

A photograph of two children holding hands against the rough bark of a large tree. The child on the left is wearing a purple shirt with a yellow pattern, and the child on the right is wearing a green shirt with a white pattern. The background shows green foliage and a clear blue sky.

Verbondenheid

*Hoe het ontsluiten van
relationele hulpbronnen kan
bijdragen in de behandeling
van patiënten met ernstige
psychiatrische aandoeningen.*

*Master Contextuele Benadering
B. Loman
Cohort 2021 -2023
Studentnummer: 211069
Begeleider A. Simons*

‘Sommige, de meest menselijke, zaken spelen zich alleen maar tussen mensen af, niet in mensen afzonderlijk. Liefde, respect, bewondering, betekenis, hebben alleen maar plaats in een tussenruimte, in dat onzichtbare iets wat door een verbintenis geschapen wordt.’ (Palmen, 1995, p. 310-311).

Summary

Background: Patients with severe psychiatric illness in long-term mental health care often experience lower quality of life and may become socially and emotionally isolated. It is not known what unlocking relational resources can do in recovery. Contextual theory is based on the fact that we need the other to make meaning of our existence and therefore focuses on seeking relational resources rather than looking at how pathogenic events can be eliminated.

Method: This qualitative study used multiple research methods for data collection; eight semi-structured interviews were conducted with patients with severe psychiatric illness (N=8), a focus group study with relatives of patients with severe psychiatric illness (N=4) and a focus group study with four treatment providers (N=4).

Results: Respondents indicated that contact with others gives them a sense of meaning. They value mutually meaningful relationships in which they can be valuable to others and others can be valuable to them. Relatives emphasize that their involvement in treatment and cooperation in the triad gives their relative a sense of equality, commitment and recognition.

Conclusion: It can be concluded that people desire to be seen by significant others and have meaningful relationships. Unlocking relational resources contributes to effective collaboration in the triad, where all involved feel seen and heard. Receiving recognition and feeling understood and seen contributes to a sense of support, self-esteem and pride.

Keywords: People with severe psychiatric illness, unlocking relational resources, recovery, collaboration and recognition.

Samenvatting

Achtergrond: Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg ervaren vaak een lagere kwaliteit van leven en kunnen sociaal en emotioneel geïsoleerd raken. Het is niet bekend wat het ontsluiten van relationele hulpbronnen kan betekenen in het herstel. De contextuele theorie gaat uit van het feit dat wij de ander nodig hebben om betekenis te krijgen aan ons bestaan en richt zich daarom op het zoeken naar relationele hulpbronnen in plaats van kijken naar hoe pathogene gebeurtenissen weggewerkt kunnen worden.

Methode: In dit kwalitatieve onderzoek zijn meerdere onderzoeksmethoden gebruikt voor dataverzameling; er zijn acht semigestructureerde interviews afgenomen bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (N=8), een focusgroep onderzoek met vier naasten van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (N=4) en een focusgroep onderzoek met vier behandelaren (N=4).

Resultaten: De respondenten geven aan dat het contact met anderen hen een gevoel van betekenis geeft. Ze waarderen wederzijdse betekenisvolle relaties, waarin ze waardevol kunnen zijn voor anderen en anderen waardevol kunnen zijn voor hen. Naasten benadrukken dat hun betrokkenheid bij de behandeling en samenwerking in de triade hun familielid een gevoel van gelijkwaardigheid, betrokkenheid en erkenning geeft.

Conclusie: Er kan geconcludeerd worden dat mensen verlangen om gezien te worden door belangrijke anderen en betekenisvolle relaties te hebben. Het ontsluiten van relationele hulpbronnen draagt bij aan een effectieve samenwerking in de triade, waarbij alle betrokkenen zich gezien en gehoord voelen. Het ontvangen van erkenning en het gevoel begrepen en gezien te worden, draagt bij aan een gevoel van steun, eigenwaarde en trots.

Kernwoorden: Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, het ontsluiten van relationele hulpbronnen, herstel, samenwerken en erkenning.

Inhoudsopgave

Summary.....	2
Samenvatting.....	3
Voorwoord.....	7
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Probleemstelling	9
1.3 Vraagstelling.....	9
1.4 Deelvragen	9
1.5 Doelstelling.....	10
2. Het ontsluiten van relationele hulpbronnen in het herstel.	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Herstel van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.....	11
2.3. Herstel en het ontsluiten van relationele hulpbronnen.....	12
2.4. Conclusies.....	14
3. Het ontsluiten van relationele hulpbronnen.	15
3.1. Inleiding	15
3.2. Wat zijn relationele hulpbronnen?	15
3.3. Wat betekent het ontsluiten van relationele hulpbronnen?	17
3.4. Conclusies.....	18
4. Onderzoeksmethoden	19
4.1 Inleiding.....	19
4.2 Methoden van onderzoek	19
4.2.1 Literatuuronderzoek	19
4.2.2 Semigestructureerde interviews.....	19
4.2.3 Focusgroep onderzoek.....	20
4.3 Verloop onderzoek	21
4.4 Data-analyse	21
4.5 Validiteit en Betrouwbaarheid	21
4.5.1 Validiteit	21
4.5.2 Betrouwbaarheid	22
4.5.3 Ethische overwegingen	22
5. Ervaringen van patiënten in het ontsluiten van relationele hulpbronnen	23
5.1 Inleiding.....	23
5.2 De relatie met de ander.....	23
5.2.1. De ander zien en gezien worden	24
5.2.3. Het geven van zorg en gezorgd worden	24
5.3 Dialoog.....	24

5.3.1. Waard zijn.....	24
5.3.2. Autonomie	25
5.4 Effecten	25
5.5 Herstel	26
5.6 Conclusie.....	26
6. Ervaringen van naasten over het ontsluiten van relationele hulpbronnen	27
6.1 Inleiding.....	27
6.2 Contact	27
6.3 Samenwerken.....	27
6.4 Zorgen voor en gezorgd worden	28
6.5 Effecten en herstel	28
6.6 Conclusie	29
7. Behandelaren over het ontsluiten van relationele hulpbronnen.	30
7.1 Inleiding.....	30
7.2 Contact	30
7.3 Samenwerken.....	31
7.4 Effecten	31
7.5 Conclusie	32
8. Conclusie.....	33
8.1 Inleiding.....	33
8.1 Samenwerken.....	33
8.2 Herstel	33
8.3 Het ontsluiten van relationele hulpbronnen.....	34
9. Discussie en aanbevelingen	35
9.1 Inleiding.....	35
9.2 Discussie	35
9.3 Externe validiteit	35
9.4 Aanbevelingen.....	35
9.4.1 Aanbevelingen voor de praktijk	35
9.4.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	36
Literatuurlijst	37
Bijlage 1: Kernlabelschema's	44
1.1 Kernlabelschema interview patiënten	44
1.2 Kernlabelschema interview naasten	48
1.3 Kernlabelschema focusgroep behandelaren.....	50
Bijlage 2: Interviewleidraad	52
2.1 Interviewleidraad patiënten.....	52
2.2 Interview leidraad naasten.....	54

2.3 Focusgroep interview behandelaren.....	56
Bijlage 3: Informed constant	58

Voorwoord

‘Als een boom in een bos omvalt en er is niemand in de buurt om het te horen, maakt het dan geluid? En als niemand ons bestaan erkent, zijn we er dan nog wel? Iedereen wil gezien en genoemd worden’ (Neeltje Maria Min, 1966).

Verbondenheid, de titel van dit onderzoek. Een bijzondere reis waarin ik heb mogen onderzoeken en veel heb mogen ervaren. Het thema van mijn onderzoek draait om verbondenheid, en parallel daaraan heb ik persoonlijk ervaren hoe relationele hulpbronnen zich in mij ontsluiten. Een kernontdekking die ik bij mezelf heb gedaan, is dat ieder mens verlangt gezien en gehoord te worden. Het contact met een belangrijke ander maakt dat mijn eigen identiteit versterkt wordt en dat ik in staat ben om te geven aan de ander. Dit geeft mij het gevoel van eigenwaarde en de mogelijkheid om iets terug te geven. Het is een wederkerig proces dat waardevol is voor beide partijen.

Het toepassen van contextueel werken in mijn rol als maatschappelijk werker in de langdurige geestelijke gezondheidszorg stelt me in staat om de mens in zijn geheel te zien en op zoek te gaan naar de dieperliggende drijfveren. Hierbij gaat het niet om het bestrijden van symptomen, maar juist om het bevorderen van herstel in verbondenheid. Ik richt me op het vinden van relationele hulpbronnen te midden van de vele mogelijkheden die er zijn. Mijn hoop is dat dit onderzoek een bijdrage kan leveren aan een verandering in de werkwijze binnen de psychiatrie, waarbij contextueel werken een stevige basis krijgt. Door het bevorderen van herstel in verbondenheid, krijgen we de mogelijkheid om de mens te zien met zijn hulpbronnen, in plaats van alleen te focussen op de symptomen van de patiënt.

Ik ervaar een diepe verbondenheid met mijn partner Melvin, mijn kinderen Fay en Kaan, mijn ouders, broer, zus, schoonmoeder, -zus en -broer. Ik ben enorm dankbaar voor jullie steun bij het verwezenlijken van dit onderzoek. Jullie hebben mij kostbare tijd gegeven, zodat ik kon werken aan mijn masterthesis, leren voor mijn toetsen en het schrijven van mijn verslagen. Zonder jullie hulp zou dit niet mogelijk zijn geweest.

Ik wil mijn diepste dank uitspreken aan alle respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Jullie bereidheid om jullie ervaringen en meningen te delen is van onschatbare waarde. Zonder jullie bijdrage zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest, en ik ben enorm dankbaar dat jullie bereid waren om hieraan deel te nemen. Het is ook belangrijk om dit contextueel te zien; door jullie bijdrage helpen jullie anderen, en is het een wederkerige relatie van geven en ontvangen.

Ik wil graag mijn oprechte dank uitspreken aan mijn begeleidster, Aletta Simons, voor haar waardevolle feedback en haar complimenten die mij gemotiveerd en gefocust hebben gehouden tijdens dit onderzoek. Haar kritische blik en ondersteuning hebben echt een verschil gemaakt. Ook wil ik mijn studiegenoot, Ellen Harxen, bedanken voor haar betrokkenheid, gezelligheid en steun. Het was fijn om samen te kunnen sparren en elkaar te ondersteunen gedurende dit proces. Jullie bijdragen hebben mijn onderzoek en studie-ervaring verrijkt.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland bestaat een doelgroep met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA-patiënten). Deze specifieke doelgroep kampt met psychiatrische aandoeningen en ervaart diverse zorgbehoeften, wat verder wordt gecompliceerd door langdurige beperkingen. In Nederland zijn sinds 2022, 215.000 EPA-patiënten waarvan 28.000 patiënten zijn opgenomen in de langdurige zorg (Vektis, 2022). Psychische aandoeningen hebben een grote impact op de sociale omgeving van de patiënt en de gevolgen strekken zich uit over het gehele sociale domein van wonen, werken en leren, inkomen en financiële draagkracht en sociale relaties (LPGGZ et al., 2015). Bovendien ervaren patiënten met ernstige psychiatrische aandoening vaak een lagere kwaliteit van leven en kunnen sociaal en emotioneel geïsoleerd raken.

Binnen de GGZ worden patiënten vaak losgekoppeld van hun sociale context in de benadering. De behandeling legt meestal de nadruk op het individu en stelt de individuele hulpvraag centraal. De focus ligt op het bevorderen van de autonomie van de patiënt, wat in lijn is met de trend van individualisering in de samenleving (Van Meekeren & Baars, 2011). In het onderzoek van Kruidhof et al. (2017) wordt echter benadrukt dat het gebruik van sociaal netwerk positieve effecten kan hebben op het herstel, de kwaliteit van leven en het gevoel van eigenwaarde van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast heeft Van Brakel (2015) onderzocht wat herstel betekent voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Uit haar onderzoek blijkt dat de meeste ondersteunende factoren gericht zijn op de persoon zelf. Het hebben van waardevolle relaties met anderen uit de omgeving lijkt daarnaast onmisbaar.

Dit onderzoek richt zich op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, evenals naasten en behandelaren in de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Naasten verwijst naar familieleden, partners, kinderen of vrienden die betrokken zijn bij de zorg van een patiënt (Schäfer & Nugter, 2015).

Meerdere onderzoeken laten zien dat naasten een cruciale rol kunnen spelen in de behandeling van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (Drapalski et al., 2009; Bighelli et al., 2021; Taylor & Perera, 2015). Bovendien blijkt uit recent verschenen onderzoek dat naasten betrekken bij de behandeling een positieve invloed heeft op het herstel van de patiënt (Tjaden et al., 2021).

Eveneens stellen Reupert et. al., (2018) dat de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen patiënten moeten beschouwen binnen de context van hun familie. Er bestaat een wederkerige relatie tussen familieleden, wat betekent dat iemands geestelijke gezondheid invloed heeft op het welzijn van andere gezinsleden, en het functioneren van het gezin op zijn beurt invloed kan hebben op het individu met de ziekte.

In de 'richtlijn generieke module naasten' staat beschreven dat het samenwerken met en het ondersteunen van naasten cruciaal is voor het herstel van de patiënt (*GGZ-standaarden*, 2021). Schollema (2020) stelt dat de richtlijnen vooral gericht zijn op verschillende vormen van herstel en dat naasten vooral gezien worden als informatiebron, terwijl het werken middels de contextuele benadering naasten meer deelgenoot maken in de behandeling. Dit vergroot de onderlinge verbondenheid en zo kan er gewerkt worden aan herstel in plaats van de huidige werkwijze wat beperkt blijft tot symptoombestrijding.

Als een van de pioniers van de gezinstherapie heeft Ivan Boszormenyi-Nagy (verder: Nagy) een afdeling voor gezinstherapie opgezet in het Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, waar hij zich richtte op de behandeling van patiënten met de diagnose schizofrenie. In een tijd waarin de focus voornamelijk lag op intensieve individuele therapie, introduceerde Nagy gezinstherapie als een nieuwe benadering, wat resulteerde in verbeterde effectiviteit van de behandeling (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1994).

De contextuele therapie, ontwikkeld door Nagy, gaat uit van het idee dat we elkaar nodig hebben om te kunnen bestaan. Dit betekent dat we enerzijds het recht hebben om zorg te ontvangen, maar anderzijds ook de verantwoordelijkheid hebben om zorg te geven. Het recht doen aan anderen en het geven van zorg dragen bij aan ons eigen welzijn en geven betekenis aan ons leven (Van der Meiden, 2020). De contextuele therapie richt zich daarom op het zoeken naar hulpbronnen binnen de vele mogelijkheden die nog openstaan, in plaats van te focussen op het elimineren van pathogene gebeurtenissen (Boszormenyi-Nagy, 1985). Van Klaveren (2014) stelt dat pathologie vaak een gevolg is van ongebruikte hulpbronnen en niet zozeer de oorzaak ervan. Het benutten van deze hulpbronnen zou centraal moeten staan. "De focus moet liggen op het activeren van relationele hulpbronnen die het beste antwoord op de pathologie vormen" (Van Klaveren, 2014, p.6).

In zijn inaugurele rede in 1994 benadrukte Lange het belang van het integreren van systeemtherapie en individuele therapie. Sinds die tijd is het essentieel geworden om concrete stappen te zetten in die richting (Van Meekeren & Baars, 2016). Volgens De Wachter (2004) is het integreren van wetenschappelijke en narratieve elementen een essentiële benadering om het werkelijke lijden van families met een patiënt met ernstige psychiatrische problemen aan te pakken. Bovendien benadrukken Grames et. al., (2008) dat onderzoek naar onderdelen van de contextuele theorie en haar doeltreffendheid onderzocht moet worden in klinische settingen.

1.2 Probleemstelling

Tot op heden is nog weinig bekend over wat het ontsluiten van relationele hulpbronnen kan betekenen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige gezondheidszorg.

1.3 Vraagstelling

Hoe kan het ontsluiten van relationele hulpbronnen bijdragen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?

1.4 Deelvragen

- Wat is er bekend uit eerdere onderzoeken over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in het herstel van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?
- Wat zegt de contextuele literatuur over het begrip het ontsluiten van relationele hulpbronnen?
- Hoe ervaren patiënten en naasten het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling?

- Wat zeggen behandelaren over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?

1.5 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de ervaringen met het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening die klinisch zijn opgenomen in de langdurige geestelijke gezondheidszorg.

2. Het ontsluiten van relationele hulpbronnen in het herstel.

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord: *‘Wat is er bekend uit eerdere onderzoeken over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in het herstel van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?’* Allereerst wordt de beschrijving van herstel bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening gepresenteerd, gevolgd door een analyse van de belangrijkste bevindingen met betrekking tot het ontsluiten van relationele hulpbronnen in het herstelproces. Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies die zijn getrokken op basis van deze bevindingen.

2.2. Herstel van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening

Mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening ervaren een psychiatrische stoornis die langdurige zorg vereist en gepaard gaat met ernstige beperkingen in hun sociaal en maatschappelijk functioneren (GGZ Standaard, 2021).

Bij het bespreken van het herstel van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening is het van essentieel belang om te beginnen met het begrip gezondheid als uitgangspunt. In dit onderzoek wordt de definitie van Huber et al. (2011) gehanteerd: *‘Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’*.

In de geestelijke gezondheidszorg heeft de herstelgerichte benadering een grote invloed gekregen op het denken over goede psychische gezondheidszorg. In de herstelgerichte benadering is het uitgangspunt dat mensen meer zijn dan hun stoornis. De focus ligt op het identificeren van de mogelijkheden van mensen, zodat ze hun rol als patiënt kunnen ontstijgen en weer de regie en controle over hun eigen leven kunnen krijgen. In deze opvatting betekent herstel dat mensen de nadelige invloeden van hun psychische aandoeningen te boven komen, niet zozeer dat zij meer of minder volledig genezen van hun psychische aandoeningen (Hordijk & van Genugten, 2021).

In de literatuur zijn diverse definities te vinden van het begrip herstel. In dit onderzoek wordt herstel als volgt gedefinieerd: *‘Herstel is het persoonlijke proces waarbij iemand min of meer ontwrichtende levenservaring zodanig te boven komt, dat hij het leven weer vanuit eigen wensen en mogelijkheden vorm kan geven, met of zonder blijvende gevolgen van die ervaring’* (Hordijk & van Genugten, 2021, p. 38).

Wilken & den Hollander (2022) stellen dat herstel op vier manieren kan plaatsvinden: persoonlijk, medisch, functioneel en sociaal herstel. Persoonlijk herstel richt zich op betekenisvol zijn en grip krijgen op het eigen leven, waarbij de subjectieve beleving van de persoon centraal staat. Medisch herstel verwijst naar het verminderen van ziektesymptomen. Functioneel herstel richt zich op het herstellen van aangetaste of verminderde functies. Sociaal herstel omvat verbeteringen op gebieden zoals huisvesting, werk, inkomen en sociale relaties. Het herstelproces verloopt vaak van crisis naar stabilisatie, vervolgens van stabilisatie naar heroriëntatie en uiteindelijk van heroriëntatie naar re-integratie (Wilken & den Hollander, 2022).

In onderstaand tabel wordt inzichtelijk wat iedere fase van het herstelproces inhoudt, wat maakt dat er vanuit de zorg accuraat aangesloten kan worden bij wat iemand nodig heeft op een bepaald moment in het proces:

1. Stabilisatie	2. Heroriëntatie	3. Re-integratie
Desintegratie/disconnectie van het zelf en de samenleving-> stabilisatie/heraansluiting bij het zelf op een basaal niveau van functioneren.	Heroriëntatie/heraansluiting bij het zelf op een psychologisch niveau-> heroriëntatie op de samenleving.	Re-integratie/heraansluiting op een sociaal niveau-> aansluiting bij de samenleving->integratie.
Focus: controle van ziekteverschijnselen, en verminderen van het lijden; herstel van zelfregulatie.	Focus: verkennen van de implicaties van de aandoening voor de naaste toekomst; opnieuw de identiteit bepalen; verkennen hoe terug te gaan naar een normaal leven.	Focus: herstellen van zinvolle activiteiten, relaties en sociale rollen.

Bron: Wilken & den Hollander, 2019, p.155.

Samengevat is herstel een dialectisch (het verbinden van tegenstrijdige behoeften) en persoonlijk proces waarbij mensen proberen weer aansluiting te vinden in hun leven ondanks de gevolgen van een aandoening (GGZ Standaard, 2021).

Ieder herstelproces is uniek, maar parallel aan het herstelproces ontwikkelen zich twee andere processen (Wilken & den Hollander, 2022). Deze processen zijn gericht op het herstellen van verbindingen: [1] verbinding maken met de eigen persoonlijkheid (het vinden van de kernidentiteit en weer controle krijgen over het eigen leven) en [2] opnieuw verbinding maken met de wereld om zich heen (sociaal netwerk, werk, omgeving). Dit onderstreept het belang van persoonlijk herstel als het meest essentiële aspect van herstel (Hordijk & van Genugten, 2021).

2.3. Herstel en het ontsluiten van relationele hulpbronnen.

Onderzoek naar herstel wijst uit dat familieleden een belangrijke rol kunnen spelen als hulpbron in het herstelproces. Ze bieden steun, zorgen voor continuïteit, leggen verbindingen met de omgeving, geven de mogelijkheid om de rol van gezinslid te behouden en bieden sociale en materiële ondersteuning (Wilken & den Hollander, 2022). Bovendien heeft Tjaden et al. (2021) aangetoond dat het doorbreken van oude patronen van ongelijkheid en afhankelijkheid en werken aan openheid en wederkerigheid in de relatie essentieel zijn in de behandeling. Deze veranderingen in de onderlinge dynamiek stellen mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in staat om vrij te werken aan hun eigen herstelproces.

Uit herstelstudies (Wilken, 2010) blijkt tevens dat het hervinden van de identiteit een belangrijk aspect is van herstel. Verbondenheid met anderen speelt een cruciale rol bij het bevorderen van herstel. Leamy et al. (2011) stellen dat verbondenheid niet alleen belangrijk

is voor het leven, maar ook voor herstel. Het gaat om verbondenheid met anderen en om participatie in de samenleving, waarbij men gezien en erkend wordt als een waardevol lid van de maatschappij.

Recent onderzoek (Smit et al., 2022) laat bovendien zien dat peer support, zoals lotgenotencontact, bijdraagt aan drie categorieën van herstel: vermindering van klinische psychische symptomen (klinisch herstel), leren omgaan met de aandoening (persoonlijk herstel) en het ervaren van meer hoop, verbondenheid en sociale steun (maatschappelijk herstel).

Uit de scoping review van Van Genk et al. (2023) blijkt dat het betrekken van de patiënt en hun sociale netwerk bij het herstelproces van groot belang is. Het focussen op de belangen en doelen van de patiënt bevordert de ontwikkeling van relaties en zelfredzaamheid. Het bevorderen van wederkerigheid in relaties leidt tot waardering van anderen en vergroot het netwerk van vertrouwde relaties. Het concluderende standpunt is dat complementaire zorg de nieuwe standaard is voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Diverse onderzoeken tonen aan dat cliëntfactoren het grootste potentieel gunstige effect van psychotherapie voorspellen. Deze factoren omvatten innerlijke veerkracht, de verwachting van een positieve ontwikkeling en de aanwezigheid van goede relaties in het leven van de cliënt (De Vries, 2007; Van Oenen, 2019; Rober, 2021).

In contextuele therapie is het moeilijk om de cliënt en zijn relaties van elkaar los te koppelen. Binnen deze benadering is het vanzelfsprekend dat verbetering van de relaties van de cliënt ook leidt tot verbetering in de beleving, het zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde (Heyndrickx et al., 2022). Contextuele therapie richt zich op de competentie van families die spontaan kan leiden tot heling (Ausloos, 1999; Hendrickx et al., 2022). Het doel van contextuele therapie is het verbeteren van de kwaliteit van het leven van de cliënten (Hendrickx et al., 2022). Boszormenyi- Nagy beschrijft dat de kwaliteit van iemands leven gebaseerd is op twee elementen: 1) bevrediging en vreugde in tegenstelling tot symptomen en chronische ontevredenheid, en 2) de onderliggende structuur van relationele balansen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2020, p.231).

‘De contextuele therapie is gericht op de preventie van het disfunctioneren in en het herstel en de versterking van het eigen immuunsysteem van een gezin: de hulpbronnen van zorg, liefde en verbinding’ (Boszormenyi-Nagy, 2020, p.33).

Daarnaast legt contextuele therapie de focus op relationele patronen die ten grondslag liggen aan psychisch lijden, waarbij de pathologie niet intrinsiek in individuen ligt, maar veeleer in de wijze waarop relaties worden gevormd (Hendrickx et al., 2022). Van der Meiden (2019) heeft geconstateerd dat het expliciet zoeken naar relationele hulpbronnen zelden wordt waargenomen. Het benutten van relationele hulpbronnen staat centraal in contextuele therapie, aangezien pathologie vaker een gevolg is dan een oorzaak van deze onbenutte relationele hulpbronnen (Van Klaveren, 2014). Het identificeren en mobiliseren van bestaande hulpbronnen tussen mensen is van belang in plaats van zich uitsluitend te richten op het wegnemen van pathologische uitingen. Wanneer betrouwbare zorg in de relaties met belangrijke anderen duidelijk zichtbaar en erkend wordt, kan wantrouwen plaatsmaken voor vertrouwen. Op deze manier kunnen symptomen die voortkomen uit wantrouwen verminderen of verdwijnen, waardoor er ruimte ontstaat voor het herstellen van vertrouwen. Het werken vanuit de vierde dimensie van relationele ethiek bevordert dit herstel van

vertrouwen, wat op zijn beurt de veerkracht en het draagvlak tussen mensen in een context of systeem vergroot (Rooijakkers, 2014).

2.4. Conclusies

Uit het bovenstaande blijkt dat herstel een uniek proces is dat op verschillende manieren kan plaatsvinden. Een cruciaal aspect van herstel is het persoonlijke aspect. Onderzoek in herstelstudies heeft aangetoond dat hulpbronnen, zoals familieleden, een belangrijke rol spelen in het herstelproces. Bovendien tonen meerdere studies aan dat het hebben van verbondenheid met belangrijke anderen een bevorderende factor is voor herstel.

In overeenstemming met de contextuele therapie wordt er gestreefd naar herstel in verbondenheid met de belangrijke ander. Dit wordt bereikt door het zoeken naar en benutten van relationele hulpbronnen. Het is dus veilig om te stellen dat het streven naar verbondenheid in relaties een positieve invloed heeft op het herstel van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

3. Het ontsluiten van relationele hulpbronnen.

3.1. Inleiding

‘Wat zegt de contextuele literatuur over het begrip het ontsluiten van relationele hulpbronnen?’ Deze deelvraag wordt in dit hoofdstuk beantwoord door de beschrijving van relationele hulpbronnen en hoe ze worden begrepen vanuit de vijf dimensies van de relationele werkelijkheid. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen met betrekking tot het ontsluiten van relationele hulpbronnen gepresenteerd, gevolgd door conclusies op basis van deze bevindingen.

3.2. Wat zijn relationele hulpbronnen?

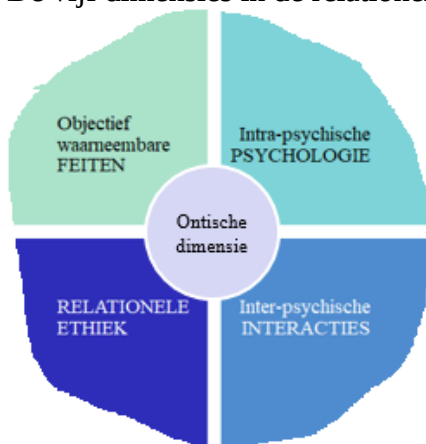
De contextuele therapie is ontwikkeld binnen de wereld van de psychotherapie door Ivan Boszormenyi-Nagy. De focus van de contextuele therapie is gericht op het helende effect van de verbetering van de kwaliteit van de relaties als bron van heling en groei. Dit gebeurt wanneer mensen ervaren en beleven dat zij van betekenis zijn voor de ander met wie zij door het leven zijn verbonden en dat zij toelaten dat anderen voor hen van betekenis zijn (Hendrickx et. al, 2022). Het kunnen geven en aannemen van hulp werkt validerend en deze beweging binnen een relatie vormt de hulpbron (Hendrickx et. al, 2022). In de contextuele therapie wordt er een onderscheid gemaakt tussen een hulpbron als iets of iemand die ‘gewoon helpend’ is en ‘hulpbronnen’ gezien vanuit de vierde dimensie van relationele ethiek:

‘Relationele hulpbronnen zijn feitelijke en fundamentele middelen, keuzen en mogelijkheden in mensen en hun relaties waardoor zij zich kunnen ontplooien en zichzelf en anderen kunnen helpen’ (Boszormenyi-Nagy & Krasner 1994, p.476).

Binnen de contextuele therapie worden vijf dimensies onderscheiden die de relationele werkelijkheid van elk individu omvatten. Vanuit de dimensies wordt op verschillende manieren gekeken naar de mens (Heyndrickx et al., 2022). De vijf dimensies zijn een samenhangend geheel dat relationele uitgangspunten belichaamt. Elk uitgangspunt omvat een specifiek domein van inzicht en onderzoek naar de relationele werkelijkheid. Dit is nodig om te komen tot het ontsluiten van relationele hulpbronnen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

Hieronder wordt een overzicht gepresenteerd van elke dimensie en de wijze waarop hulpbronnen binnen elke dimensie worden geconceptualiseerd. Dit overzicht verschaft een grondig inzicht in hoe relationele hulpbronnen worden begrepen vanuit de vierde dimensie van de relationele werkelijkheid:

De vijf dimensies in de relationele werkelijkheid:



Bron: Van der Meiden, 2021.

In de dimensie van de feiten gaat het om feitelijkheden die invloed hebben op iemands leven. Het wordt ook wel de biologische dimensie van de werkelijkheid genoemd (Dillen, 2004; van den Eerenbeemt & van Heusden, 2011).

Een hulpbron gezien vanuit de eerste dimensie is iets of iemand die helpend kan zijn (Hendrickx et al, 2022).

De tweede dimensie in de relationele werkelijkheid is de dimensie psychologie. Deze dimensie betreft de beschrijving van wat zich in een persoon afspeelt aan emoties en behoeften (Dillen, 2004; van den Eerenbeemt & van Heusden, 2011).

Een hulpbron in de tweede dimensie kan bestaan uit ondersteunende gedachten, positieve emoties en verlangens. Volgens de Conservation Of Resources (COR)-theorie van Hobfoll (1989) streeft een individu voortdurend naar het verkrijgen en beschermen van hulpbronnen. Het verlies van hulpbronnen leidt tot stress en negatieve gevolgen, terwijl het behouden of vergroten van hulpbronnen leidt tot welzijn en positieve resultaten (Vink, 2010).

Binnen de dimensie van transacties, de derde dimensie in de relationele werkelijkheid, vallen de waarneembare gedragspatronen en communicatie tussen mensen (Dillen, 2004; van den Eerenbeemt & van Heusden, 2011).

Een hulpbron gezien vanuit de derde dimensie gaat over de ontmoeting in een dialoog. Het luisteren en nabij zijn kan fungeren als hulpbron (van Prooijen - de Jong & Noordegraaf, 2018).

De vierde dimensie in de relationele werkelijkheid is de dimensie van de relationele ethiek. In deze dimensie wordt een sterke verbinding gelegd tussen invloed op het individu in relatie met de ander. Rechtvaardigheid van de relatie en het relationele evenwicht tussen het geven en nemen in de relatie staat centraal (Dillen, 2004; van den Eerenbeemt & van Heusden, 2011).

Dit impliceert dat hulpbronnen, gezien vanuit de vierde dimensie, dialogisch worden gecreëerd: een hulpbron heeft betrekking op de relatie, het is iets dat tussen mensen bestaat. Elk individu heeft het bewustzijn of de neiging tot rechtvaardigheid, zorg en verantwoordelijkheid voor elkaar. Wanneer deze waarden worden toegepast in de relatie, functioneert dat handelen als een hulpbron. Het biedt de potentie om de ander te zien en zelf

gezien te worden (Heyndrickx et al., 2022). Onderzoek van Finkenauer & Pollmann (2009) wijst uit dat het gevoel begrepen en gezien te worden door de ander de kern vormt van alle relaties. Mensen streven ernaar om zich gezien te voelen door anderen. In contextuele termen wordt dit uitgedrukt als: "Ik heb de ander nodig en de ander heeft mij nodig" (Van der Meiden, 2020, p.40).

Relationele hulpbronnen worden beschouwd als mogelijkheden tot zelfvalidatie. Wanneer een persoon erkend wordt voor wat hij geeft, ervaart hij dat zijn bijdrage betekenis heeft en neemt zijn gevoel van eigenwaarde toe (Dillen, 2004). Het vermogen om te geven en tegelijkertijd grenzen te stellen, leidt tot innerlijke vrijheid. Dit proces, dat in contextuele termen zelfafbakening wordt genoemd, vindt plaats in de interactie met de ander. Zelfvalidatie en zelfafbakening worden gerealiseerd in een oprechte dialoog. Dit gaat verder dan een gewoon gesprek. In een oprechte dialoog accepteren en respecteren beide personen elkaar als volwaardige individuen, waarbij zowel de belangen van het individu als die van de relatie samenkomen (Boszormenyi-Nagy, 2020; Onderwaater, 2018; Van der Meiden, 2020; Hendrickx et al., 2022). Het is in deze context dat mensen elkaar werkelijk ontmoeten en de mogelijkheid hebben om elkaar echt te zien en gezien te worden door de ander. Een oprechte dialoog creëert een opening voor verandering (Clavero & Noordegraaf, 2018).

De vijfde dimensie vormt het centrale aspect van het integratieve model van werkelijkheid. Het vertegenwoordigt de ontische verbondenheid, de fundamentele afhankelijkheid van de band met anderen (Van der Meiden, 2020). Binnen deze dimensie wordt de essentie van medemenselijkheid en het recht van bestaan ervaren (Heyndrickx et al., 2022). Een hulpbron, bekeken vanuit de vijfde dimensie, is een betrouwbare relatie tussen mensen die kan dienen als een hefboom naar herverbinding (Heyndrickx et al., 2022). Het is het vermogen om met anderen een authentieke en vertrouwensvolle band aan te gaan, waarbij het gevoel van verbondenheid en erkenning wordt bevorderd.

Samenvattend wordt in het bovenstaande inzicht geboden in de rol van hulpbronnen, bekeken vanuit verschillende dimensies. Deze hulpbronnen variëren van praktische ondersteuning en positieve gedachten tot dialoog, rechtvaardige relaties en betrouwbare verbindingen. Relationele hulpbronnen raken de kern van interpersoonlijke verbindingen. Ze zijn geworteld in de intrinsieke motivaties en het verlangen om door de ander gezien en erkend te worden. Het omvat ook het streven om betekenisvol te zijn voor de ander en het gevoel te hebben van intrinsieke waarde binnen de relatie.

3.3. Wat betekent het ontsluiten van relationele hulpbronnen?

Het proces van het ontsluiten van relationele hulpbronnen is gericht op het bevorderen van oprechte dialogen tussen mensen. Het streven naar wederzijds vertrouwen in relaties, vanuit de vijf dimensies van relationele werkelijkheid, houdt in dat elke poging tot zorg voor elkaar wordt erkend (Hendrickx et al., 2022). Het ontsluiten van relationele hulpbronnen wordt gezien als het zaaien van een zaadje dat als een katalysator werkt:

"Het geheim van het zaaien van een zaadje ligt in de vruchtbare grond van sluimerende relationele hulpbronnen met hun verborgen potentieel voor betekenisvolle dialogen" (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1994, p.371).

Het doel is om het geven en ontvangen binnen de relatie weer op gang te brengen (Verduijn, 2011). Wanneer het proces van geven en ontvangen in de relatie wordt hersteld, activeert dit

tegelijkertijd relationele hulpbronnen (Verduijn, 2011). Het geven van vertrouwen stimuleert nieuw vertrouwen (Van Klaveren, 2014). Dit zorgt ervoor dat relationele hulpbronnen zichzelf in stand houden en mensen wederzijds motiveren. Het werkt als een opwaartse spiraal en heeft een genezend effect (Boszormenyi-Nagy, 2020).

Het vermogen om hulp te geven en het vermogen om hulp te aanvaarden werken beiden validerend. Wanneer een handeling leidt tot actie bij de ander, ontstaat er een oprechte dialoog en wordt een relationele hulpbron geactiveerd (Van Klaveren, 2014). Er ontstaat een beweging waarbij geven en nemen in gang worden gezet. Dit resulteert in de menselijke mogelijkheid om betekenisvol te zijn in relaties. Men kan de ander zien en zelf gezien worden, wat leidt tot zelfafbakening en zelfvalidatie. De mens kan niet anders bestaan dan in relatie tot anderen (Onderwaater, 2019).

Het is duidelijk dat het ontsluiten van relationele hulpbronnen, gezien vanuit de vierde dimensie van relationele werkelijkheid, het streven naar herstel in verbondenheid tussen mensen inhoudt. Het ontsluiten van relationele hulpbronnen omvat altijd een interactie van betrokkenheid tussen mensen, betrouwbare zorg en oprechte dialoog (Van Klaveren, 2014). De essentie van het activeren van de hulpbronnen ligt op het ontdekken en activeren van wat er rest aan vertrouwen en betrouwbaarheid (Michielsen, 1998). Andere benaderingen van hulpbronnen leggen de nadruk op verschillende netwerkperspectieven (Verduijn, 2011).

3.4. Conclusies

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat relationele hulpbronnen, vanuit de vierde dimensie in de relationele werkelijkheid, anders worden gezien dan alleen een externe bron van hulp. Relationele hulpbronnen bevinden zich tussen mensen en hebben een diepere betekenis. Ze stellen individuen in staat betekenisvol te zijn voor elkaar, waardoor een oprechte dialoog en wederzijds begrip mogelijk worden. Het activeren van relationele hulpbronnen brengt het geven en ontvangen tussen mensen op gang en creëert ruimte voor betekenisuitwisseling en verbinding. Het is essentieel om relationele hulpbronnen te erkennen en te benutten in interpersoonlijke relaties en hulpverlening, omdat ze kunnen leiden tot groei en betekenisvolle verbindingen tussen mensen.

4. Onderzoeksmethoden

4.1 Inleiding

In dit onderzoek wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag *‘Hoe kan het ontsluiten van relationele hulpbronnen bijdragen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?’*. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn bewust gekozen vanwege hun vermogen om diepgaand inzicht te bieden in subjectieve ervaringen en perspectieven (Janssen & Janssen, 2016). Dit onderzoek richt zich specifiek op het verkennen van de subjectieve ervaringen en perspectieven van patiënten, naasten en behandelaren met betrekking tot het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling. Dobber (2022) benadrukt de geschiktheid van kwalitatieve methoden voor het verkennen van fenomenen. Het onderzoek beoogt inzicht te krijgen in het fenomeen van het "ontsluiten van relationele hulpbronnen", zoals dit ervaren wordt door patiënten, naasten en behandelaren, en welk effect dit heeft op de behandeling. Het onderzoek omvat de triade van patiënt, naasten en behandelaar, en methodetriangulatie is toegepast om deze triade te integreren in het onderzoeksdesign. Dit hoofdstuk biedt een onderbouwing van het onderzoeksdesign, inclusief informatie over de werving van respondenten, de onderzoeksprocedure, en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

4.2 Methoden van onderzoek

4.2.1 Literatuuronderzoek

Er is literatuuronderzoek verricht om deelvraag 1, *‘Wat zegt de contextuele literatuur over het begrip het ontsluiten van relationele hulpbronnen?’* en deelvraag 2, *‘Wat is er bekend uit eerdere onderzoeken over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in het herstel van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?’* te beantwoorden. Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar factoren die bijdragen aan het herstel van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de geestelijke gezondheidszorg. Echter, er is weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van de contextuele benadering in combinatie met deze factoren. Daarom is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van literatuuronderzoek om inzicht te krijgen in wat andere onderzoekers hebben gevonden en welke theorieën er zijn ontwikkeld op dit gebied (Baarda et al., 2018). Het theoretisch kader heeft waardevolle richtlijnen geboden voor het veldonderzoek (Saunders et al., 2020). Voor het literatuuronderzoek zijn verschillende databanken geraadpleegd, zowel Nederlandstalig als Engelstalig, waaronder OVID, SpringerLink, Researchgate en Pubmed. Er zijn diverse zoektermen gebruikt om relevante literatuur te verzamelen, zoals "contextual therapy", "mental health care", "relationship resource", "severe mental illness", "recovery", "hulpbronnen", en "naasten in de behandeling". De literatuurstudie is kritisch beoordeeld door vakgenoten en experts, die waardevolle feedback hebben gegeven (Baarda et al., 2018).

4.2.2 Semigestructureerde interviews

Om deelvraag 3, *‘Hoe ervaren patiënten en naasten het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling?’*, te beantwoorden zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij acht patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige

geestelijke gezondheidszorg. In een semigestructureerd interview is het mogelijk om een dialoog aan te gaan met de geïnterviewde waarbij voldoende ruimte wordt geboden voor de geïnterviewde om kwesties die zij belangrijk vinden te benadrukken (Kaliber, 2019). In lijn met de aanbevelingen van Scheepers et al. (2016) is er in dit onderzoek zorgvuldig rekening gehouden met de individuele capaciteit en het referentiekader van elke respondent. Het onderzoeksplan werd voorgelegd aan de cliëntenraad van Pro Persona, met als doel patiënten te werven via een sneeuwbalsteekproef om deel te nemen aan het onderzoek. Voor de selectie van deelnemers werden vier criteria gehanteerd: volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening, die momenteel in behandeling zijn of eerder behandeld zijn, een psychisch stabiel functionerend niveau hebben en in staat zijn om hun wil te bepalen (wilsbekwaamheid). Via een sneeuwbalsteekproef werden acht patiënten geworven, waarvan twee een maatschappelijk werker-patiëntrelatie met de onderzoeker hadden. Op basis van het literatuuronderzoek werd een interviewleidraad opgesteld met behulp van een topiclijst. De deelnemers gaven toestemming voor het opnemen van de interviews met behulp van audioapparatuur, waarna de opnames werden getranscribeerd en anonimiteit werd gewaarborgd tijdens de verwerking (Baarda et al., 2018).

4.2.3 Focusgroep onderzoek

Voor het beantwoorden van deelvraag 3 vanuit het perspectief van naasten is gekozen voor een focusgroep-interview. Er is besloten om een focusgroep-interview te organiseren, omdat de reacties van andere deelnemers tijdens een groepsgesprek de deelnemers vaak herinneren aan aspecten waar ze anders mogelijk niet aan zouden denken (Van Selm, 2007). Op deze manier is materiaal verzameld over hoe relationele hulpbronnen kunnen bijdragen aan de behandeling. De onderzoeker heeft via sociale media een oproep geplaatst en het onderzoeksplan aan de familierraad van Pro Persona gepresenteerd, met als doel naasten te werven via een sneeuwbalsteekproef om deel te nemen aan het onderzoek. De selectie van naasten was gebaseerd op twee criteria: ten eerste moesten het volwassenen zijn met een familielid dat momenteel in behandeling is of eerder behandeld is voor een ernstige psychiatrische aandoening. Ten tweede moesten ze ervaringen hebben in de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Er zijn vier deelnemers gekozen voor de focusgroep-interview, omdat er gevoelige onderwerpen besproken worden en met deze groepsgrootte kan de gespreksleider iedereen voldoende aandacht geven (Van Male, 2011).

Om deelvraag 4 te beantwoorden, namelijk *"Wat zeggen behandelaren over het benutten van relationele hulpbronnen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?"*, is er een focusgroep-interview georganiseerd met behandelaren. De behandelaren werden geselecteerd via een gerichte steekproef en typerende gevallen werden gebruikt. De selectie van behandelaren was gebaseerd op de volgende criteria: een academische opleiding op universitair niveau, werkzaamheid met patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en vertegenwoordiging van diverse disciplines. Het doel van het betrekken van diverse disciplines in de focusgroep was om een discussie tussen de deelnemers te bevorderen en zo gegevens te verzamelen over het onderwerp (Boeije & Bleijenbergh, 2019; Sim & Waterfield, 2019).

Er werd een topiclijst opgesteld met onderwerpen die voortkwamen uit deelvragen één, twee en drie, zodat alle relevante onderwerpen besproken konden worden (Baarda et al., 2018). Beide focusgroep-interviews werden opgenomen met behulp van audioapparatuur en

vervolgens getranscribeerd. De deelnemers waren op de hoogte gebracht van de opname en hadden ingestemd met anonimiteit bij de verwerking van de gegevens (Baarda, 2018).

4.3 Verloop onderzoek

Het onderzoek startte in september 2022 met een literatuuronderzoek. In januari 2021 werd op basis hiervan een topiclijst opgesteld en een concept interviewleidraad gemaakt. Na feedback en aanpassingen werden in januari/februari 2023 interviews afgenomen bij acht patiënten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg. In februari 2023 vonden face-to-face focusgroepbijeenkomsten plaats met naasten en behandelaren. In de daaropvolgende maanden werden de interviews en focusgroepbijeenkomsten getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van het programma Atlas-Ti, ter ondersteuning van het systematisch werken en het iteratieve proces (Baarda et al., 2018; de Boer & Wester, 2019). Na de analyse werden de resultaten, conclusie en discussie geschreven, en het onderzoek werd in juni 2023 afgerond.

4.4 Data-analyse

De interviews en focusgroep-interviews zijn geanalyseerd volgens een open benadering, zonder een vooraf gevormde hypothese zijn de transcripten geanalyseerd (Beukers et. al., 2012). Dit is gebeurd middels het open coderen, er zijn codes toegekend aan tekstdelen in de transcripten waarin percepties en ervaringen over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling worden verwoord. Er zijn drie verschillende manieren toegepast om aan codes te komen, namelijk in vivo coderen, gericht coderen en samenvattend coderen (Baarda et. al., 2018). Dit heeft meer dan 269 codes opgeleverd van percepties en ervaringen over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling. Na het in vivo coderen is het gericht coderen toegepast om de codes te reduceren en zijn er sublabels gemaakt. Na het uitvoeren van het samenvattend coderen van de transcripten van de semigestructureerde interviews, zijn er in totaal 7 kernlabels en 25 sublabels geïdentificeerd. Het focusgroepinterview met naasten heeft 5 kernlabels en 17 sublabels opgeleverd. Bij het focusgroepinterview met behandelaren werden 3 kernlabels en 16 sublabels geïdentificeerd.

4.5 Validiteit en Betrouwbaarheid

4.5.1 Validiteit

Om de geldigheid van dit onderzoek te vergroten, is er gebruik gemaakt van triangulatie. Verschillende dataverzamelingsmethoden zijn toegepast, waaronder semigestructureerde interviews, focusgroep-interviews en een literatuurstudie. Voor de literatuurstudie zijn diverse bronnen geraadpleegd, zowel Nederlandstalig als Engelstalig, uit databanken zoals OVID, SpringerLink, Researchgate en Pubmed, evenals literatuur uit verschillende boeken. Om de bevindingen van de literatuurstudie te valideren, zijn ze voorgelegd aan de cliëntenraad en familierraad van Pro Persona via een member check (Baarda et al., 2018). Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek zijn de bevindingen ook onderworpen aan peer debriefing, waarbij vakgenoten en experts feedback hebben gegeven (Baarda et al., 2018). De verzamelde data is vervolgens kwalitatief geanalyseerd met behulp van thematische analyse om de validiteit van de resultaten vast te stellen (Verhoeven, 2022). Conform Holloway & Galvin (2016) is in dit onderzoek gestart met in vivo coderen, waarbij zowel ondersteunende

als uitdagende gegevens zijn gecodeerd. Een vakgenoot heeft de data gecodeerd en de codering kwam overeen met die van de onderzoeker.

4.5.2 Betrouwbaarheid

Er is veel aandacht besteed aan het waarborgen van de betrouwbaarheid van dit onderzoek door zorgvuldigheid in de dataverzamelingsmethoden en een gedetailleerde documentatie van het dataverzamelingsproces. Hierdoor wordt de reproduceerbaarheid van het onderzoek bevorderd, zodat anderen tot dezelfde resultaten kunnen komen. De verzamelde data is stapsgewijs gecodeerd met behulp van Atlas Ti, waarbij verschillende coderingsfasen zijn doorlopen. Deze aanpak heeft het systematisch werken bevorderd (Baarda et al., 2018). De transcripten en de bijbehorende labels zijn opgenomen in het bronnenboek, waardoor de analyse en interpretatie van de data transparant en toegankelijk zijn.

4.5.3 Ethische overwegingen

In het onderzoek is veel aandacht besteed aan het bevorderen van de wetenschappelijke integriteit. Er is zorgvuldig gekozen voor een onderzoeksopzet die de onderzoeksvraag op een adequate manier kan beantwoorden, en deze opzet is methodologisch goed onderbouwd. De verkregen data en de analyse ervan zijn gedocumenteerd in een bronnenboek dat gedeeld wordt met het instituut dat het onderzoek beoordeelt. Alle gebruikte wetenschappelijke methoden zijn nauwkeurig toegepast en kunnen indien nodig worden gecontroleerd. Bovendien is er voorafgaand aan het onderzoek informed consent verkregen van de respondenten die hebben deelgenomen. Tijdens de semigestructureerde interviews heeft de onderzoeker rekening gehouden met de bekwaamheden van de respondenten en heeft hij/zij vragen gesteld die aansloten bij het referentiekader van de respondenten. Dit zorgde ervoor dat de vragen begrijpelijk en relevant waren voor de respondenten, en dat zij op een effectieve manier konden deelnemen aan het onderzoek. Dit zorgt ervoor dat het onderzoek ethisch verantwoord is uitgevoerd en dat de privacy en het welzijn van de respondenten gerespecteerd zijn (Vsnu, 2018).

5. Ervaringen van patiënten in het ontsluiten van relationele hulpbronnen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de volgende deelvraag beantwoord: *Hoe ervaren patiënten en naasten het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling?* Na het coderen van de interviews met patiënten, zijn er zeven kernlabels geïdentificeerd. Deze kernlabels vormen de basis van de paragrafen in de onderzoeksresultaten. In bijlage 1.1 is het kernlabelschema opgenomen, dat specifiek is voor de interviews met de acht betrokken patiënten. Om de resultaten helder te presenteren, zullen voorbeelden en citaten worden gebruikt. De geselecteerde citaten zullen worden weergegeven met vermelding van het fragmentnummer en de regelnummers van de betreffende transcripten.

Respondent	De belangrijke ander:
Respondent 1.	Moeder, zoon en broer.
Respondent 2.	Vrouw en zonen.
Respondent 3.	Ouders, broer en zus.
Respondent 4.	Ouders en broer.
Respondent 5.	Ouders, vriendin en vriend.
Respondent 6.	Zoon en dochter, kleinkinderen.
Respondent 7.	Familie, vader en moeder, huisgenoten.
Respondent 8.	Vader, goede vriend, zoon en ex-vriendin.

Tabel 1: Overzicht respondenten en relatie met de belangrijke ander.

5.2 De relatie met de ander

Alle respondenten werden gevraagd of ze contacten hebben en wie er belangrijk voor hen zijn. Uit de gegevens blijkt dat alle respondenten aangaven contacten te hebben en dat deze mensen belangrijk voor hen zijn (2:201 – 45; 4:4 – 74/77; 5:98 – 21; 7:51 – 28/29; 11:4 – 33; 12:19 – 296/301). Van de acht patiënten gaven zeven aan dat de belangrijke ander er voor hen is en dat ze herkenning hebben met elkaar *‘dat je niet alleen staat, maar dat je dat samen hebt’* (2:205 – 65). Zes respondenten gaven aan dat ze steun ontvangen en bij de ander terecht kunnen (2:245 – 217; 5:142 – 285; 7:65 – 146/149; 10:2 – 34/37; 11:7 – 45). Dit gaf hen een goed gevoel en werd als prettig ervaren. Een respondent gaf bijvoorbeeld aan: *‘Dan ben ik, ben ik even uit de wereld van het van het lijden even bij mijn vader even wil ontspannen even weer alles goed en daarna laat ik laad ik weer op’* (5:142 – 285). Het contact met de ander werd als belangrijk ervaren (2:238 – 193; 4:19 - 96 /113; 3:9 – 308/ 309; 7:58 – 62/ 65; 10:15 - 124 /129; 11:8 – 46/49; 12:17 - 268/ 277). Een respondent gaf aan dat het contact hem in verbinding bracht en hem in staat stelde zichzelf te controleren (3:9 – 308/309; 3:10 – 352/355). Een andere respondent merkte op dat het contact perspectief bood en hem een duidelijke visie gaf over waar hij naartoe kon werken (2:238 – 193). Twee respondenten benoemden dat het contact belangrijk was om gevoelens van eenzaamheid te voorkomen (7:58 – 62/65; 10:15 - 124 /129;). Bovendien merkte een respondent op dat er minder stress werd ervaren wanneer er contact was (10:21 – 280/285).

5.2.1. De ander zien en gezien worden

Het feit dat de belangrijke ander hen ziet en erkent, wordt benadrukt door zeven patiënten (2:216 - 141; 3:7 - 228/233; 5:109 - 93; 7:67 - 156/161; 12:7 - 120/133; 10:24 - 46/49; 11:40 - 50/53). Dit omvat begrip (3:7 - 228/233); "...had ik het gevoel hij snapt mij tenminste", herkenning (2:226 - 169; 11:40 - 50/53; 12:7 - 120/133; 5:103 - 65); "...De geborgenheid van iemand die je heel lang kent en die jou goed kent" (5:103 - 65) en erkenning. Vijf respondenten benoemden dat het gezien worden door alle betrokkenen in de triade belangrijk is. Wanneer er erkenning is, voelen zij zich gesteund (2:206 - 77; 2:16 - 141; 3:7 - 228/233; 5:109 - 93; 12:7 - 120/133).

5.2.3. Het geven van zorg en gezorgd worden

Het van betekenis kunnen zijn voor de ander wordt door zeven respondenten aangegeven (2:204 - 61; 3:5 - 126/133; 4:7 - 124/129; 7:54 - 42/45; 10:10 - 88/93; 11:33 - 265; 12:2 - 42/45). Dit omvat er willen zijn voor de ander, omdat de ander er ook altijd voor hen is (7:54 - 42/45) en omdat ze willen dat het goed gaat met de ander (10:10 - 88/93). Bovendien willen ze de ander niet belasten en voorkomen dat de ander zich zorgen maakt (4:7 - 124/129). Daarnaast wordt opgemerkt dat wanneer ze van betekenis kunnen zijn voor de ander, ze in een andere rol komen en anders worden gezien (11:33 - 265; 2:204 - 61; 12:15 - 238/241) en levert het een goed gevoel op en een gevoel van gevleid zijn (7:71 - 188/193).

5.3 Dialoog

De samenwerking in de triade wordt door alle respondenten ervaren als belangrijk. Het gehoord en gezien worden door alle betrokkenen maakt dat er vertrouwen is (2:218 - 141; 5:127 - 200/201; 7:73 - 202/207; 10:16 - 146/161; 11:21 - 170/177; 12:5 - 70/81). Eén respondent merkt echter op dat de samenwerking ontbreekt, omdat elke betrokkene zijn eigen belangen heeft. Hij geeft aan niet gehoord te worden door zijn ouders en er is geen overeenstemming in de triade. *Spreker onderzoeker: 'Want hoe zou jij het graag willen zien dan?'. Spreker 1 patient: 'Ja ja gewoon in samenwerking die samenwerking is gewoon samenwerken met zijn allen' (4:10 - 192/201).* Een andere respondent wijst erop dat de behandeling succesvol was dankzij de aanwezige samenwerking. Hij benadrukt dat dit mogelijk was vanwege de goede band die hij had met zijn behandelaar.

Spreker onderzoeker: 'En wat maakt dat je met behandelaar een goede band had?'

Spreker patient: 'Kon ik goed mee opschieten.'

Spreker onderzoeker: 'En, wat deed hij dan?'

Spreker patient: 'Nou meer dan alleen pillen schuiven.'

Spreker onderzoeker: 'Wat deed hij nog meer?'

Spreker patient: 'Ook het gesprek aangaan, het gesprek aangaan' (5:126 - 186/197).

5.3.1. Waard zijn

Alle respondenten benoemen dat ze betekenis aan zichzelf ontleen in het contact met de ander (2:246-221; 3:8-268/277; 11:9-64/73; 12:20-301; 4:22-334/349; 5:151-64/69; 7:86-38/45; 10:22-234/237). Eén respondent merkt op dat hij een reflectie krijgt van de ander, wat hij waardevol vindt: "*Heb je regelmatig een goede spiegel, dan weet je dat je goed staat en dat vind ik fijn*" (2:246-241). Daarnaast wordt benoemd dat het fijn is om zichzelf

gewaardeerd te voelen en dat ze dit gevoel ervaren in het contact met de ander (2:235-185; 3:12-368/371; 5:114-109; 11:37-273). Een respondent verwoordt het als volgt: *"Mijn aanwezigheid wordt gewaardeerd. Gewoon er zijn is al genoeg. Dat wens ik iedereen toe... het is een prettige manier van zijn"* (3:8-268/277).

5.3.2. Autonomie

Vier respondenten geven aan dat wanneer zij grenzen aangeven bij de ander dit hen een gevoel van trots geeft (11:25 – 192/197), het kunnen delen van hun mening (4:20 – 234/241) en staan voor wat zijzelf belangrijk vinden (4:9 – 166/169; 7:67 – 78/81; 11:28 – 158/165; 12:6 – 94/101). Drie respondenten geven aan zelf keuzes te willen maken en één van die respondenten geeft aan: *'Ik trek mij misschien terug en laat de ander het woord doen en in dit geval moet het echt vanuit mijzelf komen'* (12:6 – 94/101). Autonomie, oftewel het vermogen om zelfstandig te beslissen en eigen keuzes te maken, wordt als een belangrijk aspect ervaren in de interactie met anderen, zowel met naasten als behandelaren (11:24 – 185/193; 12:6 – 94/101) *'..ik doe dingen juist omdat ik denk dat andere mensen vinden dat ik dat moet doen en daar moest ik overheen stappen, onder andere bij mijn moeder, maar ook bij mijn behandelaar weet je wel van, ik vind dit niet prettig dit gaat tegen mij werken in plaats van voor mij werken het is de bedoeling dat het voor je gaat werken natuurlijk, hè? Dat is, dus ik moest breken met mijn gewoontes mijn gewoonte is van iedereen, maar gewoon zin geven of doen wat ik denk dat anderen vinden dat ik moet doen'* (11:24 – 185/193).

5.4 Effecten

Alle respondenten hechten veel waarde aan het gevoel van persoonlijke erkenning. Ze benadrukken de bevestiging die ze ontvangen van anderen (2:228-171/173; 3:10-352/355; 7:83-261; 12:16-250/257). Het contact met anderen brengt hen perspectief, positieve prikkels, vreugde en zekerheid (2:231-177). Het begrip van de ander en het gevoel normaal te zijn wordt als belangrijk ervaren (3:10-352/355). Eén respondent waardeert het enorm dat anderen voor hem klaarstaan (10:20-212/221). Eén respondent geeft aan dat de samenwerking zijn zelfvertrouwen heeft versterkt en dat het contact met de ander hem een visie heeft gegeven over zijn toekomst (2:232-181). Een andere respondent ervaart heling door in contact te zijn met dierbaren, waarbij hij rust, geborgenheid en stabiliteit vindt. Bovendien kan hij zich door de samenwerking in de triade meer overgeven aan de behandeling (5:132-217). Een andere respondent merkt op dat samenwerking hem helderheid geeft en dat hij weet waar hij aan toe is (7:67-156/161). Hij ervaart ook voldoening door betekenisvol te zijn voor anderen (7:74-210/217). Tot slot beseft een respondent dat de investering die hij doet de moeite waard is en dat het waardevol is dat anderen in hem investeren. Hij omschrijft het als volgt: *"Dus het is respect ontvangen, voldaan zijn en tegen jezelf zeggen: 'Oké, dat en dat had misschien anders moeten zijn, maar ik ben volgens mij wel op de goede weg.' En als je dat begint te beseffen, dan krijgt het waarde, dan wordt het een waarde waarin je investeert. De inspanning die anderen in jou investeren, komt ook tot zijn recht. En dat geeft een goed gevoel. Dat is volgens mij het belangrijkste voor veel mensen hier op het terrein"* (11:39-273).

5.5 Herstel

Alle respondenten benoemen dat medicatie en structuur heeft geholpen bij het herstel. Ze benadrukken dat door stabilisatie en tijd ze meer in contact konden komen met zichzelf (2:241 - 209; 4:12 - 242/245; 5:147 - 321; 3:13 - 320/325; 7:79 - 234/237; 10:19 - 186/189; 11:26 - 198/201; 12:14 - 220/229). Er wordt aangegeven dat het contact met de ander in samenwerking maakt dat zij zichzelf konden checken: *'Ben je nou gek of mankeer je wat?'* (2:251 - 229). Daarnaast wordt door een andere respondent aangegeven het fijn te hebben gevonden om gezien en gehoord te worden door zowel hun naaste als behandelaar (5:112 - 105). Vier respondenten geven aan dat de zorg en aandacht van de ander betekenis geven aan hun eigen persoon. Ze beseffen dat anderen hen willen helpen en dat ze het waard zijn (11:36 - 272/273; 2:211 - 109; 3:8 - 268/277; 10:22 - 234/237).

5.6 Conclusie

Uit de resultaten blijkt dat het contact met belangrijke anderen zowel steun als bevestiging biedt. Verbondenheid vermindert stress en het ervaren van betekenisvol te zijn voor anderen heeft een positieve impact. Het behouden van autonomie in deze contacten is van groot belang, omdat het individuen in staat stelt om zelf keuzes te maken en een gevoel van trots te ervaren. Samenwerking binnen de triade (cliënt, behandelaar en naasten) draagt bij aan helderheid, zelfvertrouwen en bevordert het behandelproces. Factoren zoals medicatie, structuur, stabilisatie en tijd helpen respondenten om meer tot zichzelf te komen. Het contact met anderen biedt hen de gelegenheid om zichzelf te evalueren en het ervaren van erkenning en zichtbaarheid door de ander wordt als waardevol en positief ervaren. Dit contact geeft betekenis aan hun als individu en versterkt het gevoel van eigenwaarde.

6. Ervaringen van naasten over het ontsluiten van relationele hulpbronnen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de volgende deelvraag beantwoord: *Hoe ervaren patiënten en naasten het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling?* Na het transcriberen van het focusgroepinterview met vier naasten, zijn er vijf kernlabels geïdentificeerd na het coderen van de gegevens. Deze kernlabels vormen de basis van de paragrafen in de onderzoeksresultaten. In bijlage 1.2 is het kernlabelschema opgenomen, dat specifiek is voor het focusgroep-interview met vier naasten. Om de resultaten helder te presenteren, zullen voorbeelden en citaten worden gebruikt. De geselecteerde citaten zullen worden weergegeven met vermelding van het fragmentnummer en de regelnummers van de betreffende transcripten.

Naasten:	Relatie met patiënt:
Spreker 1	Moeder
Spreker 2	Vader
Spreker 3	Vader
Spreker 4	Dochter

Tabel 2: Overzicht naasten en relatie met patiënt.

6.2 Contact

Alle naasten hebben contact met hun familielid. Twee naasten geven aan dat het contact wisselend is en oppervlakkig (1:7 – 36/37), afhankelijk van de psychische toestand van hun familielid (1:1 – 12/13). De andere twee naasten geven aan dat ze intensief contact hebben (1:2 – 20/21; 1:5 – 32/33).

6.3 Samenwerken

Alle naasten geven aan dat ze betrokken worden bij de behandeling (1:10 – 50/51; 1:12 – 56/57; 1:14 – 70/71; 1:90 – 74/75). Vanwege hun langdurige ervaringen in de zorg hebben alle naasten meerdere behandelaren gezien. Zij geven aan dat het persoonsafhankelijk is of zij worden betrokken bij de behandeling (1:11 – 51; 1:13 – 60-61; 1:40 – 232/235; 1:84 – 470/471). Ze vinden het belangrijk om geïnformeerd te worden over de behandeling en wat er speelt op de afdeling of binnen de organisatie (1:88 – 77; 1:16 – 86/87; 1:92 – 66/67). Ze geven aan dat hun ervaringen en kennis als partner in de behandeling waardevol zijn, omdat ze een geschiedenis hebben met de betrokkene en hun familielid goed kennen, wat kan bijdragen aan de behandeling (1:79 – 452/455; 1:80 – 456/457; 1:82 – 466/467; 1:94 – 422/423). Daarnaast ervaren ze dat er weinig aandacht is voor de rol van de naasten in de behandeling. Ze hebben zorgen en vervullen verschillende rollen (1:58 – 344/345), maar dit komt zelden ter sprake tijdens de behandeling (1:71 – 418/419; 1:72 – 420/421; 1:73 – 426/427; 1:94 – 422/423). Eén naaste geeft aan dat het erg eenzaam is (1:68 – 404/405). Een andere naaste zegt: *"Je kunt er wel met anderen over praten, maar niemand begrijpt wat je doormaakt"* (1:73 – 426/427). Het contact met professionals waarbij de naaste zijn verhaal kwijt kan over hun familielid en hun eigen ervaringen, wordt als ondersteunend ervaren (1:74 – 442/443; 1:77 – 448/449; 1:83 – 468/469).

6.4 Zorgen voor en gezorgd worden

Uit de bevindingen van alle vier de naasten blijkt dat hun betrokkenheid bij de behandeling in de triade leidt bij de patiënt tot een gevoel van gelijkwaardigheid (1:36 – 220/223), betrokkenheid (1:33 – 202/203) en het ervaren van gehoord en gezien worden (1:47 – 263).

Spreker onderzoeker: 'Dat je probeerde aan te sluiten bij je zoon?'

Spreker naaste: 'Ja en dan merk je aan hem dat hij zich veel lekkerder in zijn vel voelt en en en ja dan dan is dit nu in de huidige situatie schitterend.' (1:34 – 212/215).

Alle naasten geven aan verschillende rollen te vervullen, die van ouder (1:4 – 28/29; 1:96 – 266/271), twee naasten zijn mentor en bewindvoerder (1:66 – 33; 1:52 – 320/323) en kind van (1:95 – 298/299). Twee naasten geven aan dat er rekening gehouden wordt door behandelaar in welke rol zij deelnemen aan belangrijke gesprekken. Zij geven aan dat het contact met de professional, dat zij luisteren, heel erg geholpen heeft (1:50 – 294/295; 1:45 – 251). Alle naasten geven ook aan dat ze zorgen voor hun familielid en dat ze willen dat het goed met hen gaat (1:26 – 141; 1:42 – 239; 1:61 – 365). Eén naaste geeft aan een balans te zoeken in de thema's vasthouden en loslaten (1:4 – 28/29). Een andere naaste streeft ernaar om hun familielid in de "luwte" te houden en krijgen ze het gevoel hebben dat hun familielid mogelijk niet beseft wat ze allemaal voor hem doen (1:61 – 365). Nog een andere naaste geeft aan dat hun familielid bang is voor een toekomst zonder hen en vraagt zich af wat er met hem zal gebeuren (1:65 – 372/375). Ze concluderen hieruit dat hun familielid hen waardeert, misschien zelfs meer dan ze aanvankelijk dachten.

Spreker onderzoeker: 'Hoe is dat voor jullie, om dat te beseffen?'

Spreker naaste: 'Nou, dat vind ik doodeng, want op een gegeven moment zijn wij natuurlijk niet meer en dan moet ik nog voor mezelf op een rij krijgen van ja, hoe moet dat dan hè?' (1:65 – 372/375).

6.5 Effecten en herstel

Twee naasten geven aan dat herstel een prachtig woord is, maar geven aan de associatie te hebben dat je het idee hebt iemand te kunnen herstellen (1:155 – 338/341; 1:87 – 478/483). Zij geven aan blij te zijn als iemand normaal in contact is. Een naaste geeft als voorbeeld dat haar familielid twee jaar niet had deelgenomen aan familiebijeenkomsten. Zij vond het een herstel toen hij wel weer deelnam en dat dit goed verliep (1:155 – 338/341). De andere naaste geeft aan dat er geen herstel meer aan is voor haar gevoel: *'Ik ben al lang blij dat ze mij herkend en dat ik mijn eigen leven kan opbouwen'* (1:7 – 36/37). Daarnaast geeft een andere naaste aan dat toen hij probeerde aan te sluiten bij zijn familielid het opleverde dat zijn familielid zich fijn voelde. Deze naaste geeft aan zijn familielid te zien en in situaties altijd een midden te vinden. Dit leverde een grote vorm van gelijkwaardigheid op (1:36 – 220/223). Dit kwam volgens naaste door de behandeling en dat zijn familielid een eigen meningsvorming had gekregen (1:38 – 226/227). Een andere naaste geeft aan dat haar familielid zich betutteld voelde en zich niet gesteund voelde. Het contact gaat beter en zij denkt dat dit komt door medicatie, tijd en gewenning (1:53 – 324/327).

6.6 Conclusie

Naasten willen betrokken worden als partners in de behandeling en kunnen waardevolle bijdragen leveren vanwege hun diepgaande kennis en geschiedenis met de patiënt.

Samenwerking in de triade zorgt voor gelijkwaardigheid en erkenning. Naasten ervaren voldoening wanneer hun familielid in contact is en waarderen medicatie, tijd en erkenning als bevorderlijk voor herstel.

7. Behandelaren over het ontsluiten van relationele hulpbronnen.

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de volgende deelvraag beantwoord: *‘Wat zeggen behandelaren over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?’* Het focusgroep-interview met behandelaren heeft geresulteerd in drie kernlabels. Deze kernlabels vormen de basis voor de paragrafen in de presentatie van de resultaten. In bijlage 1.3 is het kernlabelschema opgenomen dat specifiek is voor het focusgroep-interview met de vier behandelaren. Om de resultaten op een heldere manier te presenteren, zullen er voorbeelden en citaten worden gebruikt. De citaten worden weergegeven met het fragmentnummer en de regelnummers van de betreffende transcripten.

Behandelaren:	Functie:
Spreker 2	Systeemtherapeut
Spreker 3	Verpleegkundig specialist
Spreker 4	GZ-Psycholoog
Spreker 5	Psychiater

Tabel 3: Overzicht behandelaren en functie.

7.2 Contact

Alle behandelaren geven aan aandacht te hebben voor het betrekken van familie in de behandeling (1:74 – 8/9; 1:75 – 24/25; 1:76 – 40/41; 1:77 – 50/51). Twee behandelaren benoemen dat zij vaak werken met het systeem van de cliënt en hier veel aandacht aan besteden in de behandeling (1:74 – 8/9; 1:77 – 50/51). Een andere behandelaar geeft aan op verschillende plekken werkzaam te zijn en dat familie dan op verschillende manieren worden betrokken in de behandeling (1:76 – 40/41). Weer een andere behandelaar geeft aan wel aandacht te hebben voor het systeem, maar er niet veel tijd in te steken. Zij heeft een grote caseload en als behandelaar is ze gericht op het stabiliseren en het in contact komen met de patiënt (1:75 – 24/25). Daarnaast geeft zij aan dat het ingewikkeld is om het systeem te betrekken wanneer de patiënt dit niet wil (1:8 – 24/25). Er wordt ook aangegeven dat het systeem wel belangrijk is, omdat mensen nog weinig over hebben van hun sociale leven en dat familie over het algemeen pas als laatste afhaakt (1:36 – 114/115).

Spreker behandelaar 2: ‘Want merken jullie dat? Ja. Ik ben ook gewoon zelf een beetje nieuwsgierig, hè? Zo van hoe, hoe, hoe, hoe. Ik kan me dat gelukkig zo slecht voorstellen, hè, dat je dan zo alleen op de wereld bent dat dat dat dat moet toch iets betekenen, denk ik dan’.

Spreker behandelaar 4: ‘Zeggen ze niet altijd heel erg hardop hoor, maar je merkt wel dat ze veelal van die van die kern cognities hebben met van niemand hoeft mij niet en wat wat is er nog voor mij? Iedereen heeft mij uitgekotst, kijk maar, want er komt niemand op visite’.

Spreker behandelaar 2: ‘Ja, het maakt eenzaam’ (1:38 – 118/121).

Ook behandelaren geven aan dat het netwerk van de patiënt soms afhoudend kan zijn (1:27 – 65; 1:28 – 68/69; 1:29 – 70/71). Ze erkennen dat het netwerk veel heeft meegemaakt met de patiënt en dat wanneer deze wordt opgenomen in de langdurige zorg, de mensen in het netwerk juist rust ervaren van het idee dat ze even niets hoeven te doen (1:28 – 66/67). Drie

behandelaren benoemen dat familie uitgeput is en dat het heel waardig is dat patiënten nog wel een contactpersoon hebben (1:28 – 66/67; 1:80 – 72/73; 1:27 – 65).

7.3 Samenwerken

Alle behandelaren erkennen het belang van het betrekken van familie bij de behandeling (1:35 – 106/107; 1:32 – 95; 1:23 – 51; 1:21 – 49). Ze geven aan dat ze de familie nodig hebben als een derde partij om de patiënt te motiveren (1:21 – 49), om gezamenlijk tot afspraken te komen (1:23 – 51) en om de familie betrokken te houden bij de zorg voor de patiënt (1:35 – 106/107). Bovendien wordt benadrukt dat het bevorderen van samenwerking in het belang van de behandeling is: *‘.... Je hebt de patiënten die ja, die somber depressief zijn die te hoge eisen aan zich stellen, die dan heel erg aan het zoeken zijn naar, hoe kan ik het kan ik het niet nog beter, maar ook waar de familie eigenlijk verwachtingen heeft aan de patiënt dat hij het beter zou moeten kunnen doen en dan krijg je discrepantie tussen wat de wens van de omgeving is en wat de wens van de cliënt is, wat haalbaar is en uiteindelijk, als daar geen consensus over is, dan is iedereen ongelukkig en dan blijft het depressie in stand gehouden, bijvoorbeeld of de angst of onzekerheid dus als er consensus komt over wat er haalbaar is, dan zakt er een hoop van spanning en dat is wel goed, en ik denk dat je bij de behandeling van schizofrenie of bij veel psychiatrische patiënten is vaak een lage EE goed, want dan kan iedereen weer meer voelen en het is beter in staat om zich te verbinden. Hoe hoger de EE is des te minder is de maat waar mensen zich kunnen verbinden’* (1:43 – 135).

Het wordt ook benadrukt dat het contact met familie een significante invloed heeft op de kwaliteit van leven en het gevoel van verbondenheid met elkaar (1:52 – 182/183). Bovendien wordt aangegeven dat behandelaren familie nodig hebben om informatie te verkrijgen, de patiënt beter te begrijpen, de situatie rondom de patiënt te kunnen beoordelen en een diagnose te kunnen stellen (1:69 – 324/325; 1:68 – 310/311; 1:83 – 332/333; 1:84 – 334/335). Het bieden van psycho-educatie en ondersteuning aan familieleden door behandelaren stelt hen in staat om beter aan te sluiten bij de patiënt, zich te conformeren aan de behandeling en betrokken te blijven bij het zorgproces (1:6 – 17; 1:20 – 49; 1:5 – 17; 1:42 – 135). Daarnaast ervaren familieleden zich gezien en gehoord, wat leidt tot een betere samenwerking en resultaten in de behandeling (1:16 – 41).

7.4 Effecten

Behandelaren geven aan dat het contact met anderen ervoor zorgt dat patiënten betekenisvol kunnen zijn en op een passende manier kunnen geven, wat een positieve ervaring kan zijn voor henzelf (1:55 – 210/211). Ze benadrukken dat patiënten waardevol zijn wanneer ze zorg kunnen geven en dat wederkerigheid belangrijk is (1:44 – 140/141). Een behandelaar merkt op dat wanneer iemand niet in staat is om iets te geven, ze zich machteloos kunnen voelen en geen betekenis ervaren in het leven of in het samenzijn: *‘....Ja nee, patiënten hebben soms ook behoefte niet alleen te moeten, niets anders te kunnen dan te ontvangen, maar ook iets te geven’* (1:58 – 230/231). Daarnaast wordt benadrukt dat er gekeken wordt naar wat een patiënt wel en niet kan, en dat zowel de patiënt als de familieleden beschermd moeten worden om de stabiliteit van de behandeling te waarborgen. Wanneer een patiënt in staat is om in een andere rol te stappen en op een passende manier iets te kunnen geven, kan dit heel waardevol zijn. Het gevoel van eigenwaarde neemt toe en het kunnen bijdragen kan een helende werking hebben (1:56 – 215). Het gevoel dat ze ertoe doen en weer dingen oppakken, brengt hoop (1:45 – 144/145). Behandelaren geven ook aan dat zorg kunnen ontvangen een

belangrijke factor is: *' Dat ze zorg kunnen ontvangen? Nou dat ze bijvoorbeeld vriendelijk zijn tegen hun familie in plaats van lelijk, dat is wel. Leuk toch? Ja. Ja, we zitten we zitten aan het eind van hè? De mensen waar we het over hebben, dat zijn over het algemeen mensen met met met met op zijn minst 3 problematiek' (1:51 – 178/179).* Wanneer een patiënt streven naar verbondenheid met naasten en dit positief verloopt, merken behandelaren dat dit hen extra energie geeft en zeer behulpzaam is in de behandeling (1:61 – 250/251). Als de verhoudingen meer in balans zijn, ontstaat er gelijkwaardigheid. Mensen kunnen dan samen dingen doen, ervaren en samenwerken, wat leidt tot een grotere productiviteit en welzijn (1:59 – 240-241). Er is meer consensus, motivatie en samenhang (1:64 – 302/303). Dit kan leiden tot heling (1:65 – 304/305) wanneer iedereen in de triade, in de samenwerking, zich gehoord en gezien voelt (1:87 – 292/293).

7.5 Conclusie

Behandelaren erkennen het belang van het betrekken van naasten in de behandeling. Ze zien het contact met familie als essentieel voor motivatie, afspraken en kwaliteit van leven. Het gevoel gezien en gehoord te worden bevordert samenwerking en leidt tot betere behandelresultaten. Het van betekenis kunnen zijn voor de ander en wanneer je als patiënt zorg kan geven, op een passende wijze, dan ben je waardevol en heb je betekenis in het leven. Het gevoel van eigenwaarde neemt toe en het kunnen leveren van een bijdrage kan een helende werking hebben. Verbondenheid geeft de patiënt extra energie en bevordert de behandeling. In de triade ervaren alle betrokkenen heling wanneer er consensus, motivatie en samenhang zijn.

8. Conclusie

8.1 Inleiding

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de hoofdvraag hoe het ontsluiten van relationele hulpbronnen kan bijdragen in de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de langdurige geestelijke gezondheidszorg. In de probleemstelling is beschreven dat er weinig bekend is over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling, middels het beantwoorden van de deelvragen door literatuuronderzoek, semigestructureerd interviews en focusgroep onderzoeken is bekend geworden wat het ontsluiten van relationele hulpbronnen kan bijdragen in de behandeling.

8.1 Samenwerken

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het ontsluiten van relationele hulpbronnen, oftewel het benutten van de interactieve krachten binnen de relaties, van groot belang is. Dit leidt tot een effectieve samenwerking in de triade waarin alle betrokkenen zich gezien en gehoord voelen. Het actief werken aan het benutten van relationele hulpbronnen in de behandeling draagt bij aan consensus en samenwerking. Deze samenwerking bevordert vertrouwen en leidt tot positieve behandelresultaten. Het belang van samenwerking komt duidelijk naar voren in dit onderzoek, zowel vanuit het perspectief van de respondenten (naasten) als van de behandelaren. De respondenten geven aan dat ze erkenning en waardering willen ontvangen binnen de triade, zowel van hun naasten als van de behandelaar. De analyse van de semigestructureerde interviews wijst uit dat samenwerking vertrouwen opbouwt en positieve behandelresultaten bevordert. Het focusgroep-interview met naasten benadrukt dat het erkennen van de verschillende rollen die zij vervullen door de behandelaar als waardevol wordt ervaren. De behandelaren bevestigen dat wanneer alle betrokkenen zich gezien en gehoord voelen in de triade, dit bijdraagt aan heling en het succes van de behandeling. Het bereiken van consensus over de behandeling, voortkomend uit samenwerking, resulteert in een lage mate van Expressed Emotion, wat gunstig is bij de behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Dit versterkt hun emotionele beleving en bevordert hun vermogen om verbinding te maken.

8.2 Herstel

Dit onderzoek toont aan dat de relatie met anderen een cruciale factor is in het persoonlijke herstel. Zowel het literatuuronderzoek (Leamy et al., 2011; Schollema, 2020; Tjaden et al., 2021; Van Genk et al., 2023) als het eigen onderzoek bevestigen dat wederkerigheid in de relatie leidt tot veranderingen, waardoor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen de vrijheid krijgen om aan hun eigen herstelproces te werken. Verbondenheid met anderen blijkt een krachtige stimulans te zijn voor herstel, waarbij het perspectief, positieve prikkels, vreugde en zekerheid biedt.

De respondenten benadrukken dat het contact met anderen hen een gevoel van betekenis geeft als individu. Ze realiseren zich dat anderen voor hen zorgen omdat ze het waard zijn om voor te zorgen. Het vermogen om betekenisvol te zijn voor anderen geeft hen een positief gevoel en een gevoel van waardering. Dit verandert de manier waarop ze worden gezien, niet alleen als patiënt, maar als individuen met een bredere rol in het leven. Bovendien blijkt uit zowel de ervaringen van respondenten als de input van naasten dat medicatie, structuur en stabiliteit belangrijke factoren zijn in het herstelproces. Stabiliteit en tijd stellen mensen in

staat om meer in contact te komen met zichzelf. Naasten bevestigen dat wanneer de cliënt weer meer in contact komt met zichzelf, ze ook de verbinding met anderen kunnen herstellen en weer in contact kunnen zijn. Dit wordt beschouwd als een vorm van herstel. Behandelaars erkennen dat wanneer de verhoudingen in balans zijn en er gelijkwaardigheid ontstaat, mensen kunnen samenwerken, ervaringen kunnen delen en activiteiten kunnen ondernemen. Dit draagt bij aan een gevoel van welzijn en bevordert samenwerking. Naasten bevestigen dit en ervaren een gevoel van gelijkwaardigheid.

8.3 Het ontsluiten van relationele hulpbronnen

Het ontsluiten van relationele hulpbronnen is essentieel en verwijst naar het benutten van deze hulpbronnen. Zowel de literatuurstudie (Finkenauer & Pollmann, 2009) als de respondenten bevestigen de behoefte van mensen om gezien te worden door anderen en om betekenisvolle relaties te hebben. Het ontvangen van erkenning en het gevoel begrepen en gezien te worden dragen bij aan een gevoel van steun, eigenwaarde en trots.

Het benutten van relationele hulpbronnen en het verbeteren van de kwaliteit van relaties hebben positieve effecten op het vervullen van deze behoeften. Dit impliceert dat het actief gebruikmaken van de mogelijkheden en voordelen die relaties bieden, bijdraagt aan het bevredigen van de behoefte om gezien te worden en betekenisvolle verbindingen te ervaren (Hendrickx et al., 2022).

Het benadrukt het belang van een oprecht dialoog en het creëren van een open ruimte voor verandering. Het onderzoek van Clavero & Noordegraaf (2018) suggereert dat een oprecht dialoog een opening biedt voor verandering. De respondenten in het onderzoek benadrukken het belang van erkenning en gehoord worden door alle betrokkenen in de triade (bijvoorbeeld behandelaar, patiënt en naasten), wat leidt tot het opbouwen van vertrouwen. Het gebrek aan overeenstemming en het enkel nastreven van individuele belangen wordt geassocieerd met een gebrek aan samenwerking. In tegenstelling hiermee wordt benadrukt dat wanneer alle betrokkenen in de triade gehoord en gezien worden, dit leidt tot samenwerking en een positieve invloed heeft op de behandeling.

De literatuur benadrukt eveneens het belang van een oprechte dialoog waarin respect en acceptatie van elkaars waarde als individu centraal staan. Het samenbrengen van zowel individuele belangen als de belangen van de relatie wordt als cruciaal beschouwd (Boszorgmenyi-Nagy, 2020; Onderwaater, 2018; Van der Meiden, 2020; Hendrickx et al., 2022).

Al met al kunnen we concluderen dat het faciliteren van een oprecht dialoog, waarin erkenning en gehoord worden centraal staan, essentieel is voor het opbouwen van vertrouwen en het bevorderen van samenwerking in de triade. Het respecteren van individuele waarden en het integreren van zowel individuele als relationele belangen dragen bij aan een positieve uitkomst van de behandeling.

9. Discussie en aanbevelingen

9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk belicht de bredere impact van dit onderzoek en bespreekt tevens de beperkingen en externe validiteit ervan. Daarnaast worden aanbevelingen voor de praktijk en suggesties voor vervolgonderzoek gepresenteerd.

9.2 Discussie

Dit onderzoek maakt dat er meer inzicht is gekomen in wat het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening kan bijdragen. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek en dit heeft zich goed geleend voor het onderwerp het ontsluiten van relationele hulpbronnen, doormiddel van semigestructureerde interviews met acht patiënten, een focusgroep interview met vier naasten en een focusgroep interview met vier behandelaren werden er meningen en ervaringen verzameld over het ontsluiten van relationele hulpbronnen (Baarda et. al., 2018). De triade, die dit onderzoek betreft, wordt ook uitgedragen in het design van dit onderzoek. Binnen dit onderzoek hadden de respondenten interactie met anderen en konden zij aangeven welke contacten voor hen belangrijk waren. Deze bevindingen kunnen verklaren waarom bepaalde antwoorden zijn gegeven. Het is echter ook belangrijk om een groep te onderzoeken die valt onder de langdurige geestelijke gezondheidszorg en bestaat uit mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die geen contact hebben en aangeven dit niet te willen. Het verkennen van hun ervaringen en meningen met betrekking tot het benutten van relationele hulpbronnen in hun behandeling is van essentieel belang om een volledig beeld te krijgen.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gerichte steekproef. Twee respondenten hadden de verhouding naast respondent – onderzoeker als patiënt – maatschappelijk werker met de onderzoeker. Dit zorgde enerzijds voor een rijke data opbrengst, maar anderzijds kan dit ook lichtelijk de validiteit van dit onderzoek beïnvloed hebben. Daar staat tegenover dat tijdens het onderzoek gebruik is gemaakt van member check en peer debriefing is toegepast om de validiteit te vergroten en maakt dat de uitspraken recht doen aan de werkelijkheid van het onderzochte (Baarda et. al., 2018).

9.3 Externe validiteit

De resultaten van dit onderzoek zijn verkregen door middel van het gebruik van drie onderzoeksmethoden, waardoor het onderwerp van het ontsluiten van relationele hulpbronnen vanuit verschillende perspectieven is onderzocht. Bovendien heeft een vakgenoot meegewerkt aan het proces van analyse en codering van de resultaten, waardoor de betrouwbaarheid van dit onderzoek is vergroot (Baarda et al., 2018). De bevindingen van dit onderzoek kunnen mogelijk worden toegepast in klinische settingen waar mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen worden behandeld. Bovendien bieden de bevindingen inzicht in hoe relationele hulpbronnen kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de relaties tussen individuen en hun belangrijke anderen.

9.4 Aanbevelingen

9.4.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- ✚ Uit het onderzoek blijkt het belang van samenwerken in de triade, zoals aangegeven door respondenten, naasten en behandelaren. Samenwerking in de triade is essentieel

voor een effectieve behandeling. Een aanbeveling voor de praktijk is het hanteren van een systeemgerichte benadering. Het betrekken van naasten bij de behandeling is persoonsafhankelijk, daarom is het noodzakelijk om systeemgericht werken te integreren in de behandeling, afdelingen en de organisatie als geheel. Deze benadering moet breed gedragen worden en op alle afdelingen worden toegepast. De overgang van een individuele zorgbenadering naar complementaire zorg, gericht op positieve gezondheid, is van belang.

✚ Het is van groot belang om het verpleegkundig team op te leiden in de contextuele benadering, zodat zij zorg kunnen verlenen vanuit een geïntegreerde aanpak waarin de mens wordt erkend als een integraal onderdeel van een betekenisvol netwerk met relationele hulpbronnen. Momenteel wordt op de afdelingen de SRH-methodiek (Steunend Relationeel Handelen) toegepast, maar door verpleegkundigen en begeleiders te trainen in de contextuele benadering kan dit een waardevolle aanvulling zijn op het werk. Het stelt verpleegkundigen en begeleiders in staat verder te kijken dan de netwerkbenadering die de SRH-methodiek biedt. Hierdoor kunnen zij aandacht besteden aan de diverse relationele hulpbronnen in relaties en hoe mensen betekenisvol kunnen zijn voor elkaar en anderen kunnen bekrachtigen. Dit biedt de mogelijkheid om dialectisch te werken, waarbij er zowel aandacht is voor de gemoedstoestand van de patiënt als voor het bevorderen van verbondenheid met de mensen rondom de patiënt.

✚ Het is aan te bevelen om het contextueel behandelen op te nemen in het behandelaanbod van de organisatie. Dit zou een waardevolle aanvulling zijn op het bestaande behandelaanbod, dat voornamelijk gericht is op individuele zorg. Het contextueel behandelen biedt de mogelijkheid om een verschuiving te maken van lineair denken, wat momenteel dominant is, naar meer circulair denken. Het houdt in dat we de mens beschouwen als iemand met keuzemogelijkheden in relationele hulpbronnen en kijken naar hoe iemand zijn eigen leven vorm kan geven in relatie tot anderen.

9.4.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek richtte zich op het belang van het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling. Voor toekomstig onderzoek is het relevant om de ervaringen van mensen te onderzoeken die geen contact willen met belangrijke anderen, en de rol te begrijpen die het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling voor hen kan spelen. Bovendien blijkt uit de literatuurstudie dat het ontsluiten van relationele hulpbronnen zelden wordt waargenomen. Daarom is het interessant om het fenomeen van het ontsluiten van relationele hulpbronnen te onderzoeken en op welk punt in het proces dit daadwerkelijk wordt ervaren als het ontsluiten van een relationele hulpbron. Het is boeiend om te onderzoeken welke bijdrage het contextueel behandelen in de geestelijke gezondheidszorg kan hebben in de behandeling en hoe dit zich verhoudt tot het ervaren van persoonlijk en sociaal herstel.

Literatuurlijst

- Ausloos, G. (1999). *De competentie van families. Tijd, chaos, proces*. Garant.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., Van der Velden, T., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Noordhoff.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (3de editie). Boom Lemma.
- Beukers, E., Bertolini, L., & Brömmelstroet, M. T. (2012). Why Cost Benefit Analysis is perceived as a problematic tool for assessment of transport plans: A process perspective. *Transportation Research Part A-policy and Practice*, 46(1), 68–78.
<https://doi.org/10.1016/j.tra.2011.09.004>
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021b). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00243-1)
- Boszormenyi-Nagy, I. (1985). COMMENTARY: TRANSGENERATIONAL SOLIDARITY-THERAPY'S MANDATE AND ETHICS. *Family Process*, 24(4), 454–456. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1985.00454.x>
- Boszormenyi-Nagy, I. K., & Krasner, B. R. (1986). *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1994). *Tussen geven en nemen*. De Toorts.
- Boszormenyi-Nagy, I. (2020). *Grondbeginselen van de contextuele benadering*.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (2020). *Tussen geven en nemen: over contextuele therapie*.

- Clavero, C., & Noordegraaf, M. (2018). Culture Shock: Beleving van ontwikkelingswerkers vanuit contextueel perspectief. *Ede: CHE*.
- De Boer, F., & Wester, F. (2019). Data-analyse in kwalitatief onderzoek: 'Help! Ik verzuip in mijn data'. *KWALON*, 24(3). <https://doi.org/10.5117/2019.024.003.002>
- De Vries, S. (2017). Wat werkt er en hoe? Het common factors model als basis voor de hulpverlening in het sociaal werk. *Journal of social intervention: Theory and Practice*. <https://doi.org/10.18352/jsi.518>
- De Wachter, D. (2004). Family work for schizophrenia: a practical guide (second edition). *Systeemtherapie*, 16(3), 174–177.
- Dillen, A. (2004). *Ongehoord vertrouwen* (1ste editie). Garant.
- Dobber, J. (2022). Multiple case study. *De Meetlat, TVZ 06*, 56–57.
- Drapalski, A. L., Leith, J., & Dixon, L. B. (2009). Involving Families in the Care of Persons with Schizophrenia and Other Serious Mental Illnesses: History, Evidence, and Recommendations. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 3(1), 39–49. <https://doi.org/10.3371/csrp.3.1.4>
- Eerenbeemt, E.M. van den en A. van Heusden (1983). *Balans in beweging*. Ivan Boszormenyi-Nagy en zijn visie op individuele en gezinstherapie. Haarlem, De Toorts (12^e druk 2011).
- Feiten en cijfers over mensen met een ernstige psychiatrische aandoening* | *Vektis.nl*. (2022, 9 februari). Vektis. Geraadpleegd op 17 maart 2022, van <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>.
- GGZ Standaarden. (2021, 2 augustus). Naasten. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie>

- Grames, H. A., Miller, R. B., Robinson, W. D., Higgins, D. J. & Hinton, W. J. (2008, 14 augustus). A Test of Contextual Theory: The Relationship Among Relational Ethics, Marital Satisfaction, Health Problems, and Depression. *Contemporary Family Therapy*, 30(4), 183–198. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9073-3>
- Heyndrickx, P., De Loof, L., Knip, R., Van Herck, A., van Klaveren, W. (2022). *Contextuele hulpverlening: op verhaal komen in de dialoog*. Pelckmans.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2016). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons.
- Hordijk, A., & Van Genugten, W. (2021). *Psychische aandoeningen* (1ste editie). Boom.
- Huber, M. E., Knottnerus, J. A., Green, L. E., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B. R., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van Der Meer, J., Schnabel, P. A., Smith, R. J. E., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Jansen, W. S. & G.J: Jansen. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties* (8ste editie). ThiemeMeulenhoff bv.
- Kaliber, A. (2019). Reflecting on the Reflectivist Approach to Qualitative Interviewing. *Allazimuth: a journal of foreign policy and peace*. <https://doi.org/10.20991/allazimuth.477335>
- Klaveren, W.M. van (2014). Hulpbronnen. Van resterend naar renderend vertrouwen. *Vakblad voor Contextuele Hulpverlening*, 19 (4), 5-9.

- Kruidhof, I., Bruins, J., & Castelein, S. (2017a). Resourcegroepen in de ggz hoe benutten we de triade van cliënt, naastbetrokkenen en behandelaren optimaal? *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 15(1), 4–7. <https://doi.org/10.1007/s12468-017-0002-z>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- LPGGz, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, GGZ Nederland, LVVP, NIP, Ineen, Meer GGZ, LHV, VVN, & P3NL. (2015, november). *Agenda ggz achtergrondnotitie*.
- Michielsen, M., Van Mulligen, W., & Hermkens, L. (1998). *Leren over leven in loyaliteit: over contextuele hulpverlening*.
- Min, N. M. (1966). *Voor wie ik liefheb wil ik heten*. Bakker.
- Onderwaater, A. (2018). *De onverbreekelijke band: inleiding en ontwikkelingen in de contextuele therapie van Nagy*.
- Palmen, C. (1995). *De vriendschap*.
- Pollmann, M., & Finkenauer, C. (2009). Investigating the Role of Two Types of Understanding in Relationship Well-Being: Understanding Is More Important Than Knowledge. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(11), 1512–1527. <https://doi.org/10.1177/0146167209342754>
- Reupert, A., Ward, B., McCormick, F., Ward, C., Waller, S., & Kidd, S. (2018). Developing a model of family focused practice with consumers, families, practitioners and managers: a community based participatory research approach. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2844-0>
- Rober, P. (2021). *De naakte therapeut*.

- Roijakkers-Segers, G. (2014). Draagkracht is alles: Over de kracht van contextuele hulpbronnen, gezien vanuit de visie en methodiek van Ivan Boszormenyi-Nagy. VCW.
- Saunders, M. N. K., Thornhill, A., & Lewis, P. (2020). *Research Methods for Business Students*.
- Schäfer, A., & Nugter, A. (2015b). Balans tussen draaglast en draagkracht. *De verpleegkundig specialist*. <https://doi.org/10.1007/s40884-015-0052-y>
- Scheepers, P., Scheepers, P. L. H., Tobi, H., & Boeije, H. R. (2016). *Onderzoeksmethoden*.
- Schollemma, B. (2020). Contextueel werken binnen een Factteam. Het verhaal achter de mens. *Sociale Psychiatrie*, 13–23.
- Smit, D., Vrijzen, J. N., Groeneweg, B. F., Vellinga-Dings, A., Peelen, J., & Spijker, J. (2021). A Newly Developed Online Peer Support Community for Depression (Depression Connect): Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), e25917. <https://doi.org/10.2196/25917>
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*, 53(6), 3003–3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Taylor, M., & Perera, U. (2015). NICE CG178 *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management* – an evidence-based guideline? *British Journal of Psychiatry*, 206(5), 357–359. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155945>
- Tjaden, C. D., Mulder, C. L., Delespaul, P. A., Arntz, A. R., & Kroon, H. (2020). Attachment as a framework to facilitate empowerment for people with severe mental illness. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 407–425. <https://doi.org/10.1111/papt.12316>
- Van Brakel, M. (2015). *DE BETEKENIS VAN HERSTEL ONDER PATIËNTEN MET EEN ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENING*. essay.utwente.nl. <https://essay.utwente.nl/68595/>

- Van Busschbach, J. T., Bak, M. & Bruggeman, R. (2021, november). Gebruik van Triadekaart en invloed op de samenwerking met naastbetrokkenen. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE*, JAARGANG 63, 782–789.
- Van Male, J. (2011). Methoden en technieken in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, 16.
- Van der Meiden, J. (2020). *Van contextuele theorie naar praktijk* (1ste editie). Coutinho.
- Van Erp, N., Place, C. & Michon, H. (2009). Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies. *Publicatie Monitor langdurige GGz*.
- Van Meekeren, E., & Baars, J. (2011). Het eerste gesprek met naastbetrokkenen: de eerste klap is een daalder waard. *GZ - Psychologie*, 3(7), 16–21.
<https://doi.org/10.1007/s41480-011-0069-5>
- Van Meekeren, E., & Baars, J. (2016). Contextuele psychiatrie: een herwaardering, met focus op naastbetrokkenen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58, 301–308.
- Van Oenen, F. J. (2019). *Het misverstand psychotherapie*.
- Van Selm, M. (2007). Focusgroeponderzoek. *KWALON*, 12(1).
<https://doi.org/10.5117/2007.012.001.002>
- Verduijn, C. (2011). Relationele hulpbronnen: de zoektocht naar het resterend vertrouwen. *Ede: CHE*.
- Verhoeven, N. (2022). Houvast én flexibiliteit met thematische analyse. *KWALON*, 27(2), 151–153. <https://doi.org/10.5117/kwa2022.2.013.verh>
- Vink, J.T. (2010). *Psychologische Hulpbronnen voor Bevlogen Werknemers: Psychologisch Kapitaal in het Job Demands-Resources Model*. Universiteit van Utrecht.
- Vsnu, N. K. N. V. (2018). Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit 2018. In *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. European Organization for Nuclear Research. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>
- Wilken, J. P., & Den Hollander, D. (2022). *Handboek steunend relationeel handelen: werken aan herstel en kwaliteit van leven*.

Wilken, J. P. (2010). Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care.
SWP Publishers.

Bijlage 1: Kernlabelschema's

1.1 Kernlabelschema interview patiënten

Kernlabel	Sublabels	Codes van fragmenten
Samenwerken	Contact	4:13-246/249; 5:100-41; 10:1-24/33; 11:5-42/45; 11:16-137;
	Dialogoog	2:208 ¶ 81; 5:108 ¶ 89; 5:111 ¶ 105; 5:115 ¶ 113; 5:121 ¶ 153; 5:128 ¶ 202 – 205; 5:130 ¶ 214 – 217; 5:135 ¶ 244 – 245;
	Samen zijn	2:205 ¶ 65; 4:6 ¶ 118 – 121; 5:150 ¶ 245; 7:58 ¶ 62 – 65; 10:7 ¶ 68 – 73; 11:8 ¶ 46 – 49;
	Samenwerken	2:175 ¶ 233; 2:206 ¶ 77; 2:207 ¶ 81; 2:217 ¶ 141; 2:218 ¶ 141; 2:222 ¶ 149; 2:223 ¶ 153; 2:240 ¶ 198 – 201; 2:252 ¶ 233; 2:259 ¶ 267 – 269; 2:260 ¶ 277; 3:3 ¶ 41; 4:1 ¶ 30 – 37; 4:10 ¶ 192 – 201; 4:11 ¶ 210 – 221; 5:123 ¶ 161; 5:125 ¶ 168 – 177; 5:127 ¶ 200 – 201; 5:134 ¶ 240 – 241; 5:145 ¶ 302 – 305; 5:148 ¶ 321 ; 7:59 ¶ 68 – 69; 7:60 ¶ 74 – 77; 7:62 ¶ 90 – 93; 7:63 ¶ 98 – 105; 7:66 ¶ 154 – 157; 7:73 ¶ 202 – 207; 10:14 ¶ 116 – 129; 10:16 ¶ 146 – 161; 10:17 ¶ 168 – 177; 11:11 ¶ 102 – 105; 11:12 ¶ 105; 11:15 ¶ 130 – 137; 11:17 ¶ 142 – 145; 11:18 ¶ 154 – 157; 11:21 ¶ 170 – 177; 12:5 ¶ 70 – 81;
	Verbinden	2:253 ¶ 237; 2:258 ¶ 257; 11:13 ¶ 124 – 125; 11:28 ¶ 214 – 217; 11:31 ¶ 248 – 253
	Verstaan	2:256 ¶ 249; 3:4 ¶ 44 – 49; 5:122 ¶ 153

De relatie met de ander	Contact met de ander	2:227 ¶ 169; 2:238 ¶ 193; 3:9 ¶ 308 – 309; 4:19 ¶ 96; 7:57 ¶ 58 – 61; 7:77 ¶ 221; 10:9 ¶ 69; 10:15 ¶ 124 – 129; 10:21 ¶ 228 – 233; 10:23 ¶ 280 – 285; 11:10 ¶ 82 – 85; 11:34 ¶ 265; 12:12 ¶ 200 – 205; 12:17 ¶ 268 – 277
	Gezien worden	2:198 ¶ 33; 2:215 ¶ 125; 2:216 ¶ 141; 2:247 ¶ 221; 2:255 ¶ 245; 3:7 ¶ 228 – 233; 5:109 ¶ 93; 5:110 ¶ 95 – 97; 5:116 ¶ 113; 5:119 ¶ 121; 5:126 ¶ 186 – 197; 5:131 ¶ 217; 5:149 ¶ 326 – 329; 7:67 – 156/161; 7:69 ¶ 165; 12:7 ¶ 120 – 133; 10:24 – 46/49
	Herkenning	2:45 ¶ 65; 2:226 ¶ 169; 2:236 ¶ 189; 2:243 ¶ 213; 3:6 ¶ 213 – 221; 3:11 ¶ 356 – 359; 4:15 ¶ 266 – 269; 5:99 ¶ 33; 5:101 ¶ 57; 5:103 ¶ 65; 5:107 ¶ 89; 5:118 ¶ 117; 7:52 ¶ 36 – 37; 11:14 ¶ 125; 12:4 ¶ 58 – 65
	De belangrijke ander	2:201 ¶ 45; 2:202 ¶ 57; 2:210 ¶ 101; 2:213 ¶ 117; 2:224 ¶ 161; 2:230 ¶ 177; 2:242 ¶ 213; 4:4 ¶ 74 – 77; 5:98 ¶ 21; 5:140 ¶ 282 – 285; 7:51 ¶ 28 – 29; 10:12 ¶ 106 – 109; 11:4 ¶ 33; 12:8 ¶ 164 – 177; 12:19 ¶ 296 – 301
	Gemis van invulling	2:209 ¶ 97; 4:14 ¶ 254 – 261
	Belangrijke factor	2:195 ¶ 169
Waard zijn	Waard	2:229 ¶ 177; 2:246 ¶ 221; 3:8 ¶ 268 – 277; 4:22 ¶ 334 – 349; 5:151 ¶ 64 – 69; 7:80 ¶ 240 – 241; 7:86 ¶ 38 – 45; 10:22 ¶ 234 – 237; 10:25 ¶ 30 – 37; 11:9 ¶ 64 – 73; 11:27 ¶ 201; 11:32 ¶ 258 – 261; 11:35 ¶ 265; 12:3 ¶ 50 – 57; 12:20 ¶ 301

	Zelfvalidatie	2:220 ¶ 145; 2:233 ¶ 181; 2:235 ¶ 185; 2:250 ¶ 229; 3:12 ¶ 368 – 371; 4:17 ¶ 336 – 349; 5:114 ¶ 109; 7:72 ¶ 194 – 197; 10:5 ¶ 50 – 53; 10:6 ¶ 62 – 65; 10:11 ¶ 94 – 97; 11:37 ¶ 273
Autonomie	Grenzen	11:1 ¶ 9; 11:20 ¶ 158 – 165; 11:23 ¶ 177; 11:24 ¶ 182 – 185; 12:6 ¶ 94 – 101
	Zelfafbakening	4:2 ¶ 38 – 41; 4:8 ¶ 162 – 165; 4:9 ¶ 166 – 169; 7:61 ¶ 78 – 81; 7:68 ¶ 162 – 165; 7:70 ¶ 170 – 173; 7:78 ¶ 221; 11:3 ¶ 17; 11:6 ¶ 45; 11:19 ¶ 157
Herstel	Behandeling	2:200 ¶ 41; 2:211 ¶ 109; 2:262 ¶ 17; 3:2 ¶ 28 – 29; 5:97 ¶ 13; 5:105 ¶ 85; 5:133 ¶ 232 – 233; 5:136 ¶ 245; 5:144 ¶ 292 – 293; 7:76 ¶ 221; 7:82 ¶ 261; 10:18 ¶ 178 – 181; 11:2 ¶ 17; 12:1 ¶ 14 – 17
	Structuur	2:196 ¶ 17; 2:225 ¶ 165; 2:239 ¶ 195 – 197; 7:79 ¶ 234 – 237; 10:19 ¶ 186 – 189; 12:14 ¶ 220 – 229
	Tijd	2:221 ¶ 145; 2:237 ¶ 189; 2:249 ¶ 225; 7:81 ¶ 254 – 257; 12:10 ¶ 184 – 185
	Verbindende actie	2:254 ¶ 241; 2:257 ¶ 249
	Herstel	2:241 ¶ 209; 2:251 ¶ 229; 4:12 ¶ 242 – 245; 5:112 ¶ 105; 5:113 ¶ 109; 5:117 ¶ 113; 5:120 ¶ 121; 5:124 ¶ 167 – 169; 5:146 ¶ 304 – 305; 5:147 ¶ 321; 7:64 ¶ 138 – 145; 7:75 ¶ 220 – 221; 11:26 ¶ 198 – 201; 11:30 ¶ 218 – 221; 11:36 ¶ 272 – 273; 12:9 ¶ 178 – 185; 12:11 ¶ 194 – 205

Effecten	Gevoel	4:16 ¶ 270 – 273; 5:137 ¶ 245
	Effecten	2:212 ¶ 109; 2:214 ¶ 121; 2:219 ¶ 141; 2:228 ¶ 171 – 173; 2:231 ¶ 177; 2:232 ¶ 181; 2:234 ¶ 185; 2:244 ¶ 217; 2:248 ¶ 225; 2:261 ¶ 278 – 285; 2:263 ¶ 17; 3:10 ¶ 352 – 355; 5:102 ¶ 61; 5:104 ¶ 65; 5:106 ¶ 85; 5:129 ¶ 206 – 213; 5:132 ¶ 217; 5:141 ¶ 285; 7:67 ¶ 156 – 161; 7:74 ¶ 210 – 217; 7:83 ¶ 261; 10:4 ¶ 41; 10:20 ¶ 212 – 221; 11:25 ¶ 192 – 197; 11:39 ¶ 273; 12:13 ¶ 206 – 209; 12:16 ¶ 250 – 257; 12:18 ¶ 286 – 297
Het geven van zorg en gezorgd worden	Zorgen voor	2:203 ¶ 61; 2:204 ¶ 61; 3:1 ¶ 17; 3:5 ¶ 126 – 133; 4:7 ¶ 124 – 129; 4:18 ¶ 374 – 385; 7:53 ¶ 38 – 41; 7:54 ¶ 42 – 45; 7:71 ¶ 188 – 193; 10:10 ¶ 88 – 93; 11:22 ¶ 173 – 177; 11:29 ¶ 217; 11:33 ¶ 265; 12:2 ¶ 42 – 45; 12:15 ¶ 238 – 241
	Gezorgd worden	2:245 ¶ 217; 4:3 ¶ 50 – 53; 4:5 ¶ 80 – 81; 5:139 ¶ 250 – 261; 5:142 ¶ 285; 5:143 ¶ 286 – 289; 7:55 ¶ 46 – 49; 7:56 ¶ 52 – 53; 7:65 ¶ 146 – 149; 10:2 ¶ 34 – 37; 10:3 ¶ 38 – 41; 10:8 ¶ 69; 11:7 ¶ 45; 11:38 ¶ 273

1.2 Kernlabelschema interview naasten

Kernlabel	Sublabels	Codes van fragmenten
Contact	Contact	1:1 ¶ 12 – 13; 1:2 ¶ 20 – 21; 1:5 ¶ 32 – 33; 1:7 ¶ 36 – 37; 1:54 ¶ 334 – 335; 1:56 ¶ 341
	Geen contact	1:43 ¶ 239
	Historie	1:81 ¶ 458 – 475; 1:93 ¶ 464 – 465
	Onzekerheid	1:17 ¶ 87; 1:20 ¶ 118 – 119; 1:23 ¶ 120 – 121; 1:91 ¶ 130 – 131
	Organisatie	1:15 ¶ 84 – 85; 1:16 ¶ 86 – 87; 1:92 ¶ 66 – 67
Samenwerken	Dialogoog	1:28 ¶ 179; 1:29 ¶ 194 – 195
	Gezien worden	1:33 ¶ 202 – 203; 1:37 ¶ 223; 1:47 ¶ 263; 1:67 ¶ 402 – 405
	Oog voor naasten	1:71 ¶ 418 – 419; 1:72 ¶ 420 – 421; 1:73 ¶ 426 – 427; 1:74 ¶ 442 – 443; 1:75 ¶ 444 – 447; 1:78 ¶ 450 – 451; 1:79 ¶ 452 – 455; 1:80 ¶ 456 – 457; 1:82 ¶ 466 – 467; 1:94 ¶ 422 – 423
	Persoonsafhankelijk	1:11 ¶ 51; 1:12 ¶ 56 – 57; 1:13 ¶ 60 – 61; 1:14 ¶ 70 – 71; 1:22 ¶ 158 – 159; 1:32 ¶ 199; 1:40 ¶ 232 – 235; 1:84 ¶ 470 – 471; 1:85 ¶ 472 – 473
	Samenwerken	1:3 ¶ 21; 1:9 ¶ 41; 1:10 ¶ 50 – 51; 1:18 ¶ 94 – 95; 1:21 ¶ 156 – 157; 1:27 ¶ 178 – 179; 1:31 ¶ 198 – 199; 1:41 ¶ 238 – 239; 1:62 ¶ 365; 1:70 ¶ 412 – 419; 1:77 ¶ 448 – 449; 1:83 ¶ 468 – 469; 1:88 ¶ 77; 1:89 ¶ 80 – 81; 1:90 ¶ 74 – 75

Het geven van zorg en gezorgd worden	Gehoord worden	1:86 ¶ 475
	Gezorgd worden	1:50 ¶ 294 – 295; 1:60 ¶ 364 – 365; 1:63 ¶ 366 – 367; 1:95 ¶ 298 – 299; 1:96 ¶ 266 – 271
	Zorgen voor	1:4 ¶ 28 – 29; 1:6 ¶ 33; 1:8 ¶ 37; 1:24 ¶ 121; 1:26 ¶ 141; 1:42 ¶ 239; 1:45 ¶ 251; 1:48 ¶ 280 – 285; 1:49 ¶ 288 – 291; 1:52 ¶ 320 – 323; 1:59 ¶ 344 – 345; 1:61 ¶ 365; 1:65 ¶ 372 – 375; 1:66 ¶ 398 – 399; 1:69 ¶ 410 – 411; 1:97 ¶ 392 – 393; 1:98 ¶ 386 – 387
Effecten	Effecten	1:30 ¶ 195; 1:35 ¶ 214 – 215; 1:38 ¶ 226 – 227; 1:46 ¶ 256 – 263; 1:64 ¶ 368 – 371; 1:76 ¶ 447
Herstel	Herstel	1:55 ¶ 338 – 341; 1:57 ¶ 342 – 343; 1:87 ¶ 478 – 483
	Tijd	1:44 ¶ 250 – 255; 1:53 ¶ 324 – 327
	Verbinden	1:34 ¶ 212 – 215; 1:36 ¶ 220 – 223; 1:58 ¶ 344 – 345

1.3 Kernlabelschema focusgroep behandelaren

Kernlabel	Sublabels	Codes van fragmenten
Contact	Contact	1:74 ¶ 8 – 9; 1:75 ¶ 24 – 25; 1:76 ¶ 40 – 41; 1:77 ¶ 50 – 51
	De belangrijke ander	1:36 ¶ 114 – 115
	Geen contact	1:8 ¶ 24 – 25; 1:12 ¶ 32 – 33; 1:25 ¶ 58 – 59; 1:73 ¶ 265
	Uitgeput	1:27 ¶ 65; 1:28 ¶ 66 – 67; 1:29 ¶ 70 – 71
Samenwerken	Geen tijd	1:9 ¶ 25
	Gezien worden	1:2 ¶ 9; 1:16 ¶ 41
	Nodig hebben	1:17 ¶ 41; 1:21 ¶ 49; 1:23 ¶ 51; 1:31 ¶ 90 – 91; 1:32 ¶ 95; 1:35 ¶ 106 – 107; 1:68 ¶ 310 – 311; 1:69 ¶ 324 – 325; 1:70 ¶ 336 – 337; 1:71 ¶ 338 – 339; 1:81 ¶ 314 – 315; 1:82 ¶ 316 – 317; 1:83 ¶ 332 – 333; 1:84 ¶ 334 – 335
	Psycho-educatie	1:5 ¶ 17; 1:42 ¶ 135
	Steun bieden	1:6 ¶ 17; 1:20 ¶ 49
	Verbinden	1:14 ¶ 36 – 37; 1:43 ¶ 135; 1:47 ¶ 147; 1:52 ¶ 182 – 183; 1:72 ¶ 267
Effecten	Effecten	1:3 ¶ 14 – 17; 1:18 ¶ 41; 1:30 ¶ 83; 1:33 ¶ 95; 1:34 ¶ 98 – 99; 1:39 ¶ 120 – 121; 1:40 ¶ 126 – 127; 1:45 ¶ 144 – 145; 1:48 ¶ 154 – 155; 1:56 ¶ 215; 1:59 ¶ 240 – 241; 1:60 ¶ 244 – 245; 1:61 ¶ 250 – 251; 1:64 ¶ 302 –

		303; 1:65 ¶ 304 – 305; 1:66 ¶ 306 – 307; 1:67 ¶ 308 – 309
	Gezorgd worden	1:50 ¶ 174 – 175; 1:51 ¶ 178 – 179
	Grenzen	1:4 ¶ 17; 1:85 ¶ 198 – 199; 1:86 ¶ 202 – 207
	Waard	1:38 ¶ 118 – 121; 1:46 ¶ 144 – 145; 1:49 ¶ 156 – 159; 1:53 ¶ 183; 1:87 – 292/293
	Herstel	1:62 ¶ 251; 1:63 ¶ 272 – 277
	Zorgen voor	1:44 ¶ 140 – 141; 1:54 ¶ 190 – 191; 1:55 ¶ 210 – 211; 1:57 ¶ 220 – 221; 1:58 ¶ 230 – 231

Bijlage 2: Interviewleidraad

2.1 Interviewleidraad patiënten

Interview patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

A. Introductie onderzoek

Welkom en fijn dat u er bent. Dit interview is bedoeld om uw ervaringen te horen over hulpbronnen in de behandeling. Ik stel uw straks een aantal vragen. Neem de tijd en de rust om hierop te antwoorden en gebruik gerust voorbeelden uit uw eigen ervaringen. Ik zal hier en daar ook verdiepende vragen stellen. Als u een vraag niet begrijpt of liever niet wil beantwoorden, dan mag u dat op ieder moment aangeven. Het interview wordt opgenomen, zodat ik het later kan terugluisteren wat u gezegd heeft. Deze opnames worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Handtekening informed consent vragen!

B. Eerste gespreksonderwerp – wie bent u

1. Kunt u iets vertellen over uzelf?
2. Hoe ziet of heeft uw behandeling eruitgezien?
3. Heeft u contacten? Zo ja met wie? (Suggesties geven wanneer het niet lukt, partner, kinderen broer/zus?)

C. Centrale gespreksonderwerpen – verbondenheid en herstel

1. Wie zijn belangrijk voor u?
A: Wat maakt dat diegene belangrijk is voor u?
B: Op welke manier geef jij zorg en aandacht aan diegene?
C: En op welke manier doet deze persoon dat naar u?
2. Als er geen contact is, wordt daar dan aandacht en tijd aan besteed in de behandeling?
A: En wat vindt u daarvan?
3. Worden er mensen betrokken bij uw behandeling, zoals aanwezig zijn bij belangrijke gesprekken met behandelaar?
A: Zo ja wie?
B: En hoe is dit gegaan, zelf voor gekozen?
C: Zo nee, wat vindt u ervan dat niemand wordt betrokken bij uw behandeling, zoals uitgenodigd worden voor een belangrijk gesprek?
D: Wat zou u graag willen?
4. Wanneer mensen die belangrijk voor u zijn deelnemen aan belangrijke gesprekken die er zijn voor u, wat betekent dit dan voor u?
A: Wat denkt u dan?
B: Wat voelt u dan?
C: Kunt u daar voorbeelden van geven?

5. Ik wil eerst graag met u bespreken hoe het voor u was toen er niemand is betrokken bij behandelgesprekken.
- A: Wanneer was dat?
B: Hoe was dat voor u?
C: Heeft u dat toen gemist?
D: Wat had u graag gewild?
6. Hoe is uw behandeling verlopen toen mensen deel hebben genomen aan de behandeling?
- A: Wanneer was dat?
B: Wie/hoe/waar?
C: Hoe was dat?
D: Wat was wel helpend en wat was niet helpend?
7. Wat heeft geholpen in uw herstel?
- A: Wanneer is dit geweest in uw herstel?
B: Wat heeft geholpen in uw herstel?
C: Wat is helpend geweest, kunt u daar een voorbeeld van geven?
D: Wat voelde u toen?
8. Wat doet dit of heeft dit gedaan met u als persoon?
- A: Wat is helpend geweest?
B: Waarom is dat helpend voor u geweest?

D. Afsluiting

Wat vond u van dit interview?

Zijn er nog dingen die u nog graag had willen zeggen of toevoegen?

Zijn er nog vragen?

Ik wil u bedanken voor uw bijdrage aan dit onderzoek. Naar verwachting zullen de onderzoeksresultaten in juli bekend zijn. Als u dat fijn vindt, kan ik deze ter zijne tijd met u delen.

2.2 Interview leidraad naasten

Focusgroep interview naasten

- **Deelvraag:** Hoe ervaren patiënten en naasten het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling?

E. Introductie onderzoek

Welkom en fijn dat jullie er zijn. Deze focusgroep is bedoeld om samen in gesprek te gaan wat jullie ervaringen zijn over hulpbronnen in de behandeling. Ik wil samen met jullie in gesprek over onderwerpen die uit de literatuurstudie zijn gekomen. Ik ben nieuwsgierig naar jullie meningen en ervaringen. Als u een vraag niet begrijpt of liever niet wil beantwoorden, dan mag u dat op ieder moment aangeven. Het gesprek wordt opgenomen, zodat ik het later kan terugluisteren wat jullie hebben gezegd. Deze opnames worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

F. Eerste gespreksonderwerp – kennismaking

Onderwerp	Vraag
Contact naasten	- Heeft u contact met uw naasten? En hoe ziet dit eruit?

G. Centrale gespreksonderwerpen – verbondenheid en herstel

Onderwerp	Vraag
- Dialoog	- Wordt u betrokken bij de behandeling van uw naasten? Zoals uitgenodigd worden voor belangrijke gesprekken, geïnformeerd worden over de behandeling?
- Gezien worden - Zelfvalidatie - Zelfafbakening	- Wanneer uw deelneemt aan belangrijke gesprekken hoe is dit dan voor u? Wat denkt u dat dit doet met uw naasten (als u deelneemt aan belangrijke gesprekken)?
- Herstel - Effecten	- Hoe verloopt het herstel van uw naasten en wat is helpend volgens u?
- Balans geven en nemen	- Op welke manier geeft u zorg en aandacht aan uw naasten? En op

	welke manier ontvangt u zorg en aandacht van uw naasten?
--	--

H. Afsluiting

- Afsluiting
- Verdiepende vragen
- Resultaten onderzoek

2.3 Focusgroep interview behandelaren

Focusgroep interview behandelaren

- **Deelvraag:** Wat zeggen behandelaren over het ontsluiten van relationele hulpbronnen in de behandeling van klinisch opgenomen EPA-patiënten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg?

A. Introductie onderzoek

- Informed consent vragen
- Doel van het onderzoek bespreken en benoemen hoe de resultaten worden verwerkt.
- Begrip ontsluiten van relationele hulpbronnen uitleggen.

B. Eerste gespreksonderwerp – wie bent u

- Voorstelronde behandelaren
- Wat zijn de ervaringen met het betrekken van naasten in de behandeling?

C. Centrale gespreksonderwerpen – verbondenheid en herstel

Thema	Vraag
Dialogoog	Wordt er aandacht besteed aan het betrekken van naasten in de behandeling? Zo ja, op welke manier? Zo nee, wat maakt dat dit niet gebeurt?
Gezien worden	Wanneer naasten betrokken worden, wat zijn de ervaringen wat dit doet met de patiënt? En wat doet het contact met de naasten?
Balans geven en nemen	Wat doet het met een patiënt wanneer het zorg kan geven en kan ontvangen van naasten?
Zelfvalidatie	Wat doet het met de patiënt en zijn herstel wanneer hij/zij zorg en aandacht kan geven aan naasten? Wat doet dit met de relatie tussen patiënt, naasten en behandelaar?
Zelfafbakening	Wat zien jullie gebeuren wanneer patiënt verbondenheid heeft/zoekt met naasten? Wat doet dit met de patiënt?
Herstel	Wanneer naasten betrokken worden bij de behandeling, wat zijn de ervaringen wat dit doet met het herstel van de patiënt? In welke fase wordt waargenomen dat contact wordt gezocht door patiënt?
Effecten	Wat zijn jullie ervaringen van de effecten wanneer naasten betrokken worden in de behandeling?

D. Afsluiting

- Wat vonden jullie van dit interview?
- Zijn er nog dingen die u nog graag had willen zeggen of toevoegen?
- Zijn er nog vragen?

Bijlage 3: Informed consent

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Via dit document wordt toestemming gegeven door de wettelijke vertegenwoordiger(s), en/of door de cliënt, voor de uitvoering van en deelname aan een onderzoek voor de masteropleiding Contextuele Benadering naar het ontsluiten van relationele hulpbronnen.

De cliënt verklaard hierbij op voor hem/haar een duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van dit onderzoek (1), dat vragen naar tevredenheid zijn beantwoord (2) en dat geheel vrijwillig ingestemd wordt met deelname aan dit onderzoek (3). De respondent is zich ervan bewust dat hij zich elk moment mag terugtrekken uit het onderzoek.

Er wordt toestemming gegeven voor onderstaande categorieën van activiteiten (actief aankruisen wat van toepassing is):

- ☐ Het lezen van rapportages van de hulpverlening.
- ☐ Het volgen van de behandeling via gesprekken met betrokken therapeuten.
- ☐ Het bijwonen van de behandeling.
- ☒ Het gebruiken van de verkregen data voor wetenschappelijke doeleinden en praktijkverbetering.
- ☒ Maken en bewaren van (beeld/geluids)opnames van de behandelingen.
- ☒ Het geanonimiseerd publiceren van de resultaten van het onderzoek.

Indien de onderzoeksresultaten zullen worden gebruikt in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit geanonimiseerd worden zodat de personen niet herleidbaar zijn. Persoonsgegevens zullen niet door derden ingezien worden zonder toestemming.

Cliënt

Naam cliënt: _____ Plaats en datum: _____

Handtekening cliënt:

Verklaring onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat de anonimiteit en privacy van de hierboven genoemde persoon óf personen te allen tijde gewaarborgd is en dat het onderzoeksmateriaal niet voor andere doeleinden zal worden gebruikt dan voor het onderzoek voor de masteropleiding Contextuele Benadering in de hulpverlening en voor praktijkverbetering.

Ik zie erop toe dat eventuele andere betrokkenen bij dit onderzoek op gelijke zorgvuldige wijze met het materiaal zullen omgaan.

Het onderzoeksmateriaal is eigendom van het lectoraat Jeugd en Gezin van de Christelijke Hogeschool Ede.

