

Groepswerk binnen het medisch maatschappelijk werk

Inventarisatie en behoefteschets ten aanzien van groepswerk in het medisch maatschappelijk werk



Opdrachtgever

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) Utrecht

Afstudeerbegeleider instelling

Jolanda Winters

Afstudeerbegeleider Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Anneke Buijinck

Afstudeergroep

Sandrina Jochemsen

Renske Polderman

Leonie Tiel Groenestege

Romy Willemsen

Datum

Februari – mei 2010

Voorwoord

Dit onderzoeksproject vormt een onderdeel van het laatste jaar van de vierjarige opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). In het vierde jaar van de opleiding wordt in de beroepstaak 'Onderzoek en Innovatie' aandacht besteed aan de wijze waarop wij als beginnend maatschappelijk werkers kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling en professionalisering van ons beroep. Wij zien het belang daarvan ook terug in de praktijk. Vanwege voortdurende veranderingen in de maatschappij is het nodig om het dynamische karakter van ons beroep te behouden door aansluiting te zoeken bij nieuwe ontwikkelingen. Omdat ons beroep voortdurend onder druk staat om zijn waarde te bewijzen, is (praktijkgericht) onderzoek uitgevoerd door maatschappelijk werkers van belang.

Dit om reeds aanwezige kennis te expliciteren en om nieuwe kennis te ontwikkelen, aldus het Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker (NVMW, 2009, p.31). Wij hopen met dit onderzoek hieraan een bijdrage te leveren.

De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers heeft ons gevraagd een inventariserend onderzoek uit te voeren naar groepswork waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn. Aanleiding hiervan waren signalen die zij uit het werkveld opvingen, namelijk van een vermeende toename van groepswork binnen het medisch maatschappelijk werk. Voor ons als onderzoekers vormde dit project een uitdaging om twee redenen. Enerzijds kwamen wij in de gelegenheid om op deze manier samen te werken met onze beroepsvereniging en belangenbehartiger. Deze gelegenheid om te werken vanuit het perspectief van een beroepsvereniging hadden wij niet willen missen. Anderzijds had het thema van dit onderzoek onze interesse omdat we allemaal weinig tot geen ervaring hadden binnen het werkveld van het medisch maatschappelijk werk. Door het uitvoeren van dit onderzoek zagen wij kans om onze horizon binnen het maatschappelijk werk te verbreden.

Wij zijn deze onderzoeksperiode enthousiast begonnen en zijn tevreden over het resultaat dat wij in een betrekkelijke korte periode hebben neergezet. De tijdsdruk was soms hoog. Het was niet altijd gemakkelijk, maar we zijn er trots op dat we er zowel binnen de projectgroep als met de opdrachtgever, altijd in goed overleg zijn uitgekomen.

We willen dit voorwoord besluiten met een dankwoord aan alle mensen die ons gedurende dit project begeleid, ondersteund en geholpen hebben. Wij willen hen bedanken voor hun inzet, bijdrage en tijd. In het bijzonder willen wij onze projectbegeleider van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Jolanda Winters, bedanken. Bedankt voor je persoonlijke begeleiding en je zorgvuldige wijze van feedback geven.

Onze begeleidster vanuit de opleiding, Anneke Buijnick, bedankt voor het vertrouwen in onze groep en je bruikbare tips en aanbevelingen.

Magteld Beun, stafmedewerker van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, bedankt voor je kritische blik en je bereidheid om ons mee te nemen en aan te sturen om een kloppend projectresultaat neer te zetten, passend bij wat de NVMW nastreeft.

Niet in de laatste plaats willen wij de mensen die wij hebben mogen interviewen bedanken voor hun bijdrage, evenals de medisch maatschappelijk werkers die de online vragenlijst hebben ingevuld. Zonder jullie medewerking hadden wij dit onderzoek niet kunnen uitvoeren: bedankt!

Tenslotte willen wij onze familie, vrienden en partners bedanken, die achter de schermen klaarstonden met hun support, vertrouwen en meedenken.

Sandrina Jochemsen
Renske Polderman
Leonie Tiel Groenestege
Romy Willemsen

Mei 2010

Samenvatting

Dit onderzoek is opgebouwd uit twee, gelijktijdig uitgevoerde onderzoeksdelen. Het ene deel heeft als doel om inzichtelijk te krijgen hoe de huidige situatie van groepswork, waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn, er in Nederlandse ziekenhuizen uitziet. Het tweede deel onderzoekt de behoeften van medisch maatschappelijk werkers met betrekking tot groepswork.

De volgende onderzoeksvragen geven hier richting aan:

- 1) *'In welke mate wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn?'*
- 2) *'Hoe wordt het groepswork momenteel gegeven, van welke methodieken wordt er gebruik gemaakt, en wat zijn de behoeften van medisch maatschappelijk werkers aan scholing en/of deskundigheidsbevordering rondom het geven van groepswork?'*

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen is gebruik gemaakt van kennis uit zowel literatuur als de praktijk. De eerste vraag is beantwoord door middel van een landelijk uitgezette online vragenlijst (kwantitatief onderzoek), de tweede vraag door middel van een achttal diepte-interviews met medisch maatschappelijk werkers (kwalitatief onderzoek).

Beantwoording onderzoeksvragen

Uit de gegevens van dit onderzoek blijkt dat in 85% van de ziekenhuizen, waar de respondenten werkzaam zijn, groepswork plaatsvindt waar het medisch maatschappelijk werk bij betrokken is.

De wijze waarop groepswork gegeven wordt, varieert van ziekenhuis tot ziekenhuis en zelfs van afdeling tot afdeling. Hier is geen vast patroon in vast te stellen. Gemiddeld worden er vijf groepen per ziekenhuis gegeven. Het aanbod bestaat uit verschillende soorten groepen, zowel wat betreft inhoud als frequentie van de bijeenkomsten. De cardiologieafdeling wordt het meest genoemd als specialisme waar groepswork plaatsvindt. De methodieken die binnen het groepswork gehanteerd worden, hangen af van de groep en de medisch maatschappelijk werker die de groep begeleidt. De methodieken variëren van lichamelijke oefeningen tot systeemgericht werken, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en methodieken van rouw- en verliesverwerking. Er wordt over het geheel genomen op eclectisch integratieve wijze gewerkt, dus er is ook hier geen sprake van een vaste handelwijze of gebruik van een bepaalde methodiek.

Het onderzoek toont aan dat er behoefte is aan een verdere ontwikkeling van de volgende vaardigheden binnen het medisch maatschappelijk werk:

- 1) Organisatorische voorwaarden: Hoe kan men het beste een groep samenstellen/organiseren.
- 2) Groepsdynamica: Wat kan er binnen een groep allemaal gebeuren en hoe gaat men hiermee om.

Daarnaast is er een duidelijke behoefte aan bijscholing en/of informatie-uitwisseling tussen collega's en andere ziekenhuizen in Nederland.

Korte omschrijving van de aanbevelingen en de implementatie

Omdat dit onderzoek niet zozeer gericht was op het oplossen van een concreet 'probleem', maar het accent lag op 'inventarisatie' zijn er op meerdere gebieden opvallendheden naar voren gekomen. Op basis van de onderzoeksresultaten zijn op verschillende gebieden aanbevelingen geformuleerd. Op verzoek van de opdrachtgever zijn deze niet alleen gericht op welke bijdrage de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers zou kunnen leveren, maar tevens op wat de medisch maatschappelijk werkers en de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening zou kunnen betekenen.

De belangrijkste aanbeveling is gebaseerd op het signaal dat medisch maatschappelijk werkers aangeven behoefte te hebben aan informatie(uitwisseling) en/of bijscholing rondom groepswork. De beroepsvereniging voorziet daarin, maar gebleken is dat de medisch maatschappelijk werkers daar niet goed van op de hoogte zijn. Daarom wordt geadviseerd dat zowel de beroepsvereniging als de medisch maatschappelijk werkers hierin actie ondernemen. Daarnaast zal de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers het aanbod actief onder de aandacht moeten brengen bij de leden en niet-leden.

In het implementatieplan wordt uitgewerkt hoe zij dit zouden kunnen doen. Bijvoorbeeld door de functiegroepen 'Medisch Maatschappelijk werk' en 'Groepsmaatschappelijk werk' samen een actieplan te laten ontwikkelen met als doel het bestaande aanbod met betrekking tot groepswork beter onder de aandacht van mmw-ers te brengen. We beschrijven de huidige 'veranderingsfase' en de wijze waarop de Nederlandse

Vereniging van Maatschappelijk Werkers daarop in kan spelen, en we benoemen wat de medisch maatschappelijk werkers daarin zouden kunnen doen. Tenslotte benadrukken we ook de eigen verantwoordelijkheid die de medisch maatschappelijk werker heeft om zichzelf in de gewenste informatie te voorzien.

Andere aanbevelingen zijn gericht op de financiële aspecten rondom groepswork, waarvan bleek dat medisch maatschappelijk werkers in beperkte mate op de hoogte zijn, het ontwikkelen van een specialisatie 'Groepswork' aan de opleiding maatschappelijk werk en een advies aan medisch maatschappelijk werkers om een behoeftepeiling naar groepswork onder patiënten uit te voeren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	<u>8</u>
1.1 Vraag- en doelstelling	<u>9</u>
1.2 Begrippenomschrijving	<u>9</u>
1.3 Afkortingen	<u>11</u>
2. Analyse van de vraag	<u>12</u>
2.1 Inleiding	<u>12</u>
2.2 De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers	<u>12</u>
2.2.1 Het belang van een beroepsvereniging, in het bijzonder de NVMW	12
2.2.2 Het signaleren van trends	13
2.2.3 Doelstellingen van de NVMW 2009-2013	13
2.2.4 Lidmaatschap van de NVMW	14
2.2.5 Professionaliseren	14
2.2.6 Positioneren	15
2.2.7 Verband met het onderzoek	16
2.3 Het medisch maatschappelijk werk in het algemene ziekenhuis	<u>16</u>
2.3.1 Inleiding	16
2.3.2 Ontstaansgeschiedenis medisch maatschappelijk werk	16
2.3.3 Uitgangspunten medisch maatschappelijk werk	16
2.3.4 Overeenkomsten en verschillen in de modulebeschrijvingen	17
2.3.5 Positie in het ziekenhuis	17
2.3.6 Financiering van het medisch maatschappelijk werk	18
2.3.7 Samenwerking	19
2.3.8 Verband met het onderzoek	19
2.4 Groepswork	<u>19</u>
2.4.1 Ontstaan van groepswork	19
2.4.2 Wat is groepswork	19
2.4.3 Kenmerken van groepswork	21
2.4.4 Meerwaarde van groepswork ten opzicht van individuele begeleiding	22
2.4.5 Redenen om geen groepswork uit te voeren	22
2.4.6 De NVMW en groepswork	22
2.4.7 Verband met het onderzoek	22
3. Totstandkoming projectresultaat	<u>24</u>
3.1 Inleiding	<u>24</u>
3.2 De onderzoeksbenaderingen	<u>24</u>
3.3 De uitvoering van het onderzoek	<u>24</u>
3.4 De resultaten van het onderzoek	<u>25</u>
4. Kwantitatieve onderzoeksresultaten en conclusies	<u>26</u>
4.1 Inleiding	<u>26</u>
4.2 Resultaten en conclusies	<u>27</u>
4.2.1 Plaatsbepaling respons	27
4.2.2 Aantal medisch maatschappelijk werkers	27
4.2.3 Samenwerking	28
4.2.4 Organisatie van het medisch maatschappelijk werk	28
4.2.5 Financiering van het medisch maatschappelijk werk	29
4.2.6 Groepswork	29
4.2.7 Uitvoering groepswork om financiële redenen?	29
4.2.8 Redenen waarom er geen groepswork plaatsvindt	30
4.2.9 Grootte van het groepsaanbod per ziekenhuis	31
4.2.10 Details over de verschillende groepen	32

4.2.11 Meerwaarde van groepswerk	32
4.2.12 Wensen en/of behoeften	33
4.2.13 Het signaal	34
4.2.14 Vindt men de toename een positieve ontwikkeling?	34
4.2.15 Vindt men een toename van het groepsaanbod, binnen het ziekenhuis waar men werkzaam is, gewenst?	34
4.2.16 Vindt men een toename van groepswerk, binnen de Nederlandse ziekenhuizen, gewenst?	35
4.2.17 Namens wie is de vragenlijst ingevuld	35
4.2.18 Andere vragen, opmerkingen en/of suggesties	36
4.3 Eindconclusie: beantwoording vraagstelling	36
5. Kwalitatieve onderzoeksresultaten en conclusies	39
5.1 Inleiding	39
5.2 Resultaten en conclusies	39
5.2.1 Indeling van het medisch maatschappelijk werk	39
5.2.2 Registratie	40
5.2.3 Profilerings	40
5.2.4 Samenwerking binnen het medisch maatschappelijk werk	40
5.2.5 Samenwerking met andere disciplines	41
5.2.6 Groepswerk: hoeveel en waar?	41
5.2.7 Groepswerk en medisch maatschappelijk werk: motieven	42
5.2.8 Groepswerk versus individuele begeleiding	42
5.2.9 Methodieken	43
5.2.10 Samenwerking rondom groepswerk	43
5.2.11 Vraag naar groepswerk	43
5.2.12 Het signaal	44
5.2.13 Voldoende toegerust	44
5.2.14 Behoeften	44
5.3 Eindconclusie: beantwoording vraagstelling	45
6. Terugblik doelstellingen	46
6.1 Inleiding	46
6.2 Terugblik op de doelstelling van het kwantitatieve onderzoek	46
6.3 Terugblik op de doelstelling van het kwalitatieve onderzoek	46
7. Vergelijking en opvallendheden van de kwantitatieve- en kwalitatieve onderzoeksresultaten	48
7.1 Inleiding	48
7.2 Overeenkomsten	48
7.3 Verschillen	49
7.4 Opvallende aspecten	50
8. Onze visie en een terugblik op het onderzoek	52
8.1 Inleiding	52
8.2 Terugblik op het onderzoek	52
8.3 Van vinden we van de resultaten?	52
8.4 Wat hadden we achteraf gezien anders kunnen/willen doen	53
8.5 Samenwerking	53
9. Aanbevelingen	54
9.1 Inleiding	54
9.2 De medisch maatschappelijk werker	54
9.2.1 Vraag en aanbod	54
9.2.2 Financiën	54
9.2.3 Bijdrage aan de minor 'Groepswerk'	55

9.2.4 Patiënten die in aanmerking komen voor groepswork	55
9.3 De opleiding MWD	55
9.3.1 Minor 'Groepswork'	55
9.4 De NVMW als beroepsvereniging	56
9.4.1 Activiteiten overzicht	56
10. Implementatie	57
10.1 Inleiding	57
10.2 Vraag en aanbod: de bijdrage van medisch maatschappelijk werkers en de NVMW	57
10.2.1 Presentatie van de onderzoeksresultaten	57
10.2.2 Overleg tussen de functiegroepen	58
10.2.3 Aanzet tot verandering	58
10.2.4 De rol van de media	58
10.2.5 Lidmaatschap	59
11. Literatuurlijst	60
12. Bijlagen	62
Bijlage A: Methodologische verantwoording	
Bijlage B: Uitnodigingsbrief voor de online vragenlijst	
Bijlage C: Adresbestand	
Bijlage D: De online vragenlijst	
Bijlage E: Interviewvragen	
Bijlage F: Specifieke informatie per groep	

1. Inleiding

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Groepswerk binnen het medisch maatschappelijk werk.'

Allereerst willen wij u een en ander toelichten over de aanleiding van ons onderzoek. Daarna wordt de opbouw van dit verslag kort besproken. Tenslotte worden de vraag- en doelstellingen genoemd die richting gaven aan dit onderzoek, en lichten we enkele veel gebruikte begrippen toe.

Aanleiding voor dit onderzoek is het signaal dat de functiegroep¹ 'Medisch maatschappelijk werk' van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (voortaan: NVMW) heeft opgevangen. Er zou een toename van groepswerk plaatsvinden binnen het medisch maatschappelijk werk (voortaan: mmw) in Nederlandse ziekenhuizen.

Dit signaal wilde de NVMW, evenals de oorzaken van een eventuele toename, onderzoeken. Voor de beroepsvereniging is het van belang om een vermoedelijke trend en de context daarvan te onderzoeken omdat zij hierin mogelijke kansen zien voor medisch maatschappelijk werkers. (voortaan: mmw-ers).

Als beroepsvereniging wil de NVMW tijdig trends signaleren en waar nodig handvatten en richtlijnen kunnen bieden om het maatschappelijk werk in Nederland optimaal tot zijn recht te laten komen.²

Antwoord werd gezocht op de vraag of het klopt dat mmw-ers een toename zien in de uitvoering van groepswerk en zo ja, welke achtergronden die toename heeft. Vanuit de beroepsvereniging werd verondersteld dat mmw-ers mogelijk een financieel argument zouden hebben en dat er vanuit de patiënt een grotere vraag naar groepswerk zou zijn.

Om antwoorden in een context te kunnen plaatsen werd ons in de eerste plaats gevraagd om zo breed mogelijk inzichtelijk te krijgen hoe het groepswerk, waar mmw-ers bij betrokken zijn, er in Nederlandse ziekenhuizen uitziet.

Er werd ons gevraagd om antwoorden te geven op vragen als: welk ziekenhuis doet wat aan groepswerk, wie voert het groepswerk (waar mmw-ers bij betrokken zijn) uit, hoe zien de groepen er uit, welke methodieken worden er gebruikt en hoe is het met de vaardigheden van de mmw-ers, die betrokken zijn bij groepswerk, gesteld? Daarnaast lag er de vraag om behoeften van mmw-ers ten aanzien van groepswerk in kaart te brengen. Deze vragen vormden de twee 'lijnen' waarlangs ons onderzoek is opgezet; enerzijds een inventarisatie van de situatie omtrent groepswerk binnen het mmw in Nederland, en anderzijds een onderzoek naar behoeften van mmw-ers ten aanzien van groepswerk. Dit laat zich concreter zien in de twee vraagstellingen die daar richting aan geven, welke besproken worden in paragraaf 2.1.

Na dit hoofdstuk, waarin na de vraag- en doelstelling nog enkele begrippen worden toegelicht, is in de 'Analyse van de vraag' een theoretisch deel uitgewerkt dat als vooronderzoek diende naar de vraag van de beroepsvereniging. We gaan in dat hoofdstuk in op de beroepsvereniging, het mmw en groepswerk. Het daaropvolgende hoofdstuk beschrijft de 'Totstandkoming projectresultaat', waarin onder andere ingegaan wordt op de gehanteerde onderzoeksparadigma's.

Dan volgen achtereenvolgens de onderzoeksresultaten en conclusies van het kwantitatieve- en het kwalitatieve onderzoeksdeel. In deze hoofdstukken worden ook de gehanteerde vraagstellingen beantwoord. Een terugblik op de doelstellingen hebben wij in het daaropvolgende hoofdstuk verwerkt. Hoofdstuk 8 beschrijft vervolgens overeenkomsten en verschillen die wij signaleerden in de uitkomsten van beide onderzoeksdelen. In hoofdstuk 9 formuleren wij onze visie op het geheel, en in de laatste hoofdstukken, 10 en 11 zijn onze aanbevelingen en een implementatieplan uitgewerkt.

¹ "De NVMW kent een breed vertakt intern netwerk van relaties met leden via zgn. functiegroepen. Deze zijn per werksector georganiseerd en samengesteld uit maatschappelijk werkers die de NVMW informeren over de actuele ontwikkelingen in hun werkveld. (...) De functiegroepen fungeren tevens als relevante vertegenwoordigers van maatschappelijk werkers in de verschillende sectoren. Zij zijn zowel informatiebron als referentiekader, en fungeren als voortrekkers om nieuwe ontwikkelingen onder collega's breder bekend te maken en bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van het beroep." (NVMW, 2007, *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. p.22).

² "De vereniging (NVMW) stelt zich ten doel de uitoefening van het beroep maatschappelijk werker te bevorderen, voorwaarden te scheppen die bijdragen aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening van maatschappelijk werkers en de beroepsbelangen te dienen van gekwalificeerde maatschappelijk werkers." (NVMW, 2007, *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. p.22).

1.1 Vraag- en doelstelling

Dit onderzoek is opgebouwd uit twee delen:

- Een inventarisatie van groepswork in Nederlandse ziekenhuizen waar één of meerdere mmw-ers bij betrokken zijn;
- Inventarisatie van de wensen van mmw-ers met betrekking tot deskundigheidsbevordering op dit gebied.

Deze onderzoeksdelen zijn gelijktijdig uitgevoerd.

Het eerste deel is kwantitatief onderzocht door middel van een online vragenlijst en het tweede deel is kwalitatief door middel van interviews. Voor beide onderzoeksdelen zijn een vraag- en doelstelling geformuleerd.³

Kwantitatieve vraagstelling:

- 'In welke mate wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn?'

Deelvragen:

1. Hoeveel groepswork wordt er gegeven?
2. Wat voor soort groepen worden er gegeven?
3. Binnen welke specialismen vindt er groepswork plaats?
4. In welke frequentie wordt er groepswork gegeven?
5. Herkennen de medisch maatschappelijk werkers het signaal over de toename van groepswork?
6. Valt er 'winst' te behalen met groepswork? (Inhoudelijk voor de cliënt en financieel voor het ziekenhuis).

Doelstelling:

- De NVMW heeft inzicht in welke Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven wordt waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn.

Kwalitatieve vraagstelling:

- 'Hoe wordt het groepswork momenteel gegeven; van welke methodieken wordt er gebruik gemaakt, en wat zijn de behoeften van medisch maatschappelijk werkers aan deskundigheidsbevordering rondom het geven van groepswork?'

Doelstelling:

- De NVMW heeft inzicht in hoe het groepswork momenteel wordt gegeven, welke methodieken daarbij worden gebruikt en wat de behoeften zijn van medisch maatschappelijk werkers op het gebied van scholing en/of deskundigheidsbevordering met betrekking tot groepswork.

1.2 Begrippenomschrijving

In deze paragraaf worden een aantal veel gebruikte begrippen gedefinieerd of toegelicht.

Nederlandse ziekenhuizen

Ziekenhuizen in Nederland. Zowel algemene- categorale- streekziekenhuizen en Universitair Medisch Centra (UMC's). De (buiten) poliklinieken zijn uitgezonderd.

Groepswork

In ons onderzoek hanteren wij voor groepswork de definitie zoals van Riet (2006, p.36) deze beschrijft: *"Tenminste twee mensen – maar gewoonlijk meer – die bij elkaar komen met de gemeenschappelijke bedoeling*

³ Het gaat bij de vraag- en doelstellingen om groepswork binnen Nederlandse ziekenhuizen, waar één of meerdere medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn.

om op cognitief, affectief en sociaal gebied onderling ervaringen uit te wisselen in een of meerdere bijeenkomsten, waardoor de deelnemers in staat gesteld worden een indruk van elkaar te krijgen, normen te ontwikkelen met betrekking tot hun onderling functioneren, doelen te bepalen voor hun gezamenlijke activiteit en een zodanig gevoel van cohesie te ontwikkelen dat zij zichzelf en elkaar gaan zien als een eenheid die zich onderscheidt van andere groeperingen.”

Deze definitie vullen wij aan met de definitie die op de website www.groepsmaatschappelijkwerk.nl staat:

“Groepsmaatschappelijk werk is een groepsgewijze begeleiding van cliënten door maatschappelijk werkers. Deze methode is, naast systeemgericht werken (waaronder gezins- en relatiebegeleiding) en individuele begeleiding, een derde basismethode.

In het groepsdynamische proces wordt gebruik gemaakt van de interactie tussen de groepsleden onderling en de interactie tussen groepsleden en groepsmaatschappelijk werkers.

Het delen van ervaringen, uitwisselen van informatie, oefenen van gedragalternatieven, (h)erkenning van problemen en onderlinge steun tussen cliënten zijn belangrijke pijlers in het groepsmaatschappelijk werk. Cliënten leren zichzelf en elkaar te helpen.

Dit kan bij cliënten een bewustwording op gang brengen van gedeelde, eventueel meer maatschappelijke, oorzaken van individuele problemen. Hieruit volgt signalering van vraagstukken op meso- en macroniveau waarin de groepsmaatschappelijk werker een belangrijke rol vervult.”

(Internet (z.d.). Groepsmaatschappelijk Werk. Geraadpleegd op 26 april 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>)

Medisch maatschappelijk werker

Een maatschappelijk werker die werkzaam is binnen een ziekenhuis. *“Hij/zij begeleidt en behandelt de patiënt en/of zijn omgeving bij psychosociale en emotionele problemen, die samenhangen met de ziekte en de medische behandeling en alle daaruit voortvloeiende veranderingen. De hulpverlening is gericht op het bevorderen van een zo optimaal mogelijk functioneren van mensen die tengevolge van ziekte of ongeval tijdelijk of blijvend afhankelijk zijn van medische zorg. De hulpverlening vindt plaats op verwijzing door arts of verpleegkundige of op verzoek van patiënt en/of zijn omgeving.”⁴*

Signaal

Het gaat hierbij over het opvangen signaal van de NVMW; dat er een toename plaats zou vinden van het groepswork binnen Nederlandse ziekenhuizen, waar één of meerdere mmw-ers bij betrokken zijn.

Specialismen

Afzonderlijk onderdeel van een groter vakgebied. ‘Interne geneeskunde is een specialisme binnen de geneeskunde.’

(Internet (z.d.). Encyclo. Geraadpleegd op 22 april 2010, van <http://www.encyclo.nl>)

Methode/methodiek

“Onder methode verstaan wij de weg waarlangs men een gesteld doel wil bereiken. (...) Onder methodiek verstaan we hier op elkaar aansluitende methoden; een pakket van methoden die bruikbaar zijn om het gestelde doel te kunnen bereiken. We zagen reeds dat ook methodiek niet zonder ideologische of levensbeschouwelijke vooronderstellingen kan, omdat ook methodiek zich kenmerkt door visie en gericht is op concreet handelen.” (Riet, 2003, p.167).

Behoeften

“Een behoefte (basisbehoefte) is het besef van een individu dat het hem aan iets ontbreekt. Mensen hebben allerlei complexe behoeften, zoals een fysieke behoefte aan voedsel, kleding, warmte en veiligheid; een sociale behoefte aan genegenheid en om ergens bij te horen; een individuele behoefte aan kennis en zelfexpressie. Deze behoeften maken deel uit van de menselijke aard” (Kotler et al., 2003, p.10).

In ons onderzoek worden zoals genoemd, van mmw-ers de behoeften onderzocht rondom deskundigheidsbevordering rondom groepswork.

Bouwkamp et al. (2010, p.19-20) beschrijven dat aan het menselijk streven twee fundamentele behoeften ten grondslag liggen: *“de zorg voor zichzelf (autonomie) en de zorg voor de ander (verbondenheid). (...) Wij noemen*

⁴ Internet (z.d.) Hagaziekenhuis. Geraadpleegd op 22 april 2010, van <http://www.hagaziekenhuis.nl>)

in navolging van hen (Hermans et al., 1985) deze behoeften 'fundamenteel' in vierledige zin: latent, duurzaam aanwezig, bij iedereen voorkomend, vaak onbewust." (Bouwkamp et al., 2010, p.19-20).

1.3 Afkortingen

Onderstaande afkortingen worden gebruikt in ons verslag:

NVMW:	Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers
Mmw:	Medisch maatschappelijk werk
Mmw-er:	Medisch maatschappelijk werker
Mmw-ers:	Medisch maatschappelijk werkers
UMC:	Universitair Medisch Centrum.

2. Analyse van de vraag

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de vraag van de opdrachtgever nader geanalyseerd en gedefinieerd op basis van literatuuronderzoek, interviews met meerdere mmw-ers, de lesinhoud van de opleiding, overlegmomenten met de opdrachtgever en onze projectbegeleider en een interview met een stafmedewerker van de NVMW. Deze analyse is met name van belang om het onderzoek gericht te kunnen uitvoeren. Tevens dient het als voorwerk voor het formuleren van aanbevelingen en het maken van een implementatieplan. Dit hoofdstuk bevat een theoretische beschrijving van achtereenvolgens de NVMW, de mmw-ers en groepswerk. Na elke paragraaf wordt kort het verband met het onderzoek toegelicht.

De beschrijving van de huidige situatie

De NVMW ziet het signaal dat er een toename van groepswerk zou zijn als positief voor het mmw. Dit onder andere vanwege voordelen van groepswerk, zoals het bereiken van een groep patiënten in relatief weinig tijd en het ontmoeten van lotgenoten binnen een groep. De NVMW wil bijdragen aan het versterken van de gesignaleerde ontwikkeling vanwege onder andere bovengenoemde voordelen. Men wilde nader onderzoek laten uitvoeren, omdat onduidelijk is hoe de situatie er binnen het mmw met betrekking tot groepswerk uitziet. Er is ons om die reden gevraagd inzicht te verschaffen in de wijze waarop het groepswerk, waar mmw-ers bij betrokken zijn, er in Nederlandse ziekenhuizen uit ziet. Ook wil de NVMW weten wat de behoeften zijn van mmw-ers op dit vlak. Het signaal dat er meer groepswerk binnen het mmw plaats zou vinden was bij de NVMW al eerder bekend. In een afstudeeronderzoek, dat in 2007 voor de beroepsvereniging werd uitgevoerd wordt dit al vermeld. (Internet (z.d.). *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. Geraadpleegd op 12 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>). Voor zover bij ons bekend is, zijn er nog geen pogingen gedaan die hebben geleid tot meer inzicht in het groepswerk waar specifiek mmw-ers bij betrokken zijn. Dit wordt ook genoemd door de Mönnink (2004, p.310). *“Er is weinig onderzoek gedaan naar de groepsmethode in het maatschappelijk werk. Er is veel meer procesevaluatie-onderzoek gedaan waaruit een keur van beschrijvingen van groepswerk naar voren komt.”*

Wel is de NVMW op verschillende manieren bezig met groepswerk. Zo worden er workshops aangeboden om de vaardigheden van maatschappelijk werkers die willen starten met groepswerk te vergroten. In april 2010 is er bijvoorbeeld voor maatschappelijk werkers een dergelijke specifieke workshop gegeven.

Er bestaat tevens een website die meer zicht geeft op groepswerk binnen het maatschappelijk werk: www.groepsmaatschappelijkwerk.nl. Deze website is in 2005 door de NVMW functiegroep ‘Groepsmaatschappelijk werk’ in het leven geroepen en is bedoeld ter ontwikkeling, uitbreiding en profilering van het groepsmaatschappelijk werk. Tevens dient deze website als platform voor het uitwisselen van informatie.

2.2 Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers

2.2.1 Het belang van een beroepsvereniging, in het bijzonder de NVMW

Beroepsverenigingen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de professionalisering van beroepsbeoefenaren.

Een beroepsvereniging is van belang om duidelijk te maken waar het beroep voor staat, voor het hebben van een eigen beroepsidentiteit en het in ere houden van de beroepsmoraal (Internet. NVMW. Geraadpleegd op 20 april 2010, van www.nvmw.nl/waaromlidworden).

Als maatschappelijk werker heb je te maken met andere beroepsbeoefenaren. In onze optiek heb je als beroepsbeoefenaar zelf in de hand hoe je je beroep presenteert. Met andere woorden: *hoe je jezelf profileert*, ook ten opzichte van andere beroepsbeoefenaren. Holstvoogd (2006, p.232) vindt echter dat jouw *positie* afhankelijk is van de status van andere beroepen. Wij zijn het hier niet mee eens, omdat wij vinden dat je *positie* niet afhankelijk is van anderen. Wij zijn van mening dat je zelf de keuze kunt maken hoe je jouw beroep vormgeeft. De NVMW kan als beroepsvereniging ook een actieve rol spelen bij de ontwikkeling en het zichtbaar maken van de positie van de maatschappelijk werker. De NVMW zegt hier het volgende over op hun website:

“Met de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers/NVMW als spreekbuis praten maatschappelijk werkers actief mee in Den Haag en kunnen ze daar omtrent beleid en besluitvorming hun stem laten horen. Door de gedrevenheid van de NVMW professionaliseert het vakgebied van het maatschappelijk werk zich sneller. Maar bovenal ‘definieert’ de NVMW namens alle maatschappelijk werkers het beroep in het beroepsprofiel en brengt de gemeenschappelijke normen en waarden omtrent goed maatschappelijk werk onder woorden in een eigen beroepscode.” (Internet, NVMW. Geraadpleegd op 10 mei 2010, van www.nvmw.nl). Door de initiatieven van de NVMW ontstaan er landelijke richtlijnen die de ontwikkeling van het beroep stimuleren.

De maatschappij blijft zich ontwikkelen waardoor er nieuwe problemen ontstaan die om nieuwe antwoorden vragen van maatschappelijk werkers en hulpverleners. Holstvoogd (2006, pag.233) zegt het volgende over de maatschappelijke ontwikkeling en wat dit zegt voor het beroep maatschappelijk werk:

“Het beroep maatschappelijk werk ontwikkelt zich door verslag te doen van deze nieuwe praktijkervaringen bij het werken aan nieuwe- of bestaande problematieken. Deze nieuwe praktijkervaringen worden door anderen overgenomen en in hun praktijk beproefd. De uitwisseling daarover leidt tot verdere uitbreiding en verdieping van de nieuwe praktijktoepassing en geleidelijk ontstaat een nieuwe praktijkmethode voor een specifieke problematiek.”

Een aantal maatschappelijke veranderingen die tot nieuwe vragen aan professionals hebben geleid, zijn bijvoorbeeld de toename van diversiteit, de doorzettende vergrijzing en de digitalisering/modernisering. Mogelijke antwoorden op deze vragen zijn bijvoorbeeld het toenemende belang van het werken met sociale netwerken, het gebruik maken van massamedia en de toename van collectieve ondersteuning van ouderen bij het krijgen en houden van grip op hun leven. *“De nabije toekomst zal leren of bovenbeschreven ontwikkelingen in werkelijkheid zo of in andere verschijningsvorm zullen plaats vinden.”* (Holstvoogd, 2006, p.233-234).

2.2.2 Het signaleren van trends

Uitwisseling van nieuwe ontwikkelingen en trends vindt vanuit de NVMW onder andere plaats door gebruik te maken van functiegroepen. Voor verschillende sectoren van het maatschappelijk werk zijn functiegroepen opgericht. Hierin nemen maatschappelijk werkers plaats die in de praktijk werken en daardoor goed op de hoogte zijn van nieuwe ontwikkelingen die plaatsvinden in het werkveld.

De NVMW wordt via de functiegroepen op de hoogte gehouden van nieuwe ontwikkelingen in het werkveld zodat zij daarop in kan spelen. De functiegroepen komen een aantal keer per jaar bij elkaar en tijdens deze bijeenkomsten worden nieuwe ontwikkelingen besproken, waarvan er jaarlijks een aantal worden gekozen tot speerpunten. Hier gaat de functiegroep vervolgens mee aan de slag. Op dit moment signaleert de functiegroep ‘Medisch maatschappelijk werk’ een toename van het gebruik van groepswork in het mmw.

De NVMW wil weten of hier daadwerkelijk sprake is van een nieuwe trend. Door middel van ons onderzoek krijgt de functiegroep meer informatie over- en inzicht in wat er speelt in de praktijk met betrekking tot groepswork door mmw-ers. Zij kunnen, indien gewenst, inspelen op de resultaten van ons onderzoek.

In 2009 en 2010 zijn er verschillende trainingdagen en symposia door de NVMW georganiseerd omtrent groepswork, namelijk:

- Een trainingdag in 2009 voor beginnende groepsmaatschappelijk werkers;
- Een symposium in februari 2010 waarbij groepswork in de aandacht stond;
- Een training ‘Groepsmaatschappelijk werk’ in april 2010.

2.2.3 Doelstellingen van de NVMW 2009-2013

Op de website staat beschreven dat de NVMW zich wil ontwikkelen tot een sterke beroepsvereniging die zichtbaar is in de maatschappij en die de belangen van maatschappelijk werkers en het beroep Maatschappelijk Werk met succes behartigt. Daarnaast wil zij zich richten op kennisoverdracht en individuele dienstverlening aan leden. Er worden drie kernwoorden gebruikt waarvoor de NVMW wil staan: ‘Participeren’, ‘Professionaliseren’ en ‘Profileren’ (Internet. NVMW. Geraadpleegd op 27 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>).

2.2.4 Lidmaatschap van de NVMW

Maatschappelijk werkers kunnen lid worden van de NVMW. De NVMW heeft nu ongeveer 4000 leden, dit is ongeveer 30% van alle maatschappelijk werkers in Nederland. Het lidmaatschap bij de NVMW is niet verplicht, het heeft echter wel zijn voordelen. Bijvoorbeeld dat de beroepsbeoefenaar zijn persoonlijke ontwikkeling en netwerk kan vergroten, hij advies kan vragen over het werk, toegang heeft tot informatiebronnen, waaronder de ledensite, en kortingen krijgt op NVMW congressen, studiedagen en themabijeenkomsten. Daarnaast zorgt de NVMW voor beroepsbelangenbehartiging. (Internet. *NVMW*. Geraadpleegd op 27 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>).

Lid worden van de beroepsvereniging betekent onder andere dat de maatschappelijk werker zich moet houden aan de ethische code die de beroepsvereniging hanteert. In die code is vastgelegd hoe er wordt omgegaan met onder andere vertrouwelijkheid, veiligheid en andere ethische vragen waar een maatschappelijk werker in de dagelijkse praktijk mee te maken kan krijgen. De beroepsvereniging kan ingrijpen wanneer iemand de regels overtreedt.

Maatschappelijk werkers kunnen zich ook laten registreren in het Beroepsregister van Agogisch en Maatschappelijk werkers (BAMw). Dan mogen zij zichzelf geregistreerd maatschappelijk werker noemen en hebben ze tegelijkertijd een keurmerk van professionaliteit. Het BAMw stelt kwaliteitseisen waaraan de maatschappelijk werker moet voldoen om geregistreerd te blijven, zoals het volgen van een vastgesteld aantal bijeenkomsten of bijscholing waarmee hij/zij punten kan verdienen om geregistreerd te kunnen blijven. Op het moment dat een beroepsbeoefenaar lid wordt van een beroepsvereniging verklaart hij/zij zich te houden aan de beroepscode en valt hij/zij onder de werking van het verenigingsrecht. (Internet. *NVMW*. Geraadpleegd op 27 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>).

2.2.5 Professionaliseren

Het streven naar professionalisering van de hulpverlening kwam in de jaren dertig op gang door toenemende kennis en ervaringen van professionals. Hulpverlening ontwikkelt zich vanaf de jaren dertig van armenzorg naar een beroep met een ingewikkelder hulpverleningsstructuur. Kerken, particuliere organisaties en de overheid namen daarbij hun rol voor eigen rekening.

Onder het beroep maatschappelijk werk werd in deze jaren het volgende verstaan:

- Het is een volledige dagtaak
- Er moet sprake zijn van honorering waar de werker van kan leven
- Er is sprake van besef en ontwikkeling van beroepsmoraal. (Riet, 2003, p.110)

Van Riet (2003, p.38) beschrijft de volgende kenmerken van een professie zoals dit nu gezien wordt:

- De beroepsbeoefenaar van een professie 'produceert' een maatschappelijk hoog gewaardeerd goed.
- De samenleving erkent de bekwaamheden van de professie als exclusief behorend bij het beroep.
- De uitoefening van de professie is slechts mogelijk op basis van uitgebreide theoretische kennis en ervaring.
- Er is een beroepsorganisatie die de professional ondersteunt ten aanzien van alle voor de professie en de ontwikkeling daarvan belangrijke zaken.

In 1899 werd door Marie-Muller Lulofs de eerste opleiding voor sociaal werk opgericht.

Zij was er vanwege haar ervaringen in de armenzorg, namelijk van overtuigd dat zo'n dergelijke opleiding noodzakelijk was. Kamphuis (één van de grondleggers van het sociaal werk in Nederland) slaagde erin, in aansluiting op haar voorgangers Marie Muller-Lulofs en Hélène Mercier, die pleitte voor een betere opleiding voor vrouwen, diepgang te creëren in de praktijk van het maatschappelijk werk.

Als docent liet ze studenten daarvoor methodisch en systematisch nadenken over de cliënt en zijn situatie. (Riet, 2003, p.36)

Hieronder beschrijven we drie uiteenlopende visies op professionalisering: de visie van Kamphuis, van Doorn en uit het beroepsprofiel van de NVMW.

Kamphuis (1964)

Kamphuis is van mening dat de eigenheid van het maatschappelijk werk voortkomt uit de creatieve interactie met grensdisciplines. De kern daarbij is het helpen van het individu in wisselwerking met zijn/haar sociale omgeving. Helpen wordt tegenwoordig ook steeds meer gefundeerd op wetenschap, aldus Kamphuis. Ook is zij

van mening dat het maatschappelijk werk per definitie multidisciplinair is. Dat wil zeggen dat het binnen het beroep volgens haar niet mogelijk is om niet samen te werken met andere disciplines. Ook is zij van mening dat het verder werken aan wetenschappelijke onderbouwing en professionalisering noodzakelijk is voor kwalitatief goede hulpverlening, omdat het maatschappelijk werk anders afhankelijk zal blijven van andere disciplines. Het maatschappelijk werk is dan afhankelijk van de kennis van andere disciplines en daarom pleit Kamphuis ervoor dat maatschappelijk werkers ook zelf (wetenschappelijk) onderzoek uitvoeren, om hun eigen handelen te kunnen verantwoorden.

Van Doorn (1964)

Van Doorn (socioloog) is van mening dat professionals door verwetenschappelijking 'te goed' worden voor het echte werk. Dit omdat het maatschappelijk werk zich per definitie op en over grenzen van instituties beweegt (marginaal & diffuus) en vaak onder druk van besturen in instellingen werkt. De kracht van het maatschappelijk vindt noemt van Doorn: *'het operen in spanningsverhouding tussen persoonlijke nood en institutionele orde.'* Ook vindt hij dat statusverhoging in het beroep averechts werkt: *'hoe meer achter het bureau, des te hoger de status, des te minder het echte werk'*. Het beroep maatschappelijk werk heeft een moeilijke sociale positie, vanwege het spanningsveld tussen individu en maatschappij. Dit kan volgens van Doorn opgelost worden door:

- verbetering en uniformering van opleidingen
- uitbouw van beroepsorganisaties
- beïnvloeding van de 'omstanders' = verantwoordelijk instanties op alle niveaus

Beroepsprofiel van de NVMW (Jagt, 2009)

In het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker worden twee perspectieven gegeven op professionalisme: de kenmerkbenadering en de brede professionaliseringsbenadering. De NVMW zegt hier het volgende over: (NVMW, 2009, *Beroepsprofiel van de Maatschappelijk Werker*, p.28)

1. *"De kenmerkbenadering is sterk geënt op klassieke professies als arts en notaris, en gaat ervan uit dat beroepen die zich bezig houden met complexe, onzekere en waardegeladen problemen moeten beschikken over bepaalde professionele kenmerken."* De kenmerken die in dat verband het meest genoemd worden, zijn allemaal in meer of mindere mate bij het maatschappelijk werk terug te vinden.

- Het beroep heeft een eigen kennisbasis, een 'body of knowledge'.
- Het beroep heeft een eigen waardebasis, die geformaliseerd is in de beroepscode voor de maatschappelijk werker.
- Er is een erkende beroepsopleiding, de HBO maatschappelijk werk en dienstverlening, en recent opleidingen social work op bachelor- en masterniveau.
- Er is een zekere erkenning van het deskundigheidsdomein.
- Er is een beroepsorganisatie, de NVMW.

2. De brede professionaliseringsbenadering legt andere accenten. Ze koppelt professionalisme aan de aard en de kwaliteit van het handelen in relatie tot een specifiek soort werk. Het werk van professionele maatschappelijk werkers is dienstverlenend en complex. Maatschappelijk werkers krijgen te maken met situaties die gekenmerkt worden door onzekerheid, onvoorspelbaarheid en waardeconflicten. Standaardantwoorden passen hier niet. Het methodisch handelen van de maatschappelijk werker vraagt telkens opnieuw een kritisch overwegen van wat 'zorgvuldig hulpverleners' inhoudt in deze specifieke situatie en bij deze specifieke cliënt. Het gaat dus om maatwerk.

Bovenstaande perspectieven komen vrijwel overeen met de kenmerken die worden benoemd door A.L. Mok, Schoten (1990, p.198-200) in het boek: *'Inleiding in de arbeidssociologie'*. Hierin wordt de professionalisering gezien als 'voltooid' als een beroep aan beide genoemde perspectieven voldoet.

2.2.6 Positioneren

"Positioneren is het voor het voetlicht brengen van de meerwaarde van.." (Schulte, 2008, *Positioneren en profileren in het mmw, minisymposium*. Geraadpleegd op 8 mei 2010 van <http://www.nvmw.nl/scrivo/asset.php?id=130497>).

Uit het jaarplan van de NVMW 2008 (NVMW, Jaarplan 2008) blijkt dat strategische positionering voorop staat in de periode 2009-2013. De signalen die de NVMW ontvangt van haar (maatschappelijk werk-) leden geven

vooral aan dat op dit vlak (nog) niet voldoende wordt bereikt. Met name bij de sectoren waar druk op het beroep van de maatschappelijk werker bestaat of gaat ontstaan speelt dit. (Internet. *NVMW-downloads beleidsstukken*. Geraadpleegd op 27 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>)

2.2.7 Verband met het onderzoek

Innovatie⁵ is binnen dit onderzoek een belangrijk begrip. Het onderzoek moet uiteindelijk 'vernieuwing' opleveren: een nieuw(e) product, dienst of methode. Om deze reden geven wij uitleg over de wijze waarop de NVMW als beroepsvereniging te werk gaat en hoe zij omgaat met het signaleren van trends. Dit kan de ideeën van de NVMW ten aanzien van het opvangen signaal bevestigen of een eerste aanzet geven tot bijstelling.

2.3 Het medisch maatschappelijk werk in het algemene ziekenhuis

2.3.1 Inleiding

De NVMW heeft in 2007 en 2009, in samenwerking met kennisinstituut Movisie, modules opgesteld die de taken van maatschappelijk werkers in zowel algemene ziekenhuizen als Universitair Medisch Centra's (UMC's) weergeven. Dit ter profilering en positionering van het beroep mmw. Vanwege hun kernachtige taakomschrijving gebruiken wij deze omschrijving om het beroep nader te introduceren in dit onderzoek.

Zoals beschreven in de module 'Medisch maatschappelijk werk in de algemene ziekenhuizen' (NVMW/Movisie 2009, p.8) kan het mmw in de algemene ziekenhuizen opgevat worden als een verbijzondering van het maatschappelijk werk. Het maatschappelijk werk in het algemeen richt zich op problematiek die zich voordoet in de interactie tussen het individu en diens omgeving. Het mmw echter, is gespecialiseerd in het algemene ziekenhuis als omgeving.

De NVMW beschrijft *"Het medisch maatschappelijk werk richt zich als enige psychosociale discipline specifiek op het raakvlak tussen de patiënt en zijn sociale- en ziekenhuisomgeving. De ziekenhuisopname en de gevolgen hiervan voor de patiënt in zijn functioneren en in zijn relaties en de wens van de patiënt hierover te praten en naar te kijken, vormt de basis van het werk van de ziekenhuismaatschappelijk⁶ werker."* (NVMW, 2007, *Medisch maatschappelijk werk in het ziekenhuis*, p.11).

Het doel van de begeleiding door mmw-ers wordt in de module beschreven als:

"De patiënt en diens naasten op methodische wijze begeleiden en/of behandelen 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." (NVMW, 2007, *Medisch maatschappelijk werk in het ziekenhuis* p.10).

2.3.2 Ontstaansgeschiedenis medisch maatschappelijk werk

Het mmw is op het toneel verschenen op het moment dat zuster H.J. ter Meulen zich in 1913 inzette voor verbetering van de maatschappelijke omstandigheden van de patiënten van het ziekenhuis. Vanaf begin jaren vijftig begon het mmw zich echt als vorm van maatschappelijk werk te ontwikkelen binnen het ziekenhuis. Als meest merkbare vorm van professionalisering werd de methodiek 'Social Casework' geïntroduceerd. Al gauw breidde het mmw zich uit buiten de muren van het ziekenhuis. Het mmw werd vormgegeven in vrijwel alle intra- en extramurale voorzieningen van de gezondheidszorg.

2.3.3 Uitgangspunten medisch maatschappelijk werk

Enkele uitgangspunten van de mmw-er, zoals geformuleerd door de NVMW (2007) zijn:

- Niet de ernst van de diagnose, maar de reactie van de patiënt het uitgangspunt is van het starten van hulpverlening;

⁵ Uitleg: 'Het gericht en systematisch streven naar specifieke vernieuwingen in de praktijk.' (internet (z.d.). *Encyclo*. Geraadpleegd op 1 mei 2010, van www.encyclo.nl)

⁶ Er wordt in de literatuur wisselend gebruik gemaakt van de termen 'medisch maatschappelijk werker' en 'ziekenhuismaatschappelijk werker.' Hiermee wordt echter hetzelfde bedoeld. Buiten de citaten gebruiken wij de term 'medisch maatschappelijk werker, ofwel mmw-er.').

- De mmw-er een samenwerkingsrelatie onderhoudt met de patiënt en zich bewust is van diens autonome positie;
- De mmw-er niet zozeer gericht is op belemmeringen en beperkingen, maar op de eigen mogelijkheden en de kracht van de patiënten waarmee zij werken;
- De mmw-er blijft wijzen op het belang van een integrale benadering (lichamelijk, psychisch en sociaal) van patiënten en ervoor waakt dat de aandacht te eenzijdig gericht is op de lichamelijke aspecten van ziek-zijn;
- De mmw-er vervult vanuit zijn deskundigheid en aandacht voor de patiënt en de wisselwerking met zijn sociale omgeving een 'brugfunctie' vervult. (NVMW, 2007, *Medisch maatschappelijk werk in het ziekenhuis*, p.11)

Voor de mmw-er is het uitermate belangrijk om, naast het medisch modeldenken, ook een emanciperende visie te hebben. *"Emanciperend wil zeggen: in de benadering van en omgang met de patiënt en diens familie voortdurend ernaar streven dat de patiënt zo veel mogelijk in staat gesteld wordt zijn zelfbepaling en zelfbeschikking te handhaven."* (Riet, 2003, p.110-113).

De maatschappelijk werker in de gezondheidszorg moet over kennis beschikken van de volgende drie gebieden:

- De zieke mens
- Het instituut waar de maatschappelijk werker werkt.
- Medisch-ethische vraagstukken. (Riet, 2003, p.110-113)

In het boekje 'Competentieprofiel Ziekenhuismaatschappelijk werk' (NVMW, 2007, p.7-17) staat een specifiekere taakomschrijving van de mmw-er. In dit competentieprofiel worden de competenties en taken van de mmw-er beschreven op drie taakgebieden: directe en indirecte hulp- en dienstverlening, werken in en vanuit een arbeidsomgeving en werken aan professionaliteit en professionalisering. Voor de gehele taakomschrijving verwijzen wij naar het boekje. (NVMW, 2007).

2.3.4 Overeenkomsten en verschillen in de modules Medisch maatschappelijk werk in 'algemene ziekenhuizen' en in 'UMC's.'

Omdat er in de modules onderscheid wordt gemaakt tussen maatschappelijk werk in algemene ziekenhuizen en in UMC's hebben wij deze modules vergeleken om eventuele verschillen te onderzoeken.

In de modulebeschrijving van het mmw in UMC's (NVMW/Movisie, 2007, p.7) lezen we dat de taken van de maatschappelijk werker in een algemeen ziekenhuis en in een UMC nagenoeg overeenkomen. De modules komen op twee punten niet geheel overeen. Maatschappelijk werk in UMC's zou in tegenstelling tot maatschappelijk werk in algemene ziekenhuizen wel wachttijdbegeleiding aanbieden (al dan niet protocollair), en ondersteuning bieden bij transitie van jonge patiënten die met chronische problemen opgenomen zijn in het ziekenhuis, op het moment dat zij de leeftijd krijgen dat zij van een kinderafdeling naar een volwassenenafdeling gaan. Verder valt in de visiebeschrijving op dat bij de Algemene Ziekenhuizen expliciet geformuleerd wordt dat de maatschappelijk werkers het uitgangspunt hanteren van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, waar het gaat om beslissingen en zaken die de cliënt aangaan. (Dit echter altijd in de context van (on)mogelijkheden, belangen en behoeften). In de modulebeschrijving van de UMC's wordt meer de nadruk gelegd op de kortdurende- en resultaatgerichte begeleiding die men nastreeft.

2.3.5 Positie in het ziekenhuis

Het mmw in de algemene ziekenhuizen kan, afhankelijk van het ziekenhuis, op zowel centrale- als decentrale wijze georganiseerd zijn. Decentraal betekent dat de maatschappelijk werker vanuit een bepaald specialisme of vanuit een 'cluster' van samengestelde specialismen werkt. Wanneer het maatschappelijk werk centraal georganiseerd is werken zij vanuit 'een dienst maatschappelijk werk' of 'een dienst psychosociale zorg.' In de UMC's is het maatschappelijk werk doorgaans verbonden aan een vaste afdeling (decentrale organisatie). Mmw-ers werken zowel in vast dienstverband als via detachering. Detachering houdt in dat het mmw wordt ingekocht vanuit een andere organisatie.

Zoals beschreven in 'Maatschappelijk werk in het ziekenhuis' (NVMW, 2007 p.18) verricht de mmw-er zijn werk vanuit een zekere autonomie. Dat is nodig als het gaat om complex werk met een niet-routinematig karakter. De professionele autonomie is echter relatief, want de ziekenhuisinstelling draagt de eindverantwoordelijkheid voor alles wat door de werknemers voor- of namens de instelling wordt gedaan.

Om de psychosociale zorg, waar de mmw-er zich mee bezighoudt in bredere context te plaatsen gebruiken wij de beschrijving van Schulte, R. (2008, *Positioneren en profileren in het mmw, minisymposium*. Geraadpleegd op 8 mei 2010 van <http://www.nvmw.nl/scrivo/asset.php?id=130497>). Hij geeft aan dat de psychosociale zorg in een ziekenhuis in drie lagen te onderscheiden is, namelijk basis-, gespecialiseerde- en specialistische psychosociale zorg.

- Onder de basispsychosociale zorg wordt de psychosociale zorg verstaan die wordt uitgevoerd door de dagelijks betrokkenen, zoals artsen en mantelzorgers. Er kan door hen gesignaleerd- en doorverwezen worden naar gespecialiseerde zorg of specialistische zorg.
- De gespecialiseerde zorg wordt aangeboden voor duidelijk omschreven psychosociale problematiek en wordt uitgevoerd door het mmw.
- De specialistische psychosociale zorg wordt aangeboden voor psychosociale zorg waar een specialistische benadering voor nodig is, zoals levensbeschouwelijke vragen en gecompliceerde psychologische problematiek. Deze wordt uitgevoerd door een psycholoog of psychiater.

2.3.6 Financiering van het medisch maatschappelijk werk

De financiering van het mmw is binnen Nederlandse ziekenhuizen verschillend. Dit is afhankelijk van de manier waarop het ziekenhuis heeft bepaald waar de geldstroom voor het mmw vandaan komt.

De verschillende financieringsmogelijkheden hiervoor zijn:

De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft een gemiddeld zorgpakket van een patiënt in vier codes. Die codes staan voor de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot en met de laatste controle. Het gaat om alle activiteiten van het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten die voortvloeien uit een specifieke zorgvraag. Aan elke DBC hangt een 'eigen prijskaartje'.

Alleen medisch specialisten kunnen DBC's openen en afsluiten. De hele DBC systematiek is gebaseerd op de verrichtingen van de specialist. Maatschappelijk werkers krijgen (net als andere beroepsgroepen) nooit een eigen DBC. Zij kunnen ook geen DBC openen of afsluiten. Wel kunnen zij, als hiervoor wordt gekozen, zichtbaar worden binnen de DBC's. Onzichtbaarheid leidt, vooral in financieel moeilijke perioden, altijd tot de vraag of het mmw nog meerwaarde heeft voor het ziekenhuis. Transparantie over de verrichtingen, de patiëntencategorieën, waar mmw bij betrokken wordt en die zichtbaar worden bij het registreren met DBC-codes, verscherpt een dergelijke discussie richting de inhoud van het werk van de mmw-er.⁷

Ziekenhuizen kunnen mmw-ers op twee manieren onderbrengen binnen een DBC:

- Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen om de maatschappelijk werkers op te nemen in een 'overheadpost'. Dit gebeurt dan door de kosten van de afdeling maatschappelijk werk door te berekenen in de 'algemene kosten' van het ziekenhuis, de zogenaamde 'bedprijs'
- Ziekenhuizen kunnen er zelf voor kiezen om specifieke kostenposten op basis van verrichtingen in kaart te brengen. Daarmee kan er voor worden gekozen om mmw-ers in een eigen kostenpost zichtbaar te maken. Wanneer hier voor wordt gekozen, krijgt het mmw eigen codes waarmee binnen de DBC structuur geregistreerd kan worden. Deze codes staan voor alle handelingen binnen de vier codes. Mmw-ers registreren dus in het ziekenhuissysteem bij de betreffende patiënt de handelingscode, bijbehorend bij het mmw, over de handeling(-en) waarmee zij met de cliënt hebben gewerkt.

Andere mogelijkheden voor de financiering van het mmw zijn:

- *De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*
De AWBZ is een volksverzekering voor ziektekosten. Het gaat om kosten die hoog kunnen oplopen en die niet door de eigen verzekering worden vergoed. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht verzekerd voor de AWBZ. Als men een zorgverzekering afsluit, dan is hij/zij automatisch verzekerd voor de AWBZ.
- *De geestelijke gezondheidszorg (GGZ)*
Vergoeding door de GGZ is opgenomen binnen het basispakket van de zorgverzekering.

⁷ (Internet (z.d.). *NVMW*. Zoekwoord: wat is een DBC? Geraadpleegd op 26 mei 2010. Van: <http://www.nvmw.nl/index.php?p=87900>)

- *Patiëntenverenigingen.*
Soms komt het voor dat er groepswork wordt gegeven, waar mmw-ers bij betrokken zijn, die gerelateerd is aan een diagnose/ziekte beeld. Bijvoorbeeld ‘Groepen voor partners van Huntingtonpatiënten’. Zulke groepen kunnen gefinancierd worden door een patiëntenvereniging.
- *De zorgverzekering.*
De zorgverzekering vergoedt, binnen het mmw, vaak de afdeling Hartrevalidatie.

2.3.7 Samenwerking

Samenwerken met andere disciplines is voor mmw-ers essentieel. Daarom is nagenoeg elke mmw-er onderdeel van een multidisciplinair behandelteam⁸. Om tot een goede samenwerking te komen is het nodig dat de mmw-er op de hoogte is van de (on)mogelijkheden van zijn samenwerkingspartners en daar zijn handelen op afstemt. Dit om, in het belang van de patiënt, de gezamenlijke kennis en kunde optimaal te benutten.

De mmw-er bevindt zich in een voortdurend spanningsveld tussen de belangen van patiënten en die van het (multidisciplinaire) behandelteam. Schulte (2008, *Positioneren en profileren in het mmw, minisymposium*. Geraadpleegd op 8 mei 2010 van <http://www.nvmw.nl/scrivo/asset.php?id=130497>) noemt vier contexten waarin de communicatie van de mmw-er plaatsvindt: communicatie met de cliënt, met directe collega's, met andere disciplines en communicatie met het management.

De kracht van de mmw-er ligt met name op het 'evenwichtsgebied' tussen de belangen van de patiënt (en diens naasten) en die van het behandelteam vanuit het ziekenhuis.

2.3.8 Verband met het onderzoek

Net zoals de NVMW, staat ook het mmw centraal in dit onderzoek. Zoals in het voorwoord beschreven hebben wij voor dit onderzoek gekozen omdat wij het aan de ene kant interessant vonden om een onderzoek uit te voeren binnen de beroepsvereniging van het maatschappelijk werk en aan de andere kant waren wij alle vier nieuwsgierig naar het voor ons nog onbekende vakgebied 'het mmw'. Daarom was het voor ons van belang om kennis op te doen van deze sector en zijn we daar in deze paragraaf (4.3) op ingegaan. Wij hebben onder anderen de samenwerking tussen de mmw-ers onderling onderzocht, evenals de samenwerking tussen mmw-ers en overige disciplines binnen één ziekenhuis. De vraag om de samenwerking binnen het mmw te onderzoeken kwam voort uit een gesprek met de opdrachtgever, omdat er beperkt inzicht was in de wijze waarop de samenwerking er binnen de verschillende ziekenhuizen uitziet. Daarom is de 'samenwerking binnen het mmw' gebruikt als basis voor de verdere uitvoeringsfase van het onderzoek.

2.4 Groepswork

2.4.1 Ontstaan van het groepswork

Na de Tweede Wereldoorlog werd het maatschappelijk werk bewust ingezet bij de wederopbouw. De nadruk lag toen vooral op psychosociale hulpverlening. *"Het groepswork is voornamelijk ontstaan in kringen van vormingswerkers, sociaal-cultureel werkers en opbouwwerkers"* (Riet, 2006, p.16). In 1963 werd het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid door middel van een themanummer volledig gewijd aan groepswork. Daarin deden groepsworkers en psychiaters verslag van hun therapeutisch groepswork met verschillende doelgroepen. De laatste jaren wordt een geïntegreerde vorm van groepswork aangeboden waarin leren en problemen oplossen samengaan.

2.4.2 Wat is groepswork

Groepswork is een groepsgerichte begeleiding van cliënten door één of meerdere groepsworker(s). De definitie van groepswork die wij in ons onderzoek gehanteerd hebben is te vinden in paragraaf 1.2, 'Groepswork', op pagina 9.

Deze definitie vullen wij aan met de definitie die op de site www.groepsmaatschappelijkwerk.nl staat.

"Groepsmaatschappelijk werk is een groepsgerichte begeleiding van cliënten door maatschappelijk

⁸ (...) "Een op maat samengesteld team van medische en paramedische professionals dat gezamenlijk uitvoering geeft aan de behandeling van een individuele patiënt. (NVMW, 2009, *Module medisch maatschappelijk werk in algemene ziekenhuizen*. p.10).

werkers. Deze methode is, naast systeemgericht werken (waaronder gezins- en relatiebegeleiding) en individuele begeleiding, een derde basismethode.

In het groepsdynamische proces wordt gebruik gemaakt van de interactie tussen de groepsleden onderling en de interactie tussen groepsleden en groepsmaatschappelijk werkers.

Het delen van ervaringen, uitwisselen van informatie, oefenen van gedragalternatieven, (h)erkenning van problemen en onderlinge steun tussen cliënten zijn belangrijke pijlers in het groepsmaatschappelijk werk. Cliënten leren zichzelf en elkaar te helpen.

Dit kan bij cliënten een bewustwording op gang brengen van gedeelde, eventueel meer maatschappelijke, oorzaken van individuele problemen. Hieruit volgt signalering van vraagstukken op meso- en macroniveau waarin de groepsmaatschappelijk werker een belangrijke rol vervult.” (Internet (z.d.). Groepsmaatschappelijk Werk. Geraadpleegd op 1 mei 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>. Zoekwoord: definitie)

In het onderzoek gebruiken wij de term: ‘groepswerk waar mmw-ers bij betrokken zijn.’ In diverse literatuur wordt ook wel gebruik gemaakt van de term: ‘groepsmaatschappelijk werk.’ Wij hebben, in samenspraak met de opdrachtgever, gekozen voor de term ‘groepswerk waar mmw-ers bij betrokken zijn’ omdat met deze definitie geen groepen uitgesloten worden waar mmw-ers binnen het groepswerk samenwerken met andere disciplines. ‘Groepsmaatschappelijk werk’ wordt geheel uitgevoerd door maatschappelijk werkers. Bij deze definitie worden groepen waar andere disciplines bij betrokken zijn dus uitgesloten.

Soorten groepen

Er zijn verschillende soorten groepen. Groepen kunnen sterk van elkaar verschillen, afhankelijk van de groepsgrootte, de groepssamenstelling, de doelstelling, het aantal bijeenkomsten, de stijl van de begeleider en dergelijke. Een handige manier om hier meer zicht op te krijgen biedt de zogeheten HHH-formule die zich richt op de doelen van de groep. Hierbij staan de letters HHH voor Hoofd, Hart en Handen (Remmerswaal, 2006, p.56).

1. Groepen waarin “het hoofd” centraal staat zijn cognitief georiënteerd. Deze zijn gericht op het verwerven van inzicht en staat het overdragen van informatie. Voorbeelden van cognitief georiënteerde groepen zijn cursusgroepen, lesgroepen, themagroepen en informatiebijeenkomsten. Vaak staat een spreker of een docent centraal, die bepaalde inzichten, kennis of informatie wil overdragen. De deelnemer wordt aangesproken op zijn cognitief vermogen, op zijn denken. Bij dit soort groepen ligt het hoofddaccent dus op cognitieversterking, kennisvermeerdering en inzichtverwerving. Door de aangereikte kennis en de inzichten kan de deelnemer beter keuzes maken. De informatie of voorlichting kan allerlei onderwerpen betreffen: wettelijke regelingen, procedures, gezondheidsbevorderend gedrag, ziektebeelden, handicaps, et cetera. Meestal gaat het om een beperkt aantal bijeenkomsten, soms om slechts een eenmalige bijeenkomst. De groep kan vrij groot zijn. De communicatie ligt vooral op inhoudsniveau en procedureniveau (Remmerswaal, 2006, p.57-58).
2. Groepen waarin “het “hart” centraal staat zijn gericht op de ervaringen en belevingen van de groepsleden. Het gaat in zulke groepen om verwerking van gevoelens en om behandeling van gevoelsmatig geladen onderwerpen. Dit gebeurt door de deelnemers gevoelens en ervaringen met elkaar te laten delen. Dit is niet voor iedereen gemakkelijk; soms moeten de deelnemers emotionele blokkades overwinnen. In zo’n belevingsgeoriënteerde groep is er veel aandacht voor het delen van ervaringen, zowel uit het eigen persoonlijke leven, als ervaringen in de groep zelf. Het delen van ervaringen kan betrekking hebben op ingrijpende levensgebeurtenissen die deelnemers hebben meegemaakt. Het kunnen delen van traumatische ervaringen, de heroriëntatie op andere levensverwachtingen en het besef van hoe waarden en normen door de traumatische gebeurtenis veranderd zijn, kunnen de eigen emotionele draagkracht versterken. In zulke groepen gaat het vooral om het uitwisselen van en verdiepen in de eigen ervaringen van de groepsleden. Hierbij is de interactie tussen de groepsleden van groot belang, evenals wat groepsleden hierin voor elkaar kunnen betekenen. De communicatie ligt vooral op interactieniveau en bestaansniveau (Remmerswaal, 2006, p.57-58).
3. Groepen, waarin “de handen” centraal staan, zijn gericht op vaardigheden. Het gaat in zulke groepen om het aanleren en oefenen van nieuw gedrag. Voorbeelden zijn cursussen of vaardigheidstrainingen. Leerprocessen staan hierbij centraal. De begeleider van de groep zal leersituaties creëren via allerlei werkvormen, zoals rollenspelen, simulatiespelen, gestructureerde oefeningen en huiswerkopdrachten. De achterliggende gedachte bij dit soort groepen is, dat het

aanleren van ander gedrag en nieuwe vaardigheden, een positieve bijdrage zal leveren aan het zelfbeeld en de gevoelens van zelfwaardering van de deelnemer. Communicatie vindt vooral plaats op procedureniveau (Remmerswaal, 2006, p.57-58)

2.4.3 Kenmerken van groepswork

Groepswork heeft enkele typerende kenmerken, namelijk⁹:

Herkenning, erkenning en doorbeken van een isolement

Het ontmoeten van lotgenoten kan een positieve bijdrage leveren aan herkenning en erkenning: de cliënt is niet meer de enige met zijn probleem. De cliënt leert zijn probleem in een bredere context te plaatsen en door deelname aan de groep doorbreekt de persoon zijn isolement. Een bijkomend effect kan zijn dat het sociale netwerk van de cliënt zich uitbreidt.

Leren van anderen

Ontdekken dat anderen met eenzelfde probleem anders omgaan kan een grote opluchting geven, relativerend werken en/of een aanmoediging zijn om het eigen probleem anders aan te gaan pakken. Groepen kunnen een zekere mate van anonimiteit hebben, die cliënten kunnen prefereren boven een direct contact met een hulpverlener, bij wie ze in de rol van cliënt komen. Kijken naar anderen kan zelfinzicht geven zonder dat ze zich daarvoor direct bloot hoeven te geven. Een groep biedt de gelegenheid leerervaringen op te doen in contacten met anderen, door middel van identificatie, imitatie, feedback, informatie, interactie, experimenteren en zelfinzicht vergroten.

Leren van vaardigheden

Een groep geeft de mogelijkheid te oefenen met ander/nieuw gedrag, zoals sociale vaardigheden. De cliënt kan in een groep experimenteren. Interacties geven een meerwaarde aan de hulpverlening.

Emanciperend en maatschappelijke bewustwording

Oog voor de verwevenheid van individuele en maatschappelijke problematiek kan in groepswork aan bod komen als methodiek. Veel individuele problematiek is óók sociale problematiek. En juist sociale problematiek is in groepswork beter 'bewerkbaar' dan in individuele cliëntcontacten.

Groepswork is emanciperend: mensen leren, ook elkaar, hoe het leven in eigen hand te nemen en hoe aan verandering te werken.

In een groep kunnen vragen behandeld worden die specifiek zijn voor een bepaalde maatschappelijke klasse, bijvoorbeeld groepen rond de positie van bewoners in een achterstandswijk of groepen voor vrouwen in de bijstand. Wanneer sprake is van gedeelde belangen bij de hulpvragers kan solidarisering, collectivisering en bundeling van hulpvragen de potentiële kracht van de deelnemers vergroten.

Andere verhouding hulpverlener - cliënt

In een groep krijgt de hulpvrager minder mogelijkheden zich afhankelijk op te stellen ten opzichte van de professionele hulpverlening; in een groep is de aandacht van de hulpverleners immers veel meer gespreid. Een meer gelijkwaardige positie wordt gecreëerd waarbij de hulpvrager op meer aangesproken wordt dan zijn cliënt - zijn.

In het contact met lotgenoten wisselen deelnemers regelmatig van rol: dan weer lotgenoot, dan weer 'hulpverlener'. Bij een individuele begeleiding ontvang je alleen maar, kun je niets geven. En juist dat geven kan helend werken. De eigen negatieve ervaring kan daarmee omgezet worden in iets positiefs: je helpt er een lotgenoot mee. In een groep ervaart iemand hierdoor dat hij meer is dan zijn probleem.

Groepsleden kunnen tips geven aan elkaar, van elkaar en aan elkaar leren. De afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van elkaar is veel minder groot dan in een spreekkamertje met een hulpverlener.

Preventieve groepen

In het boek van Holstvoogd (2006, p.168), waarin hij de kerntaken van het maatschappelijk werk beschrijft, wordt beschreven dat het werken aan preventie een 'taak' is van de maatschappelijk werker. De maatschappelijk werker zet middelen in waarmee voorkomen wordt dat problemen ontstaan of verergeren.

⁹ (Internet (z.d.). *Groepsmaatschappelijk werk*. Geraadpleegd op 2 april 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>):

Een activiteit die een maatschappelijk werker kan inzetten is onder andere groepswork. Er kan dan gedacht worden aan voorlichtingsgroepen, gespreksgroepen en trainingsgroepen. (Holstvoogd 2006, p.168). Van Riet (2003, p.127-128) daarentegen is van mening dat preventie een taak is die voortvloeit uit de signaleringsfunctie. Dit is tegenstrijdig met de visie van Holstvoogd, die preventie onder kerntaak vier plaatst.

Buiten dat laat Sluiter *et al.* (1997, p.18) zien dat preventie tevens kan worden gebruikt om te anticiperen op trends en ontwikkelingen in de samenleving en de mogelijke negatieve gevolgen voor bepaalde groepen.

2.4.4 Meerwaarde van groepswork ten opzichte van individuele begeleiding

Groepswork heeft voor de deelnemers onder andere de meerwaarden ten opzichte van individuele begeleiding: de herkenning en erkenning van het probleem, het delen met- en leren van anderen en niet meer alleen staan met het probleem door contact met lotgenoten. Een duidelijk voordeel van groepswork voor de hulpverlener is dat er een grote groep mensen in korte tijd kan worden bereikt (NVMW, 2007, *Maatschappelijk work in het ziekenhuis*. p.9). Groepswork zou mogelijk kosten- en tijdsbesparend kunnen zijn omdat binnen een bepaalde tijd meer mensen tegelijkertijd bereikt kunnen worden dan in individuele hulpverlening. Van Riet (2003, p.189) geeft aan dat: *“deelname aan een hulpverleningsgroep mensen in staat stelt te ervaren dat zij van elkaar kunnen leren en dat zij ten opzichte van elkaar een vorm van hulpverlening kunnen geven”*.

2.4.5 Redenen om geen groepswork uit te voeren

Goossens (2005, p.153) schetst enkele contra-indicaties voor deelname aan een groep. Wij citeren:

- Wanneer de hulpvrager niet aansluit bij de doelgroep en de doelstelling van de groep en/of de instelling.
- Wanneer de hulpvrager zodanig op zichzelf gericht is dat er geen contact, interactie of verbinding met groepsleden kan worden aangegaan, bijvoorbeeld in geval van sterk egocentrisme. Dit speelt ook een rol wanneer de hulpvrager alleen maar naar de groep komt om iets te ‘halen’ en zelf weinig ondersteuning en contact biedt.
- Wanneer de hulpvrager de individuele relatie met de hulpverlener als werkzaam principe nodig heeft.
- Wanneer de hulpvrager de onverdeelde aandacht van de hulpverlener nodig heeft.
- Wanneer de hulpvrager dermate verward is dat de groep te veel extra prikkels oplevert.
- Wanneer de hulpvrager sterk wordt beïnvloed door overheersende psychiatrische problematiek (NB mogelijk in de geestelijke gezondheidszorg wel).
- Wanneer de hulpvrager beheerst wordt door andere problemen.
- Wanneer de hulpvrager verslaafd is aan alcohol en/of drugs (NB in de context van verslavingszorg mogelijk wel).
- Wanneer de hulpvrager last heeft van bepaalde fysieke aandoeningen die de groepsinteractie belemmeren.

2.4.6 De NVMW en groepswork

Zoals ook in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk genoemd krijgt het groepswork steeds meer aandacht binnen het maatschappelijk work¹⁰. Via de eerder genoemde site van de NVMW functiegroep ‘Groepsmaatschappelijk work’ is er een onderzoek gaande. Dit onderzoek heeft als doel het maken van een inventarisatie van het groepsworkaanbod in Nederland. Bezoekers van de website worden gevraagd om bekend te maken welke groepen er draaien vanuit de instelling waar zij werkzaam zijn. Er hebben tot nu toe ongeveer 40 instellingen gereageerd, die samen meer dan 300 groepen draaien. De verschillen tussen het aantal groepen dat een instelling draait zijn groot: zo heeft de één er twee en een ander meer dan tien. Dit geeft enige indicatie van groepswork binnen het maatschappelijk work.

2.4.7 Verband met het onderzoek

Groepswork is het centrale thema van ons onderzoek. Binnen de opleiding hebben wij één module ‘groepswork’ gehad. In deze module leerden we basisvaardigheden als: wat houdt groepswork in, en hoe maak

¹⁰ (Internet (z.d.). *Groepsmaatschappelijk work*. Geraadpleegd op 2 april 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>).

je een draaiboek voor een startende groep. Vanwege deze, toch wel beperkte, kennis van groepswork was het in het kader van dit onderzoek van belang om ons verder te verdiepen in dit thema.

3. Totstandkoming projectresultaat

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen wij u meer vertellen over de twee onderzoeksbenaderingen die we bij de uitvoering van ons onderzoek hebben gebruikt. We benoemen wat de benaderingen inhouden, waarom we hiervoor gekozen hebben en hoe we invulling gegeven hebben aan beide deelonderzoeken. Tevens geven wij in dit hoofdstuk aan waar de onderzoeksresultaten te vinden zijn.

3.2 De onderzoeksbenaderingen

Het onderzoek is gebaseerd op zowel kwantitatieve- als kwalitatieve onderzoeksbenaderingen (Migchelbrink, 1996, p. 27-43):

Het kwantitatieve onderzoek

Kennis over de te onderzoeken werkelijkheid wordt verkregen door de werkelijkheid van buitenaf op een objectieve manier te bestuderen. De onderzoeker mengt zich niet in die werkelijkheid, maar blijft op afstand. Veelvoorkomende dataverzamelingstechnieken die bij deze onderzoeksbenadering worden gebruikt zijn, gestructureerde vragenlijst/enquête, gestructureerd interview, gestructureerde observatieschema's en tests. De verzamelde gegevens worden vaak gekwantificeerd: uitgedrukt in de vorm van cijfers. Kennis is controleerbaar en te herleiden tot waarnemingsgegevens. Er wordt informatie verschaft in de breedte.

Het kwalitatieve onderzoek

Kennis over de te onderzoeken werkelijkheid wordt verkregen door de werkelijkheid van binnenuit te bestuderen. Deze onderzoeksmethode baseert zich op de interpretatieve benadering. De kwalitatieve onderzoeker stelt zich primair tot taak om inzicht te krijgen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, beleven en betekenis eraan geven. Hij wil hun leefwereld leren kennen en probeert daarom de afstand tussen zichzelf en de onderzochte werkelijkheid zo klein mogelijk te maken. De gegevens worden uitgedrukt in woorden (talige gegevens) en er wordt informatie verschaft in de diepte. Voor het verzamelen van gegevens wordt gebruik gemaakt van zogenaamde open technieken zoals informele gesprekken, diepte-interviews en observaties.

We hebben gekozen voor een combinatie van deze onderzoeksbenaderingen, vanwege de tweezijdige vraag van de opdrachtgever: een inventariserend onderzoek en een behoefte-onderzoek. Tevens kunnen we door deze combinatie informatie verschaffen in zowel de breedte als in de diepte, we verwerven zowel cijfermatige als talige gegevens en de situatie wordt zowel van buitenaf als van binnenuit bekeken. De twee deelonderzoeken zijn gelijktijdig uitgevoerd.

3.3 De uitvoering van het onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek

In het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek richten we ons op hoe het groepswerk, waar mmw-ers bij betrokken zijn, in Nederlandse ziekenhuizen wordt vormgegeven. We hebben dit onderzoek uitgevoerd door een uitnodigingsbrief te sturen naar 125 Nederlandse ziekenhuizen (waaronder ook verschillende locaties van hetzelfde ziekenhuis), ter attentie van de afdeling mmw (bijlage B). In deze brief stond een uitnodiging voor deelname aan een online vragenlijst. Wij hebben in overleg met de opdrachtgever afgesproken dat een respons van 30% (van de 125 verstuurd brieven) als representatief zou gelden (37 respondenten van de 125 verstuurd brieven). Er hebben 47 respondenten deelgenomen aan de online vragenlijst, dit is 37,6%.

Het kwalitatieve onderzoek

In het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek hebben we zes mmw-ers geïnterviewd, middels een half gestructureerd interview (Migchelbrink, 2000, p.168-172). Daarnaast hebben wij op advies van de NVMW twee

mmw-ers benaderd voor deelname aan een interview, vanwege hun specifieke kennis. In overleg met de opdrachtgever hebben we ervoor gekozen om een steekproef af te nemen in de provincies Gelderland en Utrecht. Naar aanleiding van de uitkomst van deze steekproef hebben we zes mmw-ers benaderd en hen medewerking gevraagd voor deelname aan een interview. De ziekenhuizen die uit onze steekproef kwamen bestonden uit vier algemene ziekenhuizen, twee categorale ziekenhuizen en twee UMC's.

3.4 De resultaten van het onderzoek

In de hoofdstukken 5 tot en met 8 vindt u de resultaten van ons onderzoek. In hoofdstuk 5 vindt u de resultaten van het kwantitatieve deel van het onderzoek, gevolgd door de resultaten van het kwalitatieve deel in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 vindt u een terugblik op de doelstellingen en in hoofdstuk 8 volgt als laatste de vergelijking tussen het kwantitatieve- en het kwalitatieve deel van het onderzoek: overeenkomsten, verschillen en opvallende aspecten uit de resultaten van het onderzoek.

Wij willen met ons projectresultaat een zo goed en compleet mogelijk beeld schetsen van het groepswerk in het mmw in Nederland. We streven ernaar de functiegroep 'Medisch maatschappelijk werk' van de NVMW, en de mmw-ers heldere onderbouwingen en inzichten te kunnen geven over het groepswerk waar mmw-ers bij betrokken zijn.

Gedurende ons onderzoek hebben we de volgende kwaliteitseisen in acht genomen: de bruikbaarheid, betrouwbaarheid, validiteit en haalbaarheid (Migchelbrink, 2000, p.25). In bijlage A, de methodologische verantwoording, staat beschreven hoe we deze kwaliteitseisen gewaarborgd hebben.

Ons onderzoek is tot stand gekomen door onder andere gebruik te maken van literatuuronderzoek, een oriënterend interview over de NVMW, de resultaten van de online vragenlijst, interviews met mmw-ers en door het volgen van lessen van de opleiding MWD op de HAN.

4. Kwantitatieve onderzoeksresultaten en conclusies

4.1 Inleiding

Het praktijkgericht onderzoek heeft zich gericht op een kwantitatieve en een kwalitatieve onderzoeksvraag. Voor het kwantitatieve gedeelte is gebruik gemaakt van een landelijke online vragenlijst. De kwalitatieve onderzoeksvraag is onderzocht door middel van interviews met mmw-ers. In dit hoofdstuk zijn de conclusies van het kwantitatieve onderzoek terug te vinden.

We hebben er in dit hoofdstuk voor gekozen om getallen in cijfers weer te geven en niet uit te schrijven. Dit vanwege het veelvuldig gebruik van getallen.

De kwantitatieve onderzoeksvraag luidt:

'In welke mate wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn?'

Deelvragen:

1. Hoeveel groepswork wordt er gegeven?
2. Wat voor soort groepen worden er gegeven?
3. Binnen welke specialismen vindt er groepswork plaats?
4. In welke frequentie wordt er groepswork gegeven?
5. Herkennen de medisch maatschappelijk werkers het signaal over de toename van groepswork?
6. Valt er 'winst' te behalen met groepswork (inhoudelijk voor de cliënt en financieel voor het ziekenhuis)?

Respondenten

De uitnodigingsbrief (bijlage B) voor de online vragenlijst is verstuurd naar 125 postadressen van Nederlandse ziekenhuizen (waaronder ook verschillende locaties van hetzelfde ziekenhuis) ter attentie van de afdeling 'Medisch maatschappelijk werk.' Onder deze ziekenhuizen vallen: algemene-, categorale- streekziekenhuizen en UMC's.

Respons

In totaal hebben 47 respondenten de online vragenlijst ingevuld, waarvan 12 respondenten de vragenlijst volledig hebben beantwoord. De overige respondenten hebben vragen overgeslagen of zijn gaandeweg gestopt. Het is opvallend dat veel respondenten de gestelde vraag die zij per groep konden invullen (specifieke informatie per groep, vraag 11-30, te vinden in bijlage F) niet of maar gedeeltelijk hebben ingevuld. Voordat deze vraag gesteld werd, hebben 37 respondenten de vragenlijst geheel ingevuld. Na deze vraag waren er nog maar 12 respondenten over die de vragenlijst uiteindelijk geheel hebben ingevuld.

Bij de vragen waar alle respondenten voor in aanmerking komen, geldt een respons van 30% (37 respondenten) als representatief. Dit is gebaseerd op het totaal aantal verstuurd uitnodigingsbrieven (125). Dit is in overleg met de opdrachtgever besloten.

Er wordt in dit hoofdstuk bij iedere paragraaf aangegeven door hoeveel respondenten deze vraag beantwoord is, en of deze vraag als representatief gezien kan worden. Dit wordt als percentage berekend over het totaal aantal verstuurd uitnodigingsbrieven (125 respondenten = 100%)

Uitzonderingen

Acht vragen komen echter maar bij een deel van de respondenten aan de orde. Dit is afhankelijk van de gegeven antwoorden. Hierbij wordt de representativiteit berekend, op basis van het aantal respondenten die voor deze vraag in aanmerking komen.

Verbanden

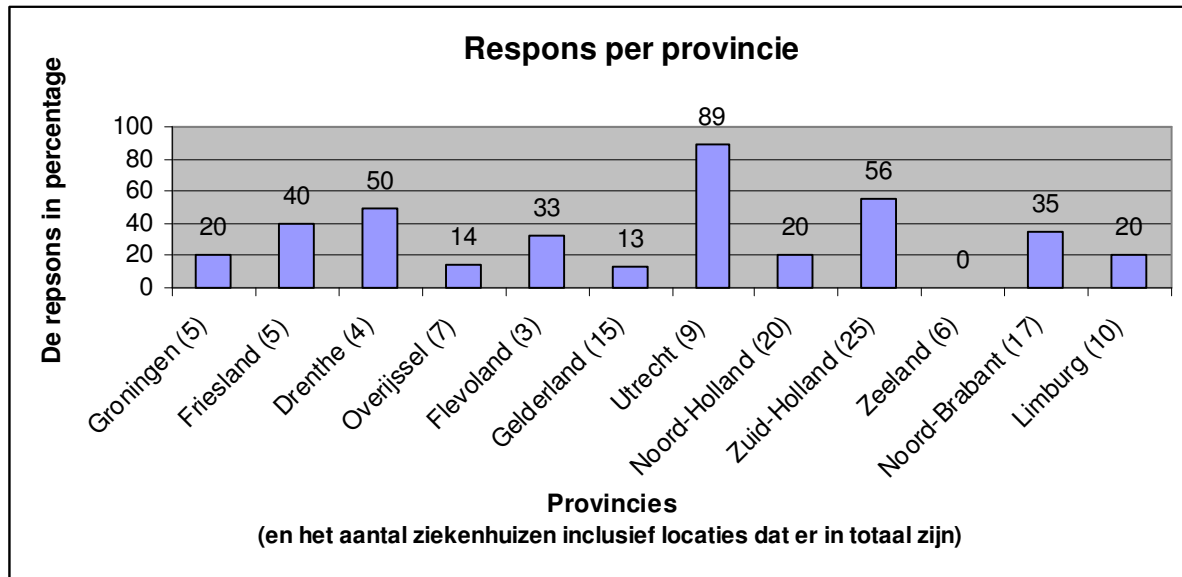
Naast de conclusies per vraag of thema, hebben we ook naar verbanden tussen verschillende vragen en thema's gekeken. We hebben enkel de relevante verbanden weergegeven. Deze zijn beschreven in paragraaf 7.2. op p.48.

4.2 Resultaten en conclusies

4.2.1 Plaatsbepaling respons

Deze vraag is door 47 respondenten beantwoord. Dit is 37,6% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

In figuur 1 is de respons per provincie af te lezen. Er wordt hierbij aangegeven hoeveel ziekenhuizen er in totaal per provincie zijn (X-as) en hoeveel procent van het totale aantal ziekenhuizen (inclusief locaties), heeft gereageerd (Y-as).



Figuur 1. Respons per provincie

Het aantal respondenten dat deelgenomen heeft aan de online vragenlijst per provincie:

- Groningen: 1 respondent van de 5 ziekenhuizen die zijn uitgenodigd voor deelname aan de vragenlijst.
- Friesland: 2 respondenten van de 5 "
- Drenthe: 2 respondenten van de 4 "
- Overijssel: 1 respondent van de 7 "
- Flevoland: 1 respondent van de 3 "
- Gelderland: 2 respondenten van de 15 "
- Utrecht: 8 respondenten van de 9 "
- Noord-Holland: 4 respondenten van de 20 "
- Zuid-Holland: 14 respondenten van de 25 "
- Zeeland: 0 respondenten van de 6 "
- Noord-Brabant: 6 respondenten van de 17 "
- Limburg: 2 respondenten van de 10 "
- Overige: 4 respondenten hebben niet aangegeven in welk ziekenhuis zij werkzaam zijn.

De groep 'overige' hebben wij niet onder kunnen verdelen in de grafiek. De waarden in de grafiek zijn in percentages weergegeven, gebaseerd op het totaal aantal ziekenhuizen die er per provincie zijn. Aangezien er geen totaal, waar de 4 anonieme respondenten van afkomstig zijn, bekend is, is het niet mogelijk om dit in percentages weer te geven in figuur 1.

4.2.2 Aantal medisch maatschappelijk werkers

Deze vraag is door 43 respondenten beantwoord. Dit is 34,4% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

Het aantal mmw-ers dat per ziekenhuis werkzaam is, ligt tussen de 1 en 30. Gemiddeld zijn er 10 mmw-ers werkzaam per ziekenhuis.

4.2.3 Samenwerking

Deze vraag is door 44 respondenten beantwoord. Dit is 35,2% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

Van de respondenten geeft 9% (4 respondenten) aan niet samen te werken met andere mmw-ers. De overige 91% (40 respondenten) geeft aan wel samen te werken met andere mmw-ers die werkzaam zijn binnen hetzelfde ziekenhuis.

De vraag over hoe de samenwerking met andere mmw-ers er binnen hetzelfde ziekenhuis uit ziet, is beantwoord door 38 respondenten. Dit is 30,4% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

Opvallend is dat de samenwerkingsvorm: werk- en vakgroep overleggen (25%: 10 respondenten) en intervisie bijeenkomsten (25%: 10 respondenten) het meest worden genoemd. De frequentie van verschillende overlegmomenten verschilt van wekelijks tot enkele keren per jaar.

Een overzicht van de gegeven antwoorden (meerdere antwoorden per respondent):

- Werk-/ teamoverleg: 26 keer benoemd.
- Intervisie: 10 keer benoemd.
- Vakgroep overleg: 7 keer benoemd.
- Met andere afdelingen/specialismen: 5 keer benoemd.
- Wandelgangoverleg: 1 keer benoemd.

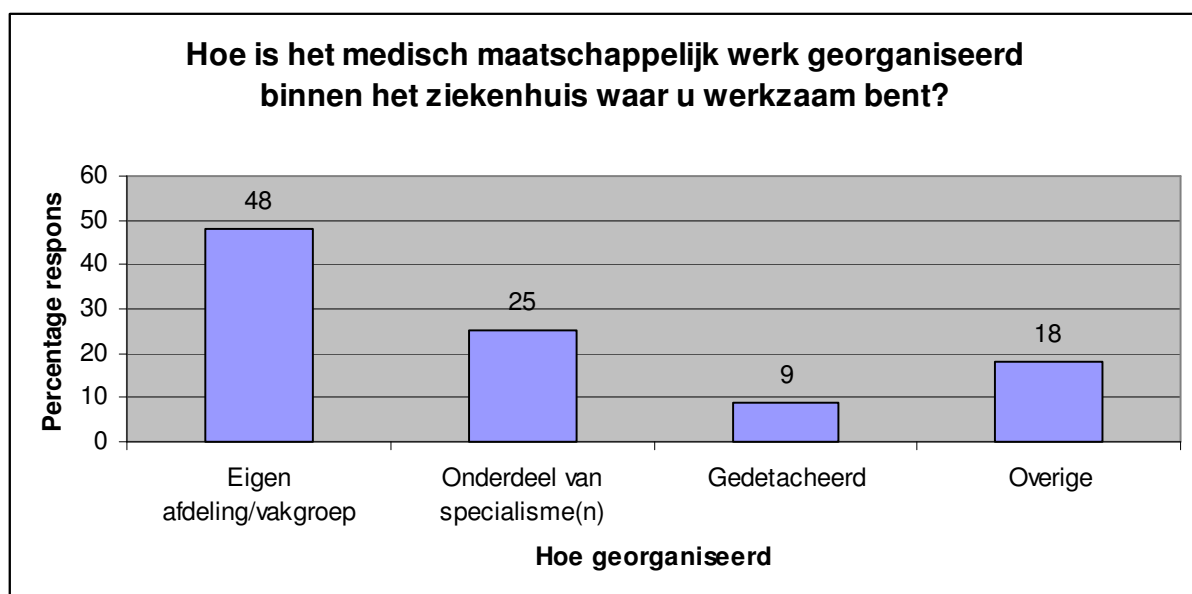
4.2.4 Organisatie van het medisch maatschappelijk werk

Deze vraag is door 44 respondenten beantwoord. Dit is 35,2% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

In figuur 2 wordt weergegeven hoe het mmw per ziekenhuis georganiseerd is. In 48% van de ziekenhuizen (21 respondenten) heeft het mmw een eigen afdeling/vakgroep. Vanuit deze afdeling/vakgroep zijn de mmw-ers inzetbaar binnen het gehele ziekenhuis. In 25% van de ziekenhuizen (11 respondenten) is het mmw onderdeel van verschillende medisch specialismen. Iedere mmw-er is inzetbaar voor zijn/haar eigen specialisme(n). In 9% (4 respondenten) is het mmw gedetacheerd.

18% (8 respondenten) heeft aangegeven dat het mmw op een 'overige' manier is georganiseerd. 75% (6 respondenten) heeft een toelichting gegeven bij deze vraag, namelijk:

- Het mmw is verdeeld over verschillende sectoren
- Het mmw werkt vanuit eigen expertise teams
- Het mmw is onderdeel van psychosociale zorg (deze toelichting werd twee keer gegeven)
- Divisiestructuur
- Het mmw wordt ingehuurd vanuit de ondernemingen van de mmw-ers.

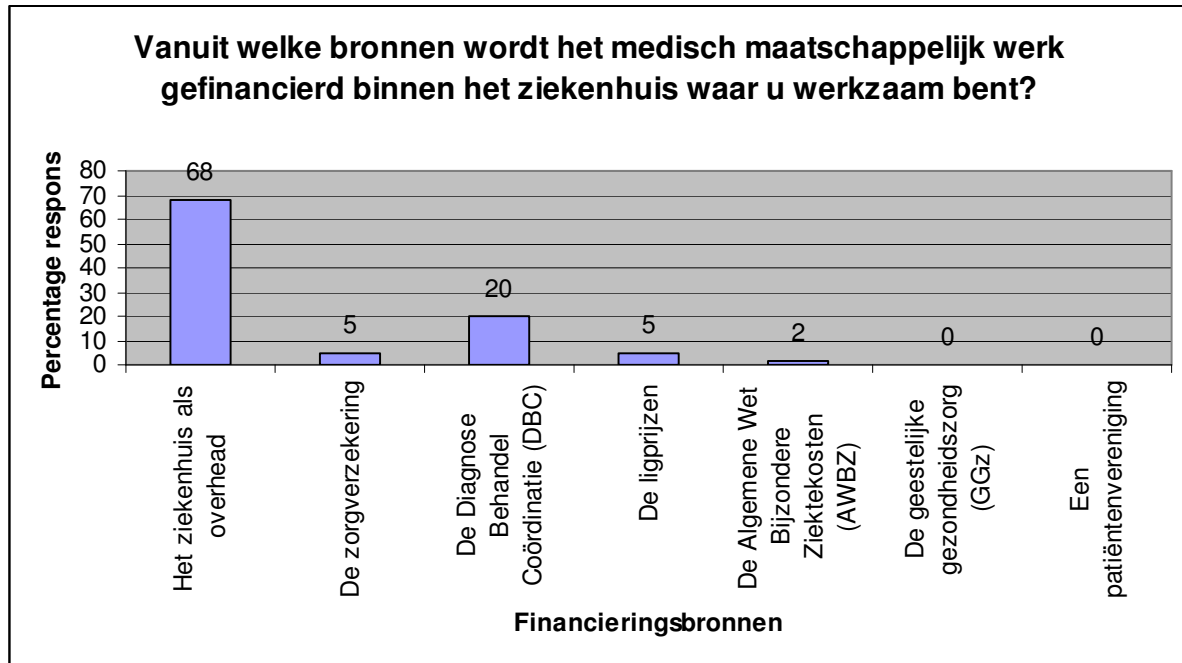


Figuur 2. Hoe is het mmw georganiseerd binnen het ziekenhuis

4.2.5 Financiering van het medisch maatschappelijk werk

Deze vraag is door 41 respondenten beantwoord. Dit is 32,8% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

In de meeste gevallen, namelijk 68% (28 respondenten), wordt het mmw gefinancierd door het ziekenhuis als overhead. In geen van de gevallen wordt het mmw gefinancierd door een patiëntenvereniging of door de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz). In figuur 3 zijn de procentuele waarden te zien van de gegeven antwoorden.



Figuur 3. Financieringsbronnen

4.2.6 Groepswork

Deze vraag is door 41 respondenten beantwoord. Dit is 32,8% van het totaal (125). Deze vraag is representatief.

85% (35 respondenten) geeft aan dat er binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn groepswork plaatsvindt waar mmw-ers bij betrokken zijn. 15% (6 respondenten) geeft aan dat er geen groepswork plaatsvindt. Het is opvallend dat alle respondenten (6) die aangeven dat er geen groepswork plaatsvindt in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn, wel behoefte hebben aan een uitbreiding van het groepsaanbod. Wij trekken hieruit de conclusie dat er, in de ziekenhuizen waar momenteel geen groepswork uitgevoerd wordt, wel behoefte is aan groepswork.

Er is geen verband te zien tussen het aantal mmw-ers dat werkzaam is in het betreffende ziekenhuis, en het al dan niet uitvoeren van groepswork. Wij trekken hieruit de conclusie dat het aantal werkzame mmw-ers niet bepalend is voor de keuze om wel- of geen groepswork uit te voeren.

4.2.7 Uitvoering groepswork om financiële redenen?

Deze vraag is door 24 respondenten beantwoord. Dit is 19,2% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

De meerderheid, namelijk 58% (14 respondenten), geeft aan dat er volgens hen voor het ziekenhuis geen financiële reden is om groepswork te geven. 42% (10 respondenten) geeft aan dat dit wel het geval is. De 42% (10 respondenten) waar groepswork om financiële redenen wordt uitgevoerd, geeft hierbij de volgende toelichtingen:

- 40% (4 respondenten): groepswork is geldbesparend (meer mensen in minder tijd)
- 30% (3 respondenten): geeft geen reden weer
- 20% (2 respondenten): groepswork wordt door de zorgverzekeraar vergoed

- 10% (1 respondent): groepswork levert geld op

Verband tussen wel- of geen groepswork en wel- of geen financiële reden voor de uitvoering van groepswork:

- De groep respondenten die wel betrokken is bij de uitvoering van groepswork en die de vraag over de financiële redenen hebben beantwoord (18), geeft het volgende aan:
Een kleine meerderheid, 61% (11 respondenten), geeft aan dat het uitvoeren van groepswork voor het ziekenhuis géén financiële reden heeft.
- De groep respondenten (6) die niet betrokken is bij de uitvoering van groepswork en die de vraag over de financiële redenen hebben beantwoord, geven het volgende aan:
50% (3 respondenten) geeft aan dat er voor het ziekenhuis geen financiële redenen zijn voor de uitvoering van groepswork. De andere 50% (3 respondenten) geeft echter aan dat er voor het ziekenhuis wél financiële redenen meewegen bij de keuze om groepswork uit te voeren.

4.2.8 Redenen waarom er geen groepswork plaatsvindt

Deze vraag is door 6 respondenten beantwoord van de 6 die voor deze vraag in aanmerkingen kwamen. Dit is 100%. Deze vraag is representatief.

In de vragenlijst hebben we aan de hand van zes factoren gevraagd of deze wel of niet relevant zijn voor de reden waarom er geen groepswork plaatsvindt. De 6 respondenten hebben deze vraag als volgt beantwoord:

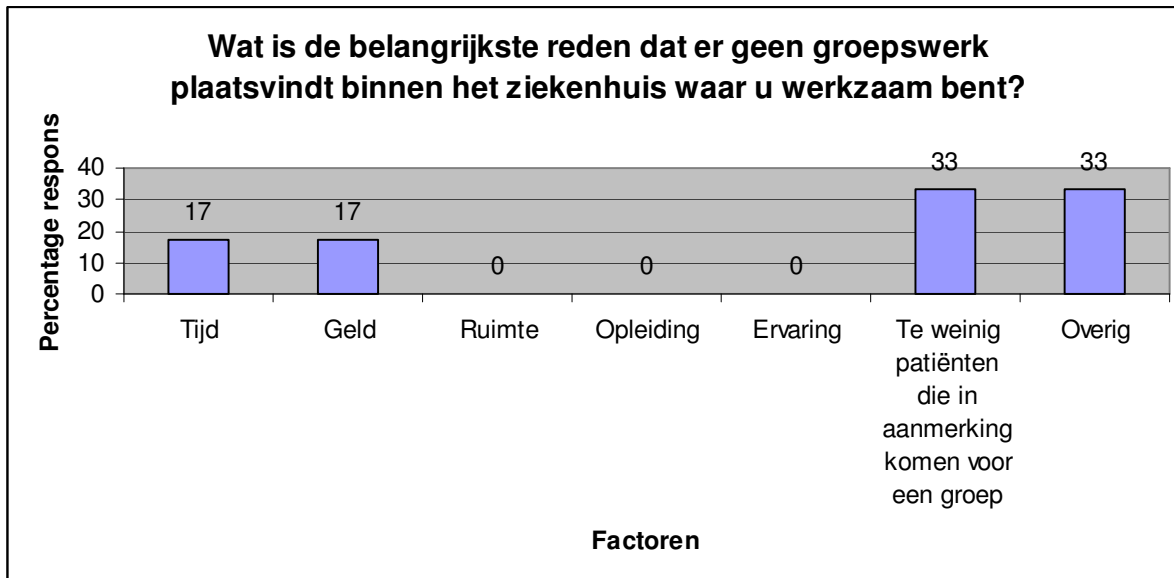
Redenen die *wel* relevant zijn:

- Geld: 66% (4 respondenten) geeft aan dat geld ervaren wordt als een relevante reden waarom er geen groepswork plaatsvindt. De andere 34% (2 respondenten) geeft aan dat geld geen relevante reden is.
- Te weinig patiënten die in aanmerking komen voor een groep: 66% (4 respondenten) geeft aan dat 'te weinig patiënten' een relevante reden is waarom er geen groepswork plaatsvindt. De andere 34% (2 respondenten) geeft aan dat dit geen relevante reden is.

Redenen die *niet* relevant zijn:

- Ruimte: 83% (5 respondenten), geeft aan dat ruimte niet als een relevante reden wordt gezien waarom er geen groepswork plaatsvindt. De andere 17% (1 respondent) geeft aan dat ruimte wel een relevante reden is.
- Ervaring: 83% (5 respondenten) geeft aan dat ervaring niet als een relevante reden wordt gezien waarom er geen groepswork plaatsvindt. De andere 17% (1 respondent) geeft aan dat ervaring wel een relevante reden is.
- Tijd: 66% (4 respondenten) geeft aan dat tijd niet gezien wordt als een reden waarom er geen groepswork plaatsvindt. De andere 34% (2 respondenten) geeft aan dat tijd wel een relevante reden is.
- Opleiding: 66% (4 respondenten) geeft aan dat opleiding niet als een relevante reden wordt gezien waarom er geen groepswork plaatsvindt. De andere 34% (2 respondenten) geeft aan dat opleiding wel een relevante reden is.

Na voorgaande vraag hebben we de respondenten de vraag gesteld wat volgens hen de belangrijkste reden is waarom er geen groepswork plaatsvindt (zie figuur 4). Op deze vraag beantwoordt 33% (2 respondenten) dat er te weinig patiënten in aanmerking komen voor een groep, en 33% (2 respondenten) geeft aan dat er overige redenen zijn, zoals: *"er is geen echte reden voor, altijd zo geweest"* (Citaat respondent, 2010). De overige 33% (2 respondenten) heeft aangegeven dat tijd en geld de belangrijkste redenen zijn om geen groepswork uit te voeren.



Figuur 4. Reden geen groepswerk

4.2.9 Grootte van het groepsaanbod per ziekenhuis

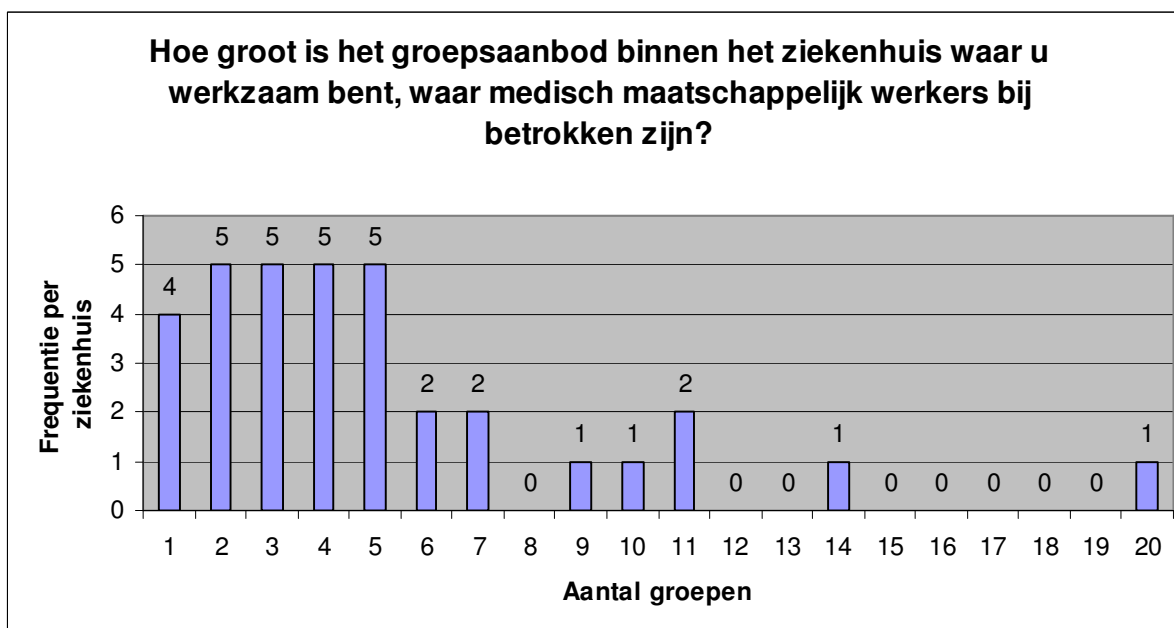
Deze vraag is door 32 respondenten beantwoord van de 41 die voor deze vraag in aanmerking kwamen. Dit is 78%. Deze vraag is representatief.

De grootte van het groepsaanbod dat binnen Nederlandse ziekenhuizen plaatsvindt is erg verschillend.

In figuur 5 is de verdeling te zien zoals deze uit de vragenlijst naar voren kwam.

49% (20 respondenten) geeft aan dat er binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn 2 tot en met 5 groepen aangeboden worden.

Wij, als onderzoekers, willen benadrukken dat onderstaande grafiek een weergave is van de antwoorden door de respondenten die op onze vragenlijst gereageerd hebben, en dus geen feitelijke weergave is van de huidige situatie van groepswerk in alle Nederlandse ziekenhuizen. Wij denken namelijk dat er wel ziekenhuizen zullen zijn, die bijvoorbeeld 8 of 12 groepen geven, wat uit deze grafiek niet blijkt.



Figuur 5. Grootte groepsaanbod

4.2.10 Details over de verschillende groepen (vraag 11 t/m 30)

Deze vraag is door 17 respondenten beantwoord van de 41 die voor deze vraag in aanmerkingen kwamen. Dit is 41%. Deze vraag is representatief.

Deze vraag zou dus procentueel gezien als representatief gelden, maar doordat deze vraag door slechts 12% (5 respondenten) geheel is ingevuld, is deze vraag niet representatief.

Omdat in deze vraag is gevraagd naar feitelijke gegevens, kunnen deze gegevens wel gebruikt worden voor de inventarisatie naar wat er op dit moment aan groepswork is in het mmw.

Deze vraag ging over specifieke informatie per groep, zoals:

- De naam van de groep
- Het doel van de groep
- Het aantal deelnemers
- Binnen welk specialisme de groep wordt gegeven
- De betrokken disciplines
- Hoe vaak de groep wordt gegeven

Groepswork vindt plaats binnen de volgende specialismen (*meerdere antwoorden per respondent*):

- Cardiologie (hart- en vaatziekten): komt 15 keer voor.
- Reumatologie (reumatische aandoeningen): komt 8 keer voor.
- Nefrologie (nieraandoeningen): komt 5 keer voor.
- Oncologie (kwaadaardige gezwellen/kanker): komt 3 keer voor.
- Longafdeling (longaandoeningen): komt 2 keer voor.
- Neurologie (ziekten aan het zenuwstelsel): komt 2 keer voor.
- MDL (maag, darm en lever): komt 1 keer voor.
- Neonatologie (speciale hulp aan pasgeborenen): komt 1 keer voor.
- Obstetrie (gynaecologie/verloskunde): komt 1 keer voor.
- Schisis (aangeboren afwijking aan lip, kaak of gehemelte): komt 1 keer voor.
- Voortplantingsgeneeskunde (ongewenste kinderloosheid): komt 1 keer voor.

Men noemt daarbij onder andere de volgende soorten groepen: Herstel en Balans groepen, de PEP-module en revalidatie groepen. De doelen daarbij zijn: psycho-educatie/voorlichting, verwerking, leren omgaan met, lotgenoten contact, revalidatie/herstel, preventie en behandeling/gedragsverandering.

Het aantal deelnemers dat minimaal/maximaal kan deelnemen aan de groep is vrij divers. Minimaal zijn er 4 deelnemers en maximaal zijn er 25 deelnemers per groep. Gemiddeld varieert het aantal deelnemers tussen de 6 en 12.

Het uitvoeren van het groepswork gebeurt veelal in samenwerking met andere disciplines. Slechts 15 groepen van de 46 worden alleen gegeven door één of meerdere mmw-ers. Andere disciplines waarmee samengewerkt wordt zijn: psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, (specialistische) verpleegkundigen, artsen en geestelijk verzorgers.

Op de vraag of het doel van de groep bereikt wordt, gaf 81% (29 van de 36 respondenten) aan dat het doel van de groep altijd wordt bereikt. 19% (7 van de 36 respondenten) gaf de volgende antwoorden:

- het doel wordt soms/meestal bereikt;
- heeft deze vraag niet beantwoord.

In bijlage F is een overzicht te vinden wat er per respondent geantwoord is.

4.2.11 Meerwaarde van groepswork

Deze vraag is door 24 respondenten beantwoord. Dit is 19,2% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

75% (18 respondenten) vindt dat groepswork een toegevoegde waarde heeft ten opzichte van individuele hulpverlening. 25% (6 respondenten) vindt dit niet.

De 75% (18 respondenten) die vindt dat groepswork wel een meerwaarde heeft ten opzichte van individuele hulpverlening, geeft hiervoor de volgende redenen:

- 50% (9 respondenten): herkenning en erkenning, lotgenotencontact, leren van elkaar is een meerwaarde
- 28% (5 respondenten): heeft geen toelichting ingevuld
- 22% (4 respondenten): geeft overige, uiteenlopende redenen, namelijk:
 - Levert ook geld op.
 - Tijdsbesparing.
 - Wordt inmiddels vergoed.
 - Financieel aantrekkelijker.

De 25% (6 respondenten) die vindt dat groepswork geen meerwaarde heeft ten opzichte van individuele hulpverlening, geeft hiervoor de volgende redenen:

- 17% (1 respondent): vindt dat beide hulpverleningsvormen hun eigen meerwaarde hebben.
- 33% (2 respondenten): geeft overige, uiteenlopende redenen, namelijk:
 - groepswork is niet voor iedereen geschikt
 - 'Wat echt de patiënt bezighoudt en vertrouwd is er niet uitkomt.' (Citaat respondent, 2010)
- 50% (3 respondenten): vindt dat de meerwaarde van beide hulpverleningsvormen per persoon en per situatie verschilt.

Verband tussen de meerwaarde van groepswork en de grootte van het groepsaanbod:

Het is volgens de onderzoekers opvallend dat de meerwaarde die aan groepswork toegeschreven wordt blijkbaar geen invloed heeft op de grootte van het groepsaanbod van een ziekenhuis. Met andere woorden: het groepsaanbod is niet groter in de ziekenhuizen waar groepswork wel als meerwaarde wordt gezien.

4.2.12 Wensen en/of behoeften

Deze vraag is door 24 respondenten beantwoord. Dit is 19,2% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

21% (5 respondenten) geeft aan dat zij geen wensen en/of behoeften hebben op het gebied van groepswork.

79% (19 respondenten) geeft aan dat zij wensen en/of behoeften hebben op gebied van groepswork, namelijk:

- 42% (10 respondenten) geeft aan dat zij behoeften hebben aan het uitwisselen van ervaringen en informatie, methodiekbespreking en het geven van tips en advies aan elkaar.
- 21% (5 respondenten) geeft aan dat zij behoeften hebben aan deskundigheidsbevordering.
- 17% (4 respondenten) geeft aan dat zij behoeften hebben aan een overzicht van wat er in de verschillende ziekenhuizen in Nederland is op gebied van groepswork: wat wordt waar gegeven en wat is de rol van de mmw-er binnen groepswork?
- 8% (2 respondenten) geeft aan dat zij behoeften hebben aan het volgen van cursussen en het bijwonen van congressen op het gebied van groepswork.
- 8% (2 respondenten) geeft aan dat zij behoeften hebben aan 'overige': wetenschappelijke artikelen, een vraagbaak voor groepswork uitgevoerd door mmw-ers en informatie ten aanzien van vergoeding voor groepswork.
- 4% (1 respondent) geeft aan behoefte te hebben aan updates op het gebied van groepswork.

Er werd in de vragenlijst niet naar een toelichting gevraagd, wanneer men aangaf geen wensen en/of behoeften te hebben op gebied van groepswork. De reden daarvan is dus onbekend.

4.2.13 Het signaal

Deze vraag is door 24 respondenten beantwoord. Dit is 19,2% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

Het signaal dat er steeds meer groepswerk plaats zou vinden in Nederlandse ziekenhuizen wordt door 58% (14 respondenten) herkend. 42% (10 respondenten) herkent dit signaal niet.

De 58% (14 respondenten) die het signaal herkende, gaf onderstaande redenen voor deze toename weer:

- 21% (3 respondenten): Lotgenotencontact wordt als meerwaarde ervaren door patiënten, herkenning/erkenning/uitwisselen van ervaringen/geven van tips en adviezen aan elkaar
- 14% (2 respondenten): Groepswerk is effectiever en efficiënter¹¹
- 36% (5 respondenten): Benoemt bovenstaande factoren beiden als oorzaak. Effectiever en efficiënter én groepswerk wordt als meerwaarde ervaren door patiënten.
- 29% (4 respondenten): geeft overige oorzaken weer, namelijk:
 - De vraag vanuit de patiëntengroep is groter (twee keer benoemd).
 - Groepswerk heeft meer variatiemogelijkheden.
 - Positieve resultaten.

4.2.14 Vindt men de toename een positieve ontwikkeling?

Deze vraag is door 14 respondenten beantwoord van de 14 die voor deze vraag in aanmerking kwam. Dit is 100%. Aangezien de vorige vraag door een niet representatief deel van de ondervraagden is ingevuld, is deze vraag ook niet representatief.

93% (13 respondenten) die het signaal over de toename van groepswerk herkende, vindt dit een positieve ontwikkeling. 7% (1 respondent) vindt dit niet.

De 93% (13 respondenten) die de toename als positief ervaart, geeft hiervoor de volgende redenen:

- 31% (4 respondenten): groepswerk heeft een meerwaarde voor de patiënten
- 23% (3 respondenten): groepswerk is effectiever: kosten- en tijdbesparend.
- 46% (6 respondenten): geeft overige, verschillende, redenen.

De 7% (1 respondent) die de toename als negatief ervaart, vindt dat groepswerk ten koste gaat van individuele begeleiding.

4.2.15 Vindt men een toename van het groepsaanbod, binnen het ziekenhuis waar men werkzaam is, gewenst?

Deze vraag is door 16 respondenten beantwoord. Dit is 12,8% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

Bij de volgende twee vragen werd de respondenten gevraagd naar hun mening wat betreft een toename van groepswerk. Er werd gevraagd of de respondenten een toename van groepswerk binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn, gewenst vinden.

De vraag die hierop volgde was of een toename van groepswerk in Nederlandse ziekenhuizen gewenst is. (Dus niet specifiek binnen het ziekenhuis waar de betreffende respondent werkzaam is).

87% (14 respondenten) die deze vraag beantwoord heeft, vindt het gewenst dat het groepsaanbod waar het mmw bij betrokken is, zich binnen 'hun' ziekenhuis nog verder uitbreidt. 13% (2 respondenten) vindt dit niet gewenst.

¹¹ Effectiever en efficiënter houdt in dat zij vinden dat er meer patiënten in minder tijd behandeld kunnen worden, wat tijd en geld zou kunnen besparen.

De 87% (14 respondenten) die het wel gewenst vindt dat het groepswerk zich verder uitbreidt, geeft hiervoor de volgende redenen:

- 36% (5 respondenten): Er zijn meer doelgroepen waar nog geen groepswerk uitgevoerd wordt, maar waar wel groepswerk uitgevoerd zou kunnen- en moeten worden.
- 14% (2 respondenten): Omdat er, binnen het ziekenhuis waar zijzelf werkzaam zijn, nog geen groepswerk uitgevoerd wordt.
- 50% (7 respondenten): Geeft verschillende, uiteenlopende, redenen, zoals:
"Wij hebben de eerste bijeenkomsten geëvalueerd en de deelnemers zijn erg tevreden, wij zijn nog in de ontwikkelings- en onderzoeksfase voor uitbreiding." (Citaat respondent, 2010)
"Er wordt nu vooral op persoonlijk initiatief veel georganiseerd. Organisatiebreed zou er wat mij betreft duidelijker beleid mogen komen." (Citaat respondent, 2010).

De 13% (2 respondenten) die vindt dat het groepsaanbod zich niet verder uit moet breiden, geeft hiervoor de volgende redenen:

- 'Ik heb het idee dat we de groepen die we nodig hebben, bereiken.' (Citaat respondent, 2010)
- 'Voorlopig lijkt dit voldoende, groepswerk vergt veel voorbereiding.' (Citaat respondent, 2010)

4.2.16 Vindt men een toename van groepswerk, binnen Nederlandse ziekenhuizen, gewenst?

Deze vraag is door 22 respondenten beantwoord. Dit is 17,6% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

82% (18 respondenten) vindt een toename van groepswerk binnen Nederlandse ziekenhuizen, waar mmw-ers bij betrokken zijn, gewenst. 18% (4 respondenten) vindt dit niet.

De 82% (18 respondenten) die een toename wél gewenst vindt, geeft hiervoor de volgende redenen:

- 33% (6 respondenten): geeft verschillende, uiteenlopende redenen zoals: omdat men vindt dat men in moet blijven spelen op maatschappelijk ontwikkelingen en omdat maatschappelijk werk volgens hen voor mensen laagdrempelig benaderbaar is.
- 28% (5 respondenten): heeft geen toelichting ingevuld.
- 22% (4 respondenten): vindt een toename gewenst vanwege de meerwaarde van groepswerk en lotgenotencontact voor patiënten.
- 17% (3 respondenten): vindt een toename van groepswerk gewenst, omdat zij vinden dat groepswerk efficiënter is: geld- en tijdbesparend.

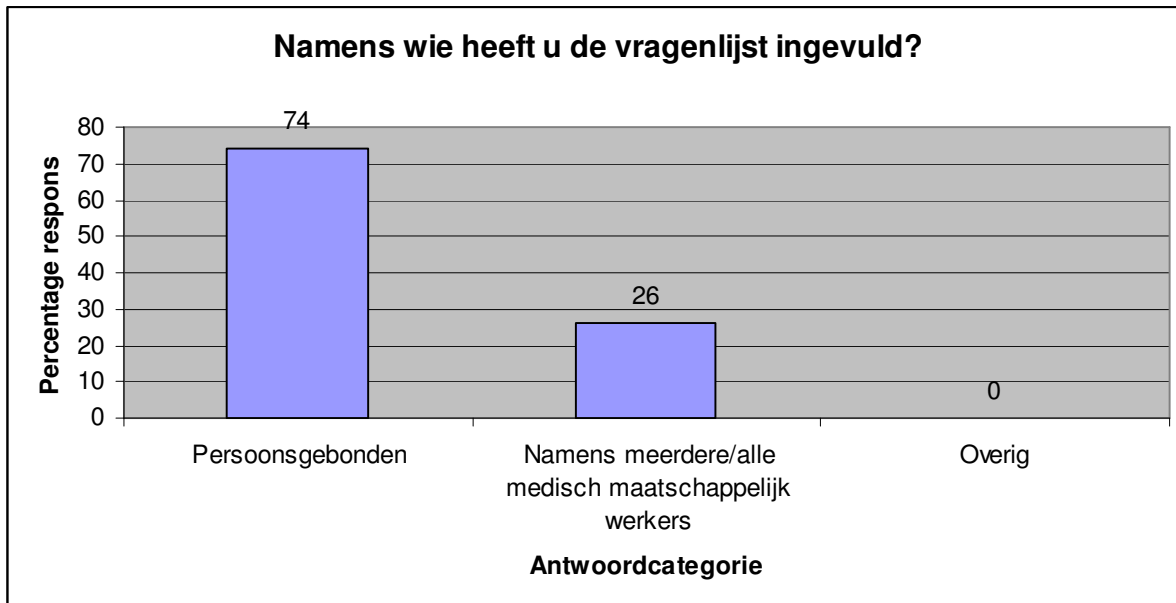
De 50% (2 respondenten) die een toename van groepswerk binnen het mmw niet gewenst vindt, geeft aan dat het huidige aanbod al voldoende is. De overige 50% (2 respondenten) geeft de volgende redenen, namelijk:

- Er is geen behoefte aan groepswerk.
- Men is niet op de hoogte van het huidige aanbod.

4.2.17 Namens wie de vragenlijst is ingevuld

Deze vraag is door 19 respondenten beantwoord. Dit is 15,2% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

De online vragenlijst is door 74% (14 respondenten) persoonsgebonden ingevuld; de gegeven antwoorden hebben alleen betrekking op de werkzaamheden van de betreffende respondent. 26% (5 respondenten) heeft de vragenlijst namens meerdere/alle mmw-ers ingevuld; de gegeven antwoorden hebben betrekking op de afdeling/vakgroep mmw (zie figuur 6).



Figuur 6. Namens wie de vragenlijst is ingevuld

4.2.18 Andere vragen, opmerkingen en/of suggesties

Deze vraag is door 20 respondenten beantwoord. Dit is 16% van het totaal (125). Deze vraag is niet representatief.

Hoewel deze vraag niet representatief is, kunnen de gegeven antwoorden wel gebruikt worden, aangezien hier vragen opmerkingen en/of suggesties worden weergegeven.

74% (15 respondenten) geeft aan dat zij geen vragen, opmerkingen en/of suggesties heeft op het gebied van groepswork. 26% (5 respondenten) geeft aan dat zij wel vragen, opmerkingen en/of suggesties heeft, namelijk:

- Men ontvangt graag de conclusies van dit onderzoek (drie keer benoemd).
- Men heeft behoefte aan een overzicht van wat er landelijk per ziekenhuis is op gebied van groepswork.
- Men heeft behoefte aan bijscholing en advies voor het opstarten van groepen.

4.3 Eindconclusie: beantwoording vraagstelling

We eindigen de conclusie met het beantwoorden van de vraagstelling van het kwantitatieve onderzoeksdeel. Deze vraagstelling luidt:

Vraagstelling

'In welke mate wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn?'

Deelvragen

1. Hoeveel groepswork wordt er gegeven?
2. Wat voor soort groepen worden er gegeven?
3. Binnen welke specialismen vindt er groepswork plaats?
4. Met welke frequentie wordt er groepswork gegeven?
5. Herkennen de mmw-ers het signaal over de toename van groepswork?
6. Valt er 'winst' te behalen met groepswork (inhoudelijk voor de cliënt en financieel voor het ziekenhuis).

In welke mate wordt er binnen Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven, waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn?

Van de 41 respondenten geeft 85% (35 respondenten) aan dat er binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn groepswork plaatsvindt waar mmw-ers bij betrokken zijn. 15% (6 respondenten) geeft aan dat er geen groepswork plaatsvindt. Het antwoord op deze vraag is representatief, waardoor wij, als onderzoekers, concluderen dat er in de meeste Nederlandse ziekenhuizen groepswork wordt gegeven, waar mmw-ers bij betrokken zijn.

Wij zijn echter verbaasd dat men de reden 'te weinig patiënten die in aanmerking komen voor een groep' ziet als de belangrijkste reden waarom er geen groepswork wordt uitgevoerd (paragraaf 4.2.8 p.30). De reden waarom dit ons heeft verbaasd, is omdat uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat er verschillende soorten groepen zijn binnen veel verschillende soorten specialismen/patiënten groepen. We vragen ons daarom ook af of- en in hoeverre deze aangegeven reden waarheidsgetrouw is.

1. Hoeveel groepswork wordt er gegeven?

Gemiddeld worden er 5 groepen per ziekenhuis gegeven. Het aantal groepen dat wordt uitgevoerd, ligt tussen de 0 en 20 groepen. 20 groepen was echter het maximale aantal dat in de vragenlijst kon worden ingevuld. Het antwoord dat het meest is ingevuld op deze vraag, is dat er binnen het ziekenhuis 2 tot en met 5 groepen aangeboden worden (63%: 20 respondenten).

2. Wat voor soort groepen worden er gegeven?

De soorten groepen die uit ons onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn:

- Gedragsveranderingsgroepen; bijvoorbeeld een groep voor vrouwen met overgewicht en PCO-syndroom¹², die een kinderwens hebben. Het doel daarbij is gewichtsvermindering. Of bijvoorbeeld een groep voor hartpatiënten die moeten leren hun gedrag aan te passen ten gevolge van hun aandoening.
- Groepen voor psycho-educatie; bijvoorbeeld een informatiemodule voor hartrevalidatie patiënten, een groep voor mensen met ontstekingsreuma of een groep voor oncologiepatiënten.
- Herstelgroepen; bijvoorbeeld Herstel & Balans groepen voor oncologiepatiënten.
- 'Leren omgaan met' groepen; bijvoorbeeld leren omgaan met hartfalen of leren omgaan met fibromyalgie.
- Lotgenotencontactgroepen; bijvoorbeeld een groep voor hartfalen, een groep voor mensen met schisis of een groep voor mensen met peritoneale dialyse¹³.
- Preventiegroepen; bijvoorbeeld een groep 'Werken aan reuma'. 'Meer kennis en inzicht in leren omgaan met reumatische diagnose: wetenschappelijk is aangetoond dat patiënten die preventief kennis wordt overgedragen minder gebruik maken van de gezondheidszorg omdat ze zelfredzamer zijn geworden.' (Citaat respondent, 2010)
- Revalidatiegroepen; bijvoorbeeld voor hartrevalidatie of longrevalidatie.
- (Rouw-)verwerkingsgroepen; bijvoorbeeld een groep voor ouders van overleden kinderen.
- Stressmanagementgroepen; bijvoorbeeld de PEP-modulen van de hartrevalidatie, of voor patiënten met diabetes.
- Voorlichtingsgroepen; bijvoorbeeld voor longrevalidatie of longgroepen.

Alle gegeven antwoorden zijn terug te vinden in bijlage F.

3. Binnen welke specialismen vindt er groepswork plaats?

In de online vragenlijst werd aangegeven dat groepswork plaatsvindt binnen de volgende specialismen:

- Cardiologie (hart- en vaatziekten): komt 15 keer voor.
- Reumatologie (reumatische aandoeningen): komt 8 keer voor.
- Nefrologie (nieraandoeningen): komt 5 keer voor.
- Oncologie (kwaadaardige gezwellen/kanker): komt 3 keer voor.
- Longafdeling (longaandoeningen): komt 2 keer voor.
- Neurologie (ziekten aan het zenuwstelsel): komt 2 keer voor.

¹² PCO-syndroom is de afkorting van Polycysteus ovariumsyndroom. Dit is een vaak gediagnosticeerde endocrinopathie bij vrouwen en is de meest voorkomende vorm van anovulatoire onvruchtbaarheid, die 1% tot 5% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd treft. (Barnett *et al.*, 2005, p.289)

¹³ Dit is het reinigen van het bloed met behulp van het eigen buikvlies. De chirurg legt hiervoor een katheter door de buikwand heen in de buikholte. (Internet (z.d.). *Groene Hart Ziekenhuis*. Geraadpleegd op 28 mei 2010 van <http://www.ghz.nl> zoekwoord: Peritoneale Dialyse)

- MDL (maag, darm en lever): komt 1 keer voor.
- Neonatologie (speciale hulp aan pasgeborenen): komt 1 keer voor.
- Obstetrie (gynaecologie/verloskunde): komt 1 keer voor.
- Schisis (aangeboren afwijking aan lip, kaak of gehemelte): komt 1 keer voor.
- Voortplantingsgeneeskunde (ongewenste kinderloosheid): komt 1 keer voor.

Alle gegeven antwoorden zijn terug te vinden in bijlage F.

4. Met welke frequentie wordt er groepswork gegeven?

De frequentie waarmee groepen worden gegeven verschilt. Dit varieert van één keer per twee weken tot één keer per jaar. De meest voorkomende frequentie waarin eenzelfde groep wordt gegeven, is 4 keer per jaar.

Alle gegeven antwoorden zijn terug te vinden in bijlage F.

5. Herkennen de mmw-ers het signaal over de toename van groepswork?

Het signaal over de toename van groepswork wordt door 58% (14 respondenten) herkend. 42% (10 respondenten) herkent dit signaal niet. Deze vraag is door 24 respondenten beantwoord. De uitkomst op deze vraag is niet representatief.

6. Valt er 'winst' te behalen met groepswork (inhoudelijk voor de cliënt en financieel voor het ziekenhuis)?

Uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat een kleine meerderheid van de respondenten, namelijk 58% (14 respondenten), heeft aangegeven dat er voor het ziekenhuis geen financiële reden is om groepswork uit te voeren. De respons op deze vraag is 19% (24 respondenten) en is hierdoor niet representatief. Hierdoor kunnen wij geen relevante conclusie(s) trekken.

5. Kwalitatieve onderzoeksresultaten en conclusies

5.1 Inleiding

Het tweede deel van het onderzoek richtte zich op de kwalitatieve vraag:

'Hoe wordt het groepswerk momenteel gegeven, van welke methodieken wordt er gebruik gemaakt en wat zijn de behoeften van medisch maatschappelijk werkers aan scholing en/of deskundigheidsbevordering rondom het geven van groepswerk?'

De conclusies in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op interviews met acht mmw-ers, die werkzaam zijn in een Nederlands ziekenhuis. Vier van hen zijn lid van de NVMW.

In overleg met de opdrachtgever hebben wij, door middel van een steekproef onder ziekenhuizen in de provincies Gelderland en Utrecht, zes ziekenhuizen getrokken. In elk daarvan hebben we één mmw-er geïnterviewd. De twee andere geïnterviewde mmw-ers hebben wij op advies van de opdrachtgever benaderd voor een interview, vanwege hun specifieke kennis met betrekking tot (groepswerk in het) mmw. Dit met de intentie dat zij mogelijk nog specifieke aanvullende informatie zouden kunnen opleveren voor het onderzoek. De ziekenhuizen waar de acht mmw-ers die wij interviewden werkzaam zijn, bestaan uit vier algemene- twee categorale ziekenhuizen en twee UMC's.

- In één ziekenhuis vindt geen groepswerk plaats.
- In zeven ziekenhuizen wordt wel groepswerk uitgevoerd.

Echter, bij één van de zeven ziekenhuizen die wel groepswerk uitvoerden, was sprake van een definitieverschil. De onderzoekers rekenden voorlichting- en informatiegroepen namelijk *wel* tot groepswerk, en de betreffende mmw-er deed dit niet. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de gegevens uit dit interview te verwerken volgens hun definitie; dus de voorlichting- en informatiegroepen van dit betreffende ziekenhuis zijn *wel* meegenomen als zijnde groepswerk. In hoofdstuk 2: Analyse van de vraag, (paragraaf 2.4.2, p.19) staat de definitie genoemd zoals wij hem hanteren.

Kortom: in dit hoofdstuk wordt gesproken over zeven ziekenhuizen met- en één ziekenhuis zonder groepswerk. De conclusie is geschreven aan de hand van thema's die gebruikt zijn bij het opstellen van de vragenlijst. We willen benadrukken dat deze conclusie gebaseerd is op de resultaten van het onderzoek en onze visie daarop. De volledige resultaten zijn anoniem verwerkt. We sluiten dit hoofdstuk af met het beantwoorden van de kwalitatieve vraagstelling.

5.2 Resultaten en conclusies

5.2.1 Indeling van het medisch maatschappelijk werk

De wijze waarop het mmw in de ziekenhuizen is georganiseerd, is in elk ziekenhuis anders. We beschrijven hier kort hoe de indelingen eruit zien in de ziekenhuizen waar interviews plaatsvonden.

Eén van de mmw-ers vertelt dat hun team een eigen afdeling heeft, en dat zij van daaruit werken op ieders aandachtsgebied/specialisatie.

Een ander ziekenhuis heeft ook een afdeling mmw, maar heeft daarnaast voor bepaalde specifieke zorgafdelingen (zoals psychiatrie) een vaste mmw-er aangesteld. De andere mmw-ers zijn hier niet gekoppeld aan een specialisme en zijn zowel klinisch- als poliklinisch vrij inzetbaar. In de praktijk blijkt dat zich in de loop der tijd een natuurlijke 'verdeling' ontwikkelt.

Het derde ziekenhuis heeft een eigen afdeling mmw, maar de mmw-ers werken van daaruit voor bepaalde specialismen, die gekoppeld zijn tot clusters (of: groepen). In het vierde ziekenhuis wordt ook gewerkt met clusters. Dit ziekenhuis heeft geen maatschappelijk werkafdeling, maar er zijn per cluster vaste teams van mmw-ers. Een manager coördineert het mmw overkoepelend.

In het vijfde ziekenhuis werken de mmw-ers los van elkaar, verspreid over verschillende locaties, afhankelijk van het aantal fte¹⁴ dat per afdeling/locatie beschikbaar werd gesteld. De mmw-ers hebben sinds kort een vakgroep opgesteld waarin zij elkaar ontmoeten.

Ook is er een ziekenhuis waar de mmw-ers een team vormen en voortdurend intensief samenwerken. Het zevende ziekenhuis heeft een eigen afdeling mmw. Iedere mmw-er wordt ingezet op zijn/haar eigen doelgroep, maar het team is, wanneer nodig, ook flexibel inzetbaar.

In het laatste ziekenhuis werken alle mmw-ers voor eigen specialisaties. Binnen deze specialisaties zijn meerdere mmw-ers die intensief met elkaar samenwerken.

Kortom: in zes van de acht ziekenhuizen werken mmw-ers voor een 'vaste' specialisatie/afdeling/aandachtsgebied. Vaak 'horen' een aantal specialismen bij elkaar, wat betekent dat een mmw-er voor meerdere deelspecialismen verantwoordelijk is. In vijf van de deze acht ziekenhuizen is er een afdeling mmw/psychische zorg te vinden als centrale werkplek. De mmw-ers verspreiden zich vanuit hier door het ziekenhuis, vaak naar de eigen aandachtsgebieden. In twee van de acht ondervraagde ziekenhuizen zijn de mmw-ers vrij inzetbaar.

5.2.2 Registratie

Uit de interviewgesprekken werd de indruk gewekt dat de registratie van het mmw per ziekenhuis sterk verschilt. Onder registratie wordt verstaan: het bijhouden van een administratie van gegevens over de cliënt en de hulpverlening, die "in hoofdzaak bestaat uit formulieren en kaarten." (Riet, 2003, p.92-96).

Van Riet (2003, p.92-96) benadrukt ook het grote belang dat bij een goede registratie gemoeid is, "om inzicht te verkrijgen in het werk dat binnen de instelling wordt gedaan." Om de registratie te vergemakkelijken zijn er databaseprogramma's en uniforme formulieren beschikbaar.

Op de vraag op welke wijze geregistreerd wordt werden de volgende antwoorden gegeven:

In twee ziekenhuizen wordt met een digitaal registratiesysteem gewerkt.

In twee andere wordt een papieren dossier¹⁵ bijgehouden. In één ziekenhuis houden de mmw-ers een 'eigen' administratie bij, die voornamelijk bestaat uit eigen aantekeningen. Deze gegevens worden niet in een database/dossierkast verwerkt.

Van de overige drie ziekenhuizen zijn geen gegevens over de wijze van registreren naar voren gekomen.

5.2.3 Profilering

De indruk ontstaat dat profilering van het mmw binnen het ziekenhuis een 'hot item' is. In een ander afstudeeronderzoek in opdracht van de NVMW 'Poliklinisch werken door het ziekenhuis maatschappelijk werk' (2009, p.65) wordt deze ontwikkeling ook genoemd.

Drie mmw-ers gaven aan bezig te zijn met de profilering van het mmw ten aanzien van andere disciplines. Twee van hen gaven aan naast de profilering ook bezig te zijn met het opzetten van een vakgroep 'Medisch Maatschappelijk Werk.' De laatste van deze drie, en één andere ondervraagde hadden al langer dan een jaar een vakgroep.

Er werd door de twee mmw-ers die wij op advies van de NVMW benaderden, benoemd dat het opzetten van een vakgroep binnen het ziekenhuis een bijdrage zou kunnen leveren aan de profilering van het mmw.

Door het nader uitdiepen van bepaalde thema's en het inzetten van intervisie zouden de mmw-ers uiteindelijk beter naar buiten kunnen uitdragen wie ze zijn en waar ze voor staan.

5.2.4 Samenwerking binnen het medisch maatschappelijk werk

Het blijkt dat de samenwerking met andere mmw-ers binnen hetzelfde ziekenhuis, voor vier van de acht ondervraagden met name plaatsvindt in vakgroepen. Deze vakgroepen (of de bijeenkomsten van de vakgroepen) worden binnen het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn georganiseerd, en komen één of twee keer

¹⁴ Fte staat voor fulltime-equivalent. Het is een rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of personeelssterkte kan worden uitgedrukt. Eén fte staat voor één volledige werkweek. (Internet (z.d.). *Onze taal*. Geraadpleegd op 26 mei 2010, van <http://www.onzetaal.nl>. Zoekwoord: fulltime-equivalent).

¹⁵ **dos-sier** [dosjje] *het*; *o*-s alle documenten die op een zaak betrekking hebben. (Internet (z.d.). *Van dale woordenboek*. Geraadpleegd op 27 mei 2010, van <http://www.vandale.nl>. Zoekwoord: dossier).

per maand voor. Twee van deze vier vakgroepen zijn sinds kort opgezet om de samenwerking tussen de mmw-ers onderling te bevorderen.

De andere vier van de acht ondervraagden gaven aan niet deel te nemen aan een vakgroep, maar werkten achtereenvolgens óf in een multidisciplinair overleg samen met (een) andere mmw-er(s), of de samenwerking vond op meer informele wijze op de werkvloer plaats. Het komt ook voor dat er op een vast moment overleg plaatsvindt met het mmw-team. Bij bovenstaande moet opgemerkt worden dat deelname aan een vakgroep of aan een multidisciplinair overleg elkaar niet uitsluiten.

Opvallend is dat er grote verschillen tussen de ziekenhuizen zijn wat betreft de mate van samenwerking tussen mmw-ers onderling, buiten vastgestelde vergaderingen en/of aanwezige vakgroepen om. Slechts één van de ondervraagden gaf aan naast de vakgroepbijeenkomsten wekelijks en dagelijks met andere mmw-ers samen te werken. Een ander gaf daarentegen aan dat hij/zij alleen samenwerkt met collega's van de afdeling waar hij/zij werkzaam is, en dus alleen in vakgroepbijeenkomsten andere mmw-ers ontmoet.

Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de mate waarin mmw-ers buiten vergaderingen om onderling met elkaar samenwerken, afhangt van de wijze waarop het mmw georganiseerd is binnen een ziekenhuis. Zoals in paragraaf 2.3.5 op p.17 beschreven staat, kan het mmw in een ziekenhuis zowel centraal- als decentraal georganiseerd worden.

Dit zou kunnen betekenen dat alle mmw-ers die centraal georganiseerd zijn, intensiever zouden samenwerken met andere mmw-ers dan degenen die decentraal georganiseerd zijn.

5.2.5 Samenwerking met andere disciplines

Het blijkt dat er door alle acht ondervraagde mmw-ers nauw samengewerkt wordt met andere disciplines. In ieder geval geven vier van de ondervraagden aan dat zij werkzaam zijn in multidisciplinaire teams. Er wordt verder vooral samengewerkt met psychologen, artsen en verpleegkundigen. Ook worden als samenwerkingspartner genoemd: fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, psychiatrisch verpleegkundigen en pastors. Het is ons opgevallen dat er op positieve wijze wordt gesproken over de (vaak nauwe) samenwerking. Er wordt door de helft (vier) van de geïnterviewden gesproken over laagdrempeligheid en korte lijnen in deze samenwerking.

5.2.6 Groepswerk: hoeveel en waar?

Het groepsverkaanbod dat in de betrokken ziekenhuizen aangeboden wordt varieert van 0 tot meer dan 10 groepen. Het precieze aantal boven de 10 is onbekend, omdat de betreffende mmw-er alleen al van zijn/haar afdeling 13 groepen kende, en niet precies kon noemen hoe het bestaande groepsaanbod op andere afdelingen van dat ziekenhuis er uitzag.

Van de in totaal zeven ziekenhuizen met groepswerk, waren er drie ziekenhuizen die ongeveer vijf groepen aanbieden, twee met ongeveer 10 groepen (waaronder eerder genoemde), en twee ziekenhuizen waarvan het voor de geïnterviewde onduidelijk was hoeveel groepen er aangeboden worden.

De groepen worden verschillende keren per jaar aangeboden, vaak afhankelijk van de vraag.

Hieronder volgt een opsomming van de gegeven antwoorden van zes van de zeven ziekenhuizen met een groepsverkaanbod. Het zevende ziekenhuis heeft op deze vraag geen concreet antwoord (kunnen) (ge)geven. De keren dat de verschillende groepen per jaar gegeven worden waren niet altijd gelijk.

De frequentie waarmee groepen per jaar worden aangeboden in de zes ziekenhuizen die op regelmatige basis groepsverkaanbod bieden zijn: *(meerdere antwoorden per geïnterviewde)*

- Vier keer per jaar (twee van de zes ziekenhuizen)
- Drie keer per jaar (vijf van de zes ziekenhuizen)
- Twee keer per jaar (vier van de zes ziekenhuizen)

Verder is de frequentie van de groepen erg verschillend: drie maanden lang twee keer per week; vier keer per jaar vier weken; een half jaar lang elke twee weken; drie keer een weekend; elke drie maanden een bijeenkomst; acht weken een dagdeel. De groepen vinden zowel overdag als 's avonds plaats binnen verschillende specialismen.

De specialismen die genoemd worden door de zeven mmw-ers werkzaam in een ziekenhuis met groepsverkaanbod zijn: *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Cardiologie (hart- en vaatziekten): vier keer

- Oncologie (kwaadaardige gezwellen/kanker): vier keer
- Neonatologie: drie keer
- Longafdeling (longaandoeningen): twee keer
- Obstetrie (Gynaecologie/verloskunde): twee keer
- Transplantatie: twee keer
- Reumatologie (reumatische aandoeningen): twee keer
- Dialyseafdeling: twee keer
- Diabetes: één keer
- Revalidatie: één keer
- Epilepsie: één keer
- Maatschappelijk werk: één keer
- Fysiotherapie: één keer.

5.2.7 Groepswork en medisch maatschappelijk werk: motieven

De helft van de geïnterviewden (vier personen) benoemt dat de keuze voor het opstarten van een bepaalde groep vaak voortkomt uit overleg/samenwerking met een of meerdere andere discipline(s). De andere helft (vier personen) benoemt dit niet zo expliciet. Deze keuze kan gebaseerd zijn op signalen van patiënten met een vergelijkbare vraag, op verzoek van de patiënt of vanwege wachtlijsten voor individuele begeleiding. Een motief dat door de geïnterviewden niet genoemd wordt, maar dat voor een organisatie echter van belang kan zijn om voor groepswork te kiezen, is dat het werken met groepen een belangrijke preventieve werking kan vervullen. *“Ervaringen hebben geleerd dat mensen niet zo diep in de problemen raken als ze tijdig een adequate groep aangeboden krijgen.”* (Goossens, 2001, p.149).

Onze vraag, of er een mogelijk financieel motief is om al dan niet voor groepswork te kiezen, wordt door de ondervraagde mmw-ers niet bevestigd. Twee mmw-ers geven expliciet aan zich niet bezig te houden met financiën: ‘dit doen managers.’ Drie mmw-ers kunnen zich wel voorstellen dat een financieel motief mee zou kunnen spelen voor het invoeren van groepswork waar mmw bij betrokken is: *“Er worden meer mensen geholpen in dezelfde tijd”* (citaat respondent, 2010), maar zij laten blijken niet echt op de hoogte te zijn van financiële voor- of nadelen. Eén mmw-er zegt dat groepswork financiële voordelen oplevert. Twee van de geïnterviewden geven daarentegen aan twijfels te hebben over de financiële voordelen die door groepswork behaald kunnen worden. In de praktijk wordt dit volgens hen niet altijd bevestigd: de intensieve voorbereidingen (intake, draaiboeken etcetera) kosten de mmw-ers ook veel tijd. Eén van de eerder genoemde geïnterviewden echter, noemt dat het ontstaan van routine in het draaien van groepen bijdraagt aan effectiviteit, tijdsbesparing en daarmee mogelijk financieel voordeel voor de organisatie.

In de literatuur wordt gesteld dat het werken met groepen een besparing in kosten, inspanningen en tijd oplevert. (Brysbaert, 2006, p.668). Opvallend is dat uit bovenstaande blijkt dat mmw-ers niet goed op de hoogte zijn van financieel beleid ten aanzien van groepswork. Er blijkt uit de interviews dat er onder mmw-ers weinig kennis is over financiële motieven van leidinggevenden/managers om groepswork wel of niet in te zetten.

Dit kan tot gevolg hebben dat mmw-ers vanuit hun praktijkkennis onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op al dan niet bestaand beleid. Dat is volgens ons niet wenselijk, omdat bijdragen aan beleidsontwikkeling, beleidsuitvoering en beleidsbeheer onderdeel is van de kerntaken van het maatschappelijk werk (Holstvoogd, 2009, p.39).

5.2.8 Groepswork versus individuele begeleiding

De acht geïnterviewde mmw-ers waren eensgezind over de voor- en nadelen van groepswork. De mogelijkheid om door middel van groepswork meerdere mensen tegelijkertijd te helpen, en voor de patiënt de mogelijkheid om ervaringen te kunnen delen, werden genoemd als belangrijkste voordelen. De literatuur onderschrijft dit, en vult deze positieve effecten van groepswork aan. Zoals onder andere de mogelijkheid voor cliënten om te ontdekken dat zij niet de enige zijn met een bepaald probleem; de mogelijkheid die een groep biedt om cliënten meer te laten zijn dan alleen cliënt, en dat cliënten ontdekken dat zij iets voor elkaar kunnen betekenen door te helpen en samen te leren. (van Riet, 2006 p.22-25; Goossens, 2001, p.149).

In de UMC's wordt (vaak door psychologen) onderzocht welk effect een groep heeft op een patiënt. Zo noemt één van de ondervraagde mmw-ers dat bewezen is dat groepswork een positief effect heeft bij het tegengaan of verminderen van angsten of depressies.

Als nadelen wordt door vier van de zeven geïnterviewden met groepswork, specifiek aangegeven dat je in een groep niet ergens diep op in kunt gaan met een individuele patiënt, en dat de groepsdynamiek ook een

negatieve invloed kan hebben op sommige individuele patiënten. Dit wordt onderkend door Goossens (2001 p.153). Hij noemt enkele contra-indicaties voor groepsmaatschappelijk werk, waaronder een hulpvrager die de onverdeelde aandacht van een hulpverlener nodig heeft, een hulpvrager die dermate verward is dat de groep te veel extra prikkels oplevert, wanneer de hulpvrager beheerst wordt door andere problemen en wanneer de hulpvrager zodanig op zichzelf gericht is dat er geen contact, interactie of verbinding met groepsleden kan worden aangegaan. Meer over contra-indicaties is te vinden in paragraaf 2.4.5, p.22.

5.2.9 Methodieken

De zeven ziekenhuizen die groepswork uitvoeren, hanteren verschillende methodieken om hun groepen vorm te geven. In de UMC's wordt het belang van draaiboeken benoemd, die al dan niet door middel van onderzoek zijn ontwikkeld. Methodieken waarmee gewerkt wordt zijn: de Rationeel Emotieve Therapie (RET), psycho-educatie bij het aanleren van sociale vaardigheden, methodiek van rouw- en verliesverwerking, cognitieve gedragstherapie en systeemgericht werken. Ook wordt door één van de geïnterviewden in de groep gebruik gemaakt van zelfhulp literatuur of lichamelijke oefeningen.

Tenslotte: gezien de uiteenlopende antwoorden van de geïnterviewden, is de indruk van de onderzoekers dat de methodiek waarmee gewerkt wordt erg afhangt van het doel van de groep en van de mmw-er die de groep begeleidt. Afhankelijk van allerlei factoren worden passende methodieken ingezet, en in die zin wordt voortdurend gebruik gemaakt van het eclectisch integratief werken. Deze werkwijze wordt door van der Ham (2002, p.49) beschreven als: (...) "strevend naar een optimale samenstelling van verschillende methodes binnen de gegeven mogelijkheden." Snellen (2007, p.132) vult aan: "Een eclectische benadering is een kiezende benadering. In het kader van de hulpverlening betekent dit: men beperkt zich niet tot één richting, stroming, theorie of methodiek, maar men kiest elke keer opnieuw uit verschillende stromingen ofwel benaderingen; men stelt dus als het ware telkens opnieuw – al kiezend – zijn werkpakket samen. De achtergrond hiervan is: *geen enkele stroming of methode is alleenzaligmakend of voor alle cliënten respectievelijk voor alle problemen altijd het beste.*"

5.2.10 Samenwerking rondom groepswork

Van de zeven geïnterviewden in wiens ziekenhuis groepswork plaatsvindt geven vijf mmw-ers aan dat er altijd één- of meerdere disciplines betrokken zijn bij het uitvoeren daarvan. Twee van de zeven hebben niets aangegeven over samenwerking met andere disciplines rondom groepswork.

Als samenwerkingspartners worden met name psychologen genoemd (vier keer). Andere veel genoemde disciplines zijn verpleegkundigen, fysio- en ergotherapeuten en artsen van verschillende afdelingen. Hun betrokkenheid bestaat uit een bijdrage vanuit specifieke kennis met betrekking tot het onderwerp van de groep. Zo kan een arts vanuit medisch opzicht informatie en advies geven aan de patiënten.

De voorkomende vormen van samenwerking rondom groepswork zijn: *(meerdere antwoorden per geïnterviewde)*

- Een zeer nauwe samenwerking, waarbij de groepen worden gegeven door een combinatie van een mmw-er en een andere discipline. (Zes van de zeven mmw-ers in wiens ziekenhuis groepswork plaatsvindt)
- Een deskundige van een andere discipline wordt incidenteel uitgenodigd. (Genoemd door drie van de zeven mmw-ers)
- Er is overleg over het groepswork binnen het multidisciplinaire team, of de afdeling waar de patiënt ligt/poliklinisch wordt behandeld, is op andere wijze betrokken. (Genoemd door één van de zeven mmw-ers)

5.2.11 Vraag naar groepswork

Twee van de zeven geïnterviewde ziekenhuizen waar groepswork wordt gegeven, geven aan dat er volgens hen met het groepsaanbod dat zij nu aanbieden voldoende wordt ingespeeld op de vraag die patiënten hebben. Twee mmw-ers zeggen te willen onderzoeken of cliënten behoefte hebben aan groepswork, en twee mmw-ers geven aan niet te weten of er vraag is naar (meer) groepswork. Eén mmw-er geeft aan dat er meer behoefte is aan groepswork. Het is de onderzoekers niet duidelijk of deze uitspraken gebaseerd zijn op de eigen ervaring van mmw-ers of dat er door mmw-ers daadwerkelijk onderzoek is gedaan naar de behoefte aan groepswork van patiënten.

In het ziekenhuis waar geen groepswork is waar mmw bij betrokken is, worden de mogelijkheden wel besproken. De reden dat er geen groepswork plaatsvindt, heeft vooral te maken met 'koudwaterrees'. Er is vanuit de patiënten wel behoefte aan groepswork, maar zij worden nu nog doorverwezen naar onder andere patiëntenverenigingen.

5.2.12 Het signaal

Van de acht geïnterviewden herkennen twee van hen het signaal dat er meer groepswork plaats zou vinden dan voorheen. In zes ziekenhuizen wordt dit signaal niet herkend. De geïnterviewden noemen als mogelijke verklaring voor het signaal, dat er een maatschappelijke ontwikkeling/cultuuromslag plaatsvindt waarin er behoefte is aan het delen van ervaringen, en dat ervaringen ook gemakkelijker met anderen gedeeld worden. Van Bommel & Deutekom (2003 p.21-23) beschrijven enkele ontwikkelingen die vanaf de jaren '60 ontstonden, en die een mogelijke verklaring vormen voor de ontwikkeling die de geïnterviewden suggereren: Met de toegenomen welvaart, vrije tijd en andere denkwijzen ontstond meer openheid en aandacht voor zelfontplooiing. Er is steeds meer aandacht ontstaan voor het individu en voor ieders mening. Cliënten zijn mondiger geworden, en komen meer op voor hun eigen belangen. Aan de andere kant is er de toegenomen individualisering. Door de toegenomen keuzevrijheid zou men zich niet meer zo gebonden voelen aan algemene normen als vroeger, en neemt belangstelling voor elkaar af. Men is geneigd zich steeds meer terug te trekken in het eigen gezin of in het eenpersoonshuishouden.

Eenzijds is er de trend dat mensen meer opkomen voor eigen belangen en wordt er in toenemende waarde belang gehecht aan zelfontplooiing. Anderzijds is er de toegenomen individualisering en een afname van sociale groepen zoals (dorps)gemeenschappen, de kerk of verenigingen. Gevolg hiervan zou kunnen zijn dat de waarde die gehecht wordt aan het delen van ervaringen de laatste decennia is toegenomen.

5.2.13 Voldoende toegerust

Vijf van de acht geïnterviewde mmw-ers geven aan dat ze vinden dat zij voldoende toegerust zijn om groepswork te geven. Daarbij wordt wel genoemd dat het geven van groepswork een vak apart is, waar specifieke kennis voor nodig is. Maar ook wordt gezegd: 'al doende leert men' en: het is een kwestie van 'gewoon doen.' Eén van deze vijf personen geeft aan, ondanks dat hij/zij zichzelf voldoende toegerust vindt, nog wel meer te willen weten over groepswork.

Drie van de geïnterviewden (waaronder ook het ziekenhuis dat geen groepsworkaanbod heeft) geven aan nog niet voldoende toegerust te zijn voor het geven van groepswork.

Een opvallende uitkomst is dat zes van de acht mmw-ers vinden dat er te weinig aandacht is besteed aan groepswork tijdens de opleiding. Dit varieert van één module tot helemaal niets. Twee geïnterviewden vinden dat er wel voldoende aandacht aan is besteed tijdens de opleiding, maar benoemen dat er wel extra aandacht mag komen voor kennis over het geven van groepswork. In totaal noemen vier van de acht mmw-ers dat zij groepswork als een vak apart zien en dat zij een specialisatie/extra kennisvergaring nodig vinden.

5.2.14 Behoeften

Zes van de acht mmw-ers hebben behoeften ten aanzien van groepswork. Twee van de acht geïnterviewden hebben aangegeven geen behoeften te hebben, maar hebben wel interesse in groepswork gerelateerde ontwikkelingen.

Er worden behoeften uitgesproken naar kennis op twee gebieden, te weten kennis over groepsdynamica en kennis over meer organisatorische aspecten rondom groepswork. Wat betreft groepsdynamica gaat het om vragen als: 'Hoe zorg je dat alle patiënten voldoende uit een groep halen?'

En 'Hoe ga je om met verschillende rollen binnen de groep?' De organisatorische aspecten hebben vooral betrekking op: 'Hoe zet je een groep op?', 'Hoe bereik je patiënten?', 'Hoe selecteer je patiënten?' en 'Wanneer vindt groepswork plaats, bijvoorbeeld overdag of 's avonds?' 'Zijn er specialistische draaiboeken te vinden van bepaalde groepen?'

Zes van de acht geïnterviewden, ook het ziekenhuis waar geen groepswork plaatsvindt, spreken uit dat zij geïnteresseerd zijn in bijscholing en/of informatie-uitwisseling om antwoord te krijgen op bovengenoemde vragen ('Van elkaar leren').

5.3 Eindconclusie: beantwoording vraagstelling

We eindigen de conclusie met het beantwoorden van de vraagstelling van het kwalitatieve onderzoeksdeel. Deze vraagstelling luidt:

Vraagstelling

‘Hoe wordt het groepswork momenteel gegeven, van welke methodieken wordt er gebruik gemaakt en wat zijn de behoeften van medisch maatschappelijk werkers aan scholing en/of deskundigheidsbevordering rondom het geven van groepswork?’

Hoe wordt groepswork momenteel gegeven?

Uit bovenstaande weergave blijkt dat het groepsworkaanbod per ziekenhuis erg verschilt. Waar het ene ziekenhuis meer dan 10 groepen aanbiedt, heeft een ander er maximaal vijf, of helemaal geen. De groepen vinden zowel overdag als ’s avonds of in weekenden plaats.

De frequentie van de groepen varieert van drie maanden lang twee keer per week tot drie weekenden per jaar. Het meest wordt genoemd dat een groep in principe twee (vier mmw-ers) of drie (vijf mmw-ers) keer per jaar wordt aangeboden.

De keuze voor het opzetten van een groep komt voor de helft van de geïnterviewden (vier) voort uit samenwerking tussen het mmw en andere disciplines. Een financieel motief ligt aan het al dan niet uitvoeren van groepswork, vanuit de mmw-ers gezien, niet ten grondslag. Het signaal dat er een toename van groepswork zou zijn binnen het mmw wordt door slechts twee van de acht ondervraagden herkend. Ook tijdens de uitvoering van de groep wordt door de maatschappelijk werkers samengewerkt met verschillende andere disciplines, de helft (vier) van de mmw-ers benoemt dat zij bij de uitvoering samenwerken met psychologen. Betrokkenheid van andere genoemde disciplines: artsen, verpleegkundigen, fysio- en ergotherapeuten, houdt in dat zij in de groepsbijeenkomsten een bijdrage leveren met hun specifieke kennis over een bepaald onderwerp.

Welke methodieken worden daarbij gebruikt?

Uit de interviews is gebleken dat de methodieken waarmee door mmw-ers gewerkt wordt in groepswork per geïnterviewde verschilt. In de UMC’s wordt het belang van draaiboeken genoemd.

De indruk van de onderzoekers is dat de methodiek afhangt van de groep en de mmw-er die de groep begeleidt. De genoemde methodieken variëren van lichamelijke oefeningen tot systeemgericht werken, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en methodieken van rouw- en verliesverwerking.

Daarom concluderen de onderzoekers dat er over het algemeen op eclectisch integratieve wijze gewerkt wordt.

Wat zijn de behoeften van medisch maatschappelijk werkers op het gebied van scholing en/of deskundigheidsbevordering met betrekking tot groepswork?

Vijf van de acht mmw-ers geven in de interviews aan dat zij zich voldoende toegerust voelen voor het geven van groepswork aan patiënten. Er wordt benoemd dat het werken met groepen een vak apart is dat geleerd wordt door te *doen*. Toch vindt zes van de acht mmw-ers dat er gedurende de opleiding onvoldoende aandacht is besteed aan groepswork.

Uit de resultaten is gebleken dat zes van de acht mmw-ers behoeften hebben ten aanzien van groepswork.

Deze behoeften liggen op grofweg twee thema’s:

1. behoefte aan vaardigheden wat betreft organisatorische voorwaarden en
2. behoefte aan vaardigheden rondom groepsdynamica. Derhalve geven zes van de acht mmw-ers aan behoefte te hebben aan bijscholing en/of informatie-uitwisseling tussen collega’s en andere ziekenhuizen in Nederland. Men staat open voor ‘van elkaar leren.’

6. Terugblik doelstellingen

6.1 Inleiding

De vorige twee hoofdstukken vormden een weergave van de onderzoeksresultaten van het kwantitatieve- en het kwalitatieve onderzoek. Ook hebben we aan het eind van deze hoofdstukken de onderzoeksvragen beantwoord die richtinggevend zijn geweest voor beide onderzoeksdelen. Daaropvolgend blikken we in dit hoofdstuk terug op de wijze waarop aan de doelstellingen van het kwantitatieve- en het kwalitatieve onderzoek is voldaan.

6.2 Terugblik op de doelstelling van het kwantitatieve onderzoek

De doelstelling van het kwantitatieve onderzoek is:

De NVMW heeft inzicht in welke Nederlandse ziekenhuizen groepswork gegeven wordt waar medisch maatschappelijk werkers bij betrokken zijn.

Door middel van de online vragenlijst is er in het kwantitatieve onderzoeksdeel landelijk geïnventariseerd hoe de situatie er met betrekking tot groepswork uit ziet. Voorafgaand aan het onderzoek is vastgesteld dat een respons van 30% als representatief geldt. Deze respons is behaald met 37.6%.

Het behalen van doelstelling is niet op directe wijze middels het onderzoek vast te stellen aangezien het onderzoek op basis van anonieme vragenlijsten en interviews heeft plaatsgevonden. Om ons onderzoek binnen de beschikbare tijd zo breed mogelijk (landelijk) te kunnen opzetten, hebben wij gekozen voor het versturen van een (online) vragenlijst, die al dan niet anoniem kon worden ingevuld. We hebben hiervoor gekozen om de drempel voor het invullen van de vragenlijst te verlagen met als doel om tot een zo hoog mogelijke respons te komen. Daarnaast zijn er in het kwalitatieve onderzoeksdeel een achttal ziekenhuizen individueel benaderd, om op die wijze dieper in te kunnen gaan op groepswork.

Op pagina 26, is in figuur 1 een detaillering te vinden van de geografische samenstelling van de ziekenhuizen per provincie, met een onderscheid in de ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

Uit het onderzoek is gebleken dat 85% van de respondenten, of (te)wel 33 ziekenhuizen, groepswork uitvoeren. Wanneer men dit extrapoleert naar 125 ziekenhuizen/locaties, kan men stellen dat circa 100 ziekenhuizen/locaties in Nederland op een vorm van groepswork toepassen. Hierbij dient echter in acht genomen te worden dat ziekenhuizen waar groepswork plaatsvindt, mogelijk eerder geneigd waren deel te nemen aan dit onderzoek. Hierdoor zal de werkelijke waarde van het aantal ziekenhuizen dat groepswork op een of andere manier toepast in realiteit minder zijn.

Uit het onderzoek blijkt in ieder geval wel dat er veel animo is voor groepswork, wat zou kunnen betekenen dat het toepassen van groepswork een groei doormaakt. Dit komt overeen met het signaal dat de NVMW heeft opgevangen en waarop dit onderzoek is gebaseerd.

6.3 Terugblik op de doelstelling van het kwalitatieve onderzoek

De doelstelling van het kwalitatieve onderzoek is:

De NVMW heeft inzicht in hoe het groepswork momenteel wordt gegeven, welke methodieken daarbij worden gebruikt en wat de behoeften zijn van medisch maatschappelijk werkers op het gebied van scholing en/of deskundigheidsbevordering met betrekking tot groepswork.

Door middel van de interviews is er in het kwalitatieve onderzoeksdeel uitgebreide informatie verkregen over groepswork van een, in overleg met de opdrachtgever, vooraf bepaald aantal ziekenhuizen. Door het bundelen van de meningen, gedachten en ervaringen van de geïnterviewden, zijn de onderzoekers van mening dat de NVMW meer inzicht heeft gekregen in de aspecten uit de doelstelling. Er is meer kennis over hoe het groepswork momenteel in de ondervraagde ziekenhuizen gegeven wordt; welke methodieken daarbij gebruikt worden en wat de behoeften zijn van de ondervraagde mmw-ers op het gebied van scholing en/of deskundigheidsbevordering met betrekking tot groepswork. Nadere uitwerking van deze antwoorden staan beschreven in hoofdstuk 5: 'Kwalitatieve onderzoeksresultaten en conclusies' (p.38 e.v.). Het doel van het

kwantitatieve onderzoek was aanvullende informatie te kunnen geven op het kwantitatieve onderzoek door middel van verdiepende interviews. Doordat in de interviews op de verschillende aspecten rondom groepswerk dieper ingegaan kon worden, dan in de online vragenlijst mogelijk was, is dit doel behaald. Een kanttekening is volgens de onderzoekers dat ook tijdens de interviews uiteindelijk een breed gebied is uitgevraagd. Dit heeft als voordeel dat er veel relevante informatie verkregen is, maar als nadeel dat sommige aspecten wat gering aangestipt zijn.

7. Vergelijking en opvallendheden van de kwantitatieve- en kwalitatieve onderzoeksresultaten.

7.1 Inleiding

In de eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk belichten we de overeenkomsten en verschillen voortkomend uit de resultaten van het kwantitatieve- en het kwalitatieve onderzoek. Tenslotte noemen we in paragraaf 8.3 enkele opvallende aspecten uit de resultaten van ons onderzoek.

7.2 Overeenkomsten

Samenwerken

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat mmw-ers binnen hetzelfde ziekenhuis onderling veel samenwerken, en dat deze onderlinge samenwerking voornamelijk binnen vakgroepen plaatsvindt. Samenwerken met andere disciplines is voor mmw-ers essentieel (paragraaf 2.3.7, p.19) Uit het kwalitatieve deel blijkt dat alle ondervraagden nauw samenwerken met andere disciplines. De helft van de ondervraagden geeft aan dat zij werkzaam zijn binnen een multidisciplinair overleg. In het kwantitatieve deel hebben we deze vraag niet expliciet gesteld. Wel is in bijlage F van het kwantitatieve deel te zien dat er, binnen het uitvoeren van groepswork, met veel andere disciplines wordt samengewerkt.

Organisatie van het medisch maatschappelijk werk

De wijze waarop het mmw binnen de ziekenhuizen is georganiseerd verschilt per ziekenhuis. Het meest wordt genoemd dat het mmw een eigen afdeling heeft, en dat men van daaruit op verschillende (vaste) specialismen werkt. Indien men geen eigen afdeling heeft wordt het mmw per specialisme ingezet. In dat geval 'vinden' de mmw-ers van een ziekenhuis elkaar middels een centrale vakgroep.

Groepswork

In nagenoeg alle ziekenhuizen waar de respondenten werkzaam zijn vindt groepswork plaats waar mmw-ers bij betrokken zijn. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat 35 van de 41 respondenten stelt dat er in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn groepswork plaatsvindt (85%). Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat er in zeven van de acht ziekenhuizen (88%) groepswork wordt uitgevoerd.

Samenwerking binnen groepswork

Het uitvoeren van groepswork gebeurt veelal in samenwerking met andere disciplines. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat 67% (31 van de 46 groepen) van de groepen waar mmw-ers bij betrokken zijn, uitgevoerd wordt in samenwerking met andere disciplines. In het kwalitatieve deel geeft 71% (vijf van de zeven geïnterviewden) in wiens ziekenhuis groepswork plaatsvindt, aan dat er altijd met één- of meerdere andere disciplines samengewerkt wordt rondom de uitvoering van groepswork. Uit beide onderzoeken komt naar voren dat er voornamelijk samengewerkt wordt met de volgende disciplines: psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en artsen van verschillende afdelingen.

Voor- en nadelen van groepswork

Als belangrijkste voordeel kwam uit beide onderzoeken de meerwaarde van lotgenotencontact (ervaringen kunnen delen) naar voren. Andere voordelen die genoemd worden zijn: groepswork is effectiever en efficiënter (meer mensen kunnen tegelijkertijd geholpen worden), patiënten vinden (h)erkenning, de groepsleden kunnen elkaar steunen en van elkaar leren, groepswork is mogelijk financieel aantrekkelijker en groepswork wordt inmiddels binnen sommige specialismen vergoed door de zorgverzekering. (paragraaf 2.4.4 en 2.4.5, p.22)

Opzetten groepswork

De mmw-ers die aangeven dat er in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn geen groepsworkaanbod is, geven allen aan dat er wel behoefte is aan het opzetten van dit aanbod. Hieruit trekken de onderzoekers de conclusie dat er in de ziekenhuizen waar momenteel geen groepswork plaatsvindt, wel behoefte is aan groepswork.

Financieel motief

Het is gebleken dat mmw-ers verschillende meningen hebben over de vraag of er een financieel motief bestaat voor het al dan niet uitvoeren van groepswork. Wij krijgen hierdoor de indruk dat de mmw-ers niet goed op de hoogte zijn van financieel beleid omtrent groepswork. In het kwantitatieve onderzoek geeft de meerderheid van de respondenten (58%) aan dat er geen financiële reden zou zijn om groepswork uit te voeren, de andere 42% denkt van wel. In het kwalitatieve onderzoek geeft 12,5% (één mmw-er) aan dat groepswork financieel voordelen oplevert. De overige 87,5% (zeven mmw-ers) geeft aan dat zij zich voor kunnen stellen dat een financieel motief mee zou kunnen spelen in de keuze voor groepswork, waarvan:

- 37,5% (drie mmw-ers): geeft aan twijfels te hebben over financiële voordelen;
- 25%, (twee mmw-ers): geeft aan zich niet bezig houden met financiën;
- 25% (twee mmw-ers): 'dit doen managers'.

Er blijkt uit de interviews dat mmw-ers weinig kennis hebben over financiële motieven voor het al dan niet uitvoeren van groepswork. Dit is volgens ons zorgelijk, aangezien dit tot gevolg kan hebben dat mmw-ers onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op (al dan niet) bestaand beleid, terwijl het bijdragen aan beleidsontwikkeling, beleidsuitvoering en beleidsbeheer onderdeel zijn van de kerntaken van het maatschappelijk werk. (Holstvoogd, 2009, p.39)

Behoeften

Het merendeel van de mmw-ers geeft aan wensen en/of behoeften te hebben ten aanzien van groepswork. Het gaat hierbij om behoefte aan het delen/ uitwisselen van informatie, zowel met directe collega's als met andere mmw-ers in Nederland. Ook geven zij aan behoefte te hebben aan deskundigheidsbevordering en (bijscholings)trainingen op het gebied van groepswork. De NVMW voorziet reeds in een informatieplatform en (korte) trainingen; het aanbod is er deels dus al. Onduidelijk is waarom vraag en aanbod elkaar hierin niet vinden.

7.3 Verschillen

Het signaal

Uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat meer dan de helft (58%) van de respondenten het signaal van de NVMW over de toename van groepswork, herkent. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat slechts een kwart (25%) van de respondenten het signaal herkent.

Afkomst respondenten

Eén van de verschillen tussen beide onderzoeksdelen is dat het kwantitatieve onderzoek landelijk is uitgevoerd, en het kwalitatieve onderzoek gebaseerd is op respondenten werkzaam in de provincies Gelderland en Utrecht. De respons van het kwantitatieve onderzoek is veruit het hoogst in de provincie Utrecht.

Specialisme

In het kwantitatieve onderzoek worden een aantal specialismen, waarbinnen groepswork plaatsvindt, genoemd die in het kwalitatieve deel niet naar voren komen, namelijk: nefrologie, neurologie, MDL, schisis en voortplantingsgeneeskunde. Specialismen die in het kwalitatieve onderzoek wel naar voren komen, maar niet in het kwantitatieve deel, zijn groepen binnen transplantatie en epilepsie.

Onvoldoende toegerust

Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat 75% van de geïnterviewden vindt dat er tijdens hun opleiding onvoldoende aandacht is besteed aan groepswork. De 25% die vindt dat er wel voldoende aandacht aan groepswork is besteed tijdens hun opleiding, geven wel aan dat er extra aandacht gegeven mag worden over het uitvoeren van groepswork, aangezien dit als een vak apart gezien wordt. 100% vindt dus dat er tijdens de opleiding meer aandacht gegeven mag worden aan groepswork. Dit komt in het kwantitatieve onderzoek niet naar voren. In acht moet worden genomen dat hier ook niet specifiek naar is gevraagd binnen het kwantitatieve onderzoek.

Aangezien 100% een opvallende uitkomst is, schatten wij als onderzoekers in dat de meerderheid van de mmw-ers tijdens hun opleiding meer aandacht hadden willen besteden aan (de uitvoering van) groepswork.

7.4 Opvallende aspecten

Financieel motief in relatie tot voor- en nadelen van groepswork

Opvallend is dat uit beide onderzoeken blijkt dat het niet duidelijk is of er voor de ziekenhuizen een financieel motief is om al dan niet voor groepswork te kiezen, terwijl bij de voor- en nadelen van groepswork (zie paragraaf 8.1) als mogelijk voordeel genoemd wordt dat groepswork financieel aantrekkelijker is. Dit aspect wordt wel als voordeel genoemd, maar toch geven de respondenten aan dat groepswork niet om financiële redenen wordt uitgevoerd.

Wij trekken hieruit de conclusie dat er te weinig inzicht is in de financiële (beleids)aspecten van groepswork. Er lijkt vanuit de mmw-ers onvoldoende zicht te zijn op financiële voor- of nadelen van groepswork voor Nederlandse ziekenhuizen.

Redenen om niet voor groepswork te kiezen

In het kwantitatieve onderzoek gaf het merendeel van de respondenten (67%) aan dat tijd, ruimte, opleiding en ervaring allemaal geen relevante redenen zijn om geen groepswork aan te bieden. Het merendeel van de respondenten (66%) geeft aan dat geld een relevante reden is dat er geen groepswork plaatsvindt. Daarnaast geeft een meerderheid (66%) ook als relevante reden aan dat er te weinig patiënten zijn die in aanmerking komen voor een groep.

Wij vinden de reden dat er te weinig patiënten in aanmerking komen een zeer opvallende uitkomst en zetten hier onze vraagtekens bij. In het kwalitatieve onderzoek (paragraaf 5.2.7, p.42) wordt namelijk genoemd dat het besluit tot het opzetten van een groep gebaseerd wordt op signalen van patiënten met een vergelijkbare vraag, op verzoek van de patiënt of vanwege wachtlijsten voor bijvoorbeeld individuele begeleiding. Ook het (enige) ziekenhuis dat geen groepswork aanbiedt geeft aan dat er vanuit de patiënten zeker vraag is naar groepswork. Wij kunnen ons, mede op basis hiervan, niet voorstellen dat de argumentatie van de respondenten in het kwantitatieve deel om geen groepswork te geven klopt. In onze aanbevelingen (H.9, p.54) schenken wij meer aandacht aan dit punt.

Financiering medisch maatschappelijk werk

Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat het mmw in 68% van de ziekenhuizen gefinancierd wordt door de overheadkosten van het ziekenhuis. Wij vinden deze uitkomst opvallend, en vragen ons af of deze uitkomst wel realistisch is. Onze twijfel wordt veroorzaakt doordat uit het kwalitatieve onderzoek is gebleken dat mmw-ers zich weinig tot niet bezig houden met de financiën van het ziekenhuis. Zij gaven aan weinig inzicht te hebben in financiële zaken.

Vakgroep

Het blijkt dat de onderlinge samenwerking met andere mmw-ers binnen hetzelfde ziekenhuis met name plaatsvindt binnen vakgroepen. De bijeenkomsten van deze vakgroepen worden één of twee keer per maand georganiseerd, en worden gehouden binnen het ziekenhuis waar de mmw-ers werkzaam zijn. Het opzetten van vakgroepen lijkt een trend te zijn binnen de ziekenhuizen. De meeste ziekenhuizen hadden al een vakgroep voor het mmw. De ziekenhuizen die nog geen vakgroep hadden, waren wel bezig met het opzetten van een vakgroep mmw of hadden hier interesse in.

Samenwerking onderling

Opvallend is dat er, buiten deze vakgroepen en/of vastgestelde overlegmomenten om, grote verschillen zijn wat betreft de mate van samenwerking tussen mmw-ers onderling. Deze samenwerking varieert van dagelijks tot nauwelijks: de ene mmw-er spreekt dagelijks andere mmw-ers, een ander-maar één keer per week. En de ene mmw-er spreekt alleen mmw-ers van zijn/haar eigen afdeling, terwijl een ander alle mmw-ers van verschillende afdelingen spreekt. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de mate waarin mmw-ers onderling met elkaar samenwerken, afhankelijk is van de wijze waarop het mmw georganiseerd is binnen een ziekenhuis (centraal of decentraal, zie paragraaf 2.3.5, p.17). Zoals in deze paragraaf beschreven staat, werken mmw-ers die centraal georganiseerd zijn, intensiever samen met andere mmw-ers dan degenen die decentraal georganiseerd zijn.

Methodieken

De zeven mmw-ers uit het kwalitatieve onderzoek die groepswork uitvoeren, hanteren verschillende methodieken om hun groepen vorm te geven (paragraaf 5.2.9, p.42). Gezien de uiteenlopende antwoorden op

de vraag welke methodieken er gebruikt worden, is de indruk van de onderzoekers is dat de methodiek waarmee gewerkt wordt, afhankelijk is van het doel van de groep en van de mmw-er die de groep geeft. Afhankelijk van allerlei factoren worden passende methodieken ingezet, en in die zin wordt voortdurend gebruik gemaakt van het eclectisch integratief werken.

Verschillen

Opvallend is dat er veel verschillen zijn tussen ziekenhuizen in Nederland, bijvoorbeeld in het groepsaanbod en met betrekking tot de samenwerking. Er is weinig eenduidigheid tussen de ziekenhuizen.

Invullen van de vragenlijst

Het is opvallend dat de online vragenlijst niet consistent is ingevuld. Er zijn 47 respondenten begonnen met het invullen van de vragenlijst. Van dit totaal hebben maar 12 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Daarnaast zijn er regelmatig halve antwoorden gegeven.

8. Onze visie en een terugblik op het onderzoek

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk blikken we terug op het onderzoek, de resultaten, wat we achteraf gezien anders hadden willen doen en hoe de samenwerking is verlopen.

8.2 Terugblik op het onderzoek

Wij vonden het een uitdaging om aan de slag te gaan met een onderzoek over het thema groepswork in het mmw omdat er beperkt onderzoek naar was gedaan. Dit prikkelde onze nieuwsgierigheid.

We gingen alle vier enthousiast en gemotiveerd aan de start van het onderzoek. Zelfs zo, dat we op de zaken vooruit liepen. Nadat we hier feedback op kregen van de opdrachtgever hebben we een stapje teruggedaan.

We zijn ons toen bewuster gaan bezighouden met waar we mee bezig waren en waarom.

Wat ook meespeelde was de tijdsdruk waar we met name in het begin last van hadden. Deze druk zorgde gedurende de onderzoeksperiode in meer of mindere mate voor stress en spanningen binnen de groep. Nadat we de uitnodigingsbrief voor de vragenlijst hadden verzonden, kwam er meer rust binnen onze groep. Dit was te merken in de communicatie onderling, en in de communicatie met de opdrachtgever en met de projectbegeleider.

Ook kregen we steeds meer plezier in het onderzoek. Helemaal toen we de resultaten binnen kregen van de online vragenlijst en we het werkveld in gingen om interviews uit te voeren. Ons onderzoek begon steeds meer vorm te krijgen.

We hebben gedurende de onderzoeksperiode feedback gekregen op onder andere de communicatie naar de opdrachtgever: We mochten meer zelfstandigheid laten zien door een 'helikopterview' aan te nemen op het moment dat we problemen of moeilijkheden tegenkwamen bij de uitvoering van het onderzoek. We namen deze feedback zeer serieus en hebben samen besproken hoe we onszelf op dit gebied konden verbeteren. We hebben ook individueel verschillende leerdoelen opgesteld, en daarop enkele keren met elkaar geëvalueerd. Wij vinden dat we in de afgelopen periode gegroeid zijn in onze zelfstandigheid, het communiceren met verschillende partijen en het in een 'helicopterview' bekijken van ons onderzoek. Maar we denken dat we hier nog wel in mogen groeien.

We vonden het soms lastig dat we van meerdere partijen verschillende feedback kregen, omdat we in principe alle feedback wilden toepassen. Daar moesten we onze eigen weg in zien te vinden. Gaandeweg hebben we steeds beter geleerd om zelf keuzes te maken en het beste uit alle feedback te halen. We hebben onze keuzes altijd secuur afgewogen en voor onszelf onderbouwd voordat we deze aan onze opdrachtgever en projectbegeleider hebben voorgelegd.

8.3 Wat vinden we van de resultaten?

We kijken alle vier met een tevreden blik terug op het eindresultaat van dit onderzoek. We hebben ons onderzoek zo breed mogelijk opgezet. De tussentijdse feedback heeft ons geholpen om richting te geven aan het onderzoek, en het verslag steeds meer vorm te laten krijgen. We zijn tevreden over de resultaten en over het aantal respondenten dat op de uitnodiging voor de online vragenlijst heeft gereageerd. We hebben een respons van 37,6% gehaald waarmee we het streven naar een respons van minimaal 30% hebben behaald. Toch waren we enigszins teleurgesteld over de wijze waarop de vragenlijst is ingevuld. Veel respondenten hadden de vragenlijst half ingevuld, of er waren antwoorden ingevuld die niet in de context van de vraag thuis hoorden.

We zijn erg tevreden met het resultaat dat met de interviews bereikt is. Alle mmw-ers die bereid waren om deel te nemen aan een interview, hebben ons hartelijk ontvangen en ons aan relevante informatie geholpen. We vonden het erg leuk om de interviews af te nemen, en waren blij verrast over het enthousiasme van de mmw-ers.

8.4 Wat hadden we achteraf gezien anders kunnen/willen doen

- Het onderzoek is geheel anoniem uitgevoerd. Achteraf gezien was het wellicht beter geweest om het onderzoek niet anoniem uit te voeren. Dit omdat bepaalde opvallendheden nu niet terug herleidt kunnen worden, en wij geen overzicht openbaar mogen maken, bijvoorbeeld een overzicht van wat er per ziekenhuis aan groepswork wordt uitgevoerd.
- We hebben in de online vragenlijst wel gevraagd hoeveel mmw-ers er werkzaam zijn binnen het ziekenhuis, maar niet naar de fte's (full time equivalent) van deze mmw-ers. Achteraf gezien hadden we hier nog een vraag over willen stellen, omdat de hoeveelheid fte's meer informatie had gegeven dan dat we nu weten: alleen het aantal mmw-ers.
- Uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat veel respondenten zijn afgehaakt bij de vaag over specifieke informatie per groep (vraag 11 t/m 30). Als een respondent bijvoorbeeld had aangegeven dat er 13 groepen plaats vinden binnen het ziekenhuis waar hij/zij werkzaam is, dan had hij/zij deze vraag 13 keer moeten invullen (één keer per groep). Achteraf gezien hadden we deze vraag beter als laatste kunnen stellen, zodat er waarschijnlijk minder respondenten waren afgehaakt. Hierdoor waren waarschijnlijk meer vragen representatief geweest.
- Als we terugblikken denken we dat we meer hadden mogen vertrouwen op onze eigen kennis en kunde en dat we ons minder hadden hoeven laten leiden door tijdsdruk en de spanningen die het onderzoek met zich mee heeft meebracht.
- Tijdens het onderzoek hebben we veel in tweetallen samengewerkt. Vaak waren dit dezelfde tweetallen. Achteraf gezien hadden we hier vanaf het begin van het onderzoek meer in willen wisselen, om daarin meer van elkaar te kunnen leren. Halverwege de periode hebben we hier om die reden bewust aandacht aan besteed en hebben we gewisseld. Toch bleven de tweetallen, ook om praktische redenen, vaak hetzelfde.

8.5 Samenwerking

Als we terugblikken op de afgelopen vier maanden, kunnen we zeggen dat we er trots op zijn dat we met z'n vieren de finish hebben gehaald. Ondanks dat de samenwerking niet altijd vlekkeloos verliep en dat de nodige discussies zijn gevoerd, hebben we een gezamenlijk eindproduct gemaakt waar we allemaal tevreden over zijn. Er is op verschillende momenten sprake geweest van stress door tijdsdruk, wat van invloed was op ieder individu én op elkaar als groep. We zijn hier, door gezamenlijk te evalueren en reflecteren, altijd samen uit gekomen. Deze momenten vormden belangrijke leermomenten voor ons. We denken dat we hier als groep sterker door zijn geworden en daar zijn we best trots op.

Elke groepslid heeft verschillende persoonlijkheden, en diverse leerstijlen. Deze verschillende manieren van werken zorgden soms voor irritaties. Tegelijkertijd waren dit waardevolle leermomenten voor ieder individu om ook met andere leerstijlen samen te kunnen werken.

Ook hebben we ervaren hoe het is om met een opdrachtgever samen te werken. We hebben veel- en kritische feedback ontvangen en werden op onze leerpunten gewezen. Hierdoor hebben wij meer inzicht in ons handelen gekregen en daarmee de kans om onszelf verder te ontwikkelen. Wat ons opviel aan de samenwerking met de opdrachtgever en projectbegeleider, was de nauwkeurige wijze waarop onze begeleidsters feedback gaven op onze stukken. Deze support, en de wijze waarop zij meedachten, hebben wij als erg belangrijk en nuttig ervaren.

9. Aanbevelingen

9.1 Inleiding

Naar aanleiding van de conclusies uit ons onderzoek formuleren we in dit hoofdstuk aanbevelingen in de vorm van tips. We beschrijven achtereenvolgens hoe mmw-ers, de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) en de NVMW als beroepsvereniging naar ons idee kunnen inspelen op de resultaten van ons onderzoek. We hebben ervoor gekozen om deze drie partijen te betrekken in onze aanbevelingen, omdat wij van mening zijn dat niet alleen de NVMW acties moet ondernemen.

9.2 De medisch maatschappelijk werker

Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat de mmw-ers op veel verschillende vlakken behoeften hebben, zoals meer informatie over groepswork, behoefte aan het uitwisselen van informatie met andere mmw-ers en het deelnemen aan trainingsdagen met betrekking tot groepswork. We zullen in deze paragraaf nader toelichten hoe zij dit zouden kunnen doen.

9.2.1 Vraag en aanbod

Uit ons onderzoek is gebleken dat vraag en aanbod elkaar momenteel onvoldoende vinden. Het is gebleken dat mmw-ers behoeften hebben aan voorzieningen die er momenteel al zijn. Zo hebben mmw-ers aangegeven dat zij behoefte hebben aan het uitwisselen van informatie op gebied van groepswork met andere mmw-ers. Echter gaven veel mmw-ers aan niet bekend te zijn met de website www.groepsmaatschappelijkwerk.nl. Wij zijn van mening dat mmw-ers zelf, met behulp van deze website, in hun behoefte kunnen voorzien. Een andere behoefte is informatie over bijvoorbeeld organisatorische voorwaarden of dynamische aspecten op gebied van groepswork. Dit is ook te vinden op de website, zo zijn er bijvoorbeeld draaiboeken op de site te vinden. Ook gaven mmw-ers aan behoefte te hebben aan bijscholing- en/of deskundigheidsbevordering op gebied van groepswork. In deze behoefte kan worden voorzien door bijvoorbeeld deel te nemen aan trainingsdagen en/of symposia. Wat wij opvallend vinden, is dat de NVMW veel organiseert op het gebied van bijscholing en deskundigheidsbevordering, maar veel mmw-ers blijken niet op de hoogte te zijn van dit aanbod. Wij willen de mmw-ers aanbevelen zelf meer initiatief te nemen om in hun behoefte te voorzien. Wij zijn namelijk van mening dat veel middelen die hiervoor nodig zijn, al door de NVMW worden aangereikt, zoals de website, trainingsdagen en symposia.

9.2.2 Financiën

Uit beide onderzoeken blijkt dat het niet duidelijk is of er voor de ziekenhuizen een financieel motief is om al dan niet voor groepswork te kiezen. Dit terwijl er wel wordt aangegeven dat het voordeel van groepswork onder andere is dat het geld oplevert. Naar ons idee is het onvoldoende bekend wat de financiële effecten van groepswork op het ziekenhuis zijn. We willen de mmw-ers het advies geven om te onderzoeken wat de financiële voor- en/of nadelen zijn van groepswork voor het ziekenhuis. Deze informatie kan gebruikt worden bij het profileren van het mmw: wat kost het en wat levert het op. Ook is uit ons onderzoek gebleken dat de mmw-ers nauwelijks zicht hebben op en/of ze zich bezig houden met financiële aspecten. Er werd bijvoorbeeld in het kwalitatieve onderzoek meerdere malen genoemd dat dit een 'managementaangelegenheid' is. Wij kregen hierdoor sterk de indruk dat de mmw-ers niet goed op de hoogte zijn van beleid. Wij vinden dit een zorgwekkend signaal omdat dit mmw-ers belemmert in een adequate profilering van het beroep. Wanneer men namelijk gewend is aan een vaste structuur van werken en aan een bepaalde mate van vrijheid, wordt verandering vaak ervaren als een inbreuk op de professie en de vrijheid. Bovendien dient men zich ervan bewust te zijn dat verandering binnen de instelling ook effecten heeft naar buiten. Daarom zullen maatschappelijk werkers zich niet afzijdig moeten houden van organisatieontwikkeling en veranderingsprocessen. Als professionele hulpverleners worden zij geconfronteerd met de ingevoerde veranderingen en de voor- en nadelen daarvan. Enig zicht op de besturing van de organisatie is voor de maatschappelijk werker dus noodzakelijk (Riet, 2003, p.81). Ook is het een van de taken van de maatschappelijk werker om op de hoogte te zijn van beleid zoals beschreven onder taakgebied 2,

Beroepsprofiel (2009). Wij willen de mmw-ers op bovenstaande attenderen en ze de tip meegeven om zichzelf (meer) te verdiepen in organisatieontwikkelingen en veranderingsprocessen en hier een proactieve houding in aan te nemen. Dit zal tevens een bijdrage kunnen leveren aan de profilering van het beroep.

9.2.3 Bijdrage aan de minor 'Groepswerk'

Uit ons kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat alle geïnterviewden vinden dat er te weinig aandacht aan groepswerk is besteed tijdens hun opleiding. Dit varieert namelijk van één module tot helemaal niets. Omdat er behoefte blijkt te zijn aan meer aandacht voor groepswerk, adviseren wij om een minor 'Groepswerk' te ontwikkelen (zie paragraaf 9.2.3, p.54). Wij denken dat de functiegroepen hier een bijdrage aan zouden kunnen leveren. Leden van de functiegroepen die ervaring hebben met het uitvoeren van groepswerk, zouden bijvoorbeeld gastlessen kunnen verzorgen binnen de opleiding. Ook zou het naar onze mening zeer waardevol zijn als studenten de mogelijkheid krijgen om in de praktijk ervaring op te doen met groepswerk. We willen de functiegroepen adviseren om uit te zoeken wat de mogelijkheden zijn om een bijdrage te leveren binnen de minor.

9.2.4 Patiënten die in aanmerking komen voor groepswerk

Uit ons onderzoek is gebleken dat de reden 'te weinig patiënten komen die in aanmerking voor een groep' als belangrijke reden wordt aangegeven waarom er geen groepswerk plaatsvindt. Wij vinden deze uitkomst opvallend, aangezien er veel verschillende soorten groepen blijken te zijn, binnen veel verschillende specialismen én voor veel verschillende doelgroepen (bijlage F). Om deze reden twifelen wij eraan of deze perceptie wel realistisch is. Onze aanbeveling aan de mmw-ers is om meer structureel uit te zoeken welke patiënten er binnen hun ziekenhuis in aanmerking zouden kunnen komen voor groepswerk. Mogelijk zijn dat er meer dan op dit moment wordt gedacht.

9.3 De opleiding MWD

Uit ons onderzoek is gebleken dat er tijdens de opleiding MWD te weinig aandacht wordt besteed aan groepswerk. In deze paragraaf geven we een suggestie hoe de opleiding binnen de HAN in zou kunnen spelen op dit signaal.

9.3.1 Minor 'Groepswerk'

Binnen de opleiding op de HAN wordt er op dit moment alleen aandacht besteed aan groepswerk in het tweede studiejaar. Dit gebeurt binnen de beroepstaak 'Groepswerk', welke acht weken duurt. Op dit moment kan er geen minor¹⁶ groepswerk gevolgd worden. Wij zijn van mening dat een minor groepswerk een bijdrage zou kunnen leveren aan het (verder) ontwikkelen van kennis en vaardigheden op gebied van groepswerk voor toekomstige beroepsbeoefenaren. Daarnaast hebben wij onder medestudenten signalen opgevangen dat er interesse zou zijn voor een minor groepswerk. Een minor kan in het derde- of vierde studiejaar gevolgd worden. Met behulp van een minor kan de basiskennis die studenten in het tweede studiejaar hebben opgedaan, verder worden uitgebreid. Studenten krijgen met een minor de mogelijkheid om zich verder te specialiseren op het gebied van groepswerk. Ook krijgen de studenten op deze manier de kans om te ontdekken of zij affiniteit hebben met groepswerk. De aanbeveling die wij de HAN willen geven, is om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om een minor groepswerk te ontwikkelen. Ook zou dit van toepassing zijn voor andere hogescholen die de opleiding MWD aanbieden.

¹⁶ Een Minor is een voor de student vrije profileringsruimte waarin een keuzeprogramma kan worden gevolgd. (Internet. *Universiteit Utrecht*. Geraadpleegd op 23 mei 2010 van <http://www.uu.nl/NL/Informatie/Minors>.

9.4 De NVMW als beroepsvereniging

De NVMW is hét platform en hét netwerk voor maatschappelijk werkers. Zij behartigen de belangen van maatschappelijk werkers. Dit doen zij door veel verschillende activiteiten te organiseren, zoals trainingdagen en symposia. Ook hebben zij vak- en functiegroepen ontwikkeld en hebben zij een informatieve website.

9.4.1 Activiteiten overzicht

Uit het onderzoek is gebleken dat mmw-ers onvoldoende op de hoogte zijn van de activiteiten die de NVMW organiseert. Zoals wij in paragraaf 9.2 hebben beschreven, zijn wij van mening dat mmw-ers hier zelf het nodige aan kunnen doen. We willen de NVMW twee adviezen meegeven:

- Een halfjaarlijkse/jaarlijkse agenda ontwikkelen, die onder de aandacht wordt gebracht bij mmw-ers. Dit met als doel om mmw-ers te ondersteunen om in hun behoefte te voorzien: op de hoogte zijn van het activiteitenaanbod van de NVMW.
- Het bestaande uitwisselingsplatform (www.groepsmaatschappelijkwerk.nl) onder de aandacht brengen bij mmw-ers. Dit met als doel om de uitwisseling van ervaringen en informatie over groepswerk tussen de mmw-ers te stimuleren en te bevorderen.

10. Implementatie

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk werken we de in hoofdstuk 9 beschreven aanbevelingen over 'vraag- en aanbod' uit (paragraaf 9.2.1 en 9.4.1, p.54 en 56). We hebben ervoor gekozen om deze aanbevelingen verder uit te werken omdat ze een bijdrage kunnen leveren aan de profilering en professionalisering van het beroep. Zowel mmw-ers als de NVMW spelen hierin een rol.

Om een en ander in een context te plaatsen blikken we kort terug op het startpunt van dit onderzoek. Dit startpunt was: door middel van een brede inventarisatie inzicht geven in de huidige situatie van groepswerk binnen het mmw in Nederlandse ziekenhuizen. Het onderzoek heeft zich onder andere gericht op de inventarisatie van behoeften van mmw-ers ten aanzien van groepswerk. Hier doet zich het knelpunt voor dat vraag- en aanbod elkaar onvoldoende vindt. Op dit knelpunt is ons implementatieplan gericht.

In overleg met de opdrachtgever werd duidelijk dat zij een globaal opgesteld implementatieplan prefereren. Daarom is dit implementatieplan minder concreet dan wellicht gebruikelijk is.

10.2 Vraag en aanbod: de bijdrage van medisch maatschappelijk werkers en de NVMW

Onze aanbeveling is dat de mmw-ers meer initiatief zouden kunnen nemen om zichzelf in de door hen uitgesproken behoeften van bijscholing en kennisdeling te voorzien. Dit aanbod is, zoals genoemd in paragraaf 9.2.1, in principe voorhanden bij de NVMW, maar de meeste mmw-ers zijn hier niet van op de hoogte. Vraag en aanbod vinden elkaar hierin onvoldoende.

Wij leggen daarin ook een deel van de verantwoordelijkheid bij de mmw-ers zelf, want zoals het Beroepsprofiel (Holstvoogd, 2009, p.30) voorschrijft *"hebben maatschappelijk werkers niet alleen de taak om hun eigen professionaliteit blijvend te ontwikkelen, maar ook om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van het kennisbestand van het beroep."*

In dit implementatieplan werken we vanuit de vraag die de aanbeveling oproept, namelijk: wat zouden zowel de mmw-ers als de NVMW kunnen doen om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod voortaan beter op elkaar aansluiten?

10.2.1 Presentatie van de onderzoeksresultaten

Het startpunt van de implementatie zal onze presentatie van de onderzoeksresultaten zijn.

Bij deze presentatie zullen de functiegroep 'Medisch maatschappelijk werk', de projectbegeleider van de opdrachtgever, de projectbegeleider vanuit de opleiding en eventueel andere geïnteresseerden aanwezig zijn. Door middel van een presentatie willen wij de resultaten van ons onderzoek kenbaar maken en de aanwezigen prikkelen om deze resultaten te verspreiden aan belanghebbenden. We hopen hiermee te bereiken dat een aanzet gegeven wordt om groepswerk binnen het mmw verder onder de aandacht te brengen van belanghebbenden.

Door gebruik te maken van visuele middelen willen we afwisseling bieden tussen het gesproken woord en beelden. Doordat dit voor wat levendigheid zorgt, vergemakkelijken we het vasthouden van de aandacht van het publiek. Tevens is uit onderzoek gebleken dat visuele hulpmiddelen tijdens een presentatie ertoe leiden dat luisteraars het verhaal beter kunnen onthouden. Hilgers *et al.* (2003) benoemt dat presentaties zes hoofddoelen kunnen hebben, namelijk:

- informeren;
- inspireren;
- activeren;
- overtuigen;
- instrueren;
- informatie vragen.

Het doel van onze presentatie kunnen we, als we kijken naar deze opsomming, plaatsen onder de hoofddoelen 'informeren' en 'activeren.' (Hilgers *et al.*, 2003 p.7/40).

10.2.2 Overleg tussen de functiegroepen

De functiegroepen 'Medisch maatschappelijk werk' en 'Groepsmaatschappelijk werk' zouden met elkaar in overleg kunnen gaan over de wijze waarop (het bestaande aanbod rondom) groepswork verder onder de aandacht gebracht kan worden bij mmw-ers. De gecombineerde kennis van leden uit beide functiegroepen wordt dan gebundeld, en kan bijvoorbeeld ingezet worden bij het ontwikkelen van een strategisch plan.

Goossens (2005, p.181) pleit voor "*één medewerker die specifiek het verloop van het innovatieproces blijft volgen en evalueren. Hij bekijkt of alle voorgenomen stappen in de juiste volgorde worden gezet en de doelen worden gehaald.*" Wij stellen daarom voor om hier één iemand voor aan te stellen.

Om te bekijken of de startsituatie verandert naar de gewenste situatie, is het nodig om te evalueren.

Evalueren kan zowel op het proces, als op het effect van een ingezette actie. Tijdens het uitvoeren van het actieplan kan er geëvalueerd worden door middel van procesevaluatie. Het is niet de bedoeling om hiermee vast te stellen of bepaalde resultaten behaald zijn; de procesevaluatie wordt ingezet om feedback te verkrijgen op het handelen en daarin eventuele veranderpunten aan te brengen.

Het is belangrijk dat de evaluatie op een systematische wijze plaatsvindt. Ook moet de evaluatie inzicht geven in de wijze waarop het handelen heeft plaatsgevonden. Wij denken dat de NVMW wat dit betreft kan putten uit eerder opgedane ervaringen.

Wanneer afronding van het actieplan heeft plaatsgevonden kunnen door middel van effectevaluatie het resultaat en de uitkomsten van het handelen beoordeeld worden. Naar aanleiding van een effectevaluatie kunnen de functiegroepen vervolgens een beslissing nemen over mogelijke verbeterpunten en een beslissing nemen over stoppen of doorgaan met het plan. (Migchelbrink, 2008, p.155-173).

10.2.3 Aanzet tot verandering

Wat kunnen de mmw-ers doen?

Naast de groep mmw-ers die niet goed op de hoogte is van het aanbod van de NVMW omdat zij geen lid zijn, is er ook een groep mmw-ers die door hun lidmaatschap wel direct bereikt wordt met het bestaande aanbod van de NVMW.

Deze groep mmw-ers zou bij kunnen dragen aan het samenbrengen van de vraag uit het veld en het bestaande aanbod van de NVMW. Dit omdat zij als schakel kunnen fungeren tussen de beroepsvereniging en niet-leden, door niet-leden attent te maken op het aanbod van de NVMW. Mond-tot-mondreclame heeft vaak een positief effect, omdat mensen elkaar persoonlijk aanspreken en direct feedback kunnen geven (Kotler *et al*, 2003, p.685).

Wat kan de NVMW doen?

Het invoeren van richtlijnen en/of veranderingen wordt door Grol *et al*. (2000, p.170) beschreven als een stapsgewijs proces met vier fasen: oriëntatie, inzicht, acceptatie en verandering.

Het proces dat wij beschrijven bevindt zich in de eerste fase: waarin mmw-ers op de hoogte worden gebracht van de resultaten van ons onderzoek, en waarin hun interesse voor een verandering gewekt wordt.

Grol *et al*. (2000, p.173-174) beschrijft daarnaast ook hoe het overbrengen van bepaalde veranderingen kan mislukken. Het kan zijn dat mmw-ers niet in aanraking komen met boeken of tijdschriften waarin bijvoorbeeld de resultaten van ons onderzoek gepubliceerd worden. Ook kan het zijn dat de mmw-ers alleen selectief lezen en dat ze alleen opnemen wat ze willen lezen. Een alternatieve manier die een organisatie kan inzetten om bepaalde boodschappen (op een groep) over te brengen, is het inzetten van bepaalde personen die als 'sleutelfiguur' kunnen fungeren. (van Duins *et al.*, 2004, p. 9-13; Grol *et al.*, 2000, p.174; Migchelbrink, 2008, p.142). Dit zijn mensen wiens mening door anderen gerespecteerd wordt, zoals iemand met veel beroepservaring of een hoge opleiding. Wat betreft het verspreiden van de boodschap die de NVMW aan de mmw-ers wil uitzenden, kan er bijvoorbeeld gedacht worden om de leden van de functiegroepen 'Medisch Maatschappelijk werk' en 'Groepsmaatschappelijk werk' te laten fungeren als sleutelfiguren. Dit omdat zij zowel met een been in het werkveld functioneren als bij de NVMW betrokken zijn.

10.2.4 De rol van de media

Wat kunnen de mmw-ers doen?

Mmw-ers zijn zelf verantwoordelijk voor het nemen van initiatief om op de hoogte te blijven van het aanbod van de NVMW. Dit kunnen ze onder andere doen door de volgende acties:

- Mmw-ers zouden het activiteiten aanbod, dat de NVMW beschikbaar stelt op hun website, in hun eigen agenda op kunnen schrijven. Op deze manier weten zij beter wat en wanneer iets wordt georganiseerd en kunnen zij zich, indien daar behoefte aan is, opgeven voor activiteiten.
- Ook kunnen mmw-ers een vast moment in de week plannen om de website van de NVMW te bezoeken. Zij blijven hierdoor op de hoogte van alle nieuwe ontwikkelingen en van de actuele agenda.

Verder denken wij dat mmw-ers zelf meer initiatief kunnen nemen als zij vragen hebben. Bijvoorbeeld door research te doen op het internet. Het blijkt namelijk dat veel behoeften van mmw-ers te vinden zijn op de website van de NVMW en op de website van www.groepsmaatschappelijkwerk.nl. Mmw-ers blijken deze website niet vaak te raadplegen, terwijl hier de mogelijkheid geboden wordt om op een interactieve manier informatie uit te wisselen met andere mmw-ers.

Wat kan de NVMW doen?

De mmw-ers die lid zijn van de beroepsvereniging ontvangen periodiek de nieuwsbrief van de NVMW en 'Maatwerk', het vakblad voor maatschappelijk werkers. Tevens hebben zij vrije toegang tot het informatieplatform en de database op de website van de NVMW. Het advies is om deze informatiestromen te gebruiken om de uitkomsten van ons onderzoek bij de mmw-ers die lid zijn van de NVMW te presenteren. Door te benadrukken dat de volledige resultaten van het onderzoek op de website staan kunnen de mmw-ers gemotiveerd raken om de website te bezoeken.

Wij willen wijzen op het belang van het vermelden van de link van de website www.groepsmaatschappelijkwerk.nl, zowel in de artikelen die gepubliceerd worden als op de website. Dit om mmw-ers op laagdrempelige wijze de gelegenheid te bieden om kennis te maken met het informatieplatform waar ze naar op zoek zijn. De vermelding van de website www.groepsmaatschappelijkwerk.nl kan gezien worden als een vorm van reclame. Reclame staat voor alle betaalde vormen van niet-persoonlijke presentatie en promotie van ideeën, producten of diensten door de massamedia, bijvoorbeeld kranten, tijdschriften, televisie of radio en wordt gebruikt om een bepaalde reactie bij de doelgroep teweeg te brengen (Kotler et al, 2003, p.708).

Een aanvullende mogelijkheid om het aanbod van de NVMW, zowel aan leden als niet leden, te promoten kan door een (half)jaarlijks activiteitenoverzicht te ontwikkelen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de agenda die nu op de NVMW site staat. Dit overzicht kan per post verstuurd worden naar Nederlandse ziekenhuizen, ter attentie van de afdeling 'medisch maatschappelijk werk'. Hiermee worden niet alleen de leden aangeschreven, maar ook de niet leden. Tijdens ons onderzoek is gebleken dat er positief gereageerd werd op een brief namens de NVMW. Mmw-ers gaven aan dat een envelop met het logo van de NVMW meteen de aandacht trok en interesse wekte. Daarom denken wij dat het effectief is om het overzicht per post te versturen.

10.2.5 Lidmaatschap

Tenslotte willen wij benadrukken dat het voor mmw-ers die behoefte hebben aan informatie-uitwisseling en/of bijscholing aan te raden is om lid te worden van de NVMW. De voordelen van het lidmaatschap staan onder andere beschreven in paragraaf 2.2.4, p.14. Op de website van de NVMW staat meer informatie (www.NVMW.nl).

11. Literatuurlijst

Documenten

- NVMW (2007) *Competentieprofiel ziekenhuismaatschappelijk werk*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- NVMW (2007) *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- Werkers (1999). *Beroepscode voor De Maatschappelijk Werker*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.

Literatuur

- Barnett A.H. & Kumar S. (2005). *Obesitas & diabetes*. Pronounce editing life: Zaltbommel.
- Bouwkamp, R., de Vries S. (2010). *Handboek psychosociale hulpverlening*. Tweede herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bommel, M. van, Deutekom, M. van (2003). *Hulp in eigen omgeving. Ambulantisering van de hulpverlening*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brysbaert, M. (2006). *Psychologie een inleiding*. Gent, Academia Press.
- Doorn, J.A.A. van (1964). *Professionalisering in het maatschappelijk werk*. In J.M. Broekman (red.) *Maatschappelijk werk Krachten Terreinen Methoden Deel 1 Maatschappij en Maatschappelijk werk*. (pp. 270-287. Assen, van Gorkum & Comp.N.V.
- Duins, D. van, Glind, G. van, Verbug, H. (2004). *Soorten implementatiestrategieën en benaderingen*. In D. van Duins. (2004). *Methoden van implementatie voor zorgvernieuwing (waaronder richtlijnen)* (pp. 9-13 en 41). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Goossens, W. (2005). *Groepsmaatschappelijk werk: plaatsbepaling, innovatie en implementatie – een methodisch proces*. In: Groepswork als uitdaging. (red. Remmerswaal, J.). Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Goudriaan, I. en Jabaaij, L. (1999). *De medisch maatschappelijk werker in het algemeen ziekenhuis. Een praktijkstudie naar de functie-uitvoering van medisch maatschappelijk werkers en de waardering daarvan door patiënten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Grol, R.P.T.M., Everdingen, J.J.E. van & Casparie, A.F. (2000). *Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Ham, van der H. (2002). *Voor jou zeker..!? Over gehechtheid en basisvertrouwen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hilgers, F., Vriens, J. (2003). *Professioneel presenteren. Handleiding bij het voorbereiden en verzorgen van informatieve en overtuigende presentaties*. Schoonhoven, Academic Service.
- Holstvoogd, R. (2006). *Maatschappelijk werk in kerntaken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jagt, N. (2009). *Beroepsprofiel van De Maatschappelijk Werker*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- Kamphuis, M. (1964). *De 'eigen identiteit' van het maatschappelijk werk*. In J.M. Broekman (red.). *Maatschappelijk werk Krachten Methoden Terreinen Deel 1 Maatschappij en Maatschappelijk Werk* (p. 239-249). Assen: van Gorkum & Comp.N.V.
- Kotler, P., Armstrong, G., Saunder, J., Wong, V. (2003). *Principes van marketing*. Pearson Education Benelux
- Migchelbrink, F (2000). *praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Tiende herziene druk. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F (2006). *praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Tiende herziene druk. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Mok, A.L. (1990). 'Inleiding in de arbeidssociologie', Schoten: Stenfert Kroese.
- Mönnink de H., (2004). *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

- Remmerswaal. (2006). *Handboek groepsdynamica*. Soest: Nelissen.
- Remmerswaal, J. (2008). *Handboek groepsdynamica: Een nieuwe inleiding op theorie en praktijk*. PM-reeks. Soest: Nelissen.
- Riet, van, N. (2003). *Maatschappelijk Werk Basisboek*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers B.V,
- Riet van, N. (2003). *Maatschappelijk werk doelgroepen en werkvelden*. Groningen/Houten: Wolters Noordhoff.
- Riet, van, N. (2001). *Groepswerk in het maatschappelijk werk*. Achtste herziene druk. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Riet, van, N. (2006). *Groepswerk in het Maatschappelijk werk*. Assen: van Gorcum.
- Sluiter, S., Zijdeveld, M. v., Traas, M., & Mathijssen, E. (1997). *Signalering in het maatschappelijk werk. Sociaal agogisch basisboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Snellen, A. (2007). *Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk*. Derde herziene druk. Bussum. 's Hertogenbosch: Coutinho.
- Visscher, A. B. (2006). *Mens en Recht*. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Ytsma, W., Hellings, B. (2006). *Basisboek werken in een organisatie. Inleiding organisatiekunde*. Baarn: HB uitgevers.

Internet

- Internet (z.d.). *Groepsmaatschappelijk werk*. Geraadpleegd op 2 april 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>
- Internet (z.d.). *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*. Geraadpleegd op 12 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>
- Internet. *NVMW*. Geraadpleegd op 20 april 2010, van www.nvmw.nl/waaromlidworden
- Internet (z.d.). *Encyclo*. Geraadpleegd op 22 april 2010, van <http://www.encyclo.nl>
- Internet (z.d.) *Hagaziekenhuis*. Geraadpleegd op 22 april 2010, van <http://www.hagaziekenhuis.nl>
- Internet (z.d.). *Hagaziekenhuis*. Geraadpleegd op 22 april 2010, van <http://www.hagaziekenhuis.nl>
- Internet (z.d.). *Groepsmaatschappelijk Werk*. Geraadpleegd op 26 april 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>
- Internet. *NVMW-downloads beleidsstukken*. Geraadpleegd op 27 april 2010, van <http://www.nvmw.nl>
- Internet. (z.d.). *Groepsmaatschappelijk Werk*. Geraadpleegd op 1 mei 2010, van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl>. Zoekwoord: definitie
- Internet. *NVMW*. Geraadpleegd op 10 mei 2010, van www.nvmw.nl
- Internet. *Universiteit Utrecht*. Geraadpleegd op 23 mei 2010, van <http://www.uu.nl/NL/Informatie/Minors>
- Internet (z.d.). *NVMW*. Zoekwoord: wat is een DBC. Geraadpleegd op 26 mei 2010, van: <http://www.nvmw.nl/index.php?p=87900>
- Internet (z.d.). *Onze taal*. Geraadpleegd op 26 mei 2010, van <http://www.onzetaal.nl> Zoekwoord: fulltime-equivalent
- Internet (z.d.). *Van dale woordenboek*. Geraadpleegd op 27 mei 2010, van <http://www.vandale.nl> Zoekwoord: dossier
- Internet (z.d.). *Groene Hart Ziekenhuis*. Geraadpleegd op 28 mei 2010, van <http://www.ghz.nl> zoekwoord: Peritoneale Dialyse
- Internet (z.d.). *Hogeschool van Arnhem*. Geraadpleegd op 31 mei 2010, van <http://www.han.nl/studiecentra.nl>