

Schooljaar 2016		Afstudeeronderzoek GGZ-agoog met ervaringsdeskundigheid	
		Dick Boonman 2207990	
Forensisch	Client Perspectief	Zelfredzaamheidsperspectief vanuit een afhankelijke positie. <i>Een onderzoek naar ervaringen met het zorgaanbod van cliënten in de forensische psychiatrie.</i>	
Ervarings deskundigheid	Zelfredzaamheid		
		Naam: Dick Boonman	
		Studentnummer: 2207990	
		Klas: 4PO1	
		Opleiding: Fontys Hogeschool, Sociale Studies	
		Profiel: GGZ-agoog met ervaringsdeskundigheid	
		Begeleiders: A. de Veen en V. Erkens- van den Berk	
		Datum: 16 juni 2016	

Samenvatting

Zelfredzaamheid is een belangrijk thema in de huidige participatiesamenleving. Er wordt vanuit de overheid steeds vaker aangestuurd op het voor jezelf kunnen zorgen en het voor hulp terug kunnen vallen op een ondersteunend sociaal netwerk. Cliënten van de forensische psychiatrie hebben een grotere afstand naar de participatiesamenleving en zijn kwetsbaarder op het gebied van zelfredzaamheid. Binnen Forensische Psychiatrie Kliniek (FPK) X wordt cliënten, indien nodig geacht, zorg geboden op het gebied van zelfredzaamheid. De inzet hierbij is steun bij resocialisatie. Er is nog onvoldoende zicht op of de cliënt het zorgaanbod als ondersteunend ervaart. Hierdoor wordt er mogelijk voorbijgegaan aan een aanwezige hulpvraag en bestaat de kans dat de resocialisatie vertraging oploopt. De zorgverleners kunnen hierdoor aan hun doel, het bieden van passende zorg, voorbijgaan. In dit onderzoek wordt een inventarisatie gedaan naar de cliëntenervaringen met het behandelaanbod, op het gebied van zelfredzaamheid. Het doel van dit onderzoek is het formuleren van aanbevelingen voor de zorgaanbieders van FPK X, op het gebied van ondersteuning van zelfredzaamheid van cliënten. Naast dat er onderzoek gedaan is naar het cliëntenperspectief, is er ook gezocht naar theoretische modellen ter ondersteuning en verbetering van maatzorg, op het gebied van zelfredzaamheid.

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is, dat er in FPK X nog teveel aangestuurd wordt op repressie in plaats van op motivatie. Er moet meer ruimte gegeven worden aan de autonomie van de cliënt zodat deze gemotiveerd wordt om keuzes te maken uit het programma-aanbod. Cliënteninitiatieven en het deelnemen aan het programma-aanbod, worden nog onvoldoende gestimuleerd door het afdelingspersoneel. Vertrouwen wordt als essentieel fundament benoemd voor een goede behandelrelatie. Het vertrouwen, in en van de zorgaanbieders, wordt door de cliënt gemist. Meer tijd en aandacht voor de cliënt en betere communicatie kan leiden tot meer wederzijds vertrouwen en meer inzicht in het zorgaanbod. Het zorgaanbod dient beter op maat aangeboden te worden op de hulpvraag van de individuele cliënt. De cliënten wensen ook een praktijkgericht aanbod wat aansluit op de resocialisatie en het bevorderen van zelfredzaamheid.

Tot de aanbevelingen van dit onderzoek behoren, het aanbieden van trainingen Herstelondersteunende zorg en presentiebenadering, ter bevordering van menswaardigere zorg op maat. Het integreren van Shared decision making in de behandeling ter bevordering van de samenwerking en vergroting van het vertrouwen. Het aanstellen van een vaste contactpersoon aanstellen voor iedere cliënt, gedurende het gehele behandeltraject ter verbetering van de onderlinge communicatie met en over de cliënt. Het meer en beter implementeren van E-Health mogelijkheden, deze mogelijkheden verder onderzoeken en uitbreiden. De zelfscore-app en de psycho-educatie-app op de iPads beter op elkaar te laten aansluiten en te koppelen aan het programma-aanbod, zodat cliënten bewuster worden van de noodzaak van hun behandeling en zelf inzicht krijgen hoe zij hierop kunnen anticiperen en tenslotte het praktijkgericht maken van het programma-aanbod zodat dit meer gericht is op de resocialisatie van de cliënten.

Voorwoord

Het doen van een afstudeeronderzoek is geen sinecure, zo blijkt, het heeft mij de nodige kruim gekost en het zou mij nooit gelukt zijn zonder de onbegrensde ondersteuning van Paul Ter Horst, senior wetenschappelijk onderzoeker van de GGzE, mijn dank hiervoor is groot.

In de afgelopen jaren als leerling binnen het team herstelondersteunende zorg van de Woenselse poort zijn er drie personen waaraan ik dank verschuldigd ben. Toon Walravens, zorgconsulent herstelondersteunende zorg bij het GGzE, zag potentie in mij waar ik die zelf niet herkende, laat staan erkende. Hij wist mij te motiveren en te stimuleren op een bekrachtigende wijze wat ik de cliënten van De Woenselse Poort ook gun. Matty Timmermans, ondersteunde mijn leertraject met raad en daad, gewenst en ongewenst. Jos Terhaag bevlogen docent en studiebegeleider van Fontys Hogeschool voor Sociale Studies.

Karin Wartena (maatschappelijk werker), Wim den Boer (specialist behandelenzorg), Leony van Balgooy-Broeders (verpleegkundig begeleider) en John Fraats (verpleegkundig begeleider senior) allen werkzaam binnen De Woenselse poort voorzagen mij van de collegiale consulatie die nodig was voor het samenstellen van het meetinstrument, waarvoor dank.

Ook dank aan Daniëlle Steunenbergh, ervaringsdeskundige binnen het team herstelondersteunende zorg van De Woenselse Poort, voor haar openhartige medewerking aan het proefinterview, waarop ik mijn interviewtechniek kon uitproberen en aanpassen. Dank aan de afstudeerbegeleiders van Fontys Hogeschool Sociale Studies Annemarie de Veen en Viola Erkens- van den Berk, voor hun feedback en ondersteunende lessen.

Speciale dank aan alle cliënten van De Woenselse Poort die meegewerkt hebben aan dit onderzoek, hetzij als respondent, hetzij achter de schermen. Om privacy redenen kan ik hun namen hier niet noemen, maar dat maakt mijn dankbaarheid niet minder groot.

Als laatste een woord van dank aan alle leerjaargenoten van de deeltijdstudie Sociale Studies aan de Fontys Hogeschool in Eindhoven, om te vermijden dat ik iemand vergeet benoem ik jullie als geheel, ervaringsdeskundig of regulier professional in opleiding. Dank voor jullie steun, advies, bemoedigende woorden, aanmoedigingen en aansporingen, het is gewaardeerd.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	6
1.1 Probleemanalyse	6
1.2 Probleemstelling (+ verificatie)	11
1.3 Onderzoeksdoelstelling	12
1.4 Hoofd en deelvragen	12
1.5 Begripsafbakening	12
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	14
Hoofdstuk 3: Methodologie	21
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	21
3.2 Dataverzamelmethode	22
3.3 Meetinstrument	24
3.4 Data-analyse	26
Hoofdstuk 4: Resultaten	27
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	39
Hoofdstuk 6: Discussie	43
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	43
6.2 Sterkte - zwakteanalyse	43
Literatuurlijst	46
Bijlagen	50

Inleiding

Zelfredzaamheid is een belangrijk thema in de huidige participatiesamenleving (Dalen, 2014). Er wordt vanuit de overheid steeds meer aangestuurd op het voor jezelf kunnen zorgen en het voor hulp terug kunnen vallen op een ondersteunend sociaal netwerk. Het gevolg hiervan is een toenemende groep kwetsbare mensen die zichzelf onvoldoende kunnen redden in die participatiesamenleving en hierdoor verder in de problemen belanden (Everdingen, 2015). Het aansturen op zelfredzaamheid kan dus leiden tot het vergroten van kwetsbaarheden. Ggz-cliënten zijn vaak kwetsbaarder op het gebied van zelfredzaamheid. Binnen de psychiatrie in Nederland is er een groeiende belangstelling voor het ondersteunen van herstelprocessen van cliënten in de vorm van herstelondersteunende zorg (Haan, 2013). Binnen de forensische psychiatrie krijgen cliënten over het algemeen opgelegde zorg op basis van een justitiële maatregel. Het gedwongen verblijf op een gesloten afdeling vergroot de afstand naar de samenleving en naar het sociaal netwerk van die cliënten. Mogelijkheden tot participatie en behoud van zelfredzaamheid worden als zeer beperkt ervaren in de afhankelijke positie waarin deze cliënten verkeren (Gunst, 2013).

Dit onderzoek is gedaan binnen forensische psychiatrische kliniek (FPK) X waar cliënten worden ondersteund in hun resocialisatie, dit gebeurt ondermeer door het aanbieden van zorg op het gebied van zelfredzaamheid. Aangezien er nog onvoldoende zicht is op hoe de cliënten de geboden zorg ervaren, bestaat de kans dat de zorgaanbieders in de ondersteuning op resocialisatie, aan hun doel voorbijgaan. Dit onderzoek beoogt door het onderzoeken van de ervaring van de cliënt met het zorgaanbod, aanbevelingen te kunnen formuleren die bijdragen aan verbetering van het zorgaanbod in FPK X. Naast het onderzoek naar het cliëntenperspectief op het zorgaanbod, zijn er ook theoretische modellen ter ondersteuning en verbetering van de maatzorg gezocht.

Dit onderzoek is gedaan bij cliënten die verblijven op de behandelafdelingen van beveiligingsniveau 3 van FPK X, hier verblijven zowel mannen als vrouwen. Waar in dit onderzoek verwezen wordt naar de cliënt met hij, kan ook zij gelezen worden aangezien ook vrouwelijke cliënten vertegenwoordigd zijn in dit onderzoek. De term psychische aandoening wordt niet gebruikt in dit onderzoek, in plaats daarvan wordt de termen beperkingen en kwetsbaarheden gebruikt, aangezien dit beter aansluit bij de herstelvisie en het krachtgericht denken in mogelijkheden.

In de probleemschets van dit onderzoek wordt een omschrijving gegeven van de probleemsituatie en de achtergrond. Daarnaast wordt de onderzoeksdoelstelling toegelicht en de onderzoeksvragen geformuleerd. In het theoretisch kader worden voor dit onderzoek relevante theorieën en ondersteunende methodieken belicht. Vervolgens wordt in methodologie het onderzoeksontwerp uitgebreid omschreven. De dataverzameling die voortkomt uit het onderzoeksontwerp heeft geleid tot het resultatenhoofdstuk waaruit een conclusie getrokken is als antwoord op de onderzoeksvragen. Ten slotte worden de aanbevelingen voor de zorgaanbieders van FPK X gedaan en wordt het onderzoek bediscussieerd.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

1.1 Probleemanalyse

- **Historische context, zelfredzaamheidsprobleem in perspectief**

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe; in Nederland een noodzaak ontstond om de verzorgingsstaat om te vormen naar een participatiesamenleving. Hoe hierbij de nadruk kwam te liggen op zelfredzaamheid en wat hiervan de gevolgen zijn in de samenleving. Kwetsbare mensen weten zich moeilijker te redden, de gevolgen zijn duidelijk zichtbaar in het veranderende straatbeeld. Cliënten van de GGZ en specifiek cliënten van de forensische psychiatrie hebben een grotere afstand naar de participatiesamenleving en dienen derhalve ondersteund te worden in hun zelfredzaamheid, om te voorkomen dat zij aan hun lot overgelaten worden en mogelijk buiten de boot vallen. In deze probleemanalyse wordt geschetst welke initiatieven er hierin zijn en welke onvoldoende ontplooid worden. Deze probleemanalyse leidt uiteindelijk tot een probleemstelling, een onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen.

- **Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving.**

Tijdens de wederopbouw van Nederland, in de jaren na de tweede wereldoorlog, ontstond de verzorgingsstaat. Meer en meer voorzieningen op het gebied van sociale zekerheid en zorg werden overheidstaken. De burgers werden hierdoor geleidelijk aan steeds vaker consument van deze voorzieningen en minder vaak participant. Men was eerder geneigd om een beroep te doen op collectieve middelen in plaats van een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid. Daarnaast nam ook de bereidheid om elkaar te helpen af. Gewild of niet, werden de burgers hierdoor afhankelijk van de overheid. Tijdens de jaren zeventig begonnen groepen burgers zich te emanciperen. De empowermentgedachte kreeg vorm, men werd mondiger en wilde niet langer afhankelijk zijn van de overheid. Participatie werd weer zichtbaarder in de samenleving. In de jaren negentig werd duidelijk dat de verzorgingsstaat in zijn bestaande vorm niet te handhaven was en onbetaalbaar werd. De zorgkosten stegen en de bevolking vergrijsde (Dalen, 2014). Vanaf 2000 werd zelfredzaamheid steeds vaker als deugd benoemd door de overheid. Het indien nodig ondersteunen van de burger, gericht op zo spoedig mogelijk zelfstandig functioneren, werd overheidsbeleid. Met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) stuurde de overheid verder aan op participatie, op zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Een kleinere rol voor de overheid en meer voor elkaar zorgen (Companje, 2013). Participatie wordt benadrukt als middel om welzijn en sociale samenhang te bevorderen. Het vergroot de emancipatie, maar voorziet ook in een groeiende zorgbehoefte en bezuiniging op overheidsuitgaven. Er moet ingezet worden op eigen kracht en gebruik maken van het eigen sociaal netwerk (Rutte, 2013). In zijn onderzoek constateert Michiel van Dalen (2014) een aantal problemen rondom het aansturen op zelfredzaamheid:

- Door de individualisering van de samenleving gaan burgers eigen verantwoordelijkheid nemen, eigen tijd zelf invullen. Er wordt een beweging zichtbaar, weg van de sociale cohesie.

Tegelijk inzetten op participatie en zelfredzaamheid lijkt derhalve een slechte combinatie. Burgers hebben minder de behoefte om voor elkaar te zorgen.

- De overheid verlangt meer zelfredzaamheid van de burgers, maar durft ondertussen hierop ook te weinig te vertrouwen en blijft dit beïnvloeden met regelgeving en wetten.
- Er ontstaat een tweedeling in de samenleving met aan de ene kant leden van de hogere sociale klasse, die zelfredzamer zijn, beter hulp weten te organiseren en de wegen naar formele hulp beter weten te bewandelen. Daarnaast is de hogere sociale klasse financieel draagkrachtiger en beter in staat om haar zorg goed te verzekeren. Zij weet ook beter de weg te vinden in het digitale landschap. De lagere sociale klasse ontbreekt het vaak aan de kennis en financiële draagkracht om formele hulp te organiseren.
- Aansluiten op zelfredzaamheid en de zelfstandigheidsbehoefte van de individuele burger is een kwestie van maatwerk. Bij de ondersteuning hierop moet de hulpverlening aansluiten bij het leven van de individuele burger en bij wat zij belangrijk vinden. Het bieden van keuzemogelijkheden, ondersteuning bij het stellen van prioriteiten en hoe die te bereiken, vallen onder dat maatwerk. Het gevaar van bezuinigingen is beperking van keuze en beperking van ruimte voor zelfregie. Binnen de WMO ligt de nadruk op collectieve zorgverlening, de veelheid aan regels maken maatwerk vrijwel onmogelijk.

Michiel van Dalen (2014) pleit in zijn aanbevelingen voor een vervolgonderzoek naar zelfredzaamheid vanuit een burger-perspectief.

Als de overheid zelfredzaamheid van burgers wil stimuleren, is het belangrijk dat gemeentes aansluiten bij motieven en behoeften van burgers om in actie te komen (Jansen & Herder, 2012). Motieven kunnen bijvoorbeeld zijn: een behoefte om jezelf nuttig te maken, een behoefte om andere mensen te leren kennen, maar de mate daarvan verschilt per individu. Het zicht bieden op de keuzemogelijkheden, als ook het faciliteren van de omstandigheden, zijn kansen om in te spelen op het vergroten van de zelfredzaamheid van individuele burgers.

Met de decentralisatie beoogt de overheid gebruik te maken van de ervaringen en creativiteit van gemeenten om de voorzieningen lokaal beter af te stemmen op de burger en de gemeentelijke voorzieningen beter te benutten. Het gevaar hiervan is wel dat dit kan leiden tot onderlinge verschillen in voorzieningen bij gemeentes en doelgroepen die uit het oog verloren dreigen raken (Dalen, 2014).

Een van de doelgroepen die uit het oog verloren lijkt te raken bij lokale overheden, zijn de mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het uit het oog verliezen van deze groep heeft grote zichtbare gevolgen.

- **Zelfredzaamheid of aan het lot over laten?**

Het Leger Des Heils luidt de noodklok (Everdingen, 2015); de doorstroom in de volle maatschappelijke opvang stagneert. De instroom is niet langer in balans met beschikbare plaatsen en zorg. Dit leidt tot een toename van verwarde mensen op straat; het percentage dak- en thuislozen met ernstige psychiatrische

problematiek is immers 94%. Mensen met een combinatie van psychische stoornissen, verslaving (64%) en verstandelijke beperking (38%), belanden “uitbehandeld” op straat en in de maatschappelijke opvang. Deze onstabiele, onveilige en onrustige omgeving doet geen recht aan hun zorgbehoefte. Bij veel mensen in deze doelgroep is sprake van een zwak sociaal netwerk. 89% van deze mensen is alleenstaand, 53% heeft conflicten met familie en vrienden en bij 30% van de doelgroep is geen enkele sprake van een informeel steunsysteem.

Binnen de groep respondenten van dat onderzoek (Everdingen, 2015) heeft:

- 60% één of meerdere malen in de gevangenis gezeten.
- Slechts 4% werk op de reguliere arbeidsmarkt.
- 47% geen zorgverzekering (terwijl 33% aangeeft geen gezondheidsproblemen te hebben).
- 29% een lopende behandeling bij de GGZ.

Het overgrote deel van de respondenten is te classificeren als zorgwekkende zorg- en behandelmijsers. Ook zelfredzaamheid bij die doelgroep is onderzocht. Daar komt ondermeer uit naar voren dat slechts 40% van de respondenten het verstandelijke vermogen heeft om volledig zelfstandig beslissingen te kunnen nemen over taken in het dagelijks leven. Van alle ondervraagden is 33% hiervoor op aanwijzingen of toezicht aangewezen, aangezien ze anders slechte of onveilige beslissingen nemen. Het niet aanpakken van het probleem rondom de groeiende groep verwarde mensen op straat, brengt wezenlijke veiligheidsrisico's en overlast voor de samenleving met zich mee. Doordat de multiproblematiek van deze groep moeilijk eenduidig te bundelen is, in een indicatie voor bijvoorbeeld de WMO, ontstaat er uitsluiting van zorg en voelt niemand zich hiervoor verantwoordelijk. Dit leidt tot hoge maatschappelijke kosten (overlast, schulden, onverzekerdheid). Uitgaan van wat de cliënt nodig heeft aan ondersteuning, zorg en behandeling is één van de aanbevelingen van dat onderzoek (Everdingen, 2015).

- **Zelfredzaamheid en geestelijke gezondheidszorg.**

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland richt men zich op zelfredzaamheid door aan te sturen op het vergroten en inzetten van het sociale netwerk. Uit onderzoek (Waanders & Wonderen, 2014) is gebleken dat het organiseren van ontmoetingen van mensen zonder GGZ problematiek, binnen trainingen, werk- en dagbestedingsplekken voor ggz-cliënten, er toe kan leiden dat de netwerken van GGZ-cliënten die daarvan gebruik maken, vergroot worden in omvang, gevarieerdheid en functionaliteit. Helaas komt hier tot op dit moment nog weinig van terecht. Er wordt door de cliënten nog te veel geleund op professionele begeleiding. Bij een hulpvraag denken cliënten vaak als eerste aan de formele hulpverlening, waardoor men daar afhankelijker van wordt. Door als hulpverlener te stimuleren om hulp te zoeken buiten de professionele hulpverlening, in het eigen netwerk, vergroot men de zelfredzaamheid van cliënten. Dit kan ook bereikt worden door inzichtelijk te maken wat iemand terug kan doen voor gevraagde hulp. Vaak voelen mensen zich bezwaard om het eigen sociale netwerk om hulp te vragen en

ook ziet men onvoldoende de capaciteiten van het eigen sociale netwerk in. Als mensen met een beperking in de samenleving zelf meer gaan oplossen, zullen er ook meer mogelijkheden hiertoe ontstaan.

- **Zelfredzaamheid voor cliënten van de forensische zorg.**

Forensische zorg is een specialisme binnen de geestelijke gezondheidszorg; cliënten worden voor het grootste deel van het zorgtraject in volledige afzondering van de samenleving behandeld.

Binnen de forensische psychiatrie wordt zelfredzaamheid vaak gelijkgesteld met resocialisatie, geen delict meer plegen, prosociale dagbesteding en rehabilitatie. De door justitie gestelde kaders waarbinnen de hulpverlening interventies kan inzetten, geven beperkt ruimte aan zorg op maat en uniciteit (Gunst, 2013). Het mogelijk maken van participatie en de inzet van de sociale omgeving bij een reïntegratietraject is niet eenvoudig. Niet alleen de cliënten dienen zich aan het gedwongen kader te conformeren, dit geldt ook voor de organisatie en zijn medewerkers. Er moet vorm gegeven worden aan participatie, gecombineerd met re-integratie interventies. Daarvoor is het nodig om de grenzen van de forensische kaders op te zoeken. Vanuit cliëntenperspectief bezien lijkt meer participeren onmogelijk, omdat zij ervaren dat hun meningen en ideeën er niet toe doen. Onduidelijkheden over de mogelijkheden vergroten voor cliënten het gevoel in een afhankelijkheidspositie te verkeren. Het uiten van een eigen mening wordt als lastig ervaren, aangezien zij het gevoel hebben zich aan te moeten passen om hun behandeling door te komen. Hierdoor geeft een meerderheid van de respondenten van het onderzoek (Gunst, 2013) aan weinig mogelijkheden tot participatie te hebben. Eén van de aanbevelingen van Renée Gunst (2013) is dat een aanvullend onderzoek naar andere voorbeelden van cliëntenparticipatie binnen een gedwongen kader en hoe dit is vormgegeven, meer inzicht kan geven in de toepasbaarheid en de effecten van participatie.

Uit het rapport “Tbs-behandeling geprofileerd” komt de aanbeveling om:

...behandelvoortgang en –evaluaties (nog) meer systematisch en gestructureerd vorm te geven en daarbij expliciet aan te geven welke patiënt, welke behandeling (en door wie) heeft ontvangen en wanneer deze is gestart en is beëindigd. In lijn met deze aanbeveling is het advies om niet alleen in het kader van onderzoek gebruik te maken van gestructureerde diagnostiek voor AS-I en AS-II problematiek doch dit een standaardonderdeel te laten zijn van het professionele handelen. Niet alleen om daarmee de diagnosestelling te verfijnen doch vooral om de informatie concreet te kunnen gebruiken in de behandeling (Nieuwenhuizen, et al., 2011, pp. 156-157).

Het inzichtelijk maken van de ervaringen met behandeling en de functionaliteit ervan valt binnen de aanbevelingen van dat onderzoek (Nieuwenhuizen, et al., 2011) .

- **Zelfredzaamheid binnen FPK X**

Bij rehabilitatie binnen een forensisch kader ligt de nadruk op het voorkomen van recidive (herhaling van delictgedrag); dit doet men door positief aan te sturen op delictgerelateerde risico's. Risicotaxatie is een

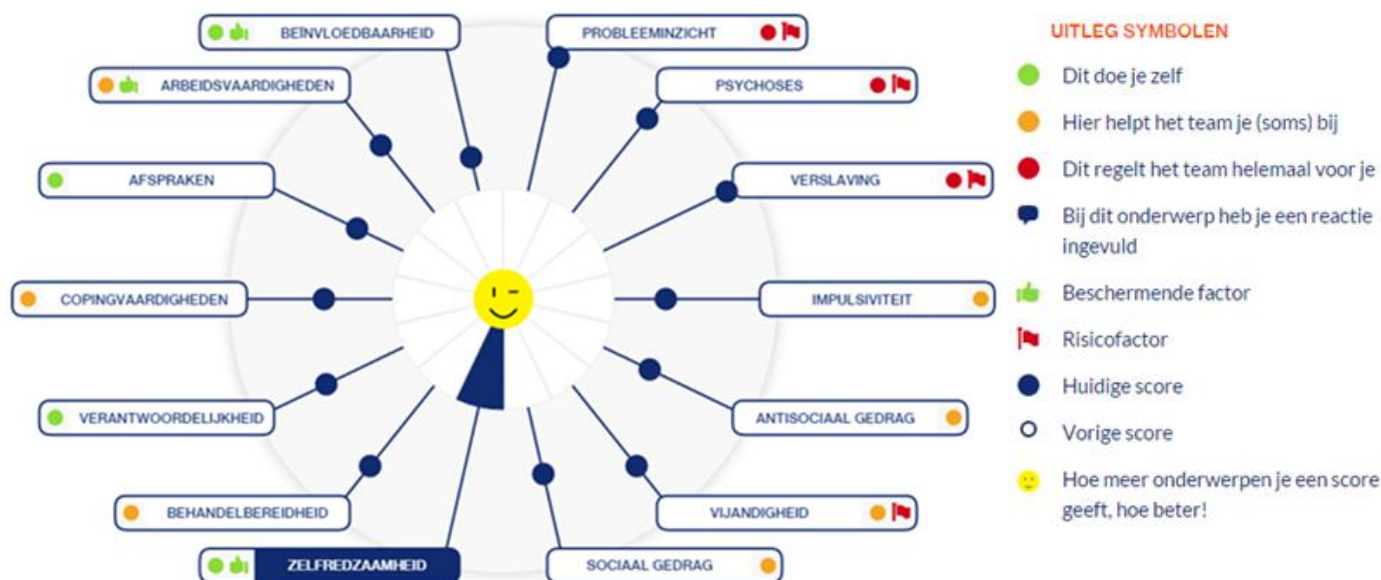
middel dat hiervoor ingezet wordt, ter verantwoording aan het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Daarnaast biedt het zicht op de veranderingen die de cliënt ondergaat. Door routinematig risicotaxatie uit te voeren, kan er zorgvuldiger richting gegeven worden aan de behandeling. Routine Outcome Monitoring is de methodiek binnen de geestelijke gezondheidszorg, waar door middel van routinematige metingen het behandelverloop van cliënten wordt gemonitord, geëvalueerd en eventueel op basis van bevindingen wordt bijgestuurd. Sinds 2004 zijn forensische klinieken verplicht om het behandelverloop en verlofaanvragen te onderbouwen door middel van risicotaxatie.

Binnen FPK X wordt de risicotaxatie in kaart gebracht op basis van:

- Historische indicatoren: risico's die geleid hebben tot het delict.
- Klinische indicatoren: observaties van gedrag in de afgelopen behandelperiode.
- Toekomstindicatoren: vooruitkijkend naar toekomstig functioneren in de samenleving.

Door regelmatig de verschillende indicatoren te meten, kunnen gedragsveranderingen op het gebied van risks en needs in kaart gebracht worden en visueel gemaakt worden door middel van een HKT-spin (Horst, Ham, Spreen, & S.Bogaerts, 2014).

Het visualiseren van de behandelvoortgang heeft voor het behandelteam, maar vooral ook voor de cliënt een grote meerwaarde, het maakt gedragsveranderingen zichtbaar, en geeft handvatten om met de cliënt over de behandeling in gesprek te gaan en te kijken naar positieve verandermogelijkheden. Sinds kort kunnen cliënten van FPK X op hun iPad de voortgang, die zij volgens zichzelf doormaken, bijhouden in een zelfscore app (GGzE, 2015), hetgeen leidt tot een grotere betrokkenheid van de cliënten bij de behandeling. Hierbij wordt er gescoord op de 14 klinische indicatoren; de gebieden die tijdens de behandeling beïnvloedbaar zijn.



(GGzE, 2015).

Door de inzet van de zelfscore-app. komt er ook beter zicht op wat de cliënten zelf als probleem ervaren en op een eventuele hulpvraag. Voorheen werd er voornamelijk gestuurd vanuit dat wat het behandelteam dacht dat nodig was. Hierdoor was er onvoldoende aandacht voor de zorgbehoefte van de cliënt. Nu ontstaat er een dialoog tussen cliënt en behandelaar; zo kan er ook meer aandacht zijn voor de zorg die de cliënt nodig vindt.

In dit onderzoek wordt de nadruk gelegd op zelfredzaamheid, één van de veertien klinische risico-indicatoren en wat de cliënt van FPK X hierin als ondersteunend beschouwt. Om zelfredzaamheid te kunnen operationaliseren voor cliënten van FPK X dient er wel rekening gehouden te worden met de conclusies die uit dit hoofdstuk getrokken kunnen worden.

Als men ruimte wil geven om problemen op een zelfgekozen manier op te lossen en initiatieven zelf vorm te geven, handelingsruimte te geven, betekent dat ook dat verschillen en ongelijkheid getolereerd moeten worden door zowel overheid en burger. Zelfredzaamheid is voor veel mensen een behoefte. Men wil niet afhankelijk zijn en regie over het eigen leven behouden. Dit vraagt om een fundamentele verandering die niet als vanzelfsprekend mag worden beschouwd. Uitgaan van zelfredzaamheid kan ertoe leiden dat mensen buiten de boot vallen, als ze niet over steunend netwerk beschikken of niet zelfredzaam genoeg zijn om hun eigen hulp te organiseren.

Onderzoek naar het cliëntenperspectief en hun ervaringen met zelfredzaamheid wordt aanbevolen in verschillende genoemde onderzoeksrapporten (Dalen, 2014), (Everdingen, 2015), (Gunst, 2013) en (Nieuwenhuizen, et al., 2011). Het plegen van een strafbaar feit kan voor cliënten van FPK X een vertrouwde vorm van zelfredzaamheid zijn; de cliënt is ervaringsdeskundig en is specialist in zijn ervaringen en zijn situatie. Onderzoek naar het cliëntenperspectief kan ervoor zorgen dat de zorg beter kan aansluiten op de behandelwens van de cliënt; hiervoor is nog onvoldoende aandacht.

1.2 Probleemstelling (+ verificatie)

Binnen Forensische Psychiatrie Kliniek (FPK) X wordt cliënten, indien nodig geacht, zorg geboden op het gebied van zelfredzaamheid. De inzet hierbij is steun bij resocialisatie. Er is nog onvoldoende zicht op het cliëntenperspectief in deze, of de cliënt het nodig geachte aanbod van zorg ook als de zorg ziet die hij als ondersteunend ervaart. Hierdoor wordt er mogelijk voorbijgegaan aan een aanwezige hulpvraag of voorzien in zorg die de cliënt niet wenst en bestaat de kans dat de resocialisatie hierdoor onnodig vertraging oploopt. De zorgverleners kunnen hierdoor aan hun doel voorbijgaan, het bieden van passende zorg.

- **Verificatie**

Ter verificatie van de probleemstelling, schrijft de senior wetenschappelijk onderzoeker van FPK X het volgende:

“In het licht van de aanbevelingen tot vervolgonderzoek van dat rapport, zouden we graag expliciet maken welke behandeling er (op het gebied van zelfredzaamheid) te ontvangen zou moeten zijn en of dit aansluit op het cliënt perspectief. Zelfredzaamheid is één van de 14 klinische items uit de HKT-R die we willen concretiseren voor cliënten, om daarna uit te werken welke

behandelingen er mogelijk geboden kunnen worden om zelfredzaam te worden en/of te blijven. Met deze kennis kunnen cliënten zelf het nut van een behandeling beter beoordelen en proactief de behandeling ingaan. Dit vanuit de drijfveer kwaliteitsverbetering van de zorg van FPK X". Hij verwijst ook naar de bevindingen uit het rapport Tbs-behandeling geprofileerd (Nieuwenhuizen, et al., TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse., 2011), eerdergenoemd in de probleemanalyse:

In lijn met deze aanbeveling is het advies om niet alleen in het kader van onderzoek gebruik te maken van gestructureerde diagnostiek voor As-I en AS-II problematiek, doch dit een standaardonderdeel te laten zijn van het professionele handelen. Niet alleen om daarmee de diagnosestelling te verfijnen, doch vooral om de informatie concreet te kunnen gebruiken in de behandeling (Nieuwenhuizen, et al., 2011, pp. 156-157).

In opdracht van het Ministerie van Veiligheid en Justitie/WODC voerde advies- en onderzoeksbureau Significant een herhaling uit van dat onderzoek, en de registratiepraktijken rondom Tbs-gestelden (Jongebreur, Reitsma, & Walberg, 2015). Ook hier wordt aanbevolen om op individueel cliëntniveau te kijken naar "What works" en de kwaliteit van de therapeutische relaties.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van dit onderzoek is aanbevelingen te formuleren voor de zorgaanbieders van FPK X op het gebied van vergroting of behoud van zelfredzaamheid van cliënten. In dit onderzoek wordt geïnterviewd wat cliënten in FPK X als ondersteunend ervaren in het behandelaanbod, op het gebied van zelfredzaamheid. Hiermee operationaliseert dit onderzoek het begrip zelfredzaamheid in de forensische psychiatrie vanuit cliëntperspectief. Vervolgens wordt er getoetst of het behandelaanbod aansluit op dit cliëntenperspectief. Met als doel om op basis van de resultaten uit de toetsing, het, indien nodig, formuleren van aanbevelingen voor FPK X.

1.4 Hoofd en deelvragen

In hoeverre sluit het zorgaanbod van FPK X, beschouwd vanuit het cliëntenperspectief, op het gebied van zelfredzaamheid, aan op de zorgvraag van de cliënten van FPK X?

Om de hoofdvraag in zijn geheel te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld.

Deelvragen:

1. Welke zorg bieden professionals cliënten op het gebied van zelfredzaamheid, binnen FPK X, gezien vanuit het cliëntenperspectief van cliënten van FPK X?
2. Welke huidige zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, vinden cliënten van FPK X, overbodig?
3. Welke zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, wensen cliënten van FPK X?

1.5 Begripsafbakening

Cliënten die behandeld worden binnen FPK X zijn mensen met een gediagnostiseerde psychische kwetsbaarheid, die daarnaast een forensische behandel maatregel opgelegd gekregen hebben omdat er sprake was van ontoerekeningsvatbaarheid ten tijde van het plegen van een strafbaar feit (Dienst

Justitiële Inrichtingen; Ministerie van Veiligheid en Justitie, z.d). Binnen een **Forensische Psychiatrische Kliniek** (FPK) kruisen zich twee doelen: het doel van het strafrecht (beveiliging van de maatschappij) en het doel van de zorgverlening (met het oog op resocialisatie). Een forensisch zorgtraject kan opgelegd worden door een rechter aanvullend aan een straf of een juridische maatregel, aan iemand met psychische problematiek die een strafbaar feit heeft gepleegd. Beveiliging en behandeling staan hierbij in elkaars verlengde (Dienst Justitiële Inrichtingen; Ministerie van Veiligheid en Justitie, z.d). Het primaire doel van **forensische zorg** is dat cliënten na hun behandeling veilig kunnen terugkeren en participeren in de samenleving zonder delicten te plegen, te recidiveren. Hiervoor is het in de behandeling belangrijk dat de cliënt inzicht krijgt in zijn of haar problematiek en in wat de gevolgen daarvan zijn voor zichzelf en voor anderen. Interventies tijdens de behandeling zijn gericht op het aanleren van een pallet aan vaardigheden en uiteindelijk daarnaar te handelen. Aan het eind van de behandeling kan de cliënt deze vaardigheden in de toekomst ook inzetten. Deze aangeleerde nieuwe vaardigheden moeten oud risicovol gedrag vervangen. Daarnaast wordt de cliënt in de behandeling ondersteund in het nemen van verantwoordelijkheden voor zijn eigen gedrag en het zelfstandig organiseren van het leven buiten de FPK, waarbij de focus ligt op ondersteuning door het eigen sociaal netwerk (Dienst Justitiële Inrichtingen; Ministerie van Veiligheid en Justitie, z.d).

Onder **resocialisatie** wordt binnen de forensische zorg verstaan, het zo zelfstandig mogelijk veilig en verantwoord terugkeren naar de samenleving, afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt.

Resocialisatie dient al vanaf het begin van de behandeling centraal te staan en bepaalt de doelen die er samen met de cliënt gesteld worden (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, z.d).

Resocialisatie wordt benaderd vanuit het **cliëntenperspectief**. Hulpverleners kijken op hun eigen manier naar de wereld en de zorg die zij verlenen en vergeten daarbij soms de zaken die voor cliënt op het gebied van resocialisatie van grote waarde zijn. Daarnaast ligt de behandelfocus vaak vooral op het terugdringen van het risico op recidive, het bewaken van de veiligheid en is deze in mindere mate gericht op de zorgvraag van de cliënt.

Binnen de geestelijke gezondheidzorg wordt er, sinds de nadruk op marktwerking binnen de zorg, vaker gesproken over **cliënten** in plaats van over patiënten. Het begrip cliënten impliceert echter keuzevrijheid en daarvan is binnen een behandeling in een gedwongen kader beperkt sprake. Bij de term patiënt wordt er echter de nadruk op het zieke deel van de mens gelegd. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de mens als geheel en van zijn hulpvraag en de keuzes die zij maken op het gebied van zelfredzaamheid (Hooff & Goossensen, 2012).

Er is een veelheid aan definities voor het begrip **zelfredzaamheid**. In dit onderzoek is gekozen voor een definitie in begrijpelijke taal, dit ook om aan te sluiten bij de taal van de respondentengroep. Er is gekozen voor de definitie 'Het in staat zijn om voor jezelf te zorgen of, wanneer dat niet mogelijk is, een ander om hulp te vragen' (Dalen, 2014). Tijdens het onderzoek is bij ieder interview ook aan de respondenten gevraagd naar de eigen definitie van zelfredzaamheid.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

De informatie in dit theoretisch kader dient te leiden tot het beantwoorden van de deelvragen. Met name voor het beantwoorden van deelvraag 1 wordt hier de achtergrond geschetst van het aanbod binnen de forensische psychiatrie en hoe dit tot stand komt. Allereerst wordt het begrip zelfredzaamheid toegelicht, alsook het begrip herstel en de rol van empowerment hierbij. Vervolgens wordt rehabilitatie als methode omschreven en hoe Shared decision making hierin een belangrijke positie inneemt. Het Risk-Need-Responsivity en het Good Lives model zijn modellen die gebruikt worden om rehabilitatie vanuit de forensische psychiatrie praktisch vorm te geven. Met name bij het Good Lives model spelen de Capability Approach en de presentiebenadering een belangrijke rol. Uiteindelijk leidt de in dit theoretisch kader verzamelde informatie ook tot het vormen van het meetinstrument dat voor dit onderzoek gebruikt is.

- **Zelfredzaamheid de begrippen ontward.**

Movisie tracht helderheid te scheppen in de chaos van definities en begrippen voor zelfredzaamheid (Brink, 2013). Zij geeft hierin aan dat het gevaar van te veel richten op zelfredzaamheid is, dat wanneer ervan uit gegaan wordt dat mensen zich redden, het risico ontstaat dat er mensen aan hun lot worden overgelaten. Gevolgen hiervan kwamen al naar voren in het rapport van het Leger des Heils (Everdingen, 2015). Zelfredzaamheid impliceert dat je het zelf moet redden en niet dat je al om hulp kunt vragen voordat het verkeerd gegaan is.

Movisie (Brink, 2013) maakt onderscheid in een aantal begrippen die verband houden met elkaar.

1. Zelf regie; hierbij gaat het om het zelf richting geven aan het leven en zelf bepalen. Dit kan alleen als je ook invloed hebt op de zorg en ondersteuning.
2. Eigen kracht; daarmee wordt het zelf kunnen bedoeld. Door hier ruimte aan te geven kunnen mensen hun eigen krachten meer gebruiken en vergroten, hierbij wordt het begrip empowerment¹ ook vaak gebruikt. Eigen kracht betekent niet altijd alles zelf kunnen. Alleen maar krachtgericht kijken kan leiden tot te weinig aandacht voor de problematiek en het leed. Als zelf kunnen, zelf moeten wordt, leidt dit tot beperking in de keuzevrijheid. Er dient dus naast aandacht voor de talenten, aandacht voor de beperkingen te zijn, als men de mogelijkheden tot participatie wil vergroten.
3. Zelfredzaamheid; zelfstandig mee kunnen doen. Binnen de WMO wordt er voornamelijk gekeken in hoeverre men zelfredzaam kan zijn, eventueel aangevuld door gebruik te maken van compenserende voorzieningen. Hiermee wordt bedoeld dat het individu met hulp van zijn

¹ *Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie' (Regenmortel, Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede., 2002, p. 76).

eigen netwerk en andere informele vormen van zorg, zonder hulp van de overheid kan participeren in de samenleving.

- **Herstel**

Het concept herstel wordt vaak in verband met gebracht met somatische genezing, dit is herstel bekeken vanuit het medisch model. Het medisch model ziet ziekte als een probleem en interventies die leiden tot genezing als de oplossing. Herstel vanuit het cliëntenperspectief van de psychiatrie is iets anders als genezing (Moradi, Brouwers, Boogaard, & Nieuwenhuizen, 2012). Vanuit het perspectief van mensen met een psychische kwetsbaarheid, is herstel veel meer een proces van emancipatie, waarbij eigen kracht en mogelijkheden centraal staan.

In 1988 schrijft Patricia Deegan voor het eerst over recovery in het kader van rehabilitatie (Deegan, 1988). Zij schrijft als ervaringsdeskundige vanuit een cliëntperspectief en pleit ervoor om naar de mens achter de kwetsbaarheid te kijken en deze niet een en hetzelfde te laten zijn. De mens voorop te stellen, een mens met ervaringen en persoonlijke krachten, eigen doelen, eigen dromen, eigen interesses en eigen keuzes. Zij ziet herstel als een reis die voor iedereen anders en dus uniek is, een reis zonder einddoel. Door te ontdekken wat men door kwetsbaarheden niet kan en dit te accepteren, zicht krijgen op de mogelijkheden van wat men nog wel kan. Patricia Deegan gaf een aanzet tot een burgerrechtenbeweging voor en door lotgenoten.

William Anthony, directeur van het Boston Center for Psychiatric Rehabilitation, maakt herstel concreter door er een definitie aan te geven (Anthony, 1993). De definitie uit 1993 is de meest geciteerde definitie van herstel, al is deze door Anthony en collega's nog diverse malen hersteld.

De herstelvisie gaat uit van een uniek, persoonlijk proces van menselijke ontwikkeling, waarbij nieuwe zin en betekenis gegeven wordt aan het leven, rekening houdend met de eigen kwetsbaarheden. Het gaat hierbij om zelf weer grip op het leven krijgen, ook al zijn de symptomen van de ziekte niet volledig onder controle. Hierbij is er sprake van een aanpassing van houding, gedrag, gevoelens, belevingen en overtuigingen. (Anthony, 1993).

In 2013 publiceerde GGZ Nederland "De Herstelspecial". Hierin worden er handreikingen gedaan naar hoe er zorg geleverd kan worden die bijdraagt aan individuele herstelprocessen, herstelondersteunende zorg. In plaats van de zorg voor te schrijven aan de cliënt, te luisteren naar zijn ervaringen en hoe hij daar betekenis aan geeft. Vragen stellen in plaats van antwoorden geven (Haan, 2013).

In "De Herstelspecial" worden verschillende gebieden van herstel onderscheiden:

- Herstel van gezondheid.

Dit herstelgebied sluit aan op het medisch model van herstel en gaat over de vermindering van lichamelijke en psychische klachten en symptomen. Het gaat hierbij ook om het ontdekken van krachten. Op dit gebied kan herstel vanuit het cliëntenperspectief gezien worden als een aanvulling op het medisch model.

- Herstel van identiteit.

Dit herstelgebied krijgt binnen de herstelvisie vaak het meeste aandacht. Het gaat hierbij om zelfbeeld, zelfvertrouwen en het ontdekken van eigen krachten. Herstel van emotioneel en psychisch functioneren.

- Herstel van maatschappelijke rollen.

Dit herstelgebied is te herleiden naar de rehabilitatiebenadering, het hebben en het vormgeven van een plek in de samenleving. Het gaat hier ook om het sociale aspect van herstel, het verbeteren van relaties met vrienden, familie en groepen waar men onderdeel van is. Participeren leidt tot meer zelfwaardering en sociale contacten, een gevoel ergens bij te horen en wederzijdse steun.

- Herstel van dagelijks functioneren.

Het gaat hierbij om het zo zelfstandig mogelijk functioneren met betrekking tot de rehabilitatiedoelen: wonen, dagbesteding, werken, vrije tijd, leren, en financiën (Haan, 2013).

- **Empowerment**

Herstel is een proces van empowerment; op basis van eigen ervaringen en belevingen, de controle krijgen over het leven. Men is ervaringsdeskundige op het gebied van de eigen kwetsbaarheden.

Empowerment is een versterkingsproces dat leidt tot meer grip op meerdere niveaus, herstel daarentegen is in de eerste plaats vooral een individueel proces. Herstel en Empowerment hebben elkaar nodig en versterken elkaar. Om te herstellen zijn eigen kracht (empowerment) en eigen wijsheid (ervaringskennis) essentiële bouwstenen (Kabbedijk, 2010).

Empowerment, het (her)vinden van eigen kracht, is zowel een voorwaarde als een uitkomst van herstel. Het gevoel hebben dat je controle hebt over je eigen situatie en dat je deze controle kunt vergroten. Hiervoor moet men wel de eigen krachten kunnen herkennen en erkennen.

Sociale verbondenheid is ook zowel een voorwaarde als een resultaat van herstel. Herstellen doe je zelf, maar niet alleen. In dat opzicht is herstel ook een manier om de sociale omstandigheden en kansen in de samenleving te verbeteren. Hoop, realiseren dat er een beter toekomstperspectief mogelijk is, is een katalysator voor herstel. De hulpverlening kan een ondersteunende rol in het herstelproces spelen, ondersteuning zou er op gericht moeten zijn om mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen (Hendriksen-Favier, Nijns, & Rooijen, 2012).

- **De presentiebenadering**

Participatie is wel een voorwaarde voor empowerment volgens Andries Baart (Baart & Carbo, 2014), anders bestaat de kans dat mensen overvraagd worden en daardoor juist belemmerd in hun burgerschap. Participeren in de samenleving is lastig voor cliënten die in een FPK verblijven. Daarnaast geeft hij aan dat er bij een insteek op empowerment alleen, onvoldoende aandacht is voor de kwetsbaarheden van de cliënten. Naast krachtgericht werken, dient er ook ruimte zijn voor ondersteuning en troost. Doormiddel van zijn presentietheorie pleit hij voor een hulpverlener-cliëntrelatie die gebaseerd is op betrokkenheid en aanklampbaarheid, het aansluiten op de (be)leefwereld van de cliënt (Baart, 2011).

De presentiebenadering kan ingezet worden ter stimulering van het nemen van regie door cliënten. De hulpverlener dient in te zien wat belangrijk is voor de cliënt en daarop aan te sluiten in de ondersteuning. Aansluiten in het werktempo, leefritme, taalgebruik en de ervaringen van de cliënt, met uitstel van oordeel om de betekenis van de ervaringen van de cliënt goed te kunnen doorgronden.

- **Rehabilitatie**

Oorspronkelijk komt het begrip herstel voort uit de rehabilitatiebenadering. HEE (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) en de stichting Rehabilitatie '92 waren de eerste organisaties in Nederland die herstel vorm begonnen te geven (Plooy & Droës, 2012). Herstel kan tegenwoordig beschouwd worden als vervanging van rehabilitatie. Rehabilitatie kan ook beschouwd worden als invulling van herstelondersteunende zorg of als modernisering, een aangepaste vorm van rehabilitatie.

Rehabilitatie kan ingezet worden ter bevordering van een herstelproces, hierbij wordt er gebruik gemaakt van de vaardigheden van de cliënt en van steunbronnen uit zijn omgeving. Het doel van rehabilitatie is succesvol en naar eigen tevredenheid functioneren in de samenleving, met zo min mogelijk professionele ondersteuning. De cliënt met zijn wensen en zorgbehoeften is het vertrekpunt, waarbij de verbetering van de kwaliteit van leven en het succesvol participeren in sociaal-maatschappelijke rollen als eindpunt beschouwt kunnen worden (Participatie en Herstel, 2016).

Er zijn diverse methoden voor rehabilitatie. In het kader van dit onderzoek lichten we er twee toe.

De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) (Korevaar, Dröes, & Wel, 2010) is ontwikkeld voor mensen met langdurige fysieke, zintuigelijke, verstandelijke of psychische beperkingen, die door hun beperkingen belemmerd worden in het vervullen sociale en maatschappelijke rollen. De ondersteuning, vanuit de IRB, komt tot stand door de cliënt te stimuleren om zijn eigen doelen te verkennen en te bepalen, vervolgens om die doelen te behalen en te behouden. Er wordt naar gestreefd om het rehabilitatieplan, het plan van de cliënt te laten zijn.

Veel cliënten geven een behoefte aan sociale contacten aan, maar worden hier vanuit de hulpverlening onvoldoende in ondersteund. Uiteindelijk koos slechts 5% van de respondenten, in een open onderzoek naar de IRB, sociale contacten als concreet doel (Swildens, Keijzerswaard, Wel, Valk, & Valenkamp, 2003).

Bij het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) (Hollander, 2012), is er, als aanvulling op de IRB, meer aandacht voor de samenwerking vanuit de triade: cliënten, hulpverleners en sociale omgeving. Er wordt hierin ervaringsgericht gewerkt, de ervaringen van de cliënt en zijn omgeving zijn richtinggevend. Hierbij gaat het om twee soorten ervaringen:

- Ervaringen uit het verleden: de ervaringen rondom het omgaan met de problematiek en wat werd als ondersteunend ervaren.
- Huidige ervaringen: wat wordt op dit moment als ondersteunend ervaren in het omgaan met de problematiek.

De hulpverlener is hierin vooral een medemens en probeert aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Door een krachtgerichte focus te hebben in de ondersteuning, kan de cliënt weer zicht krijgen op zijn: competenties, ambities en vaardigheden, om zo te komen tot een coherent positief zelfbeeld.

De cliënt gaat weer rollen oppakken, zijn hulpbronnen leren inzetten en activiteiten ontplooiën en hij kan weer zingeving ervaren in een leven waar hij heeft leren omgaan met zijn kwetsbaarheden (Hollander, 2012).

- **Shared decision making**

Bij rehabilitatie wordt vaak gebruik gemaakt van de methode Shared decision making. Bij deze methode is het doel om cliënt en behandelaar samen tot weloverwogen besluitvorming te laten komen over de behandeling (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Rooijen, 2012). Tijdens een gelijkwaardig tot stand gebrachte dialoog, worden de professionele vakkennis van de behandelaar en de ervaringskennis van de cliënt, door beide partijen als expertise erkent en herkent. Voorafgaand aan de dialoog met de behandelaar vult de cliënt periodiek, digitale vragenlijsten in met onderwerpen zoals eigen kracht en beperkingen, functioneren en medicatiegebruik. Hierbij kan de cliënt ook zijn doelen en prioriteiten aangeven. Tijdens het gesprek worden de resultaten van de vragenlijsten besproken en een behandelstrategie ontwikkeld. Op deze manier krijgt de cliënt meer zicht op zijn voortgang en het gevolg van zijn eigen gedrag wordt zichtbaarder. Zo krijgt de cliënt meer regie over zijn eigen hersteltraject en voelt zich meer betrokken bij de behandeling (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Rooijen, 2012).

- **Risk-Need-Responsivity model versus Good Lives model**

Het Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990) (Andrews & Bonta, 2010) focust bij de rehabilitatie van forensische cliënten op het individueel terugdringen van het risico op recidive. Het heeft daarbij vooral de justitiële opdracht en de veiligheid van de samenleving als voornaamste doel. Het is de meest gebruikte methode bij rehabilitatie van cliënten in de forensische zorg op dit moment. Dit komt mede vanwege empirisch bewijs voor het gunstige effect op de recidivecijfers en de goede klinische toepasbaarheid. Het RNR-model komt in wezen neer op een kosten-batenanalyse van wat werkt. Het welzijn van de cliënt is daarbij van ondergeschikt belang. Het model richt zich op stoppen met criminaliteit en het leiden van productieve sociaal verantwoordelijke levens. Hierbij wordt gekeken naar:

- Risks; wat zijn de risico op recidive? Hoe hoog zijn die risico's?
- Needs; waarin voorziet de cliënt zichzelf door het nemen van deze risico's? (Bijvoorbeeld het nemen van drugs om psychoses tegen te gaan, in plaats van het nemen van medicatie, maar daardoor nog verder verward raken).
- Responsivity; waar reageert de cliënt op, op welke benadering sluit de behandeling het best aan?
- Integrety; hoe bewaakt je de kwaliteit van de behandeling? (Birgden, 2008).

Doordat het RNR-model zich voornamelijk richt op het vermijden van risico's en er onvoldoende aandacht is voor het betrekken en motiveren van de cliënt, zijn unieke talenten en krachten; kortom er onvoldoende een beroep wordt gedaan op intrinsieke motivatie, vervallen cliënten die de behandeling niet afronden waarschijnlijk terug in recidive (Fortune, Ward, & Willis, 2012).

Het Good Lives model (GLM) model (Ward & Maruna, 2007) is ontstaan als alternatief voor het RNR model en richt zich voornamelijk op het bevorderen van het welzijn van de cliënt. Het stelt zijn individuele rehabilitatie die cliënten in staat stelt tot vinden van zingeving, een hoger niveau van welzijn en het aanpassen aan maatschappelijke normen en waarden. Het is gericht op zorgverlening met de cliënt en voor de cliënt, met als doel de cliënt zichzelf de vraag te laten stellen: "Hoe kan ik mijn leven anders leiden"? Het is geen behandelvorm, maar een krachtgerichte kijk op behoeften, waarden en doelen die de cliënten zelf stellen. Welzijn wordt bereikt als aan fysieke, sociale en psychologische behoeften kan worden voldaan. Als aan deze behoeften wordt voldaan neemt de waarschijnlijkheid voor recidive af. Om deze reden zou het GLM een primair doel en het RNR model een secundair doel moeten zijn bij de risicotaxatie; de risico's niet negeren, maar een focus leggen op het welzijn van de cliënt (Birgden, 2008). Hierbij richt de ondersteuning zich op het gedrag, de perceptie, de kennis en de vaardigheden van de cliënt. Daarbij probeert de hulpverlening de cliënt te motiveren om een beter leven te leiden, door hem vaardigheden aan te leren en het gebruik van steunbronnen te stimuleren. Cliënten worden binnen het GLM gezien als doelgerichte wezens, die zichzelf actief van "primary goods" willen voorzien. Primary goods zijn ervaringen, activiteiten of situaties die uit eigen belang gezocht worden ter bevordering van het welzijn. Hieronder vallen onder anderen: kennis, werk, zelfstandigheid en sociale contacten. Het GLM gaat ervan uit dat crimineel gedrag ontstaat vanuit een behoefte om in primary goods te voorzien en richt zich derhalve op het maatschappelijk aanvaardbaar verwerven van de individuele primary goods. Het GLM heeft zijn oorsprong in de behoeftehiërarchie van Maslow (Pomp, 2009). Vanuit het GLM zou de behandeling zich moeten focussen op het tot stand brengen van een therapeutisch verbond dat de autonomie van individuele cliënten vergroot, doelen stellen die betekenisvol zijn voor de cliënt en een prosociale levensstijl belonen. In het licht van participatie zou de cliënt zijn zienswijze moeten mogen presenteren en mee mogen beslissen met betrekking tot behandelstrategieën. Veel cliënten in de forensische hulpverlening beginnen aan een behandeling zonder dat zij zelf een hulpvraag hebben; het is een opgelegde behandeling. De bereidheid om te veranderen komt voort uit het bieden van ruimte aan de autonomie van de cliënt. Het is wenselijk om het einddoel van de behandeling, rehabilitatie, te voorzien van doelen waarin de cliënt zichzelf herkent en die hem motiveren.

Het RNR model en het GLM kunnen gecombineerd, elkaar goed aanvullen in de zorg voor cliënten binnen de forensische zorg, dit ook omdat er nog onvoldoende empirisch bewijsmateriaal is voor de invloed van het GLM op recidivecijfers (Pomp, 2009).

- **Capability Approach.**

In Nederland waar van de cliënten van FPK X wordt verlangd dat zij na behandeling weer gaan participeren in de samenleving en een groot beroep wordt gedaan op zelfredzaamheid, is de kans groot dat de kwetsbaren onder hen buiten de boot vallen, dit ook getuige het rapport (Everdingen, 2015). Martha Nussbaum en Amartya Sen ontwikkelden de Capability Approach (Braber, 2015). In deze benadering staat net als bij het GLM, het welzijn centraal bij de groei en ontwikkeling naar een waardig menselijk leven. Hierbij is de keuzevrijheid van essentieel belang en de mogelijkheden en middelen die geboden worden om de mens in staat te stellen om gemaakte keuzes optimaal te verwezenlijken. Het in staat stellen tot het verwezenlijken van gemaakte keuzes, is afhankelijk van de beschikbaarheid van hulpmiddelen die per persoon verschillend nodig zijn. Dit is ook afhankelijk van de persoonlijke en sociale context van ieder individu, derhalve is het de taak van de hulpverlener om de keuzemogelijkheden voor de cliënt te vergroten en hem bijstaan in het faciliteren van de gemaakte keuzes. Hierbij zou de belangrijkste vraag moeten zijn, in welke mate zijn de cliënten in staat om redelijkerwijs het leven te leiden dat ze graag willen leiden (Braber, 2015).

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk worden de stappen beschreven die genomen zijn om de onderzoeksdoelstelling te bereiken en de wijze waarop de onderzoeksvragen zijn geoperationaliseerd. Allereerst wordt omschreven hoe er gekomen is tot de selectie van respondenten en welke criteria er gebruikt zijn voor die selectie. Vervolgens wordt er methodisch verantwoord hoe de onderzoeksdata is verzameld en geanalyseerd.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Dit onderzoek richt zich op cliënten die verblijven op de behandelafdelingen van FPK X. Dit zijn mensen met een grote afstand tot de Nederlandse participatiesamenleving. De cliënten van FPK X zijn een diverse groep, variërend in leeftijd, al dan niet met een verstandelijke beperking, maar altijd met een psychiatrische diagnose en een delictverleden. Om te komen tot een selectie van respondenten wordt er gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef op basis van de onderzoeksdoelstelling (Boeije, 2012). Er is voor gekozen om de ervaringen van de cliënten in het hoogste beveiligingsniveau van FPK X te onderzoeken. Zij staan aan het begin van de behandeling en voor hen is de onderzoeksdoelstelling, het zicht krijgen op hun hulpvraag en zorgbehoefte, het meest actueel. Binnen die operationele populatie is een doelgerichte selectie gedaan. Om de doelstelling van dit onderzoek te bereiken is het nodig om een zo maximaal mogelijk range van cliënten van FPK X te bereiken en hun ervaringen met het aanbod op het gebied van zelfredzaamheid, in kaart te brengen. Daarom wordt er gezocht naar een zo groot mogelijke variatie binnen de steekproef (Baarda, et al., 2013), generalisatie is daarbij niet het streven (Boeije, 2012). Voor dit onderzoek wordt een zo representatief mogelijke groep cliënten benaderd, waarbij in acht genomen wordt, dat het noodzakelijk is dat de respondenten over voldoende verstandelijke vermogens beschikken om de aard en de inhoud van dit onderzoek te kunnen doorgronden. Daarnaast dienen zij voldoende concentratievermogen te hebben om op alle vragen uit het interview adequaat te kunnen reageren. Het is voor dit onderzoek evident dat de respondenten begrijpen wat zelfredzaamheid is en hierop kunnen reflecteren met betrekking tot hun eigen situatie. De inschattingen voor deze selectie worden door de onderzoeker zelf gemaakt op basis van eerder contact met de respondenten. De selectie van de onderzoeksgroep wordt verfijnd door een, voor de totale operationele populatie, representatieve mix van mannen en vrouwen in verschillende leeftijdscategorieën en met verschillende psychiatrische diagnoses. Voor dit onderzoek worden data verzameld aan de hand van negen semigestructureerde interviews. Binnen beveiligingsniveau 3 van FPK X, zijn er acht behandelafdelingen, met ieder gemiddeld tien cliënten. Er is voor dit onderzoek gekozen om van iedere behandelafdeling, één cliënt te interviewen, dit om een grote range te bereiken (Baarda, et al., 2013). Met het interviewen van acht cliënten wordt derhalve 10% van de operationele populatie bereikt. Als negende respondent wordt een cliënt geselecteerd die al verder in zijn behandeltraject is en in een lager beveiligingsniveau behandeld wordt. Deze respondent wordt als sleutelinformant gehanteerd (Baarda, et al., 2013).

Door deze selectiecriteria te hanteren kan er een goede selectie gemaakt worden van geschikte respondenten die aansluiten bij de doelstelling van dit onderzoek.

De anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd door geen namen te gebruiken tijdens de interviews. De naam van de instelling wordt ook tijdens de interviews geanonimiseerd tot FPK X. In de transcripties worden de respondenten aangeduid met een R en een volgnummer. Tijdens het interviews genoemde namen van instellingen, medecliënten of personeel worden in de transcripties weggelaten of geanonimiseerd. Gesproken dialect wordt bij het transcriberen zo veel mogelijk omgezet in gangbaar Nederlands, dit ook om de anonimiteit van de cliënt te waarborgen. De onderzoeker wordt in de transcripties aangeduid met de letter D.

3.2 Dataverzamelmethode

Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek is om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De vraagstelling: “In hoeverre sluit het zorgaanbod van FPK X, beschouwt vanuit het cliëntenperspectief, op het gebied van zelfredzaamheid, aan op de zorgvraag van de cliënten van FPK X?”, verwijst naar meningen en belevingen van personen. Kwalitatief onderzoek en dan specifiek het fenomenologisch onderzoek, is bij uitstek het middel om de ervaringen en persoonlijke belevingen van de respondenten recht te doen. Dit onderzoek valt vanwege zijn exploratieve aard te karakteriseren als een casestudy waarbij voor zowel de dataverzameling als de data-analysmethoden uit de gefundeerde theoriebenadering worden gebruikt (Boeije, 2012). De dataverzamelmethode die gebruikt wordt voor dit onderzoek is het semigestructureerde interview, passend bij kwalitatief onderzoek. Naar aanleiding van de deelvragen en de verkregen theoretische kennis uit de literatuur worden er interviewvragen opgesteld. Om te komen tot zo volledig mogelijke antwoorden en sociaal wenselijke antwoorden te vermijden, is het nodig om behalve de vooraf opgestelde vragen van het interview, inhoudelijk door te vragen naar achterliggende betekenissen (Baarda, et al., 2013). Het doel van het interview is om zo compleet mogelijk zicht te krijgen op de ervaringen van de respondent rondom de onderzoeksvragen. Daarnaast kunnen er aanvullende inzichten verworven worden die ondersteunend zijn aan de resultaten van dit onderzoek. Het interview wordt gehouden in een toegankelijke en voor de respondent begrijpelijke taal; hiertoe worden de interviewvragen ook ontworpen. Dit om zorg te dragen voor een ontspannen, laagdrempelige en aangename gesprekscultuur tijdens het interview, zodat de respondent betrouwbaardere antwoorden kan geven.

- **Ethische verantwoording.**

Nadat er voor dit onderzoek toestemming gevraagd (bijlage 6) is aan de directeur behandelen zaken van FPK X en dit vervolgens aangekondigd is bij de ethische commissie van de overkoepelende instelling, kan er gestart worden met het werven van respondenten. Geschikt geachte cliënten worden individueel mondeling benaderd met een uitleg over het onderzoek en hen wordt om medewerking verzocht, hierover wordt het afdelingspersoneel ook geïnformeerd. Hierna krijgen de bereidwillige respondenten een

schriftelijke uitnodiging, waarin de gemaakte afspraak voor het interview met datum en tijd vermeld staat. Twee dagen voor het interview worden de respondenten hieraan nog herinnerd.

Deelname aan dit onderzoek gebeurt voor de respondenten op vrijwillige basis. Voorafgaand aan het interview worden de respondenten, zowel mondeling als in de informed consent, geïnformeerd over de aard, de duur en het doel van het interview (Boeije, 2012). Hierbij benadrukkend dat de interviews opgenomen worden, de opnames en de verkregen informatie enkel worden gebruikt voor dit onderzoek en daarbuiten niet worden gedeeld, zodat het de respondenten niet kan schaden in hun behandeltraject. Ook worden de respondenten geïnformeerd over de wijze waarop hun anonimiteit gewaarborgd is en dat men te allen tijde gedurende het interviewen, zonder verdere opgaaf van reden, het interview kan beëindigen.

Anonimiteit is een cruciaal gegeven voor deze doelgroep, zij verblijven in een omgeving waarin wantrouwen overheerst en zeer spaarzaam omgesprongen wordt met vertrouwen. Het is daarom essentieel dat de onderzoeker deze anonimiteit goed bewaakt en het verworven vertrouwen niet schaadt. De respondenten mogen zelf de gesprekslocatie bepalen voor het interview. Respondenten worden na het interview ook uitgenodigd om, indien gewenst, aanwezig te zijn bij de presentatie van de resultaten van dit onderzoek.

- **Betrouwbaarheid van de gekozen methode.**

Er worden respondenten benaderd op alle behandelafdelingen binnen beveiligingsniveau 3 van FPK X. Zij bepalen zelf waar de interviews gehouden worden, dit draagt bij tot het op het gemak stellen van de respondent, waardoor deze vrijuit kan spreken. Door deze voorwaarden zo te stellen, vergroot dit de kans op betrouwbare en bruikbare resultaten, die uiteindelijk kunnen leiden tot het bijdragen aan betere zorg op FPK X (Boeije, 2012). Door de selectieprocedure van de respondenten en de keuze voor een interviewstijl die past bij de te verzamelen van ervaringsdata, wordt er relevante data verzameld. Het zorgvuldig documenteren van de gemaakte keuzes voor de dataverzamelmethode leidt tot een vergroting van de betrouwbaarheid van de gekozen methode, omdat toevalligheden hierdoor beperkt worden.

Alle interviews worden afgenomen door dezelfde onderzoeker, die zelf werkzaam is binnen FPK X als ervaringsdeskundige. Hij is echter geen onderdeel van de behandelteams en werkt afdeling overstijgend wat zijn neutraliteit vergroot naar de respondent toe. Zijn ervaringsdeskundigheid leidt door gedeelde ervaringen ertoe dat hij zich makkelijker kan verplaatsen in het cliëntenperspectief, het doel van de hoofdvraag. De ervaring is dat cliënten met ervaringsdeskundigen, door een grotere gevoelde betrokkenheid, laagdrempeliger in gesprek gaan. Dit vergroot de betrouwbaarheid. De betrouwbaarheid van de gekozen methode wordt ook vergroot omdat respondenten vrijwillig meewerken aan dit onderzoek en hiervoor geen vergoeding ontvangen en dus geen secundaire motieven hebben om aan dit onderzoek mee te werken. (Baarda, et al., 2013).

- **Validiteit van de gekozen methode**

Doordat er respondenten bereikt worden van alle behandelafdelingen binnen beveiligingsniveau 3 van FPK X, is er sprake van een valide onderzoeksresultaat.

De keuze voor een respondentengroep die een zo representatief mogelijke afspiegeling zijn van de operationele populatie, vergroot de validiteit voor de gekozen methode. Het doorvragen in interviews om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden, vergroot de validiteit van de resultaten van dit onderzoek (Baarda, et al., 2013). Voordat de deelvragen zijn voorgelegd aan de cliënten middels interviews, worden deze, ook voor collegiale consultatie, voorgelegd aan diverse personeelsleden uit het behandelteam van FPK X. Naast dat dit leidt tot een betere samenstelling van de topiclijst, leidt het toepassen van triangulatie, door het gebruiken van verschillende soorten databronnen en manieren van dataverzameling, tot een vergroting van de geldigheid van de gekozen onderzoeksmethode (Baarda, et al., 2013).

3.3 Meetinstrument

Door de deelvragen met betrekking tot het huidige aanbod, het overbodig ervaren aanbod en het gemiste aanbod te gebruiken als hoofdthema's, worden er clusters gevormd waarbinnen informatie moet worden verzameld over de ervaringen van de respondenten hiermee (Boeije, 2012). Gekoppeld aan de thema's uit het theoretisch kader kan er specifiek richting gegeven worden aan de vragen voor het interview. Bij de Capability Approach en de krachtgerichte benadering van rehabilitatie, lag de nadruk op competenties, ambities en vaardigheden, op talenten, verworven kennis, kansen en mogelijkheden en in mindere mate op beperkingen. Hier zal de nadruk dan ook op liggen tijdens de interviews. Daar waar het zal gaan over beperkingen, betreft het het beperkt worden door anderen of door de situatie waarin de respondenten verkeren. Symptomen, diagnoses en ziektebeelden, blijven, in het licht van de herstelvisie, buiten beschouwing tijdens de interviews. Dit ook omdat dit in mindere mate relevant is voor dit onderzoek. De gebieden van zelfredzaamheid (wonen, werken, dagbesteding, vrije tijd, leren, sociale contacten en financiën), zoals benoemt bij rehabilitatie, worden gehanteerd als rode draad bij de interviews.

Om inzicht te krijgen in het aanbod van FPK X met betrekking tot zelfredzaamheid, zijn er gesprekken gepland met een maatschappelijk werker, een behandelaar en twee sociotherapeuten. Aan hen worden ter beantwoording de deelvragen van dit onderzoek voorgelegd hetgeen moet leiden tot informatie die gebruikt wordt bij het formeren van de vragenlijst van de interviews.

Op basis van de opgestelde vragenlijst wordt er een topiclijst (bijlage 1) gevormd (Boeije, 2012), die als leidraad dient tijdens de interviews. In de topiclijst zal een logische volgorde te herkennen zijn, telkens per cluster van algemeen naar persoonlijk en inhoudelijker. Het meetinstrument, de topiclijst, wordt daarna ingedeeld in subthema's. Ieder interview begint met een introductie van de respondent door het vermelden van de datum van het interview, het respondentnummer, het geslacht van de respondent, de tijd dat de respondent in behandeling is en de volgens de respondent te verwachten behandelduur.

Van de volgorde van de topiclijst kan indien nodig afgeweken worden; dit past ook bij het semigestructureerde karakter van het interview (Boeije, 2012). Mocht het zijn dat de interviewer de lijn

van het interview uit het oog verliest, kan hij altijd nog terugvallen op de topiclijst en de daarbij behorende onderliggende vragen die genummerd en gekoppeld zijn aan elkaar (bijlage 5).

- **Betrouwbaarheid van de methode.**

Door het hanteren van een uniforme goed gestructureerde topiclijst, zullen de resultaten vergelijkbaar zijn, voor wat betreft de manier waarop deze verkregen zijn. Ook de interviewer zal bij alle interviews dezelfde zijn, hierdoor worden toevallige fouten vermeden. Hoewel er zorgvuldig methodische keuzen gemaakt worden bij het ontwerpen van het meetinstrument, blijven er altijd elementen die de respondent of de interviewer kunnen beïnvloeden, waardoor het interview ook beïnvloed wordt. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld stemming en vermoeidheid, deze elementen zijn moeilijk te beheersen, maar hier dient de onderzoeker wel rekening mee te houden (Baarda, et al., 2013). Ook het onderwerp van het interview kan leiden tot een verandering in stemming bij de respondent en het vraagt professionaliteit van de onderzoeker, die hiermee rekening houdt en het welzijn van de respondent boven het verzamelen van de data te stelt. De stijl van semigestructureerde interviews kan in de praktijk leiden tot grote verschillen in interviewduur; de onderzoeker moet doorvragen en meebewegen in interview met de respondent. Het is niet het geval dat een langer interview per se ook een beter interview is, sommige respondenten hebben meer denktijd nodig, ook varieert de spreeknelheid. Alle respondenten krijgen voorafgaand aan het interview dezelfde informatie. Het houden van een proefinterview zal leiden tot het bijstellen en ontwerpen van een uniforme topiclijst (Baarda, et al., 2013). Alle interviews worden met dezelfde opnameapparatuur opgenomen, door dezelfde onderzoeker afgenomen en door diezelfde onderzoeker getranscribeerd en gecodeerd, dit vergroot de uniformiteit en komt de betrouwbaarheid van het meetinstrument ten goede.

De interviews worden opgenomen met een voicerecorder van een telefoon van het merk LG G4.

Voorafgaand aan de opnames wordt er door de respondenten een informed consentformulier (bijlage 7) ondertekend, om zeker te stellen dat de respondent goed begrepen heeft wat er van hem verwacht wordt en om toestemming voor het interview en de opnames te verkrijgen (Boeije, 2012).

- **Validiteit van de gekozen methode.**

Door het meetinstrument en de vragen aan te sluiten op het taalgebruik van de respondenten wordt de kans vergroot dat er gemeten wordt wat we willen meten. Bij het opstellen van het meetinstrument, alsook het analyseren van de data wordt er op gestructureerde basis feedback gevraagd aan de senior wetenschappelijk onderzoeker van FPK X.

Systematische fouten worden vermeden door resultaten niet verbinden aan de bevindingen van een enkele respondent, maar op basis van het verzamelen van overeenkomstige data (Boeije, 2012).

Er wordt een brede onderzoekspopulatie onderzocht, hetgeen moet leiden tot een grote diversiteit aan verzamelde data. Door in dit hoofdstuk de onderzoeksopzet helder, duidelijk en uitgebreid te omschrijven, is dit onderzoek repliceerbaar, ook buiten FPK X. Naast de toegevoegde topiclijst (bijlage 1), zijn ook de onderliggende vragen toegevoegd (bijlage 5) dit draagt ook bij aan een vergroting van de

validiteit. Als er op dezelfde methodische manier gewerkt wordt, zoals hier omschreven, moet dit kunnen leiden tot vergelijkbare dataverzameling. Hierdoor is dus sprake van theoretische generalisatie en externe validiteit (Boeije, 2012).

3.4 Data-analyse

Alle voor dit onderzoek gebruikte data wordt gehaald uit de opgenomen interviews. De opnames worden letterlijk uitgeschreven. Doordat de topiclijst gestructureerd wordt in clusters, wordt de analyse van de data vergemakkelijkt. De ruwe data worden voorbewerkt (woordelijk uitgeschreven) in transcripties, en vervolgens gekoppeld aan het clusternummer. De topiclijst wordt zo ontworpen dat de genummerde fragmenten eenvoudig aan de deelvragen gekoppeld kunnen worden. Op deze wijze kunnen relevante antwoorden gescheiden worden van de voor dit onderzoek onbruikbare data (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een inductieve analysemethode, aangezien er bij de dataverzameling voornamelijk gekeken zal worden naar de ervaringen van de respondenten en de theorie hierbij naar de achtergrond verdwijnt (Boeije, 2012).

Daarna worden de bruikbare datagegevens uiteengegafeld door middel van open codering. Bij het open coderen wordt er gebruikgemaakt van codes die aan fragmenten van het interview gekoppeld worden. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van codes uit het dagelijks taalgebruik van de respondent in het interview, deze codes worden ook in vivo codes genoemd (Boeije, 2012). Vervolgens worden de in vivo codes gekoppeld aan in vivo codes van de andere respondenten en ondergebracht in overkoepelende codes (mallen), wat zal leiden tot negen, aan de individuele respondenten gekoppelde, open codebomen (bijlage 4). Deze open codeboom wordt vervolgens gegroepeerd in subcategorieën, en hoofdcategorieën, corresponderend met hoofdthema's en de subthema's van de topiclijst. Door de concrete gegevens, samen te brengen in een overzichtelijk abstracter schema, een axiale codeboom (bijlage 3), worden de data aanzienlijk teruggebracht in hoeveelheid (Boeije, 2012). Na het axiaal coderen worden de codes samengevoegd met de richtinggevende begrippen (sensitizing concepts) die verkregen zijn in het theoretisch kader. Bij het selectief coderen worden de codes ook zodanig geïntegreerd dat zij kunnen leiden tot het antwoord geven op de onderzoeksvragen. Aan het schema van de selectieve codeboom (bijlage 2) worden vervolgens de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek verbonden. Het zorgvuldig coderen is een belangrijk onderdeel van het onderzoek en leidt tot uniforme resultaten. In het resultatenhoofdstuk komen relevante uitspraken van respondenten naar voren, gekoppeld aan hun respondentnummer en de aan het fragment gekoppelde in vivo code. In het resultatenhoofdstuk worden de verkregen resultaten concreter uitgewerkt.

Hoofdstuk 4: Resultaten

De resultaten van de dataverzameling worden beschreven in dit hoofdstuk en onderbouwd met relevante citaten uit de interviews. De resultaten worden weergegeven aan de hand van de drie deelvragen, waarbij de laatste deelvraag is opgedeeld in vier hoofdwensen die voortgekomen zijn uit de selectieve codeboom (bijlage 2), vertrouwen, communicatie, motiveren in plaats van repressie en een praktijkgericht aanbod. Daarnaast worden de resultaten aangevuld met een koppeling naar de theorieën uit het theoretisch kader. Het beantwoorden van de deelvragen van dit onderzoek wordt ingeleid met een omschrijving van zelfredzaamheid door de verschillende respondenten.

- **Wie waren de respondenten?**

R1: Man, 22 jaar, 21 maanden in behandeling, verwachte behandelduur nog 7 maanden.

R2: Man, 60 jaar, 7 maanden in behandeling, verwachte behandelduur onduidelijk.

R3: Man, 41 jaar, 34 maanden in behandeling, verwachte behandelduur onduidelijk.

R4: Man, 26 jaar, 10 maanden in behandeling, verwachte behandelduur: nog 1 week.

R5: Vrouw, 40 jaar, 24 maanden in behandeling, verwachte behandelduur: nog 12 maanden.

R6: Sleutelinformant, Man, 36 jaar, 12 maanden in behandeling, verwachte behandelduur onduidelijk.

R7: Man, 34 jaar, 8 maanden in behandeling, verwachte behandelduur onduidelijk

R8: Vrouw, 44 jaar, 7 maanden in behandeling, verwachte behandelduur onduidelijk

R9: Vrouw, 26 jaar, 14 maanden in behandeling, verwachte behandelduur nog 9 maanden.

In de maand waarin de interviews gehouden werden voor dit onderzoek, waren er gemiddeld 80 personen in behandeling op de behandelafdelingen, in beveiligingsniveau 3, van FPK X. De sleutelinformant, respondent 6, werd behandeld in een woning op een lager beveiligingsniveau. De overige acht geïnterviewde respondenten vertegenwoordigen derhalve 10 % van de operationele populatie. Ten tijde van de interviews verbleven er 18 vrouwen op beveiligingsniveau 3, regulier is het gemiddeld aantal vrouwen binnen de kliniek 33%. Normaal gesproken zijn de 3 geselecteerde vrouwen dus een goede afspiegeling van de totale cliëntenpopulatie. Echter in dit geval is er sprake van oververtegenwoordiging, en hadden 2 vrouwelijke respondent volstaan. De gemiddelde leeftijd van de operationele populatie ten tijde van het onderzoek is 40 jaar. De respondentengroep is met een gemiddelde leeftijd van 36,6 jaar een representatieve afspiegeling.

- **Wat is de definitie van zelfredzaamheid volgens de respondenten?**

Aan het begin van de interviews is aan alle respondenten gevraagd om een persoonlijke omschrijving te geven van zelfredzaamheid.

‘...je eigen boontjes kunnen doppen, zonder dat er iemand voor nodig is’ (R1).

‘Zelfredzaamheid is, proberen, zoveel mogelijk zelf alles te doen en niet afhankelijk willen zijn van anderen’ (R2).

'Zelfredzaamheid is eh, er voor open staan om naar anderen te luisteren...' (R3).

'...hoe je jezelf zo onafhankelijk mogelijk kunt redden in de maatschappij, en ook kunt aanpassen aan je omgeving' (R4).

'...in principe hoe je het leven indeelt, vind ik gewoon zelfredzaamheid... hoe je voor jezelf zorgt' (R5).

'Schoon zijn voor jezelf, gestructureerd, een schema hebben, een dagschema, netjes zijn op je omgeving. Ja da's een beetje, in contact staan met andere mensen, da's een beetje zelfredzaamheid voor mij' (R6).

'...zelf voor jezelf zorgen, eh, zelf verantwoordelijkheid voor je, voor wat je doet en ja, zelfstandig zijn eigenlijk' (R7).

'...gewoon de algemene dagelijkse levensbehoeften, dat je die eh kan voorzien en, en zelfredzaam is ook eh, ehm dat je zelf dingen kan doen, dat je niet constant afhankelijk bent van anderen... iemand die eh aardig wat dingen zelf kan doen en zelf kan eh, kijken voor de dingen die die niet kan en daarbij hulp kan vragen'. (R8)

'In wat voor mate je jezelf kunt redden eigenlijk, met eh de middelen die je hebt...eh zelfzorg, en hè hoe goed je voor jezelf kunt zorgen' (R9).

Afhankelijkheid bleek een belangrijk issue voor de respondenten, bij het definiëren van zelfredzaamheid. Op zich is dit niet vreemd, aangezien zij in een afhankelijke positie verkeren doordat zij gedwongen zorg ontvangen. Hierin onderscheiden de respondenten zich in hun omschrijving, ten op zichte van de gehanteerde omschrijving in de probleemanalyse. 'Het in staat zijn om voor jezelf te zorgen of, wanneer dat niet mogelijk is, een ander om hulp te vragen' (Dalen, 2014).

Het thema afhankelijkheid en zelfstandig willen zijn, was een terugkerend onderwerp tijdens de interviews.

- **Welke zorg bieden professionals cliënten op het gebied van zelfredzaamheid, binnen FPK X, gezien vanuit het cliëntenperspectief van cliënten van FPK X?**

Alle respondenten gezamenlijk weten het aanbod vrij compleet te beschrijven, al ligt de nadruk op dat aanbod waarvan zijzelf gebruik maken of gebruik gemaakt hebben. De meerderheid van de respondenten is tevreden over het aanbod en de omvang ervan. Praktijkgerichte blokken zoals onderwijs en arbeid worden het vaakst positief benoemd door de respondenten. Onderwijs wordt vaak genoemd, omdat de toegang tot het internet, wat hier mogelijk is, bijdraagt tot het opzoeken van informatie. Hierdoor kan men zelf stappen zetten ter vergroting van de zelfredzaamheid en ter verkleining van afstand tot de samenleving.

'... kijk het scheelt natuurlijk veel dat je internet hebt, dus je kan makkelijker bij bepaalde dingen komen. Daar kan je je makkelijker ergens voor aanmelden, dus dat scheelt een hoop' (R1).

'Daar kun je een heleboel dingen nachecken, opvragen...maatschappelijk werk van de gemeente, die weten meestal ook wegen te bewandelen' (R8).

De arbeidsblokken worden door de meerderheid van de respondenten als zeer positief ervaren, men ervaart hier een gevoel van nut en erkenning.

‘Sowieso werken natuurlijk, blokken, want als je werkt, dan krijg je discipline, dan krijg je, ja verantwoordelijkheid voor wat je maakt, voor wat je produceert. Het geeft je ook, althans in mijn belevenis, ik vind dat voldoening als je heel de dag hebt gewerkt en je moet weer terug naar de afdeling, dan heb je ja, dan heb je de dag niet nutteloos verspilt’ (R7).

‘Nou eigenlijk heb ik alles wel aangegrepen om zelfredzamer te worden. Dus eh ik ben naar de houtwerkplaats gegaan, daar heb ik een aantal keer eh meegedraaid, en dan heb ik eh, ik denk dat zelfredzaamheid ook te maken heeft met zelfvertrouwen. Dus daar heb ik ook meer zelfvertrouwen gekregen, dat mensen zeiden van, je bent goed bezig met werken want je draagt bij aan het werkproces, aan dat die tafels straks klaar zijn, die stoelen klaar zijn’ (R4).

Vier respondenten geven aan dat zij bij arbeid het gevoel hebben dat er aandacht is voor hun individuele kwaliteiten.

‘...op de arbeid is het dus niet zo. Daar wordt je talenten, ja, die worden daar beloond. Ja, je verrijkt hun er zelfs mee en dat is ook iets leuks om te hebben. Dat je met je zelfredzaamheid en je eigen handel en wandel wat je altijd gedaan hebt, hun kunt verrijken’ (R2)

‘...die kijken echt naar de mens op zich en wat ze wel en niet kunnen en proberen zo te motiveren en proberen zo te stimuleren. Dus dat eh, ik denk dat die voor de zelfredzaamheid hier echt eh, de meest belangrijke rol spelen...ik zie daar meer vooruitgang dan soms bij therapieën’ (R8).

Krachtgericht werken speelt een centrale rol bij zelfredzaamheid en het gebruik maken van eigen kracht (Brink, 2013), dit vind zijn methodische vertaling in zowel het SRH (Hollander, 2012), als specifiek in het GLM (Ward & Maruna, 2007), de Capability Approach (Braber, 2015) en de presentiebenadering (Baart, 2011). Krachtgericht werken kan leiden tot het hervinden van controle en vertrouwen in eigen kracht, empowerment (Regenmortel, 2002).

Het E-Healthcentre wordt door drie respondenten benoemd als ondersteunend in hun zelfredzaamheid. Toegang tot het internet draagt bij aan het onderhouden van sociale contacten. Het wordt als beperkend en onrechtvaardig ervaren wordt als men hier nog geen gebruik van mag maken.

‘E-Health werd de eerste week verkocht als zijnde, je mag overal en alles doen bij ons op E-Health. Nou prima, dus ik ga zitten en ik ga naar Facebook, me eigen Facebook en ben met me zoon en met me nichtje en met me vriendin en de week d’r op, zo van, ja je zat op Facebook! Ja dat klopt. Ja maar als je er weer op gaat zitten dan moeten we d’r naast zitten. Ja dat had je dus vorige week gedaan? Had ik iemand achter me staan die alles had meegekeken wat ik gedaan heb. Waarom wordt die niet gevraagd? Want die kan alles antwoord geven. Dan kom je op de afdeling en dan krijg je van je hoofdbehandelaar te horen, je mag niet meer naar E-Health’ (R2).

De therapieën en psycho-educatie worden voornamelijk gezien als theorie, zes respondenten waarderen echter de praktijkgerichte oefensituaties meer dan de theoretische benadering.

‘...omgaan met psychose, ook belangrijk, dat ik niet terugval, dat heeft ook te maken met zelfredzaamheid... Ja het belangrijkste voor mij is eh, hoe blijf ik psychosevrij?...vandaag heb ik bijvoorbeeld iets nuttigs geleerd, want dat was, wanneer ben je nou heel openhartig? Wanneer ben je redelijk openhartig? En wanneer ben je niet openhartig? En wanneer moet je die tactiek toepassen, in welke situaties?’ (R4).

‘...de therapieën zijn meer theoretisch gedeelte grotendeels...nou de therapieën hebben ervoor gezorgd dat ik kon begrijpen waarom ik een heethoofdje was, maar daar kwam toch bij naar voren dat ik me toch moest kunnen uiten op een bepaalde manier en bij Taekwondo leer je dus, je kan ook uiten door niks te doen en dat is een situatie begrijpen waar je in beland...Want dan kom je er dus achter dat je eh, ja agressiviteit, boosheid, verdrietheid, allemaal voortkomt uit heel veel angst, teleurstellingen, weet je en eh bij Taekwondo leer je dan op jezelf weer vertrouwen, en dat is iets wat gedurende detentie kwijt was. Als de situatie gebeurde, was het zonder nadenken d'r volop ingaan en ja bij Taekwondo krijg je dan weer een stuk vertrouwen...Sport heeft mij heel erg mee ondersteund. Daar kon ik heel veel negatieve energie in kwijt op een positieve manier en ja dat had wel een beter effect dan op een negatieve manier uiten’ (R6).

‘... toen ik eenmaal daar ging werken liep ik zelf tegen mijn grenzen aan, ze zeiden wel van hé je doet te veel en dit. Maar nee, nee, toen had ik zelf een moment van hé toen ging ik mijn signalen zelf herkennen, van dat is niet helemaal. Toen ben ik in gesprek gegaan met mijn pb'er en ik zeg die en dat loop ik tegenaan en ik zeg ik doe te veel, dus ik ga er de rem op zetten.’ (R5).

Over het algemeen wordt er gezegd dat er veel aanbod is, maar dat daar onvoldoende gebruik van gemaakt wordt, en dan heeft men het meestal over “de andere cliënten”.

‘Ja d'r is veel aanbod, maar eh je moet er wel, je moet het met beide handen aangrijpen’ (R4).

- **Welke huidige zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, vinden cliënten van FPK X, overbodig?**

De zorg binnen FPK X wordt door vier respondenten soms als opgedrongen zorg ervaren. Zij geven aan zich niet te herkennen in de diagnose en de aangeboden zorg als overbodig te ervaren.

‘Ja, kijk ik eh, wat ik al zei, iedereen is verschillend, in mij, voor mij, in mijn geval, ik vind hier al de hele behandeling die ik hier, hier te onderga, eh, niet nodig voor mij. Alleen het is, omdat het door de rechter is opgelegd, omdat ik hiernaar toe moet komen. Ja dan doe ik het ook...Ik zie het voor mij niet, voor mij is het nut, wat ik al zei, andere mensen die hebben het wel nodig, die, die wel een stoornis hebben. Die wel eh, problemen hebben, eh, die, die hulp nodig hebben...’ (R7).

‘Ja en het moeilijke is ook als je in zo'n groep helemaal niet thuishoort, omdat ik, ik, daar heb ik het met de begeleiding ook vaak over. Ik zit meer met mijn functioneren qua begeleidingsniveau

als cliënniveau, hè dat is absoluut. Dat zegt de begeleiding zelf ook, ze zeggen wat jij doet, dat is gewoon inderdaad gewoon begeleidingsniveau' (R5).

'Daar zijn wel de mogelijkheden dat je met zelfredzaamheid zou kunnen werken, Ja? En laten tonen, maar ik heb die ziektebeelden niet voor die afdeling...ik ga niet het slachtofferrol spelen door me eigen afhankelijk te laten opstellen... je gaat kweken om geen hulpvraag meer te hebben' (R2).

Dat het niet afhankelijk willen zijn leidt tot weerstand wordt ook aangetoond in de probleemanalyse (Dalen, 2014) en specifiek ook hoe dit geldt voor cliënten van de forensische psychiatrie (Gunst, 2013). In het theoretisch kader komt naar voren dat zelfregie, zelf richting geven aan het leven alleen werkt als je ook invloed hebt op de zorg en de ondersteuning (Brink, 2013).

Het bieden van maatzorg, door aandacht te geven aan de individuele zorgbehoefte, kan volgens vijf respondenten leiden tot een vergroting van de motivatie om behandeld te willen worden. Zo kan voorkomen worden dat de aangeboden zorg als overbodige zorg wordt ervaren. Zij ervaren nu het zorgaanbod als standaardpakket dat niet aansluit op hun hulpvraag.

'Het enigste wat ik wel heb hier is dat ze een beetje standaardpakketjes hebben. Het is ehm, wat minder individueel gericht. Wordt wel heel groot gegooid van ja we moeten individueel kijken wat voor je nodig is, maar ik heb in de tussentijd, heb ik gemerkt, dat ehm, iedereen met bijvoorbeeld dezelfde artikels ongeveer dezelfde therapieën krijgt... Ja, ik denk dat dat meer met, met de mensen overlegt moet worden, dat wat ze wel en niet aan kunnen, willen, durven en dat, dat gebeurt nog te weinig denk ik...' (R8).

'Ja, ik heb nu, liep ik steeds, dan liep ik op een gegeven moment vast met een stukje onderwijs, omdat ze niet konden aanbieden waar ik om vroeg, en vervolgens werd mij een heftruckcertificaat aangesmeerd en ja daar moest ik zeventig euro betalen en dat vind ik nog niet zo erg, maar ik moest ook nog elke week zes blokken hout volgen en hout is iets wat ik graag doe, maar als ze dan zes blokken moet volgen, dan eh, ja, dan gaat het me...Ja omdat ik niet gekozen heb voor dat heftruckcertificaat en vervolgens wordt nog iets van je verwacht, dan weet je wat je graag doet, maar nu moet het en dingen die ik leuk vind, wil ik niet doen omdat het moet' (R6).

Het bewust maken van de noodzaak van de zorg, is volgens drie respondenten ook een oplossing om te voorkomen dat zorg als opgedrongen en overbodig ervaren wordt.

'...ik ben nogal van het uitleggen, ik zou gewoon duidelijk van tevoren, een op een zitten en zeggen waarom is het belangrijk, blijven herhalen, blijven herhalen, misschien dat het dan een keer. Ja sommige mensen zullen het nooit leren maar dan het een keer tot ze doordringt. Dat ze eigenlijk inzien van oh ja da's belangrijk en dan... Nee verplichten werkt niet, verplichten werkt alleen maar averechts' (R5).

Zowel binnen het GLM (Ward & Maruna, 2007) als binnen het SRH (Hollander, 2012) en de IRB (Korevaar, Dröes, & Wel, 2010) neemt het werken vanuit de doelen die de cliënt zelf stelt een prominente plek in.

- **Welke zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, wensen cliënten van FPK X?**

Wens 1: vertrouwen.

Een vertrouwensband, wederzijds respect, wordt door alle respondenten, als voornaamste voorwaarde benoemd voor een geslaagde behandeling.

‘Ja, kijk ik had meer het gevoel op de vorige behandelafdeling, toen ik daar zat, dat vertrouwen en dat ja, ik meer uit mijn behandeling kon halen, dan dat ik nou hier zit’ (R1).

‘Het vertrouwen dat je open en eerlijk naar mekaar bent en naar mekaar luistert en dat gebeurt nu te weinig, veels te weinig, maar dat werkt van twee kanten...vertrouwen in elkaar’ (R3).

Vier respondenten geven aan dat zij het gevoel hebben dat zij niet serieus worden genomen worden door de begeleiding op de afdelingen.

‘...aangegeven dat ik geen klein kind ben en ook niet zo behandeld wil worden. Dat is af en toe een ding, maar ik snap ook wel...Ze doen dat met de meerderheid, laat ik het zo zeggen, en sommigen die hebben dat ook wel nodig...’ (R8)

Het gemis van het vertrouwen van de cliënt in het personeel kan, volgens diezelfde respondenten, verbeterd worden, doordat zij het gevoel krijgen dat het personeel naar hen luistert en de tijd neemt.

‘Hier is het vierentwintig uur zo, het kantoor waar het personeel in zit, heet vissenkom en hoe komt dat? Je ziet ze alleen maar praten, (*gebaard met handknippen*). Het mannelijk personeel loopt weg, want het gaat niet meer over patiënten, zegt het mannelijk personeel. Het is enkel nog maar sociaal over elkaar en je ziet alleen nog maar die monden bewegen, er komt geen geluid uit, dus het zijn gewoon goudvissen de hele dag’ (R2).

‘En dat was wel zo mooi, want ik gaf haar eigenlijk punten aan, waar we eigenlijk tegen aan liepen hè, de cliënten. En, zij maakte echt tijd om naar je te luisteren’ (R3).

Het gebrek aan tijd voor de cliënt, ligt volgens die vier respondenten aan personeelstekort, daar worden zij dagelijks mee geconfronteerd en dit leidt tot frustraties. Het personeelstekort leidt er ook toe dat er beperkt gebruik gemaakt kan worden van het aanbod, van verlofregelingen en dat er ervaren wordt dat er onvoldoende tijd is voor individueel contact.

‘En personeelstekort natuurlijk. Dat speelt ook op best wel op grote grond...Nou dat de deur negen van de tien keer dicht is...dan kun je niks vragen, want deur dicht staat gelijk aan, even, nu even niet...Die staat hoe langer hoe meer dicht omdat ze gewoon te weinig mensen hebben...Alst’er twee, een gesprek nodig hebben, dan ist’er al een probleem, want één moet op het kantoor blijven en de ander, ja gaat dan in gesprek en d’r hebben een aantal, wij hebben dan een aantal afdeling waar dat meer nodig is...’ (R8).

‘...het open staan naar, doen ze te weinig in en er is te weinig personeel om echt vrije tijd te maken om naar je te kunnen luisteren en we hebben een afdeling waar heel veel gebeurt is de laatste tijd en dat heeft voor de hoop van de cliënten, het vertrouwen is op dit moment heel erg laag’ (R3).

‘Ehm, nou eh, alleen als het om werk gaat. Dan wil ik naar de buitentuin en dan eh, dan zeggen ze dat doen we nog even we niet, want eh, halen en brengen dat kunnen we niet garanderen...en met verlopen inplannen, dat gaat ook heel moeilijk, dat gaat ook vaak niet door’ (R9).

Beter aansluiten bij de cliënt en daar de tijd voor nemen, zoals bepleit wordt in de presentietheorie (Baart, 2011), zou kunnen leiden tot meer vertrouwen. Samenwerking zoals beoogd bij Shared decisionmaking (Hendriksen-Favier, Nijns, & Rooijen, 2012) kan het vertrouwen bestendigen.

Wens 2 communicatie.

Het investeren in een betere vertrouwensband wat volgens alle respondenten dient te gebeuren, zou volgens zes respondenten kunnen gebeuren door betere communicatie.

‘...twee verschillende manieren van omgaan met mensen en je hebt eh personeel en de cliënt, maar we, we liepen langs mekaar heen, d'r was geen communicatie, niks....Die communicatie is gewoon heel ver te zoeken...’ (R3).

Door drie respondenten wordt een vaste begeleider / contactpersoon door het gehele behandeltraject als concrete oplossing voor betere communicatie genoemd.

‘...wat bijvoorbeeld heel belangrijk zou kunnen zijn. Dat is ook iets wat ik destijds heb aangegeven, dat je op het moment dat je een iemand hebt waar je altijd in contact mee bent. Dat vind ik wel heel belangrijk... Ja, en dat heeft wel voor mij gewerkt, ik heb mijn eh vertrouwenspersoon, heb ik vanuit de gevangenis meegenomen en dat werkt voor mij... Dat je dus altijd ergens kunt checken van of het wel zo is of niet zo is. Dat je niet met andere mensen in discussie hoeft te gaan... dat er iemand is die jou gewoon kent, die kan gewoon zeggen van ja dat heb je fout gedaan... die kan eh zeggen van eh, ja wacht dat klopt niet. Ik loop wel met je mee en als jij d'r niet uit komt, dan zorgen we wel dat wij d'r uit komen. Dat je dus een grote broer of zus, dat is belangrijk’ (R6).

De communicatie over het aanbod wordt ook gemist, het is voor geen enkele respondent volledig inzichtelijk, volgens hen is er daardoor ook geen sprake van overzichtelijke keuzemogelijkheden.

‘Ehm, nou dat is wel moeilijk, want je weet niet echt wat er allemaal is, dus dan, ja, dan moet je maar afgaan op wat ze zeggen’ (R9).

‘Nee, ik heb er geen, ik heb d'r geen zicht op, ik kan ook, ik benoem ook niet de dingen waar ik mee bezig ben onder zelfredzaamheid, het is meer vanuit een gevoel van hé volgens mij heb je dit nodig en is dat hier...’ (R6).

‘Ik denk dat er bij een heleboel wel, wel wil is dat ze iets willen doen, maar gewoon, ze weten niet wat er is. Want het wordt je niet verteld...ja je krijgt een keer misschien na veertien dagen een

lijstje waarop staat, of je krijgt s 'morgens een keer verteld van dat en dat kun je gaan doen, maar wat je verder allemaal kan dat... Nee, d'r hangt een briefje ergens op een deur en daar moet je het maar mee doen, maar dat er wordt er ook niet op gewezen' (R8).

Het zicht hebben op de keuzemogelijkheden is zowel vanuit de empowermentgedachte (Regenmortel, 2010) als vanuit de Capability Approach (Braber, 2015) een voorwaarde voor het nemen van meer zelfregie, wat kan leiden tot participatie en zelfredzaamheid.

Wens 3: motiveren in plaats van repressie.

Om meer gemotiveerd te raken voor de behandeling en overtuigd te worden van de noodzaak hiervan, is het volgens vijf respondenten belangrijk dat er geïnvesteerd wordt in mensgerichte zorg. Medemenselijk contact, in plaats van een methodische behandeling uit het boekje.

'...wat mij dus het verbaasde is dat heel veel hulpverleners binnen detentie en de klinieken, eigenlijk niet doorhebben dat je vanuit de zorg daar, dat ze vanuit mensgevoel werken en vervolgens als je het theoretische gedeelte moet toepassen...We hebben dus, waar laat ik zeggen, waar de reguliere hulpverleners gewoon vanuit het theoretische werken, wat ze op school leren, dat proberen ze dan toe te passen en gaandeweg leren ze dat en sommige mensen blijven theoretisch en sommige mensen werken alleen maar vanuit het menselijke...dat je soms streng moet zijn en theoretisch, maar soms ook flexibel en menselijk' (R6).

'...een gebrek aan kennis, want wat je dus ziet op de groep, van het personeel, is wat er eigenlijk lichtelijk in de boeken staat die ze hebben moeten leren. Het is een feitelijke, het is een kennisoverdracht geweest, maar geen menselijke overdracht' (R2).

Menswaardige zorg, zoals benoemd in de Capability Approach (Braber, 2015) gericht op het bevorderen van het welzijn van de cliënt, zoals dat met het GLM beoogd wordt (Birgden, 2008), kan gegeven worden door aan te sluiten op de (be)leefwereld van de cliënt volgens de presentiebenadering (Baart, 2011).

Drie respondenten geven aan dat ze een drempel ervaren om personeel te benaderen voor hulp. De ervaren personeelsschaarste wordt hiervoor ook als reden genoemd. Zij willen hen niet tot last zijn en ervaren hierin juist hun afhankelijke positie.

'Ik vind dat er te weinig wordt gemotiveerd, laat ik het zo zeggen, als liever in hun nest willen blijven stinken dan vinden ze dat best. En ehm hoe rustiger ze zijn, hoe liever ze het hebben want dat vormt geen last... (R8).

'Zeker, tuurlijk, dat is heel belangrijk, daarom ben ik ook blij dat ik het ben, heel zelfredzaamheid. Ik moet er niet aan denken dat ik heel afhankelijk van mensen ben en zeker de begeleiding hebben heel weinig tijd, die hebben het heel druk en dan moet je maar dingen vragen en soms als je echt afhankelijk bent van dingen, dan moet je heel vaak vragen, vaak wachten, dat is verschrikkelijk, ja'(R5).

Alle respondenten vinden unaniem dat gebruik maken van het aanbod, veel meer gestimuleerd moet worden. Het afdelingspersoneel heeft hierin, volgens de respondenten, een te afwachtende houding.

‘Nou, je moet er wel echt naar vragen, ze doen niets zo maar en je moet dan ook heel specifiek zijn ...als ik wil dat het gebeurt, dan moet ik er zelf achteraangaan, ja’ (R9).

‘Kijk ze zeggen het wel een keer, maar als je d'r niet naar vraagt, wordt hier vaak niets geregeld....ik zou mensen prikkelen om, beter voor zichzelf te zorgen, qua hygiëne, qua onderhoud, eh schoonmaken, leren koken, eh met financiën leren omgaan, balans maken van wat de inkomen zijn, uitgaven zijn, dat scheelt een hoop als je dadelijk buiten bent, dat je niet afhankelijk bent en dat je tenminste al weet hoe het moet en ik denk dat ze daar wat meer aandacht aan moeten besteden’ (R1).

‘...goeie stimulans voor mensen om naar therapie te laten gaan en niet zo laten verwateren, dus bijvoorbeeld een beloning op zetten of eh weet ik het. Dat in ieder geval de mensen willen gaan, want als ze niet willen, doen ze niks...Nee. Nee, het is een beetje, ik heb een beetje het gevoel van pappen en nathouden. Het is een beetje ze doen maar wat. Ik eh vind de begeleiding, zijn heel afwachterig. Als cliënten er zelf niet naar toe komen, nou dan is het de vraag of er überhaupt wat gebeurt bij je. En eh dat wordt ook niet echt gestimuleerd om wat te gaan doen en naar behandeling te gaan ook niet echt, als ze niet willen, nou ja, ook prima, dan blijven ze in bed liggen en klaar... het is een vrij moeilijke doelgroep waar ik hier tussen zit en dat, ja die hebben echt heel veel, veel, veel ondersteuning nodig bij alles eigenlijk en ja dat krijgen ze heel weinig. Ook bij dingen uitzoeken wat belangrijk voor je is en, en dan kunnen ze zelf nog niet echt dusdanig bepalen van hoe of wat. Dus heel ondersteunend, ik heb niet echt het gevoel dat ze dat echt krijgen van de begeleiding’ (R5).

Er wordt door twee respondenten echter wel stimulans en ondersteuning ervaren op het schoonhouden van de kamer en lichaamshygiëne.

‘...nou dat voorbeeld van mijn kamer schoonmaken, dat ze wel, nou ja, als ze komen van nou ja wil je me helpen dit en dat, eerst zeggen van probeer het eerst zelf even, als het echt niet lukt, dan pas komen we helpen en dan, daar zie ik mensen wel eh vaak, begeleiding wel op die manier mee omgaan, ja’ (R5).

Positieve bekrachtiging zou volgens zeven respondenten een passendere manier van aansturen in de behandeling ten op zichte van straffen en beheersing. Daarnaast wordt belonen genoemd als wijze waarop de begeleiding aan de cliënten een gevoel van vertrouwen kan geven.

‘...mensen leren ook van hun fouten, om dan iemand te hebben die dan elke keer weer dan je fouten, elke keer laat zien en eh verteld, weet je dan wordt je niet echt gemotiveerd van’ (R7).

‘...Zolang je hierbinnen bent wordt je afhankelijk gemaakt...en je mag het dus van hun kant niet zien als een straf...’ (R2).

'Sommige dingen zouden gewoon echt, beter beloond moeten worden, niet financieel, maar in de vorm van vrijheden. Er staat gewoon compleet niks tegenover, dus geen, geen voordelen, maar ook geen nadelen' (R6).

Een concreet voorbeeld wat door vier respondenten aangedragen wordt als voorbeeld van motiverend bijsturen is de keycard, (deze geeft hen meer bewegingsvrijheid binnen de kliniek) al worden de mogelijkheden hiervan volgens de respondenten nog onvoldoende benut.

'Nou op dit moment hebben we een nieuwe vorm van een keycard. Dat wil zeggen, dat kan je, dat kan je verdienen, dat krijg je niet zomaar. Dat houdt in dat je eerlijk moet zijn, open moet staan naar het personeel. Je moet aan bepaalde voorwaarden houden, dat je zoveel blokken per eh, per week moet eh, moet draaien. Eh, drugs, alcohol, dat mag je niet nuttigen, anders krijg je ook geen keycard. Dus je hebt bepaalde doelen en afspraken waar je je dan aan moet houden om dat te kunnen behouden' (R3).

'Het zit in belonen, maar ook dat mensen beseffen dat ze iets kwijt kunnen raken, maar dat beseffen de meeste mensen niet, dat ze iets in handen hebben, maar dat ze het ook kwijt kunnen raken' (R6).

'Ja want je kunt nergens de deur uit, tenminste ik ben afhankelijk van of hun de deur voor mij naar beneden willen open maken en hier weer ergens een deur voor mij willen open maken...' (R8).

De drie vrouwelijke respondenten geven aan dat ze zich vooral gedemotiveerd voelen door de traagheid en bureaucratische gehalte van de organisatie. Er wordt volgens die respondenten te vaak eerst aan de onmogelijkheden gedacht voordat men aan de mogelijkheden denkt.

'...als ik dan zie dat er s' morgens iemand komt vragen van, ik wil graag naar hout, of naar ik weet niet, tuin, of naar atelier... Ja dan moeten we eerst gaan bellen of dat überhaupt wel mag. Ja ik weet niet of je zo maar mogen laten gaan, dat moeten we toch eerst met de behandelaar bespreken en dan denk ik bij mijn eigen van, ze doen een poging en dat wordt dan gelijk aan alle kanten afgekap. In plaats van dat je dan krijgt te horen van we gaan kijken of het kan, ik ga contact opnemen met je behandelaar als of, of dat goed is, dat is een hele andere aanpak' (R8).
'... nee d'r is een wachtlijst van zoveel maanden, ja dan denkt die patiënt ook van doe, daar heb ik ook geen zin meer in en dat werkt gewoon heel, heel demotiverend. Gewoon als mensen willen, op dat moment aanpakken, als iemand bijvoorbeeld maanden niks wil en in een keer naar zijn behandelaar gaat en zegt ik wil dat gaan doen. Prima ik zorg dat je er morgen terecht ken, hup, gelijk hup, dat werkt... En niet ja ik ga es kijken een keer kom je aan de beurt, ja dan denk je toch van jongen doe zoek het uit, dat ga ik niet meer doen, dus gelijk huppakee actie klaar. Actie, dat is gewoon heel belangrijk' (R5).

Het aansturen vanuit het GLM (Ward & Maruna, 2007), gaat uit van motiveren en stimuleren op de doelen en de behoeftes die de cliënt zelf stelt. Dit in tegenstelling tot het aansturen vanuit het RNR-model (Maruna, 2001), dat meer gericht is op straffen en risicobeperking, zoals nu nog gebruikelijk binnen een

groot deel van de forensische zorg. De presentiebenadering (Baart, 2011) richt zich ook op het stimulerend in beweging brengen van de cliënt. De Capability Approach (Braber, 2015) legt hierbij de nadruk op het faciliteren van de door de cliënt gemaakte keuzes.

Wens 4: praktijkgericht aanbod.

De vier respondenten die aan het einde van hun behandeltraject staan, geven aan dat het grootste gemis aan ondersteuning ligt op het gebied van de overbrugging van de afstand naar de samenleving. Die stap roept angst en onzekerheid op.

‘Tussen, binnen een afdeling zitten, waar je naar behandeling moet volgen en gelijk eh ja zelfredzaam moet zijn in de maatschappij. Die stap is eh, groot vind ik... daar wordt weinig eh mee gedaan’ (R1).

‘Ja, het kennen kunnen we al en herkennen ook, nu het toepassen in het echte leven binnen de maatschappij, ik heb het, hiervoor alleen kunnen oefenen in gesloten settings en het is toch best wel eng om dat zo de wijde wereld toe te passen’ (R6).

‘...het moeilijkste voor mij zou zijn dat is functioneren in de maatschappij...gewoon die standaarddingen, leren leven in de maatschappij...als je al twintig jaar in instellingen woont is het een hele grote stap in een keer op jezelf, dat is veel te groot’.

Meer praktijkgerichte ondersteuning is iets wat zes respondenten benoemen als concrete wens.

‘Dat er meer gesproken wordt, dan dat er in de praktijklessen gegeven worden, op alle gebied. Nou ja, je hebt trainingen, nou dan zit je met een groep een uur, anderhalf uur, te luisteren naar een gezeik van een ander, terwijl je praktisch daarmee niet uit de voeten kan. Gebakken lucht eh ja praatjes vullen geen gaatjes, ik ben een man van de praktijk’ (R2).

‘...ja dat ik veel vrijheden kreeg op een gegeven moment, dus dat ik m’n zaken zelf mocht gaan regelen, dat heeft ook bijgedragen aan mijn zelfredzaamheid’ (R4).

Het stimuleren van het koken op afdelingen wordt door alle respondenten benoemd als manier om de zelfredzaamheid te vergroten of te behouden. Op de afdelingen waar dit niet kan wordt dit als een beperking van de zelfredzaamheid ervaren. Een concreet voorstel voor praktijkgericht aanbod is een fietsenreparatiewerkplaats. Dit voorbeeld wordt door twee verschillende respondenten onafhankelijk van elkaar voorgesteld. Cliënten kunnen hier werkervaring opdoen en een gevoel van nut ervaren doordat ze iets maken. Bijkomend voordeel hiervan is dat er fietsen beschikbaar komen voor cliënten.

‘De dagbesteding vind ik een beetje, of arbeid, hoe je noemen wil, dat vind ik een beetje bekrompen voor hier, dat is heel weinig wat ook echt, want ik heb ook in andere klinieken gezeten en er zijn echt een aantal dingen die ze veel leuker vinden dan dat ze nu...een fietsenmaker, dat soort leuke dingen, dat vinden mensen ook, iets repareren, dat je, dat je resultaat van je werk ziet, hartstikke mooi, zulk soort dingen dat hebben ze niet, dat vind ik, ja dat vind ik jammer’ (R5).

'Nou ja, dat je, als je alleen op verlof gaat, dat je een fiets mag pakken van de groep, van de afdeling, nou moet je zelf een fiets kopen...en dan vooral, met name in het begin ook van je verlof, van je verlofplan zo... En daarna als je steeds meer vrijheden hebt dan kunnen ze je wel aanmoedigen om zelf een fiets te kopen' (R4).

Het herstellen van maatschappelijke rollen leidt tot meer zelfwaardering en zelfstandigheid in het dagelijks functioneren (Haan, 2013). De Capability Approach (Braber, 2015) benadrukt het belang van het faciliteren van de door de cliënt gemaakte keuzes.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de verzamelde resultaten uit hoofdstuk 4, wordt in dit hoofdstuk een conclusie getrokken door het beantwoorden van de deelvraag en vervolgens te komen op een concluderend antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Naar aanleiding van het antwoord op de onderzoeksvragen zijn er aanbevelingen geformuleerd voor FPK X, deze komen in dit hoofdstuk ook naar voren.

- **Conclusie.**

De belangrijkste bevinding uit de resultaten is, dat er nog teveel aangestuurd wordt op repressie in plaats van op motivatie. Er moet meer ruimte gegeven worden aan de autonomie van de cliënt zodat hij gemotiveerd wordt om keuzes te maken uit het programma-aanbod. Cliënteninitiatieven en het deelnemen aan het programma-aanbod worden nog onvoldoende gestimuleerd door het afdelingspersoneel. Vertrouwen wordt als essentieel fundament benoemd voor een goede behandelrelatie. Het vertrouwen in en van de zorgaanbieders wordt door de cliënt gemist. Meer tijd en aandacht voor de cliënt en betere communicatie, kan leiden tot meer wederzijds vertrouwen en meer inzicht in het zorgaanbod. Het zorgaanbod dient beter op maat aangeboden te worden op de hulpvraag van de individuele cliënt, die ook een praktijkgericht aanbod wenst wat aansluit op zijn resocialisatie en het bevorderen van zijn zelfredzaamheid.

- **Beantwoording van de deelvragen.**

1. Welke zorg bieden professionals cliënten op het gebied van zelfredzaamheid, binnen FPK X, gezien vanuit het cliëntenperspectief van cliënten van FPK X?

Er is zicht op het aanbod binnen FPK X, al hebben de individuele respondenten voornamelijk zicht op het aanbod waarvan zij zelf gebruik maken. Er is onvoldoende zicht op het volledige aanbod waar zij uit kunnen kiezen. De meeste respondenten kunnen slechts summier benoemen welke onderdelen van het aanbod zij kunnen selecteren om hun zelfredzaamheid te vergroten.

2. Welke huidige zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, vinden cliënten van FPK X, overbodig? Het volledige zorgaanbod binnen FPK X, wordt door respondenten die de noodzaak van de opgelegde maatregel niet erkennen, of de gestelde diagnose niet als passend zien, als overbodig ervaren. In de overige gevallen wordt het zorgaanbod als ondersteunend ervaren bij het behouden of vergroten van de zelfredzaamheid.

3. Welke zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, wensen cliënten van FPK X?

De zorgwens van de respondenten, of dat wat gemist wordt in het zorgaanbod, valt samen te vatten in 4 categorieën: vertrouwen, communicatie, motivatie en praktijkgerichte ondersteuning.

Meer wederzijds vertrouwen van en naar de zorgaanbieders kan leiden tot meer vertrouwen in de behandeling. Een benadering van mens tot mens, in tegenstelling tot van hulpverlener tot cliënt, draagt hiertoe bij. Een betere communicatie over het aanbod kan ertoe leiden dat de keuzemogelijkheden duidelijker worden en dat cliënten meer regie nemen in hun behandeling. De behandeling meer

aansturen vanuit motiveren en belonen, in plaats van bestraffen, werkt, volgens de respondenten, stimulerend om aan de slag te gaan met hun zelfredzaamheid. Ook wordt een menselijke benadering geprefereerd boven een theoretische, methodische. Aansturen op zelfredzaamheid uit zich in het bijzonder in de vraag om meer praktijkgerichte aanbod en het ondersteunen van cliënteninitiatieven.

- **Beantwoording van de hoofdvraag.**

Het beantwoorden van de hoofdvraag gebeurt op basis van de antwoorden op de deelvragen. Deze antwoorden zijn gevormd door de data die verzameld is in de interviews, gecombineerd met de theoretische inzichten. Het antwoord op de hoofdvraag is de conclusie van dit onderzoek.

- In hoeverre sluit het zorgaanbod van FPK X, beschouwt vanuit het cliëntenperspectief, op het gebied van zelfredzaamheid, aan op de zorgvraag van de cliënten van FPK X?

Hoewel in de missie van FPK X het belang van Herstelondersteunende zorg (HOZ) (Haan, 2013) onderschreven wordt, staat het herstelproces van de cliënt en zijn zorgvraag nog onvoldoende centraal in zijn behandeling. Er is te weinig oog voor de uniciteit van de cliënt, het aanbod zou meer op maat aangeboden en aangepast moeten worden. De aandacht, binnen het behandelaanbod, ligt te veel op beheersing van risico's en te weinig op het geven van regie aan cliënt.

In dit onderzoek zijn een aantal herstelondersteunende methodieken benoemd, waaronder de presentiebenadering (Baart, 2011) en Shared decisionmaking (Hendriksen-Favier, Nijns, & Rooijen, 2012). De presentiebenadering is bekend bij de zorgaanbieders van FPK X, maar wordt nog te weinig zichtbaar ingezet bij de ondersteuning van cliënten. De cliënt ervaart het afdelingspersoneel als slecht benaderbaar, er wordt een drempel ervaren om hulpvragen te stellen. Het afdelingspersoneel heeft onvoldoende tijd voor de cliënt, terwijl medemenselijk contact juist gezien wordt als essentieel ingrediënt voor een vertrouwelijke behandelrelatie.

Er wordt voornamelijk nog aangestuurd op beheersing vanuit het RNR-model (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990) en slechts beperkt ruimte gegeven aan het gevoel van welzijn van de cliënt, wat volgens het GLM (Ward & Maruna, 2007) centraal zou moeten staan. Doordat er onvoldoende gericht wordt op de intrinsieke motivatie van de cliënt, verzetten sommige cliënten zich tegen het gedwongen zorgaanbod. Dit komt voort uit weerstand tegen de afhankelijke positie waarin zij geplaatst zijn. Door meer ruimte te geven aan de autonomie van de cliënt, kan er bereidheid ontstaan om te werken aan behandeldoelen waarin de cliënt zich herkent. Als men cliënten blijft beperken door enkel de risico's te beheersen en hen zo afhankelijker te maken van ondersteuning, kan deze nooit uitgroeien tot een onafhankelijke, zelfstandige, zelfredzame burger.

De zelfregie van de cliënt wordt beperkt doordat er onvoldoende zicht is op de keuzes die de cliënt kan maken in zijn behandeltraject. Shared decisionmaking (Hendriksen-Favier, Nijns, & Rooijen, 2012) kan bijdragen aan een groter gevoel van controle, dit kan ertoe leiden dat de cliënt dit gevoel wil vergroten (Regenmortel, 2010). Meer regie voor de cliënt leidt tot meer motivatie.

Het zorgaanbod op het gebied van zelfredzaamheid is voor de cliënt onoverzichtelijk, men weet niet wat de keuzemogelijkheden zijn. Er wordt, volgens de cliënten, door het afdelingspersoneel ook niet gestimuleerd om gebruik te maken van het zorgaanbod. Er is behoefte aan meer resocialisatiegerichte ondersteuning in het aanbod specifiek op het gebied van wonen en werken. Ook het stimuleren van cliënteninitiatieven wordt gemist, er wordt door de zorgaanbieders te veel gedacht vanuit onmogelijkheden.

Concluderend, het zorgaanbod van FPK X, op het gebied van zelfredzaamheid, sluit onvoldoende passend aan op de hulpvraag van de cliënten van FPK X, beschouwt vanuit het cliëntenperspectief van de geïnterviewde cliënten.

- **Aanbevelingen**

Het op maat aanbieden van zorg, op het gebied van zelfredzaamheid, bevordert de resocialisatie van cliënten. Dit kan bereikt worden door:

- Implementatie van HOZ (Haan, 2013) op alle behandelafdelingen van FPK X.

Alle zorgaanbieders dienen HOZ te onderschrijven en in hun dagelijkse handelen toe te passen.

Door een HOZ-training verplicht te stellen aan alle zorgaanbieders van FPK X, kan hierop geanticipeerd worden.

- Toepassen van de presentietheorie (Baart, 2011) in het contact tussen de zorgaanbieders en cliënten van FPK X.

De presentiebenadering komt in het contact naar de cliënt nog onvoldoende tot uiting. Een training presentiebenadering, gevolgd door periodieke follow-ups, draagt bij aan menswaardigere zorg op maat.

- Het bevorderen van de samenwerking tussen de zorgaanbieders en de cliënt van FPK X en tussen de zorgaanbieders onderling.

Door middel van het integreren van Shared decision making in de behandeling (Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Rooijen, 2012) kan de samenwerking tussen cliënt en personeel bevordert worden en het wederzijds vertrouwen vergroot. Ook kan op deze manier de cliënt gestimuleerd worden om eigen drijfveren te verwoorden.

- Een contactpersoon aanstellen voor iedere cliënt, die hen gedurende het gehele behandeltraject bijstaat, draagt bij aan de verbetering van de communicatie. Het WKS model (Schaars, 2009) kan hiervoor als voorbeeld dienen.

Door de communicatie tussen de tussen de zorgaanbieders onderling te stimuleren, zowel binnen als buiten FPK X, kan dit leiden tot betere overdracht en aangepaste maatzorg voor de cliënt

Het aansturen op basis van het GLM (Ward & Maruna, 2007) leidt tot beter gemotiveerde cliënten, hiervoor dient er in de behandeling gericht te worden op:

- Bewustwording van de noodzaak van de behandeling stimuleren door psycho-educatie. Door de toenemende belangstelling van de cliënten voor de iPads, moet hiervoor ook de psycho-educatie-app gebruikt worden.
- Het inzichtelijker maken van het zorgaanbod door het op de iPads te zetten en hiervan ook programmaboekjes te maken voor cliënten die geen iPad hebben.
- Het zorgaanbod helder koppelen aan de klinische indicatoren van de HKT-R (Horst, Ham, Spreen, & S.Bogaerts, 2014) in de zelfscore-app, zodat cliënten zicht krijgen op waar en hoe ze daarop kunnen anticiperen.
- Het gebruik van de zelfscore-app aanmoedigen bij zowel de zorgaanbieders als de cliënten.
- De mogelijkheden op de iPad meer benutten, onderzoeken en uitbreiden, ondermeer door verbanden te leggen tussen de psycho-educatie-app en de zelfscore-app.

Het aanbod meer inrichten op resocialisatie en praktijkgericht maken door:

- Cliënteninitiatieven en deelname aan het programma-aanbod positief bekrachtigen en hier ondersteuning aan bieden.

Koken op de afdeling kan ingezet worden als therapeutisch moment. Het voorzien in een fietsenreparatieproject levert naast een gevoel van nut voor de cliënt ook fietsen op die de zelfredzaamheid van de cliënten vergroten.

Hoofdstuk 6: Discussie

6.1 Betekenis en bruikbaarheid.

Er is door dit onderzoek zicht gekomen op hoe cliënten van beveiligingsniveau 3 van FPK X de aangeboden zorg ervaren. Daarmee kan de onderzoeksvraag als beantwoord beschouwd worden. Ook de onderzoeksdoelstelling, het formuleren van bruikbare aanbevelingen, die moeten leiden tot betere ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, is bereikt. Het opvolgen van de aanbevelingen draagt bij tot zorg op maat voor de individuele cliënt. Het is echter niet zondermeer te stellen dat het gemis aan passende zorg op dezelfde manier ervaren wordt door alle cliënten van de onderzoekspopulatie, of door de cliënten die behandeld worden in de lagere beveiligingsniveaus van FPK X. Ook biedt dit onderzoek geen zicht op hoe de zorg aangeboden en ervaren wordt binnen andere forensische zorginstellingen. De daadwerkelijke gevolgen van het bieden van maatzorg op zelfredzaamheid met betrekking tot resocialisatie zijn slechts te vermoeden. Echter het inzetten van de methoden zoals aanbevelen, geeft meer ruimte aan het herstelproces van cliënten. Zo wordt de kans vergroot dat zij hun leven beter kunnen inrichten op hun kwetsbaarheden en hun maatschappelijke rollen kunnen herstellen. Het gevolg hiervan zou zijn dat er zelfredzamere cliënten resocialiseren vanuit FPK X. Dit onderzoek voldoet derhalve aan de onderzoeksdoelstelling, er zijn bruikbare aanbevelingen geformuleerd om aan de probleemstelling gehoor te kunnen geven.

6.2 Sterkte - zwakteanalyse

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is vergroot doordat er voor de dataverzameling een uniform meetinstrument (Boeije, 2012) gebruikt is wat gehanteerd kon worden bij alle interviews. Het vertrouwen wat cliënten in de onderzoeker hadden is opmerkelijk te noemen in een omgeving waar wantrouwen overheerst. De ervaringsdeskundigheid van de onderzoeker droeg hieraan bij. Het feit dat alle geselecteerde respondenten, zoals afgesproken, op de juiste tijd en plaats aanwezig waren voor het onderzoek, onderschrijft het vertrouwen wat de cliënten in de onderzoeker stelden. Het nakomen van afspraken voor gesprekken is geen vanzelfsprekendheid binnen FPK X. Voor de betrouwbaarheid van de resultaten dient er wel rekening gehouden te worden met het gegeven dat de ervaringen van de respondenten gekleurd (Baarda, et al., 2013) zijn door hun beleving en geen feitelijke weergave van de situatie hoeven te zijn. De kwetsbaarheid van de respondent kan hierbij, bijvoorbeeld in het geval van psychose of verstandelijke beperking, een rol spelen. In de beleving van alle respondenten wordt goede zelfredzaamheid ervaren. Dit kan echter ter discussie gesteld worden op basis van de antwoorden op vervolgvragen bij het vermoeden van sociaal wenselijke antwoorden.

Doordat de respondenten zelf de interviewlocatie mochten bepalen waar zij zich op hun gemak voelden, kon het gebeuren dat het interview met respondent 4 plaats vond in een rumoerige lunchroom. Dit heeft de verstaanbaarheid van de opname nadelig beïnvloed. Bij respondent 3 en respondent 7 was er sprake van een ingelaste pauze op verzoek van de respondent zelf. Bij respondent 6 was er sprake van een korte onderbreking van het interview doordat er iemand binnen kwam. Deze onderbrekingen kunnen

gezien worden als toevallige fouten die de betrouwbaarheid van de data beïnvloed (Boeije, 2012) hebben. Het feit dat de onderzoeker tijdens de interviews rekening hield met behoeftes van de respondent en hierop anticipeerde zorgde ook voor een vergroting van de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

- **Interne validiteit**

De collegiale consultatie als vorm van triangulatie (Baarda, et al., 2013) bood de onderzoeker zicht op het totale programma-aanbod wat cliënten krijgen binnen FPK X en vanuit welke onderdelen er aangestuurd wordt op zelfredzaamheid. Op basis van deze gesprekken kon het meetinstrument specifieker ingericht worden en werd de geldigheid ervan vergroot. Na het proefinterview is de formulering van de vraagstelling aangepast op het taalgebruik van geselecteerde cliënten. Het aanpassen van het meetinstrument op de context van FPK X vergroot de interne validiteit.

Hoewel er geen sprake is van saturatie, is er met het bereiken van 10% van de operationele populatie en vertegenwoordiging vanuit alle behandelafdelingen, te stellen dat er een behoorlijk representatieve steekproef gehouden is (Boeije, 2012).

De representatie van de totale cliëntenpopulatie van beveiligingsniveau 3 van FPK X is beperkt door het zorgvuldig selecteren van de respondenten, er is geen sprake van een aselechte steekproef (Boeije, 2012). Om een volledige representatie van de cliëntenpopulatie te bereiken zou een aanvullend onderzoek ontworpen moeten worden voor cliënten met verstandelijke beperkingen en/of een beperkt concentratievermogen, deze doelgroep bleef buiten beschouwing van de selectie voor dit onderzoek. De selectie van de respondenten heeft wel geleid tot beter bruikbare resultaten om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. De tweewekelijkse contactmomenten met de senior wetenschappelijk onderzoeker van FPK X heeft bijgedragen in het bijsturen op de validiteit van dit onderzoek. Hij gaf feedback op gemaakte keuzes en reflecteerde op de verzamelde resultaten. Dit kan beschouwd worden als een vorm van interbeoordelaarbetrouwbaarheid (Boeije, 2012). Het samenwerken met andere onderzoekers, had voor wat betreft de data-analyse, de validiteit van dit onderzoek kunnen vergroten. De interne validiteit staat ter discussie bij de wijze van interviewen door de onderzoeker en werd beperkt door de volgende systematische fouten.

Sturend zijn in de vraagstelling en in de samenvatting van antwoorden, hierop is wel geanticipeerd na bewustwording.

Ruimte geven aan de reactie van de respondent, bij de eerste twee interviews was hiervan nog te weinig sprake. Na de eerste twee interviews is het ontbreken van de vraag naar de wijze waarop het aanbod inzichtelijk gemaakt wordt voor cliënten naar voren gekomen als een onvolledigheid in de topiclijst.

Hierdoor hebben respondent 1 en respondent 2 hierop niet kunnen antwoorden. Hierop is in de vervolginterviews wel bijgestuurd en op doorgevraagd als zijnde onderdeel van vraag 6.1. De eerste twee interviews kunnen om genoemde redenen beschouwd worden als beperkt in hun validiteit. Door de onderzoeker is teveel nadruk gelegd op belang zelf kunnen koken op de afdeling, dit omdat dit voor hem

als belangrijk ervaren werd tijdens zijn opname in de psychiatrie. Hierbij was er sprake van subjectiviteit van de onderzoeker, het belang van zelfstandig mogen koken is voor de onderzochte respondenten van minder groot belang was dan bij de resultaten wordt gesuggereerd.

Het ontworpen meetinstrument werd beperkt in zijn validiteit doordat zijn werkzaamheid in de praktijk een systematische fout bevatte. De zeven rehabilitatiegebieden die een rode lijn vormen in het meetinstrument waren onvolledig, hoewel zij overgenomen waren uit de theorie over de IRB (Korevaar, Dröes, & Wel, 2010). Gezondheid en persoonlijke hygiëne werd door alle respondenten genoemd als belangrijkste gebied waarin zelfredzaamheid een rol speelde.

- **Externe validiteit.**

De uitgebreide toelichting van de onderzoeksopzet kan leiden tot vergelijkbare dataverzameling op lagere beveiligingsniveaus binnen FPK X en andere vergelijkbare instellingen. Het onderzoek is repliceerbaar. De opzet van dit onderzoek en het daarop ontwikkelde meetinstrument kan gebruikt worden ter verbetering van de zorg in het algemeen. Vergelijkbaar onderzoek binnen zorginstellingen waar cliënten, al dan niet gedwongen, verblijven kan leiden tot het beter aansluiten van het zorgaanbod op de hulpvraag van de cliënt. De theoretische generalisatie van de resultaten van dit onderzoek is echter beperkt, aangezien de data gebaseerd is meningen en ervaringen van respondenten die verbleven binnen de specifieke onderzochte context (Boeije, 2012).

Op basis van deze discussie kunnen de volgende aanvullende onderzoeks-aanbevelingen worden gedaan.

- Aanvullend onderzoek naar het cliëntenperspectief op het zorgaanbod gericht op zelfredzaamheid binnen FPK X aangepast op cliënten met een verstandelijke of concentratie beperking. Dit kan aanvullend aan dit onderzoek leiden tot een volledige representatie van de onderzoekspopulatie en het aanbieden van zorg op maat van de hulpvraag.
- Aanvullend onderzoek naar het cliëntenperspectief lagere beveiligingsniveaus van FPK X. Hierdoor komt er meer zicht op hoe het zorgaanbod hier ervaren wordt en of hier op vergelijkbare manier aangestuurd dient te worden.
- Aanvullende onderzoeken naar het cliëntenperspectief op het zorgaanbod gericht op de overige dertien klinische indicatoren uit de HKT-R (Horst, Ham, Spreen, & S.Bogaerts, 2014) binnen FPK X kan leiden tot het verbeteren van het zorgaanbod.
- Aanvullend onderzoek naar het zorgaanbiedersperspectief op het zorgaanbod van FPK X. Hoe ervaren zij de zorg die zij leveren of moeten leveren? Waarom stimuleert het afdelingspersoneel de cliënten onvoldoende om deel te nemen aan het programma-aanbod? Is dit zoals door respondenten gesuggereerd wordt vanwege personeelstekort, het beheersbaar willen houden van cliënten, of spelen er andere motieven?
- Onderzoek naar het cliëntenperspectief op het zorgaanbod kan leiden tot verbetering van de zorg en verdient in zijn algemeenheid een aanbeveling.

Literatuurlijst

- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Matthew Bender & Company. (5 ed.). New Providence: Matthew Bender & Company inc.
- Andrews, D., Bonta, J., & Hoge, R. (1990). Classification for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Anthony, W. (1993, April). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23. Opgehaald van www.movisie.nl.
- Baarda, B., Goede, M. d., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. v. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Baart, A. (2011). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A., & Carbo, C. (2014). *De zorgval*. Amsterdam: Thoeris.
- Birgden, A. (2008, November). Offender Rehabilitation: A Normative Framework for Forensic Psychologists. *Psychiatry, Psychology and Law*, 15, 450-468.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Braber, C. d. (2015, Oktober 15). De capability approach in het sociaal werk in Leoliberaal Europa. *Maatwerk. Vakblad voor professionals in sociaal werk*, 16, 10-13.
- Brink, C. (2013, Juli). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Opgeroepen op Maart 2, 2016, van Movisie.nl: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf
- Companje, K. (2013). Hervorming van langdurige zorg: van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 453-454.
- Dalen, M. v. (2014, Juni 1). *Zelfredzaamheid ontrafeld: de theorie en de beleving in de praktijk*. Nieuwegein: Universiteit van Utrecht.
- Deegan, P. (1988, April). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.

Dienst Justitiële Inrichtingen; Ministerie van Veiligheid en Justitie. (z.d). *Behandeling*. Opgeroepen op Maart 2, 2016, van Forensische zorg: <http://www.forensischezorg.nl/hoe-werkt-het/forensische-zorg-in-de-praktijk/behandeling>

Everdingen, C. v. (2015). *Verwarde mensen op straat*. Sittard: Leger des heils.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (z.d). *Resocialisatie*. Opgeroepen op Maart 19, 2016, van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie: <http://www.efp.nl/forensische-zorg/forensische-resocialisatie>

Fortune, C., Ward, T., & Willis, G. (2012, November 14). The Rehabilitation of Offenders: Reducing Risk and promoting Better Lives. *Psychiatry, Psychology and law*, 19, 646-661.

GGzE (Producent). (2015). *Zelfscore app voor Forensische Clienten Woenselse Poort en Pompestichting* [Film]. Opgeroepen op Maart 15, 2016, van <https://www.youtube.com/watch?v=gWJGghmoTV4>

Gunst, R. (2013, Augustus). *Cliëntenparticipatie in een gedwongen kader*. Utrecht: Universiteit van Utrecht.

Haan, E. d. (2013, Januari). *De herstelspecial. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Opgeroepen op Maart 16, 2016, van GGZ Nederland: http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf

Hendriksen-Favier, A., Nijnsens, K., & Rooijen, S. v. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos instituut.

Hollander, D. d. (2012, Oktober). SRH binnen de kortdurende zorg: een goed begin is het halve werk. *Sociale Psychiatrie*, 32, 55-67.

Hooff, S. v., & Goossensen, A. (2012, Juni). Cliënt of patiënt. De betekenis van aanspreektermen. *Denkbeeld. Tijdschrift voor psychogeriatric*, 24, 5-8. Opgehaald van Zorgethiek.

Horst, P. T., Ham, M. v., Spreen, M., & S.Bogaerts. (2014, April). Behandel evaluatie en klinische besluitvorming met HKT-30-ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 228-236.

Jansen, M., & Herder, F. (2012, Januari). *Hoe kunnen gemeenten de zelfredzaamheid van burgers vergoten? Rapportage literatuuronderzoek*. Utrecht: Centrum Criminaliteitspreventie en veiligheid.

Jongebreur, W., Reitsma, J., & Walberg, A. (2015). *Vooronderzoek Registratiepraktijk tbs*. Barneveld: Significant.

Kabbedijk, A. (2010). "Ik ben niet mijn stoornis, ik kies ervoor te werken aan mijn herstel". *Vakblad voor Sociale Psychiatrie*, 13-20.

- Korevaar, L., Dröes, J., & Wel, T. v. (2010, December). *Methodebeschrijving Individuele Rehabilitatiebenadering*. Opgeroepen op Maart 9, 2016, van Rehabilitatie '92: <http://www.rehabilitatie92.nl/wp-content/uploads/2011/05/Methodebeschrijving-Individuele-Rehabilitatiebenadering-80.pdf>
- Maruna, S. (2001). *Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild Their Lives*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Moradi, M., Brouwers, E., Boogaard, J. v., & Nieuwenhuizen, C. v. (2012). Herstel. Vanuit verschillende perspectieven samen verder. In J. Droës, & C. Witsenburg (Red.), *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. (1ste druk ed., pp. 35-44). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nieuwenhuizen, C. v., S.Bogaerts, Ruijter, E. d., Bongers, I., Coppens, M., & Meijers, R. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. Eindhoven: GGzE in opdracht van: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Nieuwenhuizen, C. v., S.Bogaerts, Ruijter, E. d., Bongers, I., Coppens, M., & Meijers, R. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. Eindhoven: GGzE in opdracht van: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Participatie en Herstel. (2016). *Rehabilitatie*. (S. u. BV, Producent) Opgeroepen op Maart 9, 2016, van Participatie en herstel: <http://www.participatieenherstel.nl/rehabilitatie>
- Plooy, A., & Droës, J. (2012). Rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. Naar eerherstel voor rehabilitatie. In J. Droës, & C. Witsenburg, *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. (1ste druk ed., pp. 111-127). Amsterdam: SWP.
- Pomp, D. E. (2009). *Het Good Lives Model. een literatuurstudie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Regenmortel, T. v. (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- Regenmortel, T. v. (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers*. Amsterdam: SWP.
- Rutte, M. (2013, September 17). *Troonrede 2013*. Opgeroepen op Februari 20, 2016, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>

Schaars, G. K. (2009). *Gewoon een kwestie van respect*. Zutphen: AKS Trainingen.

Swildens, W., Keijzerswaard, A. v., Wel, T. v., Valk, G. d., & Valenkamp, M. (2003). Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten; een open onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45, 15-26.

Waanders, W., & Wonderen, R. v. (2014). *GGz in transitie. Het inzetten en vergroten van sociale netwerken in de GGZ*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. London: Routledge.

Bijlagen

Bijlage 1 Topiclijst

1 Zelfredzaamheid

- 1.1 Omschrijving
- 1.2 Definitie
- 1.3 Persoonlijk
- 1.4 Gebieden (verandering na toelichting?)
- 1.5 Talenten, krachten
- 1.6 Ondersteuning op welke gebieden

2 Aanbod

- 2.1 Aanbod algemeen / individueel
- 2.2 Ervaring met ondersteuning
- 2.3 Noodzaak
- 2.4 Ondersteunend
- 2.5 Gebieden
- 2.6 Overbodig

3 Hulpvraag

- 3.1 Doelen/ motivatie
- 3.2 Gedrag, kennis, vaardigheden
- 3.3 Gemotiveerd
- 3.4 Toekomstgericht
- 3.5 Hulpvraag
- 3.6 Contact personeel
- 3.7 Kansen / mogelijkheden / beperkingen
- 3.8 Ondersteunen/ motiveren
- 3.9 Gemist (gebieden)
- 3.10 Ondersteuning in de toekomst
- 3.11 Antwoord hulpvraag
- 3.12 Antwoord hulpvraag toekomst
- 3.13 Ondersteuning vanuit omgeving
- 3.14 Uitbreiden steunbronnen

4 Aanvullingen

- 4.1 Aanbod benut algemeen / individueel
- 4.2 Aanvullingen aanbod algemeen / individueel

Bijlage 2 Selectieve codeboom**Zelfredzaamheid:**

Zelfzorg
Zelfstandigheid

Herstel

Zelfkennis
Probleeminzicht
Acceptatie
Theoretische kennis
Therapie
Psycho-educatie
Sociale Contacten Indien nodig hulp aanvaarden

Rehabilitatie

Afstand naar de samenleving
Praktijkgericht aanbod

RNR

Risico-Straf

GLM

Motivatatie-Belonen
Vertrouwen

Empowerment

Gevoel van: Controle
Onafhankelijkheid
Nut
Verantwoordelijkheid
Kansen Krijgen en nemen

Presentiebenadering

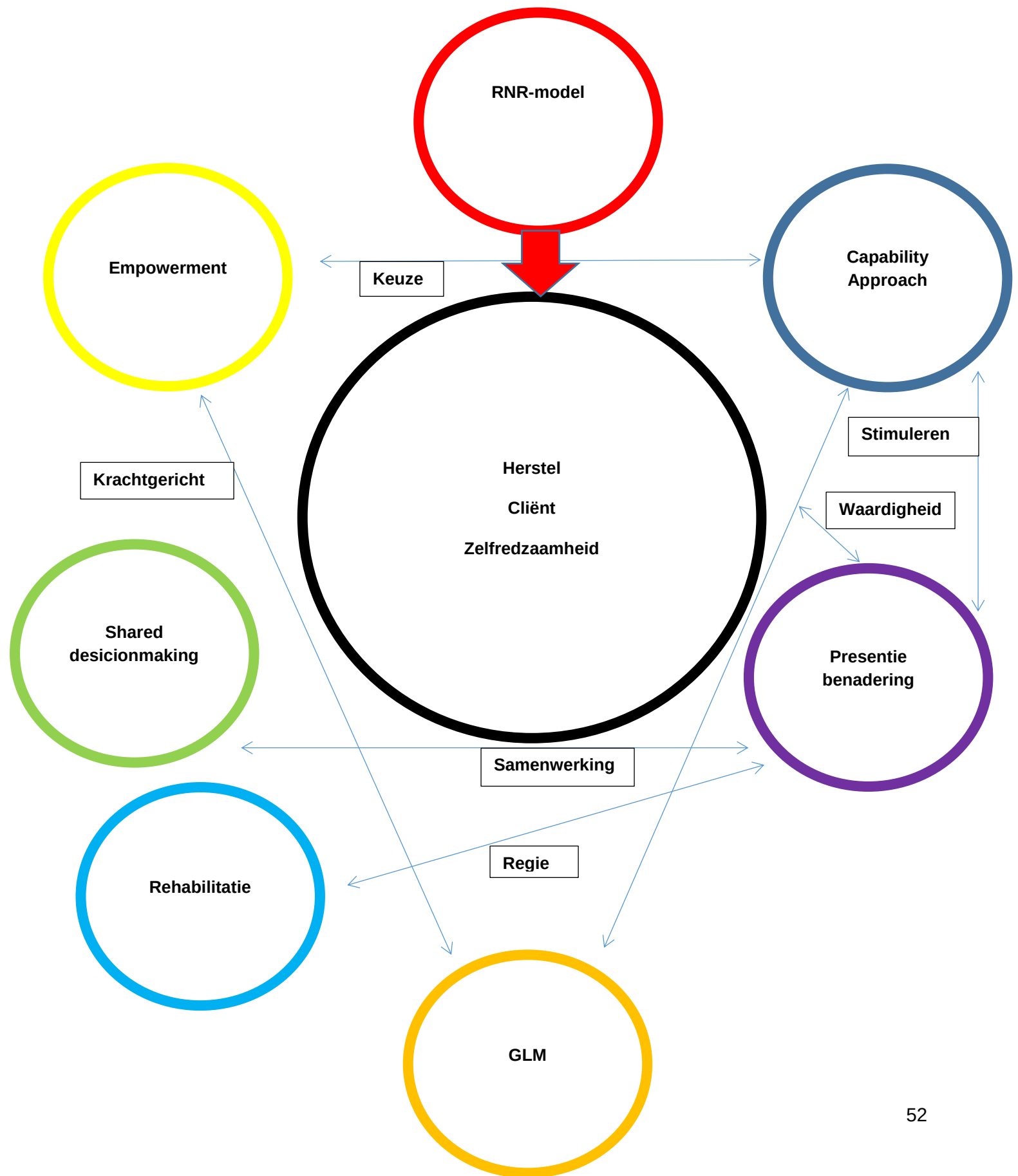
Regie
Medemenselijk contact Wederzijds respect
Aandachtig
Zorg op maat Vast contactpersoon

Capability Approach

Keuzemogelijkheden
Stimulatie
Structuur

Shared decisionmaking

Samenwerking
Inzicht in aanbod Communicatie



Bijlage 3 Axiale codeboom**Zelfredzaamheid gedefinieerd:**

Zelfzorg
 Regie
 Structuur
 Indien nodig hulp aanvaarden
 Verantwoordelijkheid
 Aanpassingsvermogen
 Zelfstandigheid:
 Afhankelijkheid
 Onafhankelijkheid

Ondersteuners van zelfredzaamheid:

Zelfkennis:	Probleeminzicht
	Acceptatie
	Draagkracht
Sociale Contacten	
Gevoel van controle	
Motivatie	
Gestimuleerd Worden: Belonen en straffen	
Kansen aangrijpen	
Positiviteit	
Nuttige dagbesteding	
Keuzemogelijkheden	
Internet	
Theoretische kennis:	Therapie
	Psycho-educatie

Beperkers van zelfredzaamheid:

Afhankelijkheid	
Dwang:	Straf
Afstand naar de samenleving	
Demotiveren:	Wachttijden

Waar wordt veel gebruik van gemaakt:

Ondersteuning positief ervaren bij:

Financiële ondersteuning
Arbeid (met name hout en tuin)
E-Health
Cliëntenservicepunt
Onderwijs
Woonbegeleiding
Sport
PMT

Wat wordt gemist:

Serieus genomen worden

Medemenselijk contact:

Meedenken

Samenwerking (ook personeel onderling)

Wederzijds respect

Tijd voor de cliënt

Personeelstekort

Zorg op maat

Praktijkgericht aanbod:

Zelfstandig koken

Ruimte voor keuzes

Inzicht in het aanbod:

Communicatie

Vertrouwen

Aanmoediging/ Bekrachtiging

Praktische aanvullingen:

Vast contactpersoon

Keycard mogelijkheden uitbreiden

Fietsenreparatiewerkplaats

Bijlage 4 Open codebomen

R1:

Zelfredzaamheid:

Eigen boontjes doppen
 Algemene dagelijkse levensbehoeften
 Onafhankelijkheid
 Bescheiden
 Nuttig

Talent:

Financiën
 Werken en leren
 Onderscheiden

Hulpvraag:

Geen Noodzaak
 Vangnet

Aanbod:

Onderwijs, sport en cliëntenservicepunt
 Sociale contacten

Gemist:

Grote stap naar samenleving
 Internetmogelijkheden
 Vertrouwen

Aanvulling:

Motiveren
 Stimuleren

R2:

Zelfredzaamheid:

Onafhankelijkheid
De juiste wegen bewandelen
Structuur

Talent:

Zakelijk
Talentgericht
Sociale contacten

Hulpvraag:

Lichaamstaal lezen
Aanbod:
E-Health, hout en cliëntenservicepunt

Gemist:

Beperking in koken
Gedemotiveerd
Medemenselijkheid
Vertrouwen
Verantwoordelijkheid
Onrecht
Personeel elkaar ondersteunen

Aanvullingen:

Praktijkgericht
Deskundigheid
Inventiviteit
Natuurlijkheidsfactoren
Zorg op maat
Talentgericht

R3:

Zelfredzaamheid:

Anderen helpen
Open staan
Probleeminzicht
Zelfontplooiing
Stabiliteit

Talent:

Voorzien in woning
Sociale contacten

Hulpvraag:

Structuur
Verslaving
Advies
Serieus luisteren
Serieus genomen worden
Vertrouwen

Aanbod:

PMT, arbeid, cliëntenservicepunt, sport en Liberman
Groot aanbod
Beperking in koken

Gemist:

Communicatie
Gemotiveerd
Onderbezetting personeel

Aanvullingen:

Samenwerking
Communicatie

R4:

Zelfredzaamheid:

Onafhankelijkheid
Aanpassen aan omgeving
Zelfvertrouwen

Talent:

Leren
Tevreden
Genieten van het leven

Hulpvraag:

Psycho-educatie
Sociale contacten
Ondersteuning van hobby's

Aanbod:

Hout, sport, cliëntenservicepunt en sociale relatietherapie
Koken
Praktijkgericht oefenen
Ondersteuning positief ervaren
Kansen aangrijpen
Gemotiveerd

Gemist:

Onzekerheid vervolgtraject

Aanvullingen:

Praktijkgericht aanbod

R5

Zelfredzaamheid:

Controle
Zelfzorg
Afhankelijkheid

Talent:

Sociale contacten
Eigen keuzes

Hulpvraag:

Grensbewaking
Grote stap naar de samenleving

Aanbod:

Tuin
Geen inzicht in het aanbod
Ondersteuning positief ervaren
Koken
Wederzijds respect

Gemist:

Zorg op maat
Wachttijden demotiveren
Stimuleren

Aanvullingen:

Praktische ondersteuning
Stimuleren

R6**Zelfredzaamheid:**

Structuur
Sociale contacten
Eigen regie
Zelfinzicht
Verantwoordelijkheid
Afhankelijkheid
Draagkracht
Hygiëne en gezondheid
Lotsbestemming

Talent:

In verbinding staan
Sociale contacten
Hulpvraag:
Grote stap samenleving
Meedenken
Studie

Aanbod:

PMT, taekwondo, sport, cliëntenservicepunt, schematherapie, onderwijs, hout en trajectbemiddeling
Geen zicht op het aanbod
Ondersteuning positief ervaren
Verband in aanbod
Theoretische kennis
Praktijkgericht
Koken

Gemist:

Zorg op maat
Vrijblijvendheid
Belonen
Communicatie

Aanvullingen:

Vast contactpersoon
Menselijke zorg
Ervaringsdeskundigheid

R7

Zelfredzaamheid:

Algemene dagelijkse levensbehoeften
Sociale contacten
Verantwoordelijkheid

Talent:

Zelfstandigheid
Zelfinzicht

Hulpvraag:

Wonen werk en financiën
Slechte keuzes
Opgelegde behandeling
Ondersteuning positief ervaren

Aanbod:

Onderwijs, hout en financiën
Nut
Trajectbemiddeling
Zicht op het aanbod
Ruimte voor keuzes

Gemist:

Zorg op maat
Leren van het verleden

Aanvullingen:

Complimenteren
Praktische ondersteuning
Leven en laten leven

R8**Zelfredzaamheid:**

Afhankelijk
Hulp vragen
Algemene dagelijkse levensbehoeften
Zelfregie

Talent:

Sociale contacten
Wonen
Positiviteit
Bestellen
Werken
Zelfinzicht

Hulpvraag:

Financiën

Aanbod:

Internet
Onvoldoende gestimuleerd
Geen zicht op het aanbod
Te weinig aanbod op zelfredzaamheid
Koken
Demotiveren
Afwachtende houding personeel
Mensgerichte zorg
Arbeid, E-Health, sport, cliëntenservicepunt en onderwijs

Gemist:

Zorg op maat
Serieus genomen worden
Weinig tijd voor de cliënt
Personeelstekort
Zorg op maat
Samen keuzes maken

Aanvullingen:

Gezond

R9

Zelfredzaamheid:

Zelfzorg
Dagstructuur

Talent:

Wonen, dagbesteding en vrije tijd
Zelfinzicht

Hulpvraag:

Financiën
Werken
Onderwijs
Sociale contacten
Woonbegeleiding

Aanbod:

E-Health, arbeid, onderwijs, tuin

Gemist:

Communicatie aanbod
Personeelstekort
Simuleren
Zelf om hulp vragen

Aanvullingen:

Dialectische gedragstherapie
Keycard
Cliëntenwerkgroep zelfredzaamheid

Bijlage 5 Draaiboek interviews inclusief topiclijst en onderliggende vragen**Draaiboek interviews**

In deze handleiding wordt beschreven hoe de topiclijst en de interviewvragen tot stand zijn gekomen. Beide zijn noodzakelijk om informatie te verzamelen, waarmee er antwoord gegeven kan worden op de onderzoeksvragen.

Doel:

De interviews zijn bedoeld om zicht te krijgen op wat cliënten in FPK X als ondersteunend ervaren op het gebied van zelfredzaamheid.

Interview:

De te benaderen respondenten voor dit onderzoek zijn zorgvuldig geselecteerd. Het betreft cliënten van alle verschillende behandelafdelingen binnen beveiligingsniveau 3, van FPK X.

Benodigdheden:

Om de interviews af te kunnen nemen is nodig:

- Audio-opname apparatuur in de vorm van een voicerecorder en of een mobiele telefoon met opnamefunctie.
- Papier.
- Pennen.
- Een rustige locatie waar geïnterviewd kan worden zonder daar gestoord te worden.
- Koffie, thee en of water.

Aantal interviews:

8, van iedere behandelafdeling 1 cliënt.

1 proefinterview; dit om te bepalen of de interviewvragen zodanig opgesteld zijn dat de beantwoording ervan leidt tot het kunnen beantwoorden van de deelvragen.

Stappenplan

Navolgende stappen zijn genomen om ervoor zorgen dat de interviews goed zouden verlopen.

Stap 0 voorbereiding:

Voorafgaand aan de interviews is er toestemming gevraagd aan de directeur behandelzaken en is er melding gemaakt bij de medisch ethische commissie. De respondenten zijn zorgvuldig geselecteerd, hierbij is er gelet op:

- Een zo groot mogelijke variatie in leeftijd, geslacht en culturele achtergrond.
- De respondent moet in staat zijn om gedurende het interview van gemiddeld een uur gefocust te blijven.
- De respondent moet in staat zijn om überhaupt een gesprek te voeren.
- De respondent moet over voldoende cognitieve vermogens beschikken om de aard van het interview te doorgronden en hier adequaat op te reageren.
- De respondent moet zelf gemotiveerd zijn om mee te werken aan het onderzoek.

- Er zijn ruim voor het interview (tenminste 14 dagen vooraf) afspraken gemaakt over de datum en tijdstip waarop de interviews plaats vinden. Ook hebben de respondenten hiervoor 1 tot 2 dagen vooraf nog een reminder ontvangen.

Stap 1 voorbereiding:

- Materiaal installeren (opnameapparatuur: voicerecorder en telefoon als reserve).
- Testopname maken.
- Klaarleggen van papier en pennen.
- Klaarleggen kaart met omschrijving rehabilitatiegebieden.
- Reserveren van een rustige ruimte waarin er tijdens de interviews niet gestoord wordt.
- Voldoende tijd vrij maken voor de interviews, de voorbereiding en de afronding.
- Afspraken maken over het halen en brengen van cliënten.
- Zorgen dat de interviews gedaan kunnen worden, met een ingelichte collega als achterwacht in de nabijheid.
- Klaar leggen informed consentformulieren voor de cliënt

Stap 2: opstarten interview

Respondent voorzien van iets te drinken.

Voorstellen: Wie is de interviewer en wat is zijn functie binnen de organisatie.

Uitleg procedure interview: Hoe gaat het interview verlopen en vertellen dat het opgenomen wordt.

Uitleg onderzoek: Waar gaat het onderzoek over en waarom is er gekozen voor deze respondent.

Duidelijk uitleggen wat er met de opnames en de data gedaan wordt om de anonimiteit van de respondent te garanderen en in dit kader ook aangeven waarom er gekozen is voor de benaming FPK X.

Cliënten een informed consentformulier laten lezen en ondertekenen.

Cliënt op zijn gemak stellen voordat er met de opname begonnen wordt.

Tijdens het interview op de sfeer blijven letten.

Aanzetten opname apparatuur.

Vooraf voorlezen:

In het kader van een onderzoek naar zelfredzaamheid zit ik vandaag hier met respondent nummer ..., welkom.

Vooraf aan het interview heb ik uitleg gegeven over het doel en de aard van dit onderzoek. Voor dit onderzoek zou ik graag uw persoonlijke mening willen horen en daarom vraag ik u zoveel mogelijk uw eigen mening te geven over de onderwerpen die besproken worden tijdens het interview. U mag vrij antwoorden, deze informatie gaat niet persoonlijk herleidbaar terug naar behandelteams of mijn opleiding en kan u derhalve ook niet schaden. Zoals u ziet ligt er een opnameapparaat waarmee we het gesprek wordt opgenomen. De opname ga ik vervolgens gebruiken om het gesprek uit te werken voor het onderzoek. Tijdens het interview zal ik ook schriftelijke aantekeningen maken.

De gegevens van dit onderzoek worden vertrouwelijk en anoniem behandeld, en worden na beoordeling van het onderzoek, uiterlijk op 1 september 2016 vernietigt, heeft u hierover vragen?

Het interview gaat ongeveer 1 uur duren.

Stap 3 start opname interview introductie:

Het is vandaag .. april 2016, het is .. uur, dit is het interview met respondent nummer...

Geslacht:

Leeftijd:

Tijd in behandeling:

Geschatte behandelduur nog te gaan:

Oplezen:

Ik ga nu verder met het inhoudelijke deel van het onderzoek.

Stap 4 Interview / topiclijst

(Het interview geschiedt op basis van onderstaande topiclijst, daaronder staan de onderliggende vragen).

Topiclijst

5 Zelfredzaamheid

- 5.1 Omschrijving
- 5.2 Definitie
- 5.3 Persoonlijk
- 5.4 Gebieden (verandering na toelichting?)
- 5.5 Talenten, krachten
- 5.6 Ondersteuning op welke gebieden

6 Aanbod

- 6.1 Aanbod algemeen / individueel
- 6.2 Ervaring met ondersteuning
- 6.3 Noodzaak
- 6.4 Ondersteunend
- 6.5 Gebieden
- 6.6 Overbodig

7 Hulpvraag

- 7.1 Doelen / motivatie
- 7.2 Gedrag, kennis, vaardigheden
- 7.3 Gemotiveerd
- 7.4 Toekomstgericht
- 7.5 Hulpvraag
- 7.6 Contact personeel
- 7.7 Kansen / mogelijkheden / beperkingen
- 7.8 Ondersteunen/ motiveren
- 7.9 Gemist (gebieden)
- 7.10 Ondersteuning in de toekomst
- 7.11 Antwoord hulpvraag
- 7.12 Antwoord hulpvraag toekomst
- 7.13 Ondersteuning vanuit omgeving
- 7.14 Uitbreiden steunbronnen

8 Aanvullingen

- 8.1 Aanbod benut algemeen/ individueel
- 8.2 Aanvullingen aanbod algemeen/ individueel

Onderliggende vragen:**1. Zelfredzaamheid algemeen:**

- 1.1 Wat verstaat u onder Zelfredzaamheid?
- 1.2 Kunt u een concrete definitie geven?
- 1.3 Er zijn verschillende gebieden waarop er een beroep gedaan kan worden op zelfredzaamheid, kunt u aangeven welke gebieden dat zouden kunnen zijn en welke gebieden voor u belangrijk zijn?

Toelichting verschillende gebieden vanuit de rehabilitatiegedachte: wonen, werken, dagbesteding, vrije tijd, leren, sociale contacten en financiën, kaart erbij pakken.

- 1.4 Zijn er na het toelichten van deze gebieden, nog gebieden die u zelf over het hoofd gezien had en die u voor uzelf toch belangrijk vindt?
- 1.5 Op welke gebieden van zelfredzaamheid bent u goed? Waar liggen uw talenten?
- 1.6 Op welke gebieden van zelfredzaamheid heeft u ondersteuning nodig?

2. Zelfredzaamheid en het aanbod binnen FPK X

- 2.1 Op welke manier wordt er volgens u inhoudelijk vormgegeven aan het vergroten of het in stand houden van het huidige niveau zelfredzaamheid? Algemeen en individueel?
- 2.2 Hoe ervaart u deze ondersteuning?
- 2.3 Vind u deze ondersteuning, nodig, dan wel noodzakelijk? Kunt u dat nader toelichten?
- 2.4 Ervaart u deze ondersteuning ook als ondersteunend? Kunt u dat nader toelichten?
- 2.5 Op welke gebieden van zelfredzaamheid denkt u persoonlijk ondersteuning nodig te hebben op dit moment? Kunt u dat nader toelichten?
- 2.6 Is er ook ondersteuning die u als overbodig beschouwt? Kunt u dat nader toelichten?

3. Zelfredzaamheid en de hulpvraag

- 3.1 Welke doelen m.b.t zelfredzaamheid motiveren u, wilt u nog bereiken?
- 3.2 Welk gedrag, kennis en of vaardigheden kunnen u helpen bij het bereiken van die doelen?
- 3.3 Bent u gemotiveerd om te werken aan uw zelfredzaamheid, volgens uw eigen definitie van zelfredzaamheid?
- 3.4 Op welke gebieden van zelfredzaamheid denkt u persoonlijk ondersteuning nodig te hebben, als voorbereiding op de toekomst buiten de behandeling? Kunt u dat nader toelichten?
- 3.5 Zou u voor uzelf een hulpvraag kunnen formuleren met betrekking tot vergroting of instandhouding van uw zelfredzaamheid en hoe zou deze dan luiden?
- 3.6 Hoe ervaart u het contact met het personeel?
- 3.7 Liggen er kansen/ mogelijkheden vanuit het contact met het personeel om te werken aan het, indien gewenst, vergroten of in stand houden van uw zelfredzaamheid?

Liggen er belemmeringen, vanuit het contact met het personeel, om te werken aan uw zelfredzaamheid?

- 3.8 Hoe kan het personeel u ondersteunen, faciliteren en motiveren om te werken aan uw zelfredzaamheid?
- 3.9 Op welke gebieden mist u ondersteuning van het personeel, ter vergroting of instandhouding van uw zelfredzaamheid? Kunt u dat toelichten?
- 3.10 Op welke gebieden van zelfredzaamheid verwacht u na de behandeling, in de toekomst, ondersteuning nodig te blijven hebben? Kunt u dat toelichten?
- 3.11 Vind u dat uw vraag om ondersteuning, op het gebied van zelfredzaamheid, binnen het zorgaanbod, voldoende wordt beantwoord? Kunt u dat nader toelichten?
- 3.12 Vind u dat uw vraag om ondersteuning, op het gebied van uw zelfredzaamheid, binnen het zorgaanbod, gericht op de toekomst na de behandeling, voldoende wordt beantwoord? Kunt u dat nader toelichten?
- 3.13 Krijgt u ondersteuning vanuit uw omgeving op het gebied van zelfredzaamheid? Hoe ziet deze eruit?
- 3.14 Heeft u er zicht op hoe u, indien gewenst, deze steunbronnen kunt uitbreiden?

4 Wat wordt er nog gemist, hoe kan het aanbod verbeterd worden?

- 4.1 Kijkende naar het huidige aanbod, op het gebied van het bevorderen en in stand houden van de zelfredzaamheid, welke behandelinterventies worden dan onvoldoende benut? Algemeen en individueel.
- 4.2 Kijkende naar het huidige aanbod, op het gebied van het bevorderen en in stand houden van de zelfredzaamheid, wat wordt daarin dan naar uw mening nog gemist? Wat zou een positieve aanvulling op het behandelaanbod kunnen zijn? Algemeen en individueel.

Afsluitende woorden:

Dank u wel, daarmee ben ik aan het eind gekomen van de vragen van dit interview. Heeft u naar aanleiding van dit interview nog vragen? Heeft u misschien nog op of aanmerkingen?

Vindt u het prettig om na afloop van het onderzoek nog een terugkoppeling van de resultaten van dit onderzoek te krijgen, of uitgenodigd te worden voor de presentatie van dit onderzoek?

Ruimte geven voor een kort gesprek als dat nodig is. Opname nog niet uitzetten in verband eventuele aanvullende informatie.

Persoon bedanken voor het mogen interviewen.

Stap 5: Afronding van het interview

Wat vond de respondent van dit interview en hoe het verlopen is?

Spiekbrieven gebieden van zelfredzaamheid vanuit de rehabilitatiegedachte:

Wonen

Werken

Dagbesteding

Vrije tijd

Leren

Sociale contacten

Financiën

Bijlage 6 toestemmingsformulier

Geachte heer,

Bij stel ik u in kennis van mijn afstudeeronderzoek. Ik doe dit in het kader van mijn opleiding HBO Sociale Studies met ervaringsdeskundigheid en voer het met uw toestemming uit binnen FPK X. Voor mijn onderzoek interview ik 8 verschillende cliënten van 8 verschillende afdelingen binnen beveiligingsniveau 3. De interviews nemen 1 uur per cliënt in beslag en zullen gehouden worden in april 2016.

Het interview heeft betrekking op het thema zelfredzaamheid. Hoe cliënten behandelinterventies op dit gebied ervaren en wat zij daarin zelf nog als aanvulling hierop wenselijk achten.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de praktijk en eventueel verbeteren van die praktijk door op basis van onderzoeksresultaten suggesties ter verbetering te doen. De behandeling meer aan te laten sluiten op de wens van de cliënt.

De interviews gebeuren op vrijwillige basis en zullen anoniem verwerkt worden. Cliënten tekenen een in en toestemmingsverklaring. Deze verklaringen worden van een respondentnummer voorzien en in een afgesloten kast bewaard.

Er zullen ook geluidsopnames gemaakt worden van het interview. Deze opnames en de lijst met de koppeling van de naam van de cliënt aan het interviewnummer, worden eveneens veilig bewaard.

De naam van de cliënten worden niet gebruikt tijdens de interviews, noch in de verwerking en publicatie van het onderzoek. Cliëntengesprekken worden dus anoniem gehouden en verwerkt, gegevens uit het onderzoek zijn niet te herleiden naar de individuele cliënten zonder respondentnummer.

De behandeling van de cliënt loopt door dit onderzoek geen vertraging op, de belasting van de cliënt is vooraf gesteld op maximaal 1 uur. Respondenten voor dit onderzoek worden in overleg met het team geselecteerd en gevraagd met het oog op de belasting en hun draagkracht.

Resultaten uit dit onderzoek worden niet tot op de persoon te herleiden gedeeld.

Opnames worden vernietigd door mij, of op verzoek van de cliënt door de cliënt zelf, na 1 juli 2015, doch uiterlijk na 1 september 2016 (in geval van herkansing).

Alvorens ik de interviews kan gaan houden is het noodzakelijk dat ik hiervoor formeel toestemming krijg.

Ik verzoek u bij deze om toestemming te verlenen voor het uitvoeren van dit onderzoek binnen FPK X.

Graag in reactie uw akkoord of kanttekeningen.

U kunt mijn bereiken op...

Bijlage 7 Informed consentformulier

Toestemmingsverklaring

Doel van het onderzoek: het verbeteren van de zorg binnen de kliniek, op het gebied van vergroten en behouden van uw zelfredzaamheid, op basis van de informatie die u geeft kan de zorg aangepast worden. Sluit de zorg die u krijgt op het gebied van zelfredzaamheid aan op uw vraag op dat gebied? Wat wordt er onnodig geboden en wat mist u?

Onderzoeker: Dick Boonman (onafhankelijk ervaringsdeskundige i.o.)

Verklaring

Het is mij duidelijk welk belang het onderzoek dient. Ik ben in voldoende mate voorgelicht over de aard, methode, het doel, de risico's en de belasting die dit onderzoek met zich mee kan brengen. Ik ben ervan op de hoogte dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek op groepsniveau, anoniem aan mij en derden bekend gemaakt zullen worden. De informatie gaat dus niet op de persoon te herleiden terug naar mij en de behandelteams. Ik stem ermee in dat de geluidsopnames uitsluitend voor analyse gebruikt zullen worden.

Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment met mijn deelname aan dit onderzoek te stoppen.

Respondentnummer:

Datum:

Handtekening respondent:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker:

Verklaring

Ik heb aan bovenstaande cliënt een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal aanvullende vragen met betrekking tot het onderzoek naar vermogen beantwoorden. Het is mijn intentie om middels dit onderzoek cliënten en behandelteams inzage te geven in zorgaanbod en zorgbehoefte, dit te matchen en eventuele aanbevelingen ter verbetering van de praktijk te doen zonder daarbij partijen te benadelen.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker: