

Arbeidsparticipatie bij cliënten, met een sociale angststoornis

Een afstudeeronderzoek over hoe een behandelteam binnen organisatie X, cliënten met een sociale angststoornis kunnen ondersteunen bij arbeidsparticipatie

Naam:	Lisa Tostrams	Progresscode: 23V4G-AFOZ
Studentnummer:	3830470	Afstudeerrichting: GGZ
Klas:	4V02G	
Studiejaar:	2022/2023	Bachelor of Social Work
Scriptiebegeleider	Stefan Assink	Fontys Hogeschool Eindhoven
Toets/ vak-verantwoordelijke:	Stefan Assink	
Datum van publicatie:	23-06-2023	
Aantal woorden:	14529	

Samenvatting

Participeren in de samenleving en mensen onderdeel laten worden van de huidige maatschappij is het streven waar we in Nederland naar toe willen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.j.). Ze willen dat mensen kunnen en gaan werken, naar school kunnen gaan, een onderdak hebben en kunnen zorgen voor zichzelf en een ander.

Vaak zien we dat mensen met in dit geval angst- en/of dwangklachten, hierin moeilijkheden ervaren. Ze worstelen niet alleen met hun klachten, maar daarnaast ook in het (opnieuw) participeren in het werkveld waar ze vandaan komen.

Het doel van het onderzoek is kennis en inzichten te verzamelen om de cliënt binnen organisatie X, vanuit het behandelteam, handvaten aan te rijden, om de stap tot arbeidsparticipatie makkelijker te maken. Op basis daarvan worden er aanbevelingen gedaan voor organisatie X om dit thema tijdens de behandeling onderdeel te maken.

Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“ Wat heeft het behandelteam van organisatie X nodig om ondersteuning te kunnen geven aan cliënten tussen de 25 en 55 jaar met een sociale angststoornis, rondom het thema arbeidsparticipatie? ”

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen bij acht verschillende respondenten met verschillende functies binnen organisatie X. Uit de resultaten is gebleken dat er een vaste aanpak rondom dit thema ontbreekt. Hierin spelen tijd, kennis en de mate van prioriteit van dit thema tijdens de behandeling een belangrijk rol. Uit het onderzoek blijkt dat zowel de cliënten als de hulpverleners van het behandelteam juist behoeften hebben aan een visie, vast beleid en handvaten rondom het ondersteunen in het thema arbeidsparticipatie.

Op basis hiervan zijn er aanbevelingen gesteld. Hieronder worden er twee beschreven die het meest prioriteit hebben. Er wordt onder anderen aanbevolen een gezamenlijk beleid te creëren. Dit gaat specifiek over het opstellen van een vaste aanpak zodat cliënten een grotere kans hebben om (opnieuw) te participeren in het werkveld.

Daarnaast wordt er aanbevolen een sociaal maatschappelijk werker in te zetten, waar zowel cliënten als het behandelteam naar kan verwijzen of op terug kan vallen. Hier is voor gekozen om de kracht uit de expertise te halen van de sociaal maatschappelijk werker. Hierbij blijft het draagvlak voor het behandelteam zoals het nu is en kan er vanuit hun de focus op de angst- en dwangklachten blijven gelden.

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek geschreven vanuit de opleiding Fontys Hogeschool Sociale Studies. Voordat ik ben begonnen met het afstuderen, heb ik de minor GGZ Agoog mogen afronden en ben ik hierna gestart met de jaarstage binnen organisatie X. Hierin heb ik een jaar lang ervaring en kennis mogen opdoen in angst- en dwangstoornissen en de werkwijze hierin.

Het onderwerp van dit onderzoek is tot stand gekomen nadat ik gedurende mijn jaarstage vaak van cliënten kreeg te horen dat wanneer ze met klinisch ontslag gingen, ze niet wisten wat ze verder moesten. Ze wisten dan niet goed hoe ze de balans konden vinden tussen het ziek zijn en het werken en ze vonden het moeilijk de stap te zetten tot werken. Vaak is het gevolg hiervan dat ze in oud gedrag terugvallen. Op basis van dit gegeven, heeft dit mij inspiratie gegeven om dit onderwerp te onderzoeken en te gaan kijken wat deze cliënten dan van het behandelteam binnen organisatie X aan ondersteuning nodig hebben rondom het thema arbeidsparticipatie.

Ik heb met veel interesse, plezier, maar ook met vallen en opstaan, aan dit onderzoek gewerkt. Mijn dank gaat uit naar mijn afstudeerbegeleider, Stefan Assink, voor zijn begeleiding, kennis, feedback en steun gedurende het hele traject.

Daarnaast wil ik graag mijn afstudeerbegeleiders Guus Nelissen en Michelle Brown bedanken voor hun begeleiding.

Als laatste wil ik alle anderen betrokken personen die deel hebben genomen aan dit onderzoek bedanken. Hopelijk kan dit onderzoek een bijdragen leveren aan het integreren van het thema arbeidsparticipatie binnen de behandeling van organisatie X.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding.....	6
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets.....	7
1.1 Probleemanalyse.....	7
Macroniveau.....	7
Mesoniveau	8
Microniveau	9
1.2 Probleemstelling	10
Verificatie uit de praktijk	10
1.3 Onderzoeksdoelstelling	11
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	11
1.5 Begripsafbakening.....	12
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	14
Sociale angststoornis en arbeidsparticipatie.....	14
Exclusie en inclusie.....	15
Ongelijkheid in klassenstructuur	16
Methode/werkwijze binnen organisatie X.....	17
Samenvatting theoretisch kader met toegevoegde waarde	18
Hoofdstuk 3: Methodologie	19
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	19
Waarborgen anonimiteit	21
3.2 Dataverzamelmethode.....	21
Ethische verantwoording.....	22
3.3 Meetinstrument	22
Betrouwbaarheid en validiteit	23
3.4 Data-analyse.....	24
Hoofdstuk 4: Resultaten	25
4.1 Deelvraag 1.....	25
4.2 Deelvraag 2.....	27
4.3 Deelvraag 3.....	28
4.4 Deelvraag 4.....	29
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen.....	31
5.1 Conclusies van de deelvragen	31
5.2. Conclusie van de hoofdvraag.....	33

5.3 Aanbevelingen	33
Hoofdstuk 6: Discussie	36
6.1 Sterkte- en zwakteanalyse	36
Sterke punten.....	36
Zwakke punten	37
6.2 Betekenis en bruikbaarheid	37
Methodologische keuze	39
Literatuurlijst	40
Bijlagen	44
Bijlage 1: Topiclijsten	44
Bijlage 2: Codeboom	46

Inleiding

'Burgers op achterstand'. Het treft mensen die bijvoorbeeld door een psychische ziekte moeite hebben om zichzelf en hun bestaan te organiseren en te kunnen participeren. Denk hierbij aan arbeidsparticipatie, of bijvoorbeeld dagbesteding, school, hobby's etc. Zij hebben geen tot weinig grip meer op zichzelf en ervaren problemen in het vervullen van maatschappelijke rollen (Sociaalweb, z.d.). Het hierboven beschreven stuk laat zien dat er in onze samenleving mensen zijn die moeite hebben met het participeren in op dit geval het werkveld.

Dit onderzoek speelt zich af binnen organisatie X, waar klachtgerichte behandeling wordt verricht door middel van cognitieve gedragstherapie. Uiteindelijk is het doel erachter dat de cliënten weer kunnen functioneren in het dagelijks leven en de angst- en/of dwangstoornis sterker af zijn (Centrum voor Angst en dwang, z.d.).

Cliënten die hier worden opgenomen zijn tussen de 18 en 65 jaar. Dit onderzoek richt zich op een leeftijd van cliënten tussen de 25 t/m 55 jaar. Binnen organisatie X wordt intensief aan de klachten gewerkt. Het streven is dat na de behandeling, de cliënt weer kan terug participeren in de oude leefsituatie. In de praktijk zien we dat ze onzeker zijn in de stap zetten om weer het werkveld in te gaan, ze weten geen balans te vinden in het opbouwen van uren, ze missen ondersteuning hierin en ze hebben meer tijd om te dwangen etc.

De gevolgen die je hierbij kunt stellen zijn bijvoorbeeld een terugval, ze blijven een beroep doen op de kliniek, ze geven aan 'iets' te missen in de behandeling etc.

Na aanleiding van de signalen binnen organisatie X, is de concrete aanleiding voor dit onderzoek dat een aantal cliënten na klinisch ontslag, moeite hebben met het arbeidsparticipatie. Hierdoor is de kans op het terugkomen van oud gedrag/ terugval aanwezig. Het doel van het onderzoek is om te gaan kijken wat er binnen organisatie X vanuit het behandelteam aan ondersteuning nodig is, om de cliënten met deze problematiek verder te helpen. Wat uiteindelijk zal opleveren dat cliënten makkelijker weer aan het werk kunnen gaan, of werk kunnen gaan zoeken.

Leeswijzer

Het onderzoek is opgebouwd uit zes hoofdstukken in chronologische volgorde, van probleemcontext tot en met de discussie. In hoofdstuk 1, wordt de context en de aanleiding van het probleem geschetst, aangevuld met de onderzoeksdoelstelling en de bijbehorende hoofdvraag en deelvragen beschreven. In hoofdstuk 2, bevindt zich het theoretisch kader waarin er naar relevante literatuur is gezocht rondom het thema arbeidsparticipatie. Hoofdstuk 3 beschrijft de methodologie die tijdens het onderzoek is toegepast. Hierna wordt in hoofdstuk 4 de verkregen resultaten in zicht gebracht. In hoofdstuk 5 zullen de conclusie en aanbevelingen worden behandeld, voortgekomen uit de resultaten. Hoofdstuk 6 bevat de discussie waarin wordt gekeken naar de bruikbaarheid en sterktes en zwaktes van het onderzoek, aangevuld met reflecties over de keuzes in het methode onderdeel.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk is door middel van onderzoeksliteratuur de context van het onderzoek beschreven en het bijbehorende probleem geschetst. Op macroniveau wordt er op landelijk niveau gekeken wat er speelt omtrent arbeidsparticipatie. Op mesoniveau wordt er op gemeentelijk- en organisatieniveau gekeken wat er rondom dit thema speelt. Als laatste op microniveau wordt er gekeken naar de probleemsituatie tussen het behandelteam en de cliënten en wat voor invloed dit heeft binnen organisatie X.

1.1 Probleemanalyse

Macroniveau

De verwachting in Nederland is dat ieder voor zichzelf durft op te komen, rekening kan houden met anderen en uiteindelijk zal en kan participeren in de maatschappij (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Bij mensen die last hebben van bijvoorbeeld een sociale angststoornis is dit lastig, maar wordt dit wel verwacht. Kwetsbaar zijn, niet weten wat te doen, vastlopen, niet kunnen meedoen, zijn allemaal termen die in de huidige samenleving onderdeel van gesprek zijn. In 2001 telde er 60.000 mensen tot deze groep. Inmiddels zijn het er ruim 4 miljoen (Bersee, z.d.).

Het motto van het Coalitieakkoord 2021 – 2025 luidt *‘Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst’* (Bersee, z.d.). Dit is fijn en belangrijk, maar om dit tot goed slagen te brengen zijn er ingrijpende veranderingen nodig. Een verandering zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat kwetsbare mensen hun kennis en vaardigheden leren uit te breiden en zo hun eigen positie te verstevigen.

De cijfers over arbeidsparticipatie zijn veelzeggend. Bijna vijftig procent van de mensen die om welke reden niet kunnen werken zijn gediagnostiseerd met een psychische aandoening (UWW, 2021). Zowel in de samenleving als in de politiek komt het woord participeren vaak voor. Het is een maatschappelijk gegeven waar het ideaal ligt op het kunnen meedoen. Iedereen kan en mag meedoen. Ongeacht de kwetsbaarheid.

Zo spreken we in de samenleving van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en de participatie wet. De WMO geeft gemeenten sinds 2015 de verantwoordelijkheid om ondersteuning te geven aan mensen die niet zelfstandig zelfredzaam kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan: begeleiding, dagbesteding, mantelzorgers ontlasten, zorgvoorzieningen regelen (Rijksoverheid, z.d.).

De WMO heeft als doel dat iedereen een bijdragen kan leveren in de samenleving om de participatie van mensen met een kwetsbaarheid te bevorderen. Mensen die om welke reden zichzelf terugtrekken, en minder kunnen meedoen in de samenleving kunnen niet in aanmerking komen voor een zinvol en gelukkig leven.

De participatiewet is een wet die er voor dient te zorgen dat iedereen die kan en wil werken, dit ook kan nastreven. Mensen die hier ondersteuning in nodig hebben vallen onder de participatiewet. De wet dient ervoor te zorgen dat meer mensen werk vinden, ook mensen met een arbeidsbeperking of en

kwetsbaarheid (Rijksoverheid, z.d.). Zo heeft gezondheid invloed op participeren en participeren invloed op gezondheid. Wie zich niet gezond voelt, minder makkelijke werk kan vinden, zal uiteindelijk stoppen met werken. Wie gaat werken, heeft dagritme, structuur, zingeving en sociale cohesie, wat zorgt voor een gezonder leven (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, z.d.).

Zo is participatief drama vanuit de samenleving een sociale interventie, die ingezet kan worden voor doelgroepen waar kwetsbaarheid speelt. Denk aan mensen met psychosociale problemen, bewoners van een probleemwijk en mensen met een verstandelijke beperkingen.

Het doel hierachter is dat mensen met deze kwetsbaarheid een stem krijgen, ondersteuning vinden bij elkaar, ze maken hun eigen leven inzichtelijk en weten waar ze tegenaan lopen. Uiteindelijk bevordert dit het sociaal welzijn en het terug krijgen van eigen regie in het leven om weer te kunnen deelnemen aan de samenleving (Movisie, 2014).

Concluderend kan gesteld worden dat er in Nederland veel voorzieningen zijn om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de kwetsbare doelgroep. Het is vanwege de situatie waarin iemand zich bevindt voor de een makkelijker dan voor de ander om hier gebruik van te maken. De preventie en zorg rondom dit thema ligt in handen van de gemeente. Onder het onderdeel mesoniveau zal hier verder op ingegaan worden. Daarnaast wordt er gekeken naar beleid binnen organisatie X rondom arbeidsparticipatie onder de cliënten na klinisch ontslag.

Mesoniveau

Gemeenten in heel Nederland hebben net als vele andere zorginstanties het doel om mensen in de samenleving te helpen. Zo ook de WMO die vanuit de gemeenten wordt uitgeoefend (Rijksoverheid, z.d.). Op grond van de WMO is de gemeenten verantwoordelijk voor het vormgeven van ondersteuning, dat ook mensen met een kwetsbaarheid zoals een sociale angststoornis kunnen participeren.

Binnen verschillende gemeenten werken sociaal werkers die hierin iets kunnen betekenen. Ze hebben als doel de kwetsbare mensen onder ons een stap in de goeie richting te geven. Zo is in Nederland steeds vaker de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) in opkomst. Iedereen in het leven, ongeacht de achtergrond, hebben wensen en doelen in hun leven. De IRB heeft zich gericht op het nastreven van de wensen en behoeften die de mensen hebben. De module hierbij houdt zich bezig met verkennen, kiezen, verkrijgen en het behouden van de persoonlijke doelen.

Rehabilitatie richt zich op vier verschillende gebieden: wonen, werken, leren en sociale contacten (InfoNu, z.d.).

Tijdens een rehabilitatieproces gaan de cliënt en de hulpverlener samen het proces doorlopen. Dit terwijl de cliënt werkt aan zijn eigen herstel. Het is een proces wat naast andere daginvulling uitgevoerd kan worden. Stel, de cliënt zit in een instantie, is aan het werk of zit op school, dan kan dit alsnog uitgevoerd worden.

Binnen organisatie X is er weinig tot geen zicht op wat de cliënten doen na hun klinisch ontslag. Tijdens hun opname wordt er tussendoor met hun regiebehandelaar gekeken naar dag invulling/ritme en

hobby/werk wat ze weer kunnen oppakken. Er wordt hierin geadviseerd hoe dit opgepakt kan worden in combinatie met de behandeling. Voor het uiteindelijke praktische regelen hiervan, heeft de cliënt de eigen verantwoordelijkheid. Hier zit verder geen traject of ondersteuning aan vast. Elke professional voert dit dus uit vanuit ervaringen in het werkveld, in de hoop dat de cliënt dit na het klinisch ontslag zelf kan oppakken. Doordat er geen (vaste) aanpak is, kan er ook niet voldoende aansturing gegeven worden aan de cliënten en gekeken worden of het werkt en/of, wat dan wel werkt.

Op mesoniveau kunnen we concluderen dat de gemeente handvaten aanbiedt. Voorheen werden deze alleen vanuit landelijk niveau aangereikt. Deze stap kan voor cliënten dus eerder voor de hand liggend zijn wanneer zij met klinisch ontslag gaan en stappen vooruit in arbeidsparticipatie willen maken. Organisatie X hanteert verder geen (vast) beleid op ondersteuning in arbeidsparticipatie voor de cliënten na klinisch ontslag. Het gevolg hiervan is dat een aantal cliënten, naar alle waarschijnlijkheid, zullen terugvallen in oud gedrag. Ze zullen verminderde participatie in het werkveld tonen. Uiteindelijk kan dit ook de positie van het behandelteam beïnvloeden, doordat cliënten misschien wel een beroep op ze gaan doen. Hieronder wordt verder ingegaan op de concrete situatie tussen cliënten en het behandelteam.

Microniveau

Vanuit microniveau wordt gekeken naar de concrete situatie vanuit een agogische optiek van het behandelteam en de cliënten binnen organisatie X. De visie binnen organisatie X is dat cliënten leren omgaan met hun angst en dwang klachten. Ze hebben intensieve cognitieve behandeling waarin ze handvaten aangeleerd krijgen om zo uiteindelijk eigen therapeut te worden en te sturen op hun eigen gedrag (Centrum voor Angst en Dwang, z.d.). Het behandelteam bestaat uit: een Systeemtherapeut, Cognitief gedragstherapeutisch werkers, Medewerkers begeleiding, GZ psychologen, een Klinisch psycholoog i.o., een Psychiater, een Beeldend therapeut en een Psychomotorisch therapeut.

Binnen organisatie X geven cliënten met een sociale angststoornis tussen de 25 en 55 jaar aan moeite te hebben om een draai te vinden in het thema arbeidsparticipatie. Naast dat cliënten hier zelf mee komen, wordt dit ook binnen de praktijk gesignaleerd door het behandelteam. Cliënten geven bijvoorbeeld aan geen keuze weten te maken tussen 100% de behandeling aangaan en terug het werkveld in te gaan. Ze weten niet hoe ze dit moeten combineren. Dit kan gevolgen hebben voor de effectiviteit van de behandeling. In het ergste geval kan de cliënt een terugval krijgen. Daarnaast geven cliënten aan dat ze letterlijk het gevoel hebben dat ze los gelaten worden na klinisch ontslag en ze het zelf maar moeten gaan uitvinden. “*Ik ben zo onzeker, ik durf helemaal niet terug te gaan werken, hoe moet ik dat ooit gaan doen?*” (persoonlijke communicatie, 2023).

Het behandelteam zet hier en daar individueel een interventie in om met cliënten naar het thema “na klinisch ontslag” te gaan kijken, maar het ontbreekt aan een integrale werkwijze die het gehele behandelteam aan de cliënten kan uitdragen. De consequentie is dat het zorgt voor verschillende manieren van werken in het behandelteam, met als gevolg ontevredenheid vanuit de cliënten, maar ook vanuit het behandelteam. Er ontstaan irritaties van onwetendheid of dat diegene het zo doet op die

manier, maar de rest van het team dat geen passende manier vindt. Tijd en kennis hebben hierin ook een rol. Dat is er op dit moment niet.

Concluderend kan gezegd worden dat arbeidsparticipatie onder cliënten met een sociale angst- en dwangstoornis in het werkveld tussen het behandelteam en de cliënten een veelvoorkomend onderwerp van gesprek is. Cliënten missen hierin hulp en ondersteuning van het behandelteam en dit zorgt voor stagnatie in het proces rondom arbeidsparticipatie/doorgroei mogelijkheden van de cliënten. Het behandelteam vindt het moeilijk hierin een vaste aanpak uit te dragen want die is er niet. Het opzetten of bedenken van een interventie is voor de doorgroei van de cliënten na klinisch ontslag cruciaal.

1.2 Probleemstelling

Uit de probleemanalyse blijkt dat landelijk gezien het onderwerp arbeidsparticipatie lastig blijft onder kwetsbare mensen in de samenleving. Er staat een enorme druk op, dat ze iedereen willen laten meedoen. Er zijn binnen organisatie X een aantal cliënten met een sociale angststoornis die na klinisch ontslag geen idee hebben wat ze kunnen gaan doen. Ze weten niet hoe ze het beste kunnen gaan werken, hoe ze dat kunnen aanpakken en of werken wel passend is. Het behandelteam heeft geen vaste aanpak rondom het thema arbeidsparticipatie. Uiteindelijk heeft dit als gevolg dat er geen ondersteuning aan cliënten wordt gegeven rondom dit thema.

Het probleem is te zien vanuit twee perspectieven: het behandelteam binnen organisatie X en de cliënten. De concrete probleemstelling is als volgt:

“ Binnen organisatie X geven cliënten met een sociale angststoornis tussen de 25 en 55 jaar aan dat ze na klinisch ontslag moeite hebben met een balans vinden tussen werken en ziek zijn. Voor het behandelteam is het lastig hierin ondersteuning te geven want daarin ontbreekt een (vast) beleid. Uiteindelijk leidt dit tot verschillende werkwijzen door gebrek aan kennis, met als gevolg dat cliënten niet verder kunnen in de arbeidsparticipatie en dus misschien wel een terugval krijgen en een hoger beroep gaan doen op de behandelaren, die daar verder geen ondersteuning in kunnen geven naar de cliënten ”.

Verificatie uit de praktijk

Op woensdag 22 februari 2023 is in een gesprek tussen de onderzoekster en een aantal medewerkers gesproken over het thema van dit onderzoek. Er zijn twee groepen binnen de behandeling. De ene groep heeft 8 weken een klinische behandeling en 8 weken thuis de behandeling. De andere groep minimaal 12 en maximaal 24 weken een klinische behandeling. Vanuit de ambulante fase, dus na 8 weken klinisch behandeld te zijn geweest, hebben cliënten nog 8 weken vanuit thuis via beeldbellen behandeling. Medewerker A geeft hierin als voorbeeld dat cliënten het vooral in de ambulante fase en na klinisch ontslag het lastig vinden een balans te vinden in het werken en behandeling. Soms zorgt dit zelfs voor het vroegtijdig stoppen van de behandeling.

Medewerker B geeft aan dat er cliënten door hun klachten en/of onzekerheden, de stap om te gaan werken helemaal niet durven te maken. Ze zijn bang te falen, opnieuw of meer last te krijgen van hun klachten etc.

Zoals bijvoorbeeld een cliënt zegt, die 16 weken in behandeling is binnen organisatie X: “ *Ik mag dadelijk met ontslag, maar wat dan? Ik heb echt geen idee hoe en wat hoor...*” (persoonlijke communicatie, 2023).

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Binnen dit onderzoek wordt kennis en inzicht verworven over wat er vanuit het behandelteam binnen organisatie X nodig is, om cliënten tussen de 25 en 55 jaar oud, met een sociale angststoornis, ondersteuning te kunnen bieden. Het onderzoek zal zich richten op arbeidsparticipatie, zodat de doorgroei en de stap hier na toe vereenvoudigd wordt. Hierin wordt gekeken naar de balans die cliënten kunnen waarborgen tussen het werken en ziek zijn, het ritme terugvinden van een dag en de handvaten in te zetten die ze gedurende de behandeling hebben mogen leren.

Dit wordt onder andere gedaan door literatuur onderzoek en interviews af te nemen met de cliënten en het behandelteam. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om vanuit het behandelteam binnen organisatie X, de cliënten tot inzicht kennis en tools te verwerven, om uiteindelijk de stap tot arbeidsparticipatie te vereenvoudigen. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor het behandelteam, organisatie X in geheel en voor eventueel een vervolgonderzoek. Er zal gekeken worden hoe er vanuit een sociaal agogisch kenmerk ondersteuning aangeboden kan worden naar het behandelteam en wat het behandelteam uiteindelijk hiervan kan uitzetten naar de cliënten.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

De hoofdvraag binnen dit onderzoek is:

“ Wat heeft het behandelteam van organisatie X nodig om ondersteuning te kunnen geven aan cliënten tussen de 25 en 55 jaar met een sociale angststoornis, rondom het thema arbeidsparticipatie? ”

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag staan hieronder vier deelvragen geformuleerd:

- Wat is de huidige situatie omtrent het ondersteunen in het thema arbeidsparticipatie door het behandelteam binnen organisatie X?
- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren rondom het ondersteunen van de cliënten bij arbeidsparticipatie binnen organisatie X?
- Welke verwachtingen en behoeften hebben de cliënten rondom arbeidsparticipatie?
- Welke verwachtingen en behoeften heeft het behandelteam om de cliënt op een passende wijze te ondersteunen op het gebied van arbeidsparticipatie?

1.5 Begripsafbakening

Er zijn een aantal begrippen binnen dit onderzoek die vaker aan bod komen. Hieronder staat beschreven op welke manier deze begrippen in het onderzoek tot z'n recht komen.

Arbeidsparticipatie

Arbeidsparticipatie wordt als term gebruikt om aan te geven welk deel en hoeveel mensen van de bevolking actief deel nemen aan het arbeidsproces binnen de samenleving. Het is als het ware het werkende deel van een bepaalde bevolking (Geertsma, 2016). Binnen dit onderzoek wordt met deze term bedoeld dat cliënten met een sociale angststoornis binnen organisatie X, na klinisch ontslag graag naar arbeidsparticipatie streven. Ze willen dus of gaan starten met werken of weer de stap maken om terug het werkveld in te gaan.

Behandelteam

Een behandelteam zijn alle betrokkenen werknemers binnen een organisatie die door middel van verschillende disciplines en expertise een behandelplan nastreven van de cliënt (UMCG, z.d.). Binnen dit onderzoek wordt met het behandelteam alle werknemers binnen organisatie X bedoeld, die betrokken zijn bij het proces van de cliënt. Een Systeemtherapeut, Cognitief gedragstherapeutisch werkers, Medewerkers begeleiding, GZ psychologen, een Klinisch psycholoog i.o., een Psychiater, een Beeldend therapeut en een Psychomotorisch therapeut.

Klachtgerichte behandeling

Klachtgerichte behandeling is behandeling gecentreerd op een specifieke klacht. De klacht wordt gericht en concreet aangepakt (Psyned, 2023).

Binnen dit onderzoek wordt met deze term de werkwijze binnen organisatie X aangeduid. Organisatie X biedt klachtgerichte behandeling aan cliënten.

Sociale angststoornis

Er is sprake van een sociale angststoornis op het moment dat mensen zich terug trekken omdat zij denken dat anderen hen niet mogen, niet goed genoeg zijn, het niet waard zijn om aanwezig te zijn etc. Ze zijn er van overtuigd dat anderen veel kritiek op hen zullen hebben en ze dit niet aankunnen (NVA, z.d.). Binnen dit onderzoek wordt met deze term gerefereerd naar de specifieke fobie van een aantal cliënten die opgenomen zitten binnen organisatie X. Zij hebben een leeftijd van 25 tot 55 jaar.

Kwetsbaarheid

Iemand is kwetsbaar op het moment dat er iets is gebeurd of een situatie zich heeft voorgedaan waarin iemand uit balans is geraakt. Het zelfvertrouwen daalt en de onzekerheid neemt toe. Je voelt je gekwetst en het gevolg hiervan is dat je onstabiel kan worden (Zelfverzekerd Worden, 2023). Binnen dit

onderzoek wordt deze definitie op een hele brede doelgroep gebruikt, om aan te duiden wat kwetsbaarheid kan betekenen voor iemand. Dit kan iedereen zijn die deze lasten ervaart. Mensen met een bijvoorbeeld een sociale angststoornis bevinden zich vaak in een kwetsbare positie.

Cognitieve gedragstherapie

Het is een psychologische behandeling waarbij het zich richt op de wisselwerking tussen gedachten en gedrag. Het gaat ervan uit dat wat je denkt, voelt en doet met elkaar te maken heeft. Het is vooral gericht om problematische gedachten om te zetten in helpende gedachten (Psycholoog.nl, 2023). Binnen dit onderzoek wordt met deze definitie een groot gedeelte van de behandelwijze binnen organisatie X aangeduid. Dit is een therapie onderdeel binnen organisatie X.

Ondersteuning

Ondersteuning is laten zien dat je om de ander geeft en zodoende het zelfvertrouwen en het doorgroeien bevordert. Het is van belang niet alleen te vertrouwen op ervaringen maar ook belangrijk om methodisch te werk te gaan (Stresspsycholoog, z.d.). In dit onderzoek wordt met ondersteuning bedoeld dat wat het behandelteam kan uitdragen naar de cliënten toe om arbeidsparticipatie te bevorderen. Denk hierbij aan een passend alternatief/beleid wat ingezet kan worden tot doorgroei van de cliënten.

Organisatie X

Binnen organisatie X wordt klinisch behandeling aangeboden aan cliënten die kampen met een angst en dwang stoornis. Het doel van de organisatie is de cliënten handvaten aan te bieden om te leren omgaan met deze klachten. Er wordt behandeling aangeboden vanuit een cognitief perspectief en te leren sturen op gedrag in plaats van op gevoel. Er wordt gewerkt met een team bestaande uit verschillende disciplines, die allemaal betrokken zijn met het proces van de cliënt en afgestemd op de hulpvraag van de cliënt te werk gaan.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Het hieronder beschreven stuk geeft aan de hand van literatuur en methodieken meer inzicht over het onderwerp van dit onderzoek. Door deze informatiebronnen wordt er dieper ingegaan op wat er rond het thema van arbeidsparticipatie speelt. Uiteindelijk zullen de uitgangspunten van het theoretisch kader samengevat worden zodat er duidelijk wordt wat van belang is binnen dit onderzoek.

Sociale angststoornis en arbeidsparticipatie

Ongeveer de helft van de volwassenen in Nederland met een leeftijd van 18 tot 75 jaar, heeft volgens Trimbos (2022) wel eens in het leven te maken gehad met een psychische aandoening. De afgelopen jaren was dit ongeveer 1 op de 4 volwassenen. Dit kan gezien worden als 3,3 miljoen Nederlanders. Hierin zijn angststoornissen en stemmingsstoornissen de meest voorkomende. Angststoornissen komt namelijk voor bij 15% van de volwassenen tussen de 18 en 75 jaar oud (Trimbos, 2022).

Wanneer de angst de overhand neemt en het functioneren hier onder lijdt, is het van belang hulp te zoeken. Sommige doen dit vanuit thuis en krijgen hierbij ambulante zorg. Sommige mensen kunnen dusdanig niet meer functioneren in de huidige situatie dat ze worden opgenomen in een kliniek of zelfs beschermd of begeleid wonen. Binnen organisatie X wordt klinisch behandeling gegeven aan cliënten met een angststoornis.

Binnen dit onderzoek gaat het over een sociale angststoornis. Een sociale angststoornis wordt volgens Meulenberg (2022) gekenmerkt op het moment dat je je onveilig of ongemak voelt in situaties waar andere mensen zijn. Je bent bang voor wat ze van je denken, dat ze je niet mogen, dat je kritiek kunt krijgen en/of, uitgelachen wordt. Mensen die kampen met deze klachten gaan deze situaties uit te weg en kunnen uiteindelijk belanden in isolement wat uiteindelijk verschillende gevolgen kan hebben zoals: suïcidaliteit, geen zingeving in leven meer en eenzaamheid (Meulenberg, 2022).

Kenmerkend bij mensen die kampen met een sociale angststoornis is dat ze zich onzeker voelen in een grote groep. Vaak staat de klacht in de weg tot zelfontplooiing in bijvoorbeeld werken, voelen ze zich bedreigd en missen ze ervaringen in het voor zichzelf kiezen en opkomen. Uiteindelijk mist hier zelfvertrouwen wat deze cliënten verder zou helpen in de arbeidsparticipatie (Zelfvertrouwend, 2020).

Uit eerder onderzoek is te lezen dat kwaliteit van het leven bij mensen met een psychische kwetsbaarheid achterblijft en zelfs kan verdwijnen. Ze hebben een lage mate van participeren en voelen zich vaak eenzaam (Place, 2016).

Wanneer er gekeken wordt naar de term arbeidsparticipatie, staat de mate van arbeidsparticipatie hoog in relatie tot de arbeidsmarkt. Hierdoor neemt de werkdruk toe. In 2021 werkte 44,4% van alle mensen die 50 plus zijn. Twintig jaar geleden was dit 32,6% (Cvster, 2023). Iedereen ervaart deze druk, maar mensen met een kwetsbaarheid ervaren deze druk in nog hogere mate. Druk om te presteren, druk om erbij te horen en druk om te moeten werken.

Arbeidsparticipatie kent 2 termen. Ze spreken over bruto arbeidsparticipatie en netto arbeidsparticipatie. Met bruto arbeidsparticipatie wordt de ratio van zowel werkende, als werkzoekenden bedoeld in de beroepsbevolking. Daarentegen is de netto arbeidsparticipatie het aandeel van mensen dat werkend is in verhouding tot de beroepsbevolking. Dus tellen alleen de mensen die daadwerkelijk werkzaam zijn (CBS, 2023).

Binnen dit onderzoek zal de focus alleen liggen de bruto arbeidsparticipatie. Omdat er een aantal cliënten binnen organisatie X op dat moment werkloos zijn of in de ziektewet zitten, daarentegen hebben ze wel een aandeel in de beroepsbevolking en samenleving. Voor sommige cliënten is het alleen lastig deze rol te vervullen. Ziekte verzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid kunnen een belangrijk gevolg zijn van, afhankelijk van de intensiteit, een sociale angststoornis. De mensen die hiermee te maken hebben willen daar in tegen zelf heel graag, maar lopen vaak tegen verschillende obstakels aan (Participatie en Herstel, 2023). Een van de belangrijkste, die ook binnen organisatie X wordt gesignaleerd is het begeleiden van de cliënt in het naar, en op het werk zijn tijdens de behandeling of het herstel hiervan.

Exclusie en inclusie

Exclusie en inclusie zijn termen die vaak aan bod komen op het moment dat iets of iemand in een kwetsbare positie zit en daar iets mee wilt gaan doen. Ze sluiten ook aan bij het stuk wat hierboven beschreven is, omdat deze termen bij mensen met een sociale angststoornis vaak ervaren worden. Het zijn termen die volgens Buckmaster & Thomas (2009) verbonden zijn met elkaar en niet los van elkaar te zien zijn. Voordat er gekeken wordt naar wat inclusie inhoudt, is het van belang dat er gekeken wordt naar exclusie. Volgens hen is exclusie, het gebrek aan kansen om bijvoorbeeld te kunnen participeren. Hierbij kun je denken aan een bijdrage te hebben aan het sociale, economische en/of politieke leven. Vaak is dit afkomstig door de afwezigheid van nodige rechten, goederen, toegang tot bepaalde diensten en het hebben van een kwetsbare positie. Volgens Daly & Silver (2008) heeft een sociale angststoornis bepaalde gevolgen die kunnen lijden tot exclusie in de samenleving. Onzekerheid, gevoelig voor kritiek, jezelf niet durven laten horen en zien, zijn oorzaken die hier naar toe kunnen leiden (Daly & Silver, 2008).

Mensen die kampen met een sociale angststoornis ervaren eerder exclusie dan inclusie (persoonlijke communicatie, 2023).

Inclusie betekend letterlijk ‘erbij horen’. Het is een term die staat voor samen en met elkaar omgaan. Hierbij kun je denken aan relaties, samenwerken, het nemen en geven van ruimte, onafhankelijkheid en toch samen zijn. Het is een manier waarbij iedereen in welke omstandigheden tot zijn of haar recht kan komen (Juncultures, z.d.).

Inclusie voor mensen met een kwetsbaarheid zorgt voor onderdeel worden van, voelen dat ze er mogen zijn en hun mening uiten. Dit zijn allemaal factoren die van invloed kunnen zijn op de bruto

arbeidsparticipatie. Door het gevoel van inclusie zullen ze eerder meer participeren bij de werkzame beroepsbevolking omdat er ervaren kan worden dat ze ergens bij horen en onderdeel zijn van.

Wie zich kwetsbaar voelt en minder makkelijk aan het werk kan, zal uiteindelijk geen verbetering laten zien in de huidige geldende situatie. Wie inclusie ervaart en kan werken, heeft structuur, zingeving en ervaart sociale cohesie. Dit zorgt uiteindelijk voor een gezonder leven (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, z.d.). En uiteindelijk is dit allemaal bevorderend voor arbeidsparticipatie wat eerder besproken is in dit theoretisch kader.

Ongelijkheid in klassenstructuur

Maslow (1943) heeft een piramide ontworpen om in algemene termen rekening te kunnen houden met menselijk gedrag. Het is een motivatietheorie in de psychologie gebaseerd op vijf motivatieniveaus. Dit zijn tevens de vijf lagen die de piramide vormen: primaire behoeften, behoefte aan veiligheid, behoefte aan sociaal contact, behoefte aan erkenning en waardering, behoefte aan zelfontplooiing.

Uit onderzoek van het SCP (2023) naar ongelijkheid in Nederland, blijkt dat er 7 verschillende groeperingen zijn. Ze worden opgedeeld in de volgende zeven sociale klassen van boven naar beneden: de werkende bovenlaag, de jonge kansrijke, de rentenierende bovenlaag, de werkende middengroep, de laagopgeleide gepensioneerde, de onzekere werkende en de kansarmen. Het gaat in Nederland vaak over verschillen. Deze verschillen zijn onder te verdelen in inkomen, vermogen of opleiding. Ongelijkheid is meer dan bovenstaande termen. Het SCP (2023) heeft onderzoek gedaan naar ongelijkheid door onder andere te kijken naar de verdeling van andere hulpbronnen, naast economisch kapitaal. Er zijn namelijk vier kapitalen. Economisch-, sociaal-, cultureel- en persoonskapitaal. Niet alleen het hebben van geld of een sociaal netwerk zijn bevorderend voor de positie in de samenleving. Fysiek gezond zijn, mentaal gezond zijn, het voelen van steun zijn net zo belangrijk voor de mens in de samenleving. Deze elementen kunnen allemaal bepalend zijn om de positie en de kansen in de samenleving te vergroten of juist beperken (SCP, 2023.).

Uit onderzoek blijkt dat één op de zes Nederlanders (16,3%) achterstand heeft op deze vier terreinen (SCP, 2023).

De kwetsbare groepen aan de ‘onderkant’ zoals in dit onderzoek beschreven wordt, kunnen benadeeld worden met de kansen in de maatschappij. Ze hebben minder vertrouwen in zichzelf, de politiek en de overheid en plaatsen zich sneller onderop de maatschappelijke ladder. Uiteindelijk zou dit de sociale cohesie in de samenleving onder druk kunnen gaan zetten. Mensen die kampen met een sociale angststoornis zouden hier de dupe van kunnen worden. De stap tot arbeidsparticipatie zal voor deze doelgroep mogelijk te groot worden (SCP, 2023).

Om iets aan deze ongelijkheid te doen is het van belang dat er naast de economische kant, ook gekeken wordt naar bijvoorbeeld het hebben van een sociaal netwerk, digitale vaardigheden en gezondheid (SCP,

2023). Ook is het van belang dat er meer gekeken wordt naar het verband tussen ongelijkheid en sociale cohesie. De termen inclusie en exclusie sluiten hier bij aan.

Methode/werkwijze binnen organisatie X

Binnen organisatie X zijn er een aantal uitgangspunten waar de behandeling uiteindelijk bevorderend in kan zijn. De belangrijkste is dat cliënten uiteindelijk leren omgaan en leren leven met hun angst- en dwangklachten. De werkwijzen die hierin wordt uitgeoefend door het behandelteam naar de cliënt en hun klachten, is voornamelijk herstelgericht en empowerment.

Herstelgericht te werk gaan en zorgen dat in dit geval cliënten met een sociale angststoornis weer grip krijgen op de situatie, is het uiteindelijke doel waar ze als organisatie naar toe willen. Veel cliënten binnen organisatie X gaan naar klinisch ontslag weer het werkveld in, naar school, hobby's oppakken etc. Hierin is het stimuleren van de cliënt een motiverende factor. Er zijn vier verschillende fasen van herstel waarin de cliënt zich kan bevinden. De eerste fase is dat de cliënt wordt overweldigd door de aandoeningen en eigenlijk niet goed weet wat te doen. Vaak is dit op het moment dat er hulp gezocht gaat worden. Fase twee is worstelen met de aandoening. Dit wordt teruggezien op het moment dat de cliënten zijn opgenomen binnen organisatie X. Ze leren leven met de aandoening en zichzelf weer terug te vinden. Fase drie staat voor het leven met de aandoening. Dit is binnen organisatie X terug te zien op het moment dat cliënten richting ontslag gaan. Ze merken dat er minder angst en spanning te ervaren is en er met de klacht te leven valt. De laatste fase, fase vier, is dat de cliënt leeft voorbij de aandoening. Dit zie je terug op het moment dat de cliënt binnen organisatie X met klinisch ontslag is gegaan, de stap tot werken/school/hobby heeft kunnen maken en er plek is ontstaan voor nieuwe doelen en verdere ontwikkeling (Kennisbundel, z.d.).

Hierbij kan een koppeling gemaakt worden naar inclusie binnen de samenleving waar het eerder in dit theoretisch kader over ging.

Er is maar één manier voor de cliënten om naar herstel te werken en dat is door zelf te willen. Cliënten die gedragsverandering willen, daar lukt het bij. Hierin staat het woord empowerment voorop. Het is als het ware een bewustwordingsproces waarbij de cliënt bij zijn eigen kracht probeert te komen en deze ook in te zetten tijdens de behandeling (Herstelproces, z.d.).

Er wordt binnen organisatie X veel gemotiveerd op eigen kracht en de cliënt zelf verantwoordelijk laten voelen in het aangaan van de behandeling. Het is dan ook aan de cliënt om hierin iets mee te doen. Het behandelteam binnen organisatie X kan de communicatie en de manier waarop therapie ingedeeld wordt omzetten naar empowerment van de cliënt. De cliënt is verantwoordelijk voor het doen van exposure, het aangaan van de behandeling, het meedoen in de sessies etc. Daarnaast is het een positieve beroepshouding van het behandelteam om de cliënt ook te laten ervaren dat ze dit kunnen en mogen. Uiteindelijk is het dan aan de cliënten om hier ook iets in te mogen en kunnen doen op het moment dat ze met klinisch ontslag gaan. Cliënten met een sociale angststoornis die eigen kracht omzetten in de stap

naar arbeidsparticipatie zou hierin het ideaal zijn. Verder in dit onderzoek wordt dieper ingegaan wat het behandelteam binnen organisatie X nodig heeft om cliënten daadwerkelijk te ondersteunen in arbeidsparticipatie na klinisch ontslag.

Samenvatting theoretisch kader met toegevoegde waarde

Uit het theoretisch kader blijkt dat een angststoornis de meest voorkomende kwetsbaarheid is. Binnen organisatie X maar ook uit de literatuur en de theorieën blijkt dat de cliënten met een sociale angststoornis enorm veel moeite hebben met het weer aan het werk gaan, vertrouwen in zichzelf krijgen, ondernemingen maken etc. met als gevolg isolement of misschien wel een terugval.

Wanneer er gekeken wordt naar de werkwijze binnen organisatie X zie je dat de nadruk ligt op herstelgericht werken. Er worden handvaten binnen de organisatie aangeboden te leren omgaan met hun angst- en dwangklachten, die ze kunnen meenemen in het leven buiten de kliniek. Ze kunnen dit bijvoorbeeld meenemen in het werk zoeken, opleiding beginnen, sociale contacten aangaan etc. Daarnaast wordt er ook duidelijk dat er in doorgroei of arbeidsparticipatie weinig tot niks gedaan wordt vanuit organisatie X.

Cliënten binnen dit onderzoek voelen ervaren hierin vaak exclusie. Ze horen er niet bij, ze voelen zich minderwaardig, het lukt ze niet de stap te zetten etc. Hierin speelt de ongelijkheid in klassenstructuur ook nog eens een rol bij. Ze hebben vaak de goederen, netwerken en de gezondheid niet mee.

Dit theoretisch kader geeft informatie om vervolgens een deel van de topiclijst te kunnen opstellen en om uiteindelijk met het onderzoeksthema aan de slag te kunnen gaan.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksproces beschreven. Allereerst wordt beschreven welke onderzoekspopulatie met daarbij horende kenmerken er binnen dit onderzoek bedoeld worden. Er is een steekproef gehouden en deze wordt met de selectiecriteria onderbouwd. Daarnaast staat beschreven hoe de anonimiteit binnen dit onderzoek is gewaarborgd. Ook wordt de keuze van de dataverzamelmethode toegelicht en onderbouwd. In de volgende paragraaf staat beschreven welke instrumenten er zijn gebruikt om informatie te voorzien en wordt er gekeken naar de validiteit en betrouwbaarheid van deze instrumenten. Tot slot wordt beschreven hoe de verzamelde data is geanalyseerd.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onderzoekspopulatie

De totale populatie van dit onderzoek bestaat uit twee populaties. Het behandelteam van organisatie X en de cliënten met een sociale angststoornis binnen organisatie X. Het is van belang vanuit verschillende functies en perspectieven informatie te verkrijgen om zo ook verschillende visies, ervaringen, gevoelens omtrent het thema arbeidsparticipatie te horen.

Het behandelteam binnen organisatie X bestaat uit: 1 Systeemtherapeut, 8 Cognitief gedragstherapeutisch werkers, 2 Medewerkers begeleiding, 2 GZ psychologen, 1 Klinisch psycholoog i.o., 1 Psychiater, 1 Beeldend therapeut en 1 Psychomotorisch therapeut. Er zijn meer vrouwelijke dan mannelijke werknemers: ongeveer 1 op de 6 werknemers is van mannelijk geslacht. Deze professionals zijn allemaal in bezit van minstens een HBO diploma en als psycholoog een universitair diploma. Al deze verschillende benamingen binnen de organisatie zijn nauw betrokken bij het proces van de cliënten en werken aan hetzelfde doel om de cliënten te leren omgaan met hun angst- en/of dwangklachten. De leeftijd van het behandelteam varieert tussen de 22 en 65 jaar. Deze weknemers werken minimaal 6 maanden binnen organisatie X.

Kenmerkend voor de cliënten is dat ze bijna met klinisch ontslag gaan of als met klinisch ontslag zijn, maar drempels ervaren in het weer aan het werk gaan. Daarnaast zouden ze het prettig vinden hun mening te mogen geven in het stuk ondersteuning wat organisatie X zou kunnen gaan bieden in dit proces. Het gaat hier om zowel mannen als vrouwen tussen de 25 en 55 jaar oud. In het algemeen zitten er binnen organisatie X meer vrouwelijke cliënten dan mannelijke gemiddeld: 1 op de 4 cliënten is van het mannelijk geslacht.

Steekproef

In bovenstaande tekst is beschreven wie er onder de onderzoekspopulatie valt. Vervolgens is er een steekproef gehouden. Dit houdt in dat de onderzoekster bewust is gaan kijken naar wie ze hiervoor wel of niet gaat interviewen. De onderzoekster doet dit aan de hand van een selecte steekproeftrekking. Hier

is voor gekozen om de geselecteerde respondenten te laten aansluiten bij hoofd- en deelvragen, het theoretisch kader en de probleemanalyse van dit onderzoek.

In totaal heeft de onderzoekster ervoor gekozen om 3 cliënten, 1 GZ psycholoog, 1 klinisch psycholoog i.o. en 3 Cognitief gedragstherapeutisch werkers te interviewen. Hier is voor gekozen, omdat deze cliënten aangeven verder willen na klinisch ontslag maar hierin verschillende drempels ervaren en er dus iets mee willen vanuit de behandeling. De overige gekozen respondenten constateren dit probleem en missen hier handvaten in.

Door de cliënten en het behandelteam te interviewen, kan er vanuit verschillende perspectieven en invalshoeken, een zo concreet en realistisch mogelijk beeld of informatie verkregen worden rondom het onderzoeksthema.

Om bovenstaande selectie steekproeftrekking uit te kunnen voeren is er voor gekozen om een aantal selectiecriteria op te stellen, voor zowel cliënten als voor het behandelteam. Wat betreft de cliënten is het van belang dat de cliënten minimaal een opname periode van 2 weken achter de rug hebben. Hier is voor gekozen zodat ze het behandeltraject zijn gestart en weten wat er verwacht wordt en de bedoeling is. Het is namelijk belangrijk dat de respondenten gewend zijn aan de kliniek, de werkwijze, de medewerkers etc. om zo een volledig beeld te kunnen schetsen van hoe het er aan toe gaat binnen de behandeling en hun ervaringen. Daarnaast hebben deze cliënten te maken met een angststoornis en zijn ze tussen de 25 en 55 jaar oud. Zo kunnen zij namelijk hun ervaringen en bevindingen delen rondom het thema arbeidsparticipatie. Dit is namelijk passend bij deze populatie.

Een volgend criterium is dat er voor gekozen is om zowel mannen als vrouwen te interviewen. Hier is voor gekozen omdat er verschillende problemen/vooroordelen binnen deze populatie kan worden ervaren rondom het thema arbeidsparticipatie. De data die hier vervolgens uitkomt kan gebruikt worden in de ondersteuning vanuit het behandelteam.

In de selectiecriteria van de gekozen werknemers uit het behandelteam kan het volgende vermeld worden. De medewerkers dienen minstens een half jaar werkzaam te zijn binnen organisatie X. Dit is namelijk belangrijk in het verkrijgen van informatie en kennis/ervaringen die ze hebben rondom de behandeling, organisatie, werkwijze, protocollen etc. Daarnaast hebben de respondenten de visie van de organisatie weten te internaliseren en uit te dragen naar betrokkenen. Hier is voor gekozen zodat ze kunnen uitleggen waar ze staan en waarvoor ze staan in de behandeling voor cliënten en wat passend zou kunnen zijn/worden in het vervolg. Daarnaast dienen de respondenten betrokken te zijn bij het cliënt contact en dat houdt in dat ze de cliënten op hun werkdagen zeker 1 keer hebben gezien en aanwezig zijn bij de overdrachten die dag. Als laatste criteria hebben de respondenten een HBO of universitaire opleiding afgerond. Hierdoor beschikt de respondent over voldoende kennis en vaardigheden, wat bevorderend is voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Bovenstaande tekst geeft weer welke respondenten er gekozen zijn binnen het behandelteam. Hiervoor is gekozen om binnen deze populatie verschillende perspectieven en invalshoeken te verkrijgen waarin

iedereen iets anders ervaart rondom het onderzoeksthema. De respondenten lichten hun ervaringen toe in het interview om antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Waarborgen anonimiteit

Binnen dit onderzoek wordt er veel waarde gehecht aan anonimiteit. Zowel bij de respondenten als bij de naam van de organisatie (hier te noemen organisatie X).

De antwoorden van de respondenten zijn kritisch en persoonlijk en hierom dient de onderzoekster de veiligheid en privacy te waarborgen. Ze worden aangegeven als respondent 1,2,3 etc. Iets of iemand achterhalen of herleiden wordt hierin onmogelijk gemaakt. Er wordt vanuit de onderzoekster een toestemmingsverklaring opgesteld ook wel informed consent genoemd, die de respondent vooraf het interview kan ondertekenen. Hier staat onder andere in vermeld dat de onderzoekster het interview zal opnemen middels een geluidfragment, deze met zorg wordt bewaard en niet openbaar wordt gemaakt en na afronding van het onderzoek zal worden verwijderd.

3.2 Dataverzamelmethode

Om informatie te kunnen verkrijgen is het van belang dat er een passende dataverzamelmethode wordt gekozen. In het kader van het kwalitatief onderzoek, is er gekozen voor een methode waarbij meningen, ervaringen en oplossingen naar boven komen en niet per se op feiten en cijfers (Baarda et al., 2013). Er is dus gekozen voor een kwalitatieve manier van dataverzameling omdat de vraagstelling ook kwalitatief opgesteld is.

Gekeken naar wat passend is bij een kwalitatief onderzoek, heeft de onderzoekster gekozen voor het afnemen van semigestructureerde interviews. Bij deze vorm van interviewen worden er open vragen gesteld. Hierbij is er geen noodzakelijke volgorde en is er de flexibiliteit om, waar noodzakelijk, extra vragen te stellen (Boeije, 2014). Uiteindelijk zorgt deze methode voor inzichten in ervaringen, meningen en oplossingen van de respondenten.

In de probleemanalyse, vraagstelling en het theoretisch kader staat informatie en literatuur beschreven, die de onderzoekster heeft meegenomen in het afnemen van de interviews. Hieruit zijn topiclijsten gemaakt met onderwerpen die aan bod komen bij het afnemen van de interviews (zie bijlage 1). Dit maakt het interview valide, de onderzoekster onderzoekt hiermee wat er daadwerkelijk onderzocht dient te worden. De topiclijst zal de rode draad zijn binnen elk interview zodat er in elk interview toch ongeveer hetzelfde gevraagd wordt aan de respondenten, maar er wel ruimte is voor eventuele diepgang rondom het onderwerp. De interviews worden individueel afgenomen zodat de respondent zich niet kan laten beïnvloeden door de meningen en ervaringen van anderen en deze vanuit eigen perspectief gegeven kunnen worden. Hierin wordt de betrouwbaarheid gewaarborgd omdat cliënten vrij uit kunnen spreken en weten dat de onderzoekster zorgvuldig met de informatie om zal gaan. Dit maakt de onderzoekster voorafgaand het onderzoek bespreekbaar. Tijdens het uitvoeren van de interviews zal de onderzoekster

tevens observeren. Observeren wat er gebeurt bij de respondent, om vervolgens de bron van data hierin te vergoten. Tijdens observaties kan er gekeken worden naar gedragen en gevoelens, wat in combinatie met de antwoorden zorgt dat informatie die de onderzoekster kan verkrijgen valide blijft (Boeije, 2014).

Ethische verantwoording

Tijdens dit onderzoek worden er gegevens verzameld vanuit verschillende invalshoeken. Literatuur, observaties, interviews etc. Er is binnen dit onderzoek met grote zorgvuldigheid omgegaan met alle gegevens. Deze gegevens zijn niet toegankelijk voor derden en onherleidbaar naar de bron. De herleidbaarheid naar informatie wordt hierin gewaarborgd. De betrokkenen binnen dit onderzoek zijn geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de rol van de onderzoekster. Daarover ondertekenen de respondenten voorafgaand het interview, het informed consent. Hiermee geven ze de onderzoekster toestemming om de gegevens te mogen gebruiken en dat de respondenten het eens zijn met de verdere voorwaarden. Alle betrokkenen personen zijn ruim op tijd geïnformeerd over deelname aan het onderzoek. Hiermee kunnen geplande afspraken tussen de onderzoekster en respondenten niet in het geding komen. Iedereen is hierin benaderd door de onderzoekster zelf. Ofwel persoonlijk, of telefonisch. De respondenten zijn niet verplicht om op vragen te antwoorden en mochten ten alle tijden vrij afzien van deelname aan het onderzoek.

Indien gewenst kunnen alle respondenten en betrokkenen van het onderzoek een voorlopige terugkoppeling krijgen middels een presentatie die op organisatie X gegeven wordt. Na afronding van het onderzoek, zal het onderzoeksverslag worden doorgestuurd naar het behandelteam binnen organisatie X. Na afloop van dit onderzoek zullen de verzamelende gegevens vernietigd worden.

3.3 Meetinstrument

Om tijdens het interview op een valide en betrouwbare manier informatie te kunnen verkrijgen en dus te meten wat er gemeten moet worden, is er gebruik gemaakt van een topiclijst als meetinstrument (zie bijlage 1). De topiclijst is aan de hand van de deelvragen en de inzichten vanuit het theoretisch kader opgesteld.

Er is gekozen voor een topiclijst om deze passend is binnen dit kwalitatief onderzoek. Uiteindelijk wil je meningen, ervaringen en inzichten verkrijgen, maar waar de vragen wel open en aanvullend gesteld kunnen worden. Eigen invulling hierin mag (Boeije, 2014). Het doel van dit onderzoek is om kennis en inzichten te verweven over hoe het behandelteam ondersteuning kan geven aan de cliënten tussen de 25 en 55 jaar oud, met een sociale angststoornis, in arbeidsparticipatie/doorgroei na klinisch ontslag.

De onderzoekster heeft ervoor gekozen om twee topiclijsten te maken. Een lijst voor het behandelteam en een lijst voor de cliënten. Dit omdat de onderzoekster zowel van de cliënten en van het behandelteam informatie wil verkrijgen, om uiteindelijk vanuit de deelvragen, een antwoord te kunnen geven op de

hoofdvraag. Een andere reden waarom er twee topiclijsten zijn opgesteld, is omdat er naar verschillende ervaringen/inzichten wordt onderzocht bij beide populaties.

Binnen deze topiclijsten is er gebruik gemaakt van topics en sub-topics. De onderwerpen binnen deze twee topiclijsten zijn tot stand gekomen vanuit het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen. De topiclijsten verhouden zich tot de literatuur uit het theoretisch kader, doordat er is gekeken naar de belangrijkste theorieën en informatiebronnen. Deze literatuur geeft aansluiting en inzichten rondom dit onderzoekthema en hieruit heeft de onderzoekster vragen kunnen opstellen, om hierover informatie van de respondenten te kunnen verkrijgen.

Het interview begint met een korte kennismaking en introductie, het doel, de informed consent en hoe de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd blijft.

Uiteindelijk zal dit meetinstrument kennis, ervaringen en inzichten bieden die een bijdragen kunnen leveren aan wat het behandelteam nodig heeft binnen organisatie X om ondersteuning te kunnen bieden aan de cliënten rondom het thema arbeidsparticipatie.

Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen dit onderzoek spelen validiteit en betrouwbaarheid een belangrijke rol. Daarnaast wordt de omgang met het meetinstrument hier aan gekoppeld. Voorafgaand het interview heeft de onderzoekster een uitgebreid onderzoek gedaan naar alle relevante theorieën en informatiebronnen die aansluiten bij dit thema. Hieruit zijn onder anderen de onderwerpen van de topiclijst tot stand gekomen, die gebruikt kunnen worden bij de vraagstelling tijdens het interview. De topiclijsten zijn afgestemd op de verschillende partijen en zullen daarom aansluiten bij de respondent die op dat moment voor de onderzoekster plaats neemt. Er is hiermee structuur gegeven aan het interview wat maakt dat in het interview dezelfde vragen worden gesteld. Dit maakt het meetinstrument betrouwbaar. Alle interviews worden individueel in een gesloten ruimte afgenomen, waardoor de respondenten elkaar niet kunnen horen of beïnvloeden. Ze worden na afloop getranscribeerd, hierdoor kan de onderzoekster de verkregen data niet beïnvloeden. Daarnaast is er één onderzoekster die de interviews zal afnemen en waarbij de ondertekening van de informed consent hierin ook de betrouwbaarheid vergroot. Er is daadwerkelijk toestemming verleent aan de onderzoekster die de interviews afneemt.

De validiteit binnen dit onderzoek wordt gewaarborgd doordat er gemeten wordt wat er daadwerkelijk gemeten moet worden. Interne validiteit richt zich op de zekerheid van systematische fouten in het onderzoek die niet door andere factoren kunnen worden verklaard (Baarda et al., 2013). Een onderzoek is intern valide wanneer het meetinstrument meet wat er gemeten zou moeten worden. De onderzoekster heeft als meetinstrument een topiclijst opgesteld waarin de vraagstelling een directe koppeling heeft met de onderwerpen uit het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen. Er wordt hiermee informatie gevraagd aan de respondenten die daadwerkelijk ook van belang is om antwoord te kunnen geven op de

onderzoeksvragen. Hierdoor kan er gesteld worden dat er alleen gemeten wordt dat wat er echt nodig is, waardoor hier ook de validiteit gewaarborgd blijft.

Een andere factor die bijdraagt aan de validiteit is dat er een begripsafbakening is gemaakt. Het thema kan zo maar op één manier geïnterpreteerd worden. Hiermee wordt de begripsvaliditeit gewaarborgd (Baarda et al., 2013).

3.4 Data-analyse

Om uiteindelijk de verkregen informatie van de respondenten te analyseren, zijn de afgenomen interviews getranscribeerd vanuit de opname. De transcripten zijn geanonimiseerd, wat maakt dat de informatie onherleidbaar is en dit gewaarborgd blijft. Doordat er topiclijsten zijn opgesteld is het analyseren van de data eenvoudiger. De onderzoekster heeft er voor gekozen om twee topiclijsten op te stellen voor twee verschillende populaties omdat ervanuit twee perspectieven gekeken wordt binnen dit onderzoek. Het behandelteam en de cliënten. Hierin wordt allereerst informatie wat minder relevant is voor het uiteindelijke antwoorde op de hoofdvraag, onderscheiden van informatie wat directe aanleiding heeft met de probleem- en vraagstelling. De kwaliteit en betrouwbaarheid wordt hiermee gewaarborgd. Dit is gedaan door de eerste stap in het analyseren uit te voeren en dus letterlijk door te strepen van informatie wat geen toegevoegde waarde heeft binnen het onderzoek.

De onderzoekster heeft drie stappen gehanteerd om de transcripties te coderen. Deze drie stappen bestaan uit: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2014). Na het transcriberen van de verkregen informatie, is de onderzoekster relevante tekstfragmenten gaan selecteren. Het gaat om relevante fragmenten die direct/indirect te maken hebben met de probleem- en vraagstelling. Deze tekstfragmenten hebben een label toegediend gekregen onder een bepaald onderwerp, dit noemen ze ook wel open coderen (Boeije, 2014). Na het open coderen is de volgende stap, axiaal coderen. Hierin is het van belang te gaan kijken welke labels/codes belangrijk zijn en op welke manier zij betekenis geven (Boeije, 2014). Hierin heeft de onderzoekster een onderscheid gemaakt tussen een hoofdthema en sub-thema's. Fragmenten met overeenkomstige labels/codes werden aan elkaar gekoppeld en hierdoor ontstond er een codeboom (zie bijlage 2). Omdat er vanuit twee perspectieven gekeken wordt binnen dit onderzoek zijn er ook twee codebomen. Een vanuit het behandelteam en een vanuit de cliënten. Tot slot is er selectief gecodeerd. Hierin wordt structuur aangebracht door de gegevens samen te voegen en te vergelijken (Boeije, 2014). Er is hierbij gekeken naar de samenhang van de verschillende hoofdcodes, door het theoretisch kader ernaast te leggen. Hierin werden verbanden gevonden. Uiteindelijk is binnen deze fase de codeboom als volledig beschouwd.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Aan de hand van dataverzameling worden in dit hoofdstuk de resultaten beschreven. De resultaten vloeien voort uit de interviews en worden per deelvraag weergegeven. De feitelijke steekproef bestaat uit 3 cliënten, 3 cognitief gedragstherapeutisch werkers, 1 GZ psycholoog en 1 klinisch psycholoog i.o. Om hierin onderscheid te kunnen maken in de tekst, worden de cliënten aangeduid met cliëntrespondenten en de medewerkers als behandelteamrespondenten.

Bij het beschrijven van de resultaten wordt mogelijk een koppeling gemaakt met het theoretisch kader en andere literatuur.

4.1 Deelvraag 1

Wat is de huidige situatie omtrent het ondersteunen in het thema arbeidsparticipatie door het behandelteam binnen organisatie X?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag is zowel aan het behandelteam als aan de cliënten gevraagd wat de huidige situatie is omtrent dit thema. Er werd gekeken in hoeverre het thema arbeidsparticipatie besproken wordt tijdens de behandeling en welke signalen het behandelteam observeert.

De cliënten geven hun ervaringen en meningen rondom het thema arbeidsparticipatie binnen organisatie X, het behandelteam vertelt de huidige situatie in het hanteren van ondersteuning hierin.

Het doel van de behandeling binnen organisatie X is de cliënten handvaten bieden, om te leren omgaan met hun angst en dwang klachten, om vervolgens weer het leven op te kunnen pakken. Voor de een is dit makkelijker dan voor de ander en voor sommige is dit een te grote stap en zal de kwetsbaarheid in het terug participeren te zwaar tillen. In hoofdstuk twee, beschreven in het theoretisch kader, is te lezen dat mensen met een kwetsbaarheid en dan vooral mensen met een angststoornis last hebben met stappen zetten in werk, relaties, school etc. Ze hebben vaak de middelen maar ook het psychische niet meezitten en komen terecht in een isolement (Meulenberg, 2022).

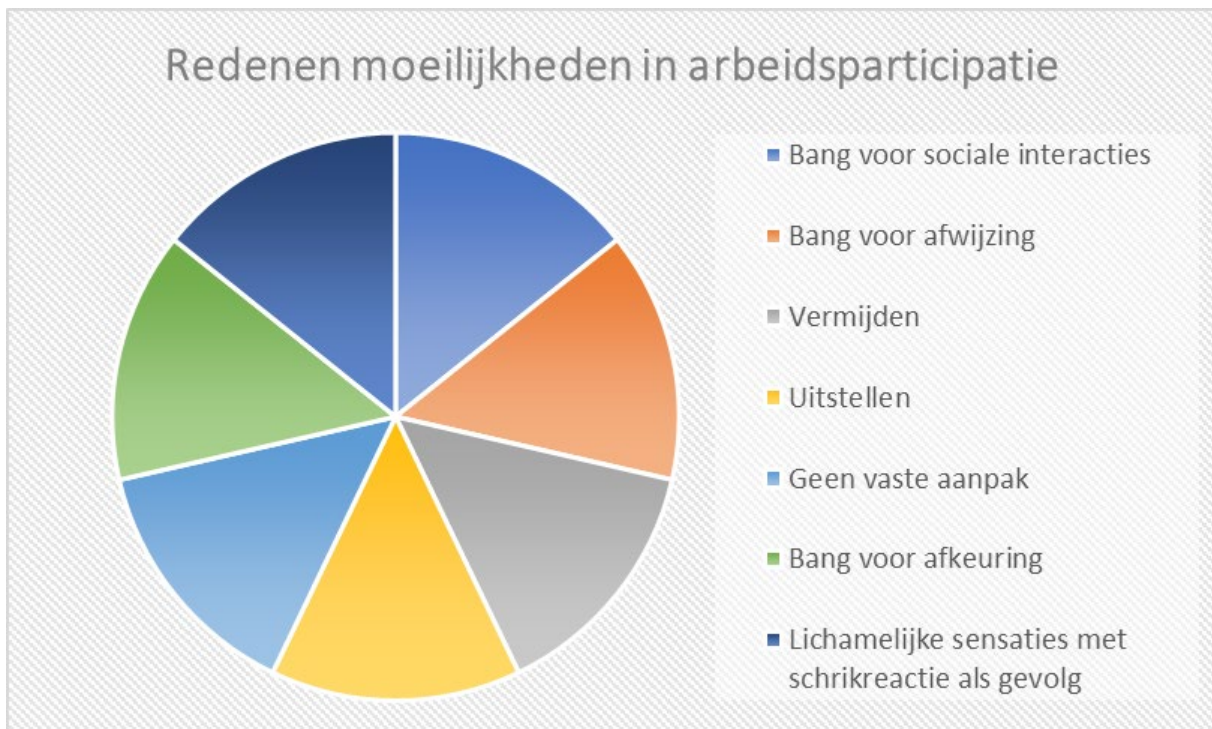
Dit wordt bevestigd door drie van de drie cliëntrespondenten. Er wordt aangegeven moeite te hebben om vervolgstappen rondom het doorgroeien in te zetten en het oppakken van werk.

“Gedachten van kan ik het wel, lukt het wel? Uhm ik wil heel graag, maar ik ben in mijn achterhoofd heb ik toch van nee... je gaat lekker veilig, blijf maar thuis dan kan er niks gebeuren” (persoonlijke communicatie, 2023).

Verder wordt het bovenstaande verschijnsel, isolement, vermijding, moeite met ontplooiën, onder de mensen met een angststoornis erkend door alle respondenten. Signalen die hierbij horen worden door drie van de vijf behandelteamrespondenten geconstateerd. Dit zijn onder anderen dat cliënten ziekte winst ervaren en dus weinig tot niks willen ondernemen in de situatie waarin ze zich nu bevinden, ze niet durven te gaan werken omdat ze bang zijn om fouten te maken en daarnaast alles perfect willen doen om maar geen afwijzing te krijgen van anderen.

Twee van de drie cliëntrespondenten geven hierop aansluitend moeite te hebben met grenzen aan te geven en meningen te geven. Ze vinden het moeilijk aan te geven wat ze nou precies willen, waar ze aan toe zijn en wat ze aankunnen. Dit zien drie van de vijf behandelteamrespondenten ook terug bij de cliënten binnen organisatie X. Ze weten vaak helemaal niet wat ze willen en wat gaat lukken. Hier proberen ze als behandelteam verandering in te brengen maar ook met deze ondersteuning weten cliënten niet hoe ze daadwerkelijk de stappen kunnen gaan zetten.

Hieronder in figuur 1 worden de redenen van moeilijkheden in arbeidsparticipatie in kaart gebracht. Deze redenen zijn verkregen door het afnemen van de interviews.



Figuur 1: Informatie uit de interviews (persoonlijke communicatie, 2023).

Daarnaast wordt ook door alle respondenten aangegeven dat er rondom het stuk ondersteuning geven of ervaren in arbeidsparticipatie, geen vaste aanpak is en dit eigenlijk wordt gemist binnen organisatie X.

“ Maar het nee, arbeidsparticipatie is niet verder iets wat primair aandacht krijgt binnen onze behandeling. Als het überhaupt al krijgt hè. En dat betwijfel ik “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Drie van de vijf behandelrespondenten geeft aan dat tijd en kennis hierin ook mee speelt. Ze hebben er de tijd en de kennis niet voor, dus doet elke werknemer maar iets. Twee van de drie cliëntrespondenten geven hierop aan dat ze dan vanuit het behandelteam dan bijvoorbeeld een planning moeten maken met wat ze zouden willen doen, maar dat dit voor hun te weinig ondersteuning is en dan dus nog niet weten hoe ze dit dan daadwerkelijk moeten aanpakken. Wanneer er dan gekeken wordt naar het herstelproces, beschreven in het theoretisch kader, kan dit dus in een bepaalde fase stagneren. Het gaat dan vooral over fase 3 (leven met de kwetsbaarheid) en 4 (leven voorbij de kwetsbaarheid), waar ze kunnen komen vast te zitten (Kennisbundel, z.d.).

4.2 Deelvraag 2

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren rondom het ondersteunen van de cliënten bij arbeidsparticipatie binnen organisatie X?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag is zowel aan het behandelteam als aan de cliënten gevraagd wat zij als belemmerende en bevorderende factoren ervaren. Uit de probleemanalyse, probleemstelling en data vanuit de interviews, blijkt dat organisatie X klachtgerichte behandeling aanbied. Hier geven de cliëntrespondenten maar ook de behandelteamrespondenten erkenning aan. De cliënten leren binnen organisatie X omgaan met hun angst en dwang klachten in het dagelijks leven. Twee van de drie cliëntrespondenten geeft aan hier erg veel aan te hebben, maar het stuk “weer terug in het dagelijks leven” zoals het werk weer oppakken, een enorme drempel is. Ze geven beide aan dat dat in de behandeling weinig tot niet terug komt en dit voor hun doorgroei in de arbeidsparticipatie belemmerend is. Vanuit alle behandelteamrespondenten wordt aangegeven geen vaste aanpak te hebben en geen kennis/tools te hebben om met het thema arbeidsparticipatie aan de slag te gaan. Ze zouden meer tijd willen hebben om arbeidsparticipatie als thema in geheel bespreekbaar te maken met hun cliënten. Ze geven aan het druk te hebben met andere belangrijke zaken die in het kader van behandeling voorop staan.

“ Ik denk dat wat daarin meespeelt is dat we al heel veel te doen hebben en vaak ja toch een relatief beperkte tijd hè. We hebben twee behandelprogramma's en die tijd hoe lang het ook klinkt, is toch al heel erg kort om alles te doen wat er nodig is puur gericht op echt de problematiek zelf. Maar ja daarnaast heb je natuurlijk ook nog systemische aspecten die een rol spelen, sociaal maatschappelijke dingen die een rol spelen. En dat is best wel veel om allemaal mee te kunnen nemen “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Twee behandelteamrespondenten gaven hierin ook aan dat arbeidsparticipatie wel speelt, maar dat dit niet primair is voor hun om aan te pakken. Ze benoemen dat er vaak vanuit cliënten andere zaken zijn die aangepakt willen worden en daar dan dus vanuit het behandelteam de focus op komt te liggen.

Vanuit de cliëntrespondenten geven ze alle drie aan een vast aanspreekpunt of vast persoon te missen hierin.

“ Ja ik denk toch gewoon iemand om dat samen mee te doen. Om daar samen voor te gaan zitten achter een laptop en samen gericht te zoeken en om samen met deze contact te leggen of in ieder geval ook gesprekken te voeren over wat wil ik nou en wat zo goed zijn, wat is haalbaar en wat is realistisch “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Grenzen aangeven is iets wat bij twee behandelteamrespondenten en drie cliëntrespondenten als belemmerend wordt ervaren. De cliëntrespondenten geven hierbij aan vaak een grens over te gaan in het werken om het maar goed te doen en geen afwijzing te krijgen. De behandelteamrespondenten geven aan dat ze signalen zien waarin ze hun grens ook over gaan binnen de behandeling en ze dit waarschijnlijk in het dagelijks leven net zo doen. Ze herkennen dit gedrag dus bij de cliënten en geven

aan zich hierover zorgen te maken in hun doorgroei mogelijkheden naar klinisch ontslag. Dit is ook terug te lezen in het theoretisch kader. De cliënten hebben vaak weinig zelfvertrouwen en een gebrek aan tools om hier iets in te kunnen doen (Zelfvertrouwend, 2020).

Bevorderende factoren in de ondersteuning na cliënten rondom het thema arbeidsparticipatie, is dat er vanuit een behandelteamrespondent wordt aangegeven dat eigen regie erg belangrijk is. Dit dragen ze uit binnen het behandelteam, hierdoor kunnen de cliënten kunnen grotendeels de focus in de behandeling aangeven. Mochten de cliënten het over arbeidsparticipatie willen hebben dan kan dit altijd. Het behandelteam zal hierin altijd een luisterend ook aanbieden en ondersteunen waarin kan. Dit wordt aangegeven door alle behandelrespondenten.

Drie van de drie cliëntrespondenten geven aan hierin steun te voelen. Hierin maken de cliënten dan een planning met de behandelaar om te kijken wat ze eventueel zouden willen en geven de behandelaars tips en tools om de vervolgstappen in gang te zetten. Uiteindelijk geven de behandelaars aan dat dit herstel bevorderend is, wat ook terug te lezen is in het theoretisch kader (Kennisbundel, z.d.).

4.3 Deelvraag 3

Welke verwachtingen en behoeften hebben de cliënten rondom arbeidsparticipatie?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag is aan de cliënten gevraagd wat hun verwachtingen en behoeften zijn rondom dit thema. Dit mocht tijdens de behandeling, maar ook na de behandeling zijn. Er is voor gekozen de resultaten in te delen in: Tijdens de behandeling en na de behandeling. Dit zodat er overzicht gehouden kan worden.

Tijdens behandeling, dus de klinische fase, gaven drie van de drie cliëntrespondenten aan dat ze de behoefte hadden dat er een vast vrijblijvend aanspreekmoment of punt is wat alleen gaat over: “Hoe verder na ontslag rondom het thema doorgroei of arbeidsparticipatie?”. Dat ze daar tijdens de behandeling al mee bezig zouden kunnen zijn.

“ Maar ik denk wel dat het op zich goed zou zijn als wij een vrijblijvende op een of andere vrijblijvende manier of een nabehandeling of in de behandeling zelf iets toevoegen, waardoor mensen leren van hoe gedraag je je nou in een sollicitatiegesprek, wat doe je als je werkt, hoe ga je met collega's om, wat is een nieuwe manier van op werk zijn en daarbij jezelf meenemen, hoe schrijf je nou een sollicitatie brief “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Een van de cliëntrespondenten geeft aan dit ook verwacht te hebben tijdens de behandeling.

“ Uhmm ja voor mij persoonlijk vind ik het altijd prettig om samen met iemand ernaar te kunnen kijken en samen het eerste contact kunnen leggen. Dit ook tijdens de behandeling omdat dit bij mij wel meespeelt voor na mijn ontslag. Dus het is een beetje lastig, maar ik heb wel altijd het gevoel dat ik dat

steuntje in de rug nodig heb en ja toch even die bevestigingen van wij denken dat je het kan en dat je er ook klaar voor bent om dit te kunnen gaan doen “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Wanneer er gekeken wordt na de behandeling, dus als ze met klinisch ontslag zijn gegaan, kwamen er ook een hoop verwachting van de cliëntrespondenten. Zo gaven twee van de drie cliëntrespondenten aan dat ze verwachten en bang zijn om toch weer in oud gedrag te vallen. Dat ze toch de stap tot werk niet maken, toch weer voor het veilige gaan en twijfelen of ze dit wel kunnen. *“ hierin heeft volledig de angst het woord “* zoals ze het zelf aangaven (persoonlijke communicatie, 2023).

De grootste behoeften die alle drie de cliëntrespondenten hierbij hebben is dat ze steun voelen van de omgeving. Dat ze kunnen vallen en weer opstaan en hierin gemotiveerd en gesteund blijven door bijvoorbeeld familie. Zoals beschreven in het theoretisch kader heeft Maslow hierin een behoefte piramide van ontworpen. Het zijn vijf lagen die de piramide vormen: primaire behoeften, behoefte aan veiligheid, behoefte aan sociaal contact, behoefte aan erkenning en waardering, behoefte aan zelfontplooiing (Maslow, 1943).

Elk mens, met of zonder kwetsbaarheid, heeft hier behoefte aan. In Nederland zou het streven moeten zijn dat elk mens deze behoefte kan voelen en ervaren. De cliënten geven aan dat op het moment ze, gekeken vanuit de piramide van Maslow, een aantal lagen kunnen ervaren of voelen, dat dat ervoor zou kunnen zorgen dat ze toch door blijven gaan ook al hebben ze het even moeilijk en lukt het zelf even niet om door te gaan.

4.4 Deelvraag 4

Welke verwachtingen en behoeften heeft het behandelteam om de cliënt op een passende wijze te ondersteunen op het gebied van arbeidsparticipatie?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag is aan het behandelteam gevraagd wat hun verwachtingen en behoeften zijn in het ondersteunen van de cliënten rondom dit thema. Hierin mochten ze hun verwachtingen en behoeften uitspreken in het ondersteunen tijdens de klinische fase en wanneer de cliënten met ontslag zijn gegaan. Er is voor gekozen de resultaten in te delen in: Tijdens de behandeling en na de behandeling. Dit zodat er overzicht gehouden kan worden.

Tijdens behandeling, dus de klinische fase, gaven vijf van de vijf behandelteamrespondenten aan dat ze de behoeften hebben om een sociaal maatschappelijk werker in te zetten.

“ Nou ja het eerste wat er in mij opkwam was het woord een maatschappelijk werker. Waar ik behoefte aan heb is iemand die hier kennis en kunde in heeft ” (persoonlijke communicatie, 2023).

Hierin vulde ze aan, dat ze het fijn zouden vinden als er iemand is waar zij zelf op kunnen terugvallen, iemand die er kennis over heeft en open staat hierover iets in het behandelteam in te brengen. Een vast aanspreekpunt met een vaste manier van aanpakken, waar het behandelteam, de cliënten na toe kunnen verwijzen wanneer ze die behoeften hebben en het thema arbeidsparticipatie speelt.

Een verwachting die volgens vier van de vijf behandelteamrespondenten tijdens de klinische fase ingezet kan worden en bevorderend kan zijn in het ondersteuning bieden is, een combinatie tussen individuele en groepsaankpak rondom het thema arbeidsparticipatie. Het in de groep bespreekbaar maken waar iemand staat, zijn twijfels heeft, maar ook het bespreekbaar maken van de stappen die iemand “in het weer aan het werk gaan” heeft gezet, kan motiverend zijn voor de hele groep.

“ Ik denk dat je in algemene zin op groepsniveau iets zou kunnen doen met misschien psycho educatie of uitleg, Uhm maar ja verder zal je het veel meer op het individu moeten toespitsen. Omdat het per persoon verschilt waar iemand staat, wat dan weer de belemmerende factoren zijn en wat er nodig is om iemand ook op dat vlak te kunnen helpen. Dus dan denk ik dat een soort tweesporenbeleid passend zou zijn “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Daarbij gaven drie van de vijf behandelteamrespondenten aan dat wanneer het een vast thema zou worden tijdens de behandeling dit cliënten aan het denken kan zetten en dit om kunnen zetten in doelen die ze willen behalen. Hierop een individuele aanpak aangesloten op consultgesprekken met een sociaal werker, zou volgens vier van de vijf respondenten ondersteuning kunnen bieden in arbeidsparticipatie van de cliënten.

Wanneer er gekeken wordt na de behandeling, dus als ze met klinisch ontslag zijn gegaan, kwam er vanuit vijf van de vijf behandelteamrespondenten, het gemis in kennis, tijd en betrokkenheid in het ondersteunen van de cliënten rondom dit thema. Ze willen allemaal heel graag helpen, maar door geen vaste aanpak, weinig tijd, na ontslag geen betrokkenheid, voelen ze zich niet de aangewezen persoon de cliënten te helpen. De grootste behoeften van vijf van de vijf respondenten is een sociaal werker die intern betrokken is tijdens de behandeling maar ook na de behandeling van de cliënten. Waar cliënten nog een lange tijd op kunnen terugvallen.

“ Uhm anders zou het fijn zijn als uhm ja als er vanuit de organisatie iemand uhh wordt aangewezen voor organisatie X waar wij regelmatig contact mee hebben want dat is denk ik ook wel belangrijk. En die ook gewoon betrokken is bij het centrum uhm ja, bij overleggen en bij de cliënten ” (persoonlijke communicatie, 2023).

Andere verwachtingen/behoeften vanuit twee behandelteamrespondenten nadat de cliënten met ontslag zijn gegaan, is dat er e-learnings, folders etc. ontworpen worden, waar het behandelteam als ondersteuning naar kan verwijzen.

“ Voor de cliënten ja dat zou ik denk ik wel een goede vinden dat er e-learnings komen en dat wij daar dan op zouden kunnen aansluiten in gesprekken ofzo. En dat er ook een maatschappelijk werker is, die actief ingezet wordt. En dat wij daar inderdaad ook een rol in hebben maar dan denk ik iets meer op de achtergrond. Ook een motiverende rol denk ik om het vervolgens te gaan doen en dat we zelf ook wel een beetje weten van hoe we daarmee aan de slag kunnen “ (persoonlijke communicatie, 2023).

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies en de aanbevelingen van het onderzoek beschreven. Vanuit de resultaatbeschrijving aan de hand van de vier deelvragen worden er conclusies getrokken om uiteindelijk antwoord op de hoofdvraag te kunnen geven. In het vervolg hierop worden er aanbevelingen beschreven en worden deze gepresenteerd binnen organisatie X.

Er worden aanbevelingen gedaan aan werknemers binnen het behandelteam, aan organisatie X en voor eventueel vervolgonderzoek.

5.1 Conclusies van de deelvragen

Deelvraag 1: Wat is de huidige situatie omtrent het ondersteunen in het thema arbeidsparticipatie door het behandelteam binnen organisatie X?

Uit de probleemstelling is naar voren gekomen dat veel cliënten met een sociale angststoornis, moeite hebben met deelnemen aan de maatschappij. Ze gaan hierin vermijden, isoleren zich, hebben de middelen en de goederen niet en zijn bang om fouten te maken. Het herkennen en erkennen van signalen door het behandelteam leidt tot nu toe niet tot actie ondernemen om dit probleem aan te pakken. Er kan dus geconcludeerd worden dat arbeidsparticipatie binnen organisatie X op dit moment weinig tot geen aandacht heeft. Hieruit kan dus worden vastgesteld dat er binnen de huidige situatie veel wordt gesignaleerd, maar daar uiteindelijk weinig tot niks mee gedaan wordt.

Behandelrespondenten weten hierin niet van elkaar hoe ze dit thema nu op dit moment aanpakken. De gekozen aanpak is geheel afhankelijk van de betreffende behandelrespondent. Er kan dus geconcludeerd worden dat zowel het behandelteam als de cliënten een gemis hebben aan een duidelijke aanpak en ze hierin verandering willen, om zo optimaal mogelijk ondersteuning te kunnen geven tijdens en na de behandeling rondom het thema arbeidsparticipatie. Er mag meer prioriteit gegeven worden aan arbeidsparticipatie tijdens de behandeling.

Deelvraag 2: Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren rondom het ondersteunen van de cliënten bij arbeidsparticipatie binnen organisatie X?

Op dit moment geeft de meerderheid van het behandelteam aan, niet goed te weten hoe het thema arbeidsparticipatie aan te pakken tijdens de behandeling. Dit heeft te maken met het feit dat dit niet de prioriteit krijgt binnen organisatie X. Er kan dus geconcludeerd worden dat gebrek aan kennis en tijd de ondersteuning hierin in de weg zit. Cliënten zitten opgenomen voor hun angst- en dwang klachten en de behandeling is daarop ingedeeld. Dit staat dan ook op de voorgrond binnen het behandelplan.

Een belemmerende factor wat zowel uit de resultaten als uit de probleemstelling naar voren komt, is dat cliënten na ontslag weer in oud gedrag kunnen terugvallen omdat ze verder geen structuur of dag

invulling hebben. Ook komt er uit de resultaten het gemis van een vast aanspreekpunt naar voren. Concluderend kan gezegd worden dat wanneer dit ingezet zou worden, hierin enorm veel ondersteuning uit gehaald kan worden vanuit het behandelteam als de cliënten.

Bevorderende factoren die door de behandelaren benoemd worden zijn eigen regie en verantwoordelijkheid. Cliënten mogen en kunnen aanvulling geven in de behandeldoelen en zouden het thema arbeidsparticipatie zelf kunnen aangeven. Vanuit de resultaten van de cliëntrespondenten kan hierop geconcludeerd worden dat ze weten dat er geen vaste aanpak is, en dus op de ondersteuning hierin geen beroep doen.

Deelvraag 3: Welke verwachtingen en behoeften hebben de cliënten rondom arbeidsparticipatie?

Cliënten hadden verwacht dat dit een onderdeel zou zijn van de behandeling omdat dit zou aansluiten bij de werkwijze van organisatie X: “*Leren omgaan met hun angst- en dwangklachten*” (persoonlijke communicatie, z.d.). Hieruit kan geconcludeerd worden dat ze hierin iets hebben gemist tijdens de behandeling. Uit de probleemstelling komt naar voren dat cliënten aangeven vaak niet te weten hoe ze de tips die ze krijgen, weten toe te passen in de praktijk. Het uitvoeren dus. De behoefte van de cliënten is dus dat er binnen organisatie X iets van een expertisepunt komt rondom het thema arbeidsparticipatie. Iemand die ze wegwijs kan maken en kan ondersteunen in hun proces. Ze verwachten hierin dus ook duidelijkheid van het behandelteam, waar de cliënten met vragen omtrent dit thema terecht kunnen. Uiteindelijk kan hieruit geconcludeerd worden dat cliënten behoeften en verwachtingen hebben, deze hebben gemist tijdens de behandeling en dit voor de toekomst wel willen meegeven aan organisatie X. Ze geven namelijk aan dat arbeidsparticipatie een actueel thema is bij veel cliënten, die daarin graag ondersteuning zouden willen hebben.

Deelvraag 4: Welke verwachtingen en behoeften heeft het behandelteam om de cliënt op een passende wijze te ondersteunen op het gebied van arbeidsparticipatie?

De grootste behoeften die het behandelteam heeft is dat het thema arbeidsparticipatie binnen organisatie X wordt uitbesteed. Een expertise punt waar cliënten tijdens de behandeling naar toe kunnen stappen. Hierin hebben ze geen voorkeur tussen een groepsaanpak of individuele aanpak.

Hier op aansluitend hebben ze de behoefte aan een vaste aanpak, hetzelfde als de behoeften van cliënten. Dus dat er een methode, protocol of bijvoorbeeld een e learning is, die ingezet kan worden bij het behandelen van het thema arbeidsparticipatie. Er kan dus geconcludeerd worden dat een interventie rondom het thema arbeidsparticipatie sterk de behoefte heeft voor zowel het behandelteam als de cliënten, om uiteindelijk handvaten aan te kunnen reiken en dus arbeidsparticipatie bij cliënten te bevorderen.

5.2. Conclusie van de hoofdvraag

Hoofdvraag: Wat heeft het behandelteam van organisatie X nodig om ondersteuning te kunnen geven aan cliënten tussen de 25 en 55 jaar met een sociale angststoornis, rondom het thema arbeidsparticipatie?

Uit de probleemstelling komt naar voren dat mensen met een sociale angststoornis vaak problemen ervaren in het participeren. Binnen dit onderzoek geven cliënten aan die kampen met een sociale angststoornis, problemen te ervaren in het weer terug aan het werk gaan. Dit ziet en ervaart het behandelteam ook. Er kan dus geconcludeerd worden dat als er geen interventie komt, er dus onvoldoende ondersteuning is voor de cliënten tijdens en na de behandeling. Het gevolg hiervan is minder mensen in arbeidsparticipatie, exclusie van de kwetsbare mensen, problemen met eenzaamheid en het kunnen krijgen van een terugval. Volgens de Jong-Gierveld en Fokkema (2015) is er enorm veel winst te behalen op de preventie op het gebied van exclusie en eenzaamheid. Een aanpak vanuit organisatie X hierin is dus bevorderend voor de doorstroom van de cliënten in arbeidsparticipatie. Dit hangt uiteraard samen met het signaleren en behandelen hiervan. Hoe eerder er iets mee gedaan wordt, hoe meer ondersteuning de cliënten hierin ondersteuning kunnen voelen.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag hebben de behandelaren binnen organisatie X een aantal middelen en handvaten nodig die ze kunnen inzetten om ondersteuning te geven aan de cliënten rondom het thema arbeidsparticipatie.

Er is voor behandelaren een vast beleid nodig waarin opgenomen staat hoe ze ondersteuning kunnen geven aan cliënten. Daarnaast is er behoefte aan kennis rondom doorgroei en arbeidsparticipatie. In hoeverre ze bijvoorbeeld iemand kunnen ondersteunen, hoe je dat dan doet en waar je iemand heen kunt verwijzen.

Concluderend op de hoofdvraag kan dus gesteld worden dat het behandelteam meer kennis, tijd en vaardigheden tot doorverwijzen rondom arbeidsparticipatie nodig heeft. Op dit moment kunnen de behandelaren onvoldoende ondersteuning bieden, wat voor cliënten wel belangrijk is om te krijgen.

5.3 Aanbevelingen

Na het uitwerken van de resultaten en het beschrijven van de conclusies worden er aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn gericht op het behandelteam binnen organisatie X, organisatie X en voor een eventueel vervolgonderzoek. Onder elke aanbeveling staan handvaten beschreven voor een implementatie ervan.

Voor het behandelteam van organisatie X zijn de volgende aanbevelingen gedaan:

- *Hanteren van een vaste aanpak in ondersteuning*

Uit de resultaten blijkt dat het behandelteam als de cliënten niet werken vanuit een vaste aanpak omtrent het thema arbeidsparticipatie. Behandelrespondenten weten van hun collega's niet hoe ze hier op kunnen insteken en ieder heeft een eigen manier, waarvan niemand weet of die passend is en werkt. Om een eenduidige aanpak rondom dit thema te creëren, zou een aanbeveling zijn om een gemeenschappelijke visie te gaan schrijven. In deze visie kan geschetst worden hoe het team, het thema arbeidsparticipatie zou willen vormgeven en in hoeverre ze daar de cliënten in willen en kunnen gaan ondersteunen. Hier worden letterlijk stappen benoemd die ze met hun cliënten kunnen uitvoeren. Uit de probleemstelling blijkt dat zowel het behandelteam als de cliënten hierin iets nodig hebben. Door het ontwikkelen van een eenduidige aanpak kan er doelgericht te werk worden gegaan omtrent het stappen zetten en aansturen van de cliënten en dat het behandelteam hier ondersteuning in kan aanbieden.

Implementatie:

Het team zal bij elkaar moeten komen en dit onderwerp als bespreekpunt moeten zetten. Ze zullen van elkaar moeten gaan weten in hoeverre zij de cliënten hierin willen ondersteunen en dit onderdeel van de behandeling willen gaan maken. Er zullen afspraken gemaakt moeten worden over stappen, de werkwijze vanuit het team, de benadering, maar ook over hoe ze deze eenduidige aanpak daadwerkelijk willen na streven en uitstralen naar de cliënten.

- *De werknemers binnen het behandelteam krijgen deskundigheidsbevordering*

Uit de resultaten blijkt dat het behandelteam binnen organisatie X behoeften heeft aan meer kennis en expertise omtrent arbeidsparticipatie. Middels deskundigheidsbevordering kunnen zij samen het gesprek aan gaan over wat ze nu doen, wat ze zouden willen en leren en kunnen ze samen vaardigheden verzamelen. Het zou kunnen bestaan uit methodieken, gespreksvoeringen, theoretische achtergrondkennis.

Motiverende gespreksvoering en toekomstgerichte vraagstelling zijn methodieken en vormen van gespreksvoering die centraal zouden kunnen gaan staan in een gesprek met een cliënt, na het voeren van deskundigheidsbevordering en weten wat er in die methoden en vormen dan van belang is.

Implementatie:

Iemand van het behandelteam zal zorg moeten gaan dragen voor een moment waarin deskundigheidsbevordering plaats kan vinden. De frequentie zal in overleg met het team bepaald moeten worden. De verantwoordelijke hiervan regelen deze momenten en plannen dit verder in. Hierin zullen dan ook een notulist en een voorzitter in worden aangewezen.

Voor organisatie X zijn de volgende aanbevelingen gedaan:

- *Budget vrij maken voor een maatschappelijk werker*

Uit de resultaten blijkt dat cliënten en het behandelteam behoeften hebben aan een vast aanspreekpunt waar ze op kunnen terugvallen, naar kunnen verwijzen, gesprekken mee kunnen voeren en iemand die de cliënten kan helpen in het zetten van stappen.

Het is iemand die het gebrek aan tijd binnen de organisatie kan oplossen en de aandacht voor de cliënt en het thema hierbij kan inzetten. De maatschappelijk werker kan zijn of haar tools inzetten die aansluiten bij de visie van de organisatie en hierin zelf methodes of vormen van gespreksvoering inzetten om zo zijn of haar resultaten te behalen met de cliënten.

Implementatie:

Iemand binnen organisatie X zou naar de manager moeten stappen en gaan uitzoeken of hier budget voor is. Allereerst kan er een lijstje opgesteld worden vanuit het team waarbij de voordelen en het wegnemen van werkdruk/last beschreven wordt. Uiteindelijk komt hier dan een antwoord uit waar organisatie X zelf een draai aan kan gaan geven. Dit zou ondersteuning aan de cliënten rondom dit thema bevorderlijk maken.

Voor vervolgonderzoek is de volgende aanbeveling gedaan:

- *Innovatieve manier van arbeidsparticipatie stimuleren binnen de behandeling.*

Uit de resultaten van de cliënten blijkt dat de verwachting en vraag naar een therapieonderdeel met het thema arbeidsparticipatie groot is. Vanuit de probleemanalyse en probleemstelling komt naar voren dat er steeds meer druk is op werken, aan het werk moeten gaan, moeilijkheden ervaren en dat vooral bij mensen die een kwetsbaarheid hebben zoals een sociale angststoornis. Door deskundigheidsbevordering, eenduidige aanpak en het zicht op lange termijn zou het thema arbeidsparticipatie een vast therapieonderdeel moeten worden, waarin iemand vaste expertise kan uiten. Uiteindelijk kunnen hier meningen, ervaringen, tools etc. onderling gedeeld kunnen worden.

Implementatie:

Met het team en management samen gaan zitten en kijken in hoeverre dit daadwerkelijk bevorderend en helpend is in de ondersteuning naar de cliënten. Er zal uitgezocht dienen te worden in hoe dat eruit komt te zien, hoe vaak je dit in de week doet, hoe lang een sessie is, of cliënten daar zelf online aan kunnen werken etc. Er zal een voor- en nadeel lijst gemaakt moeten worden waar uiteindelijk iemand iets mee kan gaan doen en dit in gang zou kunnen gaan zetten.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het onderzoek en de presentatie te discussie gesteld. Er wordt hierbij gekeken naar de sterktes en zwaktes binnen dit onderzoek. Daarnaast wordt er kritisch gekeken naar de betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek waarbij er ook ingegaan wordt op de keuzes in het methodeonderdeel.

6.1 Sterkte- en zwakteanalyse

Sterke punten

Voordat er gestart werd met dit onderzoek, heeft de onderzoekster een jaar stage mogen lopen binnen organisatie X. In dat jaar heeft de onderzoekster de organisatie leren kennen op sterke en zwakkere punten en een band op kunnen bouwen met de cliënten en het behandelteam, waardoor de respondenten zich vrij en vertrouwd voelden tijdens de interviews. Echter de voorkennis over de organisatie, kan ook in het nadeel van betrouwbaarheid werken: wanneer er interviews worden afgenomen, is er een kans dat de onderzoekster hier gekleurd in gaat en dus mogelijk vooringenomen kan zijn. Dit komt ook uit de feedback van de presentatie naar voren. De betrouwbaarheid kan in die zin beide kanten op werken. Vervolgens heeft de onderzoekster nogmaals uitgelegd geen invloed te hebben gehad op de inbreng van de respondenten omdat ze hier blanco is ingegaan.

Een ander sterk punt is dat er verschillende bronnen geraadpleegd zijn binnen de probleemanalyse en het theoretisch kader, waaronder ook persoonlijke communicatie. Het voordeel hiervan is dat de onderzoekster een passende, valide topiclijst heeft kunnen opstellen aan de hand van twee populaties passend bij de hoofd- en deelvragen. Er werd daadwerkelijk gemeten wat er gemeten moest worden en dit draagt bij aan de interne validiteit van het onderzoek. Uit de gekregen feedback van de presentatie komt naar voren dat de aanwezige deelnemers het onderzoek valide achten en de resultaten herkennen in de praktijk. Ze hopen hierin iets anders te gaan zien binnen de organisatie.

Daarnaast heeft de onderzoekster zelf alle interviews afgenomen. Er zijn topiclijsten gemaakt voor de cliënt populatie en voor de behandelteam populatie. Hiermee worden dezelfde onderwerpen besproken en hebben de respondenten uit hun eigen populatie dezelfde vragen mogen beantwoorden. Deze factoren dragen bij aan de betrouwbaarheid van dit onderzoek (Boeije, 2014).

Tot slot is een sterk punt dat het onderzoeksthema past bij de maatschappelijke thema's die spelen in de samenleving. Het is iets waar vooral kwetsbare mensen in de samenleving extra druk in ervaren, kennis in missen, maar wel iets mee willen gaan doen. Dat een behandelcentrum hier uiteindelijk iets mee wilt doen gaan doen is alleen maar bevorderend voor deze ongemakken, werd aangegeven tijdens de presentatie.

Zwakke punten

Vanuit de onderwijsinstelling werden er richtlijnen gesteld waar de onderzoekster zich aan moest houden. Dit betekent dat er een bepaalde tijd aan gekoppeld was waarin het onderzoek binnen 4 maanden afgerond moest zijn. Wanneer er meer tijd was, had er dieper en concreter in gegaan kunnen worden op het draagvlak van de organisatie. Er had hierin gekeken kunnen worden of het daadwerkelijk alleen arbeidsparticipatie is dat nu speelt bij de cliënten en passend zou zijn bij de visie van de organisatie of breder gezien, maatschappelijke participatie. Dit kwam ook uit de feedback van presentatie. Met meer tijd had hierin ook het management betrokken kunnen worden.

Een ander zwak punt is het aantal respondenten. Er zijn in totaal acht respondenten geïnterviewd. Vanuit deze respondenten is er informatie naar buiten gekomen die onder andere vorm hebben gegeven aan dit interview. Op het moment dat er meer tijd was, meer passende personen waren uit de selectie criteria, zou je een breder perspectief aan respondenten krijgen. Dit zou nog meer bijdrage aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Er zijn nu op acht respondenten de resultaten beschreven, waarin er bij meer respondenten de resultaten weer anders hadden kunnen zijn met meer verschillende inzichten.

Het laatste zwakke punt is dat een kwalitatief onderzoek de meningen en visie van de respondenten uitvraagt, maar deze enorm kan verschillen van elkaar. Wanneer er gekeken wordt naar het generaliseren op een grotere onderzoekspopulatie, zal dit lastig zijn. De externe validiteit en daarmee de generaliseerbaarheid ervan is hierin niet hoog.

De resultaten uit dit onderzoek zijn bruikbaar voor een bepaald aantal, waarbij eenzelfde werkwijze wordt gehanteerd.

6.2 Betekenis en bruikbaarheid

Uit de probleemanalyse op macroniveau komt naar voren dat in Nederland ieder voor zichzelf zou moeten durven opkomen, rekening kan houden met anderen en uiteindelijk zal en kan participeren in de maatschappij (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Bij mensen die last hebben van bijvoorbeeld een sociale angststoornis is dit lastig, maar wordt dit wel verwacht. Gezondheid heeft invloed op participeren en participeren invloed op gezondheid. Overeenkomend met deze bevindingen geven de cliëntrespondenten aan hier moeilijkheden in te ervaren. Ze vinden de stap zetten tot werk lastig, hebben moeite met sociaal contact en zijn uiteindelijk bang om afgewezen te worden. Behandelrespondenten zien hier ook kenmerken uit terug. Ze zien veel isolement en vermijding in arbeidsparticipatie bij de cliënten. Een gebrek aan kennis en handvaten vanuit ondersteuning kan als gevolg hebben dat cliënten eenzaam worden, een terugval krijgen of zelfs in het ergste geval niet meer willen leven.

Uit de probleemanalyse op mesoniveau komt naar voren dat gemeenten in heel Nederland met veel andere zorginstanties het doel hebben om mensen in de samenleving te helpen. Zo ook de WMO die vanuit de gemeente wordt uitgeoefend (Rijksoverheid, z.d.). Er is dus op landelijk niveau beleid, maar organisatie X maakt hier geen gebruik van vanwege klachtgerichte behandeling wat ze aanbieden. Wat de cliënten na ontslag doen, daar sturen ze zelf op.

Het is van belang dat er in dergelijke beleid aandacht komt voor de arbeidsparticipatie tijdens de behandeling, gezien dit structuur, sociale contacten en ervaringen met zich meebrengt die bijvoorbeeld een kans op terugval zou reduceren.

Uit de resultaten blijkt dat zowel de cliënten als de respondenten binnen organisatie X beleid hierom missen. Het behandelteam zet hier en daar individueel een interventie in om met cliënten naar het thema “na klinisch ontslag” te gaan kijken, maar het ontbreekt aan een integrale werkwijze die het gehele behandelteam aan de cliënten kan uitdragen.

Uit de probleemanalyse op microniveau blijkt dat cliënten binnen organisatie X moeite ervaren om een draai te vinden in het thema arbeidsparticipatie. Naast dat cliënten hier zelf mee komen, wordt dit ook binnen de praktijk gesignaleerd door het behandelteam. Er mist kennis, tijd en handvaten om vanuit het behandelteam de cliënten hierin te ondersteunen.

Er wordt intensief aan de behandeling gewerkt voor angst- en dwangklachten waarbij de expertise van het behandelteam ook daar ligt. Dit komt overeen met wat de respondenten binnen dit onderzoek hebben aangegeven. Dit is opvallend, gezien het merendeel van de behandelrespondenten de behoeften heeft arbeidsparticipatie bespreekbaar te maken en onderdeel te maken van de behandeling.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat dit onderzoek van betekenis is voor het behandelteam en de cliënten binnen organisatie X. Het biedt handvaten om het thema arbeidsparticipatie bespreekbaar te gaan maken tijdens de behandeling en de cliënten hierin tools mee te geven. Dit komt ook terug in de feedback gegeven op de presentatie van de voorlopige resultaten en aanbevelingen: deelnemers benoemen het onderzoek relevant te vinden voor de praktijk en de resultaten komen overeen met ervaringen van het behandelteam en cliënten binnen organisatie X.

Ook de aanbevelingen worden bruikbaar geacht, hoewel er bij het realiseren hiervan eerst gekeken dient te worden naar de visie van de organisatie en of er genoeg draagvlak is. Het is een team met verschillende disciplines wat het lastig kan maken om een eenduidige werkwijze te creëren. Ook zal het veel tijd en inzet kosten om iets uit te gaan voeren van de aanbevelingen en zal er stap voor stap gekeken moeten worden naar de aanpak hiervan. Toch worden de meeste aanbevelingen realiseerbaar geacht en staan de deelnemers open om het een kans te geven. Er zijn geen nieuwe aanbevelingen aangedragen, naast dat ze aangaven het misschien zelfs op een breder perspectief te willen gaan bekijken en dus richting maatschappelijke participatie willen gaan.

Methodologische keuze

Bij het vormgeven van het onderzoek zijn er methodologische keuzes gemaakt. Effecten hiervan zijn dat je kunt verantwoorden waarom je iets op die manier doet en wat daar dan het gevolg van is.

De keuze rondom de steekproef en de bijbehorende selectiecriteria heeft ervoor gezorgd dat de onderzoekster respondenten heeft kunnen interviewen die passend zijn voor het verkrijgen van informatie.

Voor de dataverzameling is de keuze gemaakt om via een semigestructureerd interview, informatie te verkrijgen. Dit maakte achteraf het waarborgen van de betrouwbaarheid minder. Doordat de onderzoekster haar jaarstage heeft mogen doen binnen de organisatie, konden sommige vragen tijdens het interview gesteld worden met een gekleurde bril en een oordeel.

Het vertrouwen en de openheid wat de onderzoekster had met de respondenten draagt ook bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Echter kan de band die de onderzoekster had met de respondenten ook in het nadeel van de betrouwbaarheid werken. Wanneer het onderzoek door iemand werd gedaan die onbekend was, kan de openheid missen, wordt er andere data verzameld en zouden er andere resultaten uit kunnen komen. Hier spreken we dan over externe validiteit.

Uiteindelijk heeft de onderzoekster geen invloed kunnen hebben op de inbreng van de respondenten en maakt dit de betrouwbaarheid alsnog genoeg gewaarborgd.

De topiclijst vanuit het opstellen van een meetinstrument zorgt ervoor dat er gemeten kan worden wat er daadwerkelijk gemeten dient te worden en dus bijdrage heeft voor het onderzoek. Hiermee heeft de onderzoekster tijdens het interviewen de interne validiteit gewaarborgd en is er een samenhang tussen de verschillende onderdelen binnen dit onderzoek.

Tot slot de data-analyse waarin de onderzoekster tevreden is met de verkregen informatie en de manier hoe dit is uitgewerkt in codebomen. Dit gegeven geeft een bijdrage aan het onderzoek waar uiteindelijk de aanbevelingen uit zijn voortgekomen.

Al met al is de onderzoekster tevreden met de keuzes die zijn gemaakt en heeft het onderzoek door de keuzes die zijn gemaakt een positieve bijdrage aan het werkveld.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der velden, T. & de Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bersee, T. (z.d.). Thomas Bersee. *Kwetsbare groepen: tussen eigen kracht en maatschappijverandering*. Volwassenenleren. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://volwassenenleren.nl/kwetsbare-groepentussen-eigen-kracht-en-maatschappijverandering/>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Denken en doen. Amsterdam: Boom.
- Buckmaster, L., & Thomas, M. (2009). *Social inclusion and social citizenship: towards a truly inclusive society*. Canberra: Parliamentary Library
- CBS. (2023). *Netto-arbeidsparticipatie*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen/netto-arbeidsparticipatie>
- Centrum voor Angst en Dwang. (z.d.). *Visie, missie en kracht*. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van <https://www.angstendwang.nl/over-ons/visie-missie-en-kracht/>
- Cvster. (2023). *Onderzoek naar arbeidsparticipatie in Nederland en Europa*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://cvster.nl/blog/onderzoek-arbeidsparticipatie#:~:text=De%20arbeidsparticipatie%20bedraagt%20in%20Nederland%20gemiddeld%2070%2C4%25.%20Met,Utrecht%20juist%20het%20grootste%20deel%20van%20de%20bevolking>
- Daly, M. & Silver, H. (2008). *Social exclusion and social capital: a comparison and critique*. Theory and Society. (pp. 505).
- Geertsma, P. (2016, 25 november). *Wat is arbeidsparticipatie?* Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.technischwerken.nl/kennisbank/management-kennisbank/wat-is-arbeidsparticipatie/>
- GGZStandaarden. (z.d.). *Herstel, participatie en re-integratie*. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/herstel-participatie-en-re-integratie/aandacht-voor-herstel-en-participatie-vanaf-de-start>

- Herstelproces. (z.d.). *Wat is empowerment?* Geraadpleegd op 18 maart 2023, van <https://www.herstelproces.nl/wat-is-empowerment-2/>
- InfoNu. (z.d.). *Rehabilitatie: opkomst en verloop in Nederland*. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/30389-rehabilitatie-opkomst-en-verloop-in-nederland.html>
- Jamcultures. (z.d.). *Inclusie*. Geraadpleegd op 16 maart 2023, van <https://jamcultures.nl/diversiteit-en-inclusie/wat-is-inclusie/>
- Jong de Gierveld, J., & Fokkema, T. (2015). *14 Strategies to Prevent Loneliness*. Addressing loneliness: Coping, prevention and clinical interventions, 218.
- Kennisbundel. (z.d.). *Herstel*. Geraadpleegd op 12 maart 2023, van <https://kennisbundel.vilans.nl/herstelondersteunende-zorg-herstel.html>
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Meulenberg, R. (2022, 12 mei). *Wat zegt DSM-5 over mijn angststoornis?* Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://ruudmeulenberg.nl/angststoornissen/dsm-5/#sociale-fobie>
- Movisie. (2014, 12 november). *Participatief Drama*. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/participatief-drama>
- NVA. (z.d.). *Autisme en angst en dwang*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.autisme.nl/over-autisme/autisme-in-combinatie-met/angst-dwang/>
- Participatie en Herstel. (2023). *Gezamenlijke toeleiding naar werk van psychisch kwetsbare mensen*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.participatieenherstel.nl/gezamenlijke-toeleiding-naar-werk-van-psychisch-kwetsbare-mensen/1029636>
- Place, C. (2016). *Infographic Ondersteuning van mensen met psychische problemen*. Trimbos Instituut.

- Psycholoog.nl. (2023). *Cognitieve gedragstherapie*. Geraadpleegd op 12 juni 2023, van <https://psycholoog.nl/behandelingen/cognitieve-gedragstherapie>
- Psy ned. (2023). *De G van gedragstherapie*. Geraadpleegd op 12 juni 2023, van <https://www.psy ned.nl/blog/de-g-van-gedragstherapie-wat-moet-je-weten/#:~:text=Bij%20klachtgerichte%20therapie%20is%20de%20behandeling%20gecentreerd%20rond,eerste%20instantie%20verkennd%20zijn%2C%20is%20deze%20zeer%20doelgericht.>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Participatiewet*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Maatschappelijke participatie: actief meedoen in de samenleving*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/succesfactoren/participatie/maatschappelijke-participatie>
- SCP. (2023, 7 maart). *Aanzienlijke verschillen tussen sociale klassen in Nederland*. Geraadpleegd op 6 maart 2023, van <https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2023/03/07/aanzienlijke-verschillen-tussen-sociale-klassen-in-nederland>
- SCP. (2023, 7 maart). *Eigentijdse ongelijkheid*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/03/07/eigentijdse-ongelijkheid>
- Sociaalweb. (z.d.). *Moeite met burgers die moeite hebben zichzelf te redden*. Geraadpleegd op 24 februari 2023, van <http://magazines.sociaalweb.nl/mensen-op-achterstand#!/moeite-met-burgers-die-moeite-hebben-zichzelf-te-redden>
- Stresspsycholoog. (z.d.). *Sociale Steun*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van https://stresspsycholoog.nl/?page_id=243#:~:text=Het%20is%20bieden%20van%20warmte%20en%20het%20gevoel,bieden%20van%20financiele%20steun%2C%20materi%C3%ABle%20goederen%20of%20diensten.

Trimbos. (2022). *Cijfers: psychische gezondheid*. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>

UMCG. (z.d.). *Angststoornis: behandeling*. Geraadpleegd op 14 maart 2023, van <https://www.umcg.nl/-/angststoornis-behandeling>

UWV. (2021, juli). *Arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsbeperking*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.uwv.nl/overuwv/Images/ukv-2021-7-arbeidsparticipatie-van-mensen-met-een-arbeidsbeperking.pdf>

Zelfvertrouwend. (2020, 3 januari). *Moeite met spreken voor grote groepen? Zo reken je af met plankenkoorts!* Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://zelfvertrouwend.nl/moeite-met-spreken-voor-grote-groepen-zo-reken-je-af-met-plankenkoorts/>

Zelfverzekerd worden. (2023). *Wat is kwetsbaarheid?* Geraadpleegd op 14 maart 2023, van https://zelfverzekerdworden.nl/kennisbank/onzekerheid/wat-is-kwetsbaarheid/?utm_content=cmp-true

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijsten

Topiclijst 1: Het behandelteam

Topic	Sub-topic	Vragen
Huidige situatie	Doelgroep	Hoe beschrijf je de doelgroep met een sociale angststoornis? Zie je vaak dat cliënten struggelen met het thema arbeidsparticipatie? Wat wordt er op dit moment met de observaties en signalen gedaan?
	Arbeidsparticipatie	Hoe zie jij het struggelen met arbeidsparticipatie terug?
	Aanpak	Wat is de huidige aanpak? Wat zijn hierin de belemmerende en bevorderende factoren? Individuele of groepsaanpak? Wat is hierin in passend voor de toekomst? Hoe ga jij om dit moment om met het thema arbeidsparticipatie? Hoe pas jij herstelgericht werken toe? (kijkend naar behandeling en arbeidsparticipatie).
Behoeften en verwachtingen	De behandelaar zelf	Wat zou je graag de cliënten willen bieden? Welke behoefte heb je als behandelaar in deze begeleiding? Wat zou voor jou passende begeleiding zijn in het ondersteunen van arbeidsparticipatie na klinisch ontslag?
	Binnen de visie/ werkwijze van organisatie	Hoe zou de behoefte/verwachting in de organisatie passend gemaakt kunnen worden?

Topiclijst 2: De cliënten

Topic	Sub-topic	Vragen
Arbeidsparticipatie	Ervaring	Hoe heb je eerdere arbeidsparticipatie ervaren in combinatie met je ziek zijn? Wat ervaar je op dit moment als je denkt aan arbeidsparticipatie na ontslag?
Huidige begeleiding	Aanpak vanuit behandelteam	Is er op dit moment passende ondersteuning voor jou? Welke ondersteuning ervaar je op dit moment rondom arbeidsparticipatie? Wat vind je fijn en goed aan de begeleiding? Wat zou er beter kunnen? Wat is een ideale wereld, hoe zou die eruit zien?
Behoeften en verwachtingen	Realistisch gekeken vanuit ziekzijn	Wat verwacht je van jezelf naar klinisch ontslag rondom arbeidsparticipatie? Wat zou je willen rondom dit thema? - Vanuit begeleiding, vanuit jezelf, vanuit je omgeving?

Bijlage 2: Codeboom

Codeboom 1: Behandelteam

Hoofdthema	Sub-thema	Code
Huidige situatie	Doelgroep	Bang voor sociale interacties (--) Bang voor afwijzing/afgekeurd worden (--) Strategieën aangeleerd om door te kunnen gaan (-/+) Vermijden (--) Uitstellen (--) Weinig deelnamen aan maatschappij (-) Veel lichamelijke sensaties met als gevolg schrikreactie (-) Negatieve overtuigingen over zichzelf en vanuit anderen (--) Omgeving gaat dit mee in stand houden (-) Onderhandelen in behandeling (-) Creatieve denkwijze van cliënten (-/+) Moeite om te bewegen (-) Uitval in dagelijks leven (-) Moeite grens aangeven (--) Slechte zelfzorg (--) Prestatiedruk (--) Masker dragen (-) In rampscenario's denken (--)
	Arbeidsparticipatie	Vermijdingsgedrag (--) Werk onder hun niveau om het goed te kunnen uitvoeren (--) Uit de weg gaan (--) Veiligheidsgedrag toepassen (--) Blijven doorgaan om te pleasen (-) Perfectionisme (-/+) Veel schaamte en schuld (--) Ziektewinst (-/+)
	Huidige aanpak	Werkomstandigheden meenemen in exposure (++) Wanneer nodig, zal het pas aandacht krijgen (-/+) Herstelgericht te werk gaan in behandeling (++)

		Motiverende gespreksvoering (+) Planning maken in opbouw dagelijks leven (++) Geen vaste aanpak in thema arbeidsparticipatie (--) Cliënten leren fouten maken (++) Ligt nu bij eventuele verzuimcoach (--)
	Bevorderende factoren	Leren omgaan met de angst en dwang, dit meenemen in verdere situaties (-/+) Cliënten hebben eigen regie (++) Structuur en ritme aanbieden (++)
	Belemmerende factoren	Tijd (--) Geen primaire aandacht (--) Personeel met kennis en kunde hierin (--) Minder over nadenken in ons dagelijks werk gezien de visie van organisatie (-) Geen zicht op wat er met cliënten na ontslag gebeurd (--)
Behoeften behandelteam	Vanuit zichzelf	Expertise van iemand rondom dit thema inzetten (++) Betrokkenheid van iemand die dit op zich pakt (++) Binnen de behandeling gekeken wordt na lange termijn doelen (+) Dat cliënten een rustig re-integratie proces kunnen ervaren (+/-)
	Vanuit organisatie	Groepsaankpak rondom dit thema integreren (++) Individuele aanpak tijdens 1 op 1 gesprekken (++) Sociaal maatschappelijk werker erop zetten (++) Psycho educatie / inleiding geven omtrent dit thema (++) Na ontslag af en toe een terugkoppeling van cliënten (+) Vast vrijblijvend therapie onderdeel wordt tijdens de behandeling (++) E-learnings voor de cliënten (+) Folders met informatie (++)

Codeboom 2: Cliënten

Hoofdthema	Sub-thema	Code
Huidige situatie	Ervaringen arbeidsparticipatie	Isoleren (-) Vervallen oud gedrag (-) Veiligheidsgedrag in het werk (-/+) Spanning: Om te gaan, om te werken, om af te melden, om te praten, contact te maken (--) Alles moet perfect (-) Angst kost veel tijd en energie (-) Negatieve gedachten over jezelf (--) Masker dragen (-) Moeite om grens aan te geven (-)
Huidige begeleiding	Ervaringen	Dag structuur (++) Weinig tot niet over thema 'na ontslag' (--) Bezig met de angst en dwang (++)
	Bevorderende factoren	Samen een planning maken (++) Tips ontvangen hoe het te doen (++) 'Schop onder je kont' (+) Sturen op de behandeling (+) Behulpzaam, open in contact, vriendelijk (++)
	Belemmerende factoren	Geen vaste aanpak (--) Zelfstandig uitvoeren van vervolgstappen (--) Tijd te kort (--) Geen vast iemand met kennis en/of ervaring rondom dit thema (--) Nergens op terug kunnen vallen na ontslag (--)
Behoeften/ verwachtingen	Behoeften	Onder de mensen blijven (++) Werk oppakken (+) Begeleiding vanuit organisatie X (+/-) Vast aanspreekpunt (ook na ontslag) (-)
	Verwachtingen	Hoge spanning (--) Moeite met grenzen aangeven (-) Opbouwen met werken (+) Vallen in oud gedrag (-)