel rechtstreekse vragen. Of dat ze genoeg eh ontspanning hebben of dat ze ook nog contact hebben met andere mensen, hoe dat gaat? Of ze van hun werk bellen? Dat soort eh vragen. Ja.

I: Ja. Dus eigenlijk inderdaad je volgt een beetje hoe het met haar gaat gedurende de opname zo hè?

M: Ja.

Stand van zaken doornemen

I: En zo een keer in de week, was dat voor jou goed?

C: Ja. Ja, gewoon even doornemen, de stand van zaken, hoe dat het met mijn man ging, hoe dat het met mij ging en eh hoe dat alles geregeld was, ook thuis en zo allemaal. En eh ja want ik heb natuurlijk ook een zoon van acht. Die moest natuurlijk ook eh gewoon naar school en ik moest opvang regelen voor daarna.

I: Ja. Dus dat nam je met haar door wat er allemaal bij kwam kijken.

C: Ja.

I: En eh daar kon je dan over vertellen.

C: Ja.

Maatschappelijk werkers zochten een balans tussen afstand en nabijheid. De cliënt en maatschappelijk werker uit een van de casussen belichten bijvoorbeeld beiden dat het verhaal van de

cliënt de werker wel raakte, maar dat hij er niet emotioneel bij betrokken was. Hij hield ook een bepaalde afstand, waardoor het voor de cliënt makkelijker was de maatschappelijk werker 'lastig te vallen' met haar verhaal.

In een van de casussen koos de maatschappelijk werker voor een duidelijk sturende en directieve benadering. Hij vond het in het belang van de patiënt dat er een letselschadeadvocaat werd ingeschakeld en drong daar op aan toen de familie daar in eerste instantie niet veel voor voelde. In zijn benadering stond interventie meer centraal dan presentie en ging het meer om probleemafwikkeling dan cliënt- en interactieontwikkeling. In alle andere casussen was dit meer in balans.

Aanvullingen Hulpverlening: Benadering

In zes van de zeven casussen spreken de cliënten in positieve termen over de benadering van de maatschappelijk werker. Zij zijn duidelijk tevreden over de wijze waarop de maatschappelijk werker de relatie met hen is aangegaan en onderhield.

De cliënten uit twee casussen vertellen bijvoorbeeld dat de maatschappelijk werker gewoon, eigen en vertrouwd was.

Gewoon

C: Want je hebt wel eens mensen, ja dat vind ik dan van van sportmensen vaak, die krijgen dan zo'n air van: hier kom ik hè? Nou dat moeten ze bij mij echt niet doen.

I: Nee.

C: En dat doen die mensen ook niet vind ik, wat ik zo zie.

I: Oké.

C: Dat ze verbeelding hebben van: ik sta boven jou of...

I: Nee. Nee.

C: Ze hebben geen verbeelding. Het zijn gewone mensen.

In vier casussen vertellen de naasten bovendien dat de maatschappelijk werker neutraal en niet-veroordelend was.

Neutraal

CM: Nou het gewone denk ik.

CV: Ja.

I: Het gewone?

CM: Ja. Het gewone, ja hoe moet je dat nou...

CV: De maatschappelijk werkster kwam heel vertrouwd over.

CM: Ja maar ook het, niks geen...

CV: Heel normaal. Er is geen poespas bij van eh ik ben een maatschappelijk werker of zo.

Gewoon.

CM: En geen veroordelen, maar gewoon neutraal en dat je dus ja en hoe moet je dat verder eigenlijk, dat valt niet mee om dat...

I: Nee, dat is ook lastig.

CM: ...om dat zo te formuleren. Dat valt niet mee.

I: Nee.

CM: Ik denk gewoon het neutrale positie innemen. Dat dat...

CV: Heel belangrijk is. Ten minste dat was voor ons heel belangrijk.

CM: Ja zonder oordelen en veroordelen.

In een andere casus zeggen de cliënten dat de maatschappelijk werker aardig was en met hen meeleefde.

Meeleven

I: Ja. Oké. En hoe vond je haar als persoon? Want ze zeggen wel: 't is heel belangrijk hoe 'n

maatschappelijk werker als persoon is.

CZ: Ja, was wel aardig en ja, had het wel goed gedaan ja, heel aardig vond ik.

I: Hm. Ja. Ze was aardig. En je zegt: je vindt dat ze dat goed heeft gedaan.

CZ: Ja.

I: Wat vond jij goed van haar?

CZ: Nou ja, ze leefde ook veel met je mee en eh ja ik vond dat ze wel goeie, ja net zoals net, ze stelde goeie vragen.

Cliënten uit vier van de zeven casussen benadrukken het belang dat het klikt met de maatschappelijk werker.

Relaxed

C: Ja. Ik heb gewoon hele fijne gesprekken gehad met de maatschappelijk werkster.

I: Ja.

C: Gewoon heel relaxed en dat vind ik ook heel belangrijk.

I: Ja. Waren ook relaxte gesprekken?

C: Ja. Absoluut.

I: Waar zat hem dat in?

C: Gewoon hoe hoe we tegenover mekaar zaten. Gewoon, ja, of dat we mekaar al heel lang kenden. Net wat ik in het begin zei, die klik, die moet er zijn. Is er die niet, dan ga je heel geforceerd ga je daar zitten.

I: Ja. Ja.

C: En dat is fout. Dat is, vind ik fout.

Een van hen beweert dat het met de ene maatschappelijk werker beter klikt dan met de andere, zonder te kunnen zeggen waar het in zit. Het is iets persoonlijks, volgens haar. Een andere cliënt noemt dat de klik er wel was met de maatschappelijk werker in het ziekenhuis en minder met die 'meneer' in de revalidatiekliniek.

Verder roemen de ouders uit een van de casussen de zorgvuldigheid van de maatschappelijk werker. Zij had namelijk ook contact met hun dochter, maar liet zich daarover niet uit in het gesprek met de ouders.

De cliënten uit twee casussen vertellen dat de maatschappelijk werker nogal direct was en dat vonden ze plezierig.

Eén van de naasten is minder positief over de benadering van de maatschappelijk werker. Zij miste betrokkenheid van deze maatschappelijk werker en zegt dat hij er meer voor de patiënt was dan voor haar. Dit wordt ook wel bevestigd als we naar het verhaal van de maatschappelijk werker kijken. Hij vertelt veel over de patiënt, maar amper iets over diens zus en haar leed. Hij heeft veel geregeld, maar noemt ook dat hij dit in het belang van de patiënt heeft gedaan. Hij zegt letterlijk dat hij meer gericht was op de lange termijn belangen van de patiënt dan op hoe de familie het vol kon houden.

Betrokkenheid

C: Ja. Hij was ook niet mijn persoon. Nee.

I: Nee. En kan je iets zeggen over waar hem dat in zat?

C: Misschien omdat hij z'n werk doet om z'n werk en niet om z'n gevoel.

I: Kun je dat 'ns toelichten?

C: Nou, ik werk in de thuiszorg en ik ben heel betrokken op het moment dat ik bij de mensen ben. Ik ben het wel weer kwijt als ik er weg ben.

I: Hm.

C: Maar ik heb wel 'n betrokkenheid bij de mensen, wat mensen ook kunnen voelen.

I: Ja.

C: En dat heb ik met bij hem niet gehad.

I: Dat heb je niet gevoeld. Nee, dat hij dat had bij je.

C: Nee.

Een van de maatschappelijk werkers meent dat cliënten zich snel bij haar op haar gemak voelen omdat zij naast de cliënt gaat staan en zich niet boven hen plaatst.

Ernaast gaan staan

M: Nou en ja wat ik wel merk en wat ik ook terughoor altijd en ook op de afdeling vinden ze het heel makkelijk om mij in te roepen omdat eh ja dat mensen zich heel snel op hun gemak voelen bij mij.

I: Ja.

M: En dat is natuurlijk wel 'n goeie basis.

I: Ja, dat kan je wel zeggen. Weet je ook wat jij daar zelf in doet, waardoor dat zo is?

M: Nou ik denk dat ik echt naast mensen ga staan. Ik heb absoluut niet de behoefte om erboven te staan, van: hier is de maatschappelijk werker en die komt het even vertellen. Die behoefte die ken ik eigenlijk niet.

Zeven van de acht maatschappelijk werkers zeggen de cliënten te volgen in het moment, wat zij op dat moment nodig hebben. Eén van hen benadrukt dat hij ook stuurt. Hij noemt als voorbeelden dat hij stuurt in waar hij wel of niet op in zal gaan, de plaats van het gesprek, hoe hij en de cliënten ten opzichte van elkaar zitten.

Eén van de maatschappelijk werkster vertelt dat ze stuurt door een duidelijke structuur en systematiek in de gesprekken aan te brengen. De fasering uit het social casework volgt ze, ondanks de hectiek van de situatie.

Structuur aanbrengen

M: Ja. Kijken welk probleem er op je bordje komt en kijken wat mensen ermee kunnen en willen.

I: Ja.

M: Ja, en daar volgen de stappen in. Dat wordt allemaal door [Kamphuis?] beschreven. En daar werk ik toch vrij nauwkeurig naar.

I: Oké.

M: Ook al is het traumatologie, want dat is altijd wat we stagiaires natuurlijk proberen eh uit te leggen, je hebt hier soms maar een of twee gesprekken in een heel hectisch en 'n heel heftig iets, maar in elk gesprek zit die structuur van: wie zit daar, waarom, wat is de vraag? Wat is mijn idee daarover? Wat is mijn aanpak?

I: Ja.

M: Dat zit overal en altijd in. Alleen je ziet het niet altijd omdat het zo hectisch is.

I: Ja, ja. Ja.

M: Maar is altijd een begin en een eind.

Een andere maatschappelijk werker stuurde door de cliënt te confronteren met de mogelijke blijvende gevolgen van het ongeval. Ze bewonderde het optimisme van mevrouw, maar vond dat ze de realiteit niet uit het oog moest verliezen.

Confronteren

I: Kun je uitleggen wat jouw motief is om dat tegen haar te zeggen?

M: Eh nou ja toch om eh 't is niet alleen, kijk dat positieve is heel mooi, maar je kop in het zand steken vind ik niet mooi. Dus eh om haar daarvoor te behoeden. Ook. En om ook dingen die niet prettig zijn, om die te bespreken.

(...)

I: Ja. En je zei van eh straks van: eh ja dat doe ik ook want ik vind dat positieve mooi maar de kop in het zand steken niet.

M: Nee.

I: Wat denk jij dat het probleem is, stel dat ze het inderdaad zou negeren?

M: Als ze het zou negeren? Nou het kan natuurlijk een overlevingsmechanisme tijdelijk zijn hè, maar op 'n goeie keer kom je toch voor het verdomde feit dat er misschien wel iets en in hun relatie heel veel problemen gaat geven. En eh ik denk dat het gemakkelijker is om daar heel langzamerhand daar bewust van te worden en zelf dat proces te volgen en af en toe gesteund te worden, dan dat je in een keer ermee geconfronteerd wordt over een half jaar van eh hij heeft toch wel behoorlijk cognitieve problemen. Of als hij thuiskomt en dat ze er dan achter komt dat ze eigenlijk een heel andere man heeft. Dat zou toch een ramp zijn.

De benadering van een van de maatschappelijk werkers week nogal af van de andere zeven. Sturen stond centraal in zijn aanpak. Hij noemt zijn benadering directief.

Opposities Hulpverlening: Benadering

Een van de maatschappelijk werkers heeft, nadat zij de melding kreeg dat er een traumapatiënt was opgenomen, de naasten gebeld en gevraagd of zij een gesprek op prijs stelden. Zij dacht dat de partner van de patiënt het waardeerde dat zij contact opnam. Mevrouw vond dit zeker plezierig, maar werd erdoor overvallen. Zij denkt achteraf dat de maatschappelijk werker de keuze voor een gesprek beter niet aan haar had kunnen laten. Ze had te veel aan haar hoofd om te kunnen besluiten of ze dit wel of niet zou willen. Als de maatschappelijk werker had voorgesteld om voor die week een afspraak te maken was ze daar op in gegaan en ze denkt dat dit voor haar en haar zoon beter zou zijn geweest. Haar zoon bevestigt haar hierin. Ze stellen als het ware een meer directieve benadering voor.

Concreet voorstel doen

CV: Ik denk beter eerder.

I: Dat het beter is om toch eerder te doen?

CV: Ja.

I: Ja. Dat zou beter zijn. Maar in dit geval, want zij had eerder contact opgenomen, maar u had het heel druk hè?

CV: Ja. Ja. Ja.

I: Ja. Want ze heeft het aan u gevraagd en toen heeft u gezegd: nou, wacht maar een tijdje...

CV: Ja.

I: ...eh denkt u nu: dat was ook goed zo? Of had ze toch meer moeten aandringen of eh...?

CV: Misschien beter eh had ze kunnen zeggen, het is nu deze week gebeurd, ik wil graag jullie deze week spreken. Zo iets.

4.5.6 Hulpverlening: Strategie

Om zicht te krijgen op de strategie die de maatschappelijk werker hanteerde in de hulpverlening is gekeken naar (zie 4.2.2):

- de visie die aan het handelen ten grondslag lag;
- de wijze waarop de maatschappelijk werker persoon-in-situatie heeft verkend;
- de frequentie en duur van de hulpverlening;
- de methode en interventies die gekozen zijn;
- bewaken van de kwaliteit van de hulpverlening.

Niet in alle interviews zijn naasten en maatschappelijk werkers op al deze aspecten ingegaan, maar wat genoemd is wordt hierna vermeld.

Equivalenties Hulpverlening: Strategie

Strategie: verkennen persoon-in-situatie

Maatschappelijk werkers en naasten uit zes van de zeven casussen noemen dat in het eerste contact de naasten de kans kregen te vertellen over wat ze hadden meegemaakt en hoe dat voor hen was. De maatschappelijk werker luisterde en stelde vragen en op die manier verkende de maatschappelijk werker wat er aan de hand was en wat de naasten nodig hadden. Ook in het vervolg van de contacten bleef de werker op die manier verkennen hoe het de naaste verging en waar hulp nodig was.

Luisteren en vragen stellen

I: Nee. Nee. Hé, en die gesprekken met de maatschappelijk werker hè, dat had je een keer in de week. Kun je iets zeggen over hoe zo'n gesprek zo ongeveer liep? Vanaf het begin zeg maar.

C: Met een bak koffie. En dan vroeg ze hoe dat het met mijn man ging. Dan vertelde ik dan en dan vroeg ze hoe het met mij ging. Of dat ik het nog allemaal een beetje volhield. Hoe dat het verder allemaal thuis geregeld was.

I: Ja. En dan kon jij vertellen.

C: En dan kon ik vertellen, ja.

Strategie: methode en interventies

Zeven van de acht maatschappelijk werkers luisterden actief en gaven ruimte om het verhaal tot in detail te vertellen, zonodig keer op keer. Via vragen hielpen zij het verhaal te reconstrueren en maakten bespreekbaar wat dat bij de naasten opriep. Zij gaven ruimte aan de emoties en gingen systematisch en gedetailleerd in op de ervaringen van de naaste.

Actief luisteren

M: ...eh vind ik het laten vertellen van de situatie, het ervaren daarin, het horen wat ook niet gezegd wordt maar ook de details daar om vragen, het echt actief luisteren als hulpverlener, dat vind ik een van de belangrijke taken van het maatschappelijk werk in het geval van 'n trauma.

Het hele verhaal laten vertellen

CZ: En toen wij met de maatschappelijk werker hadden gepraat...

I: Ja.

CZ: ...toen eh ja de emoties waren gewoon heel hoog opgekropt en eh 't was wel fijn om het even eruit te laten.

I: Ja. Om dat kwijt te kunnen.

CZ: Ja. Je moet het eigenlijk nooit opkroppen.

I: Ja. En dat was daarvoor met iemand anders nog niet gebeurd? Dat dat eruit kwam?

CV: Nee. Nee. Nee.

CZ: Niet echt. Niet het hele verhaal, dat niet.

I: Nee, nee. Nee.

CV: Want dat kan thuis, bijvoorbeeld als mijn zoon naar bed is en dan komt alles op hem af wat overdag is gebeurd.

I: Ja.

CV: En eh ja dat kan ik best wel met hem bepraten, maar niet net als 'n maatschappelijk werker het doet, stapje voor stapje, weet je?

I: Ja, ja.

CZ: Het moeten wel specialisten zijn.

CV: Bij maatschappelijk werk heeft hij eindelijk zijn emoties kunnen uiten.

Tijd voor nemen

I: Je zei van: de eerste indruk was wel goed die je ervan kreeg. Weet je waar hem dat in zat?

C: Eh ze kon goed luisteren. Ja.

I: Waar merkte je dat aan?

C: Gewoon echt de tijd ervoor nemen en dingen opschrijven en zo en naderhand ook vragen stellen en, ja. Ze liet me echt gewoon m'n verhaal doen.

De maatschappelijk werkers gaven positieve bevestiging aan de cliënten en sloten aan bij hun krachten door te vragen hoe zij zichzelf in andere situaties staande wisten te houden. Ze hielpen bij ordenen en overzicht houden door te vragen naar wat er allemaal gebeuren moest en hoe de dagen er voor de naasten uit zagen.

Strategie: bewaken van de kwaliteit

In één casus noemde zowel de naasten als de maatschappelijk werker dat bij afronding de hulpverlening is geëvalueerd. De patiënte ging naar een revalidatiecentrum. De maatschappelijk werker heeft met de ouders en patiënte afzonderlijk een gesprek gehad over hoe zij terugkeken op de hulpverlening.

Aanvullingen Hulpverlening: Strategie

Strategie: visie

Maatschappelijk werkers hebben diverse opvattingen en overtuigingen om het werk op een bepaalde manier te doen. Een belangrijke vraag in deze setting is of je zelf op familie af moet stappen of niet, of je *outreaching* moet werken. Vijf van de maatschappelijk werkers gaven hun visie hierop. Eén van hen beweert dat sommigen het eng en onwennig vinden om op eigen initiatief contact te leggen met naasten en menen dat mensen zelf om hulp kunnen vragen. Volgens haar gaan jongere collega's meer uit van de mondige cliënt, maar op grond van ervaring meent zij dat in een crisis mensen niet altijd om hulp kunnen vragen en het prettig vinden iemand naast zich te hebben die structureert, ordent, koffie geeft, aandacht heeft. Haar ervaring leert haar dat het mensen goed doet. En je merkt vanzelf of je nodig en gewenst bent of niet.

Actief aanbod

M: En ik denk, en dat weet ik ook uit ervaring, dat wij heel snel voelen: deze familie doet dat met elkaar wel. Die hebben ons niet nodig.

I: Ja.

M: En dat kan je meteen zeggen.

I: Ja.

M: Ik heb kort geleden hier ook 'n 'n hele grote familie gehad, nou dat praat en dat praat en ik zat daar maar bij en op 'n gegeven moment zei ik: ik heb het idee dat jullie met elkaar alles wel kunnen doen en alles ook goed doen als ik dat zo zie. Hebben jullie mij nodig? Nee. Nou, dan ben je weer weg.

I: Ja.

M: Maar geen man overboord. En dan bedanken ze je...

I: Ja.

M: ...dat je er toch was.

Ook een andere maatschappelijk werker vindt dat je patiënt en naasten zelf moet benaderen voor hulp om te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. En opname roept altijd veel vragen op, volgens haar. Haar stijl van benaderen is wel anders: zij belde de naasten met de vraag of zij een gesprek wilden.

Weer een andere maatschappelijk werker denkt er anders over. Zij stapt niet zelf op patiënten of familie af. Alleen met naasten die (zelf of via verpleging) aangeven dat op prijs te stellen, legt zij contact. Zij wil zich niet opdringen.

Op verzoek

M: Ja. Zeker in deze situatie. Ja. Want mensen eh mensen komen hier dus niet voor het maatschappelijk werk. Ze komen hier omdat ze ziek zijn of een ongeluk hebben gehad.

I: Ja.

M: En eh ik ga dus ook niet ongevraagd naar mensen toe.

I: Nee, nee.

M: Ik zeg altijd tegen de verpleging: overleg of de patiënt behoefte heeft aan maatschappelijk werk. En als iemand nee zegt, dan ga ik dus niet.

I: Nee.

M: Het kan wel zo zijn dat de verpleging denkt: ja, wij vinden eigenlijk dat hij maar eens moet praten. Nou dat komt heel zelden voor, maar dan ga ik met ze er naartoe.

I: Ja.

M: Of ik zeg tegen de verpleging: nou probeer die meneer dan te motiveren, hè. Zeg dan dat jullie het heel belangrijk vinden of eh maar ik heb liever dat de patiënt gewoon weet dat ik kom, dan dat ik ongevraagd binnen kom lopen.

I: Kun je me uitleggen wat je overwegingen zijn?

M: Ja. Omdat mensen hier in bed liggen en er zijn al, alles is hun al ontnomen hè, alle regie is ontnomen, eh ze voelen zich heel onzeker en dan komt er weer iemand aan het bed en die zegt die met je komt praten en dan moet je nog praten ook. Ik vind mensen moeten het recht hebben om nee te kunnen zeggen. En het is veel moeilijker tegen mij nee zeggen dan tegen een verpleegkundige die komt vragen over een ander.

Een andere maatschappelijk werker neigt er ook naar om niet standaard een aanbod bij grote trauma's te doen. Volgens haar is de eerste opvang door de verpleegkundigen heel goed. Bovendien is het aantal uren dat zij heeft voor de traumazorg zo beperkt, dat zij een standaard aanbod niet kan waarmaken.

Twee maatschappelijk werkers vertellen waarom zij het van belang vinden om aandacht te hebben voor naasten. Volgens hen staat in het ziekenhuis de patiënt centraal, maar zit de familie met alle angst en consequenties. Deze maatschappelijk werkers vinden het van belang om de tijd te nemen voor naasten, om met hen in contact te komen en het gevoel te geven dat ze echt gehoord zijn.

Aandacht voor familie

M: En wat mijn collega dan ook altijd benadrukt, eh erkennen...

I: Hm.

M: ...dat er een probleem dat het ernstig is. Ook juist voor familieleden.

I: Ja.

M: Want de patiënt is hier natuurlijk centraal. Die komt binnen en er wordt aan gesleuteld. Maar de familie zit daar met alle angst enzovoorts. En dan is onze ervaring dat het mensen goed doet dat er iemand is die dáár aandacht voor heeft en de boel op een rijtje zet.

Drie maatschappelijk werkers benadrukken dat het gaat om een periode waarin naasten geconfronteerd worden met grote onzekerheid. Volgens hen is het daarom van belang om te zorgen dat familie goed geïnformeerd wordt door artsen en verpleegkundigen. Dat kan onrust voorkomen. De verpleegkundigen zouden, volgens één van hen, daarin een belangrijkere rol mogen spelen, omdat zij aan het bed weer dingen kunnen terugkoppelen. Als maatschappelijk werker vindt hij het zijn taak om te checken of de informatie is gegeven en of deze goed is overgekomen.

Door de opname loodsen

I: Als je dat zo zegt, zo van is er vertrouwen in de behandeling, in de artsen, daar vraag je dus naar?

M: Ja.

I: Kun je iets zeggen over jouw overwegingen daarbij?

M: M'n overwegingen zijn dat eh dat ik besef dat 'n opname ook altijd 'n impact heeft op 'n patiënt en op de naaste. En dat vind ik altijd het bespreken waard.

I: Hm.

M: Dat roept al veel op. Je geeft je man uit handen. Nou bij het slachtoffer, wat betekent het om met vier anderen op 'n kamer te liggen? In hoeverre kun je je overgeven? Eh hebben mensen voldoende informatie? De ervaring leert dat eh dat artsen niet altijd zo mededeelzaam zijn en dat er vaak sprake is van onzekerheid. En onzekerheid roept angst op. En als je bij kan dragen om die angst te reduceren, zodat mensen weten waar ze aan toe zijn, dan eh creëer je rust. En dat is ook m'n doel. Hoe kun je, wat kun je doen om de mensen of de naasten zo goed mogelijk door 'n opname te loodsen? Dat vind ik eigenlijk ook het doel van alle medewerkers hier. Niet alleen van mij, ook de verpleging. Is eigenlijk 'n heel simpel laagdrempelig doel.

I: Ja.

M: Dus ik probeer daar altijd aandacht aan te schenken. En als het dus zo is dat mensen niet genoeg weten, vragen hebben, hele reële, dan kan ik daarin een rol spelen, dan bemiddel ik. Richt ik me tot 'n arts: goh, kijk eens, kun je mensen informeren, kun je 'n gesprek want ze zitten daar en daar mee.

Drie maatschappelijk werkers zijn van mening dat je aandacht moet hebben voor wat naasten kunnen doen om het vol te houden. Ze bespraken met naasten waar ze plezier en ontspanning in konden vinden en hoe ze op een gegeven moment het gewone leven weer konden oppakken. Ervaring leert hen het werk op deze manier te doen, maar ze verantwoordden dit ook vanuit theoretische kaders over crisis. In crisissituaties draait het volgens één van hen om structureren, ordenen, aandacht, soms wat overnemen, dagritme oppakken, en bewaken balans draagkracht en draaglast.

In zes van de zeven casussen noemen de maatschappelijk werkers dat aandacht voor het sociaal netwerk belangrijk is. De maatschappelijk werkers hielden in de gaten of en hoe het sociaal netwerk het zelf, met elkaar wist te redden. Ze stimuleerden mensen gebruik te maken van hulp uit het eigen sociaal netwerk. Na de opname moeten ze het daar ook weer mee doen, zegt één van hen. 'Niet overnemen wat het sociaal netwerk zelf kan', is zijn motto.

Sociale context benutten

M: ...eh als dat er ik denk van: dat is niet nodig. Ik denk dat als mensen om zich heen, veel mensen om zich heen hebben waar ze steun aan ontlenden en ik ga daar ook nog intensief in zitten, ja dan ontnemen ik mensen...

I: Oké.

M: ...in feite de gelegenheid.

I: Ja. Ja.

M: En ik denk dat het meer is om de betrokkenen eh hun sociale context te laten benutten. Ook omdat ze na de ic, het verblijf van de patiënt op de ic, ook weer verder moeten. Ik denk dat dat niet eh, hoe moet ik dat nou zeggen, mijn invloed niet vier dagen moet duren en dan weer op moet houden.

Uitgangspunt voor hen is dat je naasten en het netwerk laat doen wat ze zelf kunnen, maar soms neem je iets over om de belasting wat te verminderen. Alhoewel dit volgens één van hen soms wel lastig te bepalen is.

Niet alles overnemen

M: Eh wat ik altijd wel probeer, is om niet alles over te nemen van mensen. Wat ze zelf kunnen, moeten ze zelf doen. En dat is wel eens lastig vind ik. Welke klus laat je iemand zelf doen en welke neem je over?

Voor een van de naasten was het bijvoorbeeld te veel om voor zichzelf op te komen naar de artsen en daarom heeft de maatschappelijk werker dit van haar overgenomen. Volgens de werker doen mensen in principe dit soort dingen zelf, maar als het te veel is neem je over.

Soms wel overnemen

M: En daarin dus 'n stukje overnemen, dat doe je niet altijd als maatschappelijk werker vind ik. Maar als iemand het echt niet kan en het echt niet overziet, en gezien de situatie het niet aankan om dat stukje energie op te brengen, om die strijd aan te gaan, dan vind ik dat dat ook bij maatschappelijk werk kan horen.

Eén van de maatschappelijk werkers benadrukt dat je juist in crisissituaties soms wat moet overnemen.

Juist wel overnemen

M: Eh ja omdat ik zeker als ik de traumatologie zie, is dat zo vaak alleen crisisopvang, eerste stappen zetten naar. En dan is het voor mensen nog zo zoeken naar hoe ze dit moeten doen, het evenwicht terugvinden, dat ik eerder de taken overneem dan dat ik ze zelf het laat doen. Hoe vaak gebeurt het niet dat iemand helemaal overspoeld wordt en dat ik zeg: zal ik dan bellen met die en die.

Twee maatschappelijk werkers noemen dat hun werk te maken moet hebben met ziekte, opname en behandeling. Volgens hen verwijst je als het om problemen gaat die echt los staan van wat zich afspeelt in het ziekenhuis. Nazorg vinden ze wel tot hun taak behoren: als iemand nog eens terug wil komen op de periode in het ziekenhuis. Verder vertelt één van hen dat klinisch werk prioriteit heeft boven poliklinisch, omdat deze mensen ook naar voorliggende voorzieningen kunnen.

Strategie: verkennen persoon-in-situatie

Zes van de acht maatschappelijk werkers vertellen dat zij aandacht besteedden aan wat de naaste wilde en nodig had en bij wie zij terecht konden. Ze vroegen hoe ze in andere moeilijke situaties het hoofd boven water wisten te houden. En ze keken met hen ook vooruit: wat stond naaste en patiënt nog te wachten en hoe konden zij zich hierop voorbereiden? Op die manier verkenden zij wat er nodig was.

Een beeld krijgen

I: Je zegt van: ik verken zo'n beetje hé, wie heb ik voor me en eh hoe zag het leven voor het ongeval eruit en eh hoe is het nu met die persoon?

M: Ja. En ja vooral ook: heb je voldoende steun? Kun je op mensen terugvallen?

I: Ja.

M: Eh onderzoeken of ze de neiging heeft om alles alleen te doen.

I: Ja. En kun je iets zeggen wat jouw motieven zijn om eh om daarnaar te vragen? Daarnaar te kijken?

M: Nou, ik dat dat alles bij elkaar een beeld geeft van of iemand genoeg in handen heeft om zo'n fase in hun leven te kunnen dragen.

Eén van de maatschappelijk werkers heeft standaard een aantal aandachtspunten voor het eerste gesprek:

- vooraf medische en verpleegkundige informatie doornemen;
- kennismaken, verkennen achtergrond/ voorgeschiedenis patiënt;
- doorspreken wat er is gebeurd en aanleiding om hulp te vragen;
- verkennen welke informatie ze al over de patiënt hebben gekregen en hoe deze is doorgekomen/overgekomen;
- nagaan hoe de contacten met artsen en verpleging verlopen;
- nagaan hoe het met de patiënt is; hoe kritiek is het, is er communicatie mogelijk met de patiënt?
- verkennen draagkracht/draaglast van naasten: hun valkuilen, kwaliteiten en mogelijkheden en ook hoe ze het met elkaar doen. Bijvoorbeeld: Hoe zijn ze in het verleden met moeilijke situaties omgegaan?
- verkennen van het sociaal netwerk, is dit steunend, doen zich daar problemen in voor? Als een systeem beschouwen;
- nagaan wat je zou kunnen betekenen.

Meerdere maatschappelijk werkers gaan uit van (impliciete) standaarden. Ze spreken in termen van: wat gebruikelijk is, gedeelde opvattingen en regels. Het gaat om standaarden die zij zelf op basis van

hun ervaringen hebben opgesteld. Zo heeft een van de maatschappelijk werkers naar aanleiding van de hulpverlening aan deze naasten bijvoorbeeld in een protocol vastgelegd dat er iemand op de achtergrond aanwezig moet zijn als een slechtnieuwsboodschap door naasten aan de patiënt wordt gegeven. Dit heeft ze besproken met haar collega chirurgie en zo legde zij vast wat goed heeft gewerkt.

De maatschappelijk werkers noemen dat zij bij het verkennen van de hulpvraag aandacht besteedden aan het systeem. Zij gingen na wie er bij betrokken was, hoe een ieder reageerde op de gebeurtenissen, wie wat nodig had en wie in deze situatie steun kon verlenen. Door heel gedetailleerd te vragen naar feiten kregen de maatschappelijk werkers zicht op wat er aan de hand was en hoe het de naasten verging.

Vragen naar feiten

I: Nee, nee. Nee. Want waar zijn je vragen dan op gericht als je tussentijds vragen stelt?

M: Eh in zo'n situatie meestal niet over hoe de toedracht precies was, maar meer eh ze is gebeld 's morgens. Was u alleen? Eh hoe ging dat die eerste vijf minuten? Wie, kwam uw man uit bed? Heb je die gewaarschuwd? Eh konden jullie denken? Eh wat heb je gedaan? Andere kinderen waren in huis, hoe heb je dat gedaan?

I: Hm.

M: Eh zij had toen dus die vriendin aan de telefoon, eh of ze kon reageren? Wat ze gevraagd heeft? Wat ze gehoord had? Daar vraag ik dan een beetje naar.

I: Oké.

M: En dan hoor ik meteen hoe ze gereageerd heeft. Of ze op dat moment kon denken en of ze kon handelen. Nou deze mensen konden dat wel. Hoe zijn jullie toen naar het ziekenhuis gegaan? Eh ja, was dat safe? Hoe hoe ben je in zo'n toestand? Dus ik vraag 'n beetje naar de feiten, maar eigenlijk meer naar hoe ze met de feiten omgaan.

I: Oké. Ja.

M: En dat, zij vertelde dat wel, maar ik vraag dan ook wel: nou, dan kom je aan in zo'n ziekenhuis: was u daar eerder geweest? Kent u het? Hoe ben je opgevangen? Eh hebt u vrij snel iets kunnen horen over de toestand van uw dochter? Hoe was het om zo lang te moeten wachten? En daar hoor ik dan weer uit hoe ze ermee omgaan.

Strategie: methode en interventies

In alle casussen valt de systeemgerichtheid van de werkers op. Zij hadden aandacht voor hoe de leden uit het systeem in deze situatie met elkaar omgingen, hoe zij hier met elkaar zo goed mogelijk uit konden komen en elkaar tot steun konden zijn.

Verkennen van het systeem

M: Ja, ik benoem dat natuurlijk niet allemaal zo precies, maar ik kijk wel, dat heb ik ook opgeschreven, hoe steunend is het gezin nu naar elkaar. Met in m'n achterhoofd: dit zijn ze niet gewend met elkaar, om zulke dramatische momenten door te maken.

Gezinsbenadering

M: Eh ik denk dat ik eh de gezinsbenadering ook altijd in m'n achterhoofd heb, want hier heb ik dan 'n echtpaar gesproken met de techniek van ze moeten allebei voldoende aan bod komen. Je moet letten op de interactie tussen vader en moeder. En kunnen ze ook met elkaar praten als dat nodig is? Dus ik denk dat die methodiek ook ja, dat die ingebakken zit.

Ook hadden de maatschappelijk werkers aandacht voor het verschil in het verloop van het verwerkingsproces bij de verschillende leden van het systeem. Kenmerkend voor de traumazorg is dat de patiënt vaak lange tijd buiten bewustzijn is en dat het verwerkingsproces start op het moment dat hij bijkomt. De naasten hebben in de tussentijd van alles meegemaakt en zijn opgelucht dat de patiënt eindelijk bij kennis is. Maatschappelijk werkers begeleidden naasten en patiënt in het bij elkaar brengen van deze twee perspectieven.

Proces van verwerking op elkaar afstemmen

M: En dat dat heb ik nog niet eens gezegd, maar eh wat ik ook altijd bespreek is dat als eh ik met haar een heleboel gesprekken heb gehad en als hij weer wakker is, dat gesprekken verder kunnen gaan, maar dat zij in 'n andere fase zit als hij. Hij wordt net wakker...

I: Ja.

M: ...en moet beseffen dat hij vier weken terug een auto-ongeluk heeft gehad. En dat moet gaan verwerken. Maar zij is al een heel eind verder met haar gedachten. En dat daar ruimte voor moet zijn, en dat je dat aan elkaar moet uitleggen. Ik adviseer, dat adviseert de ic ook aan mensen, altijd een dagboekje bij te houden, zodat iemand later kan teruglezen of terugluisteren wat er gebeurd is in zo'n periode. En met die eh instrumenten kan je eh die verwerking weer naar elkaar toe laten groeien, dat ze samen verder kunnen...

Uitleggen

M: ...eh daar wel op toegelicht van dat eh als hun zoon wakker wordt, of niet meer buiten bewustzijn gehouden wordt, dat hij eh, hoe moet ik dat nou zeggen, op het tijdpad andere kennis, andere informatie heeft, of juist ontbreekt, ten opzichte van de mensen om hem heen.

I: Ja.

M: Dus hij heeft wat in te halen. Ik bedoel mensen om hem heen hebben de begrafenis van eh van zijn vriendin meegemaakt, zijn al dagen met verdriet bezig, zijn al dagen met onzekerheid bezig. Zowel dat ze daarin positieve stappen hebben kunnen maken, maar ook eh veel meer beladen zijn geweest en misschien wel dodelijk vermoeid zijn. Letterlijk vermoeid. Dat zijn allemaal dingen die niet meer parallel aan elkaar lopen, dus...

In een van de casussen geeft de maatschappelijk werker een voorbeeld van hoe dat zij verkent hoe de verschillende leden van het systeem op elkaar reageren en hoe zij daarin intervenieert. Zij greep in toen, naar haar indruk, moeder haar zoon remde in het uiten van zijn emoties.

Ingrijpen

M: Eh nou, de moeder vertelde aanvankelijk hoe het gegaan was, dat ze in de auto zat en dat haar zoon dus naar de vader ging en hem vond. En ondertussen keek ik naar zoon, zag ik dat het veel opriep, hij huilde toen nog niet. En toen vond ik het tijd worden dat ik me tot zoon richtte, om hem rechtstreeks te vragen wat het voor hem betekend had. En toen kwamen er heftige emoties en eh zag ik dat moeder opstond en haar zoon 'n zakdoek gaf en eigenlijk ja het was zowel liefdevol als afkappen van de emotie. Ze suste hem op 'n manier dat hij geremd werd in zijn emoties.

I: Hm.

M: En het was zelfs zo dat ze op 't moment dat die zoon begon te huilen overging tot 'n ander onderwerp. En toen heb ik ingegrepen.

I: Ja. Wat heb je gedaan?

M: Eh ik heb even ruimte gegeven aan die moeder en ben toen onmiddellijk terug gegaan naar de zoon. Ik zei: mevrouw ik zie dat uw zoon erg verdrietig is wat er gebeurd is, dat 't een grote schok voor hem is geweest. Ik heb ook erkenning gegeven voor de schokkende gebeurtenis. Gezegd dat dit 'n zeer schokkende gebeurtenis is geweest. En dat ik weer aan hem wil vragen wat er door hem heenging toen hij die deur openmaakte. En toen kwam uit dat hij dacht dat vader dood was.

Naast de systeembenadering noemen zes maatschappelijk werkers nog andere methodieken waaruit zij putten. Een van hen vertelt eclectisch te werken. Ze spreekt over een mix van crisisinterventie, traumaopvang en social casework. Volgens haar hoort het bij crisisopvang en traumaverwerking dat je als maatschappelijk werker taken overneemt, de cliënt helpt te ventileren, structuur biedt, bevestiging geeft, steunt en emoties laat uiten. Ook vier andere maatschappelijk werkers vertellen de principes van traumaopvang te gebruiken.

Eén van de maatschappelijk werkers noemt psycho-educatie als methodiek die hij gebruikte om de reacties van de naaste te duiden. Hij legde haar uit dat dit normale reacties in een dergelijke situatie zijn.

Psycho-educatie

M: Wat ik ook gebruikt heb, is eh psycho-educatieve dingen, of adviezen en tips ten aanzien van eh de heftige emoties die ze had op sommige vreemde tijdstippen, bijvoorbeeld dat ze

aan de telefoon met mensen, ooit kwaad werd en dat soort dingen. Daar ben ik wel veel op ingegaan, hier en daar verklaren en uitleg over de functies daarvan. Ook vertellen wat er allemaal met je kan gebeuren. En dat het ook normaal is. Dat is ook wel een belangrijke insteek. Ja.

Vier andere maatschappelijk werkers hebben volgens eigen zeggen ook veel uitgelegd (zoals over het proces van verwerking, het gedrag van de patiënt, normale reacties op een abnormale gebeurtenis). De nadruk die zij daar in het interview op leggen, is niet uit het verhaal van de cliënten te halen. Misschien beklijft dergelijke uitleg niet zo goed? Misschien is het een geruststelling voor dat moment, maar is het later moeilijk terug te halen.

Andere maatschappelijk werkers noemen de psychoanalyse, ervaringsgericht werken en de empowerment benadering als inspiratiebronnen.

Strategie: bewaken van de kwaliteit

In vijf van de zeven casussen bewaakten maatschappelijk werkers de kwaliteit van de hulpverlening door na te gaan of de cliënt baat had bij de hulpverlening, zonder dit formeel te evalueren. Ze volgden als het ware bij voortduring of de cliënten iets konden met wat ze kregen aangereikt. Uit gedrag en opmerkingen van de cliënten leidden ze af of hun hulp effectief was en/ of de cliënten tevreden waren.

Checken

M: En ook heel ja heel letterlijk kon je wel voelen dat ze steun had aan de dingen die je besprak of die ik zei. Ja. Ja. Wat mijn collega ook zegt steeds checken, informatie is het overgekomen, zo check je ook steeds 't vorige gesprek eh...

I: Ja.

M: ...soms maar in een of twee woorden hoor, of dat je 't ergens uit opmerkt, maar dat je wel steeds ja bekijkt of iemand er baat bij heeft.

I: Ja, ja. Ja. Of iemand er iets aan heeft.

M: Ja.

Ook vroegen ze wel eens meer terloops wat de naasten van de hulpverlening vonden en wat ze ervan verwachtten.

Naar verwachtingen vragen

I: Is dat ook denk je wat zij wilde van die gesprekken? Of had zij daar ook nog andere ideeën bij?

M: Nee, daar heeft ze niks over gezegd eh maar ze vond het wel prettig, want ik heb wel eens gevraagd van: is er nog iets wat je mist?

I: Hm.

M: En eh dat nee, daar kon ze niks in aangeven.

I: Nee. Nee. Dus dan vraag je wat ze mist?

M: Ja.

I: In het contact met jou? Of in het algemeen?

M: Nee. Ja gewoon wat ze nou, er kunnen bepaalde verwachtingen zijn van 'n gesprek met maatschappelijk werk hè?

I: Ja.

M: En eh daar miste ze niks in.

I: Nee. Nee. Dus voor haar was het goed om het zo te doen, om een gesprek te hebben om te volgen hoe het met haar ging.

M: Ja.

Opposities Hulpverlening: Strategie

Uit voorgaande paragraaf blijkt dat maatschappelijk werkers meer zaken van de strategie in de hulpverlening belichten dan naasten. Dit is voor de hand liggend omdat het bij strategie gaat om datgene wat de maatschappelijk werker vanuit zijn expertise bewust inzet. Het gaat om wat zich afpeelt in het hoofd van de maatschappelijk werker. De naaste kan daarover veel minder zeggen. Er zijn geen punten aangetroffen waaruit blijkt dat naasten en maatschappelijk werkers wat betreft de strategie verschillende ervaringen of opvattingen hebben.

4.5.7 Hulpverlening: Structuur

Equivalenties Hulpverlening: Structuur

Alhoewel naasten en maatschappelijk werkers niet exact hetzelfde aantal contacten en dezelfde duur van de hulpverlening noemen, loopt het niet erg uiteen. Bij de beschrijving hierna is uitgegaan van wat hierover in het maatschappelijk werkdossier stond.

In twee casussen heeft de maatschappelijk werker in de eerste week ten minste driemaal contact gehad met de naasten, daarna tweemaal per week en ten slotte wekelijks. In de acute fase werd frequent vinger aan de pols gehouden en daarna continuïteit geboden.

In twee andere casussen was er wekelijks contact. Zij kregen pas na de acute fase contact met de naasten en ook zij boden hiermee continuïteit: de mogelijkheid om met regelmaat terug en vooruit te kijken.

De gesprekken tussen deze naasten en maatschappelijk werkers waren gericht op begeleiding en duurden ongeveer 45 minuten tot een uur en tussentijds was er telefonisch contact.

Altijd terecht kunnen

I: Ja. Ja. Oké. Ja, maar je zegt van: goh de keuze voor een keer in de week is erin gelegen dat je je realiseert er gebeurt veel in zo'n periode...

M: Ja.

I: ...dus je wilt toch wel regelmatig contact houden. En eh...

M: Ja de lijntjes wil ik vooral houden.

I: Ja.

M: Dat mensen ook steeds weten van waar ze terecht kunnen. En als het lang duurt dan zeg ik wel eens van: je weet me te vinden. Je kunt hier altijd komen. Ik ben er niet altijd, geef het even door, dan zoek ik contact.

In een van de casussen was het contact iets minder intensief. De maatschappelijk werker had wel veelvuldig contact met de patiënt, maar met de familie wat meer ad hoc. De hulpverlening aan de naasten was vooral gericht op wat er geregeld moest worden en niet zo zeer begeleidend van aard. De gesprekken waren ook korter en duurden ongeveer 20 tot 40 minuten.

De twee andere casussen betroffen kortdurende contacten. In een van deze casussen is er in de eerste negen dagen van de opname geen contact met maatschappelijk werk geweest. Daarna heeft er op de intensive care eenmalig een gesprek plaatsgevonden. Op de verpleegafdeling, toen de patiënt bij bewustzijn was, hebben de ouders tweemaal met de maatschappelijk werker van die afdeling gesproken. Toen de ouders hun zoon het slechte nieuws hadden verteld heeft de maatschappelijk werker ook nog eens met hun drieën gesproken. Verder is er tweemaal telefonisch eenmaal in de wandelgangen nog even contact geweest.

In de andere casus heeft de maatschappelijk werker ruim twee weken na de opname een gesprek met moeder en zoon gehad. Ze heeft ook een gesprek met vader gehad. Verdere contacten zijn beperkt gebleven tot eenmaal telefonisch met zoon en eenmaal telefonisch met moeder.

Aanvullingen en opposities Hulpverlening: Structuur

Zoals hiervoor vermeld noemden naasten en maatschappelijk werkers niet exact hetzelfde aantal contacten en dezelfde duur van de hulpverlening, maar waren de verschillen te verwaarlozen. Verder zijn er geen aanvullingen of opposities te vermelden over de structuur van de hulpverlening.

4.5.8 Hulpverlening: Dilemma's

Equivalenties en opposities Hulpverlening: Dilemma's

Naasten noemen geen dilemma's die de maatschappelijk werker aan de orde heeft gesteld. Over dit onderwerp zijn daarom geen equivalenties en opposities te vermelden. Maar zoals hierna zal blijken hebben maatschappelijk werkers in een aantal gevallen wel degelijk dilemma's ervaren.

Aanvullingen Hulpverlening: Dilemma's

Twee maatschappelijk werkers geven aan dat ze het soms lastig vonden om te bepalen waar ze wel en niet op in zouden gaan. In het gesprek met moeder en zoon in een van de casussen kwam bijvoorbeeld ook een relatieprobleem tussen moeder en vader aan de orde. De maatschappelijk werker twijfelde of ze hier wel of niet op in zou gaan, omdat zoontje erbij zat. Ze heeft dat niet gedaan omdat deze problemen al langer speelden en de ouders daarvoor ook elders al hulp hadden gezocht. De andere maatschappelijk werker zegt dat de naasten heel veel vertelden over hun levensgeschiedenis. Hij wilde hen daarin horen, maar voelde ook niet de ruimte om overal op in te gaan. Daarom heeft hij naar hen benoemd dat sommige zaken werden geparkeerd.

In een van de casussen voelde de maatschappelijk werker zich voor een dilemma geplaatst toen de cliënte aangaf dat zij de behoefte had om na afronding van de hulpverlening hem te blijven informeren over het verloop. Hij vond het lastig te bepalen of hij een aanbod moest doen toen zij na afronding van de hulpverlening opnieuw een appél op hem deed. Hoe ver ga je daar in? Waar houdt de hulp van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis op?

Een andere maatschappelijk werker noemt dat zij het een dilemma vond of ze moest verkennen hoe het met de andere leden uit het systeem ging, of dat ze het aan de cliënten zou laten om daar wel of niet iets over in te brengen. Zij vroeg zich bijvoorbeeld af of ze toch niet meer had moeten ingaan op hoe het met de andere kinderen uit het gezin ging, toen later bleek dat een zus van de patiënte problemen had met de situatie en dat het daardoor niet goed met haar ging.

Aandacht voor kinderen

M: Het zou kunnen dat ik hier toch even had moeten vragen of het met de andere twee kinderen ook goed ging.

I: Hm.

M: Ik hoorde dat ze regelmatig op bezoek kwamen en dat het lekker liep. Maar achteraf, nu ik het zusje heb, zou je kunnen denken: misschien had ik daar iets actiever moeten vragen naar het gedrag van het zusje. Dat heb ik niet gedaan. Het is niet anders.

In drie casussen geven de maatschappelijk werkers aan dat het lastig was koers te bepalen in de soms strijdige belangen van verschillende leden uit het systeem. Eén van hen wilde bijvoorbeeld de patiënt alle ruimte geven om zijn tijd te bepalen wanneer hij wilde weten wat er was gebeurd, maar voor het zoontje was het belangrijk dat hij het met zijn vader over de gebeurtenissen kon hebben.

Verschillende belangen

M: En daarmee had ik, mijn dilemma daarbij was van: ik vind 't prima om te kijken naar het belang van de patiënt alleen, maar ik heb ook het belang van zoontje.

I: Ja.

M: En het kan misschien voor patiënt goed zijn om eh z'n mond te houden en 't een halfjaar vol te houden, maar wat betekent dat voor z'n zoontje?

In de andere casus was de cliënte teleurgesteld in haar schoonfamilie. De maatschappelijk werker probeerde haar hun perspectief voor te houden. Ze bood aan om samen met hen een gesprek te hebben, maar de cliënte wilde dit niet. De maatschappelijk werker vond dit erg jammer, omdat ze dacht dat ze juist in deze situatie veel aan elkaar konden hebben, maar ze wilde haar ook de ruimte geven om het op haar manier te doen.

Tempo

I: Want je noemt dit naar aanleiding van m'n vraag van: goh zijn er dingen die je lastig vond hè in de hulpverlening, wat vond jij hier precies lastig aan?

M: Wat vond ik hier lastig aan? Nou ik denk dat mensen dan in zo'n situatie veel aan elkaar kunnen hebben. Ja. En wil daar dan toch 'n beetje vaart achter zetten.

I: Ja. En dan zou je eigenlijk wel wat meer willen op zo'n moment?

M: Ja, omdat ik me realiseer van: god ze zijn ook de ouders en je kunt in zo'n situatie kun je heel veel aan elkaar hebben. En eh kijk als de irritatie begint en als je die uit de hand laat lopen dan gaat de communicatie misschien helemaal mis.

In de andere casus was het ongeval voor de naaste heel traumatisch geweest. Zij had alles bewust meegemaakt, terwijl haar man zich nog niet goed realiseerde wat er was gebeurd. De maatschappelijk werker vroeg zich af waar beiden mee gebaat zouden zijn en of hij de gesprekken al dan niet met hen samen moest voeren. Mevrouw had veel behoefte aan praten en emoties uiten, maar kon haar man dat al wel aan? En werkte dat niet remmend voor mevrouw? Uiteindelijk heeft de werker besloten met mevrouw alleen verder te gaan, zodat zij alles kon vertellen zonder haar man te belasten.

4.5.9 Hulpverlening: Samenwerking

In de hulpverlening aan naasten werken maatschappelijk werkers samen met collega-maatschappelijk werkers en met andere disciplines in het ziekenhuis en daarbuiten: zij werken mono- en multidisciplinair samen, intern en extern. Deze verschillende vormen van samenwerking komen in deze paragraaf aan de orde.

Equivalenties Hulpverlening: Samenwerking

Verpleegkundigen bleken belangrijke verwijzers voor maatschappelijk werk te zijn. In zes van de zeven casussen was dit het geval. In twee casussen schakelden zij maatschappelijk werk in volgens protocol, omdat het een ernstig trauma betrof. In een van deze casussen ging het om een naaste die alleen op de spoedeisende hulp zat. In het interview bevestigt deze naaste dat het een goede zaak is om ervoor te zorgen dat er iemand naar de naaste gaat als deze alleen is.

Contact volgens protocol

I: Ja. Want wat vindt u ervan dat zij dat doen? Dat de maatschappelijk werker dan zomaar naar u toekomt, op zo'n moment?

C: Ja, ik denk je leeft in 'n waas. Maar naderhand ga je erover denken en dan denk je: nou ik ben hartstikke blij dat ze er geweest is.

I: Ja.

C: Echt waar. Anders zit je daar alleen. En wat moet je dan? Dan ga je nog meer piekeren.

Verpleegkundigen in twee casussen verwezen omdat zij van naasten een vraag kregen waarvan zij meenden dat dit beter door een maatschappelijk werker kon worden opgepakt. In beide gevallen ging het om de vraag wanneer en hoe de patiënt moest worden ingelicht over wat er was gebeurd. Bovendien stelden naasten, in een van deze situaties, vragen over de financiële consequenties van het ongeval.

Maatschappelijk werkers en naasten van twee casussen vinden dat de verpleging te laat heeft verwezen. Zij hadden naasten eerder op de mogelijkheid van maatschappelijk werk kunnen attenderen.

In twee casussen werkten de maatschappelijk werkers in het kader van de hulpverlening samen met de verpleging. Zij vroegen de verpleegkundige aanwezig te zijn bij het gesprek tussen naasten en patiënt. In deze gesprekken ging het om het informeren van de patiënt over wat er was gebeurd. In een van deze casussen stelde de maatschappelijk werker dit voor omdat de patiënt wel de verpleegkundige kende en haar niet. Met de verpleegkundige heeft zij afgesproken dat ze als een soort achterwacht bij het gesprek tussen ouders en zoon aanwezig zou zijn. Zij kon de maatschappelijk werker erbij roepen als dat nodig was. In de andere casus leek het de maatschappelijk werker verstandig dat naast hem en de arts ook de verpleegkundige aanwezig zou

zijn, omdat onzeker was hoe de patiënt zou reageren en zij daar in haar dienst mee geconfronteerd kon worden.

Maatschappelijk werkers consulteerden andere disciplines bij vragen waarin zij minder gespecialiseerd waren. In twee gevallen ging het om een psycholoog, eenmaal een psychiater en eenmaal een geriater. De psycholoog werd geraadpleegd toen de cliënte vroeg of de kinderen direct na de operatie hun vader konden zien. De maatschappelijk werker twijfelde en vroeg advies aan een kinderpsycholoog. De cliënte noemde dat zij het een geruststellend idee vond dat, als de maatschappelijk werker over iets niet zeker was, hij raad aan een deskundige vroeg. In twee andere casussen ging het om de vraag of en wanneer de patiënt moest worden geïnformeerd over de gebeurtenissen. Ook hier vonden de maatschappelijk werkers het raadzaam een deskundige te consulteren, in de ene situatie een psycholoog en in de andere een psychiater. In een andere casus was de cliënte niet tevreden over de verzorging door de verpleegkundigen. De maatschappelijk werker nam contact op met een geriater die concrete adviezen had voor de verzorging van deze patiënt. Deze adviezen heeft zij vervolgens doorgesproken in het multidisciplinair overleg.

In vijf van de zeven casussen heeft de maatschappelijk werker na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis de hulpverlening overgedragen aan een maatschappelijk werker in de vervolgvoorziening.

Overdracht

M: En eh die heb ik dan ook die dag gebeld, ja, dezelfde dag. En dan spreek ik met de cliënt af wat ik overdraag.

I: Hm.

M: Nou en in dit geval was het eigenlijk vrij uitgebreid en dat vond zij prima.

I: Hm.

M: Eh hoe is ie hier terechtgekomen? Wat is op de ic geweest? Wat is de periode op de afdeling geweest? En wat zijn de aandachtspunten gezien maatschappelijk werk geweest? En wat blijft nog liggen voor de verdere revalidatie? Dus dat bespreek ik dan met mijn collega in het verpleeghuis.

I: Oké.

M: En daar weet zij van.

Drie van deze maatschappelijk werkers hebben de hulpverlening overgedragen aan maatschappelijk werkers in revalidatieklinieken. Zij informeerden hun collega's over de situatie van de patiënt en naasten, de hulpverlening en de aandachtspunten daarin en de reden voor verwijzing.

De maatschappelijk werkers waren verbonden aan één of meer afdelingen. Dit kan betekenen dat als de patiënt wordt overgeplaatst naar een andere afdeling, dat dan ook de hulp van maatschappelijk werk wordt overgedragen. In een van de casussen bijvoorbeeld droeg de maatschappelijk werker van de spoedeisende hulp na drie gesprekken met de naaste de begeleiding over aan de maatschappelijk werker van de intensive care.

Van spoedeisende hulp (SEH) naar intensive care (IC)

I: Ja. En toen uw man naar de ic ging, toen heeft ze dus overgedragen aan de maatschappelijk werker van de IC hè...

C: Ja.

I: ...heeft zij het overgenomen. Heeft ze dat toen met u besproken...

C: Ja.

I: ...of u dat wou of niet?

C: Nee hoor, is met mij besproken. Want ze is ook nog met de maatschappelijk werker van de IC en mij samen zijn we met zijn drieën hebben we toen daar gezeten en toen eh heb ik ook gedag gezegd tegen...

I: Ja.

C: ...de maatschappelijk werker van de SEH.

Moment van overdracht

M: Mijn collega van de SEH heeft in die eerste week drie gesprekken gehad met mevrouw.

I: Oké.

M: En toen overgedragen aan mij.

I: Ja.

M: En dat had ook na, mogelijk ook na één gesprek gekund. Maar, nou we kijken altijd gewoon wat handig is, wat goed is voor die mevrouw en in dit geval was het goed om die drie gesprekken te doen en daarna over te dragen. De eerste crisis was een beetje voorbij...

I: Oké. Ja.

M: ...en middenin een crisis overdragen is ook niet altijd prettig, of ik moet al ter plekke zijn op dat moment. Dat doen we ook wel eens.

Het blijkt niet vanzelfsprekend te zijn dat de maatschappelijk werker de hulp overdraagt wanneer de patiënt wordt overgeplaatst naar een andere afdeling. Bijvoorbeeld in een van de casussen heeft de maatschappelijk werker van de intensive care besloten de hulpverlening niet over te dragen naar haar collega's van de verpleegafdeling, toen de patiënt daar naartoe ging. Zij vond dat het daarvoor geen goed moment was, dat het de hulpverlening niet ten goede zou komen en besloot zelf het contact te onderhouden.

De cliënten vertellen dat ze het achteraf fijn vonden dat ze bij de maatschappelijk werker van de intensive care konden blijven toen hun dochter naar de verpleegafdeling ging. Maar als er een overdracht was voorgesteld dan zouden ze dat gewoon hebben laten gebeuren. Volgens hen bedenkt je op dat moment je niet wat je daarvan vindt, je neemt het zoals het is.

Aanvullingen Hulpverlening: Samenwerking

In vier casussen gingen de naasten ervan uit dat de maatschappelijk werker ook contact met anderen uit het behandelteam zoals de verpleging had, zonder dat ze precies wisten wat daar wel en niet aan de orde kwam.

Drie maatschappelijk werkers geven aan vaak en makkelijk aan collega's te vertellen wat ze doen. Door te vertellen krijg je het volgens hen zelf weer scherper en collega's kunnen je ook aanspreken op wat je doet. Twee van hen hielden collega's systematisch op de hoogte over het verloop van de hulpverlening; zorgden ervoor dat zij wisten wat er speelde.

Een andere maatschappelijk werker vertelt dat ze geen contact met collega's over deze casus heeft gehad. Er bestaat wel de mogelijkheid van intervisie en er zijn enkele collega's waar ze het goed mee kan vinden en wel eens naar toe gaat, maar daar is weinig tijd voor.

Twee maatschappelijk werkers waren bij patiëntbesprekingen aanwezig om zodoende in het multidisciplinaire overleg aandacht te vragen voor de psychosociale aspecten. Alle maatschappelijk werkers schreven in het verpleegkundig dossier van de patiënt wat hun bijdrage op psychosociaal gebied was, zodat dit voor andere disciplines transparant was.

Twee maatschappelijk werkers benadrukken dat zij veelvuldig contact hebben met verpleging en medici. Eén van hen noemt dat, in een complexe situatie als waar ze nu mee te maken hadden, hij hen steunde. Ze konden op hem terugvallen. Hij voelde zich daar verantwoordelijk voor.

Steun voor leden behandelteam

M: Ja. En dat heeft ook mee te maken, toen ik net noemde dacht ik van: dat speelde ook heel erg mee dat je eh ook voor de zaalarts hè dus ook voor de verpleegkundige als maatschappelijk werker zo'n ouwe rot bent dat iedereen een beetje naar je kijkt van: wat moeten we nu doen? Ook de arts eigenlijk.

I: Ja.

M: Eh en dat geeft ook wel heel veel verantwoordelijkheidsgevoel. En op zich hou ik wel van verantwoordelijkheid. Maar het betekent ook dat er veel op het bordje ligt, op elk gebied.

Maatschappelijk werkers waren niet altijd tevreden over de samenwerking met andere disciplines. Een van hen noemt dat een gesprek met de patiënt soms lastig is, omdat verpleging en artsen

onderbreken zelfs zonder zich te verexcuseren. Ze houden niet altijd rekening met het werk van de maatschappelijk werker.

Een ander vertelt dat hij geen voet aan de grond kreeg bij de arts toen hij meende dat bepaalde voorzieningen eerder getroffen moesten worden. Het werd volgens hem afgedaan met dat hij zich door de cliënten niet onder druk moest laten zetten. Hij had niet de indruk dat de arts zijn opmerkingen serieus nam. Hij is van mening dat niet alle artsen openstaan voor psychosociale aspecten, maar dat weerhoudt hem niet van er aandacht voor te vragen.

Niet voor rede vatbaar

M: Daar moet je toch mee verder. Vond ik niet leuk van 't ziekenhuis. Nee, vond ik heel onprofessioneel. Het zou een terechte klacht geweest zijn. Absoluut. Ja.

I: Het was voor jou niet navolgbaar waarom die arts besloot het niet over te nemen?

M: Nee. Daar kon ik niet achter staan.

I: Nee. Want wat voor argumenten werden gegeven?

M: Nou dat behoort bij mijn collega. En eh argumenten die gebruikt waren die ik niet teruggekoppeld heb was, laat je niet onder druk zetten door die mevrouw. Dat is niet aan de orde, ze moeten maar wachten.

I: Ja, ja.

M: Nou daar kan ik niet achter staan. Ik had wel degelijk wat te vertellen dacht ik, maar op die manier werd dat gewoon snel afgedaan.

I: Ja.

M: Ja. Naar mijn idee zijn ze niet voor rede vatbaar geweest voor wat er daadwerkelijk heeft gespeeld. En uiteindelijk dacht ik: was het maar 'n klacht geworden bij wijze van spreken. Het was toen niet verstandig, maar dan drukt dat wel je neus op de feiten van zo'n bazige houding.

I: Ja.

M: Ik vond 't heel vervelend.

Ook een andere maatschappelijk werker laat zich niet zo positief uit over het contact met de artsen. Zij vertelt dat de psychiater en arts-assistent weinig oren hadden naar wat zij te melden had, maar dat ze hen toch heeft verteld dat moeder en zoon onzeker zijn over het vervolg en wat hun wensen zijn.

Weinig oren naar

M: Nou toen op dat moment kwam ik binnen en toen zat daar de psychiater en assistent-psychiater en ik wilde 't dossier, ik moest zelfs kloppen om erin te kunnen, want de zaak is gesloten. En toen hadden ze het net over deze man. Nou toen heb ik in plaats van stilletjes in het dossier te gaan schrijven, heb ik gezegd: zal ik even aanschuiven, jullie hebben het er net over. Kan ik verslag doen van het gesprek wat ik net had? Nou daar waren weinig oren naar moet ik zeggen. Die assistent-psychiater, ja die moet nog leren dat wij ook eh dat wij een actieve rol hebben. Ik heb wel op tafel kunnen leggen hoe traumatisch het voor zoontje was geweest, maar zij waren meer bezig met de man en welke medicijnen in te zetten en hoe 'n beeld te krijgen van zijn warrigheid, waar dat vandaan kwam en wat de plannen waren. Dus ik vroeg: wat zijn de plannen met meneer?

I: Ja.

M: Moeder en zoon hebben daar vragen over. Ja, zeiden ze, we denken nu hem naar een oord te doen waar ze zowel oog hebben voor de psychische als de lichamelijke revalidatie. Ik zeg: nou, zoon en moeder zouden het heel prettig vinden als het een beetje in de buurt is, want dan kan zoontje op de fiets naar zijn vader. Dat was ter sprake gekomen in de intake. Nou, zeiden ze, ik wil niet dat jij vertelt wat onze plannen zijn. Ik zei: nee dat is ook niet de bedoeling. Ik wil zeggen dat zij op dit moment onzeker zijn over hoe het verder gaat. Enfin dat vond ik wat minder prettig verlopen, maar goed, ik heb toch over het voetlicht gebracht.

Eén van de maatschappelijk werkers vertelt het liefste te werken in situaties waarin veel geregeld moet worden en er contacten met allerlei hulpverleners zijn, maar dat dit soms ook lastig is. In deze casus had hij bijvoorbeeld contact met schoolmaatschappelijk werk. Hij vermoedt dat hij zelf

doortastender zou zijn geweest, maar omdat de schoolmaatschappelijk werker al eerder bij het gezin betrokken was, heeft hij zich terughoudend opgesteld.

Samenwerking met schoolmaatschappelijk werk

M: Eh dus ik vond dat het lang duurde wat er allemaal gebeurde. Vanaf het moment dat ik hoorde van: zoontje is weg bij de zus tot er eindelijk een gesprek was, vond ik heel lang duren. Volgens mij zat daar wel twee weken tussen of zo. Dus ik was daar wat doortastender in geweest, maar ik vond ook dat ik het daar niet weg kon halen. Want ja, schoolmaatschappelijk werk zit erbovenop en eh kent eh was ook bekend met dat gezin van de zus.

I: Oké. Die contacten waren er al?

M: Ja. Voor een andere situatie. Dus dat vond ik op zich al eh vond ik lastig maar voor hen vond ik het 'n voordeel want weet waar je het over hebt daar. Maar, dus ik vond eigenlijk dat ik het daar moest laten. Maar dat vond ik ook jammer, want daardoor had ik er minder grip op. En wat ik dus gedaan heb, is telefonisch proberen te adviseren wat ik vond wat er moest gebeuren.

In de situaties dat de patiënt naar een vervolgvoorziening ging hebben de maatschappelijk werkers gezorgd voor een schriftelijke en/of telefonische overdracht naar het maatschappelijk werk daar. Behalve in één casus. Vanwege drukte heeft deze maatschappelijk werker dat niet gedaan, terwijl ze het eigenlijk wel beter had gevonden.

Contact met revalidatiekliniek

I: Ja. Want die meneer is naar de revalidatiekliniek gegaan, verwezen naar collega's daar. Heb jij ook contact gehad met hen?

M: Nee. Ik heb erover nagedacht eh maar eh ja het zou heel mooi zijn geweest als ik dan ook nog daar contact had gehad en dan uit de doeken had gedaan wat ik heb gedaan. Dat heb ik niet gedaan. Ik zou dat nog kunnen doen, ja dan zou het helemaal af zijn, maar ik vertrouw erop dat ze daar alsnog weer eh melden dat ze met mij gesproken hebben en dat ze daar verder gaan, want ik weet dat het zo gebeurt.

I: Ja.

M: Dus ja, ik ben druk genoeg, dus dat heb ik niet gedaan.

In een van de casussen werd de patiënt overgeplaatst naar een ziekenhuis in diens woonplaats. De maatschappelijk werker heeft de hulpverlening overgedragen aan maatschappelijk werk in het betreffende ziekenhuis. Aanmeldingen verlopen daar via het transferbureau. Aanvankelijk was de transferverpleegkundige van mening dat er geen maatschappelijk werk in het ziekenhuis nodig was, omdat mevrouw terug kon vallen op de eerste lijn. De maatschappelijk werkster was het daar niet mee eens, omdat het herstel van de patiënt nog steeds heel onzeker was en de hulpvraag van mevrouw daarmee te maken had. Op haar aandringen werd maatschappelijk werk toch ingeschakeld. Telefonisch heeft ze de hulpverlening overgedragen.

Opposities Hulpverlening: Samenwerking

Uit de interviews valt niet op te maken dat naasten en maatschappelijk werkers verschillend denken over met wie en hoe er in de hulpverlening is samengewerkt.

4.5.10 Hulpverlening: Samenvatting en conclusies

In tabel 4.4 (paragraaf 4.7) staat in de vierde kolom per casus welke vormen van hulpverlening verleend zijn.

Geboden hulpverlening

In alle zeven casussen boden de maatschappelijk werkers veranderings- en competentiegerichtte begeleiding. In zes casussen is ondersteunende en stabiliserende begeleiding ingezet. In vier casussen werd concrete en informatieve hulpverlening geboden. In twee casussen intervenueerde de

maatschappelijk werker gericht op de verbetering van de communicatie tussen patiëntstelsel en het behandelteam.

Naast de vraag wat maatschappelijk werkers doen is ook gekeken naar hoe zij dat doen. Om hun werkwijze te typeren is ingegaan op de benadering die zij kozen, de strategie die zij hanteerden, de mate van samenwerken met andere maatschappelijk werkers en/of andere disciplines en de dilemma's die zij in de hulpverlening tegenkwamen (zie 4.2.2).

Benadering

De benadering van zeven van de acht maatschappelijk werkers kenmerkte zich volgens hen door het volgen van de cliënt. Het procesmatig werken concentreerde zich op het proces van cliëntontwikkeling (Snellen, 2007). Centraal stond het volgen van de naaste, hoe deze zich staande kon houden, welke obstakels zich daarbij aandienen en wat de naaste nodig had om de situatie te kunnen hanteren. De maatschappelijk werkers stimuleerden de naasten hun verhaal te doen, zich te uiten, toonden belangstelling en gaven aandacht en erkenning. Presentie ging in eerste instantie boven interventie (Baart, 2001; van der Laan, 2003; Tronto, 1993).

Deze maatschappelijk werkers luisterden, stelden concrete vragen en vroegen door om de naasten de kans te geven tot in detail in te gaan op hun ervaringen en emoties. De maatschappelijk werkers keken met de naasten terug op de afgelopen dagen en vooruit naar wat hen te wachten stond. In twee gevallen vonden de werkers het lastig te bepalen waar zij al dan niet op in zou gaan, omdat er ook ervaringen boven tafel kwamen die niet direct met de opname te maken hadden.

De werkers gaven positieve bevestiging aan de naasten en sloten aan bij hun krachten door te bespreken hoe zij zich in andere moeilijke situaties hadden weten te redden (Parton & O'Byrne, 2007; Graybeal, 2003).

De cliënten van deze zeven maatschappelijk werkers typeren hen met termen als 'gewoon, eigen, vertrouwd, aardig, meelevend, neutraal, niet veroordelend, direct en zorgvuldig'. Het lijkt erop dat deze werkers erin geslaagd zijn het proces van interactieontwikkeling in dussdanige banen te leiden dat er een goede werkrelatie ontstond: een relatie waarin de cliënt zich op zijn gemak voelde en zich vrij voelde om in te brengen wat hem bezig hield (Snellen, idem).

De maatschappelijk werkers zeggen dat zij niet alleen volgden, maar ook stuurden. Zij bewaakten hoe het gesprek verliep, brachten daar structuur in aan en confronteerden de naaste waar nodig. Zij hadden oog voor waar de naaste mee gebaat leek te zijn, op welk moment en stuurden zo nodig bij. Zonder het expliciet te benoemen bewaakten zij blijkbaar tevens het proces van probleemafwikkeling (Snellen, idem).

Een van de naasten vindt dat de maatschappelijk werker wel wat meer had mogen sturen. Deze werker liet het aan haar om te bepalen wanneer ze een eerste gesprek wilde. Op dat moment had ze te veel aan haar hoofd en stelde het eerste contact uit. Achteraf denkt ze dat het beter was geweest als ze de maatschappelijk werker eerder had gesproken. Deze had daar volgens haar meer op mogen aandringen in plaats van het zo open voor te stellen. Zij pleit daarmee voor een vorm van bemoeizorg (Jagt, 2001).

In de benadering van een van de werkers domineerde de sturende en directieve stijl. In zijn contact met de naasten lag het accent op regelen en overtuigen en niet op aandacht voor hen. Hij was meer gericht op het proces van probleemafwikkeling, dan cliënt- en interactieontwikkeling. Het leek op interventie zonder presentie. Ook was de maatschappelijk werker meer gericht op de patiënt, dan op de familie. De contacten waren korter: 20 tot 40 minuten ten opzichte van ongeveer een uur bij de andere maatschappelijk werkers. De cliënt vond de werker te afstandelijk en te weinig betrokken. Sturen kan nodig zijn, maar dient plaats te vinden in een context van volgen en oprechte aandacht. Sturen op het proces van probleemafwikkeling dient in balans te zijn met aandacht voor het proces van cliënt- en interactieontwikkeling.

Strategie

Maatschappelijk werkers vertelden in de interviews niet alleen wat ze in de betreffende casus hadden gedaan, maar ook over hun opvattingen hierachter en wat ze van belang vinden voor het medisch maatschappelijk werk in het algemeen en de traumazorg in het bijzonder. Twee van hen legden uit dat hun werk te maken moet hebben met ziekte, opname en behandeling. Anderen noemen dit niet expliciet, maar ook daar zal dit gelden. Het lijkt overigens de enige begrenzing in hun werk. Binnen deze kaders geven zij op eigen wijze invulling aan hun vak. Er wordt niet gesproken over regels en procedures die op een de één of andere manier van invloed zijn op de wijze waarop zij hun taak vervullen en de relatie met de cliënt aangaan (van der Laan, 2005). Bepalend is wat zij en de naaste

nodig vinden en de beschikbare formatie. Er wordt wel gesproken over standaarden, maar het gaat dan om wat zij zichzelf opleggen op basis van hun ervaring in dit werk: om practice based evidence.

Vijf maatschappelijk werkers gaven hun mening over wie het initiatief tot contact moet nemen. Drie van hen vinden dat zij bij grote trauma's zelf een actief aanbod moeten doen, omdat mensen in een dergelijke onzekere en beangstigende situatie niet altijd om hulp (kunnen) vragen terwijl het hen wel goed doet dat er aandacht voor hen is en er iemand met hen meekijkt naar hoe zij zich hierin staande kunnen houden. Twee maatschappelijk werkers denken daar anders over om verschillende redenen: één van hen wil zich niet opdringen, de ander meent dat de verpleging de eerste opvang goed doet en heeft zelf ook te weinig tijd om naasten actief te benaderen. De naaste dacht hier anders over. Zij was van mening dat de opvang door verpleegkundigen niet volstond, omdat zij niet de tijd hadden om haar apart te nemen en met haar rustig door te nemen wat de situatie voor haar betekende.

Voor het verkennen van de persoon-in-situatie laten de maatschappelijk werkers naasten vooral vertellen wat hen bezig houdt. Op basis daarvan krijgen ze zicht op de behoeften. Ze sluiten aan bij de krachten van naasten door na te gaan hoe naasten in andere moeilijke situaties zich staande wisten te houden. Standaard staan ze stil bij hoe de verschillende leden van het systeem met de situatie omgaan. De meeste maatschappelijk werkers zeggen tevens altijd aandacht te hebben voor het sociaal netwerk. Ze staan stil bij de steun die naasten daarvan ontvangen en stimuleren daarvan gebruik te maken. Dat neemt niet weg dat zij soms ook wel iets overnemen, om de druk wat te verminderen.

De maatschappelijk werkers laten zich in hun werk inspireren door verschillende methodieken. Geen van hen werkte bewust volgens één methodiek. Zij werkten eclectisch en kozen interventies die pasten bij de betreffende vraag en situatie. Zij werkten allen in meer of mindere mate systeemgericht. Zij hadden aandacht voor de verschillende leden van het systeem, hoe zij met elkaar omgingen in deze situatie en hoe zij elkaar tot steun konden zijn. Zij waren alert op het verschil in het verloop van het verwerkingsproces tussen patiënt en naasten en gericht op het bij elkaar brengen van deze ervaringen. Hier deden zich wel dilemma's bij voor. Deze bestonden eruit dat het soms lastig is te bepalen welke leden van het systeem je bij de hulpverlening moet betrekken en hoe je omgaat met strijdige belangen tussen verschillende leden van het systeem. Ook uit ander onderzoek blijkt dat maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg vaak gebruik maken van een systemisch referentiekader (Brunenberg e.a., 1996).

Verder noemden meerdere maatschappelijk werkers dat zij de uitgangspunten van traumaopvang en crisisonvang meenemen in het werken met deze naasten. Zij bieden ruimte voor ventileren, helpen te ordenen en nemen zonnodig wat over om de druk te verlichten. Social casework, psycho-educatie, psycho-analyse, ervaringsgericht werken en empowerment worden door sommige maatschappelijk werkers genoemd als achtergronden voor hun handelen in de betreffende casus.

Ter afronding van de hulpverlening evalueren de maatschappelijk werkers niet altijd expliciet met naasten. Het werk in de traumazorg is moeilijk planbaar. Meestal eindigt het contact bij overplaatsing van de patiënt naar een vervolgvoorziening. Dit kan vrij abrupt het geval zijn. Soms beperkt de afronding zich tot een kort telefonisch contact. Wel volgen maatschappelijk werkers tussentijds of de naasten gebaat zijn bij de hulpverlening. Evalueren is daardoor een continue activiteit.

Structuur

De hulpverlening was in vier van de zeven situaties gericht op begeleiding waarbij er in eerste instantie ten minste wekelijks contact was. Daarna werd continuïteit geboden door ongeveer wekelijks contact. De gesprekken duurden ongeveer 45 minuten tot een uur. Tweemaal was de hulpverlening kortdurend. In beide gevallen ging het om een afgebakende hulpvraag. In een laatste casus waren de contacten meer ad hoc van karakter, meer gericht op regelzaken en minder begeleidend van aard. In dit laatste geval duurden de gesprekken ook korter: 20 tot 40 minuten. In alle gevallen was er tussentijds telefonisch contact.

Dilemma's

Naasten bleken zich niet bewust van dilemma's die de maatschappelijk werker had ervaren. Zelf noemen de werkers er enkelen. Deze hadden betrekking op:

- waar je wel of niet op ingaat in de gesprekken met naasten;
- of je wel of niet na ontslag van de patient uit het ziekenhuis de hulpverlening continueert;
- wie je wel en niet bij de hulpverlening betreft;
- het omgaan met tegenstrijdige belangen van verschillende leden uit het systeem.

Samenwerking

De maatschappelijk werkers waren allen verbonden aan één of meerdere afdelingen in het ziekenhuis. In twee gevallen hebben naasten daardoor met meerdere maatschappelijk werkers contact gehad. Uit een andere situatie blijkt dat het niet vanzelfsprekend is dat bij overplaatsing naar een andere afdeling de hulpverlening wordt overgedragen naar de collega van die afdeling. In overleg met de cliënten is besloten dit niet te doen, omdat de maatschappelijk werker meende dat dit de hulpverlening niet ten goede zou komen.

Op één na zeggen alle maatschappelijk werkers dat zij regelmatig en makkelijk aan collega's vertelden waar ze mee bezig waren. Het hielp hen de rode draad te bewaken en zij gaven hiermee collega's de kans hen aan te spreken op de keuzen die zij maakten. Twee van hen zorgden er systematisch voor dat collega's op de hoogte waren van het verloop.

In één situatie was er ook contact met maatschappelijk werk van een externe organisatie om de hulpverlening af te stemmen.

Zes van de zeven patiënten werden na ontslag overgeplaatst naar een vervolgvoorziening. In vijf gevallen zorgde de maatschappelijk werker voor een overdracht naar een collega aldaar. Vanwege tijdsdruk heeft de andere maatschappelijk werker niet voor een overdracht gezorgd.

Maatschappelijk werkers in de traumazorg begeven zich in een multidisciplinaire context. In deze betreffende zeven casussen hadden zij dan ook te maken met verschillende professionals. In zes van de gevallen waren de naasten naar hen verwezen door verpleegkundigen: tweemaal volgens protocol, tweemaal omdat verpleegkundigen geconfronteerd werden met een vraag van de naasten waarmee ze niet goed raad wisten, eenmaal op verzoek van de naasten en eenmaal vanwege de bijzondere situatie van de naaste. In twee gevallen vonden maatschappelijk werker en naasten dat de verpleging eerder had moeten verwijzen.

De samenwerking beperkt zich niet tot verwijzen. In twee situaties schakelden maatschappelijk werkers verpleegkundigen in om aanwezig te zijn bij een slechtnieuwsgesprek tussen naasten en patiënt. In een ander geval konden verpleegkundigen op de maatschappelijk werker terugvallen bij vragen over het omgaan met patiënt, naasten en hun situatie. Om verpleegkundigen te informeren over hun betrokkenheid bij patiënt en naasten schreven allen in het verpleegkundig dossier. Twee werkers zijn standaard aanwezig bij het multidisciplinair overleg om aandacht te vragen voor de psychosociale aspecten van de opname. In vier casussen consulteerden maatschappelijk werkers een deskundige zoals psycholoog, psychiater en geriater.

Twee maatschappelijk werkers vertelden over minder prettige ervaringen in de samenwerking met artsen. Zij voelden zich door hen niet serieus genomen in hun vragen en bijdrage.

Conclusie

In de meeste gevallen sloot de hulpverlening van maatschappelijk werkers goed aan op de behoeften van naasten. Daar waar het niet helemaal aansloot bleek vooral het combineren van ondersteuning en veranderings- en competentiegerichte begeleiding enerzijds en concrete en informatieve hulpverlening anderzijds problematisch te zijn. Verder blijkt de taakopvatting van maatschappelijk werkers te verschillen, wat gevolgen heeft voor de aard van de hulpverlening die zij al dan niet bieden. Alle maatschappelijk werkers zijn van mening dat hun werk te maken moet hebben met ziekte, opname en behandeling maar zij verschillen in taakopvatting op een aantal dimensies:

- Ben je er voor de patiënt, of ben je er voor patiënt en/of naasten?
- Is het je taak bij ernstige trauma's een actief aanbod te doen, of is het aan andere disciplines om te verwijzen en/of aan naasten om zelf een hulpvraag te formuleren?
- Dien je praktische zaken voor de naasten te regelen of is dat aan de naasten zelf?

4.6 Resultaten Baat

De baat die naasten hebben ervaren bij de hulpverlening door maatschappelijk werk komt in deze paragraaf als laatste hoofdaspect aan de orde. Het gaat daarbij om de baat die voortkomt uit de ondersteuning die is geboden, de baat ten gevolge van veranderings- en competentiegerichte begeleiding, de baat die het gevolg is van concrete en informatieve hulpverlening en de baat die naasten hebben ervaren bij hulp bij communicatieproblemen met leden van het behandelteam. Steeds wordt onderscheid gemaakt tussen datgene waarin maatschappelijk werkers en naasten elkaar

bevestigen (equivalenties), aanvullen of tegenspreken (opposities). Tot slot volgen de conclusies voor dit hoofdaspect.

4.6.1 Baat: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Equivalenties Baat: ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Maatschappelijk werkers en naasten uit zes van de zeven casussen noemen in hoofdzaak dezelfde vormen van baat. Volgens hen was het belangrijk dat er een prettig open contact was waarin de cliënten alles kwijt konden: hun ervaringen, emoties en angsten. Naasten voelden zich gehoord, gezien, opgelucht, gerustgesteld en gesteund.

Lucht

M: Ik denk dat voor haar steeds wel, ik weet niet of ze het zo zal zeggen, maar eh misschien toch wel een soort uitkijken is naar dan is het weer zover, dan mag ik even alles kwijt, mag ik alles zeggen.

I: Ja, ja.

M: Wat ik niet normaal kan zeggen, maar daar kan ik het gewoon allemaal weer even vertellen. Dat dat geeft adem, dat geeft lucht.

Alles kwijt kunnen

C: Nou, dat je iemand hebt waar je je ei aan kwijt kunt, dat je alles kwijt kunt wat je dwarszit.

I: Hm.

C: Niet alleen over het ongeluk, maar ook andere dingen die dan ter sprake komen.

Verhaal goed kwijt

CV: Ja, wel direct met de deur in huis vallen van: hoe voel je je nu en hoe gaat het? Wat heb je gedaan en ja hoe ervaar je de afgelopen dagen? Hoe gaat het met jullie dochter. Ja.

I: Ja. Dus ook weer heel erg het hier, hoe zitten jullie nu bij elkaar.

CM: Heel erg rechtstreeks, maar ook toch wel geïnteresseerd. Ja wat is geïnteresseerd? Kijk, zo komt dat dan over dat je dus wel. Ja. Zulk soort gesprekken. Ik weet ook niet exact meer wat allemaal precies maar, ja dat was echt wel, je kon je verhaal goed kwijt.

Het hele verhaal

CZ: Want ik vertel aan de meeste, aan de meeste mensen en kinderen vertelde ik alleen maar stukjes van de gebeurtenis. Maar eh ja, bij die maatschappelijk werkster kon ik gewoon het hele verhaal vertellen. Dus daar was ik wel blij mee.

I: Ja. Ja. Dat was belangrijk voor jou om dat een keer te kunnen doen.

CZ: Ja.

De maatschappelijk werker en cliënt uit een van de casussen zijn het erover eens dat de gesprekken mevrouw geholpen hebben zichzelf niet uit het oog te verliezen, zodat zij er kon zijn voor de patiënt en de kinderen.

Aanvullingen Baat: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

De cliënten uit zes van de zeven casussen zijn van mening dat het hen geholpen heeft dat de maatschappelijk werker goed luisterde. Eén van hen maakt de vergelijking met verpleging en artsen, die volgens haar alles zo weer vergeten zijn.

Vergeten

I: Vindt u het belangrijk dat u eh naast verpleegkundigen en artsen ook nog bij maatschappelijk werk uw verhaal kwijt kunt?

C: Dat vind ik veel belangrijker dan een zuster of een dokter.

I: Ja?

C: Ik heb vaak het idee gehad en ja, dat heb ik nou hier ook, het gaat er hier in en daar weer uit, zijn ze zo vergeten.

Het ging er blijkbaar niet alleen om dat naasten hun verhaal kwijt konden, maar ze wilden ook echt gehoord en gezien worden. Ze hadden er baat bij iemand tegenover zich te hebben die actief luisterde.

Tussen de regels door luisteren

C: Nee. Nee. Sowieso was ik blanco. Ik wist niet wat ik moest verwachten. En wat ik je al zei, wat voor mij gewoon heel prettig is dat hij toch een heel stuk vertrouwen hersteld heeft. Nee ik kan niet zeggen dat ik iets gemist heb daarin. Nee. Wat ik gewoon heel belangrijk vind, deze maatschappelijk werker kan luisteren tussen de regels door en dat kan niet iedereen.

I: Hm.

C: Dat merkte ik ook wel eens dat hij toch dingen oppikte terwijl dat ik het niet benoemde. Ja dan denk ik: dat is knap als je dat dan toch hoort en ook terugkoppelt van: goh, als ik het goed begrijp, dan...

I: Ja.

C: Dus wel ook weer met mij verifiëren van: klopt het dat ik het zo interpreteer...

Cliënten uit twee casussen beweren dat het contact met maatschappelijk werk hen heeft geholpen zich staande te houden. Zij vertellen dat zij zich door de maatschappelijk werker gesteund voelden, dat de maatschappelijk werker voor hen de stabiele factor was in de ziekenhuisperiode, hun houvast.

Houvast

I: ...iemand vraagt je van: wat heb je daar nou aan gehad? Aan maatschappelijk werk?

C: Nou dat heb ik al wel eens keer moeten beantwoorden. Nou dan zeg ik dus: dat was voor mij de baken in die diepe zee...

I: Ja.

C: ...dat ik niet, dat ik niet verzoop. Gewoon mijn houvast om scherp te blijven. Om niet in die tunnelvisie te raken en eh die dingen terugkoppelde. Gewoon ja, de wisselwerking. Dus en dat is echt, zo zie ik het ook. Dat heb ik ook tegen hem gezegd, zo kijk ik er ook tegenaan, van: was mijn houvast in de meest moeilijke tijd.

Er doorheen zitten

I: Als je nu zo terugkijkt op het contact dat je hebt gehad hè, in sommige ziekenhuizen is er helemaal geen maatschappelijk werk voor dit soort situaties hè, dat is heel verschillend, eh als jij je dat probeert voor te stellen dat je geen contact met maatschappelijk werk had gehad, wat had je dan gemist?

C: M'n verhaal kwijt kunnen. Gewoon gesprekken met buitenstaanders.

I: Ja. En als je dan kijkt hoe 't met jou gegaan zou zijn als je dat niet kwijt had gekund? Je verhaal?

C: Ik denk dat ik er dan veel eerder doorheen had gezeten. Dat ik gewoon echt op 'n gegeven moment met m'n handen in m'n haren gezeten zou hebben. Van: hoe moet ik dit in godsnaam doen? Want er komt zo verschrikkelijk veel op je af.

Het contact met maatschappelijk werk heeft de ouders van een van de patiënten geholpen om samen hun weg te vinden in het verdriet. Mevrouw vertelt hierover dat haar man zich normaal gesproken niet zo makkelijk uit. De gesprekken met de maatschappelijk werker hielpen hem zijn emoties onder woorden te brengen.

Over gevoelens praten

CV: Ja. En ook voor ons samen denk ik, want ja op zich hij is ook wel 'n persoon die toch wel vrij gesloten is, en dat hij toch bij de maatschappelijk werkster ook over z'n gevoelens praatte en ook zei van eh ja wat hij eigenlijk vond en ja dat is op zich wel heel fijn.

Deze ouders vinden dat bij alle traumasituaties of situaties waarin mensen ongeneeslijk ziek zijn er in

ieder geval een eerste contact met maatschappelijk werk zou moeten zijn om te zien of de naaste behoefte aan ondersteuning heeft. Volgens hen is het belangrijk om iemand te hebben die luistert naar wat je meemaakt. Zij hebben daar in ieder geval steun aan ervaren.

In zes van de zeven casussen noemen naasten dat zij blij waren dat de maatschappelijk werker ook met de patiënt sprak. Het stelde hen gerust dat er niet alleen aandacht was voor de medische behandeling, maar dat ook iemand met de patiënt besprak hoe het hem verging en steun gaf.

Opposities Baat: Ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Naasten en maatschappelijk werkers hadden geen tegenstrijdige ideeën over wat de ondersteuning naasten heeft opgeleverd.

4.6.2 Baat: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

Equivalenties Baat: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

In vier casussen noemen naasten en maatschappelijk werkers dat de gesprekken ertoe hebben geleid dat de naaste zaken weer op een rijtje kreeg en beter kon omgaan met de situatie.

Er beter mee omgaan

CV: En daardoor kon ik er ook beter over praten, ook met anderen, zonder in huilen uit te barsten. Terwijl dat ik anders, gewoon als ik het ook maar begon te vertellen dan huilde ik al.

I: En dat was in die gesprekken met maatschappelijk werk anders?

CV: Ja, het begon anders te worden. Het werd steeds beter. En ik kon er steeds beter mee ermee omgaan.

I: Ja.

CV: En dat is wel dankzij dat, denk ik.

Eén van de cliënten vertelt dat ze er baat bij had dat de maatschappelijk werker en zij samen nagingen wat ze in bepaalde situaties het beste kon doen en dat ze goed uit de voeten kon met de adviezen die de maatschappelijk werker daarbij gaf. Hij hielp haar bijvoorbeeld dingen op een rij te zetten, voordat ze het gesprek met de revalidatiearts zou hebben. Ze was daardoor beter voorbereid en had meer overzicht.

In de twee situaties dat de patiënt moest worden geïnformeerd over de gebeurtenissen, zijn maatschappelijk werker en naasten tevreden over hoe dit verlopen is, zonder dat ze noemen dat de voorbereiding met de maatschappelijk werker hiertoe heeft geleid. Voor de ouders uit een van deze casussen was het wel belangrijk dat de maatschappelijk werker op de achtergrond aanwezig was toen ze hun zoon het slechte nieuws vertelden. Het was voor hen geruststellend te weten dat ze daarop konden terug vallen. Enerzijds is dit een vorm van ondersteuning, anderzijds hielp hen dit in het omgaan met de moeilijke situatie.

Maatschappelijk werker en naaste uit een andere casus menen dat de hulpverlening het zoontje heeft geholpen de gebeurtenissen te verwerken. Het ging aanzienlijk beter met hem na het contact met het maatschappelijk werk.

Aanvullingen Baat: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

De maatschappelijk werker uit een van de casussen noemt meer effecten/resultaten van de hulpverlening dan de cliënt zoals vergroting van de draagkracht, sterker worden en geleerd hebben om te gaan met de situatie. Wellicht als je de naaste hiernaar vraagt dat ze deze effecten herkent, maar ze noemt ze niet uit zichzelf.

Draagkracht vergroot

M: Dat zij heel goed gezien en begrepen en gehoord is waardoor haar draagkracht sterker,

groter is, denk ik.

Een andere maatschappelijk werker was vol bewondering over de wijze waarop haar cliënte met de moeilijke situatie omging. Ze denkt dat de gesprekken haar geholpen hebben, maar ze hoopt dat de cliënte uiteindelijk van mening is dat ze het zelf heeft gedaan, op eigen kracht.

Zelf gedaan

I: Wat denk je dat zij eraan heeft gehad?

M: Als ik haar zo inschat?

I: Hm.

M: Dan denk ik dat ze het vooral ook prettig heeft gevonden. En eh eh nou weet je en ik hoop eigenlijk ook dat ze het gevoel heeft van: nou ik heb 't eigenlijk zelf gedaan.

I: Omdat?

M: Omdat, ja daar zit gewoon de power van iemand.

I: Ja. Dat vind je ook belangrijk om dat te bereiken.

M: Ja.

Opposities Baat: Veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Er is geen aanleiding om aan te nemen dat de maatschappelijk werkers en cliënten verschillend denken over wat veranderings- en competentiegerichte begeleiding heeft opgeleverd.

4.6.3 Baat: Concrete en informatieve hulpverlening

Equivalenties Baat: Concrete en informatieve hulpverlening

In vier casussen noemen maatschappelijk werker en naasten het belang van de praktische hulpverlening zoals het regelen van een vergoeding voor de deeltaxi, een gastenpas van het restaurant, inschakelen van slachtofferhulp en een letselschadeadvocaat. In twee van de vier casussen accentueren de cliënten meer dat ze hiermee erg geholpen waren dan de maatschappelijk werkers. De ouders uit een casus spreken bijvoorbeeld over 'de gouden tip'. In twee van de vier casussen vroegen de cliënten om dergelijke hulp. In twee andere gebeurde dit op initiatief van de maatschappelijk werker. De cliënten uit een van deze twee casussen waren daar uitgesproken blij mee. Zij vonden het prettig dat de maatschappelijk werker dergelijke dingen voor hen regelde, omdat daar hun hoofd nog niet naar stond. Volgens hen kun je op zo'n moment dergelijke hulp goed gebruiken. De juiste instanties waren door de maatschappelijk werker ingeschakeld, waardoor zij zich geen zorgen hoefden te maken over de juridische afwikkeling van het ongeval.

De juiste wegen bewandelen

CM: Zij hebben daar de wegen in die ze moeten weten, ze weten precies waar ze moeten zijn, welke wegen ze moeten bewandelen, ja en dat heeft ons echt goed gedaan.

I: Ja.

CM: Want op dat moment doe je dat niet.

I: Nee.

CM: Daar staat je hoofd helemaal niet naar. Al wist je het ook wel, dan staat je hoofd er nog niet naar.

In de andere casus leidde het initiatief van de maatschappelijk werker tot wantrouwen. Men vroeg zich af waarom de maatschappelijk werker er zo op aandrong dat ze met deze advocaat in zee gingen.

Wantrouwen

M: Ik vond het wel goed dat ze op 'n gegeven moment ook zelf aangaven dat er in de familie enig wantrouwen was naar mij toe richting die advocaat. Van: waarom kom jij met die advocaat? Heb jij belangen?

Uiteindelijk was cliënte wel blij dat er een advocaat is ingeschakeld.

Advocaat ingeschakeld

C: Maar wij hebben geen advocaat ingeschakeld. Dus dat heeft de maatschappelijk werker gedaan.

I: Ja. En hoe vond je dat?

C: Nou ja we waren wel blij dat er inmiddels 'n advocaat was en dat er ook uitkwam dat hij dat ongefinancierd zou kunnen doen. Het zou hooguit 250 euro kosten dus dan heb je niks te verliezen, maar dan moet je wel een goeie advocaat mee hebben. De maatschappelijk werker is niet bij dat gesprek geweest. Die zei: ik laat het nu verder aan jullie over.

Aan de advocaat kunnen overlaten

I: Als je nu terugkijkt op die hulpverlening eh en even het perspectief van de familie hè, want dat is het perspectief in mijn onderzoek, eh wat denk je dat eh deze mensen aan het contact met jou hebben gehad?

M: Ik denk dat ze eh een van de belangrijkste dingen die ze zullen vinden, is dat die advocaat geregeld is. Want dat hebben we meteen gemerkt toen het rond was, hoe prettig ze het vonden dat, de eerste vraag die er kwam was volgens mij over de politie, dat ze het zo fijn vonden dat ze dat niet zelf hoefden te doen maar dat ze dat de advocaat konden laten doen.

I: Ja.

M: Eh ik denk dat ze dat als grootste gevolg zien, beste resultaat zien.

Aanvullingen Baat: Concrete en informatieve hulpverlening

Niet alle cliënten hebben baat ervaren op het gebied van de vragen die meer praktisch van aard waren. Eén van de maatschappelijk werkers is niet ingegaan op de financiële problemen die de cliënte aandroeg. Zij verwees daarvoor naar het maatschappelijk werk in het revalidatiecentrum. De cliënte hoopte dat de maatschappelijk werkster haar kon adviseren, haar de weg kon wijzen in het omgaan met de problemen op het gebied van inkomen.

Adviseren

I: Eh in het ziekenhuis, bij dat ene gesprek, had u ook aan de ene kant het doel van 'n gesprek over uw zoon en eh uw zorgen over hem. En aan de andere kant financiële dingen.

CV: Ja.

I: En die zijn wel besproken, maar daar is het bij gebleven hè?

CV: Ja.

I: Wat had u daarvan eh gewild? Of gehoopt wat er zou gebeuren in dat gesprek?

CV: Nou adviseren bijvoorbeeld. Waar ik naar toe zou kunnen of dat zij misschien kon helpen.

Opposities Baat: Concrete en informatieve hulpverlening

Ook in een andere casus was er sprake van grote financiële gevolgen doordat het inkomen van de patiënt was weggevallen. De maatschappelijk werker vindt dat de hulpverlening goed verlopen is: de dingen die geregeld moesten worden zijn geregeld. De cliënte is niet tevreden. Zij weet nog niet of het allemaal goed zal komen. De advocaat die door de maatschappelijk werker is ingeschakeld scheen ermee bezig te zijn, maar ze had nog geen zicht op wat hij zou bereiken. Inschakelen van de advocaat bood haar onvoldoende geruststelling. Ze had behoefte aan meer zekerheid, vertrouwen dat de advocaat dit daadwerkelijk en adequaat oppakte.

Duurt allemaal lang

C: Ja. Nou doet de advocaat het wel, maar goed, de advocaat is zo summier dus je ziet het niet. Misschien na vier maanden dat je zegt: oké, dat heeft hij allemaal voor je gedaan, dat weet ik niet. Maar hij zou ook hier de formulieren van Geweldsmisdrijven invullen, maar het ligt allemaal wel bij hem, maar het is inmiddels drieënhalve week geleden en daar zou dan ook 'n

bepaald bedrag komen, dan konden de eerste rekeningen weer betaald worden. Ja dan denk ik: het duurt allemaal eh allemaal zo lang.

4.6.4 Baat: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam

Equivalenties Baat: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam

In twee van de casussen hebben maatschappelijk werkers met de verpleging overlegd toen naasten ontevreden waren over de verpleging en artsen. Naasten werden geholpen om hun onvrede goed onder woorden te brengen, op een rij te zetten en de maatschappelijk werker bemiddelde voor hen. Naasten voelden zich gezien en gehoord. Hoewel er nog wel voorvallen waren liep het contact tussen naasten en de verpleging daarna beter. Over en weer was er meer begrip.

Opkomen voor de naasten

C: Ja, nou en dat hij ook eh toen ik dus zo eigenlijk min of meer in de clinch, clinch is misschien 'n groot woord, maar dat ik zo aan het stoeien was met die verpleegafdeling, dat hij ook meteen echt zoiets had van: nee dat kan niet. Kom, we gaan het op papier zetten, we gaan die dingen allemaal opschrijven, gaan we kijken of we er weer 'n structuur in kunnen krijgen. Probeerde echt dingen voor mij stapsgewijs helder te krijgen van: nou zo en zo en zo. En daar is hij vervolgens mee naar het verplegingsoverleg gegaan en ook gezegd van: nou dit kan zo niet meer. Maar wel van tevoren hadden we het samen gewoon helder doorgesproken, want op 'n gegeven moment overzie je het niet meer.

Aanvullingen en opposities Baat: Communicatieverbetering patiëntstelsel - behandelteam

In de interviews zijn geen aanwijzingen gevonden dat naasten en maatschappelijk werkers verschillend denken over de baat die naasten hebben gehad bij de bemiddeling van de maatschappelijk werker naar artsen en verpleging.

4.6.5 Baat: Samenvatting en conclusies

In tabel 4.4 (paragraaf 4.7) staat in de vijfde kolom per casus en per categorie vermeld of naasten hierbij baat hebben gehad.

In alle casussen blijkt dat maatschappelijk werkers en naasten vinden dat de hulpverlening tot baat heeft geleid.

In alle zeven de gevallen hebben naasten baat ervaren bij de veranderings- en competentiegerichtte begeleiding die de maatschappelijk werker bood. Zij hebben hun weg gevonden in tal van lastige en onbekende situaties, hebben zaken weer op een rij gekregen, hebben weer overzicht en de hulpverlening heeft hen geholpen de gebeurtenissen te verwerken. De gesprekken met maatschappelijk werk hielpen de ouders uit een van de casussen om ook met elkaar hierover goed in contact te blijven en samen een weg te vinden hoe ze het beste met de situatie en de gevolgen daarvan konden omgaan.

In zes van de zeven casussen hebben naasten baat ervaren op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding. Zij hebben begrip en steun ervaren, voelden zich gerustgesteld, konden hun verhaal en emoties kwijt en konden zich beter staande houden. In twee casussen hebben naasten het slechte nieuws met een 'gerust hart' kunnen vertellen. Zij werden gesteund door de maatschappelijk werker die dit gesprek ook met hen had voorbereid. In een van deze situaties noemden de naasten dat het voor hen belangrijk was dat maatschappelijk werk op de achtergrond aanwezig was. De wetenschap dat ze op haar terug konden vallen gaf hen vertrouwen en kracht. Zij zijn zelf tot veel in staat, wilden het ook graag zelf doen, maar hadden er meer vertrouwen in omdat ze wisten dat er iemand was die zou ingrijpen als dat nodig was.

In drie casussen gaven naasten aan baat te hebben ervaren op het vlak van concrete en informatieve hulpverlening. Praktische zaken zijn geregeld zoals een deeltaxi en een gastenpas van het restaurant. Slachtofferhulp en een letselschadeadvocaat zijn in enkele situaties ingeschakeld om de belangen van de naasten te verdedigen en een oplossing te zoeken voor financiële gevolgen van de situatie.

De communicatie met verpleging/artsen is in twee gevallen verbeterd. Er is over en weer meer begrip en naasten voelen zich erkend.

In één situatie verschillen cliënt en maatschappelijk werker van mening. De maatschappelijk werker meent dat de naasten gebaat waren bij de concrete en informatieve hulpverlening, maar de naaste denkt daar anders over. Daar moet bij worden opgemerkt dat de daadwerkelijke baat (een oplossing voor de financiële problemen) er nog niet kon zijn. Mocht de advocaat erin slagen dit naar tevredenheid op te lossen dan is het denkbaar dat de cliënte alsnog zou aangeven dat ze gebaat is geweest met de interventies van de maatschappelijk werker op dit gebied.

4.7 Conclusie

4.7.1 Samenvatting

In dit deelonderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag in hoeverre medisch maatschappelijk werkers in hun hulpverlening aansluiten op de behoeften van naasten van traumapatiënten en welke baat naasten ervaren bij deze hulpverlening. Daarvoor is gekeken naar de behoeften van naasten, de hulpverlening die maatschappelijk werk bood en de baat die naasten daarbij hebben ervaren. Tabel 4.4 biedt een overzicht van de resultaten. Er staat een x in de tabel wanneer hiervan sprake was en een – als dit niet het geval was. Een (x) betekent dat dit wel door de cliënt, maar niet door de maatschappelijk werker is genoemd. Een 0 in de kolom baat betekent dat de maatschappelijk werker meent dat de cliënt hier baat bij heeft gehad, maar de cliënt niet.

Tabel 4.4 Behoeften, hulpverlening en baat psychosociale hulpverlening

Casus	Categorie	Behoefte	Hulpverlening	Baat
1	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	x	x	x
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	x	x	x
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	x	x	x
2	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	x	x	x
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	(x)	x	x
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	—	—	—
3	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	—	—	—
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	x	x	x
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	x	x	x
4	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	x	x	x
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	x	x	x
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	—	—	—
5	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	(x)	—	—
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	x	x	x
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	—	—	—
6	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	x	x	0
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	(x)	—	—
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	—	—	—
7	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	x	x	x
	Concrete en informatieve hulpverlening	(x)	—	—
	Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	x	x	x
	Communicatieverbetering patiëntstelsel/behandelteam	—	—	—

Voorgaand overzicht biedt een antwoord op de vraagstelling.

Hulpverlening en behoeften

In vier van de zeven casussen sloten maatschappelijk werkers volledig aan op de behoeften van de naasten, in drie andere gevallen gedeeltelijk.

In alle casussen sloten de maatschappelijk werkers aan op de behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding. In een van de gevallen lag volgens de maatschappelijk werker accent op deze behoefte, terwijl het volgens de naaste vooral ging om de behoefte aan ondersteuning.

Alle naasten bleken behoefte te hebben aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding en, op één situatie na, kwamen de maatschappelijk werkers daaraan tegemoet. De maatschappelijk werker die hieraan niet tegemoet kwam noemde dat hij meer gericht was op het regelen van praktische zaken in het belang van de patiënt dan op het ondersteunen van de familie.

Naasten hadden niet alleen behoefte aan psychosociale hulp voor zichzelf, maar wilden dat dit ook geboden werd aan de patiënt en in een enkel geval ook aan andere betrokkenen. Ondanks de last die zij zelf te dragen hadden, hadden zij zorg voor anderen. Het stelde hen gerust dat de maatschappelijk werkers hier aandacht voor hadden. Volgens Verhaeghe (2007) is het belangrijk dat iemand deze zorg van hen overneemt. Naasten hebben genoeg aan zichzelf en willen dat er voor de anderen wordt gezorgd.

Drie naasten waren, in tegenstelling tot de maatschappelijk werkers, van mening dat het aanbod voor ondersteuning door maatschappelijk werk er eerder had moeten zijn. Een van deze maatschappelijk werkers was van mening dat de eerste opvang door verpleegkundigen voldoende was. De naaste was het hier niet mee eens. In een andere casus had de maatschappelijk werker wel een aanbod gedaan, maar volgens de naaste had ze hierin directiever mogen zijn.

In zes van de zeven gevallen was er behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening, maar in twee daarvan is hier door de maatschappelijk werker niet op aangesloten. In een van deze gevallen verschilden naaste en maatschappelijk werker van mening over de urgentie van de financiële problemen. De maatschappelijk werkers uit beiden casussen waren zich ervan bewust dat zij niet erg gericht zijn op deze vorm van hulp. Ook uit ander onderzoek blijkt dat deze vorm van hulpverlening onder maatschappelijk werkers minder populair is (Brunenberg e.a., 2006).

In beide casussen waarin naasten behoefte hadden aan hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam kwamen maatschappelijk werkers daaraan tegemoet.

In de interviews bleek dat gedurende de hulpverlening zich nogal eens nieuwe behoeften ontwikkelden of bewust werden, waar door de maatschappelijk werkers eveneens op in is gegaan. Vanuit de literatuur kennen we dit verschijnsel als het iteratieve zoekproces van hulpverlening (Doerbecker, 1979).

Belangrijke inspiratiebronnen voor maatschappelijk werkers in deze setting zijn de systeembenadering (Lange, 2000; Minuchin, 1973; Watzlawick, 1970), de sociaal netwerkbenadering (Baars, 1990; Hendrix, 1997) en de uitgangspunten van trauma- en crisisopvang (de Mönink, 2004; Kleber, 1986; Brinkman & van den Berg, 2003).

Hulpverlening en baat

De resultaten van dit deelonderzoek geven een antwoord op de vraag of naasten gebaat waren bij de hulpverlening die maatschappelijk werkers boden. Alle naasten geven aan dat zij baat hebben ervaren bij de hulpverlening van maatschappelijk werk. In één geval echter was de naaste van mening dat zij op het gebied van concrete en informatieve hulpverlening onvoldoende baat heeft ervaren.

Ook de vraag welke aspecten van de hulpverlening tot welke baat leiden valt nu te beantwoorden. Vier van de zeven casussen vertonen veel overeenkomsten. Uit de verhalen van naasten en maatschappelijk werkers blijkt dat luisteren, aandacht geven, stimuleren om te vertellen, adviseren, steunen in keuzen, bemiddelen, regelen en ordenen tot opluchting en steun leidde en dat het de naasten hielp zich staande te houden in deze situatie.

In een andere casus gaat het om vergelijkbare interventies, alleen in een eenmalig contact. Concrete vragen, stimuleren om te vertellen en zich te uiten zorgden voor opluchting bij moeder en zoon.

Common factors (de Vries, 2007; Beutler & Johannsen, 2005; Chambless & Crits-Christoph, 2005; Duncan & Miller, 2005) lijken in zes van de zeven casussen belangrijk in het 'succes' van de hulpverlening. Vooral de persoon van de werker en de relatie tussen cliënt en werker vallen op als invloedrijke factoren. Concreet wordt hier bijvoorbeeld over gezegd dat naasten en maatschappelijk werker voor elkaar open stonden, dat er een klik was, dat de maatschappelijk werker aardig en 'gewoon' was, en dat deze zichzelf niet boven de cliënt plaatste.

Eén van de cliënten is niet zo tevreden, ondanks dat de hulpverleningsactiviteiten goed aansloten bij

haar vragen. Het lijkt erop dat niet zo zeer wat de maatschappelijk werker deed, maar hoe hij dat deed tot deze ontevredenheid heeft geleid. Zij miste betrokkenheid. De maatschappelijk werker was er meer voor de patiënt dan voor haar en dat heeft zij duidelijk ervaren. In het interview vertelt zij uitvoerig over wat ze heeft meegemaakt, hoe dat voor haar was en wat het voor haar betekende. De maatschappelijk werker zegt daar in het interview niets over. Hij richt zich vooral op de feiten en wat er moet gebeuren. Het lijkt op interventie zonder presentie. De indruk ontstaat hier dat betrokkenheid en aandacht voorwaarden zijn om baat te kunnen ervaren.

In één casus kunnen we de baat zich gehoord en gesteund voelen zien als belangrijk effect van de benadering door de maatschappelijk werker: cliënten kregen niet alleen advies hoe zij hun zoon het nieuws konden brengen, maar voelden zich daar blijkbaar ook in gezien en serieus genomen. In twee andere casussen blijkt dat gehoord worden, aandacht, steun, overzicht en adviezen cliënten hielp zich staande te houden in de situatie.

Behoeften en baat

In de resultaten wordt ook zichtbaar of de baat die naasten ervaren bij de hulpverlening ook aansluit op hun behoeften. Naasten die behoefte hadden aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding of hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam hebben op dit vlak ook baat ervaren. Er was echter driemaal geen baat op het vlak van concrete en informatieve hulpverlening, terwijl er wel behoefte aan was. In een van deze gevallen is er wel dergelijke hulp geboden en meende de maatschappelijk werker dat de naaste hierover tevreden zou zijn, maar de naaste zelf gaf aan hieraan (nog) geen baat te hebben ervaren. Eenmaal ontbrak baat op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, terwijl daar wel behoefte aan was. Kenmerkend aan het beroep is de integratie van materiële en immateriële hulpverlening; de integratie van direct en indirect werken (Jagt, 2006; Verharen & Nicolassen, 2005). In drie van de zeven casussen zien we dat dit niet optimaal uit de verf komt. De focus lag bij deze maatschappelijk werkers eenzijdig op of materiële hulpverlening (concrete en informatieve hulpverlening) of immateriële hulpverlening (ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichtte begeleiding, communicatieverbetering patiëntstelsel en behandelteam). Vaker is gebleken dat maatschappelijk werkers er niet altijd in slagen materiële en immateriële hulpverlening met elkaar te combineren (Melief e.a., 1994; Schilder, 1996).

Naasten hebben op meer vlakken baat ervaren dan waar zij in eerste instantie voor verwezen zijn naar maatschappelijk werk. Een deel van de behoeften van naasten werd pas gedurende de hulpverlening duidelijk. Door met de naasten te volgen hoe het hen tijdens de opname van hun dierbare verging en wat zij tegenkwamen in deze situatie, door hier aandacht voor te hebben, kreeg de maatschappelijk werker zicht op wat er nodig was (Tronto, 1993). Het was een cyclisch proces waarin de fasen van de regulatieve cyclus meermaals en iteratief werden doorlopen (Doerbecker, 1979). Concrete en informatieve hulpverlening viel hierbij op. Naasten gaven aan dat zij deze vragen zelf op voorhand niet bedachten, maar wel erg gebaat waren met bijvoorbeeld het inschakelen van een letselschadeadvocaat, een gastenpas voor het personeelsrestaurant, het inschakelen van de thuiszorg voor huishoudelijke hulp en een vergoeding voor de deeltaxi.

Ook de vraag naar bemiddeling in de communicatie met artsen en verpleging deed zich niet in eerste instantie voor. In de contacten met de naasten kwamen dergelijke vragen naar voren en deed de maatschappelijk werker een aanbod tot hulp. Het contact met maatschappelijk werk biedt naasten blijkbaar de kans om stil te staan bij wat zij nodig hebben om zich staande te houden in deze situatie.

4.7.2 Beperkingen

In dit deelonderzoek is voor het eerst de hulp van maatschappelijk werkers aan naasten van traumapatiënten gereconstrueerd. De resultaten geven inzicht in de psychosociale hulpverlening die maatschappelijk werkers aan deze naasten bieden. Hiervoor zijn maatschappelijk werkers en naasten afzonderlijk van elkaar geïnterviewd. Het aantal interviews is beperkt (15). Dit heeft te maken met de keuze voor een kwalitatieve benadering met diepte-interviews, waardoor het mogelijk was in te gaan op ervaringen, belevingen en opvattingen. De naasten die hebben meegedaan, zijn door maatschappelijk werkers geselecteerd. Naasten die minder tevreden waren over de hulp zijn daardoor mogelijk niet voorgedragen voor het onderzoek. Om te toetsen in hoeverre medisch maatschappelijk werkers daadwerkelijk aansluiten bij de behoeften van naasten en of naasten baat hebben bij de hulpverlening van maatschappelijk werk is daarom vervolgonderzoek gedaan (zie hoofdstuk 5).

De verhalen van maatschappelijk werkers en naasten zijn reconstructies van de werkelijkheid en subjectief. Ze zijn echter vergeleken op equivalenties, aanvullingen en opposities. Opvallend is dat er weinig opposities zijn aangetroffen. In de meeste gevallen bevestigen de verhalen van beiden elkaar. Deze intersubjectiviteit vergroot de betrouwbaarheid van de resultaten.

Eén van de naasten had een niet-Westerse achtergrond. Onduidelijk is op welke wijze cultuur een rol speelt in haar ervaringen. Alle andere naasten waren autochtone Nederlanders. Het aantal naasten is te klein om uitspraken te doen over de behoeften en ervaringen van naasten met verschillende culturele achtergronden, daar zou vervolgonderzoek voor nodig zijn, maar zeker is dat de culturele dimensie naast andere factoren van invloed is (Kleber, 2007).

4.7.3 Discussie

De taakopvatting van maatschappelijk werkers in de traumazorg blijkt te variëren op een aantal punten:

- Ben je er voor de patiënt, of ben je er voor patiënt en/of naasten?
- Is het je taak bij ernstige trauma's een actief aanbod te doen, of is het aan andere disciplines om te verwijzen en/of aan naasten om zelf een hulpvraag te formuleren?
- Dien je praktische zaken voor de naasten te regelen of is dat aan de naasten zelf?

De uitkomsten van dit onderzoek bieden aanknopingspunten hiervoor.

Mensen maken deel uit van een systeem, waarbij de leden elkaar wederzijds beïnvloeden. Als het gaat om het herstel van de patiënt kunnen de mensen uit het sociaal netwerk een belangrijke bron van steun zijn, dan wel een belemmering vormen. Dat is de eerste reden om aandacht voor naasten te hebben.

Humanitaire motieven vormen de tweede grondslag voor aandacht voor naasten (zie hoofdstuk 1). Het ongeval heeft niet alleen consequenties voor de patiënt, maar ook voor de sociale omgeving. Deze kunnen fysiek, psychisch, sociaal en materieel van aard zijn. Vaak is de patiënt in eerste instantie niet aanspreekbaar, maar worden naasten al met de eerste gevolgen geconfronteerd. Erkenning van hun lijden getuigt van medemenselijkheid (van Heijst, 2008; Kleber & Mittendorf, 2000).

Bij ernstige trauma's lijkt een actief aanbod van maatschappelijk werk gerechtvaardigd. Naasten denken er niet altijd aan zorg voor zichzelf te vragen (Verhaeghe, 2007), terwijl de nood vaak wel groot is. Gedurende de opname moeten zij op een ziekenhuismedewerker kunnen terugvallen en deze persoon dient een constante factor te zijn. Ieder moment kan er weer iets gebeuren waardoor naasten hulp nodig hebben. Het stelt hen gerust te weten dat er iemand voor hen is.

Het is van belang dat zij hun verhaal kunnen doen, dat er iemand is die naar hen luistert, vragen stelt en hen de kans geeft zonodig keer op keer tot in detail te vertellen over hun ervaringen en gevoelens. Aandacht voor wat zij meemaken en ervaren, helpt hen zich staande te houden (Tronto, 1993).

Concrete vragen en belangstelling van de maatschappelijk werker helpen hen hier woorden aan te geven. Presentie is een soort voorwaarde voor interventie (Baart, 2001; Van der Laan, 2003).

Het gaat om naasten waar in wezen niets mee aan de hand is, maar die geconfronteerd worden met een extreme gebeurtenis waardoor zij uit balans worden gebracht. Zij zijn erbij gebaat als de maatschappelijk werker hen helpt de balans tussen draagkracht en draaglast weer terug te vinden. Dit kan door aan te sluiten bij de eigen kracht van naasten (Parton & O'Byrne, 2007; Graybeal, 2003), hen te stimuleren gebruik te maken van de ondersteuning die in het sociaal netwerk te vinden is en af en toe wat over te nemen om hen en het netwerk te ontlasten.

Door systematisch, procesmatig en cyclisch te werken is het mogelijk een werkrelatie te creëren waarin de maatschappelijk werker aansluit bij de behoeften van naasten en bewaakt of deze baat heeft bij de hulpverlening (Snellen, 2007).

In een crisissituatie als een acute opname van een dierbare zijn naasten erbij gebaat dat er rust en orde ontstaat. Hierbij kan het nodig zijn om praktische zaken te regelen en over te nemen. Ook als de eerste crisis geweken lijkt te zijn kan de ziekenhuisopname een bron van stress blijven vormen. Oog voor de praktische zaken waarvoor de naasten zich geplaagd zien, hierin adviseren en zonodig regelen kan helpen de draaglast te beperken.

De kwaliteit van de hulpverlening kan worden bewaakt door vormen van intercollegiale toetsing en intervisie. In situaties waarin maatschappelijk werkers verbonden zijn aan afdelingen van het ziekenhuis is dit echter niet vanzelfsprekend, omdat er vaak slechts één maatschappelijk werker werkzaam is. Decentralisatie van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis heeft als voordeel dat de werker en afdeling goed met elkaar bekend zijn, maar als dit leidt tot solistisch opereren kan de kwaliteit en continuïteit van de hulpverlening in het gedrang komen.

Samenwerking met andere disciplines bestaat uit de verwijzingen die daarvan komen en het over en weer informeren en consulteren. Dit vraagt van de maatschappelijk werkers dat zij zich helder kunnen profileren en positioneren in de keten van zorg. Voor adequate verwijzing en samenwerking moet voor andere professionals in het ziekenhuis helder zijn waarin deze psychosociale hulpverlening verschilt van bijvoorbeeld de psychosociale zorg die door verpleegkundigen wordt geboden (Prins, 1999). Door aanwezigheid bij patiëntbesprekingen kan de werker ervoor zorgen dat de psychosociale aspecten van de opname voldoende aandacht krijgen.

Er wordt door naasten en maatschappelijk werkers vaak gesproken over 'afdeling'. Daarmee wordt meestal bedoeld op verpleegkundigen. Opvallend is dat er niet over personen maar in organisatietermen over wordt gesproken. Dat maakt het anoniem. Dit is ergens ook zo, omdat er voortdurend andere verpleegkundigen aan het bed staan. Daarin onderscheidt het aanbod van maatschappelijk werk zich. Maatschappelijk werkers kunnen voor naasten continuïteit bieden: één persoon die hen gedurende de opname bijstaat waar nodig. Dit pleit ervoor dat bij overplaatsing naar een andere afdeling de hulpverlening niet wordt overgedragen naar een collega. Het koppelen van maatschappelijk werkers aan afdelingen komt voort uit organisatorische en inhoudelijke argumenten (zie hoofdstuk 2), maar hier strikt aan vasthouden ontnemt naasten een centraal en vertrouwd aanspreekpunt.

De meeste traumapatiënten gaan na ontslag uit het ziekenhuis (nog) niet naar huis. Er volgt vaak nog een lang traject van revalideren. Ook voor de psychosociale hulpverlening is vaak nog een vervolg nodig. Deze kan vaak niet vanuit het ziekenhuis worden gecontinueerd. Dit verdient meestal ook niet de voorkeur, omdat een maatschappelijk werker van de vervolgvoorziening beter kan aansluiten bij de behoeften die zich in die situatie voordoen. Het vraagt wel om een zorgvuldige overdracht van de hulpverlening in overleg met de naasten.

Het onderzoek bevestigt de items die in het eerdere behoefteonderzoek voor de categorie psychosociale hulpverlening zijn gebruikt (hoofdstuk 3), maar geeft tevens inzicht in aanvullende psychosociale behoeften. Bij vervolgonderzoek naar de behoeften van naasten verdient het de voorkeur ook deze psychosociale behoeften op te nemen (voor een voorbeeld zie bijlage 6).

5. Ervaren baat

5.1 Inleiding

Uit het eerste deelonderzoek van deze studie blijkt dat naasten van traumapatiënten behoefte hebben aan psychosociale hulpverlening in de vorm van ondersteuning, hulp bij praktische problemen die ten gevolge van het ongeval ontstaan en hulp bij het (leren) omgaan met de consequenties van het ongeval (Verharen, 2009).

In het tweede, kwalitatieve deelonderzoek zijn deze resultaten bevestigd en blijkt dat sommige naasten bovendien behoefte hebben aan hulp bij meningsverschillen of communicatieproblemen met verpleging of artsen. Tevens is beschreven op welke wijze maatschappelijk werkers tegemoet komen aan de behoeften van naasten en welke baat naasten daarbij ervaren.

Met behulp van de resultaten van de eerste twee deelonderzoeken is, voor dit derde en laatste deelonderzoek, een vragenlijst ontwikkeld om bij naasten na te gaan welke hulp zij van maatschappelijk werk ontvangen hebben, hoe zij oordelen over de benadering van de maatschappelijk werker en welke baat zij ervaren in relatie tot hun behoeften en de geboden hulpverlening. Zoals in de literatuurstudie beschreven (hoofdstuk 2), zijn de belangrijkste effecten van maatschappelijk werk subjectief ervaren gevoelens (Melief e.a., 2002). Daar sluit dit deelonderzoek op aan.

Het onderzoek reikt verder dan een tevredenheidsmeting. Ervaren baat heeft betrekking op de resultaten: wat heeft de hulpverlening opgeleverd vanuit het perspectief van de naasten. Bij tevredenheid gaat het om een waardeoordeel over de hulpverlening, dat uiteraard (deels) gebaseerd zal zijn op de resultaten, maar ook op verwachtingen en op oordelen over de benadering van de maatschappelijk werker.

Onderzoeksvragen en deelvragen

- Welke behoeften hebben naasten van traumapatiënten?
- In hoeverre komt de hulpverlening door medisch maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoeften van naasten van traumapatiënten?
 - Wat kenmerkt de hulpverlening van maatschappelijk werkers?
 - Welke hulp ontvangen naasten van het medisch maatschappelijk werk?
- Welke baat ervaren naasten bij de hulpverlening van maatschappelijk werk?
 - Sluit de ervaren baat aan bij de behoeften van naasten?

5.2 Methode

Het betreft een kwantitatieve survey onder naasten van traumapatiënten. De resultaten van de eerste twee deelonderzoeken zijn gebruikt om, naar voorbeeld van *Sater* van het Verwey-Jonker Instituut, een vragenlijst te ontwerpen voor het meten van de ervaringen van naasten van traumapatiënten met de hulpverlening door medisch maatschappelijk werk (Flikweert e.a., 2002; Melief e.a., 2002).

Setting

Vijf traumacentra namen deel aan dit deelonderzoek: UMC Groningen, UMC Utrecht, LUMC in Leiden, St Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en VUmc in Amsterdam.

Inclusiecriteria

- naasten van traumapatiënten die tijdens de opname van de patiënt begeleiding hebben gehad van medisch maatschappelijk werk;
- naasten zijn: partners, ouders, broers, zussen, kinderen of een andere voor de patiënt belangrijke persoon;
- naasten spreken de Nederlandse taal;
- naasten zijn 18 jaar of ouder;
- de traumapatiënt is ≥ 15 jaar.

5.2.1 De vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen (bijlage 6):

- A. Algemene gegevens over de naaste, de patiënt en de ziekenhuisopname
- B. De contactlegging met medisch maatschappelijk werk
Gericht op hoe en wanneer het contact met maatschappelijk werk is ontstaan.
- C. De behoeften
De redenen voor contact met maatschappelijk werk uitgesplitst naar de behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening, veranderings- en competentiegerichte begeleiding en communicatieverbetering patiëntstelsel – behandelteam.
- D. De geboden hulpverlening
De interventies van de maatschappelijk werker op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening, veranderings- en competentiegerichte begeleiding en communicatieverbetering patiëntstelsel – behandelteam.
- E. De benadering van de maatschappelijk werker
Stellingen (met als antwoordmogelijkheden 'eens', 'niet mee eens/niet mee oneens', 'oneens') die een beeld geven van de manier waarop de maatschappelijk werker hulp geboden heeft. Benadering is geoperationaliseerd in uitspraken die iets zeggen over de persoon van de maatschappelijk werker, de relatie maatschappelijk werker – naaste, de stijl van hulpverleners en de deskundigheid van de maatschappelijk werker.
- F. Structuurkenmerken van de hulpverlening
Informatie over de duur van de hulpverlening, het aantal persoonlijke, telefonische en emailcontacten, de lengte van de gesprekken, de afronding van de hulpverlening en de opvattingen van de naaste over deze structuurkenmerken.
- G. De ervaren baat
De door de naaste ervaren resultaten op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening, veranderings- en competentiegerichte begeleiding en communicatieverbetering patiëntstelsel – behandelteam.
- H. Tevredenheid
Uitspraken die een impressie geven van de mate van tevredenheid.
- I. De rol van maatschappelijk werk
De bijdrage die maatschappelijk werk levert in relatie tot andere professionals in het ziekenhuis.

De vragenlijst is voor *face-validity* voorgelegd aan een van de ontwerpers van de Sater-vragenlijst en aan een expertgroep van vier medisch maatschappelijk werkers die in de traumazorg werkzaam zijn. De vragenlijst is bijgesteld en opnieuw voorgelegd ter goedkeuring. Tevens is de vragenlijst getest op begrijpelijkheid en volledigheid bij twee naasten van traumapatiënten die hadden deelgenomen aan het tweede deelonderzoek.

5.2.2 Dataverzameling

De vragenlijsten werden telefonisch afgenomen door studenten maatschappelijk werk. Alle interviewers werden vooraf getraind door de onderzoeker om *interviewerbias* zoveel mogelijk te voorkomen.

De procedure was als volgt. Maatschappelijk werkers van de deelnemende ziekenhuizen meldden bij de onderzoeker wanneer zij in contact kwamen met naasten van traumapatiënten. Wanneer afronding van de hulpverlening in zicht kwam vroeg de maatschappelijk werker de naaste of hij/zij wilde meewerken aan een telefonisch interview. Indien de naaste daarvan afzag, rapporteerde de

maatschappelijk werker de reden hiervan aan de onderzoeker. Op deze manier werd voorkomen dat maatschappelijk werkers konden selecteren wie voor het onderzoek benaderd zou worden. Indien de naaste instemde, tekende deze de verklaring voor vrijwillige deelname en gaf de maatschappelijk werker naam en telefoonnummer van de naaste aan de onderzoeker door. Binnen een maand na afronding van de hulpverlening werd het telefonisch interview door de studenten afgenomen.

5.2.3 Analyse

In kaart is gebracht welke behoeften naasten hadden, of maatschappelijk werkers met hun hulpverlening op deze behoeften aansluiten, tot welke baat deze hulpverlening leidt en in hoeverre de ervaren baat aansluit op de behoeften die naasten hadden. In schema ziet dat er als volgt uit.

Figuur 5.1 Analysemodel ervaren baat

Statistische analyse

De data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 15.0. Resultaten zijn met gebruik van beschrijvende statistiek weergegeven en uitgedrukt in frequenties en percentages. Cronbach's alpha is berekend om de interne consistentie van iedere categorie te bepalen (zie bijlage 7).

5.3 Resultaten

5.3.1 Respondenten

De metingen zijn verricht in de periode november 2008 tot medio juli 2009. Op basis van een schatting² over 2007 werd verwacht binnen een half jaar 30 naasten te kunnen interviewen. Eén van de ziekenhuizen moest echter vrij snel afhaken vanwege langdurige ziekte van de maatschappelijk werker traumazorg en het aantal naasten dat werd begeleid bleek geringer, mogelijk door een overschatting van het aantal naasten in 2007. Om die reden is de periode van dataverzameling verlengd tot medio juli.

In de onderzoeksperiode zijn er 45 naasten van traumapatiënten begeleid door de 14 maatschappelijk werkers die participeerden in het onderzoek, 12 van deze naasten hebben niet aan het onderzoek deelgenomen:

- 8 naasten vonden een interview te belastend gezien de omstandigheden;
- 3 naasten uit 1 familie vielen af omdat de maatschappelijk werkster hen niet wilde benaderen voor deelname aan het onderzoek, vanwege een overlijden in deze familie bij het afronden van de hulpverlening;
- 1 naaste zag af van deelname vanwege het overlijden van de patiënt.

In totaal zijn er 33 interviews afgenomen.

² Naar schatting zijn in 2007 110 naasten van traumapatiënten begeleid door de maatschappelijk werkers van de vijf betrokken ziekenhuizen. In het medisch maatschappelijk werk wordt geregistreerd op patiënt en niet op naaste. Hierdoor is onbekend hoeveel naasten precies zijn begeleid.

Bij 28 van de 33 naasten was de hulpverlening afgerond toen het interview plaatsvond, bij 5 naasten niet:

- viermaal omdat de onderzoeksperiode eindigde en duidelijk was dat de hulpverlening binnen twee weken zou worden afgerond;
- eenmaal omdat de hulpverlening in de tussentijd was hervat.

Bij 31 naasten is het interview binnen een maand na het laatste contact met maatschappelijk werk afgenomen, bij 2 naasten was dit 5 tot 6 weken na het laatste contact.

In tabel 5.1 zijn de belangrijkste kenmerken van de respondenten opgenomen.

De groep van 33 naasten bestaat uit meer vrouwen dan mannen. De meeste naasten zijn tussen de 41 en 60 jaar. Het opleidingsniveau is van 5 naasten laag (basisonderwijs/ LBO), van 14 middelbaar (voortgezet onderwijs/ MBO) en van 14 hoog (HBO/WO). De meeste naasten rekenen zichzelf tot de Nederlandse etniciteit.

Tabel 5.1 Kenmerken van de naasten

Kenmerk	Aantal (%) n=33
Geslacht	
Vrouw	23 (70)
Man	10 (30)
Leeftijdscategorie	
21-40 jaar	7 (21)
41-60 jaar	21 (64)
Ouder dan 60 jaar	5 (15)
Opleidingsniveau	
Laag	5 (15)
Midden	14 (42)
Hoog	14 (42)
Etniciteit	
Nederland	30 (91)
Suriname	1 (3)
Marokko	1 (3)
Indonesië	1 (3)

In tabel 5.2 zijn kenmerken opgenomen over de relatie van de naaste tot de patiënt. In de meeste gevallen is de patiënt de partner van de naaste. Bij tien naasten gaat het om hun zoon of dochter, bij vier om hun broer of zus, bij twee om hun vader of moeder en bij eveneens twee is er een andere relatie, namelijk schoonzoon en zwager. De meeste naasten woonden voor het ongeval samen met de patiënt. Bij tien naasten was dat niet het geval.

Tabel 5.2 Kenmerken relatie naaste – patiënt

Kenmerk	Aantal (%) n=33
Patiënt is	
Partner	15 (46)
Zoon/dochter	10 (30)
Broer/zus	4 (12)
Vader/moeder	2 (6)
Anders	2 (6)
Samenleven patiënt – naaste	
Ja	23 (70)
Nee	10 (30)

In tabel 5.3 zijn kenmerken opgenomen van de patiënten van wie de naasten werden ondervraagd. Er zijn combinaties van kenmerken mogelijk, waardoor het totaal hoger is dan 100%. Bijna alle patiënten hadden hersen-/schedelletsel of letsel aan het bewegingsapparaat en 15 van hen hadden beide. Tevens hadden 20 patiënten nog ander letsel.

Van de 33 patiënten hebben er 3 op de spoedeisende hulp gelegen (dat impliceert dat er in het betreffende ziekenhuis bedden op de spoedeisende hulp zijn). De meeste patiënten hebben op de intensive care gelegen, 16 patiënten hebben op de medium care gelegen en 21 patiënten op de verpleegafdeling. Toen het interview werd afgenomen verbleven de meeste patiënten in een revalidatiekliniek, 8 patiënten waren inmiddels thuis, 6 patiënten verbleven nog op een verpleegafdeling in het ziekenhuis, 6 patiënten waren overleden en 2 patiënten verbleven elders.

Tabel 5.3 Patiëntkenmerken

Kenmerk	Aantal (%) n=33
Letsel	
Hersen/schedel of bewegingsapparaat	32 (97)
Ander letsel	20 (61)
Hersen/schedel en bewegingsapparaat	15 (46)
Afdelingen waar de patiënt heeft gelegen	
Intensive care	28 (85)
Verpleegafdeling	21 (64)
Medium care	16 (49)
Spoedeisende hulp	3 (9)
Waar verbleef de patiënt ten tijde van het interview?	
Revalidatiekliniek	9 (27)
Thuis	8 (24)
Verpleegafdeling ziekenhuis	6 (18)
Patiënt is overleden	6 (18)
Verpleeghuis	2 (6)
Anders	2 (6)

5.3.2 Contactlegging met maatschappelijk werk

De meeste naasten zijn door een verwijzing van artsen en/of verpleging in contact gekomen met het maatschappelijk werk (tabel 5.4). In acht gevallen nam de maatschappelijk werker uit zichzelf contact op met de naaste, in vier gevallen zocht de naaste zelf contact en bij drie naasten is het contact op een andere manier tot stand gekomen.

Tabel 5.4 Totstandkoming contact

Initiatiefnemer	Aantal (%) n=33
Verwijzing verpleging/artsen	18 (55)
Maatschappelijk werker nam contact op	8 (24)
Zelf contact gezocht	4 (12)
Anders	3 (9)

Op de intensive care kregen de meeste naasten voor het eerst contact met maatschappelijk werk (Tabel 5.5). Bij zeven naasten ontstond het eerste contact toen de patiënt op de verpleegafdeling lag, bij drie op de spoedeisende hulp en bij één op de medium care.

Tabel 5.5 Moment van contactlegging

Afdeling	Aantal (%) n=33
Intensive care	22 (67)
Verpleegafdeling	7 (21)
Spoedeisende hulp	3 (9)
Medium care	1 (3)

De meeste naasten hadden met één maatschappelijk werker te maken. Vier naasten hebben met twee maatschappelijk werkers contact gehad. Bij drie van hen had dat te maken met de afwezigheid van de eerste maatschappelijk werker en bij één van hen waren beide maatschappelijk werkers parttimers die samenwerkten. Dit betekent dat bij overplaatsing van de patiënt van de ene afdeling

naar de andere, de maatschappelijk werkers de hulpverlening niet overdroegen aan een collega van de betreffende afdeling, maar deze zelf continueerden.

5.3.3 Behoeften

Aan naasten is gevraagd waarvoor ze contact wilden met maatschappelijk werk. De antwoordmogelijkheden zijn gecategoriseerd naar:

- behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding;
- behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening;
- behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding;
- behoefte aan hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam.

Hierna volgt eerst een overzicht van de behoeften van naasten in het algemeen. Daarna is per categorie weergegeven wat de specifieke behoeften van naasten zijn. Naasten wilden vaak om meerdere redenen contact met maatschappelijk werk. Percentages komen daardoor in totaal boven de 100% uit.

Behoeften van naasten algemeen

Naasten hadden vooral behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding en aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding (tabel 5.6). Een minder grote groep had behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening en aan hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam.

Tabel 5.6 Behoeften van naasten algemeen

Behoeftecategorie	Aantal (%) n=33
Behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding	29 (88)
Behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding	28 (85)
Behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening	13 (39)
Behoefte aan hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam	11 (33)

Behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Van de 29 naasten die behoefte hadden aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding, was het voor de meesten van hen belangrijk om met een maatschappelijk werker over hun ervaringen en gevoelens te kunnen praten en steun te krijgen om zichzelf staande te houden (tabel 5.7). Een groot aantal naasten zocht niet alleen hulp voor zichzelf, maar wilde ook steun voor andere betrokkenen of steun van maatschappelijk werk voor de patiënt. In 2 gevallen wilden de naasten contact met maatschappelijk werk vanwege het overlijden van de patiënt.

Tabel 5.7 Behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Behoefte-item	Aantal (%) n=29
Praten over ervaringen en gevoelens	22 (76)
Steun om zichzelf staande te houden	21 (72)
Steun voor andere betrokkenen	19 (66)
Steun voor patiënt	13 (45)
Steun vanwege overlijden patiënt	2 (7)

Behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Van de 28 naasten die behoefte hadden aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding, geven de meesten aan dat zij behoefte hadden aan begeleiding bij het leren omgaan met de gevolgen van het ongeval. Daarop volgen begeleiding bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met de patiënt, hulp bij het omgaan met de reacties van de patiënt, hulp bij het betrekken van de kinderen bij de situatie, hulp bij het omgaan met reacties van mensen uit de eigen omgeving en in iets mindere mate wilden naasten ook begeleiding bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met die mensen (tabel 5.8).

Tabel 5.8 Behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Behoefte-item	Aantal (%) n=28
Begeleiding bij het leren omgaan met de gevolgen van het ongeval	18 (64)
Begeleiding bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met de patiënt	14 (50)
Hulp bij het omgaan met reacties van de patiënt	13 (46)
Hulp bij het betrekken van de kinderen bij de situatie	12 (43)
Hulp bij het omgaan met reacties van mensen uit de omgeving	10 (36)
Begeleiding bij het bespreekbaar maken van de situatie bij mensen in de omgeving	8 (29)

Behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening

Van de dertien naasten die behoefte hadden aan concrete en informatieve hulpverlening wilden de meesten hulp bij de onkosten die door de situatie ontstaan. Verder wilden naasten hulp bij problemen die ontstonden op het gebied van werk en opleiding, hulp bij het regelen van opvang voor de patiënt thuis of elders en/ of hulp bij verzekeringskwesties (tabel 5.9). Slechts één naaste wilde hulp van maatschappelijk werk bij het regelen van huishoudelijke hulp. Geen enkele naaste had behoefte aan hulp bij het regelen van kinderopvang.

Tabel 5.9 Behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening

Behoefte-item	Aantal (%) n=13
Hulp bij onkosten die ontstaan	7 (54)
Hulp op het gebied van werk of opleiding	4 (31)
Hulp bij het regelen van opvang voor de patiënt thuis/elders	4 (31)
Hulp op het gebied van inkomen	3 (23)
Hulp bij verzekeringskwesties	2 (15)
Hulp bij het regelen van huishoudelijke hulp	1 (8)
Hulp bij het regelen van kinderopvang	0 (0)

Behoefte aan hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam

In de categorie hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam is slechts één behoefte voorgelegd (tabel 5.10). Consequentie daarvan is dat alle elf naasten die eerder zijn genoemd behoefte hadden aan hulp bij problemen/meningsverschillen met artsen of verpleegkundigen.

Tabel 5.10 Behoeftte aan hulp bij communicatieverbetering behandelteam

Behoeftte-item	Aantal (%) n=11
Hulp bij problemen/meningsverschillen met artsen/verpleegkundigen	11 (100)

Andere behoeften

Zes naasten hadden nog andere behoeften dan de voorgegeven antwoordmogelijkheden:

- informatie over mogelijkheden en wettelijke regelingen voor verzorgingstehuis en revalidatie;
- hulp bij het zoeken van een goede psycholoog in de buurt;
- praten over de gebeurtenissen met een objectief persoon;
- hulp bij vragen over levensbeëindiging en keuzen in de medische behandeling;
- hulp bij problemen tussen naaste en patiënt die al voor het ongeval bestonden;
- begeleiding bij het adequaat steunen van de patiënt.

5.3.4 Geboden hulpverlening

De geboden hulpverlening is ondergebracht in dezelfde categorieën als de behoeften. Tevens is in kaart gebracht of en naar wie maatschappelijk werkers gedurende of bij afronding van de hulpverlening verwijzen.

Hierna worden de resultaten per categorie weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen naasten die behoefte hadden aan deze vorm van hulpverlening bij het aangaan van het contact met maatschappelijk werk en naasten waarvoor deze behoefte niet een reden was om contact met maatschappelijk werk te willen. Zoals we in het tweede deelonderzoek zagen (zie hoofdstuk 4) kunnen behoeften immers ook gedurende de hulpverlening zich ontwikkelen. En soms ziet de maatschappelijk werker op basis van zijn expertise aanleiding om bepaalde vormen van hulp in te zetten, ook als de naaste daar niet direct om vraagt.

Aansluitend volgen de resultaten over de verwijzingen. Aangezien maatschappelijk werkers in de regel meerdere interventies inzetten lopen ook hier de percentages op tot boven de 100%.

Geboden hulpverlening: ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Alle 29 naasten voor wie behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding reden was voor het contact met maatschappelijk werk, zeggen die hulp ook te hebben gekregen (tabel 5.11). Alle maatschappelijk werkers deden dit door belangstelling te tonen. Verder zegt een grote groep naasten dat de maatschappelijk werker ook gesprekken voerde met de patiënt en/of andere betrokkenen, hen stimuleerde om hun verhaal te doen door te luisteren en vragen te stellen, hen heeft bemoedigd en aangemoedigd en hen heeft geholpen alle vragen en emoties op een rijtje te zetten.

De vier naasten voor wie behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, hebben dit wel gekregen. Alle vier zeggen zij dat de maatschappelijk werker belangstelling toonde en gesprekken voerde met de patiënt of andere betrokkenen. Verder zeggen de meesten van deze naasten dat de maatschappelijk werker hen stimuleerde te vertellen door luisteren en vragen stellen, hen bemoedigde en aangemoedigde en met hen alle vragen en emoties op een rijtje zette.

Tabel 5.11 Geboden hulpverlening en behoeften: ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Geboden ondersteunende en stabiliserende begeleiding	Behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding	Geen behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding
	Aantal (%) n=29	Aantal (%) n=4
Belangstelling getoond	29 (100)	4 (100)
Gesprekken gevoerd met patiënt en/ of andere betrokkenen	26 (90)	4 (100)
Gestimuleerd te vertellen door luisteren en vragen stellen	24 (83)	3 (75)
Bemoedigd en aangemoedigd	23 (79)	3 (75)
Alle vragen en emoties op een rijtje gezet	21 (72)	3 (75)

Geboden hulpverlening: veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Bij 24 van de 28 naasten die behoefte hadden aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding koos de maatschappelijk werker ook voor interventies op dit gebied. In de meeste gevallen (tabel 5.12) hebben zij naasten geadviseerd hoe zij zo goed mogelijk met de situatie konden omgaan. Veel maatschappelijk werkers hebben bovendien hiervoor met de naasten, patiënt en/ of andere betrokken gesprekken samen gevoerd. Verder noemt een groot aantal naasten dat de maatschappelijk werker hen heeft geholpen op een andere manier naar de situatie te kijken en hen uitleg heeft gegeven over reacties van zichzelf, de patiënt of anderen. Ongeveer een derde van de naasten is van mening dat de maatschappelijk werker hen heeft gestimuleerd steun te vragen en te aanvaarden van mensen in de eigen omgeving en samen met hen moeilijke situaties heeft voorbereid en/of geoefend.

Alle vijf de naasten voor wie behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, zeggen dat de maatschappelijk werker wel in deze richting heeft geïntervenieerd. Bij alle vijf heeft hij geadviseerd bij het omgaan met de situatie. Verder zeggen de meeste van deze naasten dat de maatschappelijk werker gesprekken met hen heeft gevoerd samen met de patiënt en/of andere betrokkenen over het samen omgaan met de situatie.

Tabel 5.12 Geboden hulpverlening: veranderings- en competentiegerichte begeleiding

Geboden veranderings- en competentiegerichte begeleiding	Behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding	Geen behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding
	Aantal (%) n=28	Aantal (%) n=5
Geadviseerd bij het omgaan met de situatie	21 (75)	5 (100)
Gesprekken gevoerd samen met de patiënt en/of anderen over het samen omgaan met de situatie	16 (57)	3 (60)
Geholpen om op een andere manier naar de situatie te kijken	14 (50)	2 (40)
Uitleg gegeven over reacties patiënt, zichzelf of anderen en hoe daarmee om te gaan	13 (46)	2 (40)
Gestimuleerd om steun te vragen en te aanvaarden van mensen in de eigen omgeving	11 (39)	2 (40)
Samen moeilijke situaties voorbereid en/of geoefend	10 (36)	1 (20)

Geboden hulpverlening: hulp bij communicatieverbetering behandelteam

Bij negen van de 11 naasten die behoefte hadden aan hulp bij problemen of meningsverschillen met de verpleging of artsen, heeft de maatschappelijk werker in die richting geïntervenieerd. De maatschappelijk werker heeft het handelen van verpleging of artsen toegelicht en/of kwam op voor de belangen van de naasten bij artsen of verpleging (tabel 5.13).

Bij enkele naasten voor wie behoefte aan hulp bij problemen of meningsverschillen met artsen of verpleging aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, heeft de maatschappelijk werker toch in deze richting geïntervenieerd.

Tabel 5.13 Geboden hulpverlening: hulp bij communicatieverbetering behandelteam

Geboden hulp bij communicatieverbetering behandelteam	Behoeftte aan hulp bij communicatieverbetering behandelteam	Geen behoefte aan hulp bij communicatieverbetering behandelteam
	Aantal (%) n=11	Aantal (%) n=22
Handelen van verpleging/ artsen toegelicht	8 (73)	6 (27)
Opgekomen voor onze belangen bij verpleging of artsen	8 (73)	4 (18)

Geboden hulpverlening: concrete en informatieve hulpverlening

In 12 van de 13 gevallen waarin naasten behoefte hadden aan concrete en informatieve hulpverlening, heeft de maatschappelijk werker ook in die richting geïntervenieerd. In de meeste gevallen gaf de maatschappelijk werker informatie over werkwijzen en voorzieningen in en rondom het ziekenhuis. Verder gaven maatschappelijk werkers advies bij praktische vragen bijvoorbeeld op het gebied van onkosten, verzekeringskwesties, werk of opleiding, vroegen andere professionals zoals een psycholoog, geriater of advocaat om advies bij de situatie van de naasten, regelden praktische zaken voor de naasten en/of zorgden ervoor dat naasten en patiënt nog eens konden spreken met medewerkers van de traumaheli/ambulance, de spoedeisende hulp en/of intensive care (tabel 5.14). Ook bij naasten voor wie behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening aanvankelijk geen reden was voor contact met maatschappelijk werk, heeft de maatschappelijk werker in sommige gevallen wel in die richting geïntervenieerd. In de meeste van deze gevallen ging het om informatie geven over werkwijze en voorzieningen in en rondom het ziekenhuis en andere professionals om advies vragen.

Tabel 5.14 Geboden hulpverlening: concrete en informatieve hulpverlening

Geboden concrete en informatieve hulpverlening	Behoeftte aan concrete en informatieve hulpverlening	Geen behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening
	Aantal (%) n=13	Aantal (%) n=20
Informatie gegeven over werkwijzen en voorzieningen	8 (62)	7 (35)
Adviezen gegeven bij praktische vragen	6 (46)	0 (0)
Andere professionals om advies gevraagd	4 (31)	5 (25)
Praktische zaken geregeld	3 (23)	1 (5)
Gesprek georganiseerd met medewerkers van traumazorg	2 (15)	1 (5)

Geboden hulpverlening: verwijzen

In totaal heeft maatschappelijk werk in negen situaties (27%) tussentijds of bij afronding van de hulpverlening verwezen naar andere professionals. Er werd verwezen naar:

- een psycholoog (1x);
- het algemeen maatschappelijk werk (2x);
- maatschappelijk werk in de vervolgvoorziening (6x).

Overige geboden hulpverlening

Twee naasten noemen interventies van de maatschappelijk werker, die ze niet hadden aangetroffen in de voorgegeven antwoorden namelijk:

- contact gelegd met andere betrokkenen;
- gestimuleerd om wat met klachten over het behandelteam te doen.

Over het algemeen sluiten maatschappelijk werkers met hun interventies dus goed aan bij de behoeften van naasten: in alle gevallen bij de behoefte aan ondersteuning en in de meeste gevallen bij de behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding, hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam en concrete en informatieve hulpverlening.

5.3.5 Benadering van de maatschappelijk werker

Het effect van de hulpverlening wordt door meer bepaald dan alleen de interventies (zie 2.4.1). Daarom kregen naasten 24 stellingen voorgelegd over de benadering van de maatschappelijk werker. Hierop konden zij antwoorden met 'eens', 'niet mee eens/niet mee oneens' of 'oneens'. Deze stellingen over de benadering van de maatschappelijk werker gingen in op de persoon van de werker, de relatie tussen naaste en maatschappelijk werker, de stijl van hulpverleners en de deskundigheid van de werker.

De persoon

Volgens de naasten was de maatschappelijk werker:

- eerlijk en oprecht (100%);
- aardig en sympathiek (97%; 1x niet eens/niet oneens);
- geduldig (97%; 1x niet eens/niet oneens);
- niet afstandelijk (97%; 1x niet eens/niet oneens).

De relatie

Alle naasten zijn van mening dat:

- zij zich begrepen voelden door de maatschappelijk werker;
- het contact met de maatschappelijk werker vertrouwd voelde;
- zij hun emoties aan de maatschappelijk werker konden uiten;
- het goed klikte met de maatschappelijk werker;
- zij waardering van de maatschappelijk werker voelde voor hen als persoon.

Bovendien geven alle naasten aan dat zij het niet eens zijn met de stellingen dat de maatschappelijk werker hun woorden nogal eens verkeerd uitlegde en hen nogal eens niet begreep.

De hulpverleningsstijl

Alle naasten geven aan dat de maatschappelijk werker zijn afspraken nakwam, goed luisterde, niet te veel moeilijke woorden gebruikte en hen niet het gevoel gaf dat ze niks goed deden.

Wat betreft de hulpverleningsstijl merken de naasten verder op dat de maatschappelijk werker:

- zich neutraal en zonder oordelen opstelde (97%; 1x oneens);
- geen oplossingen opdrong (97%; 1x oneens);
- zich volledig voor hen inzette (94%; 1x oneens en 1x niet eens/niet oneens);
- naging wat op dat moment voor hen belangrijk was (91%; 1x oneens en 2x niet eens/niet oneens);
- veel steun gaf (91%; 3x oneens);
- daadkrachtig was (76%, 3x oneens en 5x niet eens/niet oneens).

De deskundigheid

Over de deskundigheid van de maatschappelijk werker oordelen de meeste naasten eveneens positief. Zij vinden dat hij/zij goede adviezen gaf (94%) en deskundig was (91%). De anderen naasten waren het daar niet mee eens en niet mee oneens. Eén naaste weet niet of de maatschappelijk werker niet beter een ander beroep had kunnen kiezen, de anderen zijn van mening dat dit niet zo is.

Doordat vrijwel alle naasten het met elkaar eens zijn, kunnen we concluderen dat voorgaande kenmerkend is voor het maatschappelijk werk in de traumazorg. Bovendien oordelen naasten over de gehele linie positief over deze benadering.

5.3.6 Structuurkenmerken van de hulpverlening

Om zicht te krijgen op de hulpverlening is naast de inhoud ook gekeken naar een aantal structuurkenmerken van de hulpverlening, namelijk de duur van de hulpverlening, het aantal gesprekken, de lengte van de gesprekken, het aantal telefonische en emailcontacten en de afronding van de hulpverlening.

Structuur: duur van de hulpverlening

In de meeste gevallen duurde de hulpverlening minder dan twee maanden. Bij zeven naasten beperkte de hulpverlening zich tot minder dan twee weken, bij negen naasten ging het om een periode van twee weken tot een maand en bij vijf naasten om één tot twee maanden (tabel 5.15). In twaalf gevallen duurde de hulpverlening langer dan twee maanden. Bij deze naasten duurde de hulpverlening vijf maal tussen de twee en drie maanden, eenmaal tussen de drie en vier maanden, eenmaal een halfjaar en eenmaal acht maanden. Van vijf naasten is niet bekend hoeveel langer dan twee maanden het contact duurde.

Tabel 5.15 Structuur: duur van de hulpverlening

Duur van de hulpverlening	Aantal (%) n=33
Minder dan 2 weken	7 (21)
Tussen 2 weken en 1 maand	9 (27)
Tussen 1 maand en 2 maanden	5 (15)
Langer dan 2 maanden	12 (36)

De meeste naasten (76%) vinden dat ze lang genoeg hulp hebben gehad. Er zijn zeven naasten die vinden dat ze te kort hulp hebben gehad en één naaste heeft hierover geen mening. Daarbij moet worden opgemerkt dat bij vijf naasten de hulpverlening nog niet was afgerond of weer is hervat.

Structuur: aantal gesprekken

In de meeste gevallen bleef de hulp beperkt tot één tot drie gesprekken (tabel 5.16). Veertien naasten hadden vier tot zes gesprekken met maatschappelijk werk, twee naasten hadden zeven tot negen gesprekken en twee naasten hadden meer dan negen gesprekken.

Tabel 5.16 Structuur: aantal gesprekken

Aantal gesprekken	Aantal (%) n=33
1-3 gesprekken	15 (46)
4-6 gesprekken	14 (42)
7-9 gesprekken	2 (6)
Meer dan 9 gesprekken	2 (6)

De meeste naasten (91%) zijn van mening dat ze genoeg gesprekken hebben gehad, maar drie naasten vinden het aantal gesprekken te weinig. In twee van deze gevallen ging het om naasten die één tot drie gesprekken met maatschappelijk werk hadden gehad en eenmaal om een naaste die vier tot zes gesprekken had gehad. Maar over het algemeen lijken er één tot zes gesprekken nodig te zijn voor de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten.

Structuur: lengte van de gesprekken

De meeste maatschappelijk werk gesprekken duurden een half uur tot een uur, gevolgd door een uur tot anderhalf uur. In zes gevallen duurden de gesprekken korter dan een half uur en één naaste meldt dat de duur van de gesprekken wisselde (tabel 5.17).

Tabel 5.17 Structuur: lengte van de gesprekken

Lengte van de gesprekken	Aantal (%) n=33
Minder dan een half uur	6 (18)
Tussen een half uur en een uur	14 (42)
Tussen een uur en anderhalf uur	12 (36)
Wisselend	1 (3)

Bijna alle naasten (97%) zijn tevreden over de lengte van de gesprekken. Slechts één naaste is van mening dat de gesprekken te kort waren. Bij deze naaste duurden de gesprekken korter dan een half uur.

Over het algemeen is voor een gesprek tussen naaste en maatschappelijk werk dus een half uur tot anderhalf uur nodig.

Structuur: aantal telefonische en emailcontacten.

In de meeste gevallen hebben naasten nooit telefonisch contact gehad met de maatschappelijk werker, gevolgd door één tot vier telefonische contacten. Drie naasten hadden vijf tot acht keer telefonisch contact en drie naasten meer dan acht keer (tabel 5.18).

Tabel 5.18 Structuur: aantal telefonische gesprekken.

Aantal telefonische gesprekken	Aantal (%) n=33
0 keer	14 (42)
1-4 keer	13 (39)
5-8 keer	3 (9)
Meer dan 8 keer	3 (9)

De meeste naasten (91%) zijn tevreden over het aantal telefonische contacten en drie naasten hebben hierover geen mening.

Verder blijkt dat weinig naasten (12%) via email contact hadden met de maatschappelijk werker. Van degenen waarbij dat wel het geval was, hadden 2 naasten één- tot driemaal contact via email en twee naasten 4 tot 6 maal. Overigens is 91% tevreden over dit gegeven en hebben 3 naasten hierover geen mening.

De naasten zijn tevreden over de bereikbaarheid van de maatschappelijk werker: 88% vindt dat hij/zij goed bereikbaar was en de overige naasten weten het niet.

De contacten tussen naasten en maatschappelijk werkers zijn dus voornamelijk *face-to-face*.

Structuur: afronding van de hulpverlening

In een derde van de gevallen was het de maatschappelijk werker die het initiatief nam om de hulpverlening af te ronden (tabel 5.19). Vijf naasten geven aan dat ze samen met de maatschappelijk werker hebben besloten de hulpverlening af te ronden en vier naasten hebben dit zelf besloten.

Tabel 5.19 Structuur: initiatiefnemer afronding van de hulpverlening

Initiatiefnemer afronding	Aantal (%) n=33
Maatschappelijk werker	11 (33)
Samen	5 (15)
Naaste	4 (12)
Anders	13 (39)

In de meeste gevallen noemen naasten dat het initiatief tot afronding op een andere manier was verlopen, namelijk:

- de afronding van de hulpverlening zou binnenkort zou plaatsvinden (5x);
- de hulpverlening eindigde vanwege overplaatsing van de patiënt naar een vervolgvoorziening (3x);
- het overlijden van de patiënt had ertoe geleid dat de hulpverlening werd afgerond (1x);
- van meet af aan was duidelijk was dat het bij een eenmalig consult zou blijven (1x);

- er is geen contact geweest over het afronden van de hulpverlening (3x). Vaak is het zo dat de maatschappelijk werker aanbiedt dat de naaste gedurende de ziekenhuisopname contact op kan nemen wanneer hij/zij daaraan behoefte heeft. Soms komt het dan niet tot een echte afronding: het blijft bij de gesprekken die er zijn geweest.

Van de 28 naasten waarvan de hulpverlening was afgerond, is de meest voorkomende reden (64%) dat de patiënt werd overgeplaatst. Er waren 5 naasten die geen verdere hulp nodig hadden en bij 5 naasten waren er andere redenen voor de afronding zoals het overlijden van de patiënt (2x), een verwijzing naar een psycholoog, er was gedaan wat nodig was en de maatschappelijk werker vond dat de naaste inmiddels sterk genoeg was.

Het beeld ontstaat dat in de regel maatschappelijk werkers bij ontslag van de patiënt geneigd zijn de hulpverlening aan naasten af te ronden, dan wel over te dragen.

5.3.7 Ervaren baat

Alle naasten hebben baat ervaren bij de hulp van maatschappelijk werk. Ook hier zijn de antwoordmogelijkheden gecategoriseerd naar:

- baat bij de ondersteunende en stabiliserende begeleiding;
- baat bij concrete en informatieve hulpverlening;
- baat bij veranderings- en competentiegerichte begeleiding;
- baat bij hulp voor communicatieverbetering met het behandelteam.

Per categorie wordt vermeld welke baat naasten op dit gebied hebben ervaren, uitgesplitst naar naasten waarvoor deze behoefte ook aanleiding vormde voor het contact met maatschappelijk werk hadden en naasten die aangaven hieraan aanvankelijk geen behoefte te hebben gehad. In het tweede deelonderzoek (zie hoofdstuk 4) zagen we namelijk dat naasten soms ook baat ervaren op gebieden waarvoor ze niet in eerste instantie hulp van maatschappelijk werk hadden gewild of verwacht. In de regel ervaren naasten op meerdere fronten baat en dus lopen ook hier de percentages op tot boven de 100%.

Tevens is de naasten gevraagd wie het meest heeft bijgedragen aan het resultaat van de hulpverlening, of ze tevreden zijn over de hulp en of een andere ziekenhuismedewerker had kunnen doen wat de maatschappelijk werker heeft gedaan.

Ervaren baat: ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Alle 29 naasten voor wie behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding reden was voor contact met maatschappelijk werk, hebben op dit vlak ook baat ervaren (tabel 5.20). De meeste naasten geven aan dat zij zich gehoord en gezien voelden. Verder zeggen de meeste naasten dat zij steun en begrip hebben ervaren, alles kwijt konden en zich hebben kunnen uiten, zich gerustgesteld voelden doordat ze op iemand konden terugvallen, het geruststellend vonden dat de patiënt en/of andere betrokkenen ook steun kregen van de maatschappelijk werker, zich door de hulp beter staande konden houden en zich gerustgesteld voelden.

Ook de vier naasten voor wie behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk hebben op dit vlak wel baat ervaren. Alle vier voelden zij zich gehoord en gezien en hebben steun en begrip ervaren en drie van hen geven aan dat zij alles kwijt konden en zich konden uiten.

Tabel 5.20 Ervaren baat en behoeften: ondersteunende en stabiliserende begeleiding

Ervaren baat aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding	Behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding	Geen behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding
	Aantal (%) n=29	Aantal (%) n=4
Gehoord en gezien voelen	28 (97)	4 (100)
Steun en begrip ervaren	27 (93)	4 (100)
Kon alles kwijt/ zich kunnen uiten	27 (93)	3 (75)
Geruststellend om op iemand terug te kunnen vallen, ook achteraf	27 (93)	2 (50)
Geruststellend dat patiënt en/of anderen ook steun kregen van maatschappelijk werk	24 (83)	1 (25)
Zich staande weten te houden	21 (72)	2 (50)
Voelde zich gerustgesteld	21 (72)	1 (25)

Ervaren baat: veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

Van de 28 naasten die hieraan behoefte hadden, hebben 24 baat ervaren bij de veranderings- en competentiegerichtte begeleiding (tabel 5.21). De meeste naasten geven aan dat zij door de hulp van maatschappelijk werk meer overzicht hebben gekregen/de situatie weer op een rij hebben gekregen, en/of beter leerden omgaan met de situatie en de consequenties daarvan. Iets meer dan een derde van de naasten vertelt dat zij door de hulp de gebeurtenissen hebben kunnen verwerken, hebben geleerd anderen om hulp te vragen en hebben geleerd om te gaan met de reacties van anderen. De vijf naasten voor wie behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, hebben op dit gebied wel baat ervaren. De meesten van hen hebben geleerd beter om te gaan met de situatie en de consequenties daarvan, geleerd anderen om hulp te vragen en/of de gebeurtenissen kunnen verwerken.

Tabel 5.21 Ervaren baat: Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding

Ervaren baat aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding	Behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding	Geen behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding
	Aantal (%) n=28	Aantal (%) n=5
Meer overzicht gekregen/ situatie op een rij gekregen	19 (68)	2 (40)
Beter om leren gaan met de situaties en de consequenties daarvan	18 (64)	4 (80)
Om leren gaan met de reacties van anderen	11 (39)	1 (20)
De gebeurtenissen kunnen verwerken	10 (36)	3 (60)
Geleerd anderen om hulp te vragen	10 (36)	3 (60)

Ervaren baat: hulp bij communicatieverbetering behandelteam

Alle elf naasten die behoefte hadden aan hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam hebben baat ervaren bij de hulp die maatschappelijk werk daarbij bood, ondanks dat twee naasten geen van de interventies op dit gebied herkenden (zie paragraaf 5.4.4.). Mogelijk hebben andere interventies tot dit resultaat geleid.

De meeste naasten geven aan dat zij meer begrip voor artsen en verpleging hebben gekregen. Verder zeggen naasten dat zij zich gehoord en gesteund voelden in de problemen met artsen/verpleging, dat het contact met artsen en verpleging beter verliep en dat artsen of verpleging meer begrip voor hen hebben gekregen (tabel 5.22).

Sommige van de 22 naasten voor wie behoefte aan hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, hebben op dit gebied wel baat ervaren. De meesten van hen geven aan dat zij zich door de maatschappelijk werker gehoord en gesteund voelden in de problemen die zij hadden met artsen of verpleging en/of dat door de interventies van de maatschappelijk werker het contact met artsen en verpleging ook beter liep.

Tabel 5.22 Ervaren baat: Hulp bij communicatieverbetering behandelteam

Ervaren baat bij hulp bij communicatieverbetering behandelteam	Behoeftte aan hulp bij communicatieverbetering behandelteam	Geen behoefte aan hulp bij communicatieverbetering behandelteam
	Aantal (%) n=11	Aantal (%) n=22
Meer begrip voor artsen/ verpleging gekregen	9 (82)	2 (9)
Gehoord en gesteund voelen in de problemen met artsen/verpleging	8 (73)	7 (32)
Contact met artsen/ verpleging verliep beter	8 (73)	5 (23)
Artsen/ verpleging hadden meer begrip voor naaste	5 (46)	2 (9)

Ervaren baat: concrete en informatieve hulpverlening

Zes van de dertien naasten die behoefte hadden aan concrete en informatieve hulpverlening hebben op dit gebied ook baat ervaren. Zij noemen dat zij door de interventies van de maatschappelijk werker beter de weg weten om zelf hun praktische zaken te regelen, dat praktische zaken nu (deels) geregeld zijn of op orde en dat de juiste instanties zijn ingeschakeld om de praktische zaken te regelen (tabel 5.23).

Enkelen van de twintig naasten voor wie behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, hebben op dit gebied wel baat ervaren. De meesten van hen zeggen dat zij door de hulp van maatschappelijk werk beter de weg weten om praktische zaken te regelen.

Tabel 5.23 Ervaren baat: Concrete en informatieve hulpverlening

Ervaren baat bij concrete en informatieve hulpverlening	Behoeftte aan concrete en informatieve hulpverlening	Geen behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening
	Aantal (%) n=13	Aantal (%) n=20
Naaste weet (beter) de weg om praktische zaken te regelen	5 (39)	4 (20)
Praktische zaken nu (deels) geregeld/ op orde	5 (39)	2 (10)
Juiste instanties zijn ingeschakeld om praktische zaken te regelen	4 (31)	2 (10)

Overige baat

Naasten hadden in het interview de gelegenheid aan te geven of zij nog andere baat hebben ervaren. Zes van hen noemen het volgende:

- rust (2x);
- beter leren luisteren;
- geleerd dat gedachten en gevoelens 'normaal' waren;
- beter leren relativeren;
- als gezin meer begrip voor elkaar gekregen.

Op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding en hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam boekten maatschappelijk werkers dus in alle gevallen waarin dat gewenst was resultaat. In de meeste situaties was dat ook het geval bij veranderings- en competentiegerichte begeleiding. Van de naasten die behoefte hadden aan concrete en informatieve hulpverlening geeft iets minder dan de helft aan dat zij gebaat waren bij de hulpverlening.

Bijdrage aan het resultaat

Aan naasten is ook gevraagd wie voornamelijk heeft bijgedragen aan het resultaat van de hulpverlening. Het merendeel (70%) is van mening dat maatschappelijk werker en zichzelf daar samen voor verantwoordelijk zijn. Vijf naasten (15%) menen dat het resultaat vooral aan henzelf te danken is, drie naasten (9%) denken dat het vooral de maatschappelijk werker was en twee naasten (6%) geven aan dat het resultaat vooral te danken was aan omstandigheden buiten de hulpverlening. De ervaren baat is volgens een grote groep naasten dus (deels) aan de maatschappelijk werker te danken.

Tevredenheid

Om de tevredenheid over de geboden hulpverlening te polsen is aan de naasten gevraagd of de hulpverlening in hun ogen voldoende heeft opgeleverd, wat hun eindoordeel is, of ze in de toekomst opnieuw een beroep zouden doen op medisch maatschappelijk werk en of ze anderen zouden wijzen op de mogelijkheid.

In totaal zijn 30 van de 33 naasten (91%) van mening dat de hulp hen voldoende heeft opgeleverd. De 3 naasten die vonden dat het hen onvoldoende heeft opgeleverd menen dat dit kwam doordat:

- de problemen te moeilijk waren;
- er belemmerende omstandigheden waren buiten de hulpverlening;
- er onvoldoende zicht was gegeven op consequenties van keuzen in de medische behandeling.

Als eindoordeel geven 30 naasten (91%) aan dat zij positief over de hulpverlening zijn, 2 naasten zijn deels positief en deels negatief en 1 naaste oordeelt negatief.

Bij toekomstige problemen vanwege een ziekenhuisopname denkt 64% opnieuw naar maatschappelijk werk in het ziekenhuis te gaan, 27% doet dat misschien en weet dat pas als de situatie zich weer voordoet en 3 naasten gaan niet meer.

Op de vraag of zij andere mensen die problemen hebben vanwege een ziekenhuisopname zouden attenderen op de mogelijkheid van maatschappelijk werk in het ziekenhuis antwoordt 85% dat ze dat zullen doen, 3 naasten misschien en 2 naasten niet.

Bijna alle naasten zijn dus tevreden over de hulpverlening van maatschappelijk werk.

De rol van maatschappelijk werk

Een relevante vraag is of maatschappelijk werk nodig is om tegemoet te komen aan de behoeften van naasten, of dat ook andere professionals in het ziekenhuis hiervoor kunnen zorgen. Daarom is aan naasten gevraagd of zij van mening zijn dat een andere medewerker van het ziekenhuis voor hen hetzelfde had kunnen doen als de maatschappelijk werker en zo ja, welke medewerker.

Van de 33 naasten vindt 64% dat geen enkele andere medewerker voor hen had kunnen doen wat de maatschappelijk werker heeft gedaan en 6% denkt dat dit slechts gedeeltelijk had gekund.

Vier naasten (12%) weten het niet en 6 naasten (18%) menen wel dat ook een ander dit had kunnen doen. Zij denken dan aan een:

- psycholoog (2x);
- geestelijk verzorger (1x);
- arts (1x);
- geestelijk verzorger, verpleegkundige of psycholoog (1x);
- geestelijk verzorger, verpleegkundige, psycholoog of arts (1x).

Eén van hen meent dat het niet zoveel uitmaakt, als de klik er maar is en een ander dat het iemand moet zijn die net zo vertrouwd is als maatschappelijk werk.

De meeste naasten vinden dus dat de rol van maatschappelijk werk zich duidelijk onderscheidt van andere professionals in de traumazorg.

5.4 Conclusie

5.4.1 Samenvatting

In dit deelonderzoek is een antwoord gezocht op de vraag in hoeverre het medisch maatschappelijk werk in haar hulpverlening aansluit op de behoeften van naasten van traumapatiënten die in het ziekenhuis verblijven en welke baat (resultaat) deze naasten ervaren bij de hulpverlening. Daarvoor is gekeken naar de behoeften van naasten, de hulpverlening die maatschappelijk werk bood en de baat die naasten daarbij hebben ervaren. Tabel 5.24 geeft een overzicht van de resultaten.

Tabel 5.24 Relatie Behoefte – Hulpverlening – Baat

Categorie	Behoefte	Hulpverlening	Baat
	Aantal n=33	Aantal (n*)	Aantal (n*)
Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	29	29 (29)	29 (29)
Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	28	24 (28)	24 (28)
Concrete en informatieve hulpverlening	13	12 (13)	6 (13)
Hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam	11	9 (11)	11 (11)

** het aantal naasten dat hieraan behoefte had*

Naasten die begeleiding hebben van maatschappelijk werk blijken in de eerste plaats behoefte te hebben aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding. Daarnaast hebben zij behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam.

Maatschappelijk werkers sloten, volgens de naasten, met hun interventies in alle gevallen aan op de behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding. In de meeste gevallen sloten zij met hun interventies ook aan bij de behoefte aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en de behoefte aan hulp bij communicatieproblemen met artsen of verpleegkundigen. In de situaties waarin maatschappelijk werkers daar niet direct op aansloten, intervenueerden zij op andere manieren die mogelijk ook tegemoet kwamen aan deze behoeften. Zo blijkt bijvoorbeeld dat elf naasten behoefte hadden aan hulp bij communicatieproblemen met artsen en verpleging en zeggen negen van hen dat de maatschappelijk werker op dit gebied ook intervenueerde. Wel hebben alle elf naasten op dit gebied baat ervaren. Andersoortige interventies zoals adviseren hoe naasten met de situatie kunnen omgaan (veranderings- en competentiegerichte begeleiding) hebben mogelijk tot dit resultaat geleid.

Ook naasten voor wie de behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding en veranderings- en competentiegerichte begeleiding aanvankelijk geen reden was voor het contact met maatschappelijk werk, hebben maatschappelijk werkers dergelijke interventies ingezet. Dit was in mindere mate ook het geval bij naasten die aangaven aanvankelijk geen behoefte te hebben aan concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieproblemen met artsen of verpleging. De naasten bleken in veel gevallen hierbij gebaat. Hulpverlening is een iteratief proces: behoeften kunnen al werkende zich ontwikkelen en bewust worden (Doerbecker, 1979).

Alle naasten die behoefte hadden aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding, hebben op dit gebied ook baat ervaren. De meeste naasten voelden zich door de hulp van maatschappelijk werk gehoord, gezien en gesteund en konden zich door de hulp beter staande houden.

Ook alle naasten die behoefte hadden aan hulp bij problemen of meningsverschillen met artsen of verpleegkundigen hebben baat gehad bij de interventies van de maatschappelijk werker. De meesten van hen hebben door de hulp meer begrip voor artsen en verpleging gekregen. Ook verliep het contact met artsen en verpleging beter.

Bijna alle naasten die behoefte hadden aan veranderings- en competentiegerichte begeleiding hebben op dit vlak ook baat ervaren. De meesten van hen hebben door de hulp van maatschappelijk werk meer overzicht gekregen en geleerd beter met de situatie en de consequenties daarvan om te gaan.

Van de naasten die behoefte hadden aan concrete en informatieve hulpverlening heeft ongeveer de helft op dit gebied baat ervaren. Zij weten door de hulp beter de weg om zelf hun praktische zaken te regelen en /of praktische zaken zijn door de hulp geregeld.

Alle naasten hebben baat gehad bij de hulpverlening, maar - zoals bij concrete en informatieve hulpverlening duidelijk werd - niet altijd op alle gebieden waarop zij dat wensten.

De meeste naasten zijn tevreden over het resultaat van de hulpverlening, waarbij eveneens de meesten van mening zijn dat zij samen met de maatschappelijk werker hebben bijgedragen aan dit resultaat. Dit sluit aan bij het streven in het beroep om 'cliënten te helpen zichzelf te helpen' (Jagt, 2006, p. 13).

De meeste naasten menen dat een andere ziekenhuismedewerker niet voor hen had kunnen doen, wat de maatschappelijk werker heeft gedaan. Degenen die denken dat dit (deels) wel had gekund noemen daarbij de psycholoog, arts, verpleegkundige of geestelijk verzorger.

Naasten zijn over de hele linie positief over de benadering die de maatschappelijk werker kiest. Allen voelden zich begrepen door de maatschappelijk werker, konden hun emoties uiten en voelden waardering van de maatschappelijk werker voor hen als persoon. Het contact voelde vertrouwd en het klikte goed met de maatschappelijk werker. Ook zeggen alle naasten dat de maatschappelijk werker hun woorden niet verkeerd uitlegde, zijn afspraken nakwam, goed luisterde, niet te veel moeilijke woorden gebruikte en hen niet het gevoel gaf dat ze niks goed deden.

Nagenoeg alle naasten vinden de maatschappelijk werker eerlijk en oprecht, aardig en sympathiek, geduldig en niet afstandelijk. Ook vinden nagenoeg alle naasten dat de maatschappelijk werker zich neutraal en zonder oordelen opstelde, geen oplossingen opdrong, zich volledig voor hen inzette, naging wat op dat moment voor hen belangrijk was, veel steun en goede adviezen gaf en deskundig was. Driekwart van de naasten vindt dat de maatschappelijk werker ook daadkrachtig was.

Dit alles overziend lijkt het erop dat de meeste maatschappelijk werkers hun interventies inbedden in een houding van presentie en er goed in slagen een werkbare relatie met de naasten aan te gaan (van der Laan, 2003; Snellen, 2007).

Het overall beeld is dat de meeste naasten tevreden zijn over de hulp van medisch maatschappelijk werk. Ook ander onderzoek wijst in deze richting (Goudriaan & Jabaaij, 1999; Flikweert & Melief, 2000).

In de zoektocht naar hoe maatschappelijk werkers aansluiten op de behoeften van naasten is ook gekeken naar de wijze van contactlegging en een aantal structuurkenmerken van de hulpverlening. De meeste naasten kwamen via een verwijzing van verpleging of artsen bij maatschappelijk werk terecht en in de meeste gevallen was dit vanaf de intensive care. In de regel bleven de naasten contact houden met dezelfde maatschappelijk werker, ook als de patiënt naar een andere afdeling werd overgeplaatst. Op deze manier boden maatschappelijk werkers naasten continuïteit gedurende de opname van de patiënt.

De hulpverlening duurde meestal minder dan twee maanden en omvatte in de meeste gevallen één tot zes gesprekken met de naasten. De hulpverleningsgesprekken duurden een half tot anderhalf uur. Er waren relatief weinig telefonische en emailcontacten tussen naaste en maatschappelijk werker, maar de maatschappelijk werker was wel goed bereikbaar. Over het algemeen zijn de naasten tevreden over de hulpverleningsduur, het aantal gesprekken, de lengte daarvan en het aantal telefonische en emailcontacten. Met relatief beperkte middelen (één tot zes gesprekken van een half uur tot anderhalf) kwamen maatschappelijk werkers tegemoet aan de behoeften van naasten. Het initiatief tot afronding van de hulpverlening lag vooral bij de maatschappelijk werker en de reden voor afronding was meestal dat de patiënt het ziekenhuis verliet (naar huis, dan wel naar een vervolgvoorziening). Dit sluit aan op het beleid van de meeste ziekenhuizen, dat maatschappelijk werkers zich primair richten op patiënten en hun naasten die in het ziekenhuis zijn opgenomen, dan wel poliklinisch worden behandeld.

5.4.2 Beperkingen

De groep naasten die heeft deelgenomen aan dit laatste deelonderzoek is niet groot, maar beslaat wel 73% van de naasten van traumapatiënten die in de onderzoeksperiode zijn begeleid door de 14 maatschappelijk werkers die aan het onderzoek participeerden. De resultaten van deze studie geven daarom een goede indicatie van wat naasten vinden van de hulp van maatschappelijk werk, wat zij daarin belangrijk vonden en wat zij daaraan hebben gehad.

Een factoranalyse op de vragen naar behoeften, hulpverlening en baat gaf geen duidelijk beeld. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat het aantal variabelen groter is dan het aantal respondenten. Tevens speelt waarschijnlijk een rol dat er weinig variatie in de antwoorden is. De Cochran's alpha's van de categorieën zijn echter hoog, wat erop wijst dat de interne consistentie binnen de categorieën groot is.

Naasten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten waren uitgesloten van deelname. Hierdoor zijn belangrijke groepen naasten niet gehoord. Mogelijk dat hun ervaringen met de hulpverlening van maatschappelijk werk verschillen vanwege hun culturele achtergrond (Kleber, 2007). Er hebben weliswaar drie naasten met een andere etnische achtergrond dan de Nederlandse deelgenomen aan het onderzoek. Maar dit aantal is te klein om uitspraken te doen over etnische verschillen. Vervolgonderzoek is hiervoor nodig.

De resultaten geven niet aan met welke interventies welke naasten gebaat zijn. Er is geen één op één relatie tussen behoeften, interventies en ervaren baat. Voor één specifieke behoefte zetten maatschappelijk werkers veelal meerdere interventies in en één interventie kan aansluiten op meerdere behoeften. Ook kan één specifieke interventie tot meerdere vormen van baat leiden en één vorm van baat kan veroorzaakt zijn door meerdere interventies. Dit verschijnsel staat in de literatuur bekend als equifinaliteit (Watzlawick e.a., 1974, p. 103). De resultaten geven wel inzicht in de behoeften van de naasten, wat maatschappelijk werkers daarbij vooral wel en niet doen en wat hun hulp naasten oplevert.

Het resultaat van de hulpverlening is uitgedrukt in ervaren baat. Er is geen objectieve uitkomstmaat voor wat de hulp van maatschappelijk werk in dit geval moet opleveren. Maar er valt veel te leren van de ervaringen van naasten. Het zijn de naasten die kunnen beoordelen wat de hulpverlening hen heeft opgeleverd.

5.4.3 Discussie

Opvallend zijn enkele verschillen tussen de resultaten van dit deelonderzoek en die van het behoefteonderzoek (hoofdstuk 3). Zo scoort de behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding in dit deelonderzoek hoog, terwijl de behoefte aan ondersteuning in het eerdere behoefteonderzoek relatief laag scoorde. In het eerdere behoefteonderzoek betrof het echter alle naasten van traumapatiënten, terwijl aan dit deelonderzoek alleen naasten hebben deelgenomen die begeleiding hebben gehad van maatschappelijk werk. Behoeftte aan ondersteuning is blijkbaar een belangrijke reden om hulp te vragen en/of te aanvaarden van maatschappelijk werk.

De behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening scoort in dit deelonderzoek relatief laag, terwijl dit in het behoefteonderzoek hoog scoorde. Het lijkt erop dat naasten die behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding hebben beter hun weg naar het maatschappelijk werk vinden dan naasten die behoefte hebben aan concrete en informatieve hulpverlening. De vraag is waar dit mee te maken heeft.

Verpleegkundigen zijn belangrijke verwijzers voor het maatschappelijk werk. Wellicht herkennen zij de behoefte aan hulp bij allerlei praktische zaken onvoldoende, waardoor verwijzingen op dit gebied minder tot stand komen. Mogelijk realiseren verpleegkundigen zich ook onvoldoende dat maatschappelijk werk deze hulp kan bieden. Andere professionals hebben niet altijd een duidelijk beeld van het maatschappelijk werk (Prins, 1999). Het is ook mogelijk dat naasten niet verwachten dat iemand in het ziekenhuis hen hierbij kan helpen en daarom deze behoeften niet uitspreken. Ten slotte kan een rol spelen hoe en waarop maatschappelijk werkers zich profileren in het ziekenhuis.

Maatschappelijk werkers boeken ook in meer gevallen resultaat op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichtte begeleiding en hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam dan bij concrete en informatieve hulpverlening. Het is onduidelijk wat hiervan de oorzaak is. Mogelijk zijn de concrete en informatieve interventies van de maatschappelijk werker niet altijd even adequaat. Deze vorm van hulpverlening is ook minder populair onder maatschappelijk werkers (Brunenberg e.a., 2006). Dit kan van invloed zijn op hun competenties op dit gebied. Maar, zoals in het tweede deelonderzoek duidelijk werd (zie hoofdstuk 4), kan ook een rol spelen dat het effect van deze interventies bij afronding van de hulpverlening voor naasten nog niet altijd duidelijk is. Tevens is de invloed die maatschappelijk werkers hebben op praktische omstandigheden in de situatie van de naasten beperkt. Het is mogelijk dat naasten zich gesteund

voelen door de maatschappelijk werker, maar dat zij er samen niet in zijn geslaagd de problemen bijvoorbeeld op het gebied van inkomen op te lossen.

Dit alles neemt niet weg dat medisch maatschappelijk werkers in de traumazorg mogelijk alerter moeten zijn op concreet informatieve vragen. Ook ander onderzoek wijst in die richting (Melief e.a., 1994; Schilder, 1996).

Blijkbaar komen in de traumazorg vooral de naasten die behoefte aan ondersteuning hebben terecht bij maatschappelijk werk, zetten maatschappelijk werkers veelvuldig ondersteunende interventies in (ook bij naasten die aangaven aanvankelijk deze behoefte niet te hebben) en hebben alle naasten ook baat hierbij. Enerzijds lijkt dit voor de hand liggend. In eerdere hoofdstukken is beschreven dat een ernstig ongeval een ontwrichtende werking heeft op het leven van de patiënt en diens naasten en dat naasten de grootste moeite kunnen hebben zich staande te houden in deze situatie (Verhaeghe, 2007). Anderzijds zijn het juist de ondersteunende interventies die andere ziekenhuismedewerkers deels ook te bieden hebben. Maar de integrale aanpak waarbij ondersteunende interventies, interventies die meer gericht zijn op 'leren' (veranderings- en competentiegerichte begeleiding), interventies gericht op praktische zaken (concrete en informatieve hulpverlening) en bemiddelende interventies (communicatieverbetering behandelteam en patiëntstelsel) worden gecombineerd, is eigen aan het maatschappelijk werk. Deze integrale aanpak is verantwoordelijk voor het resultaat dat maatschappelijk werkers boeken en volgens de meeste naasten kan dit niet worden overgenomen door andere professionals in het ziekenhuis.

De resultaten van dit onderzoek geven maatschappelijk werkers informatie over de kwaliteit van hun werk. Deze resultaten zijn bruikbaar om het beroep in de traumazorg verder te professionaliseren. De vragenlijst die is gebruikt, kan ook waardevol zijn voor andere doelgroepen van het medisch maatschappelijk werk. Daarvoor is mogelijk wel een aanpassing van de items nodig, aangezien deze volledig zijn gebaseerd op een kwalitatieve studie in de traumazorg (zie hoofdstuk 4). Ook is het mogelijk de vragenlijst te gebruiken als basis voor een instrument om het eigen werk te toetsen.

6. Conclusies en discussie

6.1 Conclusies

Het integreren van de conclusies van de literatuurstudie en de drie deelonderzoeken levert een antwoord op de vraag in hoeverre het medisch maatschappelijk werk in haar hulpverlening aansluit op de behoeften van naasten van traumapatiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en welke baat (resultaat) deze naasten bij de hulpverlening ervaren.

De belangrijkste conclusies zijn:

- Naasten van traumapatiënten hebben behoefte aan informatie, toegankelijkheid en psychosociale hulpverlening. Zij vinden dat voornamelijk verpleegkundigen moeten voorzien in de behoefte aan informatie en toegankelijkheid en maatschappelijk werkers in de behoefte aan psychosociale hulpverlening.
- De meeste naasten van traumapatiënten die behoefte hebben aan psychosociale hulpverlening krijgen deze hulp niet en zijn ook niet geïnformeerd over het aanbod van maatschappelijk werk.
- In de meeste gevallen, waarin zij betrokken zijn bij het begeleiden van naasten van traumapatiënten, sluiten medisch maatschappelijk werkers met hun hulpverlening aan op de behoefte aan psychosociale hulpverlening. Deze hulp bestaat uit een integraal aanbod van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam.
- Het medisch maatschappelijk werk in de traumazorg bereikt naasten met behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening minder, dan naasten met andere psychosociale behoeften.
- Medisch maatschappelijk werkers sluiten in de meeste gevallen met hun interventies en benadering in één tot zes gesprekken van een half tot anderhalf uur aan op de behoefte aan psychosociale hulpverlening. Zij baseren hun interventies voornamelijk op uitgangspunten van de systeembenadering, traumaopvang, crisisopvang en sociaal netwerkbenadering. Hun benadering bestaat uit een balans tussen interventie en presentie en tussen aandacht voor probleemafwikkeling en cliënt- en interactieontwikkeling.
- De taakopvatting is van invloed op de mate waarin medisch maatschappelijk werkers aansluiten op de behoeften van naasten.
- Alle naasten die aan het onderzoek deelnamen hebben baat ervaren bij de hulpverlening van maatschappelijk werk. De meeste baat werd ervaren op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, gevolgd door veranderings- en competentiegerichte begeleiding en hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam.
- Op het gebied van concrete en informatieve hulpverlening wordt door minder naasten baat ervaren dan gewenst.
- De baat die naasten ervaren bij de hulp van maatschappelijk werk bestaat in hoofdzaak uit: gezien en gesteund voelen, beter staande kunnen houden, meer overzicht, geleerd met de situatie en de gevolgen om te gaan, beter de weg weten bij praktische problemen, praktische zaken zijn geregeld, meer begrip voor artsen en verpleging en/of de communicatie met het behandelteam is verbeterd.

Hierna volgt een toelichting op deze conclusies.

Behoeften van naasten

Naasten van traumapatiënten hebben behoefte aan informatie, toegankelijkheid en psychosociale hulpverlening. Het onderzoek laat bovendien zien dat in de acute fase van de ziekenhuisopname de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening statistisch significant hoger is bij jongere naasten (20 tot 40 jaar), naasten die ouder/verzorger of partner van de patiënt zijn en naasten die samenleven met de patiënt. Bovendien neemt de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening statistisch significant toe bij een langer durende opname. Naasten blijken niet alleen behoefte te hebben aan psychosociale hulp voor zichzelf, maar willen dat dit ook geboden wordt aan de patiënt en aan andere

betrokkenen. Naasten zijn op de patiënt gericht en denken er niet altijd aan hulp voor zichzelf te vragen.

Behoeften van naasten verschillen van persoon tot persoon, mede onder invloed van de fysieke, psychische, sociale en materiële situatie en gevolgen. Ook factoren als coping, sociale steun, gender en etniciteit zijn in wisselwerking met elkaar van invloed. Alleen door aandacht – ook voor deze factoren – en in dialoog kan zicht ontstaan op de situatie van naasten en hun specifieke behoeften. Een deel van de behoeften van naasten ontwikkelt zich gedurende de hulpverlening. Door tijdens de opname met naasten te volgen hoe het hen vergaat en wat zij ervaren en tegenkomen in deze situatie, wordt duidelijk wat de naasten in welke fase van de opname nodig hebben.

Maatschappelijk werk en het aansluiten op de behoeften van naasten

Naasten vinden dat maatschappelijk werkers tegemoet moeten komen aan de behoefte aan psychosociale hulpverlening. De meesten van hen krijgen deze hulp echter niet en veel van hen zijn ook niet geïnformeerd over de mogelijkheden van maatschappelijk werk. De naasten die wel bij het maatschappelijk werk terecht komen zijn meestal verwezen door verpleging of artsen en in de regel gebeurde dit vanaf de intensive care. Sommige naasten vinden dat er eerder een aanbod van maatschappelijk werk had moeten zijn.

In de meeste gevallen, waarin zij betrokken zijn bij het begeleiden van naasten van traumapatiënten, sluiten medisch maatschappelijk werkers met hun hulpverlening aan op de behoefte aan psychosociale hulpverlening. Deze hulp bestaat uit een integraal aanbod van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichtte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam.

Bij ondersteunende en stabiliserende begeleiding gaat het om het kunnen delen van ervaringen en gevoelens, geruststelling en steun. Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding richt zich op het leren omgaan met de consequenties van het ongeval en de situatie. Concrete en informatieve hulpverlening bestaat uit hulp bij allerlei praktische gevolgen van het ongeval, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werk, verzekeringen en financiën. Hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam wordt geboden wanneer zich knelpunten, problemen en/of misverstanden voordoen tussen naasten en leden van het behandelteam.

Van de naasten die hulp van maatschappelijk werk ontvingen (deelonderzoek 3), bleek een relatief kleine groep behoefte te hebben aan concrete en informatieve hulpverlening. De meesten hadden behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding en veranderings- en competentiegerichtte begeleiding. In het eerste deelonderzoek bleek de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening juist groot. Bovendien nam deze statistisch significant toe naarmate de opname langer duurde. In dit eerste deelonderzoek ging het om alle naasten, ook degenen die geen hulp van maatschappelijk werk kregen. Dit betekent dat het maatschappelijk werk naasten met behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening minder bereikt dan naasten met andere psychosociale behoeften.

In het onderzoek is niet alleen gekeken of maatschappelijk werkers aansluiten op de behoeften, maar ook hoe zij dat doen. In de meeste gevallen sluiten zij met hun interventies en benadering in één tot zes gesprekken van een half tot anderhalf uur aan op de behoefte aan psychosociale hulpverlening. Zij baseren hun interventies voornamelijk op uitgangspunten van de systeembenadering, traumaopvang, crisisopvang en sociaal netwerkbenadering.

Voor ondersteunende en stabiliserende begeleiding maken zij gebruik van interventies als: belangstelling tonen, luisteren en vragen stellen, gesprekken voeren met de patiënt en/of andere betrokkenen, bemoedigen en aanmoedigen en het op een rijtje zetten van alle vragen en emoties. Bij naasten die behoefte hebben aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding adviseren zij bij het omgaan met de situatie, voeren hiervoor gesprekken met het systeem, helpen naasten op een andere manier naar de situatie te kijken, geven uitleg over reacties van naasten of anderen, stimuleren naasten steun te vragen en te aanvaarden van mensen in de eigen omgeving en bereiden samen met naasten moeilijke situaties voor en/of oefenen deze met hen.

Indien naasten behoefte hebben aan hulp bij problemen of meningsverschillen met artsen lichten maatschappelijk werkers het handelen van verpleging of artsen toe en/of komen op voor de belangen van de naasten bij artsen of verpleging.

Om tegemoet te komen aan de behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening geven maatschappelijk werkers informatie en advies, vragen andere professionals om advies, regelen praktische zaken voor de naasten en zorgen ervoor dat naasten en patiënt nog eens kunnen spreken met medewerkers van de traumazorg.

Om aan te sluiten op de behoeften van naasten kiezen de meeste maatschappelijk werkers voor een inbedding van hun interventies in een benadering die te typeren is als presentie. Zij slagen erin een relatie met de naasten aan te gaan die is gebaseerd op vertrouwen, oprechtheid, geduld, waardering, begrip, aandacht en betrouwbaarheid. Zij zorgen voor een balans tussen aandacht voor probleemafwikkeling en cliënt- en interactieontwikkeling.

In de regel eindigt de hulp van maatschappelijk werk bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis, maar meerdere naasten hebben dan nog behoefte aan psychosociale hulpverlening. Soms geven maatschappelijk werkers nazorg, in de meeste gevallen verwijzen zij naar maatschappelijk werk in de vervolgvoorziening.

Naast de vele overeenkomsten tussen maatschappelijk werkers in de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten blijken zij vanuit hun taakopvatting op drie punten te verschillen:

- Ben je er voor de patiënt of voor de patiënt en/of naasten?
- Doe je een actief aanbod bij ernstige trauma's of ga je alleen in op verwijzingen van andere professionals en directe hulpvragen van patiënten en naasten?
- Regel je praktische zaken voor patiënt en naasten of laat je dat aan henzelf en hun sociaal netwerk over?

De keuzen die maatschappelijk werkers hierin maken bepalen mede of zij aansluiten bij de behoeften van naasten.

Patiënten zijn onlosmakelijk verbonden met hun naasten. Het zijn de naasten die de patiënt cognitief, sociaal, praktisch en emotioneel opvangen. Voor het herstel van de patiënt is het van belang dat de naasten zich staande weten te houden. Bovendien is de patiënt niet in alle situaties aanspreekbaar of er niet aan toe stil te staan bij de psychosociale impact van de gebeurtenissen, terwijl de naaste wel behoefte heeft aan hulp daarbij. Het proces van verwerking loopt bij naasten en patiënt meestal niet parallel. Om zo goed mogelijk aan te sluiten op de behoeften van naasten van traumapatiënten zal psychosociale hulpverlening in de traumazorg daarom vaak starten met de naasten. In een later stadium kan de patiënt daarbij betrokken worden.

Naasten denken er in deze situatie vaak niet aan hulp voor zichzelf te vragen, terwijl zij wel behoefte hebben aan psychosociale hulp. Om goed aan te sluiten op deze behoefte is het daarom van belang hen een actief aanbod te doen. Verpleegkundigen kunnen hierin als verwijzer optreden, maar maatschappelijk werkers dienen ook thuis te zijn in *outreaching* werken. Het kan voor naasten drempelverlagend zijn wanneer de maatschappelijk werker hen benadert om kennis te maken. Uit onderzoek blijkt dat mensen het in dit soort situaties prettig vinden dat zij een dergelijk aanbod krijgen en het niet als opdringerig of negatief ervaren (Flikweert & Melief, 1999; Melief & Urlings, 1994). Een trauma brengt bijna altijd praktische consequenties met zich mee. Uitgangspunt in het maatschappelijk werk is dat je de zelfredzaamheid vergroot. Vaak betekent dit dat je problemen voor mensen niet oplost, maar hen helpt deze zelf op te lossen of hanteerbaar te maken. Maar als de draaglast te groot is (zoals bijvoorbeeld in crisissituaties), helpt het mensen iets van hen over te nemen (Brinkman & van den Berg, 2003). In de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten zal hiervan vaak sprake zijn. Om goed aan te sluiten op de behoeften van naasten is het daarom soms nodig dat maatschappelijk werkers praktische zaken voor naasten regelen.

Baat bij de hulpverlening van maatschappelijk werk

Alle naasten die aan het onderzoek deelnamen hebben baat ervaren bij de hulpverlening van maatschappelijk werk.

De meeste baat werd ervaren op het gebied van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, gevolgd door veranderings- en competentiegerichte begeleiding en hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam. Op het gebied van concrete en informatieve hulpverlening wordt door minder naasten baat ervaren dan gewenst.

Door de geboden ondersteunende en stabiliserende begeleiding voelen naasten zich gehoord en gezien, ervaren steun en begrip, kunnen zich uiten, voelen zich gerustgesteld dat ze (ook achteraf) op iemand kunnen terugvallen, vinden het geruststellend dat de patiënt en/of andere betrokkenen ook steun krijgen van de maatschappelijk werker, kunnen zich door de steun beter staande houden en/of voelen zich gerustgesteld.

De baat op het gebied van veranderings- en competentiegerichte begeleiding bestaat eruit dat naasten leren beter om te gaan met de situatie en de consequenties daarvan, meer overzicht krijgen, de gebeurtenissen kunnen verwerken, leren anderen om hulp te vragen en/of leren om te gaan met de reacties van anderen.

De hulp van maatschappelijk werk bij problemen of meningsverschillen tussen naasten en artsen/verpleegkundigen leidt ertoe dat naasten meer begrip voor artsen en verpleging krijgen, zich gehoord en gesteund voelen in de problemen met artsen/verpleging, het contact met artsen en verpleging beter verloopt en/of artsen/verpleging meer begrip voor de naasten krijgen. De naasten die baat hebben bij de concrete en informatieve hulpverlening weten beter de weg om zelf hun praktische zaken te regelen, praktische zaken zijn (deels) geregeld of op orde en/of de juiste instanties zijn ingeschakeld om de praktische zaken te regelen. Naasten ervaren vaak bij meer zaken baat, dan waar zij in eerste instantie voor verwezen zijn naar maatschappelijk werk. Het gaat dan om behoeften die zich gedurende de hulpverlening ontwikkelen of waarvan zij zich bewust worden en/of om interventies die maatschappelijk werkers op basis van hun expertise in dit soort situaties inzetten. Hulpverlening is een iteratief proces (Doerbecker, 1979). De meeste naasten zijn over het geheel genomen tevreden over het resultaat van de hulpverlening, waarbij de meesten van mening zijn dat zij dit samen met de maatschappelijk werker wisten te bereiken. Dit past bij het streven van maatschappelijk werkers cliënten te helpen zichzelf te helpen (Jagt, 2006, p. 13).

6.2 Discussie

6.2.1 Methodologische overwegingen

In de hoofdstukken hiervoor staan de onderzoeksmethoden van de verschillende deelonderzoeken en de beperkingen hieraan beschreven. Ook kwam daar aan de orde hoe validiteit en betrouwbaarheid werden bevorderd en hoe de analyse plaats heeft gevonden. In deze paragraaf komen nog enkele overwegingen over de totale studie aan de orde.

Gekozen is voor een *mixed methods design* met de intentie de kwaliteiten van kwantitatief en kwalitatief onderzoek te combineren. Hierdoor was het mogelijk grondig stil te staan bij de ervaringen en opvattingen van naasten en maatschappelijk werkers en tevens bij een grotere groep naasten na te gaan wat hun behoeften en ervaringen met de hulpverlening van maatschappelijk werk zijn. De resultaten van de kwalitatieve studie zijn gebruikt als input voor de kwantitatieve studie, waardoor de ontworpen gestructureerde vragenlijst goed aansluit bij het taalgebruik, de beleavingswereld en ervaringen van naasten.

De subjectieve oordelen van naasten zijn in kaart gebracht. Dit betekent dat de studie geen objectief bewijs levert voor de resultaten van de hulp van maatschappelijk werk. Objectieve uitkomstmaten voor de psychosociale hulpverlening aan naasten van traumapatiënten zijn moeilijk op voorhand vast te stellen (zie paragraaf 2.4.1). Het zijn de naasten die kunnen oordelen over wat zij nodig vinden in deze situatie en wat de hulp hen heeft opgeleverd.

Validiteit en betrouwbaarheid zijn mede vergroot door triangulatie van bronnen en technieken.

Voor het onderzoek zijn in totaal 119 interviews afgenomen:

- 71 voor het eerste deelonderzoek naar de behoeften van naasten;
- 15 voor het tweede deelonderzoek naar de hulpverlening door maatschappelijk werk;
- 33 voor het derde deelonderzoek naar de baat die naasten ervaren bij de hulpverlening door maatschappelijk werk.

Tevens zijn maatschappelijk werkdossiers geanalyseerd en is er een literatuurstudie gedaan.

In totaal zijn er naasten en maatschappelijk werkers van zeven verschillende ziekenhuizen bij het onderzoek betrokken geweest. Eén van deze ziekenhuizen is een algemeen ziekenhuis en heeft alleen een casus geleverd voor het tweede deelonderzoek. De andere zes ziekenhuizen zijn aangewezen als traumacentrum. Hierdoor is ervoor gezorgd dat de resultaten voortkomen uit contexten die met elkaar vergelijkbaar zijn.

In het eerste en derde deelonderzoek ging het om een kwantitatieve studie met gestructureerde interviews, in het tweede deelonderzoek om een kwalitatieve studie met diepte-interviews aangevuld met dossieronderzoek. De verschillende deelonderzoeken zijn ingebed in een theoretisch kader.

In ieder deelonderzoek ging het om andere respondenten. Hierdoor is er een groep van 88 naasten bereikt: 45 in het eerste deelonderzoek, 10 in het tweede deelonderzoek en 33 in het derde

deelonderzoek. Tevens zijn 8 maatschappelijk werkers geïnterviewd en traden 4 maatschappelijk werkers op als expertgroep.

Het eerste deelonderzoek beperkte zich tot de vraag wat de behoeften van naasten van traumapatiënten zijn. In het tweede en derde deelonderzoek ging het om de volledige vraagstelling van deze studie, namelijk in hoeverre medisch maatschappelijk werkers in hun hulpverlening aansluiten op de behoeften van naasten van traumapatiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en welke baat (resultaat) deze naasten bij de hulpverlening ervaren. Dit betekent dat door twee verschillende methoden de vraagstelling is beantwoord. De inclusiecriteria varieerden enigszins bij deze twee studies. In het tweede deelonderzoek ging het om naasten van patiënten met hersen-/schedelletsel en/of letsel aan het bewegingsapparaat. In het derde deelonderzoek ging het om alle naasten die begeleiding hadden gehad van maatschappelijk werk, ongeacht de aard van het letsel. De uitkomsten van dit laatste deelonderzoek laten echter zien dat, op één na, al deze patiënten ook hersen-/schedelletsel of letsel aan het bewegingsapparaat hadden. De groepen zijn daarmee goed vergelijkbaar.

In het tweede deelonderzoek zijn casussen geselecteerd die door maatschappelijk werkers zijn voorgedragen als goed voorbeeld van wat zij doen in de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten. Deze selectie betekent mogelijk een vertekening. Het is denkbaar dat zij alleen casussen selecteerden waarvan zij vermoedden dat de naaste tevreden over de hulpverlening was en/of casussen waarvan zij zelf de indruk hadden dat zij de hulpverlening goed hadden aangepakt. De resultaten wijken echter niet wezenlijk af van de resultaten van het derde deelonderzoek. In dit laatste deelonderzoek was geen sprake van een selectie door de maatschappelijk werkers, omdat alle naasten die in de onderzoeksperiode door de maatschappelijk werkers werden begeleid bij het onderzoek zijn betrokken. Ook de resultaten van het tweede deelonderzoek lijken daarom een betrouwbaar beeld te geven van wat maatschappelijk werkers doen in de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten en wat deze hulpverlening de naasten oplevert.

6.2.2 Praktijktoets

Op basis van de conclusies is in een workshop met verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, studenten en docenten HBO Verpleegkunde en HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening gebrainstormd over aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn aangevuld en vervolgens voorgelegd aan een expertgroep van medisch maatschappelijk werkers uit de traumazorg om ze te toetsen op relevantie, bruikbaarheid en haalbaarheid voor de praktijk. Daarbij hebben de volgende criteria als leidraad gefungeerd (zie paragraaf 2.4.2):

- voordelen, nadelen en risico's van de aanbevelingen;
- bruikbaarheid van de aanbevelingen voor de opvang en begeleiding van naasten in de traumazorg;
- de kosten verbonden aan aanbevelingen en schattingen over de kosteneffectiviteit;
- de haalbaarheid van de aanbevelingen in termen van benodigde vaardigheden, instrumentarium, geld, tijd, beschikbare staf, voorkeuren van naasten en de mogelijkheden en beperkingen van het gezondheidszorgsysteem (bijvoorbeeld wettelijke regelingen);
- opvattingen, normen en waarden, en ethische overwegingen (Grol & Wensing, 2006).

De aanbevelingen zijn bijgesteld met behulp van de feedback van de expertgroep.

6.2.3 Aanbevelingen voor praktijk en opleiding

Onderstaande aanbevelingen kunnen dienen als basis voor een richtlijn opvang en begeleiding van naasten in de traumazorg.

Opvang van naasten

Uit het onderzoek blijkt dat de periode op de spoedeisende hulp voor naasten van traumapatiënten in kritieke situaties heel ingrijpend kan zijn en dat zij dan behoefte hebben aan aandacht en erkenning. Ook de periode daarna, op de intensive care, medium care of verpleegafdeling, blijkt voor veel naasten intensief en belastend te zijn.

Aanbeveling:

In ieder ziekenhuis moet worden vastgelegd wie verantwoordelijk is voor de eerste opvang van naasten op de spoedeisende hulp. De opvang van naasten van patiënten in kritieke situaties dient gegarandeerd te zijn en vindt zo snel mogelijk na binnenkomst van de naasten plaats.

Op een rustige plek informeert de eerstverantwoordelijke de naasten over wat er op dat moment gebeurt en vraagt hoe het hen vergaat en wat zij nodig hebben.

Ook op de andere afdelingen van het ziekenhuis moet helder zijn wie verantwoordelijk is voor de verdere opvang en begeleiding van familie.

Op de spoedeisende hulp blijken naasten van traumapatiënten soms lange tijd te wachten en in onzekerheid te verkeren.

Aanbeveling:

Het is belangrijk dat de eerstverantwoordelijke op de spoedeisende hulp met regelmaat contact zoekt met naasten van traumapatiënten en aandacht voor hen heeft, zodat naasten de kans krijgen zich te uiten en vragen te stellen.

Standaard aanbod maatschappelijk werk

Veel naasten die behoefte hebben aan psychosociale hulpverlening komen niet bij het medisch maatschappelijk werk terecht. Naasten denken er niet altijd aan hulp voor zichzelf te vragen. Ook weten zij niet altijd wat de mogelijkheden zijn. Naasten pleiten ervoor dat in deze situatie outreachend wordt gewerkt en niet wordt afgewacht totdat zij zelf om hulp vragen. Dit blijkt ook uit ander onderzoek (Flikweert & Melief, 1999; Impact, 2007; Melief & Urlings, 1994).

Aanbeveling:

Het is raadzaam bij alle ernstige trauma's standaard, direct bij opname van de patiënt, de naasten hulp van maatschappelijk werk aan te bieden. Er zijn twee opties:

- De maatschappelijk werker gaat bij ernstige trauma's standaard kennismaken en start met psychosociale hulpverlening als naasten daaraan behoefte blijken te hebben.
- De eerstverantwoordelijke voor de opvang van naasten bespreekt met naasten de mogelijkheid dat er iemand komt om na te gaan hoe het met hen gaat, wat zij ervaren en welke hulp zij eventueel kunnen gebruiken.

Tevens is het aan te bevelen naasten beknopte, concrete, schriftelijke informatie over het aanbod te geven.

Indien de naaste op dat moment niet op het aanbod ingaat, moet dit enkele dagen later nog eens worden gedaan. Niet om hulp op te dringen, maar uit het onderzoek blijkt dat de eerste dagen er veel op naasten afkomt. Mogelijk dat in de veelheid aan informatie, het aanbod niet goed tot hen is doorgedrongen. Niet alle naasten hebben behoefte aan psychosociale hulp, maar door een standaard aanbod wordt voorkomen dat mensen die deze behoefte wel hebben niet krijgen wat zij nodig hebben.

Programma psychosociale hulpverlening aan naasten van traumapatiënten

De hulpverlening van maatschappelijk werk aan naasten in de traumazorg kan worden beschouwd als een programma dat bestaat uit een combinatie van ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam (Scholte e.a., 2007; van Yperen e.a., 1999). Het programma heeft tot doel dat naasten zich gezien en erkend voelen, zich staande weten te houden en de patiënt tot steun kunnen zijn. Gemiddeld zijn er voor dit programma één tot zes gesprekken van een half tot anderhalf uur met de naasten nodig. Dit onderzoek toont aan dat naasten in deze situatie gebaat zijn bij dit programma.

Aanbeveling:

Het verdient aanbeveling dat maatschappelijk werkers in het contact met naasten van traumapatiënten standaard nalopen aan welke onderdelen van het programma *psychosociale hulpverlening aan naasten van traumapatiënten* behoefte is. Het programma fungeert dan als een checklist (zie bijlage 8). Om maatwerk te kunnen leveren is het van belang ook aandacht te hebben voor andere behoeften van naasten en factoren die de behoeften beïnvloeden zoals gender, etniciteit, coping en het sociaal netwerk.

De resultaten van dit onderzoek en die van andere onderzoeken wijzen op het belang van praktische hulpverlening na een ingrijpende gebeurtenis (Impact, idem; Kleber & Mittendorf, idem). Uit dit onderzoek blijkt echter dat maatschappelijk werkers op het gebied van concrete en informatieve hulpverlening minder resultaat boeken dan met andere vormen van psychosociale hulpverlening. Ook ander onderzoek laat zien dat maatschappelijk werkers er niet altijd even goed in slagen materiële en immateriële hulpverlening te integreren. (Brunenberg e.a., 2006; Melief e.a., 1994; Schilder 1996).

Aanbeveling:

In intercollegiale toetsing en intervisie dienen maatschappelijk werkers expliciet aandacht te besteden aan de wijze waarop zij concrete en informatieve hulp verlenen en het resultaat daarvan. Een checklist voor de hulpverlening aan naasten van traumapatiënten (zie bijlage 8) helpt te voorkomen dat concrete en informatieve behoeften aan de aandacht ontsnappen.

Na een ingrijpende gebeurtenis is steun uit de eigen omgeving belangrijk (Impact, idem; Kleber & Mittendorf, 2000). Bovendien blijkt de hulpverlening van maatschappelijk werk meestal van relatief korte duur te zijn. De maatschappelijk werker zou daarom in principe geen functies moeten overnemen die het sociaal netwerk kan vervullen. Uiteindelijk moeten naasten het ook met hun eigen netwerk zien te redden.

Aanbeveling:

Het is van belang dat maatschappelijk werkers met naasten van traumapatiënten nagaan welke bronnen van steun er in het sociaal netwerk zijn en dat zij naasten stimuleren daarvan gebruik te maken. Daarbij is aandacht nodig voor het voorkomen van overbelasting van het sociaal netwerk. Het kan zijn dat naasten in deze situatie sommige zaken liever met een buitenstaander delen. Het blijft aan de naasten om te besluiten welke inmenging van het sociaal netwerk gewenst is.

Ontslag van de patiënt betekent niet dat de naasten geen psychosociale hulp meer nodig hebben. Uit het onderzoek blijkt dat maatschappelijk werkers hier verschillend mee omgaan.

Aanbeveling:

In een korte evaluatie dient de maatschappelijk werker na te gaan wat naasten nog nodig hebben en of dat kan vanuit een beperkt aantal nazorgcontacten, of dat een verwijzing naar een vervolgvoorziening nodig is. Bij een verwijzing zou de maatschappelijk werker, mits de naaste daarmee akkoord gaat, contact op moeten nemen met de vervolgvoorziening om hen te informeren over de geboden hulp, de resultaten daarvan en de reden van verwijzing. Hiermee wordt continuïteit in de hulpverlening vergroot.

In de meeste gevallen sluiten maatschappelijk werkers aan op de behoeften van naasten en ervaren naasten ook baat bij deze hulp, maar er zijn ook omissies.

Aanbeveling:

Maatschappelijk werkers dienen te bewaken of zij voldoende aansluiten bij de behoeften van naasten en of naasten voldoende gebaat zijn bij de hulp. De vragenlijst *Ervaren baat* kan worden gebruikt om een instrument te ontwikkelen waarmee maatschappelijk werkers hun eigen werk kunnen toetsen.

Profileren van het aanbod

De meeste naasten van traumapatiënten komen nu nog via een verwijzing bij het maatschappelijk werk. Naasten met behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening blijken minder bij het maatschappelijk werk terecht te komen dan naasten met andere psychosociale behoeften. Mogelijk is voor andere disciplines het aanbod van maatschappelijk werk onvoldoende duidelijk.

Aanbeveling:

Maatschappelijk werkers dienen ervoor te zorgen dat de leden van het behandelteam goed op de hoogte zijn en blijven van hun aanbod. Een eenmalige uitleg volstaat niet. In een multidisciplinaire setting is het nodig om het werk steeds opnieuw te profileren. Mogelijkheden hiervoor:

- in klinische lessen het werk presenteren aan de hand van concrete voorbeelden;
- in multidisciplinair overleg rapporteren over de geboden hulpverlening en de resultaten daarvan;
- zorgen voor een vast, wekelijks overlegmoment met de afdeling;
- zorgen voor reminders: het maatschappelijk werk met grote regelmaat onder de aandacht brengen bij verpleegkundigen en artsen;

- bevindingen rapporteren in het verpleegdossier.

Bereikbaarheid

Trauma's dienen zich niet alleen tijdens kantoortijden aan en dat zijn wel de momenten waarop maatschappelijk werk in het ziekenhuis aanwezig is.

Aanbeveling:

Voor naasten die buiten de kantoortijden behoefte hebben aan hulp van maatschappelijk werk is het van belang dat zij van de eerstverantwoordelijke voor de opvang van naasten heldere informatie krijgen over de bereikbaarheid. Om de opvang van naasten buiten kantooruren te verbeteren is het mogelijk om:

- samenwerkingsafspraken te maken tussen verpleegkundigen en maatschappelijk werk;
- de bereikbaarheid van maatschappelijk werk uit te breiden met de avonduren en weekenden op basis van oproepbaarheid;
- een digitale poli in te richten waar naasten met hun eerste vragen bij het maatschappelijk werk terecht kunnen.

Intercollegiale toetsing

De meeste maatschappelijk werkers zijn verbonden aan clusters of divisies en worden aangestuurd door een leidinggevenden met een medische achtergrond. Uit het onderzoek blijkt dat maatschappelijk werkers intercollegiale toetsing gebruiken om de kwaliteit van de hulpverlening aan naasten te bewaken. In ziekenhuizen waar een centrale dienst maatschappelijk werk ontbreekt, is dit lastiger te organiseren en meestal wordt hier ook niet op aangestuurd. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van maatschappelijk werkers om hier zelf zorg voor te dragen.

Aanbeveling:

Maatschappelijk werkers dienen zich op de één of andere manier in het ziekenhuis te organiseren en te zorgen voor een structurele vorm van intercollegiale toetsing.

MDO

Sommige naasten waren van mening dat de verwijzing naar maatschappelijk werk eerder had moeten plaatsvinden. Door in multidisciplinair overleg (MDO) aandacht te besteden aan het welzijn en de behoeften van naasten van de patiënt kan het aansluiten bij de behoeften worden bevorderd.

Aanbeveling:

Het is wenselijk in de vragenlijst voor het MDO een standaardvraag op te nemen over behoeften, opvang en begeleiding van naasten.

Formatie en financiering

Er zijn verschillende typen argumenten voor opvang en begeleiding van naasten in de traumazorg: in de eerste plaats humanitaire en professionele, maar ook economische. De kwaliteit van de zorg speelt een rol in de economische positie van een ziekenhuis. De tevredenheid van patiënten is daarbij een belangrijke kwaliteitsindicator. De tevredenheid over de opvang en begeleiding door maatschappelijk werkers aan naasten van traumapatiënten blijkt in dit onderzoek groot te zijn en vergroot mogelijk de algehele tevredenheid van patiënt en naasten over de ziekenhuisopname.

Maatschappelijk werk wordt betaald uit de overhead. Clusters of divisies besluiten zelf of en hoeveel zij beschikbaar stellen voor maatschappelijk werk. In dit onderzoek wordt gepleit voor een standaard aanbod aan naasten van traumapatiënten. Uit eerder onderzoek naar een standaard aanbod voor kankerpatiënten blijkt dat de kosten beperkt zijn, mede doordat niet in alle situaties een vervolcontact nodig is (Flikweert & Melief, 1999; Melief & Urlings, 1994). De resultaten van dit onderzoek laten zien dat bij de naasten die ingaan op het aanbod de hulpverlening bestaat uit één tot zes gesprekken van een half tot anderhalf uur.

Aanbeveling:

Er dient voldoende inzet van maatschappelijk werk in de traumazorg te zijn. Dit onderzoek geeft inzicht in de aard van de werkzaamheden van de maatschappelijk werker in de traumazorg en de kosten die hieraan verbonden zijn (in termen van het aantal en de lengte van de gesprekken). Op basis van gegevens over het aantal ernstige trauma's dat jaarlijks wordt opgenomen, kan ieder ziekenhuis hiermee een schatting maken van de formatie maatschappelijk werk die hiervoor nodig is.

Opleidingen

Verpleegkundigen blijken voor maatschappelijk werk de belangrijkste verwijzers te zijn. Veel naasten met behoefte aan psychosociale hulpverlening komen echter niet bij het maatschappelijk werk terecht.

Aanbeveling:

In de opleiding voor verpleegkundigen zou aandacht moeten zijn voor het aanbod van maatschappelijk werk. Verder is het van belang dat in deze opleiding psychische, sociale en maatschappelijke gevolgen van ziekte en ongevallen aan de orde komen, zodat verpleegkundigen behoeften op dit gebied makkelijker herkennen.

De benadering van de hulpverlener blijkt van invloed te zijn op de tevredenheid van naasten en de baat die zij ervaren.

Aanbeveling:

In de opleiding voor artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers dient aandacht te zijn voor het inbedden van interventies in een houding van oprechte aandacht, begrip, geduld en mededogen. Enkel een technisch/instrumentele benadering schiet te kort.

Naasten blijken minder baat te hebben bij de concrete en informatieve hulpverlening door maatschappelijk werkers dan bij andere vormen van psychosociale hulpverlening.

Aanbeveling:

In de initiële opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening en in na- en bijscholingen is het van belang dat studenten werken aan competenties op het gebied van concrete en informatieve hulpverlening en leren materiële en immateriële hulpverlening te integreren.

6.2.4 Vervolgonderzoek

Het onderzoek heeft zich toegespitst op naasten die de Nederlandse taal machtig zijn. Mede hierdoor hebben weinig naasten met een andere culturele achtergrond aan het onderzoek deelgenomen. Anderzijds zijn er veel mensen met een andere culturele achtergrond die de Nederlandse taal wel voldoende beheersen en toch hebben weinig van hen aan het onderzoek deelgenomen. De indruk ontstaat dat maatschappelijk werkers deze naasten in mindere mate bereiken. Het is wenselijk hiernaar onderzoek te doen, ook om zicht te krijgen op mogelijke drempels voor allochtone naasten.

Volgens Kleber (2007) zijn culturele factoren van invloed op traumatische ervaringen. De vraag is op welke manier. Hoffman (Dries & Hoffman, 2008) is van mening dat basisbehoeften van mensen in wezen niet verschillen. Ook een onderzoek van studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening wijst uit dat de behoeften van naasten van patiënten met verschillende culturele achtergronden niet wezenlijk verschillen. Wel constateerden zij verschil in ervaringen, gedrag en verwachtingen (Heerschop e.a., 2009). Vervolgonderzoek kan inzicht geven in de wijze waarop zo goed mogelijk kan worden aangesloten op de behoeften van deze naasten.

Het blijkt dat naasten met behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening minder bij het maatschappelijk werk terecht komen dan naasten met andere psychosociale behoeften. Tevens blijkt dat naasten weliswaar baat hebben bij de hulp van maatschappelijk werk, maar in mindere mate bij de geboden concrete en informatieve hulpverlening. Onduidelijk is welke factoren hier precies debet aan zijn. Vervolgonderzoek zou hier inzicht in kunnen geven.

De vragenlijst die is samengesteld voor het deelonderzoek naar de ervaren baat is te gebruiken voor onderzoek naar andere doelgroepen van maatschappelijk werk in het ziekenhuis. Hiervoor zijn aanpassingen nodig in de items over de behoeften, interventies en de ervaren baat. Dergelijk onderzoek levert een bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing van het beroep maatschappelijk werk.

Samenvatting

Introductie

In de traumazorg, de zorg voor mensen met acuut somatisch letsel, gaat alle aandacht in eerste instantie naar de patiënt. Er zijn twee belangrijke redenen om ook aandacht te hebben voor diens naasten. Ten eerste omdat de steun van naasten een belangrijke factor is in het herstel van de patiënt. Ten tweede omdat het trauma niet alleen een ontwrichtende werking heeft op het leven van de patiënt, maar ook op de naasten. Het ongeval heeft fysieke, psychische, sociale en materiële gevolgen voor patiënt en naasten en kan hen uit hun evenwicht brengen. Naasten die in deze situatie worden ondersteund, kunnen de patiënt beter tot steun zijn.

Medisch maatschappelijk werkers hebben de taak patiënt en naasten te begeleiden bij psychosociale en emotionele problemen die samenhangen met de opname. In hoeverre zij aansluiten op de behoeften van naasten van traumapatiënten en welke baat naasten bij deze hulpverlening ervaren, is onderwerp van dit onderzoek.

Methode

Eerst is onderzocht wat de behoeften van naasten zijn, door aan te sluiten op eerdere onderzoeken naar de behoeften van naasten van intensive care patiënten, met gebruik van de Critical Care Family Needs Inventory (Molter, 1979). De Nederlandse versie van deze vragenlijst (Kaljouw, 1998) werd aangevuld met items die voortvloeien uit de sociale en maatschappelijke gevolgen van een ongeval. Er werd op twee momenten gemeten. Binnen 24 uur na opname deden 45 naasten mee aan een interview en 26 van hen zijn ten minste 2 weken later nog eens geïnterviewd.

Vervolgens is onderzocht wat de behoeften waren van naasten die hulp kregen van medisch maatschappelijk werk, welke hulp zij kregen en de baat die zij daarbij ervoeren. Hiervoor werden diepte-interviews gehouden met 8 maatschappelijk werkers en 10 naasten, en werd dossieronderzoek gedaan.

Met de resultaten werd een gestandaardiseerde vragenlijst ontworpen waarmee aan nog eens 33 naasten is gevraagd naar hun behoeften, de geboden hulp en de ervaren baat.

Resultaten

Naasten hadden behoefte aan informatie, toegankelijkheid en psychosociale hulpverlening. Psychosociale hulpverlening aan naasten van traumapatiënten bleek te bestaan uit: ondersteunende en stabiliserende begeleiding, veranderings- en competentiegerichtte begeleiding, concrete en informatieve hulpverlening en hulp bij communicatieproblemen met leden van het behandelteam. Bij ondersteunende en stabiliserende begeleiding gaat het om het kunnen delen van ervaringen en gevoelens, geruststelling en steun. De behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding heeft betrekking op het leren omgaan met de consequenties van het ongeval en de situatie. De behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening bestaat uit hulp bij allerlei praktische gevolgen van het ongeval op bijvoorbeeld het gebied van wonen, werk, verzekeringen en financiën. Behoefte aan hulp bij communicatieverbetering met het behandelteam ontstaat wanneer zich knelpunten, problemen en/of misverstanden voordoen tussen naasten en leden van het behandelteam.

Er was een discrepantie tussen de behoefte aan psychosociale hulpverlening en de geboden hulp. Psychosociale zorg wordt in eerste instantie verleend door verpleegkundigen, maar bij complexe situaties kunnen zij naar maatschappelijk werk verwijzen. Veel naasten met behoefte aan psychosociale hulpverlening bleken niet bij het maatschappelijk werk terecht te komen. Tevens bleek dat naasten met behoefte aan concrete en informatieve hulpverlening minder bij het maatschappelijk werk terecht kwamen dan naasten met behoefte aan ondersteunende en stabiliserende begeleiding en/of behoefte aan veranderings- en competentiegerichtte begeleiding.

In de meeste situaties sloten maatschappelijk werkers in maximaal zes gesprekken van een half tot anderhalf uur aan op de behoeften van naasten van traumapatiënten. Daarbij maakten maatschappelijk werkers gebruik van uitgangspunten uit de systeembenadering, traumaopvang, crisisopvang en sociaal netwerkbenadering. Zij integreerden hun interventies in een houding van presentie. Zij volgden hoe het de naasten tijdens de opname verging, wat zij nodig hadden en sloten daar op aan. Meestal rondten zij de hulpverlening af bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Soms boden zij nazorg, vaak verwezen zij door naar maatschappelijk werk in de vervolgvoorziening.

Alle naasten die aan het onderzoek deelnamen zeiden baat te ervaren aan de hulpverlening van maatschappelijk werk. Zij voelden zich gehoord en gezien, ervoeren steun en begrip, konden zich uiten, vonden het geruststellend dat ze (ook achteraf) op iemand konden terugvallen, vonden het geruststellend dat de patiënt en/of andere betrokkenen ook steun kregen van de maatschappelijk werker, konden zich door de steun beter staande houden, voelden zich gerustgesteld, leerden beter met de situatie en de consequenties daarvan om te gaan, kregen meer overzicht, konden de gebeurtenissen verwerken, leerden anderen om hulp te vragen, leerden om te gaan met de reacties van anderen, kregen meer begrip voor artsen en verpleging en ervoeren meer begrip van hen, voelden zich gehoord en gesteund in de problemen met artsen/verpleging, ervoeren dat het contact met artsen en verpleging beter liep, wisten beter de weg om zelf hun praktische zaken te regelen, waren van mening dat praktische zaken (deels) geregeld of op orde waren en/of dat de juiste instanties waren ingeschakeld om de praktische zaken te regelen.

Niet altijd werd voorzien in de behoeften van naasten, vooral op het gebied van concrete en informatieve hulpverlening. Daar stond tegenover dat naasten vaak op meer vlakken baat ervoeren, dan alleen voor de behoeften waarvoor zij naar maatschappelijk werk verwezen waren. Behoeften ontwikkelden zich ook gedurende de hulpverlening.

Conclusies

Naasten van traumapatiënten hebben behoefte aan informatie, toegankelijkheid en psychosociale hulpverlening. Niet alle naasten, die daaraan behoefte hebben, krijgen psychosociale hulp. Het aanbod van maatschappelijk werkers sluit meestal aan op de behoefte aan psychosociale hulp en naasten ervaren daar baat bij.

Aanbevelingen

Het is wenselijk een richtlijn te ontwikkelen voor de opvang en begeleiding van naasten van traumapatiënten. Daarin kunnen de volgende aanbevelingen worden opgenomen:

- Zorg ervoor dat alle naasten de hulp krijgen waaraan ze behoefte hebben. Dat kan bijvoorbeeld door maatschappelijk werk vroegtijdig in te schakelen.
- Maatschappelijk werkers moeten zoveel mogelijk tegemoet komen aan de behoefte aan psychosociale hulpverlening. Een checklist voor het programma psychosociale hulpverlening aan naasten van traumapatiënten is daarbij te gebruiken.

Summary

Introduction

In trauma care, the care for people with acute physical injury, the patient is in first instance the focus of attention. There are two important reasons to also pay attention to the patient's relatives. First, support of relatives is an important factor in the convalescence of patients. Second, the trauma not only means a serious disruption to the life of patients, but also to that of their relatives. An accident has physical, psychological, social and material consequences for both patients and relatives and can unbalance them. Supported relatives are better able to support patients.

It is the duty of hospital social workers to assist patients and relatives with psychosocial and emotional problems related to the admission. The goal of this study is to explore to what extent the needs of relatives of traumapatients are met and how relatives benefit from the assistance given by hospital social workers.

Method

First the needs of relatives of trauma patients were studied, following previous studies into the needs of relatives of intensive care patients using the Critical Care Family Needs Inventory (Molter, 1979). To the Dutch version of this questionnaire (Kaljouw, 1998) items were added arising from social consequences of accidents.

Interviews were taken on two occasions. Within 24 hours of admission 45 relatives were interviewed, and 26 of these were again interviewed at least two weeks later.

Subsequently the needs of relatives who received assistance from hospital social workers, the type of assistance they received and how they benefited from this assistance were studied. Data was collected through in-depth interviews with eight social workers and ten relatives as well as research of dossiers.

Using these results a standardized questionnaire was developed, which was put to another 33 relatives who were asked about their needs, the assistance they received and the benefit they experienced from this assistance.

Results

Relatives had a need for information, accessibility and psychosocial assistance.

Psychosocial assistance for relatives of trauma patients was found to consist of: supportive and stabilising counselling, change and competence-orientated counselling, concrete and informative services and assistance in communication problems with members of the treatment staff.

Supportive and stabilising counselling relates to relatives sharing their experiences and feelings with the social worker, and receiving support and reassurance.

The need for change and competence-orientated counselling relates to learning to cope with the consequences of an accident and the situation.

The need for concrete and informative services includes assistance with various practical consequences of an accident, such as housing, work, insurances and finances.

A need for assistance with communication problems with members of the treatment staff arises when there are bottlenecks, problems and/or misunderstandings between relatives and members of the treatment staff.

There was a discrepancy between the need for psychosocial assistance and the assistance offered.

Nurses give the first psychosocial care, but in complex situations they can refer to social work services. Many relatives with a need for psychosocial assistance didn't reach these services.

Furthermore, relatives with a need for concrete and informative services reached social work services less than relatives with a need for supportive and stabilising counselling and/or a need for change and competence-orientated counselling.

In most cases social workers fulfilled the needs of relatives of trauma patients in one to six meetings, lasting from thirty minutes to an hour and a half. Social workers used the principles from the system approach, trauma care, crisis care and social network approach.

They integrated their interventions in an attitude of being present. They monitored how relatives were doing during the hospital admission, and attuned to their needs. Mostly they ended the assistance when the patient was discharged from hospital. Sometimes they offered aftercare, often they referred to social work in the sequel services.

All relatives participating in the research benefitted from the assistance of social workers. They felt they were heard and visible, felt supported and understood, were able to express themselves, felt reassured that they (even afterwards) could fall back on someone, felt reassured that patients or others also received support from social workers, were better able to cope, felt reassured, learned to better deal with the situation and its consequences, gained a better overview, were able to recover from the events, learned to ask others for help, learned to deal with the reactions of others, had more understanding for doctors and nurses and experienced more understanding from them, felt heard and supported in the problems with doctors or nurses, experienced improvements in the contact with doctors and nurses, knew how to attend to practical matters themselves, felt that practical matters were dealt with and/or that the correct organisations were involved to deal with the practical matters.

The needs of relatives were not always met, especially in the area of concrete and informative services. On the other hand, relatives experienced benefits in more areas than those for which they were referred to social work services. Needs also developed during the period of assistance.

Conclusions

Relatives of traumapathic patients have a need for information, accessibility and psychosocial assistance. Not all relatives with these needs receive psychosocial aid. In most occasions the assistance provided by social workers meets the need for psychosocial assistance and relatives benefit from that.

Recommendations

It is desirable to develop a practical guideline for the relief and assistance for relatives of traumapathic patients. The following recommendations could be included:

- Ensure all relatives get the assistance they need. For example by involving social work early.
- Social workers should meet the need for psychosocial assistance as much as possible. A checklist for the psychosocial assistance program for relatives of traumapathic patients could be used.

Literatuur

- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., Colditz, G. (1998) Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*. Vol. 7, 735-750
- Addis, M.E., Cardemill, E.V. (2005) Psychotherapy Manuals Can Improve Outcomes. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Argyris, C. & Schön, D.A. (1974) *Theory in practice. Increasing professional effectiveness*. London/San Fransisco: Jossey-Bass
- Association for the Advancement of Automotive Medicine (1998) *The Abbreviated Injury Scale*. 1990 Revision, update 98
- Auslander, G.K. (2000) Outcomes of social work intervention in health care settings. *Social work in health care*, 31, 2, 31-46
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. (1997). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Educatieve Partners Nederland BV
- Baars, H.M.J., Uffing, J.T.F., Dekkers, G.F.H.M. (1990) *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie. Een handleiding voor de geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum
- Baart, A. (2004) What makes care good care? *Sociale Interventie*, 13, 3, 14-26
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: uitgeverij Lemma BV
- Baart, A., Steketee, M. (2003) *Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Berg, H. van den (2004) Discoursanalyse. *Kwalon*. 26, 9 (2), 29-39
- Beutler, L.E., Johannsen, B.E., (2005) Principles of change. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Bijttebier, P., Delva, D., Vanoost, S., Bobbaers, H., Lauwers, P., Vertommen, H. (2000) Reliability and validity of the Critical Care Family Needs Inventory in an Dutch-speaking Belgian sample. *Heart & Lung*, vol. 29, 4, 278-286
- Borkovec, T.D., Castonguay, L.G. (2005) Effectiveness Research. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Bouley, G., Von Hofe, K., Blatt, L. (1994) Holistic Care of the critically ill: meeting both patient and familie needs. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 13, 4, 218-223
- Boyack, V.J. en Bucknum, A.E. (1991) The Quick response team: A Pilot Project. *Social Work in Health Care*. Vol. 16 (2) 55 – 69
- Brink, P.R.G. (2004) *Traumatologie de deur uit*. Inaugurale Rede Universiteit van Maastricht
- Brinkman, F., Berg, R. van den (2003) *Crisishulpverlening*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum
- Brunenberg, W. Neijmeijer, L. Hutschemaekers, G. (1996) *Beroep: maatschappelijk werker. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg*. Utrecht: NcGv
- Brusselsmans, W. (1999) De zorg bij de patiënt met letsels aan de wervelkolom. De psychosociale problematiek en het belang van de professionele hulpverlening in het verwerkingsproces, *Neuronieuws, vakblad voor de Nederlandse en Belgische neuro-verpleegkundigen en verzorgenden*, vol. 14, 2, 972-977
- Bunnik, Y., Kaljouw, M. (2000) *Werkdrukbeheersing. Verpleegkunde Praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Chambless, D.L., Crits-Cristoph, P. (2005) The Treatment Method. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Chung, K. (1993) Brief social work intervention in the hospice setting: person-centred work and crisis intervention synthesized and distilled. *Palliative medicine*. 7, 1, 59-62
- Daley, L., (1984) The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting, *Heart & Lung*, volume 13, 3, 231-237

- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, Spuhler V, Todres ID, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D (2007) Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*. Vol. 35, 2, 605-622
- Davis-Martin, S. (1994) Perceived needs of families of long-term critical care patients: A brief report, *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, volume 23, 6, 515-518
- Dekker-Groot, L. (2005) Alleen pleisters plakken? Psychosociale hulpverlening bij de Spoedeisende hulp in ziekenhuizen, *Maatwerk*, nummer 4, 26-29,
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, P., Wilmer, A. (2002) Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in Intensive Care Units: implications for social work', *Social Work in Health Care* VOL. 35, 4, 21-40
- Delva, D. en S. Vanoost (1997) Psychosociale opvang van familieleden op de intensive care unit, *Kritiek, Vlaamse Vereniging van Intensieve Zorg en Verpleegkundigen*, 15, 2, 3-11
- Dijk, R. van (2005) Cultuur, trauma en ptss. Kanttekeningen bij de cultuurgebondenheid van de posttraumatische stressstoornis. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 2, 4, 20-31
- Doerbecker, C.L. (1979) *Met vallen en opstaan*. Inaugurale rede. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Donkers, G. (2002) *Veranderkundige modellen*. Soest: Uitgeverij H. Nelissen
- Dries, M., Hoffman, E. (2008) *Diversiteit en aandacht. Een handelingskader voor sociale activering*. Nijmegen: HAN, Instituut Sociale Studies
- Duijnste, M.S.H. (1992) *De belasting van familieleden van dementerenden*. Nijkerk: Uitgeverij Intro
- Duijnste, M.S.H., Cuijpers W.J.M.J., Humbert, M.J. & Dungen, A.W.L. van den (1994) *Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken
- Duncan, B., Miller, S. (2005) Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Egtberts, J., Pool, A. (1998) *Verpleegkundige psychosociale zorg aan chronisch zieken: tussen thuis en ziekenhuis*. Utrecht: NIZW
- Engström, Å. & Söderberg, S. (2004) The experience of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 20, 5, 299-308
- Epperson, M. M. (1977) Families in sudden crisis: process and intervention in a critical care center. *Social Work in Health Care*. Vol. 2, 3, 265 – 273
- Evers, H. (2006) Als voortbestaan niet meer vanzelfsprekend is : pleidooi voor systematische ondersteuning en begeleiding van de existentiële ontwikkeling bij patiënten en naaststaanden tijdens een langdurig intensive care verblijf. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*. 9, 41, 51-61
- Faas, M. (2008) Is meten weten? Effectiviteit, evidence based en de jeugdzorg. *SoziO*, 83, 16-19
- Fischer, B., Tronto, J. (1990) Towards a feminist theory of care. In: Abel, E., Nelson, M. (eds) (1990) *Circles of care*. Albany/New York: State of New York Press
- Flikweert, M. Mak, J., Kromontono, E., Melief, W., Van der Laan, G. (2002) *De uitkomsten van de hulpverlening van MJD Groningen. Een onderzoek naar de ervaren baten en tevredenheid van de cliënten van de eerste opvang en het maatschappelijk werk*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Flikweert, M., Melief, W. (2000) *Cliënten over het maatschappelijk werk. Een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in het maatschappelijk werk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Flikweert, M., Melief, W. (1999) *Structureel inschakelen van ziekenhuis maatschappelijk werk voor kankerpatiënten die op de polikliniek behandeld worden*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Francke, A.L., Smit, M.C., Veer, A.J.E. de, Mistiaen, P. (2008) Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic review. *BMC Medical Information and decision making* 2008, 8:38, <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/38>
- Franklin, M. E., DeRubeis, R.J. (2005) Efficacious Laboratory-Validated Treatments Are Generally Transportable to Clinical Practice. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Franx, G., Karsbergen, M. Van, Eland, A., Verburg, H., Grol, R. (2004) Implementatie van richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg: welke (on)mogelijkheden zien hulpverleners in de praktijk. *TSG. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 82, 5, 317- 323
- Freeman, J. (2005) Towards a definition of holism. *The British Journal of General Practice*, 55, 511, 154-155
- Gambrill, E.(2001) Evidence-based practice, *Paspoort Maatschappelijk werk*, 1, 29-46

- Gelauff, M. en Manschot, H. van (1997) Zingeving als funderende dimensie van zorg. Voorstel voor een perspectiefwisseling op de zorgrelatie. In: Verkerk, M. (red.) (1997) *Denken over zorg. Concepten en praktijk*. Utrecht: Elsevier/de Tijdstroom
- Gorey, K.M., Thyer, B.A., Pawluck, D.E. (1998) Differential effectiveness of prevalent social work practice models: a meta-analysis. *Social Work*, 43, 3, 269-278
- Goudriaan, I., Jabaaij, L. (1999) *De medisch maatschappelijk werker in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar de functie-uitvoering van medisch-maatschappelijk werkers en waardering daarvan door patiënten*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Gray, M. & McDonald, C. (2006) Pursuing Good Practice? The limits of Evidence-based Practice. *Journal of Social Work*. 6,1, 7-20
- Graybeal, C. (2003) Meer oog voor sterke kanten, *Paspoort Maatschappelijk werk*, 3, 7-26
- Grol, R., Wensing, M. (2006) *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Groot, R. de, Karsten, J., Markhorst, W., Velthuisen, L., Beun, M. (2007) *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. Utrecht: NVMW
- Haeck, E., Heijden, E. van der (1997) *Dertig kronen is een tientje!*, reisverslag jubileumreis Stockholm, Groningen: AZG
- Halm, M.A., Titler, M.G. (1993) Behavioral responses of family members during critical illness. *Clinical nursing research*. 2, 1, 414-437
- Heerschop, B., Vollenberg, S., Zwaal, H. (2009) *De invloed van etniciteit op behoeften van Turkse en Marokkaanse naasten*. Projectresultaat afstudeeronderzoek. Nijmegen: Hogeschool vn Arnhem en Nijmegen
- Heggart, A. (1993) Emergency room: individuals, families and groups in trauma. *Social Work in Health Care*. 18, 3/4, 161-168
- Heijden, E. van der, Ris, L., Wapstra, T. (2006) Samenwerken in de spoedeisende zorg. *Triage*, 8,4, 6-9
- Heijden, E. van der, Ris, L. (2005) Een stem verlenen. Maatschappelijk werkers in de centrale spoedopvang. *Maatwerk*. 6, 22-25
- Heijst van, A. (2008) *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement
- Heijst van, A. (2005) *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement.
- Hendrix, H. (1997) *Bouwen aan netwerken. Leer- en werkboek voor het bevorderen van sociale steun in de hulpverlening*. Baarn: Uitgeverij H. Nelissen
- Hermans, K.A.W. (2005) Evidence-based practice in het maatschappelijk werk. *Sociale Interventie*. 14, 3, 5-16
- Hill, C.E. (2005) Qualitative research. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L., *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Hintum, M. Van (2008) Interview – Hoogleraar Trudy Dehue legt bloot welke machten psychische stoornis promoten. Depressie is miljardenbusiness. *Volkskrant*, 24 mei
- Hobfoll, S.E., Schröder, K.E.E. (2001) Distinguishing between passive and active prosocial coping: Bridging inner-city women's mental health and AIDS risk behavior. *Journal of Social and Personal Relationships* 18, 2, 201-217
- Holland, L., Rogich, L.E. (1980) Dealing with grief in the Emergency Room. *Health and Social work*, 5, 2, 12-17
- Holliman, D., S.F. Dziegielewski, R. Teare (2003) Differences and similarities between social work and nurse discharge planners, *Health & Social Work*, Vol. 28, 3, 224-231
- Horn, E. van, Tesh, A. (2000) Research dimension – The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimensions of critical care nursing*, 19, 4, 40-49
- Hortulanus, R.P., Liem, P.P.N., Sprinkhuizen, A.M.M. (1997) *Domeinen van welzijn. Welzijnsbeleving en welzijnsbeleid in de jaren '90*, 's Gravenhage : VUGA,
- Hosman, C.M.H. (1988) Theoretische modellen in GVO en AGGZ-preventie: Tussen polarisatie en integratie. In: *GVO en AGGZ-preventie*, Nederlandse Vereniging GVO, Nijmegen
- Houten, D. Van (2007) Humanisering als uitdaging. *Humanistiek*, 8, 30, 52-64
- Houten, D. van (2006) Professionalisering en arbeidsdeling. *Sociale Interventie*. 15, 2, 17-25
- Houten, D. Van (2004) *De gevarieerde samenleving. Over gelijkwaardigheid en diversiteit*. Utrecht: De Tijdstroom
- Howard, M.O., Jenson, J.M. (2003) Clinical guidelines and evidence-based practice in medicine, psychology and allied professions. In: Rosen, A., Proctor, E. K. *Developing practice guidelines for social work intervention. Issues, methods and research agenda*. New York: Columbia University Press

- Huibers, M, Korsten, C., Kursten, A. en Lips, A. (2009) *Familiebegeleiding traumapatiënt*. Afstudeerproject St. Elisabeth Ziekenhuis. Eindhoven: Fontys
- Hupcey, J.E. (2001) The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 206-212
- Hutjes, J.M. & Van Buuren, J.A. (1992) *De gevalsstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel [etc.]: Boom
- Hutschemaekers, G. (2001) *Onder professionals, hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Professionalisering van de Geestelijke Gezondheidszorg aan de Faculteit der Sociale wetenschappen van de KUN, Nijmegen: SUN
- Huygens, C.(1994) Patiënten in langdurig coma en hun familie: aandachtspunten bij psychosociale zorg, *Kritiek, Vlaamse Vereniging van Intensieve Zorg en Verpleegkundigen*, Vol. 12, 3, 2-5
- IJzendoorn, W. J. E., van der Laan, G. (1996) Welzijnswerkers leveren geen hondebrokken. Uitgangspunten voor mensgerichte kwaliteitszorg. *Sociale Interventie*, 5, 3, 131-139
- Impact (2007) *Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen*, Utrecht: Trimbos-instituut
- Jacobs, G. (2001) *De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk*. Amsterdam: SWP
- Jagt, L. (2001) *Moet dat nou? Hulpverlening aan onvrijwillige cliënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Jagt, N. (2006) *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: NVMW
- Johnson, Y. (2001). Indirect werken: onderbelicht in het maatschappelijk werk?, *Paspoort*, 2001/2, 67- 87
- Jong, T.V.M. de (2006) De achilleshiel van het debat over cultuur, trauma en ptss. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 3, 2, 103-109
- Jongedijk, R.A. (2002) De gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen. *Bijblijven, huisartsen nascholingsreeks*, 18, 2, 56-66
- Jørgensen, M.W., Philips, L. (2002) *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: Sage Publications
- Kaljouw, M. (1998) *Behoeften van familieleden van intensive care patiënten*, Maastricht: proefschrift.
- Kamphuis, M. (2007) *Kijken in de spiegel van het verleden. Maatschappelijk werk in historisch perspectief*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Kamphuis, M. (1964) De 'eigen identiteit' van het maatschappelijk werk. In: Broekman, J.M. (red.) *Maatschappelijk werk Krachten Terreinen Methoden Deel 1 Maatschappij en maatschappelijk werk*. Assen: Van Gorkum & Comp. N.V.
- Kamphuis, M. (1950) *Wat is social casework?* Alphen aan den Rijn: Samsom
- Kleber, R.J. (2007) *Weg van het trauma*. Inaugurale rede. Stichting KTP
- Kleber, R.J. (1986) *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, Lisse: Swets & Zeitlinger
- Kleber, R.J., Brom, D. (1989) Incidentie van post-traumatische sressstoornissen na frontervaringen, geweldsmisdrijven, ongevallen en rampen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 31, 10, 675-691
- Kleber, R.J., Mittendorf, C. (2000) Opvang na schokkende gebeurtenissen. Stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 10, 889-904
- Knijn, T. (1999) Strijdende zorglogica's in de kinderopvang en de thuiszorg: marktprincipes in de sociale zorg. In: C. Brinkgreve en P. van Lieshout (red.), *Geregelde gevoelens. Collectieve arrangementen en de intieme leefwereld*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom
- Kroon, G.T.A.M. (2005) *De profilering en positionering van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. Afstudeeronderzoek. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek
- Kunneman, H. (2005) *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Kunneman, H. (1996) Normatieve professionaliteit: een appel. *Sociale Interventie*, 5, 3, 107-112
- Kwakman, K., Schilder, L. (2004) *Empowerment: developing Professional Identity through Learning*. Paper presented at the international conference on Professionals between People and Policy. Amsterdam/ Utrecht
- Laan, G. van der (2005) *De sociale professional in drie dimensies*, Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Laan, G. van der (2003) Presentie als ingebedde interventie. *Sociale Interventie*. 12, 2, 68-75

- Laan, G. van der (1995) *Leren van gevallen: over het nut van reconstructie van casuïstiek voor praktijk en wetenschap*, Utrecht: SWP.
- Laan, G. van der (1990) *Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*, Utrecht: SWP
- Lazarus, R.S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill
- Leske, J.S. (2003) Comparison of familie stresses, strengths, and outcomens after trauma and surgery. *AACN clinical issues: advance practice in acute and critical care*, 14, 1, 33-41
- Leske, J.S. (2002) Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse*. 22, 6, 61-65
- Leske, J.S. (1986) Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart & Lung*, volume 15, 2, 189-193
- Maréchal, F. (1996) Crisisopvang. Begeleiding van Patiënt en familie. *Ligament*, 27, 2, 21-24
- Mattaini, M.A. (2003) Constructing practice: diagnosis, problems, targets or transactions. In: Rosen, A., Proctor, E. K. *Developing practice guidelines for social work intervention. Issues, methods and research agenda*. New York: Columbia University Press
- Mattison, M. (2002) Persoonlijk en beroepsaspecten bij ethische besluitvorming. *Paspoort Maatschappelijk werk*, 1, 81-98,
- M'charek, A., Kohinor, M., Stolk, R. (2005) Diversity in clinical practice: which differences matter? In: Wieringa, N.F. Hardon, A.P., Stronks, K., M'charek, A.A. (eds). *Diversity among patients in medical practice: challenges and implications for clinical research*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- Melief, W., Flikweert, M., van Vliet, K. (2004) *Onderzoek naar het maatschappelijk werk. Inventariserende studie ten behoeve van een Onderzoeks- en Ontwikkelingsprogramma Kwaliteit Maatschappelijk Werk*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Melief, W., Flikweert, M., Broenink, N. (2002) "Heeft u er wat aan gehad? Bent u tevreden?" *Clëntenraadpleging met het Sater-systeem in het maatschappelijk werk*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Melief, W., Goewie, R. (1994) *Naar een dynamische benadering van arbeidsongeschiktheid en langdurige ziekte door het algemeen maatschappelijk werk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Melief, W., Urlings, H. (1994) *Structureel inschakelen van ziekenhuis maatschappelijk werk voor kankerpatiënten*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut
- Mens-Verhulst, J. van (2007) Het vals plat van het diversiteitsdenken. Voordracht op het symposium *Hoe anders mag de ander zijn? Bij het afscheid van Obertha Holwerda*, 30 maart 2007. Instituut voor Social Work/ De Horst, HU Amersfoort.
- Mineur, M.J. (1997) Maatschappelijk werk in het ziekenhuis. In: Nijenhuis, H. (red.) *De lerende professie. Hoofdpijnen van het maatschappelijk werk*. Utrecht: SWP
- Minuchin, S. (1973) *Gezinstherapie, een structurele benadering*. Utrecht: Het Spectrum
- Mintjes- De Groot, A.J. (2003) *Acute Intensieve zorg: wie telt*, rede uitgesproken bij de installatie van het lectoraat -annex kenniskring- Acute Intensieve Zorg aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Mol, A. (1997) Klant, burger, zieke. Het goede in drie talen. In Verkerk, M. (red.) (1997) *Denken over zorg. Concepten en praktijk*. Utrecht: Elsevier/de Tijdstroom
- Molter, N.C. (1979) Needs of relatives of critically ill patients. In: Ward, M., Lindeman, C., eds., *Instruments for measuring nursing practice and other health care variables*. Hyattsville, Maryland: US Department of Health, Education and Welfare, 2, 741-742
- Molter, N.C., Captain, A.N.C. (1979) Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study, *Heart & Lung*, volume 8, 2, 332-339
- Mönnink, H. de (2005) *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker. Handboek multimethodisch maatschappelijk werk*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Mönnink, H. de (2000) *Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk*. Maarssen: Elsevier
- Moonilal, J.M. (1982) Trauma Centers: A new dimension for hospital social work. *Social Work in Health Care*. 7, 4, 15-25
- Morse, J. & Johnson, J.L. (1991) *The Illness experientemodel. Dimensions of suffering*. Newbury Park: Sage Publications
- Mullen, E.J., Bacon, W.F. (2003) Practitioner adaption and implementation of practice guidelines and issues of quality and control. In: Rosen, A., Proctor, E. K. *Developing practice guidelines for social work intervention. Issues, methods and research agenda*. New York: Columbia University Press
- Munro, E., (2003) *Formal risk assessment or intuitive knowledge?* Marie Kamphuis-lezing, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

- Munro, E. (2002) The role of theory in Social Work Research: a further contribution to the debate, *Journal of Social Work Education*, 38, 3, 461-470
- Nelissen, M.C.J. (1976) Maatschappelijk werk, psychosociale zorg en gezondheidszorg. Van zorg voor arme mensen naar integrale gezondheidszorg. In: Wolters, W.H.G. (Red.) *Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen. Een terreinverkenning*. Baarn: Bosch & Keuning
- Nicolai, N. (1994) Van sekse naar gender. In: Mens-Verhulst, J. van, Schilder, L. (red.) *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: Babylon-De Geus
- Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. (2005) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- NVMW (2006) *Enquêteresultaten landelijke enquête medisch maatschappelijk werk 2006*
- Oostrik, H., Schilder, L. (2001) *Leren van dilemma's in de onvrijwillige hulpverlening*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Parton, N, O'Byrne, P. (2007) *Social Work. Een constructieve benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Patterson, J.M. (2002) Understanding family resilience. *Journal of clinical psychology*, 58, 3, 233-246
- Pinto, D. (2007) *Interculturele communicatie. Een stap verder*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P.E. Cheval, C., Coloigner, M., Merouani, A., Moulront, S., Pigne, E., Pingat, J., Zahar, J.R., Schlemmer, B., Azoulay, E. (2005) Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20, 1, 90-96
- Polanyi, M. (1967) *The tacit dimension*. New York: Doubleday, Anchor Books
- Pollio, D. E. (2006) The Art of Evidence-Based Practice. *Research on social work practice*. Vol. 16, 2, 224-232
- Prins, M.C.J. (1999) Psychosociale begeleiding van patiënten: samenwerking niet omdat het moet, maar omdat het nuttig is. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 23, 3, 62-67
- Pryzby, B.J. (2005) Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 21, 16-23
- Querido, A. (1963) Vijftig jaar medisch-maatschappelijk werk. *Tijdschrift voor maatschappelijk werk*. 17, 22, 481-486
- Redley, B., Beanland, C., Botti, M. (2003) Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*. 44, 1, 88-98
- Riet, N. van (2000) Sozialarbeit im ambulanten und stationären Gesundheitswesen. In: Hesser, K. E. H. (Hrsg.) *Sozialwesen und Sozialarbeit in den Niederlanden*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles
- Riet, N. van, Mineur, M. (1997) *Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum
- Rosen, A. (2003) Evidence-based social work practice: Challenges and promise, *Social Work Research*, Vol. 27, 4, 197-208
- Rosen, A., Proctor, E. K. (2003) *Developing practice guidelines for social work intervention. Issues, methods and research agenda*. New York: Columbia University Press
- Runia, K. (2007) *De X factor van de medisch maatschappelijk werker. Een kwalitatief empirisch onderzoek naar de eigen aard van de maatschappelijk werker in het ziekenhuis*. Eindthesis Masteropleiding Sociale Interventie, Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie
- Schilder, L. & Wouters, P. (1997). Kwaliteit in het maatschappelijk werk: een dialogische kwestie. In: H.Nijenhuis, *De lerende professie*, Utrecht: SWP
- Schilder, L. (1996) Aan het werk! Een emancipatorische visie op arbeidshulpverlening in het AMW. *Tijdschrift voor de sociale sector*. 10, 24-29
- Schlögl, I. (1963) De ontwikkeling van het medisch maatschappelijk werk in Nederland. Geprojecteerd tegen die in de Angelsaksische landen, *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk*. 17, 22, 487-492
- Scholte, M. (2002) Aantonen wat je teweeg brengt. Kansen en dilemma's rond evidence-based werken, *Maatwerk*, 1, 4-9
- Scholte, M., Hoijtink, M., Jagt, N., Nijnatten, C. van (2008) De *evidence based* benadering. *Maatwerk*, 6, 4-6
- Scholte, M., Hutschemaekers, G. (2004) Gooi de veranderingen van de afgelopen jaren niet op één hoop. Goed gebruik van protocol vraagt om intuïtie en improvisatie. *Maatwerk*, 4, 6-11
- Scholte, M, Leur, J. van, Brink, C. (2007) *Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's. Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*. Utrecht: Movisie

- Schön, D.A. (1983) *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books, Inc. Publishers
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., Graus, G.M.H. (1993) *De Utrechtse Copinglijst: UCL. Herziene handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Sevenhuisen, S. (1996) *Oordelen met zorg. Feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*. Amsterdam/Meppel: Boom
- Silverman, E. (1986) The social worker's role in shock-trauma units. *Social Work*, 31, 4, 311-313,
- Sluis, van der, C.K. (1998) *Outcomes of major trauma*, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen
- Snellen, A. (2007). *Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk. Een eclectisch-integratieve aanpak*, Uitgeverij Coutinho, derde herziene druk
- Stricker, G. (2005) A poor fit between empirically supported treatments and psychotherapy integration. In: Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press
- Sulman, J., Savage, D., Way, S. (2001) Retooling social work practice for high volume, short tay. *Social work in health care*, 34, 3/4, 315-332
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003) Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In: Tashakkori, A. & Teddlie, C. (red.) *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. London: Sage Publications
- Thoits, P.A. (1995) Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 5, 53-79
- Thoits, P.A. (1982) Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 2, 145-159
- TRO (2005) Trauma Regio Oost, jaarverslag
- Tronto, J. (1993) *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge
- Valkenburg, T. (2003) Maatschappelijk werk in de gezondheidszorg. In: Riet, N. van, *Maatschappelijk werk. Doelgroepen en werkvelden*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff
- Veerman, J.W., Yperen, T.A. van, (2005) 'Paper, gepresenteerd op de preconference workshop "Jeugdzorg in onderzoek: focus op effectiviteit", Amsterdam, 27 januari 2005. Nijmegen/Utrecht: Radbouduniversiteit / Universiteit Utrecht
- Verhaeghe, S. (2007) *De confrontatie met traumatisch coma. Een onderzoek naar de beleving van familieleden*. Proefschrift, Universiteit Gent.
- Verhaeghe, S., Zuuren, F.J. Van, Defloor, T., Duijnste, M., Grypdock, M (2007) How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 8, 1488-1497
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F.J. Van, Duijnste, M., Grypdock, M. (2005a) The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 501-509
- Verhaeghe, S., Defloor, Grypdock, M. (2005b) Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 1004-1012
- Verhagen, S. (2005) *Zorglogica's ut balans. Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard*. Utrecht: Uitgeverij de Graaff
- Verharen, L. (2009) Psychosociale hulp in de traumazorg. *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 3, 42-43
- Verharen, L. (2008) Wie denkt aan de familie? Maatschappelijk werk op de spoedeisende hulp. *Maatwerk*, 1, 4-7
- Verharen, L., (2005) Twee ziekenhuizen doen het wel. Psychosociale hulpverlening bij de Spoedeisende hulp in ziekenhuizen, *Maatwerk*, 4, 30
- Verharen, L. & Nicolassen, A., (2005), *Maatschappelijk werk in de breedte*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verkerk, M (1997) Een ethiek van kwetsbaarheid. Over de verzwegen premisse. In: Verkerk, M. (red.) (1997) *Denken over zorg. Concepten en praktijk*. Utrecht: Elsevier/de Tijdstroom
- Videka, L. (2003) Accounting for variability in client, population and setting characteristics: moderators of intervention effectiveness. In: Rosen, A., Proctor, E. K. *Developing practice guidelines for social work intervention. Issues, methods and research agenda*. New York: Columbia University Press
- Vles, W.J. (2004) *Traumaregistration. The First step in improving trauma care*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Vries, S. de (2007) *Wat werkt? De kern en kracht van het maatschappelijk werk*. Amsterdam: SWP

- Waaldijk, B. (1996) *Het Amerika der vrouw. Sekse en geschiedenis van maatschappelijk werk in Nederland en de Verenigde Staten*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, Groningen: Wolters-Noordhoff
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1970) *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum
- Wester, F., en Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*, Bussum: Coutinho
- Williams, R., Boyce, W.T., Wright, A.L. (1993) The relationship of family structure and perceived family support to length of hospital stay. *Family Practice Research Journal*, 13, 2, 185-193
- WRR (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Yperen, T.A. van, Rest, E. van, Vermunt, C. (1999) *Definitie van kernbegrippen. Programma's in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW
- Zeira, A., Rosen, A. (2000) Unraveling "Tacit Knowledge": What social workers do and why they do it. *The social Service Review*, 74, 1, 103-123

Bijlage 1 Vragenlijst behoefteonderzoek

CCFNI(N): Critical Care Family Needs Inventory Nederland (Kaljouw, 1998)

Patiëntgegevens

(patiënt gegevens af te leiden van het ponsplaatje worden in deze studie verder niet gebruikt)

@Figuur 81708_06_01@

Ponsplaatje

1.	Opname-indicatie patiënt	Hersen-, schedelletsel	☐
		Letsel aan bewegingsapparaat	☐
2.	Waar verblijft de patiënt?	SEH	☐
		IC	☐
		MC	☐
		Verpleegafdeling	☐
		Thuis	☐
3.	Invullen bij eerste interview: Hoeveel tijd zit er tussen het afnemen van de eerste vragenlijst en het moment van opname in het ziekenhuis?	1-24 uur	☐
		25-48 uur	☐
		49-72 uur	☐
4.	Invullen bij tweede interview: Hoeveel tijd zit er tussen het afnemen van de eerste en tweede vragenlijst?	14 dagen	☐
		15 tot 21 dagen	☐
		22 tot 28 dagen	☐
		meer dan 28 dagen	☐
5.	Hoe ervaart u de mate van levensbedreiging van uw familielid? (cijfer tussen de 1, geen levensbedreiging , en de 10, zeer levensbedreigend)		

Algemene vragen over het familielid/ de naaste

6.	Geslacht	man	☐
		vrouw	☐
7.	Leeftijd		
8.	Relatie tot de patiënt	ouder/verzorger	☐
		partner	☐
		kind	☐
		anders	☐
9.	Wonen u en de patiënt (en eventueel anderen) in hetzelfde huis?	ja	☐
		nee	☐
10.	Bent u gelovig ?	ja	☐
		nee	☐

11. In welke provincie woont u?
Groningen	☐
Friesland	☐
Drenthe	☐
Overijssel	☐
Gelderland	☐
Utrecht	☐
Noord- Brabant	☐
Limburg	☐
Zeeland	☐
Noord-Holland	☐
Zuid-Holland	☐
Flevoland	☐
12. Wat is uw beroep?
13. Wat is uw hoogst genoten opleiding?
14. Bent u bekend met de afdeling waar uw naaste verblijft?
ja	☐
nee	☐
15. Heeft u een onplezierige ervaring meegemaakt met deze afdeling?
ja	☐
nee	☐

Behoeftenlijst

Behoeften ten aanzien van informatie

- 1a Vindt u het belangrijk dat u verteld wordt wat de eventuele gevolgen van de aandoening / opname voor uw familielid zijn?
1	☐	onbelangrijk
2	☐	niet zo belangrijk
3	☐	belangrijk
4	☐	zeer belangrijk
- 1b Door wie vindt u dat dit verteld moet worden?
1	☐	arts
2	☐	verpleegkundige
3	☐	maatschappelijk-werker
4	☐	gastvrouw
5	☐	anders n.l.
6	☐	niemand
- 1c Is u verteld wat de eventuele gevolgen zijn?
1	☐	ja
2	☐	nee
- 1d Zo ja, door wie is u dit verteld?
1	☐	arts
2	☐	verpleegkundige
3	☐	maatschappelijk-werker
4	☐	gastvrouw
5	☐	anders n.l.
- 2a Vindt u het belangrijk dat, wanneer u het ziekenhuis verlaat, dit verantwoord is gezien de algehele toestand van uw familielid?
1	☐	onbelangrijk
2	☐	niet zo belangrijk
3	☐	belangrijk
4	☐	zeer belangrijk

2b	Was het verantwoord het ziekenhuis te verlaten?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	weet niet
		4	☐	n.v.t.
3a	Vindt u het belangrijk tijdig op de hoogte gesteld te worden van eventuele overplaatsing van uw familielid naar een andere afdeling/ ziekenhuis?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
3b	Door wie wilt u op de hoogte worden gesteld?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
3c	Bent u tijdig op de hoogte gesteld?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
3d	Zo ja, door wie bent u op de hoogte gesteld?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
4a	Vindt u het belangrijk dat iemand u vertelt hoe de apparatuur, die bij uw familielid gebruikt wordt, werkt?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
4b	Door wie vindt u dat dit uitgelegd moet worden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
4c	Is er uitleg gegeven over de apparatuur die bij uw familielid wordt gebruikt?	1	☐	ja
		2	☐	nee
4d	Zo, ja door wie is de uitleg gegeven?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.

5a	Vindt u het belangrijk te weten welke medische behandeling uw familielid krijgt?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
5b	Door wie vindt u dat dit verteld moet worden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
5c	Is u verteld welke behandeling uw familie-lid krijgt?	1	☐	ja
		2	☐	nee
5d	Zo ja, door wie is u dit verteld?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
6a	Vindt u het belangrijk dat u gebeld wordt als de situatie van uw familielid verslechtert?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
6b	Door wie vindt u dat u gebeld moet worden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
6c	Bent u gebeld toen de situatie van uw familielid verslechterde?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
6d	Zo ja, door wie bent u gebeld?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.

Behoeften ten aanzien van communicatie

7a	Vindt u het belangrijk dat er een contactpersoon is tussen het ziekenhuis en u?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
7b	Wie vindt u dat de contactpersoon zou moeten zijn?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-
werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
7c	Is er een contactpersoon tussen het ziekenhuis en u?	1	☐	ja
		2	☐	nee
7d	Zo ja, wie is dat?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-
werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
8a	Vindt u het belangrijk iedere dag dezelfde verpleegkundige te kunnen spreken?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
8b	Kunt u iedere dag met dezelfde verpleegkundige spreken?	1	☐	ja
		2	☐	nee
9a	Vindt u het belangrijk om ten minste eenmaal per dag informatie over uw familielid te ontvangen?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
9b	Van wie wilt u deze informatie ontvangen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-
werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
9c	Ontvangt u ten minste eenmaal per dag informatie over uw familielid?	1	☐	ja
		2	☐	nee

9d	Zo ja, van wie heeft u deze informatie gekregen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
10a	Vindt u het belangrijk dat er op een vast tijdstip de gelegenheid geboden wordt om vragen te stellen?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
10b	Aan wie zou u dan vragen willen stellen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
11a	Vindt u het belangrijk dat u op ieder moment kan informeren naar de toestand van uw familielid?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
11b	Van wie zou u de informatie willen ontvangen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
12a	Vindt u het belangrijk dat uw vragen eerlijk beantwoord worden?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
12b	Heeft u het gevoel dat uw vragen eerlijk beantwoord zijn?	1	☐	ja
		2	☐	nee

Behoeften ten aanzien van ondersteuning

13a	Vindt u het belangrijk dat er iemand bij u is wanneer u voor het eerst uw familielid bezoekt?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk

13b	Wie zou er bij u moeten zijn buiten uw familie en vrienden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
13c	Was er iemand bij u, buiten familie en vrienden, toen u uw familielid voor de eerste keer bezocht?	1	☐	ja
		2	☐	nee
13d	Zo ja, wie was er bij u buiten uw familie en vrienden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
14a	Vindt u het belangrijk dat u ondersteuning krijgt van een geestelijk verzorger uit het ziekenhuis?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
14b	Heeft u ondersteuning van een geestelijk verzorger van het ziekenhuis gekregen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
15a	Vindt u het belangrijk dat iemand u ondersteunt buiten uw familie en vrienden?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
15b	Van wie zou u de ondersteuning willen ontvangen buiten familie en vrienden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk- werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
15c	Was er iemand die u ondersteunde buiten familie en vrienden?	1	☐	ja
		2	☐	nee
15d	Zo ja, wie ondersteunde u buiten familie en vrienden?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.

16a	Vindt u het belangrijk om met mensen die ook een familielid op deze afdeling bezoeken in contact te treden?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
16b	Bent u met familieleden van andere patiënten op deze afdeling in contact getreden?	1	☐	ja
		2	☐	nee
17a	Vindt u het belangrijk om met een ziekenhuismedewerker over uw ervaringen en gevoelens m.b.t. de opname van uw familielid te kunnen spreken?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
17b	Met wie zou u over uw ervaringen en gevoelens willen spreken?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
17c	Heeft u met iemand over uw ervaringen en gevoelens gesproken buiten familie en vrienden?	1	☐	ja
		2	☐	nee
17d	Zo ja, met wie heeft u over uw ervaringen en gevoelens gesproken?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
18a	Vindt u het belangrijk dat u het gevoel heeft dat u niet in de weg loopt op afdeling?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
18b	Had u het gevoel dat u in de weg liep op de afdeling?	1	☐	ja
		2	☐	nee

Organisatorische behoeften

19a	Vindt u het belangrijk om direct na de opname uw familielid te mogen bezoeken?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk

20a	Vindt u het belangrijk dat u in de gelegenheid gesteld wordt om voortdurend bij uw familielid aanwezig te zijn als u dat wilt?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
21a	Vindt u het belangrijk dat u de mogelijkheid krijgt uw familielid te bezoeken wanneer u dat wilt?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
22a	Vindt u het belangrijk dat de bezoeken op tijd beginnen?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
		5	☐	n.v.t.
23a	Vindt u het belangrijk dat er een overnachtings-mogelijkheid wordt aangeboden in het ziekenhuis of in de directe omgeving van het ziekenhuis?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
24a	Vindt u het belangrijk dat u in het ziekenhuis koffie/thee kan gebruiken wanneer u daar behoefte aan heeft?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk

Sociaal-maatschappelijke behoeften (voor deze studie aan de CCFNI(N) toegevoegd)

25a	Vindt u het belangrijk op de hoogte te worden gesteld van de mogelijkheden van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
25b	Wie zou u hiervan op de hoogte moeten stellen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
25c	Bent u op de hoogte gebracht van de mogelijkheden van het maatschappelijk werk?	1	☐	ja
		2	☐	nee
25d	Zo ja, wie heeft u hiervan op de hoogte gebracht?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.

26a	Vindt u het belangrijk om hulp te krijgen bij het regelen van opvang van uw kinderen?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
		5	☐	n.v.t.
26b	Door wie vindt u moet u worden geholpen kinderopvang te regelen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
		7	☐	n.v.t.
26c	Heeft iemand buiten familie en vrienden u geholpen dit te regelen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
26d	Zo ja, wie heeft u hierbij geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
27a	Vindt u het belangrijk in deze situatie huishoudelijke hulp te ontvangen?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
27b	Door wie vindt u dat u moet worden geholpen om huishoudelijke hulp te regelen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
27c	Heeft iemand buiten familie en vrienden u geholpen dit te regelen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
27d	Zo ja, wie heeft geholpen dit te regelen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.

28a	Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van werk?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
		5	☐	n.v.t.
28b	Door wie vindt u dat u hierbij moet worden geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l
		6	☐	niemand
		7	☐	n.v.t.
28c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij geholpen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
28d	Zo ja, door wie wordt u hierbij geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
29a	Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van opleiding en scholing?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
		5	☐	n.v.t.
29b	Door wie vindt u dat u hierbij moet worden geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l
		6	☐	niemand
		7	☐	n.v.t.
29c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij geholpen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
29d	Zo ja, door wie wordt u hierbij geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.

30a	Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van inkomen?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
		5	☐	n.v.t.
30b	Door wie vindt u dat u hierbij moet worden geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
		7	☐	n.v.t.
30c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij geholpen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
30d	Zo ja, door wie wordt u hierbij geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
31a	Vindt u het belangrijk dat u op de hoogte wordt gebracht of u een financiële tegemoetkoming kan krijgen voor de kosten die u door deze situatie maakt?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
31b	Door wie vindt u dat u hiervan op de hoogte moet worden gesteld?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
		6	☐	niemand
31c	Bent u door iemand buiten familie en vrienden hiervan op de hoogte gesteld?	1	☐	ja
		2	☐	nee
31d	Zo ja, wie heeft u hiervan op de hoogte gesteld?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
32a	Vindt u het belangrijk dat u hulp krijgt bij (ziektekosten)verzekeringskwesties?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk

32b	Door wie vindt u dat hierbij moet worden geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l
		6	☐	niemand
32c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij geholpen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
32d	Zo ja, door wie wordt u hierbij geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
33a	Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij het leren omgaan met consequenties van het ongeval (bijvoorbeeld invaliditeit, verminkingen of opname in revalidatiecentrum of verpleeghuis)?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
33b	Door wie vindt u dat u hierbij moet worden geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l
		6	☐	niemand
33c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij geholpen?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
33d	Zo ja, door wie wordt u hierbij geholpen?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
34a	Vind u het belangrijk om te worden ondersteund bij de gevolgen voor uw situatie indien uw familielid komt te overlijden?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk

34b	Door wie vindt u dat hierbij moet worden ondersteund?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l
		6	☐	niemand
34c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij ondersteund?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
34d	Zo ja, door wie wordt u hierbij ondersteund?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
35a	Vind u het belangrijk om te worden begeleid bij het bespreekbaar maken van de situatie van uw familielid en de gevolgen daarvan met de mensen in uw omgeving. (partner, kinderen, familie en vrienden)?	1	☐	onbelangrijk
		2	☐	niet zo belangrijk
		3	☐	belangrijk
		4	☐	zeer belangrijk
35b	Door wie vindt u dat u hierbij moet worden begeleid?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l
		6	☐	niemand
35c	Wordt u door iemand buiten familie en vrienden hierbij begeleid?	1	☐	ja
		2	☐	nee
		3	☐	n.v.t.
35d	Zo ja, door wie wordt u hierbij begeleid?	1	☐	arts
		2	☐	verpleegkundige
		3	☐	maatschappelijk-werker
		4	☐	gastvrouw
		5	☐	anders n.l.
36a	Heeft u nog andere behoeften die voor u belangrijk zijn en die in deze vragenlijst nog niet zijn besproken?	1	☐	ja
		2	☐	nee

36b Zo ja, kunt u deze nader toelichten?

.....

 ...

37 Heeft u nog op- en / of aanmerkingen?

.....
.....
.....
...

Datum :
Tijd :

N.B. laat de naaste hierna zelf onderstaande copinglijst invullen.

Verkorte Utrechtse Coping Lijst (Janssen e.a in: Kaljouw, 1998)

Coping: De wijze van omgaan met problemen

Hieronder staan een aantal beschrijvingen van manieren, waarop men met problemen kan omgaan. Wilt u bij iedere zin aangeven hoe vaak u in het algemeen op de beschreven wijze reageert bij problemen. U kunt dit doen door het vakje van de antwoordmogelijkheid, die het beste bij u past, aan te kruisen.

Betekenis van de vakjes:		Zelden of nooit	Soms	Vaak	Zeer vaak
1.	Toegeven om moeilijke situaties te vermijden	☐	☐	☐	☐
2.	Je neerleggen bij de gang van zaken	☐	☐	☐	☐
3.	Je zorgen met iemand delen	☐	☐	☐	☐
4.	Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn	☐	☐	☐	☐
5.	Afleiding zoeken	☐	☐	☐	☐
6.	Een probleem van alle kanten bekijken	☐	☐	☐	☐
7.	Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan	☐	☐	☐	☐
8.	Verskillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐
9.	Doelgericht te werk gaan	☐	☐	☐	☐
10.	Iemand om hulp vragen	☐	☐	☐	☐
11.	De zaken eerst op een rij zetten	☐	☐	☐	☐
12.	Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	☐	☐	☐	☐
13.	Je gevoelens tonen	☐	☐	☐	☐
14.	Troost en begrip zoeken	☐	☐	☐	☐
15.	Laten merken dat je ergens mee zit	☐	☐	☐	☐

Bijlage 2 Factoranalyse sociaal maatschappelijke behoeften

Van de oorspronkelijke 11 behoefte-items waren er vier voor een groot aantal naasten “niet van toepassing”. Het gaat om:

- Vindt u het belangrijk om hulp te krijgen bij het regelen van opvang van uw kinderen?
- Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van werk?
- Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van opleiding en scholing?
- Vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van inkomen?

Het eerste item is uit de vragenlijst verwijderd. De andere drie zijn samengevoegd tot één nieuwe variabele die het gemiddelde is van deze drie variabelen. De nieuwe variabele is: vindt u het belangrijk dat iemand u helpt bij mogelijke problemen die door het ongeval ontstaan op het gebied van inkomen, werk of opleiding? Er resteren dus 8 items. Een geroteerde factoranalyse op deze 8 items geeft het volgende beeld .

Tabel B2.1 Geroteerde factoranalyse sociaal maatschappelijke behoeften

Behoefte-item	Factor		
	1	2	3
op de hoogte worden gesteld van de mogelijkheden van mw in het ziekenhuis	.016	.288	.759
huishoudelijke hulp ontvangen	.036	.384	-.742
op de hoogte worden gebracht van mogelijkheden voor financiële tegemoetkoming van de kosten	.859	.196	-.130
hulp krijgen bij (ziektekosten)verzekerskwesties	.919	.074	.098
hulp bij het leren omgaan met de consequenties van het ongeval	.254	.798	.112
ondersteuning bij de gevolgen voor de eigen situatie indien patiënt komt te overlijden	.509	.610	.220
begeleiding bij het bespreekbaar maken van de situatie bij mensen in de omgeving	.128	.744	-.173
hulp krijgen bij problemen door het ongeval op het gebied van inkomen, werk of opleiding	.760	.380	-.034

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a Rotation converged in 5 iterations.

b Only cases for which interviewnummer = eerste interview binnen 72 uur na opname are used in the analysis phase.

De items “vindt u het belangrijk op de hoogte te worden gesteld van de mogelijkheden van maatschappelijk werk” en “Huishoudelijke hulp” zijn hierna uit de lijst verwijderd.

Bijlage 3 Cronbach's alpha's behoeftecategorieën

Tabel B3.1 Cronbach's alpha's CCFNI(N)

Behoeftecategorieën	α
Informatie	.62
Ondersteuning	.58
Toegankelijkheid	.20
Begeleiding (totaal van behoefte aan informatie, ondersteuning en toegankelijkheid)	.70

Tabel B3.2 Cronbach's alpha's psychosociale hulpverlening

Behoeftecategorieën	α
Concrete en informatieve hulpverlening	.85
Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding	.64
Psychosociale hulpverlening (totale lijst)	.83

Bijlage 4 Correlatiematrix

Tabel B4.1 Correlatiematrix behoeftecategorieën psychosociale hulpverlening

	Concrete en informatieve hulpverlening	Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	Psychosociale hulpverlening
	Resp. binnen 72 uur na opname en ten minste 2 weken later		
Concrete en informatieve hulpverlening	-	.545(**) en .689(**)	.894(**) en .912(**)
Veranderings- en competentiegerichte begeleiding	.545(**) en .689(**)	-	.860(**) en .925(**)
Psychosociale hulpverlening (totale lijst)	.894(**) en .912(**)	.860(**) en .925(**)	-

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Bijlage 5 Topiclijst deelonderzoek 2

De topics zijn afgeleid van de sensitizing concepts die gebaseerd zijn op de literatuurstudie (zie hoofdstuk 2).

In eerste instantie worden er een paar vragen gesteld om het gesprek op gang te helpen en om zicht te krijgen op aanleiding voor het contact met maatschappelijk werk; de starttopics.

Daarna volgen twee brede richtinggevende vragen:

- Hoe is de hulpverlening verlopen?
- Wat heeft de maatschappelijk werker gedaan?

Daarbij wordt tevens gevraagd naar overwegingen, opvattingen, beweegredenen, normen, waarden en ervaringen.

De topics over de werkwijze worden in het interview gebruikt als checklist en niet één voor één aan de orde gesteld.

Starttopics:

Wijze van contactlegging

Reden voor contact

Topics over de werkwijze:

Benadering

Strategie:

- Visie, vooronderstellingen, verklaringsmodellen, uitgangspunten, normen en waarden
- Verkenning van persoon en situatie
- Doelen
- Methode en interventies

Gevoelens

Dilemma's

Kwaliteit

Frequentie/ duur

Verslaglegging

Samenwerking/ afstemming

Tevredenheid

Voorbeeldvragen starttopics voor interview met de cliënt:

Per topic volgen hieronder voorbeeldvragen, afzonderlijk voor het interview met de cliënt en met de maatschappelijk werker. Deze voorbeeldvragen dienen als hulpmiddel bij het doorvragen op de richtinggevende vragen en worden niet allemaal besproken.

Wijze van contactlegging

Hoe bent u bij de maatschappelijk werker terecht gekomen? Op eigen initiatief of op verwijzing (door...) of op initiatief van derden (namelijk...)? Wat was de aanleiding?

Reden voor contact

Waarvoor wilde u hulp van de maatschappelijk werker? Op welke gebieden?

Voorbeeldvragen topics over de werkwijze voor interview met de cliënt:

Benadering

Hoe verliep het contact tussen u en de maatschappelijk werker? Wat vond u van de bejegening door de maatschappelijk werker? Had u de indruk dat hij open stond voor u?

Strategie

Verkenning van persoon en situatie:

Hoe heeft de maatschappelijk werker met u uw behoeften, vragen, de situatie en de (on)mogelijkheden verkend? Wat heeft hij gevraagd, gedaan en verteld? Wat vond u hiervan? Tot welke conclusies kwam de maatschappelijk werker? Was u het hiermee eens?

Doelen

Wat wilde u bereiken met de hulp van maatschappelijk werker? Welke doelen hebben de maatschappelijk werker en u afgesproken? Wie heeft deze doelen geformuleerd? Zijn deze doelen gedurende de hulpverlening bijgesteld, op wiens initiatief en waarom? Zijn deze doelen bereikt? Waardoor wel of niet?

Methode en interventies

Wat heeft de maatschappelijk werker gedaan? Wat vroeg hij daarbij van u? Waar gingen de gesprekken over en hoe verliepen ze voor u? Heeft de maatschappelijk werker ook concrete dingen voor u gedaan of geregeld? Welke?

Heeft de maatschappelijk werker u ook opdrachten gegeven? Welke?

Waren er ook nog andere personen uit uw omgeving bij de hulpverlening betrokken? Wie en op wiens initiatief?

Wat vindt u van de werkwijze van de maatschappelijk werker?

Gevoelens

Wat vond u van de maatschappelijk werker? Welke gevoelens riep hij bij u op? Voelde u zich op uw gemak bij hem?

Dilemma's

Heeft de maatschappelijk werker met u besproken wat hij lastig vindt aan de hulpverlening? Welke dilemma's heeft hij genoemd? Hoe dacht u hierover? Waren er zaken waarover u en de maatschappelijk werker het niet eens waren? Hoe werd daarmee omgegaan?

Kwaliteit

Heeft de maatschappelijk werker de hulpverlening met u geëvalueerd? Heeft hij u verteld wat hij doet om de kwaliteit van de hulpverlening te bewaken; aan welke regels en procedures hij zich moet houden?

Frequentie/ duur

Hoe vaak was er contact met de maatschappelijk werker? Gedurende welke periode? Hoeveel contacten?

Verslaglegging

Weet u of de maatschappelijk werker zich moet verantwoorden over zijn werk, aan wie en hoe? Wat heeft hij u hierover verteld? Heeft u het dossier of verslagen ingezien?

Samenwerking/ afstemming

Met welke andere zorg-, dienst- en hulpverleners heeft de maatschappelijk werker contact gehad tijdens en over de hulpverlening? Op wiens initiatief? Waarover ging dit en hoe verliep dit? Was u daarbij betrokken? Wat vond u hiervan?

Tevredenheid en ervaren baat

Wat vond u goed/ minder goed, prettig/ minder prettig, zinvol/ minder zinvol aan de hulpverlening?

Wat heeft u er aan gehad? Wat heeft het u opgeleverd?

Wat heeft u eventueel gemist in de hulpverlening?

Voorbeeldvragen starttopics voor interview met de maatschappelijk werker:

Wijze van contactlegging

Hoe is de cliënt bij u terecht gekomen? Op eigen initiatief of op verwijzing (door...) of op initiatief van derden (namelijk...)? Wat was de aanleiding?

Reden voor contact

Waarvoor wilde de cliënt hulp? Op welke gebieden?

Voorbeeldvragen topics over de werkwijze voor interview met maatschappelijk werker:

Benadering

Hoe verliep het contact tussen u en de cliënt? Hoe heeft u dit ervaren en in hoeverre beïnvloedde u dit in uw werk? In hoeverre stond de cliënt open voor hulpverlening/ kon en wilde hij gebruik maken van de mogelijkheden van hulp? Hoe ging u daarmee om? Welke benadering heeft u gekozen en waarom?

Strategie

Visie

Wat zijn voor u belangrijke uitgangspunten in het werk? Wat streeft u na? Wat vindt u belangrijk te realiseren?

Verkenning van persoon en situatie

Hoe heeft u met de cliënt diens behoeften, vragen, situatie en (on)mogelijkheden verkend? Wat heeft u hiervoor gedaan? Welke visie, opvattingen, beweegredenen en verklaringsmodellen hanteert u daarbij? Tot welke conclusies kwam u? Waren de cliënt en u het hierover eens?

Doelen

Hoe en door wie zijn de doelen voor de hulpverlening geformuleerd?
Zijn deze doelen gedurende de hulpverlening bijgesteld, op wiens initiatief en waarom?
Zijn deze doelen bereikt? Waardoor wel of niet?

Methode en interventies

Wat heeft u gedaan? Hoe heeft u hierin keuzen gemaakt? Waar liet u zich hierbij leiden?
Wat vroeg u daarbij van de cliënt? Hoe reageerde deze daar op?
Van welke methoden maakte u gebruik? Op welke manier? Wat waren uw overwegingen hierbij? Wat wilde u hiermee bereiken?
Waren er ook nog anderen bij de hulpverlening betrokken? Wie en op wiens initiatief?
Wat ging er in uw ogen goed en minder goed in deze hulpverlening?

Gevoelens

Wat vond u van de cliënt? Welke gevoelens riep de cliënt bij u op? Hoe ging u hiermee om? Wat was de invloed hiervan op de hulpverlening?

Dilemma's

Wat vond u lastig in deze hulpverlening? Welke tegengestelde belangen en dilemma's kwam u tegen? Hoe bent u hiermee omgegaan? Waren er zaken waarover u en de cliënt het niet eens waren? Hoe bent u daarmee omgegaan? Heeft u de cliënt geconfronteerd met andere opvattingen? Hoe reageerde de cliënt hierop en hoe bent u daarmee omgegaan?

Kwaliteit

Heeft u de hulpverlening met de cliënt geëvalueerd? Wat heeft u verder gedaan om de kwaliteit van de hulpverlening te waarborgen? Aan welke regels en procedures moet u zich houden?

Frequentie/ duur

Hoe vaak was er contact met de cliënt? Gedurende welke periode? Hoeveel contacten?

Verslaglegging

Hoe, wanneer en aan wie moet u zich verantwoorden over uw werk? Wat heeft hij u hierover aan de cliënt verteld? Heeft de cliënt het dossier of verslagen ingezien?

Samenwerking/ afstemming

Met welke andere zorg-, dienst- en hulpverleners heeft u contact gehad tijdens en over de hulpverlening? Op wiens initiatief? Waarover ging dit en hoe verliep dit?

Was de cliënt daarbij betrokken? Waarom wel of niet?

Tevredenheid en ervaren baat

Was de cliënt tevreden? Waarover wel en niet? Wat heeft de hulpverlening de cliënt opgeleverd? Bent u zelf tevreden over hoe de hulpverlening is verlopen en wat daarin is bereikt? Wat was voor verbetering vatbaar?

Bijlage 6 Vragenlijst ervaren baat medisch maatschappelijk werk traumazorg

<p>Instructie interviewer: vetgedrukte en cursieve teksten niet voorlezen! Lees alleen de vragen voor (behalve als anders aangegeven is) en laat de naaste zelf een antwoord formuleren. Kruis vervolgens het juiste antwoord aan. Indien de naaste een antwoord geeft dat afwijkt van de antwoordmogelijkheden, lees ze dan voor zodat de naaste een keuze kan maken.</p> <p>Introductie</p> <p>Nogmaals hartelijk dank dat u aan dit telefonisch interview wilt meewerken. Door dit onderzoek willen wij zicht krijgen op waar familieleden en andere naasten bij gebaat zijn als ze begeleiding krijgen van een maatschappelijk werker in het ziekenhuis. Omdat u begeleiding heeft gekregen van een maatschappelijk werker in het<i>(noem ziekenhuis die de naaste heeft aangemeld voor het onderzoek)</i> denken wij dat u één van de mensen bent die ons verder kan helpen in dit onderzoek. Het interview zal ongeveer 30 minuten duren, maar het kan ook wat langer duren, afhankelijk van hoeveel u te vertellen heeft over hoe het voor u is geweest. Al uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Heeft u vooraf nog vragen?</p>	
<p>1. <i>(Vooraf zelf invullen, alleen bij twijfel navragen)</i> De patiënt was opgenomen in het:</p>	<p>☐ UMCG ☐ VUmc ☐ LUMC ☐ UMCU ☐ St. Elisabeth Ziekenhuis</p>
<p>2. Dan wil ik om te beginnen graag weten wanneer u voor het laatst contact heeft gehad met maatschappelijk werk</p>	<p>☐ Minder dan een week geleden ☐ 1 tot 2 weken geleden ☐ 2 tot 3 weken geleden ☐ 3 tot 4 weken geleden ☐ 4 tot 5 weken geleden ☐ 5 weken geleden of langer namelijk.....</p>
<p>Relatie tot de patiënt</p> <p>Voor een goed begrip zijn een paar vragen van belang over de relatie van u tot de patiënt.</p>	
<p>3. Wat is uw relatie tot de patiënt?</p>	<p>☐ het is mijn zoon/ dochter ☐ het is mijn echt(n)o(t)e/ partner ☐ het is mijn vader/ moeder ☐ het is mijn broer/ zus ☐ anders namelijk.....</p>
<p>4. Woonde u voor het ongeval met uw<i>(noem hier het antwoord van vraag 3)</i> samen?</p>	<p>☐ Ja ☐ nee</p>
<p>Algemene gegevens over de ziekenhuisopname</p> <p>Dan heb ik nog wat algemene vragen over de ziekenhuis opname.</p>	

<p>5. Op welke afdelingen heeft hij/zij gelegen in het ziekenhuis waarover het onderzoek gaat? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p>☐ Spoedeisende hulp <i>(indien het ziekenhuis bedden op de SEH heeft en de patiënt daar heeft gelegen)</i></p> <p>☐ Intensive care</p> <p>☐ Medium care</p> <p>☐ Verpleegafdeling</p>
<p>6. Waar verblijft hij/zij nu?</p>	<p>☐ Intensive care</p> <p>☐ Medium care</p> <p>☐ Verpleegafdeling</p> <p>☐ Revalidatiekliniek</p> <p>☐ Verpleeghuis</p> <p>☐ Thuis</p> <p>☐ Patiënt is overleden</p> <p>☐ Anders namelijk.....</p>
<p>7. Dan wil ik graag wat weten over het letsel van uw <i>(zie vraag 3)</i>. Had uw <i>(zie vraag 3)</i> hersen- of schedelletsel? En letsel aan het bewegingsapparaat, dat wil zeggen aan armen, benen en/ of rug? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p>☐ Hersen/schedel</p> <p>☐ Bewegingsapparaat</p> <p>☐ Ander letsel</p>
<p>Vragen over de contactlegging met maatschappelijk werk</p> <p>Dan gaan we het nu hebben over het moment waarop u met maatschappelijk werk in contact kwam.</p>	
<p>8. Hoe is het contact met maatschappelijk werk tot stand gekomen? Er zijn verschillende mogelijkheden, ik lees ze u even voor. <i>(antwoordmogelijkheden voorlezen)</i></p>	<p>☐ Ik heb zelf contact gezocht</p> <p>☐ De maatschappelijk werker nam uit zichzelf contact met me op</p> <p>☐ De verpleging/ artsen hebben maatschappelijk werk ingeschakeld</p> <p>☐ De huisarts heeft me naar maatschappelijk werk verwezen</p> <p>☐ Anders namelijk...</p> <p>☐ Weet ik niet meer</p>
<p>9. Wanneer kreeg u voor het eerst tijdens de opname contact met maatschappelijk werk?</p>	<p>☐ Toen mijn...<i>(zie vraag 3)</i> op de spoedeisende hulp was.</p> <p>☐ Toen mijn...<i>(zie vraag 3)</i> op de Intensive care lag</p> <p>☐ Toen mijn...<i>(zie vraag 3)</i> op de Medium care lag</p> <p>☐ Toen mijn...<i>(zie vraag 3)</i> op de verpleegafdeling lag</p> <p>☐ Toen mijn...<i>(zie vraag 3)</i> uit het ziekenhuis werd ontslagen</p>
<p>10. Met hoeveel maatschappelijk werkers heeft u in het ziekenhuis contact gehad?</p>	<p>☐ Met één <i>(ga naar vraag 13)</i></p> <p>☐ Met twee</p> <p>☐ Met meer dan twee</p>

<p>11. Wat was de reden dat u met meerdere maatschappelijk werkers contact heeft gehad?</p>	<p>☐ Mijn ...<i>(zie vraag 3)</i> ging naar een andere afdeling, waar een andere maatschappelijk werker aan verbonden was.</p> <p>☐ Bij afwezigheid van mijn maatschappelijk werker, had ik contact met een collega van hem/haar <i>(ga naar vraag 13)</i>.</p> <p>☐ De eerste maatschappelijk werker meende dat een collega mij beter kon helpen <i>(ga naar vraag 13)</i>.</p> <p>☐ Anders namelijk.....<i>(ga naar vraag 13)</i>.</p>
<p>12. Op welke afdeling had u eerst contact met maatschappelijk werk? En op welke afdeling kreeg u contact met een andere maatschappelijk werker?</p>	<p>Eerst had ik contact met maatschappelijk werk op:</p> <p>☐ de Spoedeisende hulp</p> <p>☐ de Intensive care</p> <p>☐ de Medium care</p> <p>☐ de verpleegafdeling</p> <p>Ik kreeg een andere maatschappelijk werker op:</p> <p>☐ de Intensive care</p> <p>☐ de Medium care</p> <p>☐ de verpleegafdeling</p>
<p>Vragen over de begeleiding van maatschappelijk werk</p> <p>We gaan het nu wat uitgebreider hebben over uw contact met maatschappelijk werk. <i>(Als de naaste met meerdere maatschappelijk werkers contact heeft gehad het volgende noemen)</i> U heeft met meerdere maatschappelijk werkers contact gehad, maar beantwoord de rest van de vragen over de maatschappelijk werker waarmee u het meeste contact heeft gehad. Neem deze persoon en de gesprekken daarmee in gedachten.</p>	
<p>13. Eerst wil ik graag weten waarvoor u contact met maatschappelijk werk wilde. Ik noem u verschillende mogelijkheden en aan u de vraag of dat voor u wel of niet van toepassing was? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p><i>(Herhaal tussentijds regelmatig de vraag:wilde u contact met maatschappelijk werk voor....)</i></p> <p>Ondersteunende en stabiliserende begeleiding (behoefte aan steun)</p> <p>☐ voor praten over ervaringen en gevoelens</p> <p>☐ voor steun om mezelf staande te houden</p> <p>☐ <i>(alleen vragen indien de patiënt is overleden)</i> voor steun vanwege het overlijden van de patiënt</p> <p>☐ voor steun voor de patiënt</p> <p>☐ voor steun voor andere betrokkenen</p> <p>Concrete en informatieve hulpverlening (behoefte aan hulp bij praktische zaken)</p> <p>☐ voor hulp bij onkosten die door de situatie ontstaan</p> <p>☐ voor hulp bij (ziektelasten)verzekeringsskwesties</p> <p>☐ voor hulp bij problemen door het ongeval op het gebied van inkomen.</p> <p>☐ voor hulp bij problemen door het ongeval op het gebied van werk of opleiding</p> <p>☐ voor hulp bij het regelen van huishoudelijke hulp</p> <p>☐ voor hulp bij het regelen van Kinderopvang</p> <p>☐ voor hulp bij het regelen van opvang van</p>

	<p>mijn...(zie vraag 3) thuis of elders</p> <p>Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding (behoefte aan hulp bij het omgaan met de situatie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ voor het leren omgaan met de gevolgen van het ongeval ☐ voor begeleiding bij het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met mijn...(zie vraag 3) ☐ voor hulp bij het omgaan met reacties van mijn...(zie vraag 3) ☐ voor begeleiding bij het bespreekbaar maken van de situatie bij mensen in mijn omgeving ☐ voor hulp bij het omgaan met reacties van mensen in mijn omgeving ☐ voor hulp bij hoe ik hier mijn kinderen bij betrek <p>Communicatieverbetering patiëntstelsel en behandelteam</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ voor hulp bij problemen of meningsverschillen met artsen en/of verpleegkundigen <p>☐ Wilde u om nog andere redenen contact met maatschappelijk werk? Zo ja welke?</p>
<p>14. Dan wil ik nu graag met u bespreken wat volgens u de maatschappelijk werker vooral heeft gedaan? Ook hier noem ik weer verschillende mogelijkheden en aan u de vraag of dat in uw situatie wel of niet het geval was? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i></p>	<p><i>(Herhaal tussentijds regelmatig de vraag: heeft de maatschappelijk werker....)</i></p> <p>Ondersteunende en stabiliserende begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Gestimuleerd om te vertellen door luisteren en vragen stellen ☐ Belangstelling getoond ☐ Bemoedigd en aangemoedigd ☐ Alle vragen en emoties op een rijtje gezet ☐ Gesprekken gevoerd met mijn... (zie vraag 3) en/ of andere betrokkenen. <p>Concrete en informatieve hulpverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Informatie gegeven over werkwijzen en voorzieningen in en rondom het ziekenhuis ☐ Adviezen gegeven bij praktische vragen bijvoorbeeld over financiën, (ziektekosten)verzekeringskwesties, inkomen, werk, opleiding, kinderopvang of huishoudelijke hulp ☐ Praktische zaken voor mij geregeld bijvoorbeeld op het gebied van financiën, (ziektekosten)verzekeringskwesties, inkomen, werk, opleiding, kinderopvang of huishoudelijke hulp ☐ Georganiseerd dat patiënt (en ik) nog eens konden spreken met medewerkers van de traumaheli/ ambulance, de spoedeisende hulp en/of de Intensive care. ☐ Andere professionals (bijvoorbeeld psycholoog, geriater, advocaat) om advies gevraagd over onze situatie

	<p>Veranderings- en competentiegerichte begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Mij geholpen op een andere manier naar de situatie te kijken ☐ Mij geadviseerd hoe ik het beste met de situatie kon omgaan ☐ Met mij moeilijke situaties voorbereid en/ of geoefend ☐ Uitleg gegeven over reacties van de patiënt, mijzelf of anderen en hoe daarmee om te gaan. ☐ Mij gestimuleerd om steun te vragen of te aanvaarden van mensen in mijn omgeving ☐ Gesprekken gevoerd samen met mij, mijn....(zie vraag 3) en/ of andere betrokkenen over hoe wij hier samen mee om konden gaan. <p>Communicatieverbetering patiëntstelsel en behandelteam</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Opgekomen voor onze belangen bij verpleging en/of artsen ☐ Toegelicht waarom verpleging of artsen op deze manier handelden ☐ Heeft de maatschappelijk werker ook nog andere dingen gedaan? Zo ja, wat?.....
<p>15. Dan wil ik nu met u nagaan wat de hulp van maatschappelijk werk u heeft opgeleverd. Ook hier noem ik weer verschillende mogelijkheden en aan u de vraag of dat voor u wel of niet van toepassing was? (meerdere antwoorden mogelijk)</p>	<p>(Herhaal tussentijds regelmatig de vraag: heeft u door de hulp van maatschappelijk werk....; zijn door de hulp van maatschappelijk werk.....)</p> <p>Ondersteunende en stabiliserende begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Ik heb steun en begrip ervaren voor mijn situatie ☐ Ik voelde mij gerustgesteld ☐ Ik kon alles kwijt/ heb me kunnen uiten ☐ Ik heb me staande weten te houden/ kon het volhouden ☐ Ik voelde mij gehoord en gezien ☐ het stelde mij gerust dat mijn... (zie vraag 3) en/ of anderen ook steun van maatschappelijk werk kregen ☐ Het stelde mij gerust dat ik te allen tijde op iemand terug kon vallen, ook achteraf. <p>Concrete en informatieve hulpverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Praktische zaken zijn (deels) geregeld/ op orde ☐ Ik weet nu (beter) de weg hoe ik de praktische zaken kan regelen ☐ De juiste instanties zijn ingeschakeld om de praktische zaken te regelen <p>Veranderings- en competentiegerichte begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Ik heb geleerd beter om te gaan met de situatie en de consequenties daarvan ☐ Ik heb meer overzicht gekregen/ kreeg de situatie weer op een rij

	☐ Ik heb de gebeurtenissen kunnen verwerken ☐ Ik heb geleerd om te gaan met de reacties van anderen ☐ Ik heb geleerd anderen om hulp te vragen Communicatieverbetering patiëntstelsel en behandelteam ☐ Ik voelde mij gehoord en gesteund door de maatschappelijk werker in de problemen die ik had met artsen en/ of verpleging ☐ Het contact met artsen en/ of verpleging liep beter ☐ Ik had meer begrip voor artsen en/ of verpleging ☐ Artsen en/ of verpleging hadden meer begrip voor mij ☐ Heeft de hulp van maatschappelijk werk u nog iets anders opgeleverd? Zo ja, wat?..... <i>Indien de naaste niets kan aangeven van wat de hulpverlening heeft opgeleverd vraag je:</i> Klopt het dat u niets aan de hulp heeft gehad ☐ ja ☐ nee <i>(Indien de naaste dit bevestigt vraag dan: de hulpverlening heeft u dus onvoldoende opgeleverd? Indien de naaste dit bevestigt, kruis dan nee bij vraag 16 aan en ga door naar vraag 17)</i>
16. Heeft de hulpverlening u voldoende opgeleverd?	☐ Ja (ga naar vraag 18) ☐ Nee
17. Hoe komt het dat de hulpverlening u onvoldoende heeft opgeleverd?	☐ De maatschappelijk werker deed zijn/ haar werk niet goed ☐ De problemen waren te moeilijk en te zwaar ☐ Allerlei omstandigheden buiten de hulpverlening werkten niet mee ☐ Ik heb zelf niet voldoende kunnen meewerken aan een oplossing ☐ Het klikte niet ☐ Ik moet het uiteindelijk toch zelf doen ☐ Anders namelijk.... ☐ Ik weet het niet
18. Wie of wat heeft bijgedragen aan het resultaat? Was dat vooral de maatschappelijk werker, heeft u het samen gedaan, heeft u het vooral zelf gedaan of lag het aan andere dingen of mensen?	☐ Vooral de maatschappelijk werker ☐ We hebben het samen gedaan ☐ Vooral ikzelf ☐ Resultaat is te danken aan oorzaken buiten de hulpverlening zoals steun van anderen
19. Wie stelde voor de hulpverlening te beëindigen?	☐ Ikzelf ☐ De maatschappelijk werker ☐ Samen ☐ Weet ik niet meer ☐ Anders namelijk.....

<p>20. Wat was de voornaamste reden om de hulp van maatschappelijk werk te beëindigen?</p>	<p> ☐ Ik had geen verdere hulp meer nodig. ☐ Mijn...(zie vraag 3) werd uit het ziekenhuis ontslagen of overgeplaatst. ☐ De maatschappelijk werker kon mij niet helpen en heeft mij verwezen. ☐ We kwamen niet verder. ☐ De maatschappelijk werker en ik konden onvoldoende met elkaar opschieten. ☐ Anders namelijk..... </p>
<p>21. Heeft de maatschappelijk werker tussentijds of na afronding van de hulpverlening u verwezen naar een andere organisatie of hulpverlener?</p>	<p> ☐ Ja ☐ Nee (ga naar vraag 23) </p>
<p>22. Zo ja, waarnaar heeft de maatschappelijk werker verwezen?</p>	<p> ☐ Slachtofferhulp ☐ Advocaat/ juridische dienstverlening ☐ Psycholoog ☐ Algemeen maatschappelijk werk ☐ Maatschappelijk werk in de revalidatiekliniek/ verpleeghuis ☐ Anders namelijk..... </p>
<p>Vragen over de benadering door de maatschappelijk werker</p> <p>Dan wil u nog wat vragen stellen over wat u van de maatschappelijk werker vond. Ik lees een aantal stellingen voor en aan u de vraag om aan te geven of u het daarmee eens of oneens bent. <i>(Er is ook de antwoordmogelijkheid "niet mee eens / niet mee oneens". Als naasten aangeven echt niet te kunnen kiezen tussen eens of oneens kruis je dit middelste antwoord aan.)</i></p>	
<p>23. Ik voelde mij begrepen door de maatschappelijk werker.</p>	<p> ☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens </p>
<p>24. De maatschappelijk werker luisterde slecht</p>	<p> ☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens </p>
<p>25. Per gesprek ging de maatschappelijk werker na wat op dat moment voor mij belangrijk was</p>	<p> ☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens </p>
<p>26. De maatschappelijk werker legde mijn woorden nogal eens verkeerd uit.</p>	<p> ☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens </p>
<p>27. Het contact met de maatschappelijk werker voelde vertrouwd.</p>	<p> ☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens </p>

28. De maatschappelijk werker gebruikte te veel moeilijke woorden	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
29. De maatschappelijk werker kwam zijn/haar afspraken na.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
30. De maatschappelijk werker drong mij oplossingen op.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
31. Ik vond de maatschappelijk werker aardig.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
32. De maatschappelijk werker stelde zich neutraal/ zonder oordelen op.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
33. De maatschappelijk werker zette zich volledig voor mij in.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
34. Ik kreeg veel steun van de maatschappelijk werker	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
35. Het gebeurde nogal eens dat de maatschappelijk werker mij niet begreep	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
36. Ik kon mijn emoties laten blijken.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
37. De maatschappelijk werker was eerlijk en oprecht.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
38. Ik vond de maatschappelijk werker deskundig.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
39. De maatschappelijk werker was geduldig.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens

	☐ Oneens
40. De maatschappelijk werker was daadkrachtig.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
41. De maatschappelijk werker gaf me het gevoel dat ik niks goed deed.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
42. Misschien had de maatschappelijk werker beter een ander beroep kunnen kiezen	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
43. Ik voelde waardering van de maatschappelijk werker voor mij als persoon.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
44. Ik vond dat de maatschappelijk werker goede adviezen gaf.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
45. De maatschappelijk werker deed onvoldoende wat ik hem vroeg.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
46. Ik vond de maatschappelijk werker afstandelijk.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
47. Het klikte goed tussen mij en de maatschappelijk werker.	☐ Eens ☐ Niet mee eens/ niet mee oneens ☐ Oneens
Vragen over het aantal contacten met maatschappelijk werk Dan wil ik nu nog even met u terugkijken op hoe lang en hoeveel contacten u met maatschappelijk werk heeft gehad. Als u tijdens de opname met meerdere maatschappelijk werkers contact heeft gehad telt u de contacten op. Het gaat dus om alle contacten die u met maatschappelijk werkers in het ziekenhuis hebt gehad.	
48. Hoe lang heeft u contact gehad met maatschappelijk werk?	☐ Minder dan twee weken ☐ Tussen twee weken en 1 maand ☐ Tussen 1 en 2 maanden ☐ Langer dan 2 maanden, namelijk.....

49. Heeft u lang genoeg hulp van maatschappelijk werk gehad? (antwoordmogelijkheden voorlezen)	☐ Te lang ☐ Lang genoeg ☐ Te kort ☐ Neutraal/ Geen mening
50. Hoeveel gesprekken, de telefonische niet inbegrepen, heeft u met de maatschappelijk werker gehad?	☐ 1-3 gesprekken ☐ 4-6 gesprekken ☐ 7-9 gesprekken ☐ Meer dan 9 gesprekken, namelijk....
51. Wat vindt u van het aantal gesprekken? (antwoordmogelijkheden voorlezen)	☐ Te veel ☐ Genoeg ☐ Te weinig ☐ Neutraal/ Geen mening
52. Hoe lang duurden de gesprekken gemiddeld?	☐ Tot een half uur ☐ Half uur tot een uur ☐ Een uur tot anderhalf uur ☐ Langer dan anderhalf uur, namelijk.... ☐ Wisselend
53. Wat vindt u van de lengte van de gesprekken? (antwoordmogelijkheden voorlezen)	☐ Te lang ☐ Precies goed ☐ Te kort ☐ Neutraal/ Geen mening
54. Hoeveel telefonische contacten heeft u met de maatschappelijk werker gehad?	☐ 0 keer ☐ 1-4 keer ☐ 5-8 keer ☐ meer dan 8 keer ☐ weet ik niet meer
55. Wat vindt u van het aantal telefonische contacten met de maatschappelijk werker? (antwoordmogelijkheden voorlezen)	☐ Te veel ☐ Genoeg ☐ Te weinig ☐ Neutraal/ Geen mening
56. Hoe vaak heeft u via email contact gehad met de maatschappelijk werker	☐ 0 keer ☐ 1-3 keer ☐ 4-6 keer ☐ 7-9 keer ☐ Meer dan 9 keer, namelijk....
57. Wat vindt u van het aantal email contacten met de maatschappelijk werker? (antwoordmogelijkheden voorlezen)	☐ Te veel ☐ Genoeg ☐ Te weinig ☐ Neutraal/ Geen mening

58. Kon u de maatschappelijk werker makkelijk bereiken?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Soms wel, soms niet ☐ Weet ik niet
Vragen over een eindoordeel Tot slot heb ik nog een paar vragen over hoe u op de hulp terugkijkt.	
59. Wat is uw eindoordeel over de hulpverlening? (antwoordmogelijkheden voorlezen)	☐ Positief ☐ Voor een deel positief, voor een deel negatief ☐ Negatief
60. Had een andere medewerker van het ziekenhuis voor u kunnen doen wat de maatschappelijk werker heeft gedaan, bijvoorbeeld een verpleegkundige, geestelijk verzorger of psycholoog?	☐ Ja ☐ Gedeeltelijk ☐ Nee (ga naar vraag 62) ☐ Weet ik niet
61. Zo ja (of gedeeltelijk), door wie?	☐ Verpleegkundige ☐ Geestelijk verzorger ☐ Psycholoog ☐ Anders namelijk....
62. Gaat u bij toekomstige problemen vanwege een ziekenhuisopname opnieuw naar maatschappelijk werk in het ziekenhuis?	☐ Ja ☐ Misschien, dat weet ik dan pas ☐ Nee ☐ Geen mening
63. Zou u andere mensen die problemen hebben vanwege een ziekenhuisopname wijzen op de mogelijkheid van maatschappelijk werk in het ziekenhuis?	☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee
Algemene kenmerken naaste Ter afronding heb ik nog een paar algemene vragen voor u.	
64. (Alleen bij twijfel vragen) Wat is uw geslacht?	☐ Man ☐ Vrouw
65. Wat is uw leeftijd?	☐ 18-20 jaar ☐ 21-40 jaar ☐ 41-60 jaar ☐ ouder dan 60 jaar
66. Wat is de hoogst genoten opleiding die u heeft afgerond?	☐ Basisonderwijs/ LBO ☐ Voortgezet onderwijs/ MBO ☐ HBO/ WO

<p>67. Tot welke etnische groepering rekent u zich, bijvoorbeeld de Nederlandse, Surinaamse, Antilliaanse, Turkse, Marokkaanse of Indonesische?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Nederlandse ☐ Surinaamse ☐ Antilliaanse ☐ Turkse ☐ Marokkaanse ☐ Indonesische ☐ Anders namelijk....
<p>68. Heeft u zelf nog andere opmerkingen?</p> <p>Dan wil ik u heel hartelijk danken voor dit interview.</p>	

Bijlage 7 Cronbach's alpha's vragenlijst ervaren baat

Tabel B7.1 Cronbach's alpha's vragenlijst ervaren baat

Categorieën	α
Concrete en informatieve hulpverlening	.80
Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding	.79
Ondersteunende en stabiliserende begeleiding	.73
Communicatieverbetering met behandelteam	.84
Psychosociale hulpverlening (=totale lijst)	.86

N.B. Vanwege onvoldoende variantie is uit de categorie ondersteunende en stabiliserende begeleiding "belangstelling getoond" verwijderd en uit de categorie concrete en informatieve hulpverlening "hulp bij regelen kinderopvang".

Bijlage 8 Checklist programma psychosociale hulpverlening voor naasten van traumapatiënten

Behoeften van naasten

Het is van belang dat maatschappelijk werkers standaard nagaan aan welke vormen van psychosociale hulpverlening naasten van traumapatiënten behoefte hebben. In het contact met naasten kan hierover helderheid ontstaan door hen bijvoorbeeld de volgende vragen voor te leggen.

Heeft u behoefte aan hulp bij:

- *wat er allemaal gebeurt tijdens de ziekenhuisopname en wat dat met u doet en wat u zelf nodig heeft. (=ondersteunende en stabiliserende begeleiding);*
- *het omgaan met lastige situaties zoals reacties van mensen uit uw omgeving, het bespreekbaar maken van de gebeurtenissen met de patiënt of het omgaan met de gevolgen van het ongeval. (= veranderings- en competentiegerichte begeleiding);*
- *praktische problemen die door de situatie ontstaan bijvoorbeeld op het gebied van vervoer, wonen, werk, gezin, verzekeringen of financiën. (=concrete en informatieve hulpverlening);*
- *problemen die zich voordoen in het contact met verpleging of artsen. (= hulp bij communicatieproblemen met het behandelteam)?*

Zijn er andere zaken waaraan u in deze situatie behoefte heeft?

Beïnvloedende factoren

Behoeften worden beïnvloed door diverse factoren zoals gender, etniciteit, coping en sociale steun. Open staan voor verschillen en samen met de naaste verkennen wat nodig en wenselijk is, staat daarom centraal.

Raadzaam is het om specifiek aandacht te besteden aan de mate van sociale steun, bijvoorbeeld door de volgende vragen:

- *Van wie ervaart u steun in deze situatie?*
- *Heeft u voldoende steun van mensen uit uw omgeving?*
- *Welke andere mensen zouden u kunnen steunen?*

Dankwoord

Bij het werken aan dit proefschrift bleek voor mij opnieuw het belang van een steunende sociale omgeving. Niet alleen voor naasten van traumapatiënten, maar ook voor promovendi. Ik prijs mijzelf gelukkig met alle aandacht en support die ik mocht ontvangen bij de hoogtepunten, de perioden van noeste arbeid en de momenten van vertwijfeling.

In de eerste plaats dank ik mijn promotoren. Prof. dr. Geert van der Laan, die vanwege gezondheidsredenen de promotiebegeleiding niet heeft kunnen afronden, was een belangrijke bron van inspiratie. Geert, jouw kennis over en visie op het maatschappelijk werk en onderzoek daarin, stimuleerde mij steeds weer. Daar denk ik graag aan terug.

Prof. dr. Douwe van Houten nam de promotiebegeleiding op een zeer plezierige en constructieve wijze over. Ik kon rekenen op snelle, heldere, zorgvuldige en ter zake doende feedback. Zijn opmerkingen en suggesties hielpen mij een aantal zaken aan te scherpen. Douwe, je betrouwbare en betrokken begeleiding heb ik zeer gewaardeerd.

Zonder lector Acute Intensieve Zorg Dr. Joke Mintjes was ik nooit in de traumazorg beland. Zij maakte mij wegwijs in deze wereld en haar vertrouwen in mij motiveerde me op dit onderwerp te promoveren. Enthousiast, zorgzaam en kritisch nam zij de dagelijkse begeleiding ter hand. Joke, je bent voor mij een belangrijk voorbeeld en jouw motto's "gewoon beginnen", "geen algemene waarheden" en "schrijven is schrappen" zal ik nog vaak uit mijn herinneringen opdiepen.

Ik ben veel dank verschuldigd aan allerlei mensen die de uitvoering van het onderzoek mogelijk maakten. Ik kan ze onmogelijk allemaal bij naam noemen, maar graag maak ik een uitzondering voor mijn contactpersonen in de ziekenhuizen: Klara Groenier, Ben Gijsbers, Ton van Dam, Joke Muijsers, Marie-Jeanne van Hövell en Jan Claassens. Zij baanden voor mij de weg in het ziekenhuis en dachten mee over de obstakels die zich voordeden. Klara, Ben, Ton en Joke vormden tevens de expertgroep die mij adviseerde bij het derde deelonderzoek.

Loni Ris en Eveline van der Heijden wil ik niet onvermeld laten, omdat zij samen met Klara vanaf het eerste uur betrokken waren bij de totstandkoming van dit onderzoek. Hun verhalen over en enthousiasme voor het werk van maatschappelijk werkers in de traumazorg stimuleerden mij dit onderzoek te doen. De contacten met hen zorgden steevast voor inspiratie.

Verder dank ik alle studenten, maatschappelijk werkers en medewerkers familieopvang die een bijdrage aan het onderzoek hebben geleverd. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Speciale dank wil ik uitspreken aan alle naasten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Hun verhalen en reacties maakten veel indruk op mij en motiveerden mij voor dit werk. Dat zij waarde hechtten aan dit onderzoek, was voor mij een belangrijke drijfveer.

Een begeleidingscommissie keek kritisch mee in de opzet en uitvoering van het onderzoek. Hun expertise en bekwame, zorgvuldige feedback hielp me altijd verder. Veel dank hiervoor aan Prof. dr. Theo van Achterberg, Dr. Marian Kaljouw en Drs. Willem Melief.

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen bood mij de kans een promotietraject te volgen. Ik ben heel dankbaar dat ik de ruimte kreeg om aan dit onderzoek te werken.

Mijn collega's van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening dank ik voor hun belangstelling en steun. Ik kreeg veel hartelijke reacties toen ik mij in het najaar een paar weken terug trok om de puntjes op de "i" te zetten. Dat deed me erg goed.

Mijn collega Lies Schilder was onmisbaar. Promoveren aan het hbo kan een eenzame klus zijn. Een onderzoeksomgeving, waarin de activiteiten van promovendi zijn ingebed, is nog in ontwikkeling. Een collega die hetzelfde traject doormaakt, waarmee je ervaringen kunt uitwisselen, die meeleest en meedenkt, is dan een weldaad. Lies, je enthousiasme, vertrouwen, betrokkenheid en kritische blik hebben mij veel goed gedaan. In de diepe dalen hielp je mij er weer uit te klimmen en bij de hoogtepunten was ik verzekerd van aandachtige belangstelling. Ik hoop dat we in de toekomst nog vaak kunnen samenwerken in het leveren van een bijdrage aan de verdere professionalisering van het maatschappelijk werk.

Gabriëlle Delhaes en John Thämer van Bohn Stafleu van Loghum dank ik voor hun enthousiaste betrokkenheid en het uitgeven van dit proefschrift.

Ten slotte veel dank aan alle familieleden en vrienden, die ieder op hun eigen wijze tot steun zijn geweest. De trots van mijn moeders was een belangrijke stimulans. Op moeilijke momenten kon ik rekenen op hun “kaarsjes” en bezorgde aandacht.

Ellen Schuurman bood zich aan als meelezer en nam ieder hoofdstuk zorgvuldig door. Ellen, ik vond het heerlijk dat jij zo op de letter volgde hoe het onderzoek liep.

De meeste dank ben ik verschuldigd aan Nico Bijlaart. Hij besloot ruim vier jaar geleden dat we er maar voor moesten gaan. En zo is het ook gegaan. Ik heb er nooit alleen voor gestaan, maar wist mij verzekerd van een steunend thuisfront. Nico, keer op keer mocht ik al mijn enthousiasme en teleurstellingen over je uitstorten en daar heb ik grif gebruik van gemaakt. Dat je ook nog de cover voor dit proefschrift hebt ontworpen, vind ik fantastisch. Je opperde eens dat je een boek ging schrijven over het leven met een promovenda. Dat wordt vast een bestseller. Ik ben me er zeer van bewust dat het niet meevalt om naaste van een promovenda te zijn. Dank voor je steun.

Curriculum Vitae

Lisbeth Verharen werd geboren op 30 november 1966 te Wijchen.

In 1988 behaalde zij het diploma maatschappelijk werk aan de Hogeschool Eindhoven en in 1994 het diploma senior maatschappelijk werker aan de Voortgezette Opleiding van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. In 1998 haalde zij haar didactische bevoegdheid. De studie Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht sloot zij in 2002 cum laude af.

Zij werkte negen jaar als maatschappelijk werkster bij de NIM, Instelling voor Maatschappelijk werk, Nijmegen, Rijk van Nijmegen en Land van Maas en Waal. In 1997 maakte zij de overstap naar het onderwijs en is inmiddels hoofddocent aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Sinds 2003 is zij lid van de kenniskring van het lectoraat Acute Intensieve Zorg, van waaruit zij dit promotieonderzoek deed.

Lisbeth Verharen is redacteur bij Maatwerk (vakblad voor maatschappelijk werk) en bestuurslid van de Marie Kamphuis stichting die tot doel heeft de wetenschap van het maatschappelijk werk te bevorderen.