

Ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie

Een kwalitatief onderzoek naar wat professionals nodig hebben om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te kunnen ondersteunen bij het vergroten van eigen regie tijdens hun opname

Naam student: Eva Reurling

Studentnummer: 2308681

SB-groep: 4VV01

Progresscode: 78V4G-AFOZ

Toets: Afstudeeronderzoek 2017-2018

Profiel: GGZ agoog

Opleiding: Bachelor of Social Work

Instelling: Fontys Hogescholen

Naam begeleiders: Stefan Assink & Maria Stortelder

Schooljaar: 2018 - 2019

Datum: 18 januari 2019

Samenvatting

In dit onderzoeksrapport wordt ingegaan op wat de professionals van afdeling X nodig hebben om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. In de probleemanalyse wordt beschreven dat er vroeger sprake was van een verzorgingsstaat, maar we nu spreken van een participatiesamenleving (Movisie, 2015). De opnamemogelijkheid wordt gereduceerd en het is daarom wenselijk dat mensen die langdurig opgenomen zijn geweest, weer thuis gaan wonen en daar ambulante zorg krijgen (Spijker, 2012). Door de decentralisatie van de zorg is de verantwoordelijkheid over de Wet Langdurige Zorg (WLZ) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bij de gemeenten komen te liggen. In Eindhoven is de organisatie WIJEindhoven de organisatie die hier zorg voor draagt. Zij richten zich niet op specialistische zorg, maar op het optimaliseren van de participatie. De zelfredzaamheid en regie van de burgers wordt hierdoor bevordert (WIJEindhoven, 2018). Hoewel de ontwikkelingen in de zorg gericht zijn op het vergroten van de eigen regie en de mogelijkheid tot het bieden van ambulante zorg, blijkt dit nog niet op iedereen van toepassing te zijn. Op afdeling X verblijven namelijk cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis en die onvoldoende regie nemen tijdens hun opname. Deze regie geven zij gedeeltelijk in handen van de professionals, waardoor er onnodig veel taken overgenomen worden van de cliënten. Er is gekozen voor de volgende hoofdvraag: *Wat hebben professionals die werkzaam zijn op afdeling X binnen instelling Y nodig om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X?* Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn drie deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen gaan in op hoe de professionals de huidige situatie ervaren en wat bevorderende en belemmerende factoren zijn om ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie te kunnen verwezenlijken. Ook wordt gekeken naar de begeleidingsbehoeften van de cliënten. Om verdieping aan te brengen in het probleem, zijn verschillende theorieën en modellen onderzocht die raakvlakken hebben met de hoofdvraag. Er is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Hiervoor zijn zowel professionals als cliënten geïnterviewd, wat heeft geleid tot verschillende resultaten (Baarda et al., 2018). Een belangrijke conclusie is dat de professionals op afdeling X onvoldoende kennis hebben over en ervaring hebben met de doelgroep, waardoor een heldere visie ontbreekt. Op dit moment staan de neuzen niet dezelfde kant op, terwijl dit wel gewenst is. Ook blijkt dat belangrijke methodieken om cliënten te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie onvoldoende gebruikt worden. De professionals willen graag dat hun kennis over deze methodieken opgefrist wordt, zodat zij deze trouwer kunnen gebruiken. De cliënten zijn van mening dat teveel van hen overgenomen wordt en zij te weinig gewezen worden op de mogelijkheid tot het nemen van eigen regie. Om de praktijksituatie te kunnen verbeteren, zijn er aanbevelingen geschreven. Deze aanbevelingen zijn gericht op het vergroten van de kennis, het uitwerken van een afdelingsvisie en het trouwer inzetten van reeds bestaande methodieken. Tijdens het schrijven van de aanbevelingen is er rekening gehouden met mogelijkheden tot implementatie.

Voorwoord

Voor u ligt een onderzoeksrapport over wat professionals van afdeling X nodig hebben om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis optimaler te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname. Dit onderzoek is als afstudeerscriptie geschreven voor de opleiding 'Sociale Studies' aan de Fontys Hogescholen te Eindhoven, met als afstudeerrichting 'GGZ-agoog'. Ik heb dit onderzoek geschreven na mijn stage op afdeling X, in de periode van 29 augustus 2018 tot 18 januari 2019. Het onderzoek gaat dan ook in op een probleem wat ik tijdens mijn stage op deze afdeling heb ervaren.

Het thema van dit onderzoek is voortgekomen uit een samenloop van omstandigheden. Enerzijds vanuit een vraag van het team, anderzijds vanuit mijn affiniteit met de doelgroep. Het thema van dit onderzoek heeft veel raakvlakken met de behoeftes van de professionals, dit is de reden dat er ook aandacht besteed wordt aan de implementatie van de aanbevelingen. Op dit moment worden al stappen gezet om de aanbevelingen die geschreven zijn toe te passen. Ik kijk daarom met trots terug op dit onderzoek, omdat ik een bijdrage heb kunnen leveren aan een verbetering van de beroepspraktijk voor zowel de professionals, als de cliënten.

Ik wil graag mijn begeleiders Stefan Assink en Maria Stortelder bedanken voor de prettige samenwerking in het afgelopen half jaar. Door tijdens de lessen en consulten deskundige adviezen af te wisselen met humor, kijk ik met een fijn gevoel terug op deze periode. Daarnaast wil ik mijn collega's bedanken voor de ruimte die zij mij hebben gegeven om dit onderzoek uit te kunnen voeren op de afdeling. In het bijzonder wil ik mijn coach bedanken voor de fijne gesprekken en het luisterende oor wanneer ik de draad even kwijt was. Ook wil ik alle respondenten bedanken die bereid waren om mee te werken aan dit onderzoek. Tevens wil ik ook de mensen bedanken die mij geholpen hebben om dit onderzoek te verbeteren door mee te kijken naar de inhoud, spelling en taal. Als laatste een speciaal woord van dank aan mijn ouders, vrienden en vriendinnen en mijn vriend. Mede dankzij hun steun en vertrouwen heb ik dit onderzoek naar wens vorm kunnen geven.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Eva Reurling

Eindhoven, 18 januari 2019

Inhoudsopgave	
Samenvatting	0
Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	6
1.1 Probleemanalyse	6
1.1.1 Macro	6
1.1.2 Meso.....	7
1.1.3 Micro.....	7
1.2 Probleemstelling en verificatie	9
1.2.1 Probleemstelling	9
1.2.2 Verificatie	9
1.3 Onderzoeksdoelstelling	10
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	10
1.5 Begripsafbakening	10
1.5.1. Instelling Y	10
1.5.2. Afdeling X	10
1.5.3. Professionals	11
1.5.4. Cliënten	11
1.5.5. Persoonlijkheidsstoornis	11
1.5.6. Ondersteunen.....	11
1.5.7. Eigen regie	11
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	13
2.1 Persoonlijkheidsstoornissen	13
2.2 Hospitalisatie	14
2.3 Motiverende gespreksvoering	15
2.4 Herstelondersteuning	16
2.5 Empowerment	16
2.6 Willem Kleine Schaars model	16
Hoofdstuk 3: Methodologie	18
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	18
3.1.1 Onderzoekspopulatie	18
3.1.2. Steekproef	18
3.1.3. Anonimiteit.....	19
3.2 Dataverzamelmethode	19
3.3 Meetinstrument	20
3.3.1. Topiclijsten	20
3.3.2. Betrouwbaarheid	20

3.3.3. <i>Interne en externe validiteit</i>	21
3.4 Data-analyse	21
Hoofdstuk 4: Resultaten	23
4.1 Antwoorden op de deelvragen	23
4.1.1. <i>Deelvraag 1</i>	23
4.1.2. <i>Resultaten</i>	23
4.2.1. <i>Deelvraag 2</i>	25
4.2.2. <i>Resultaten</i>	25
4.3.1 <i>Deelvraag 3</i>	28
4.3.2. <i>Resultaten</i>	28
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	31
5.1 Antwoorden op de deelvragen	31
5.1.1. <i>Deelvraag 1</i>	31
5.1.2 <i>Deelvraag 2</i>	31
5.1.3. <i>Deelvraag 3</i>	32
5.2 Antwoord op de hoofdvraag	32
5.3 Aanbevelingen	33
Hoofdstuk 6: Discussie	35
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	35
6.2 Sterkte-zwakteanalyse	36
Literatuurlijst	37
Bijlage 1: Toestemmingsformulier respondenten	41
Bijlage 2: Topiclijst professionals	42
Bijlage 3: Topiclijst cliënten	46
Bijlage 4: Codeboom professionals	48
Bijlage 5: Codeboom cliënten	52

Inleiding

“Hospitalisatie is een vies woord voor mensen die zich hier thuis voelen. Je kunt mensen niet dwingen regie te nemen over hun eigen leven als ze dit nooit hebben gedaan. Daarom kunnen ze hier verblijven in een veilige omgeving, waar minder van ze verwacht wordt. Dat is geen hospitalisatie, maar gewoon een veilige basis bieden voor mensen die het heel hun leven zwaar hebben gehad.”

Bovenstaande uitspraak is gedaan door een behandelaar tijdens een teamvergadering van afdeling X. Verbazingwekkend, vindt het team van afdeling X, ze staan niet achter de opmerking van de behandelaar. Daarnaast sluit de huidige inrichting van de zorg niet aan bij bovenstaande uitspraak. Sinds de bezuinigingen in de zorg is het niet meer vanzelfsprekend dat cliënten langdurig opgenomen kunnen blijven (Movisie, 2015). Cliënten met een intensieve zorgvraag, zoals de cliënten op afdeling X, zouden uiteindelijk met de juiste begeleiding ook moeten kunnen participeren in de samenleving (Trimbos Instituut, 2012). Tijdens de teamvergaderingen wordt regelmatig benoemd dat er sprake is van een tekort aan eigen regie bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Uit de interviews blijkt dat onder de professionals het vermoeden bestaat dat cliënten bewust geen eigen regie nemen, om zo gegarandeerd te blijven van een verblijfsplek op afdeling X. Echter, dit vermoeden kan niet bevestigd worden door het team, waardoor interventies uitblijven. Volgens het team van afdeling X is er sprake van dat cliënten enkel regie nemen op momenten wanneer het hen uitkomt. Het team van professionals vraagt zich af wat zij kunnen doen om de cliënten beter te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens de opname op afdeling X. Deze hulpvraag is uiteindelijk leidend geweest voor het thema van dit onderzoek. Door onderzoek te doen naar de huidige situatie en bevorderende en belemmerende factoren om de ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie te kunnen realiseren, wordt gekeken naar mogelijke aanbevelingen om het probleem op te lossen. Daarnaast wordt er gekeken naar de begeleidingsbehoeften van de cliënten, zodat de aanbevelingen ook afgestemd zijn op hun wensen.

Het onderzoeksrapport is opgebouwd in verschillende hoofdstukken. Hoofdstuk 1 geeft een probleemanalyse weer, waar op macro-, meso-, en microniveau het gesignaleerde probleem beschreven staat. Uit de probleemanalyse vloeit een probleemstelling en doelstelling voort die geverifieerd is met de professionals van afdeling X, waar uiteindelijk de vraagstelling uit voort is gekomen. Aan het einde van dit hoofdstuk worden belangrijke begrippen beschreven die gebruikt worden in de vraagstelling. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader besproken. Hierin worden relevante theorieën en modellen beschreven aan de hand van literatuur. De beschreven theorieën en modellen worden uiteindelijk gebruikt in het ontwerpen van de topiclijst. Overige informatie over de methodologie staat beschreven in hoofdstuk 3. Uiteindelijk vloeit uit de interviews data voort, wat weergegeven wordt in hoofdstuk 4, het resultatenhoofdstuk. In hoofdstuk 5 worden de conclusies en aanbevelingen beschreven voor afdeling X. Als laatste zal nog ingegaan worden op de sterke en zwakke punten van dit onderzoek.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

Dit hoofdstuk beschrijft het probleem op macro- meso- en microniveau. Met macroniveau wordt het landelijke beleid bedoeld, mesoniveau staat voor het probleem op gemeenteniveau en ontwikkelingen binnen instelling Y. Het microniveau gaat over het probleem op afdeling X. De hierbij betrokken actoren staan in de tekst vermeld. Uit de probleemanalyse zal een probleemschets en doelstelling vloeien met hierbij passende hoofd- en deelvragen. De begripsafbakening zal verder ingaan op begrippen die gebruikt worden binnen het hoofdstuk en deze concretiseren.

1.1 Probleemanalyse

1.1.1 Macro

In Nederland zijn er circa 280.000 mensen die lijden aan een ernstig psychiatrische aandoening (Trimbos-instituut, z.j.), waarvan 160.000 mensen gebruik maken van langdurige geestelijke gezondheidszorg (Delespaul & Consensus Groep EPA, 2013). Op dit moment vinden er grote veranderingen plaats in de langdurige geestelijke gezondheidszorg, welke van invloed zijn op deze groep mensen. Allereerst is in Nederland sprake geweest van een verzorgingsstaat, waarbij gebruikelijk was dat mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hadden voor langere periodes in instellingen opgenomen werden. Hier kregen zij passende psychische hulp (Hooijmans, 2012). Inmiddels heeft de verzorgingsstaat door stijgende kosten plaats gemaakt voor de participatiesamenleving (Movisie, 2015). Om te kunnen participeren is in 2012 door het Nederlandse kabinet besloten dat cliënten die langdurig klinisch opgenomen zijn actief begeleid moeten worden naar een terugkeer in de samenleving. Door middel van herstelondersteuning zouden cliënten die voor lange tijd opgenomen zijn zich kunnen ontwikkelen op het gebied van autonomie, het vergroten van het sociale netwerk en het verkrijgen van toekomstperspectief (Den Boer, 2015). Daarnaast wordt er meer beroep gedaan op de betrokkenheid van alle burgers, die een actievere rol krijgen om iedereen de mogelijkheid te geven om deel te nemen in de maatschappij (Delsen, 2016). Dit zou voorkomen dat mensen waarbij sprake is geweest van langdurige zorg eenzaam raken en zich niet nuttig voelen in de samenleving. De participatiesamenleving zou mensen in hun kracht zetten waardoor iedereen weer mee telt, ook mensen die meer zorgbehoevend zijn (Movisie, 2015). Om deze mogelijkheid tot participatie te kunnen realiseren, wordt er ook bezuinigd op het aantal klinische opname mogelijkheden. De beddenreductie in de geestelijke gezondheidszorg zal geld vrijmaken voor het verbeteren van de faciliteiten voor ambulante zorg (Spijker, 2012). Deze beddenreductie, die in 2020 een derde moet zijn van de peildatum in 2008, moet plaatsmaken voor de opbouw van ambulante zorg, om ook mensen met een intensievere zorgvraag ambulant te kunnen begeleiden (Trimbos Instituut, 2012). Echter bestaat er de angst dat door de beddenreductie en de nadruk op de eigen regie en autonomie van de cliënten, deze kwetsbare groep mensen aan hun lot over gelaten wordt en niet de zorg krijgt die zij nodig heeft (Spijker, 2012). In het kader van de ambulantisering is De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 2015 vervangen door de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Ook is hier de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bijgekomen. Beide wetten vallen sinds 2015, na de decentralisatie van de zorg, onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (Monitor Langdurige Zorg, z.d.).

1.1.2 Meso

In de gemeente Eindhoven is met ingang van de nieuwe WMO in 2015 WIJEindhoven opgericht. Deze organisatie draagt verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de WMO. WIJEindhoven is een organisatie die als doel heeft de zelfredzaamheid en participatie van de hulpbehoevende inwoners van Eindhoven te bevorderen. Kenmerkend aan WIJEindhoven is dat zij geen specialistische zorg leveren, maar werken met generalisten die zich naast de WMO ook richten op inkomen, participatie en de Jeugdwet (WIJEindhoven, 2018). De WMO is gericht op het ondersteunen van cliënten en kijkt hierbij naar de behoeftes van de aanvrager maar ook naar welke mogelijkheden de persoon nog heeft, met als doel dat de aanvrager zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen met ambulante ondersteuning (Aslami, 2016). Dit betekent niet dat intramurale zorg, ofwel een klinische opname, onmogelijk is. Een mogelijkheid tot langdurige intramurale zorg blijft, deze is gewaarborgd door de WLZ. Echter, het verkrijgen van de juiste indicatie voor een langdurige opname is minder eenvoudig geworden (Zorgwijzer, 2014).

Naast beleidsveranderingen en transities van de landelijke overheid naar de gemeenten, heeft er de afgelopen jaren ook binnen instelling Y een verandering plaatsgevonden. Instelling Y heeft in 2014 het Planetree label behaald, dit staat voor het geven en krijgen van mensgerichte zorg (GGzE, 2014). Planetree heeft een aantal belangrijke pijlers, namelijk: een helende omgeving, betere zorg en een gezonde organisatie (Planetree Nederland, 2018). Ook eigen regie speelt hierbij een belangrijke rol. Instelling Y gelooft namelijk in dat door het hebben van eigen regie, de cliënten in hun kracht komen te staan en gebruik kunnen maken van hun talenten. Dit creëert mogelijkheden voor zowel de cliënten als de professionals waar zij mee samenwerken (GGzE, z.d.-a). Instelling Y is zich gaan richten op het behalen van het Planetree label, toen zij het belang van de cliënten uit het oog dreigde te verliezen. Jarenlang lag de nadruk op het verbeteren van technologie, het registreren van de ziektekosten en andere taken die niet in het teken stonden van zorg van mens tot mens. Door het Planetree label is de nadruk weer terug komen te liggen op waar Instelling Y voor staat (GGzE, z.d.-b). Naast het Planetree label is ook het Willem Kleine Schaars model geïmplementeerd binnen een aantal afdelingen binnen instelling Y, waaronder afdeling X. Dit model draagt bij aan het bevorderen van de eigen regie. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van zaakwaarnemers die samen met de cliënten afspraken maken, waarbij de cliënten een prominente rol krijgen in deze besluitvorming (Evers & Venneman, 2013). Het doel van de implementatie van het WKS-model was dat de eigen regie van cliënten vergroot werd. Echter, blijkt uit gesprekken met de professionals dat zij nog niet tevreden zijn over de mate waarin het WKS-model toegepast wordt op afdeling X.

1.1.3 Micro

De cliënten op afdeling X die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis zijn opgenomen binnen instelling Y toen er in Nederland nog sprake was van de klassieke verzorgingsstaat. Participatie stond op dat moment nog niet op de voorgrond. Van deze groep cliënten, voor wie zorg eerst vanzelfsprekend was, wordt nu verwacht dat ze eigen regie en verantwoordelijk nemen, omdat zij niet zonder meer zorg kunnen blijven ontvangen (Movisie, 2015). De huidige ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg, die gericht zijn op beddenreductie en het creëren van een

participatiesamenleving, evenals die visie van instelling Y, staan haaks op de mate van eigen regie die cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis op afdeling X nemen.

Cliënten op afdeling X benoemen regelmatig dat ze angstig zijn voor de maatschappij, dit wijten ze voornamelijk aan de snelheid waarmee de samenleving zich nu ontwikkelt. Zij willen niet meer weg van afdeling X, wat zij als hun thuis ervaren en waar zij vierentwintig uur per dag een beroep kunnen doen op de zorg. Een professional van afdeling X geeft aan dat een aantal van de cliënten van de betrokken behandelaar de belofte hebben gekregen nooit meer te hoeven verhuizen (persoonlijke communicatie, 29 augustus 2018). Deze belofte wordt door de cliënten aangehaald wanneer professionals met hen in gesprek willen gaan over vervolgstappen in het herstelproces. Toch wordt er door het team van professionals verwacht dat een ontwikkeling plaatsvindt in het herstelproces van de cliënten en dat zij daar zelf regie in nemen. Het behouden van eigen regie tijdens een opname is een onderdeel van het herstelproces, zodat de cliënten met zo min mogelijk hulp van de professionals kunnen functioneren. Hierdoor stijgt de zingeving van de cliënt en krijgen zij weer vertrouwen in de maatschappelijke rol die zij kunnen vervullen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Dit draagt uiteindelijk bij aan de maatschappelijke participatie (Movisie, 2015). Echter, cliënten zijn wantrouwend over het leveren van een eigen bijdrage om hun herstel te bevorderen. Hierdoor leggen de cliënten de regie in handen van de professionals en dragen zelf nauwelijks verantwoordelijkheid voor hun herstelproces op afdeling X. De professionals van afdeling X vragen zich af of het echt om wantrouwen en angst gaat, of dat het uit handen geven van de regie een strategie is van de cliënt om op afdeling X te kunnen blijven (persoonlijke communicatie, 29 augustus 2018). Ondertussen wordt de opnameduur van deze cliënten steeds langer en de professionals geven aan dat ze dit erg vrijblijvend vinden.

De professionals van afdeling X geven aan dat zij ervaren dat de cliënten enkel eigen regie nemen, wanneer het hen uitkomt en zij hier iets mee kunnen bereiken. Dan zou er zelfs sprake zijn van een hoge mate van eigen regie en zelfstandigheid. Zodra het gewenste effect uitblijft, geven de cliënten de regie uit handen. Volgens de professionals van afdeling X hebben de cliënten op dat moment de neiging om de professionals probleemeigenaren te maken van het probleem dat zij zelf ervaren, met daarbij de verwachting dat de professionals het probleem ook oplossen. Dit is niet bevorderlijk om een (gedrag)verandering te bewerkstelligen (Krawitz & Watson, 2003). Volgens een professional van afdeling X is er sprake van het uitblijven van een hulpvraag door cliënten. Ze kloppen aan bij de professionals met een probleem, maar verwachten van de professional een oplossing (persoonlijke communicatie, 28 augustus 2018). Hierbij ontbreekt het aan een inbreng van de cliënten zelf. Regelmatig komt het dan voor dat er oplossing aangereikt worden door de professionals. Hierdoor wordt volgens de professionals van afdeling X weinig beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten, waardoor de cliënten een passievere houding aannemen in hun behandeling (persoonlijke communicatie, 28 augustus 2018). Uit gesprekken met professionals die werkzaam zijn op afdeling X blijkt dat zij niet goed weten hoe zij het tij kunnen keren. Er bestaat nog geen gedeelde afdelingsvisie van waaruit professionals de cliënt kunnen ondersteunen bij het nemen van eigen regie. Regelmatig ontstaan discussies over hoe om te gaan met de desbetreffende cliënten, waaruit blijkt dat er veel verschillende meningen en omgangsvormen bestaan binnen het team van

professionals. Dit zorgt ervoor dat er geen saamhorigheid is over hoe ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie uitgevoerd zou moeten worden en er geen verandering plaatsvindt op afdeling X (persoonlijke communicatie, 24 augustus 2018).

1.2 Probleemstelling en verificatie

1.2.1 Probleemstelling

Uit de probleemanalyse is gebleken dat de inrichting van de zorg in Nederland is veranderd van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Deze verandering heeft gevolgen voor de herstelvisie in de geestelijke gezondheidszorg. Het is niet meer vanzelfsprekend dat cliënten langdurig opgenomen kunnen blijven, maar van belang dat cliënten gaan participeren in de maatschappij. Op afdeling X is een groep cliënten die al tientallen jaren opgenomen is binnen instelling Y. Het blijkt dat de cliënten die opgenomen zijn op afdeling X en gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis, nauwelijks eigen regie nemen tijdens hun opname, maar deze regie in handen geven van de professionals. De cliënten blijven hierdoor afhankelijk van de 24-uurs zorg binnen afdeling X, wat haaks staat op de visie van instelling Y. De professionals die werken binnen afdeling X hebben onvoldoende kennis en vaardigheden om deze groep cliënten te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X.

1.2.2 Verificatie

Voorafgaand aan dit onderzoek is het thema uitgebreid besproken met meerdere professionals die werkzaam zijn op afdeling X, waarvoor dit onderzoek geschreven wordt. Tijdens een vergadering hebben de professionals van afdeling X laten weten het gesignaleerde probleem voor het onderzoek relevant te vinden (persoonlijke communicatie, 28 augustus 2018). De professionals van afdeling X hebben aangegeven niet goed te weten hoe zij cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Met cliënten die andere diagnoses hebben dan een persoonlijkheidsstoornis en die opgenomen zijn op afdeling X ervaren zij hier minder moeite mee. Zij hebben aangegeven graag handvaten te willen om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis optimaal te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie gedurende hun opname binnen afdeling X. Een van de professionals van afdeling X zegt het hierover tijdens een telefoongesprek met de onderzoeker dat het een probleem is wat al lang speelt op de afdeling. Er wordt door de professionals regelmatig over gesproken, maar er worden geen concrete afspraken gemaakt. De professionals willen in principe alles inzetten als team om de cliënten te ondersteunen, maar bereiken niet het gewenste effect omdat zij niet consequent zijn. Zij zouden graag aanbevelingen willen ontvangen, om ervoor te zorgen dat het geen terugkerend probleem blijft (persoonlijke communicatie, 28 augustus 2018).

Binnen instelling Y is er vaker onderzoek gedaan naar onderwerpen die raakvlakken hebben met de vraagstelling van dit onderzoek. Echter blijkt uit gesprekken met de professionals op afdeling X dat eerdere onderzoeken niet hebben bijgedragen aan voldoende handvaten en aanbevelingen voor het probleem dat in dit onderzoek beschreven is (persoonlijke communicatie, 29 augustus 2018). Doordat dit onderzoek specifiek afgebakend is tot enkel cliënten die gediagnostiseerd zijn met een

persoonlijkheidsstoornis, wordt er aandacht geschonken aan een doelgroep en thema waarmee professionals op afdeling X nog problemen ervaren.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van het onderzoek is om kennis en inzichten te vergaren over hoe professionals die werkzaam zijn op afdeling X cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis optimaal kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X. Op basis daarvan zullen er aanbevelingen gedaan worden die de kwaliteit van ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie zullen verbeteren, waarbij uitgegaan wordt van de behoeftes van zowel de professionals als van de cliënten.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Wat hebben professionals die werkzaam zijn op afdeling X binnen instelling Y nodig om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X?

1. Hoe ervaren de professionals die werkzaam zijn op afdeling X op dit moment de ondersteuning die zij bieden bij het vergroten van de eigen regie aan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?
2. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren die professionals die werkzaam zijn op afdeling X ervaren met betrekking tot het bieden van ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie aan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?
3. Welke ondersteuningsbehoeften hebben de cliënten op afdeling X die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis in het kader van het vergroten van eigen regie?

1.5 Begripsafbakening

1.5.1. Instelling Y

Instelling Y is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Brabant. Binnen instelling Y zijn verschillende afdelingen en zorgeenheden die zich op een terrein bevinden. Ook biedt instelling Y ambulante (specialistische)zorg aan mensen uit Eindhoven en omstreken (GGzE, z.d.-c).

1.5.2. Afdeling X

Afdeling X is een open afdeling binnen instelling Y. Op deze afdeling verblijven 32 cliënten met ernstig psychiatrische aandoeningen. Deze cliënten hebben zeer uiteenlopende diagnoses. Op afdeling X is er sprake van 24-uurs zorg, overdag door het vaste team van professionals, in de nacht kan men een beroep doen op de nachtdienst. Het open karakter van de afdeling houdt in dat de deuren van de afdeling op zijn en cliënten vrij zijn zich binnen en buiten de afdeling te begeven.

1.5.3. Professionals

In dit onderzoek zijn professionals de medewerkers die betaald werkzaam zijn op afdeling X. Deze medewerkers zijn geschoold in de verpleegkunde of in hetagogisch werken. Zij werken op afdeling X in de functie van (verpleegkundig) begeleider.

1.5.4. Cliënten

Met cliënten worden in dit onderzoek de cliënten bedoeld die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis en verblijven op afdeling X. Wanneer een andere groep cliënten aangehaald wordt binnen dit onderzoek zal dit specifiek worden vermeld in de tekst.

1.5.5. Persoonlijkheidsstoornis

In dit onderzoek is de onderzoeksvraag gericht op het ondersteunen van cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis, bij het vergoten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X. Met een persoonlijkheidsstoornis worden extreme kenmerken in de persoonlijkheid bedoeld, die van grote invloed zijn op het functioneren van de cliënt. Er worden door mensen die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis problemen ervaren met de identiteit en met intermenselijke relaties. Persoonlijkheidsstoornissen komen voor in verschillende clusters, die elk verschillende kenmerken hebben (excentriek, dramatisch, angstig) (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). In dit onderzoek worden persoonlijkheidsstoornissen in de breedste vorm bedoeld.

1.5.6. Ondersteunen

In dit onderzoek wordt met ondersteuning bedoeld dat de professionals de cliënten begeleiden bij het vergoten van de eigen regie, waar zij dit zelf nog niet kunnen. De mate en inhoud van deze ondersteuning is afhankelijk van de cliënt. De ondersteuning is specifiek gericht op de doelgroep waar dit onderzoek over geschreven wordt, namelijk cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis. Voor deze doelgroep is het belangrijk dat de ondersteuning die zij krijgen gericht is op dat de autonomie van de cliënt gewaarborgd blijft. Dit houdt in dat zij ondersteund worden bij het inrichten van hun leven naar hun eigen doelen en wensen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

1.5.7. Eigen regie

“Vermogen van iemand om zelfstandig te bepalen hoe zijn leven op verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, sociale contacten, eruit moet zien; ook de mogelijkheid om iemand zo veel mogelijk regie te laten houden over zijn leven wanneer hij zorg en/of begeleiding nodig heeft”

(Thesaurus Zorg en Welzijn, 2018). In dit onderzoek wordt met eigen regie bedoeld dat de cliënten verantwoordelijkheid nemen voor hun doelen en wensen tijdens hun opname op afdeling X. Deze doelen en wensen kunnen gericht zijn op meerdere levensgebieden, maar ook op het toewerken naar herstel. In een onderzoek van Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) over persoonlijkheidsstoornissen staat beschreven dat het nemen van eigen regie een onderdeel is van het

herstelproces van deze cliënten.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In het theoretisch kader zullen theorieën en modellen worden beschreven die een bijdrage kunnen leveren aan het beantwoorden van de hoofdvraag: 'Wat hebben professionals die werkzaam zijn op afdeling X binnen instelling Y nodig om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X?' De onderwerpen die in het theoretisch kader beschreven staan, zijn relevant voor zowel het aandeel van de professionals als de cliënten. Er zal ingegaan worden op wat een persoonlijkheidsstoornis inhoudt, alvorens er thema's uitgewerkt zullen worden die raakvlakken hebben met de vraagstelling. Zo zullen de thema's hospitalisatie, motiverende gespreksvoering, het Ondersteuning bij Eigen Regie model, herstelondersteuning, empowerment en het WKS model uiteengezet worden.

2.1 Persoonlijkheidsstoornissen

De doelgroep die in dit onderzoek worden onderzocht, is de groep cliënten op afdeling X die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis. Het is relevant om dit thema uit te werken, omdat het zo meer informatie biedt over de problematiek waarmee deze cliënten te kampen hebben.

Een persoonlijkheidsstoornis is een psychische stoornis die zich kan ontwikkelen in de periode waarin een kind zich als een volwassene ontwikkelt en die tot op latere leeftijd nog merkbaar is. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren voornamelijk problemen op de volgende gebieden: "identiteit (zelfbeeld); zelfsturing (het behalen van persoonlijke doelen); en/of verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties)" (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p.10). Een persoonlijkheidsstoornis komt vaak voor bij mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen (Delespaul & Consensus Groep EPA, 2013). Meer dan de helft van de mensen die bekend is in de geestelijke gezondheidszorg lijdt namelijk aan een persoonlijkheidsstoornis (Van, Ingenhoven, Draijer, 2015). De ideeën over wat een persoonlijkheidsstoornis inhoudt liggen ten grondslag aan het biosociaal-leermodel van Millon. Dit model gaat uit van de begrippen beloning en bekrachtiging, ook wel reinforcement genoemd (Sprey, 2002). Millon (Sprey, 2002) beschrijft in het biosociaal-leermodel het gedrag wat voorkomt uit een persoonlijkheidsstoornis en wat de stoornis in stand houdt als volgt:

"Het leren van inadequaal en zelfondermijnd gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen vindt plaats door steeds weer herhaalde ervaring en volgens de volgende principes:

- positieve reinforcement, de toename van voordelen die dit gedrag oplevert;*
- negatieve reinforcement, de afname van nadelen die dit gedrag geeft;*
- te weinig leren ('underlearning')."*

Om erachter te komen welke gedragskenmerken het vergroten van de eigen regie vermoeilijken, is het van belang te weten wat opvallende gedragskenmerken en eigenschappen zijn. Het hierboven omschreven biosociaal-leermodel kan hier aan bijdragen, evenals kennis over de verschillen tussen de persoonlijkheidsstoornissen en bijpassende karakteristieke kenmerken. Volgens het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p. 11) bestaan er tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Deze zijn verdeeld over drie verschillende

hoofdcategorieën, cluster A, cluster B en cluster C. De symptomen bepalen onder welk cluster de stoornis valt. Persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster A kenmerken zich door wantrouwen. Hierbij is dan ook sprake van een paranoïde component (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Persoonlijkheidsstoornissen in cluster B kenmerken zich door de impulsiviteit, prikkelbaarheid en grilligheid van de stemming van cliënten die lijden aan deze stoornis. De meest bekende stoornis in cluster B betreft de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Opvallend aan het verloop van deze stoornis is dat er op latere leeftijd een grote verbetering in gedragskenmerken kan plaatsvinden (Eurlings-Bontekoe, Verheul, & Snellen, 2017). In cluster C zit een afhankelijke en vermijdende component verweven. Ook is er soms sprake van dwangmatigheid bij cliënten die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis uit dit cluster (Eurlings-Bontekoe et al., 2017). Naast deze tien persoonlijkheidsstoornissen is er ook nog de persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO). Dit houdt in dat er wel sprake is van de symptomen van een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen, maar dat de klachten niet de categoriseren zijn onder een van de tien beschreven stoornissen. Daarnaast moet ook de ernst van de problematiek vergelijkbaar zijn met de persoonlijkheidsstoornissen zoals ze beschreven staan in de DSM-5 (Van, Ingenhoven, & Draijer, 2015).

Kenmerkend aan cliënten die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis, voornamelijk de borderline-persoonlijkheidsstoornis, is dat bij grote verandering hun emotionele perceptie fluctueert. Opvallend is dat de emotionele perceptie snel wisselt tussen een ideaalbeeld, of juist een onderwaardering van objecten, andere personen of zichzelf. Dit resulteert in een afwisseling tussen aantrekkingsgedrag of afstotingsgedrag door de cliënten, wat verwarrend kan zijn voor zowel de cliënten als de hulpverleners die hen begeleiden (Pec, Bob & Radoch, 2014).

2.2 Hospitalisatie

In dit onderzoek ligt de nadruk op het vergroten van de eigen regie bij cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis. Het is belangrijk om te weten wat hospitalisatie inhoudt, om erachter te komen wat voor consequenties dit heeft voor het nemen van eigen regie. Vervolgens kan gekeken worden naar wat professionals kunnen doen om hospitalisatie tegen te gaan.

Zoals in de probleemanalyse beschreven staat, zijn de cliënten op afdeling X vaak al voor tientallen jaren binnen instelling Y opgenomen. Zij hebben geen zelfstandig leven kunnen leiden en zijn afhankelijk van de zorg die de instelling hen biedt. Dit kan de cliënten zodanig aantasten, met als gevolg dat er sprake kan zijn hospitalisatie. Dit houdt in dat de cliënten gedragsveranderingen laten zien die ongewenst zijn, waarvan de oorzaak hiervan te herleiden is naar de langdurige opname binnen een instelling (BTSG, 2016).

Enkele voorbeelden van hospitalisatie zijn dat er weinig initiatief meer genomen wordt en de mensen passiever worden. Zij verliezen interesse in zichzelf en de omgeving, motivatie om mee te doen aan activiteiten en dergelijken neemt sterk af. Daarnaast neemt ook de authenticiteit van gehospitaliseerde cliënten af, zowel op uiterlijk vlak als in hun gedragingen. Zo zijn cliënten die gehospitaliseerd zijn sneller geneigd om minder aandacht te besteden aan hun uiterlijk. Ook stellen zij zich veel

afhankelijker op en nemen weinig regie meer over hun eigen leven. Het gedrag past zich aan naar de zorg die men krijgt, dit is een bedreiging voor de cliënten omdat zij risico lopen om afgestompt te raken en angstig kunnen worden voor nieuwe ervaringen (BTSG, 2016). Cliënten die gehospitaliseerd zijn wonen vaak binnen instellingsterreinen waar zij afgezonderd zijn van de samenleving, dit is ook het geval op afdeling X. Alle klinisch opgenomen cliënten van instelling Y zijn gecentraliseerd op een terrein waar zich ook voorzieningen als tandartsen en huisartsen en dergelijke bevinden. Dit maakt het tegengaan of verminderen van hospitalisatie niet eenvoudig, gezien het contact met de buitenwereld hierdoor verloren gaat (BTSG, 2016).

Om hospitalisatie tegen te gaan is het belangrijk dat de cliënten behandeld worden als individuele personen en niet als een zogenaamde doelgroep. Hierbij moeten professionals zorg dragen dat de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt gestimuleerd blijft, zodat de cliënt zich weer nuttig kan voelen. Ook is het van belang dat de cliënten, ondanks dat ze binnen een instelling verblijven, betrokken worden bij de samenleving. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door vrienden of kennissen te betrekken bij het leven van de cliënten en andersom (BTSG, 2016).

2.3 Motiverende gespreksvoering

Uit de probleemanalyse komt naar voren dat cliënten weinig motivatie hebben om hun gedrag ten opzichte van het nemen van eigen regie te veranderen. Om erachter te komen hoe professionals de cliënten hierbij kunnen ondersteunen, is het van belang dat ze weten hoe ze de cliënten kunnen ondersteunen bij het vergroten van de motivatie. Motiverende gespreksvoering is een methode die daar bij kan helpen (Brink, 2010).

Motiverende gespreksvoering is een 'evidence based' methodiek die professionals kunnen gebruiken om, door middel van het vergroten van de motivatie van de cliënten, gedragsverandering te bewerkstelligen bij cliënten. Professionals zien de voordelen van een gedragsverandering, echter zien cliënten deze positieve factoren niet altijd. Motiverende gespreksvoering gaat in op de ambivalentie van cliënten, wat betekent dat ze zowel wel als geen verandering willen laten zien (Brink, 2010). Er zijn verschillende soorten motivatie, namelijk intrinsieke en extrinsieke motivatie. Bij intrinsieke motivatie is er sprake van dat de cliënt iets zelf wil, hierbij komt de motivatie van binnenuit. Bij extrinsieke motivatie wordt er uitgegaan van dat de cliënt iets moet. De motivatie wordt dan als het ware opgelegd. Intrinsieke motivatie werkt het beste om gedragsverandering te kunnen realiseren (Veen & Goijarts, 2012). De methode van motiverende gespreksvoering is opgedeeld in twee verschillende onderdelen. Het eerste deel is gericht op het ontdekken van de ambivalentie bij de cliënt en het uitlokken van verandertaal. Dit wil zeggen dat de cliënten een bepaalde gedragsverandering gaan uitspreken, waardoor hun motivatie stijgt. Wanneer de professionals dit onderzocht hebben, kan er overgegaan worden naar stap twee. Hierbij worden de cliënten door middel van het stellen van vragen over de gedragsverandering geprikkeld om een plan te maken. Dit plan is gericht op de doelen en wensen van de cliënten en wordt niet opgelegd door professionals, de professional dient enkel ter ondersteuning (Brink, 2010).

2.4 Herstelondersteuning

Het ondersteunen bij eigen regie is een onderdeel van de cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg. Deze cultuurverandering richt zich op herstel en herstelondersteuning, waarvoor cliënten en professionals met elkaar moeten samenwerken (Boevink et al., 2015). Het is relevant om het herstelproces op te nemen in het onderzoeksrapport, omdat eigen regie een onderdeel is van het herstelproces. Dit herstelproces bestaat uit vier verschillende fasen:

1. Overweldigd worden door de aandoening;
2. Worstelen met de aandoening;
3. Leven met de aandoening;
4. Leven voorbij de aandoening (Boevink et al., 2015).

Wanneer cliënten bezig zijn met herstellen betekent dit dat zij ondanks hun psychische aandoening weer zin en betekenis kunnen geven aan het leven. Deze betekenisgeving ontstaat door de verandering van rollen, opvattingen en waarden die voortkomen uit het herstelproces. Herstelde of herstellende cliënten kunnen alsnog last ervaren van symptomen van de psychische aandoening. Cliënten leren leven en omgaan met hun aandoening. Dit is niet hetzelfde als een volledige genezing van de aandoening (Dröes, 2015). Professionals kunnen bijdragen aan dit herstelproces door de cliënten te ondersteunen bij het veranderen van hun rollen, opvattingen en waarden. Hierbij is het van belang dat de professional uitgaat van de behoeftes van de cliënt en zich hier ook bij aansluit. Present zijn (met aandacht aanwezig) is een bevorderende eigenschap in het herstel. Daarnaast kan het stimuleren van de eigen kracht en eigen regie van de cliënten kan bevorderend zijn voor het herstelproces van de cliënten. Professionals moeten zich continu afvragen of de ondersteuning die zij bieden bevorderlijk is voor het verder brengen van de cliënten in het herstelproces (Dröes, 2015).

2.5 Empowerment

Empowerment en eigen regie gaan hand in hand met elkaar (Bouwman, 2015). De onderzoeker heeft ervoor gekozen om dit begrip op te nemen in het theoretisch kader omdat empowerment kan bijdragen aan het vergroten van de eigen regie. Volgens Bouwman (2015) betekent empowerment dat individuen gebruik maken van hun krachten en hier zelf ook verantwoordelijkheid in nemen. Zij laten zich niet meer lijden door hun beperking en leggen zich niet neer bij hun kwetsbaarheid, maar versterken zichzelf juist. Door de mindset van empowerment toe te passen in het werk vindt er een verschuiving plaats in de zorg waarbij er voornamelijk een beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënten. De professionals kunnen cliënten ondersteunen bij het vinden en ontwikkelen van de krachten die zij bezitten. Bouwman (2015) spreekt over individuen in plaats van een groep, om uit te drukken dat de krachten, wensen en doelen per persoon erg verschillend zijn. Het is dan ook belangrijk voor de professionals om aan te passen aan elke individuele cliënt. Door middel van het vergroten van de kennis en vaardigheden van de cliënten, werken professionals mee aan het bevorderen van de zelfredzaamheid en autonomie van de cliënten (Bouwman, 2015).

2.6 Willem Kleine Schaars model

Op afdeling X wordt sinds een aantal jaar gewerkt met het Willem Kleine Schaars model. Dit zal verder in de tekst als WKS-model aangeduid worden. Het WKS-model is een model wat is ontwikkeld

voor het bevorderen van de eigen regie bij mensen die afhankelijk zijn en zeggenschap verliezen over hun eigen leven, dit komt onder andere voor in de psychiatrie. Het begrip zelfbepaling is dan ook leidend in dit model (Kleine Schaars, 2014). Omdat de vraagstelling in gaat op de huidige situatie op afdeling X en het WKS-model op dit moment gebruikt wordt op de afdeling, is het relevant dit model op te nemen in het onderzoeksrapport.

Het WKS-model is in eerste instantie op enkele afdelingen binnen instelling Y geïmplementeerd om dwang- en drangmaatregelen te voorkomen. Het model biedt hulpverleners richtlijnen voor bepaalde hulpverleners rollen. Door het correct uitvoeren van die rollen krijgen cliënten meer zeggenschap over hun eigen leven, waardoor de mogelijkheid dat er strijd ontstaat tussen hulpverleners en cliënten vermindert. Het model gaat uit van mogelijkheden van de cliënt, niet van de dingen die zij niet kunnen. Deze mogelijkheden worden kaders genoemd, welke in overeenstemming tussen de hulpverleners en de cliënten worden bepaald (Evers & Venneman, 2013). Het model maakt onderscheid tussen drie rollen, de zaakwaarnemer, de procesbegeleider en de ondersteuner. De zaakwaarnemer is de hulpverlener die samen met de cliënt opzoek gaat naar kaders die passend zijn voor de cliënt. Op afdeling X heeft elke cliënt een zaakwaarnemer. Als blijkt dat de cliënt ondervraagt of juist overvraagt wordt door de kaders die gesteld zijn, is het aan de zaakwaarnemer de cliënt hiermee te confronteren en de kaders bij te stellen. De procesbegeleider is iemand waarmee de cliënt dingen kan delen, zonder dat dit gerapporteerd wordt. Dit wordt op afdeling X ook wel de vrije ruimte genoemd. Een procesbegeleider heeft geen mening en wordt dan ook niet meegenomen in de besluitvorming over de cliënt waar hij of zij procesbegeleider van is (Evers & Venneman, 2013). De laatste rol binnen het model is de ondersteuner, in het geval van afdeling X is dat elk teamlid, behalve de zaakwaarnemer en de procesbegeleider. De ondersteuners zorgen ervoor dat de zaakwaarnemer op de hoogte blijft over of de cliënt zich aan de gemaakte afspraken houdt die binnen het kader passen. Mede op basis van de signalen van de ondersteuners, kan een zaakwaarnemer beslissen de kaders die gesteld zijn samen met de cliënt aan te passen (Evers & Venneman, 2013).

Hoofdstuk 3: Methodologie

Dit hoofdstuk gaat in op de onderzoekspopulatie, de steekproef en de anonimiteit. Hiermee wordt duidelijk welke respondenten gekozen zijn en waarom (Boeije, 2016). Daarnaast zullen de dataverzamelmethode en het meetinstrument (zie bijlage 2 en 3) uitgelegd worden. Hierna wordt in dit hoofdstuk aandacht geschonken aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Als laatste zal een data-analyse plaatsvinden, alvorens de onderzoeker de resultaten zal beschrijven.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

3.1.1 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek bestaat de onderzoekspopulatie uit de professionals van afdeling X en de cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis. De professionals zijn zowel mannen als vrouwen in de leeftijd tussen de 28 en 63 jaar. De professionals zijn opgeleid op zowel MBO als HBO niveau en hebben de opleidingsachtergrond van zowel verpleegkundige als agoog. Ze hebben allemaal minstens een jaar werkervaring op afdeling X, daarnaast werken ze allemaal minstens 5 jaar voor instelling Y. De cliënten hebben de leeftijd tussen de 39 en 51 jaar, zij zijn allemaal gediagnostiseerd met een persoonlijkheidsstoornis of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast is er ook sprake van andere diagnoses. Deze hebben echter niet meegeteld in het bepalen van de onderzoekspopulatie. Er is gekozen om zeven professionals die werkzaam zijn op afdeling X te interviewen en drie cliënten die verblijven op afdeling X. Het onderzoek richt zich immers enkel op de situatie op afdeling X. Om antwoorden te krijgen op de vraagstelling is het van belang dat er zowel professionals als cliënten worden geïnterviewd. Hierdoor kan de onderzoeksvraag vanuit beide partijen beantwoord worden en kunnen de aanbevelingen gericht worden op de behoeftes van zowel de professionals als de cliënten.

3.1.2. Steekproef

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gerichte steekproef. De steekproef voor de cliëntenrespondenten is gekozen op basis van de theorieën die beschreven staan in het theoretisch kader. De onderzoeker is nagegaan welke cliënten gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis en de regie uit handen geven. Op basis van deze criteria is besloten dat er drie cliënten geïnterviewd kunnen worden. Deze cliënten functioneren op redelijk hoog niveau, er is sprake van een gemiddeld IQ. Daarnaast is het belangrijk dat de cliënten voldoende stabiel zijn om geïnterviewd te worden. Dit is besproken met de persoonlijk begeleiders van de cliënten. Ook bij de professionals is sprake van een gerichte steekproef. De professionals zijn gekozen op basis van een breed scala aan eigenschappen. Zo zijn leeftijd, geslacht en werkervaring meegenomen in het bepalen van de steekproef om een zo gevarieerd mogelijke onderzoekspopulatie te creëren (Baarda et al., 2018). Om de betrouwbaarheid te vergroten is bij het bepalen van de steekproef gekozen voor respondenten die minimaal een jaar werkervaring hebben op afdeling X. De leeftijden van de respondenten variëren van 28 tot 63 jaar. Omdat er binnen afdeling X minder mannen werken dan vrouwen, zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke professionals geïnterviewd. Geen onderscheid is gemaakt tussen professionals die actief bezig zijn met het vergroten van eigen regie en professionals die hier minder actief mee bezig zijn. De professionals zijn via een e-mail benaderd of zij willen

meewerken aan het onderzoek. De cliënten zijn persoonlijk benaderd om de doelstelling van het onderzoek persoonlijk aan hen uit te leggen, maar ook omdat een persoonlijke benadering beter past bij het contact wat onderhouden wordt met de cliënten op afdeling X.

3.1.3. Anonimiteit

Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen is gekozen om de naam van de organisatie en afdeling waar het onderzoek voor geschreven wordt niet te benoemen. Deze staan aangeduid met organisatie Y en afdeling X. Zo is niet te achterhalen om welke afdeling, professionals en cliënten het gaat. Daarnaast worden er geen namen van respondenten genoemd, maar worden zij in de resultatensectie aangeduid met de codes 'P' voor professional en 'C' voor cliënten. De interviews zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Deze data zal worden vernietigd wanneer het onderzoek met een voldoende afgerond is. De respondenten hebben een toestemmingsformulier gekregen dat zij hebben moeten ondertekenen alvorens het interview is afgenomen. In dit toestemmingsformulier is benadrukt dat het onderzoek en de verzamelde data anoniem zullen blijven en het interview opgenomen en getranscribeerd zal worden (bijlage 1). Hiermee is getracht de respondenten voldoende informatie te verschaffen om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor deelname aan het onderzoek (Baarda et al., 2018). Vanwege het hoge niveau van de cliënten is er gekozen om het toestemmingsformulier voor professionals en de cliënten hetzelfde te formuleren.

3.2 Dataverzamelmethode

Door middel van kwalitatief onderzoek wordt antwoord gegeven op de vraagstelling. Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode zodat er diepgang aangebracht kan worden in het thema (Baarda et al., 2018). Door middel van diepte-interviews wordt informatie vergaard omtrent het thema ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie bij cliënten. Er wordt gekeken naar de huidige situatie op afdeling X en naar de bevorderende en belemmerende factoren voor het ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Daarnaast worden ook de behoeftes van de cliënten meegenomen, namelijk met de vraag wat zij achten nodig te hebben aan ondersteuning. Door middel van de diepte interviews krijgen de respondenten de mogelijkheid hun eigen ervaringen te delen met de onderzoeker. De resultatensectie is gebaseerd op de antwoorden uit de interviews, oftewel de verzamelde data (Boeije, 2016). Bij de professionals is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Bij deze vorm liggen er al hoofd- en deelvragen vast in een topiclijst (bijlage 2 en 3). Toch heeft de onderzoeker de ruimte om door te vragen bij relevante thema's die niet vastgelegd liggen in de hoofd- en deelvragen. Op die manier kan er meer gedetailleerde informatie worden verkregen (Baarda et al., 2018). Ook bij de cliënten is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Dit geeft de cliënten de mogelijkheid om open en in hun eigen taal te spreken over hun ervaringen (Baarda et al., 2018). Er wordt rekening gehouden met de beleving die cliënten hebben bij het begrip eigen regie. Zo wordt in de interviews gevraagd of zij in hun eigen woorden kunnen uitleggen wat eigen regie voor hen inhoudt. Ook is gekozen om de termen persoonlijkheidsstoornis en diagnose niet veelvuldig te benoemen, omdat dit stigmatiserend zou kunnen zijn voor de cliënten. Er is sprake van 'informed consent', daar de respondenten voorafgaande aan het interview een toestemmingsformulier hebben gekregen waarin het onderwerp en de doelstelling van het onderzoek beschreven staan

(bijlage 1). De respondenten hebben hierdoor de ruimte om nog vragen te stellen of hun deelname te heroverwegen alvorens zij een handtekening zetten onder het toestemmingsformulier.

3.3 Meetinstrument

3.3.1. Topiclijsten

De hoofd- en deelvragen en andere relevante onderwerpen zijn opgenomen in de topiclijsten (bijlage 2 en 3). Deze geven handvaten voor het stellen van de interview vragen. Omdat niet alle vragen voor beide groepen respondenten relevant zijn, is gekozen om twee verschillende topiclijsten te maken. De topiclijsten voor dit onderzoek zijn voortgekomen uit het theoretisch kader en de vraagstelling van dit onderzoek (zie bijlage 2 en 3). Ze zijn ontworpen ter ondersteuning van de interviews en semigestructureerd ingedeeld. Beide topiclijsten beginnen met een aantal vragen om basale informatie te verkrijgen van de respondent. Bij de professionals is dit de leeftijd, de functie binnen de afdeling en de werkervaring van minstens één jaar. Daarna worden verschillende thema's uit het theoretisch kader aangehaald om de kennis en mening van de professionals te achterhalen. Zo zijn de thema's hospitalisatie, motivatie en empowerment, het WKS-model en de persoonlijkheidsstoornis opgenomen in de topiclijst. Vervolgens wordt in de topiclijst ingegaan op de vraagstelling. Hierbij is het belangrijk dat de onderzoeker doorvraagt op de antwoorden van de professionals. De standaardvragen voor de cliënten zijn gericht op leeftijd, opnameduur op afdeling X, opnameduur binnen instelling Y en opnameduur elders. Vragen aan de cliënten zijn korter, waardoor het niet te ingewikkeld of verwarrend wordt voor de cliënt om antwoord te geven. Ook hierbij is het van belang dat de onderzoeker doorvraagt op wat de cliënten vertellen, om zo meer diepgang te creëren in de interviews. De interviews met de cliënten zijn gericht op het kunnen beantwoorden van de vraagstelling, zonder dat er terminologie uit het theoretisch kader wordt gebruikt.

Er is een proefinterview afgenomen bij een professional van afdeling X. Hierdoor zijn er nog een aantal vragen aan de topiclijst voor de professionals toegevoegd en is er voor gekozen om een korte inleiding te geven per onderdeel. Ook is op het einde nog dieper ingegaan op wat randvoorwaarden zijn voor de respondenten om de cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Het proefinterview bedroeg 62 minuten, de onderzoeker is er daarom vanuit gegaan dat er voldoende vragen in de topiclijst stonden om een diepte interview te kunnen voeren.

3.3.2. Betrouwbaarheid

De respondenten zijn geïnformeerd over het onderzoeksthema en de doelstelling van dit onderzoek om ervoor te zorgen dat ze op goed op de hoogte waren van de inhoud van het interview. De respondenten zijn gevraagd na te denken of ze deel wilden nemen aan het onderzoek en indien ze hiervoor open stonden, een afspraak te maken voor het interview. Ook hebben de respondenten voorafgaande aan het interview allemaal een toestemmingsformulier ondertekend om te bevestigen dat ze deel wilden nemen aan het interview. De respondenten zijn allemaal geanonimiseerd. Zij hebben aangegeven dit erg prettig te vinden en het gevoel te hebben hierdoor vrij te kunnen antwoorden. Daarnaast hebben zowel de professionals als de cliënten aan mogen geven waar zij het

interview wilden laten plaatsvinden. De meeste van hen gaven de voorkeur aan een comfortroom: een kamer buiten de afdeling die bedoeld is om te kunnen ontspannen. Een professional gaf de voorkeur aan een overdrachtsruimte. Een van de cliënten gaf voorkeur aan de eigen kamer. Alle interviews zijn een-op-een gevoerd, zonder dat andere mensen konden zien of horen wat zich afspeelde in de ruimte waar het interview werd afgenomen. Door gehoor te geven aan de wensen van de respondenten is de betrouwbaarheid van de interviews vergroot.

3.3.3. Interne en externe validiteit

Uit het theoretisch kader is een topiclijst voortgekomen. De onderwerpen in deze topiclijst zijn een leidraad geweest voor de interviews. In zowel de interviews met professionals als de interviews met de cliënten zijn alle vragen die in de topiclijst stonden, gesteld, om continuïteit te creëren en hiermee de interne validiteit te vergroten.

Er is geen sprake van externe validiteit van dit onderzoek, daar dit onderzoek enkel voor afdeling X binnen instelling Y wordt uitgevoerd. De resultaten die uit de interviews voortkomen hebben betrekking op afdeling X. De conclusies en aanbevelingen zullen enkel geschreven worden voor afdeling X. Hierdoor zijn ze niet generaliseerbaar voor andere afdeling of instellingen.

3.4 Data-analyse

Na het afnemen van de interviews, worden deze door de onderzoeker getranscribeerd, wat betekent dat ze volledig uit worden getypt. Daarna worden de interviews geprint, zodat de interviews gecodeerd kunnen worden. Deze verschillende codes worden opgenomen in een codeboom (Boeije, 2016). Omdat in dit onderzoek sprake is van twee steekproeven, namelijk de professionals en de cliënten, is er gekozen om twee verschillende codebomen te maken (zie bijlage 4 en 5). Hiermee worden de resultaten gerangschikt onder de twee verschillende steekproeven, waardoor de informatie uit de interviews eenvoudiger te herkennen is.

Als eerste stap worden fragmenten uit de interviews geselecteerd op basis van de relevantie voor het beantwoorden van de vraagstelling. De relevante data wordt door de onderzoeker gelabeld, zodat deze data later eenvoudig teruggevonden kan worden in de transcripties. Fragmenten die irrelevant zijn voor beantwoording van de vraagstelling worden verwijderd. Nadat een onderscheid is gemaakt tussen relevante en irrelevantie data, gaat de onderzoeker de relevante data open coderen. Dit houdt in dat alle onderwerpen die benoemd worden in de interviews als open code in de codeboom worden toegevoegd. Daarna wordt er gekeken naar overeenkomsten in de data. Wanneer meerdere respondenten onderwerpen benoemen in het interview, kan hier een axiale code aan gegeven worden. Bijvoorbeeld: meerdere respondenten benoemen in de interviews dat er sprake is van hospitalisatie bij cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis, daarom kan er als axiale code het woord 'hospitalisatie' worden gebruikt. In dit onderzoek zijn voornamelijk de topics uit de topiclijst leidend geweest voor het bepalen van de axiale codes. Na het axiaal coderen wordt er nog meer structuur aangebracht in de data door selectieve codes te gebruiken. Dit wordt gedaan door de vraagstelling te koppelen aan de axiale en open codes. De vraagstelling wordt daarom gebruikt als selectieve code, om uiteindelijk de resultaten te kunnen beschrijven (Baarda et al., 2018).

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk zal door middel van de data die verzameld is uit de interviews met de verschillende respondenten, antwoord gegeven worden op de deelvragen die voor dit onderzoek opgesteld zijn. De volgorde van de deelvragen vormen de indeling voor dit hoofdstuk. De resultaten zullen worden versterkt met citaten van de respondenten. Citaten van professionals zullen worden aangeduid in dit resultatenhoofdstuk met bijvoorbeeld de code 'P1'. De citaten van de cliënten zullen worden aangeduid met bijvoorbeeld de code 'C1'.

De feitelijke steekproef bedraagt negen respondenten. Er zijn zeven professionals geïnterviewd. Respondent P7 is zaakwaarnemer van twee cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis. In de praktijk krijgt respondent 7 regelmatig te maken met cliënten die de regie uit handen geven. Het interview met respondent 7 is erg waardevol geweest voor het beschrijven van de resultaten, daarom is er gekozen om meerdere citaten uit dit interview te gebruiken in het resultatenhoofdstuk. Er zijn uiteindelijk twee cliënten geïnterviewd in plaats van drie. De derde cliënt kon ten tijde van de interviews niet deelnemen vanwege een verminderde psychische conditie.

4.1 Antwoorden op de deelvragen

4.1.1. Deelvraag 1

Hoe ervaren de professionals die werkzaam zijn op afdeling X op dit moment de ondersteuning die zij bieden bij het vergroten van de eigen regie aan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

4.1.2. Resultaten

Deze resultaten worden geschreven vanuit het perspectief van de professionals. In de onderstaande tekst staan zij aangeduid als respondenten.

Volgens alle respondenten is absoluut sprake van ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie op afdeling X. Echter, geven alle respondenten ook aan dat ze ontevreden zijn over de mate van ondersteuning die op dit moment geboden wordt. Dit is volgens een aantal respondenten te wijten aan een gebrek aan visie. Ze missen een bepaald beleid van waaruit ze kunnen werken, bepaalde richtlijnen die ze kunnen aanhouden. Deze richtlijnen zijn gericht op het vergroten van de eigen regie, maar ook op de bejegening naar mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Eenduidigheid wordt gemist, zowel tussen de professionals, als van de professionals naar het behandelteam. Enkele respondenten zijn van mening dat het ontbreken van een eenduidig beleid en bejegeningswijze het vermogen van de cliënten om eigen regie te nemen aantast, omdat er te veel verschillende richtingen in worden gegaan. Dit maakt het volgens hen onduidelijk, voor zowel het team, als voor de cliënten. Dit zou volgens hen ziekmakend werken en de cliënten podium geven om te kunnen splitten.

'Collega's handelen soms anders, beantwoorden de vraag van een patiënt soms anders, of zetten dingen anders in. Terwijl dat eigenlijk niet goed is voor de cliënt. De cliënt, ja, onderdeel van de

persoonlijkheidsstoornis is een beetje het splitten, over de grenzen gaan van een ander. De cliënt krijgt daar denk ik wel heel veel podium voor, als niet iedereen hetzelfde handelt.’ – P2

Twee respondenten geven aan dat onlangs gewerkt is aan een nieuw visiedocument, waar ook visie op ondersteuning bij eigen regie en bejegening bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in is opgenomen. Dit zou volgens deze respondenten kunnen bijdragen aan een verbetering in de attitude van het team, om de neuzen dezelfde kant op te kunnen laten staan. Deze vernieuwde visie zal gericht zijn op de kracht van de cliënten, de mogelijkheden die zij hebben. Het merendeel van de respondenten is van mening dat de cliënten op dit moment onvoldoende in hun kracht worden gezet, dat te snel taken van hen overgenomen worden. Daarbij wordt ook gezegd dat de ondersteuning die op dit moment geboden wordt onvoldoende afgestemd is op de cliënten. Zo is volgens de respondenten weinig ruimte om ondersteuning te kunnen faciliteren, waarbij de cliënten zelf de mogelijkheden en insteek kunnen bepalen. Enkele respondenten benoemen dat daarnaast ook weinig beroep wordt gedaan op de eigen regie, vanwege hun ziekte. Ze geven aan dat te snel gedacht wordt dat de cliënten iets niet kunnen, hier storen zij zich aan. Een van de respondenten gaf hierover aan dat hij dit een voorbeeld vindt van slechte hulpverlening.

‘Het is dramatisch, rampzalig, onmenselijk! En ik ben nou heel gechargeerd, ik ben nou heel direct. Ik denk dat geluk betekent dat jij, dit vind ik ook heel mooi aan WKS, de regie hebt over je eigen functioneren. Dus hoe completer jij jezelf bent, hoe completer jij je eigen mogelijkheden kunt benutten, hoe meer mens je bent. Dat is wat wij mensen moeten kunnen bieden, maar wat wij veel te weinig bieden. Dat raakt me. Ik vind dat wij daarin tekort komen, ik vind het geen goede zorg.’ - P7

Behalve dat respondenten aangeven dat te weinig uitgegaan wordt van wat de cliënten willen en kunnen, geven respondenten ook aan dat er vaak overgenomen wordt uit onwetendheid. Een aantal respondenten geven aan dat ze zien dat er soms collega's om de tuin geleid worden. Enkele van hen wijten dit aan het gebrek aan ervaring bij de desbetreffende collega's met deze problematiek. Hierdoor zouden zij soms keuzes maken in de bejegening die niet ten behoeve zijn van het welzijn van de cliënt. Anderen geven aan dat dit ook te maken kan hebben met de complexiteit van de doelgroep. De cliënten zijn soms erg onvoorspelbaar, geven de respondenten aan. Het ene moment lukt het om de juiste vragen te stellen en te spiegelen, waardoor de cliënten de regie weer terugnemen, op andere momenten lukt dit niet. Twee respondenten gaven aan dat zij op dit moment bezig zijn om een training te organiseren over hoe om te gaan met ontwrichting, om dit soort situaties te voorkomen. Een belangrijk aspect van deze training is dat ook dieper ingegaan wordt op de problematiek van de doelgroep. Het doel van deze training is volgens de respondenten om meer kennis te vergaren over de doelgroep en vervolgens een eenduidige bejegeningswijze te kunnen bepalen.

‘De doelgroep is nu erg veranderd, is zwaarder geworden en er is veel persoonlijkheidsproblematiek bijgekomen, waar we dus weinig kennis over hebben. Wat ook maakt dat je soms door de cliënten op het verkeerde been wordt gezet en niet altijd precies weet wat je daar nou mee moet. Waardoor je

soms dingen over aan het nemen bent, wat helemaal niet nodig is als je er meer kennis over zou hebben.’ - P6

Bijna alle respondenten ervaren de motivatie van de cliënten als erg laag wanneer het gaat om het nemen van eigen regie. Het merendeel van hen geeft aan erg zoekende te zijn naar manieren hoe ze de cliënten kunnen ondersteunen bij het vergroten van die motivatie. Enkele respondenten ervaren de motivatie zo ontzettend laag, waardoor zij zelf ook moeite hebben gemotiveerd te blijven. Drie respondenten geven aan dat ze soms de neiging hebben om dingen over te nemen, omdat dit nou eenmaal minder tijd kost, ook al zijn de respondenten zich er van bewust dat dit niet bevorderend is voor de ontwikkeling van de cliënten.

‘Dat we ons bewust blijven om een stukje regie bij cliënten neer te zetten en het niet over te nemen. Het is soms zo makkelijk om het in sommige gevallen vlug even zelf te doen. Van hup, dat doe ik wel even. Maar ja, daar help je de cliënt natuurlijk niet mee.’ - P3

Hoewel het merendeel van de respondenten van mening is dat de motivatie van de cliënten bij het nemen van eigen regie laag is, zijn ook een aantal respondenten die het tegenovergestelde aangeven. Volgens deze respondenten zou de motivatie van deze cliënten juist opvallend hoog zijn, wanneer het iets betreft wat de cliënten belangrijk vinden. Dit wordt door enkele respondenten als lastig ervaren, omdat de scheidingslijn tussen wanneer iemand echt ondersteuning heeft bij eigen regie en wanneer iemand de regie bewust uit handen geeft, steeds vager wordt.

‘Ik denk dat deze mensen makkelijk kunnen gedijen thuis, in hun eigen omgeving. En vanuit daaruit begeleiding krijgen van bijvoorbeeld een FACT, van buitenaf. Maar dat ze niet vierentwintig uur lang mensen kunnen bellen voor alles, want dat maakt hun denk ik wel zieker. Ze zijn er niet bij gebaat om hier weg te kunnen kwijnen, dat is gewoon geen gezonde situatie.’ – P2

Een aantal respondenten geeft aan dat zij van mening zijn dat er cliënten op de afdeling verblijven, waarbij sprake is van voldoende mogelijkheid tot eigen regie. Deze cliënten zouden meer capaciteiten hebben dan waar op dit moment gebruik van gemaakt wordt. Zij storen zich eraan dat deze cliënten een klinisch bed bezet houden. Volgens deze respondenten zouden deze cliënten beter af zijn in een zelfstandige woning met ambulante begeleiding.

4.2.1. Deelvraag 2

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren die professionals die werkzaam zijn op afdeling X ervaren met betrekking tot het bieden van ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie aan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

4.2.2. Resultaten

Deze resultaten worden geschreven vanuit het perspectief van de professionals. In de onderstaande tekst staan zij aangeduid als respondenten.

Bij de vraag welke bevorderende en belemmerende factoren de respondenten ervaren, geeft het merendeel van de respondenten als eerste aan dat de afdeling op dit moment erg groot is en de werkdruk erg hoog. De grootte van de volledige cliëntenpopulatie, 32 cliënten met verschillende diagnoses, maakt het volgens een aantal respondenten lastig om aandacht te besteden aan zaken als het vergroten van de eigen regie. Er is volgens de respondenten te weinig personeel om cliënten optimaal en bewust te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Daarentegen wordt wel erg positief gereageerd op de openheid van de afdeling. Door het open karakter zijn een aantal respondenten sneller geneigd om cliënten op pad te sturen, iets dat de eigen regie kan vergroten. Ook zeggen de respondenten dat ze hiermee de cliënten aan kunnen sporen tot een activiteit, zonder dat de werkdruk hoger wordt. Door veranderingen in organisatie Y ervaart een deel van de respondenten namelijk dat meer neventaken bij het werk zijn gekomen. Deze neventaken nemen veel tijd in beslag, die de respondenten liever zouden willen investeren in de cliënten. Volgens de respondenten vindt door deze factoren weinig groei plaats bij de cliënten, het proces van het nemen van eigen regie stagneert. De respondenten zouden de cliënten bijvoorbeeld willen meenemen om te onderzoeken hoe zij zich buiten het instellingsterrein staande houden. Dit gaat vaak niet, geven de respondenten aan. De aandacht gaat voornamelijk uit naar het bedenken en faciliteren van korte termijn oplossingen, om escalaties te voorkomen. Ook de verschillen in de cliëntenpopulatie zouden volgens twee respondenten een belemmerende factor zijn. Volgens deze respondenten worden de cliënten die nog mogelijkheden hebben om door te groeien, geplaatst tussen cliënten voor wie afdeling X een verblijfsafdeling is. De respondenten geven aan dat het hierdoor lastig is om individuele passende ondersteuning te kunnen bieden, omdat de variatie van cliënten erg groot is.

'Stel je zou één kant van de afdeling hebben voor mensen waar bij de intake al duidelijk is dat er veel doorstroommogelijkheden zijn, dat je die aan één kant hebt. Waardoor je ook bewust kunt kiezen, oké, ik ga op die kant werken. En dat je een andere kant hebt voor mensen die chronisch in de psychiatrie verblijven en waarbij dit een eindhalte is. Die heb je natuurlijk ook. Dat je een duidelijkere schifting kunt maken.' - P6

Twee respondenten benoemen de vele wisselingen in het team als een factor die ondersteuning bij eigen regie vermoeilijkt. Het inwerken van nieuwe collega's kost tijd, tijd die ten koste gaat van de tijd die je aan de cliënten kunt besteden. Andere respondenten laten weten het soms lastig te vinden om in een team te werken met veel nieuwe collega's, omdat zij nog weinig ervaring hebben met de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook zouden zij volgens de respondenten nog onvoldoende op de hoogte zijn van de werkwijze en methodieken die het team gebruikt, hierbij noemt het merendeel van de respondenten het WKS-model. Nieuwe collega's hebben volgens de respondenten nog onvoldoende kennis om een rol uit het WKS-model uit te kunnen voeren, zoals een zaakwaarnemerschap of een procesbegeleiderschap (Kleine Schaars, 2014). De respondenten geven aan dat dit erg belangrijk is, omdat het WKS-model erg helpend is bij het bieden van ondersteuning bij eigen regie. Alle respondenten hebben dan ook aangegeven dat het WKS-model een bevorderende factor is dat zij dagelijks gebruiken. Echter, wordt daar ook door alle respondenten een kanttekening

tegen geplaatst. Ze zijn het unaniem eens over het feit dat hier onvoldoende gebruik van wordt gemaakt. De methodiek leeft niet meer, de kennis vervaagt en de respondenten geven aan dat ze hierdoor steken laten vallen.

'Ik vind dat WKS zeker bijdraagt, dat we zeker in proces zijn om mensen in contact te brengen met hun mogelijkheden. Maar, daar kunnen we nog een enorme stap in maken. We moeten ons in WKS verdiepen, WKS op een trouwere manier inzetten waar het echt voor bedoeld is.' – P7

Een andere belemmerende factor die het merendeel van de respondenten benoemt, is dat er sprake is van hospitalisatie bij de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. De respondenten geven aan dat door de manier waarop de zorg vroeger was ingericht, de cliënten niet meer gewend zijn om zelfstandig na te denken. Respondenten geven aan dat er teveel betutteld wordt. Die betutteling leidt vervolgens tot een gebrek aan uitdaging bij de cliënten. Volgens de respondenten heeft dat als gevolg dat de afdeling als vrijblijvend wordt ervaren, waarbij er weinig verwacht wordt van de cliënten. Door dit gebrek aan verwachtingen worden de cliënten steeds passiever. Dit is niet bevorderlijk voor het herstelproces, omdat de eigen regie hier ook door afneemt. Hoewel een groot deel van de respondenten van mening is dat de cliënten gehospitaliseerd zijn, komt er ook een ander geluid van de respondenten. De cliënten met een persoonlijkheidsstoornis zouden, meer dan cliënten met een andere diagnose, veel contacten hebben met mensen van buiten het terrein. Zou zouden zij ook activiteiten hebben buiten het terrein die tijdens hun opname zijn gecontinueerd. Een deel van respondenten spreekt daarin van een voordeel, omdat op die manier een beroep gedaan wordt op de eigen regie van de cliënten. Een ander deel vindt dit ook schrijnend, omdat de regie die genomen wordt zich beperkt tot gebieden waar de cliënten interesse in hebben. De respondenten weten niet goed hoe ze de ondersteuning die zij bieden hier op aan moeten passen.

'Het nemen van eigen regie in dingen die ze leuk vinden, die ze graag doen, wat ze nog wel aan kracht hebben en aan relaties hebben daarbuiten. Dan denk ik, dan nemen ze redelijk wat regie. Gelukkig ook, want het is heel belangrijk om die dingen vast te houden. Maar als het gaat om verandering, om handvaten om beter met hun moeilijke emoties en dingen om te gaan, dan vind ik die regie nog erg beperkt.' – P4

De respondenten willen de cliënten graag wat positiever willen benaderen, echter blijkt de grilligheid die het ziektebeeld met zich meebrengt dit te vermoeilijken. Zo geven alle respondenten aan dat empowerment een werkende methode kan zijn om cliënten in hun kracht te zetten. Echter, blijkt volgens de respondenten dat in de praktijk toch vaak negatieve aandacht uitgaat naar de cliënten. Een van de respondenten geeft aan dat dit te maken heeft met de incidenten die gebeuren op de werkvloer met deze cliënten. Hierdoor is het moeilijk stil te staan bij de krachten van de cliënt, maar ligt de nadruk meer op dingen die niet goed gaan. Alle respondenten geven aan hier wel verandering in aan te willen brengen. De respondenten zijn er van overtuigd dat het gebruik maken van de krachten van de cliënten kan leiden tot meer eigen regie.

'Ik denk dat er heel veel tijd opgaat aan de negatieve aspecten. Als je hoort dat hele diensten opgaan aan overplaatsingen naar de High Intensive Care, uit de vijver vissen van mensen, noem maar op. Politie, brandweer, alles wat gebeld wordt. Nee, op het moment gaat er denk ik heel veel negatieve energie aan dat soort dingen op.' - P5

Bijna alle respondenten geven aan dat ze verwachten dat motiverende gespreksvoering van positieve invloed kan zijn op de ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie bij cliënten. Hoewel daar nu nog te weinig gebruik van gemaakt wordt, willen een aantal van de respondenten dit in de toekomst wel meer toe passen in hun werk. De respondenten hebben aangegeven behoefte te hebben aan meer kennis over de methodiek, om het op eenduidig en juiste manier uit te voeren. De respondenten verwachten dat door middel van het gebruiken van motiverende gespreksvoering de intrinsieke motivatie van de cliënten zal vergroten en hiermee ook een gedragsverandering zal plaatsvinden.

'Motiverende gespreksvoering kan hier wonderen in bereiken! Als je het goed inzet, op de juiste manier, kun je mensen tot onderzoek verleiden. En tot groei. Het is een heel belangrijk instrument voor mij met mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Luisteren, spiegelen, gidsen, coachen. Zo min mogelijk sturen. Gecalculeerd risico durven nemen, zodat je die intrinsieke motivatie van de cliënt raakt.' - P7

Enkele respondenten geven aan dat zij een moment missen om te kunnen ventileren over hun ervaringen met de cliënten. De complexiteit van de doelgroep en het splitgedrag wat zij kunnen vertonen, maken dat sommige respondenten het lastig vinden om met deze cliënten te blijven werken. Zij zouden graag een moment willen in de week waarin zij kunnen sparren over zij om moeten gaan met bepaalde situaties, maar waarin zij ook hun hart kunnen luchten. De respondenten denken dat dit kan bijdragen aan meer draagkracht binnen het team om deze cliënten te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie.

4.3.1 Deelvraag 3

Welke ondersteuningsbehoeften hebben de cliënten op afdeling X die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis in het kader van het vergroten van eigen regie?

4.3.2. Resultaten

Deze resultaten worden geschreven vanuit het perspectief van de cliënten. In de tekst staan zij aangeduid als respondenten.

Beide respondenten geven aan dat eigen regie voor hun betekent dat ze de mogelijkheid krijgen om zelf beslissingen te nemen. De respondenten geven aan dit erg belangrijk te vinden, omdat het hen het gevoel geeft dat ze in hun waarde worden gelaten. Een van hen geeft aan dat ze zich zonder eigen regie een verblijfscliënt voelt, waarbij het hoogst haalbare al is bereikt. De respondenten benoemen dat zij in het verleden, toen zij niet opgenomen waren, erg zelfstandig waren. Een hen geeft aan dat ze hierdoor ook allergisch is voor betutteling, ze heeft immers altijd zelf haar boontjes

moeten en kunnen doppen. Met betutteling wordt door deze respondent bedoelt dat professionals de neiging hebben om oplossingen aan te dragen, of dingen over te nemen terwijl de respondent het gevoel heeft iets prima zelf te kunnen. Het betuttelende karakter maakt dat de cliënt zich soms minderwaardig voelt ten opzichte van de professionals.

'Ik kan heel veel zelf omdat ik lang alleen heb gewoond. Ik bedoel, ik kookte zelf al voor mijn tiende. Als mij nou nog de les voorgeschreven wordt door iemand, dan heb ik daar ontzettend veel moeite mee.' – C1

Er zou volgens beide respondenten te weinig beroep gedaan worden op het vermogen om zelf keuzes te kunnen maken over wat goed voor hen is. Dit heeft volgens een van hen ook te maken met de instelling –en afdelingsregels. Door dat bepaalde regels zijn opgesteld, bijvoorbeeld dat cliënten niet meer zelfstandig een afspraak mogen maken bij de huisarts, zou dit het voor de respondent moeilijker maken om zelf initiatief te nemen tot eigen regie. De respondent geeft aan dit wel te willen doen, maar het kan niet omdat de regels dit nou eenmaal voorschrijven. Zij geeft aan dit erg jammer te vinden, omdat op die manier zelfs kleine taken overgenomen worden. Hierbij benoemt zij ook de drukte op de afdeling als oorzaak. Volgens de respondent zou het makkelijker zijn om een professional te vragen om een taak over te nemen, dan dit zelf uit te voeren onder begeleiding, vanwege alle stappen die er ondernomen moeten worden om die taak zelf uit te voeren.

'Er worden heel veel dingen niet samen gedaan omdat, of het heel veel tijd kost, of omdat het afspraken zijn of regelgeving is. Of omdat mensen het gewoon te druk hebben en geen tijd ervoor hebben. Eigen regie kost natuurlijk meer tijd, of dat het personeel zelf even belt, of dat jij eerst je gesprek gaat voorbereiden, moet gaan bellen, een terugkoppeling moet geven voor de rapportage. Dan ben je een half uur bezig met een telefoontje.' – C2

Beide respondenten geven aan het prettig te vinden als zij gewezen worden op mogelijkheid tot het nemen van eigen regie. Zo geven zij beiden aan soms geneigd te zijn automatisch te vragen aan professionals of zij iets willen doen, omdat zij niet meer gewend zijn dit zelf te doen. De respondenten geven aan gebaat te zijn bij het gezamenlijk zoeken van een oplossing, dit sluit ook beter aan bij hun behoeften. Een van hen geeft aan het onprettig te vinden wanneer een professional ook aanspoort om de regie uit handen te geven. Hiermee bedoelt de respondent met name dat bijvoorbeeld kalmerende medicatie aangeboden wordt, zonder dat zij hier om gevraagd heeft. Beide respondenten zijn van mening dat dit zaken zijn waar zij zelf regie over kunnen hebben en waar zij ook regie in zullen nemen. Zij wijten dit aan de drukte op de afdeling waardoor zij het idee krijgen dat dit zij onvoldoende regie krijgen op dit soort momenten. Een respondent geeft aan dat de mate waarin zij eigen regie kan nemen fluctueert. Dit heeft onder andere te maken met hoe zij zich voelt, het kan daarom ook per dag verschillen. De respondent is van mening dat de ondersteuning bij eigen regie hier dan ook op afgestemd zou moeten worden. Haar wens hierbij is dat er per dag bekeken wordt naar wat haar draagkracht is en dat de mate van ondersteuning vanuit de professionals hierop aangepast wordt. Volgens de respondent zouden er dan meer medewerkers nodig zijn op de werkvloer, zodat deze

begeleiding op maat gefaciliteerd kan worden.

'Ik zou willen dat er meer individueel gekeken wordt naar wat iemand nodig heeft. Dat er meer wordt gekeken per dag, de ene dag kun je bedenken dat het je wel lukt, de andere dag lukt het niet meer. Ook zouden er meer medewerkers mogen zijn, om dingen met je te ondernemen en te oefenen met eigen regie.' – C2

De respondenten geven aan dat zij het prettig vinden wanneer de zaakwaarnemer met hen in gesprek gaat over hun wensen en beslissingen. Echter, vinden de respondenten dat andere professionals dan hun zaakwaarnemer zich te veel bemoeien met de beslissingen die zij nemen. Zo zou het voor hen onduidelijk worden wat er van hen verwacht wordt. Om dit te voorkomen hebben de respondenten behoefte aan een selecte groep van professionals die op de hoogte is van de doelen en wensen van de respondenten. Op deze manier kan volgens een van hen efficiënt worden toegewerkt naar een zelfstandig functioneren waarbij het nemen van eigen regie vanzelfsprekend is. Op de vraag hoe de respondenten de toekomst voor zich zien, geeft een van hen aan niet meer weg te willen van afdeling X omdat ze gelukkig is met haar plek op deze afdeling. Zij heeft zich neergelegd bij de gedachte dat dit haar veilige plek is. Zij gelooft niet in ziek zijn en daarom ook niet in herstel. De andere respondent geeft juist aan haar toekomst niet te willen zien op afdeling X, maar soms wel angstig te zijn dat dit wel het geval zal zijn. Zij is bang voor achteruitgang en ziet haar mogelijkheden tot groei soms dalen, waardoor ze zich afvraagt of ze zich neer moet leggen bij de gedachte dat afdeling X de plek is voor haar. Zij geeft aan op dit moment erg aan het worstelen te zijn met haar rol in het herstelproces. Dröes (2015) zegt hierover dat het worstelen met een aandoening een van de stappen is binnen een herstelproces. Hierbij ervaart de respondent veel onzekerheid, de respondent benoemt hierbij dat zij afdeling X eerst zag als een plek voor enkel verblijfscliënten waar zij niet tussen past, maar dat zij nu steeds vaker denkt dat zij ook een verblijfscliënt is of zal worden.

'Mijn toekomst ligt denk ik niet op deze afdeling. Dat komt omdat er mensen met veel mogelijkheden en verblijfscliënten bij elkaar zitten. Als dit mijn toekomstbeeld is, dan vind ik het wel heel erg triest. Ik zou dat helemaal niet willen. Maar misschien is het te hoog gegrepen en zal ik misschien wel moeten accepteren dat ik op een afdeling als deze thuis hoor.' – C2

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de deelvragen, alvorens een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd wordt. Deze conclusies komen voort uit de resultaten die in hoofdstuk 4 beschreven staan. Aan het einde van dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gedaan worden voor de verbetering van de praktijk.

5.1 Antwoorden op de deelvragen

5.1.1. Deelvraag 1

Hoe ervaren de professionals die werkzaam zijn op afdeling X op dit moment de ondersteuning die zij bieden bij het vergroten van de eigen regie aan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

De professionals voelen zich op dit moment ontevreden over de mate van ondersteuning die zij bieden bij het vergroten van eigen regie bij cliënten. Dit is te wijten aan het ontbreken van een afdelingsvisie. Hierdoor ontstaat veel onduidelijkheid over de juiste bejegening en hoe deze visie en bejegening afdelings-breed kunnen worden ingezet. De professionals merken dat sommige collega's onvoldoende ervaring hebben met de doelgroep, waardoor zij niet altijd weten hoe zij om moeten gaan met de cliënten. De professionals zijn van mening dat zij teveel uitgaan van wat de cliënten niet kunnen. Hierdoor ligt de nadruk te veel op de ziekte en te weinig op de mogelijkheden en de regie van de cliënten.

5.1.2 Deelvraag 2

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren die professionals die werkzaam zijn op afdeling X ervaren met betrekking tot het bieden van ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie aan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis?

De professionals ervaren beduidend meer belemmerende factoren dan bevorderende factoren. Zowel interne als externe factoren maken het lastig aandacht te bieden aan individuele processen van de cliënten. Er zijn veel nieuwe collega's aangenomen die ingewerkt moeten worden, waardoor het team niet zo stabiel is als voorheen. Hierdoor mist kennis en ervaring binnen het team, zowel over de problematiek als over methodieken die kunnen bijdragen aan ondersteuning bij eigen regie. Het WKS-model wordt op dit moment niet trouw ingezet tijdens het werk. De respondenten hebben behoefte aan meer kennis om het WKS-model op een efficiëntere manier te implementeren. De eigen regie van cliënten wisselt sterk: enerzijds nemen zij veel regie als het gaat om dingen die zij belangrijk vinden, anderzijds wordt eigen regie gemist op momenten dat er sprake is van groeimogelijkheden. Volgens de professionals is hospitalisatie hier een oorzaak van. Door de cliënten langdurig te betuttelen zouden zij minder motivatie hebben om stappen te zetten. De doelgroep wordt door de professionals als complex ervaren. Met name de grilligheid van de problematiek vinden de professionals lastig. Hierdoor ligt de nadruk regelmatig op negatieve aspecten en wordt er weinig aandacht geschonken aan positieve gebeurtenissen en kenmerken. De professionals zouden zich graag meer willen richten op empowerment, om vanuit een positief oogpunt gebruik te maken van de eigen kracht van de cliënten. Ook wordt volgens de professionals te weinig gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering. Dit zouden zij wel willen toepassen binnen het werk. Het open karakter van afdeling

X wordt als bevorderende factor benoemd. De deuren staan altijd open en cliënten zijn vrij om zich binnen en buiten de afdeling te bewegen, ervaren de professionals meer mogelijkheden om de cliënten aan te sturen op het nemen van eigen regie.

5.1.3. Deelvraag 3

Welke ondersteuningsbehoeften hebben de cliënten op afdeling X die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis in het kader van het vergroten van eigen regie?

Om eigen regie te kunnen nemen is het voor de cliënten belangrijk dat zij niet betutteld worden. Zij vinden het niet prettig wanneer er dingen overgenomen worden, terwijl zij het gevoel hebben iets zelf te kunnen. Dit geeft hun een gevoel van minderwaardigheid. Volgens hen wordt te weinig beroep gedaan op het vermogen van de cliënten om eigen keuzes te maken. De cliënten willen graag dat de vragen die zij stellen aan professionals bij hen teruggelegd worden. Dit zou de cliënten motiveren om zelf na te denken over mogelijkheden en dingen uit te proberen. De mate van eigen regie die zij kunnen nemen, is volgens de cliënten per dag verschillend. Daarom zouden de cliënten het prettig vinden als er dagelijks met hen gekeken wordt naar de draagkracht die zij hebben om eigen regie te kunnen nemen. Dit geeft de professionals de mogelijkheid om de zorg hierop aan te passen. Volgens de cliënten wordt het WKS-model onvoldoende gebruikt op afdeling X. Het trouwer uitvoeren van de rollen als zaakwaarnemer, procesbegeleider en ondersteuner zou doeltreffender zijn. Ook vinden zij het prettig wanneer een selecte groep van professionals actief betrokken is bij hun proces. Dit vermindert de kans op onduidelijkheden.

5.2 Antwoord op de hoofdvraag

In het volgende stuk zal antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek:

Wat hebben professionals die werkzaam zijn op afdeling X binnen instelling Y nodig om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie tijdens hun opname op afdeling X?

De professionals missen op dit moment een eenduidige visie en kennis over de problematiek. Het is belangrijk dat eerst aandacht is om de deskundigheid van de professionals te bevorderen. Zowel professionals die al langer op afdeling X werken, als de nieuwe collega's moeten op de hoogte zijn van wat de problematiek inhoudt en welke bejegeningswijzen hierbij passend zijn. Dit is nodig om het team te kunnen stabiliseren en met de neuzen dezelfde kant op te staan. Binnen afdeling X zijn al methodieken geïmplementeerd om eigen regie te kunnen vergroten, echter worden deze momenteel onvoldoende gebruikt. Hierom is het belangrijk dat de kennis over het WKS-model opgefrist wordt, zodat de doelstelling van het model helder is en de rollen die het model voorschrijft weer trouwer ingezet kunnen worden. Wanneer de rollen van het WKS-model trouwer ingezet worden, raken ook minder mensen gemoeid met de individuele processen van de cliënten. Dit is tevens een aspect van het WKS-model waar de cliënten van hebben aangegeven dit als zeer positief te ervaren. De professionals van afdeling X hebben meer kennis nodig over motiverende gespreksvoering om deze methode toe te kunnen passen binnen het werk. Hiermee kunnen zij de intrinsieke motivatie van de cliënten stimuleren (Veen & Goijarts, 2012). Daarnaast hebben zij ook meer kennis en handvaten

nodig om uit te gaan van het principe van empowerment. Daarbij moet de aandacht niet liggen op het betuttelen van de cliënten, maar op hen te stimuleren om eigen regie te nemen. Belangrijk hierbij is dat uitgegaan wordt van de krachten van de cliënten (Bouwman, 2015). Hierdoor is er minder sprake van hospitalisatie, maar wordt er ook rekening gehouden met de concrete begeleidingsbehoeften van de cliënten. Zij zijn er bij gebaat dat zij gewezen worden op hun vermogen om eigen regie te nemen. Om te zorgen dat de draagkracht van de professionals niet afneemt, hebben zij het nodig om te kunnen ventileren. Een vast moment in de week waarin zij hun ervaringen kunnen delen kan ervoor zorgen dat de complexiteit van de doelgroep, met name het splitgedrag, geen verdeeldheid creëert binnen het team. Dit draagt bij aan het concretiseren van een eenduidige visie op het omgaan met cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en hoe hen te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie.

5.3 Aanbevelingen

In het onderstaande stuk worden aanbevelingen gegeven om de praktijk te kunnen verbeteren. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de behoeften van zowel de professionals als de cliënten.

1. De deskundigheid van professionals met betrekking tot het werken met cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis moet worden vergroot.

De professionals hebben behoefte aan meer kennis over de problematiek en passende bejegeningwijzen. Door meer inzicht te krijgen over de kenmerken van iemand met een persoonlijkheidsstoornis, kunnen professionals beter inspelen op hun gedrag. Aan deze behoefte kan worden voldaan door middel van deskundigheidsbevordering. Binnen organisatie Y wordt een training aangeboden die gericht is op het werken met cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Binnen afdeling X is er jaarlijks een opleidingsbudget om te besteden aan deskundigheidsbevordering. Dit opleidingsbudget zou gebruikt kunnen worden om deze training met het hele team te kunnen volgen.

2. Er moet een visiedocument worden geschreven.

Uit de conclusie komt naar voren dat de professionals op dit moment op meerdere vlakken een eenduidige visie missen. Zij hebben de behoefte om met alle neuzen dezelfde kant op te staan, zowel met collega's die al langer op afdeling X werken, als met nieuwe collega's. Om dit te kunnen bewerkstelligen is het belangrijk dat er teambreed nagedacht wordt over een visie die zowel gericht is op de problematiek als op het vergroten van de eigen regie bij cliënten. Hierbij is het van belang dat deze visie en daarbij horende afspraken vastgelegd worden in een document, zodat daar te alle tijden gebruik van kan worden gemaakt. Op deze manier kunnen de professionals gerichter interventies inzetten, die doordacht zijn en door het hele team gedragen worden. Dit heeft uiteindelijk als doel om de cliënten optimaler te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie.

3. Het WKS-model moet trouwer worden ingezet.

De professionals concluderen dat zij het WKS-model een prettige methodiek vinden om de cliënten te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Om het model trouwer te kunnen gebruiken, is het van belang dat binnen het hele team meer kennis ontstaat over de doelstelling en de inhoud van het

model. Binnen organisatie Y zijn verschillende WKS-coaches werkzaam, die trainingen geven over hoe het model werkt en hoe het model te implementeren is binnen een afdeling. Door nascholing te volgen via een van de coaches wordt de kennis van de professionals opgefrist en kunnen zij de rollen die het model voorschrijft beter uitvoeren. Het is daarbij belangrijk dat opnieuw een duidelijk onderscheid ontstaat tussen zaakwaarnemers, procesbegeleiders en ondersteuners (Evers & Venneman, 2013). Er is geconcludeerd dat er binnen afdeling X onvoldoende gebruik gemaakt wordt van de krachten en mogelijkheden van de cliënten. Het WKS-model draagt eraan bij dat de regie meer bij cliënten komt te liggen. Om dit te versterken is het belangrijk dat de intrinsieke motivatie van de cliënten gestimuleerd wordt door middel van motiverende gesprekstechnieken, zodat cliënten ook gemotiveerd zijn om de regie te nemen (Veen & Goijarts, 2012). Daarnaast kan door middel van empowerment meer nadruk worden gelegd op de krachten van cliënten, waardoor hun zelfredzaamheid bevordert wordt (Bouwman, 2015). Deze motiverende gesprekstechnieken kunnen worden gebruikt tijdens gesprekken met de cliënten. De principes van empowerment kunnen worden meegenomen wanneer binnen het team verschillende casussen worden besproken. Om de kennis over motiverende gesprekstechnieken en empowerment op te helderen, kan een klinische les gepland worden om deze twee methodieken te bespreken. Door de krachten en mogelijkheden van cliënten belangrijker te maken, wordt ook rekening gehouden met de begeleidingsbehoefte van de cliënten, namelijk dat zij graag verantwoordelijk gemaakt willen worden.

4. De professionals moeten de ruimte nemen om hun ervaringen regelmatig te ventileren.

In de conclusie wordt beschreven dat de professionals een moment missen om hun ervaringen te ventileren en hierdoor draagkracht verliezen. Het complexe gedrag van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, met name het splitgedrag, maakt dat sommige professionals het lastig vinden met deze doelgroep te blijven werken. Het is belangrijk dat er regelmatig aandacht geschonken wordt aan het delen van ervaringen. Dit kan plaatsvinden tijdens een werkoverleg waar ook de teamadviseur bij aansluit om dit gesprek te leiden, als een intervisor. Het is van belang dat er aandacht is voor wat de professionals nodig hebben om weer daad- en draagkrachtig te zijn.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk zal een koppeling gemaakt worden tussen de probleemanalyse en de conclusie. Ook wordt de praktische bruikbaarheid van het onderzoek beschreven. Daarnaast zullen de sterke en zwakke kanten van dit onderzoek beschreven worden aan de hand van voorbeelden. Afsluitend wordt de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek uiteengezet.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

In de probleemanalyse wordt beschreven dat een transitie heeft plaatsgevonden in de zorg waarbij er geen sprake meer is van een verzorgingsstaat, maar van een participatiesamenleving (Movisie, 2015). De participatiesamenleving is gericht op herstelondersteuning, waarbij mensen die al langdurig opgenomen zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg terug zouden kunnen keren in de samenleving (Den Boer, 2015). De beddencapaciteit wordt afgebouwd om financieel ruimte te maken voor een investering in de verbetering van de ambulante zorg. Mensen die intensieve zorg nodig hebben, zouden hier ook voor in aanmerking komen. Echter, wekt dit de zorg op dat deze mensen misschien wel aan hun lot over gelaten worden en teveel regie bij deze cliënten terecht komt (Spijker, 2012). Naast de transities op landelijk gebied, hebben ook gemeentelijke transities plaatsgevonden. Zo zijn de WMO en de WLZ in de handen van de gemeente terecht gekomen (Monitor Langdurige Zorg, z.d.). Het doel van de WMO is dat er meer nadruk wordt gelegd op ambulante zorg, waardoor de zorgvrager langer thuis kan blijven wonen (Aslami, 2016). Een mogelijkheid tot een klinische opname is er nog wel, maar het verkrijgen van een indicatie is minder eenvoudig dan voorheen (Zorgwijzer, 2014). In de probleemanalyse op microniveau blijkt dat de cliënten op afdeling X onvoldoende eigen regie nemen, terwijl dit zowel in de maatschappij als op de afdeling wel van hen wordt verwacht. De professionals erkennen in dit onderzoek dat zij onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om cliënten optimaal te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Hierdoor houdt het probleem dat cliënten onvoldoende eigen regie nemen aan, waardoor cliënten gebonden blijven aan afdeling X.

Het onderzoek is bruikbaar om een verandering aan te kunnen brengen in de interventies van de professionals. De probleemanalyse op microniveau en de probleemstelling hebben sterke overeenkomsten met de aanbevelingen die geschreven zijn. Tevens kan ook instelling Y door dit onderzoek nagaan of zij voldoende aandacht besteedt aan deskundigheidsbevordering binnen de teams. Momenteel worden namelijk cliënten met een persoonlijkheidsstoornis op afdeling X geplaatst, terwijl de professionals van mening zijn nog onvoldoende kennis en ervaring te hebben met de doelgroep. Daarnaast geeft instelling Y aan veel aandacht te besteden aan eigen regie van cliënten (GGzE, z.d.-a). Echter, blijkt uit het onderzoek dat de methode die daarvoor gebruikt wordt, namelijk het WKS-model, niet trouw genoeg wordt ingezet. Er zou aandacht besteedt kunnen worden aan nascholing die vanuit de instelling gefaciliteerd wordt. Naast factoren die in de probleemanalyse beschreven staan, blijken er tijdens dit onderzoek ook externe factoren een oorzaak te zijn geweest van het probleem. Zo hebben er veel verschuivingen plaatsgevonden binnen het team, waarin ervaren collega's zijn vertrokken en nieuwe collega's zijn aangenomen. Dit is een oorzaak waar de professionals van afdeling X geen invloed op hebben gehad.

6.2 Sterkte-zwakteanalyse

Aanvankelijk zouden in dit onderzoek drie cliënten en zeven professionals worden geïnterviewd. Bij het uitvoeren van de interviews bleek een van de cliënten niet langer deel te kunnen nemen vanwege een vermindering in de psychische conditie. Hierdoor zijn uiteindelijk maar twee cliënten geïnterviewd en is de vooraf beoogde gerichte steekproef kleiner geworden. Uitspraken over de doelgroep inde beantwoording van de vraagstelling zijn daarom niet generaliseerbaar (Baarda et al., 2018).

Daarnaast is een van de cliënt respondenten die in verband met haar persoonlijke opvattingen over het woord herstel, geen uitspraken wilde doen over dit onderwerp. De verhouding tussen het aantal professionals die aan de selectiecriteria voldeden en de uiteindelijk geïnterviewde professionals is zeven op acht. De vooraf beoogde gerichte steekproef is daarom ook gelijk gebleven aan de uiteindelijke steekproef (Baarda et al., 2018). De topiclijst is voortgekomen uit het theoretisch kader. Bij beide groepen is de topiclijst als leidraad gebruikt tijdens de interviews en is niet van de inhoud afgeweken, zodat de onderzoeker kon meten wat zij wilde meten. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Door gebruik te maken van een semigestructureerde interviews werd het mogelijk om door te vragen op bepaalde onderwerpen die relevant waren voor het onderzoek (Baarda et al., 2018). Dit is bevorderlijk geweest voor de resultaten, daar hierdoor meer relevante informatie is verzameld. Deze resultaten hebben geleid tot een beantwoording op de vraagstelling, waaruit een conclusie is getrokken. De professionals van afdeling X hebben laten weten de conclusie en aanbevelingen relevant te vinden. Daarnaast beschouwen zij het onderzoek als valide voor afdeling X, waarbij wel de kanttekening geplaatst wordt dat dit enkel geldt voor de doelgroep die in dit onderzoek is onderzocht. Er is geen sprake van externe validiteit, omdat er gekozen is voor een kwalitatieve onderzoeksmethode die enkel gericht is op afdeling X (Boeije, 2016). Tijdens het schrijven van dit onderzoek, is de onderzoeker in contact gebleven met de professionals en cliënten van afdeling X.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd door dat de respondenten invloed hadden op wanneer en waar zij het interview wilden laten afnemen. Hierbij is een sterk punt dat de respondenten een omgeving konden kiezen waar zij zich het prettigste voelde en waar ze afgezonderd waren van de afdeling. Een kanttekening die hier tegen geplaatst kan worden is dat tijdens de interviews enkele respondenten wel eens gebeld werden op hun werktelefoon. Het interview is op dat moment gestopt en na het telefoongesprek weer voortgezet, wat de betrouwbaarheid vermindert. Alle interviews zijn getranscribeerd en op dezelfde manier gecodeerd om continuïteit te creëren. Om de betrouwbaarheid te bevorderen is geprobeerd om de anonimiteit van de afdeling, de instelling en de respondenten te zo goed als mogelijk te waarborgen (Boeije, 2016). Echter zal vanwege de informatie die gedeeld wordt in dit onderzoek, de anonimiteit niet volledig gewaarborgd zijn.

Literatuurlijst

- Aslami, F. (2016). *Reductie van hospitalisatie* (Bachelorscriptie). Sociale Studies, Fontys Hogescholen, Eindhoven.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, T., Fischer, M., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. van der. (2018). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk). Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers bv.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2e druk). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Dröes, J., Tiber, M., & Wilrycx, G. (2015). Herstelondersteunende zorg. In J. Dröes, & C. Witsenburg. (Reds.), *Herstelondersteunende zorg: Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (2e druk, pp. 57-69). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Bouwmans, J. (2015). *Naar het hart van empowerment: Deel 2*. Geraadpleegd op 15 oktober 2018, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Naar-het-hart-van-empowerment-deel-2%20%5BMOV-8063581-1.0%5D.pdf>
- Brink, C. (2010). *Methodebeschrijving Motiverende gespreksvoering*. Geraadpleegd op 12 oktober 2018, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-03/Methodebeschrijving-motiverende-gespreksvoering.pdf>
- BTSG. (2016). *Hospitalisatiesyndroom: Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief*. Geraadpleegd op 12 oktober 2018, van <https://btsg.nl/hospitalisatie/>
- Delespaul, P.H., & De Consensus Groep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (6), 427-438. Geraadpleegd op 10 september 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>
- Delsen, L. (2016). *Realisatie van de participatiesamenleving. Hervorming van de verzorgingsstaat in Nederland 2010-2015¹*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van file:///C:/Users/super_000/Downloads/btsz-4-2015-delsenNL.pdf
- Den Boer, K. (2015). *Nooit geleerd keuzes te maken*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van http://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf_documenten/Publicaties/Praxis%202015/praxis2015_01-Boer.pdf

- Dröes, J. (2015). Behandeling en rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. In J. Dröes, & C. Witsenburg. (Reds.), *Herstelondersteunende zorg: Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (2e druk, pp. 70-79). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Eurlings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., & Snellen, W.M. (Reds.). (2017). *Handboek persoonlijkheids-pathologie: Voor opleiding, onderzoek en klinische praktijk*. (3e, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Evers, J., & Venneman, B., & Ontwerp groep. (2013). *Uit de strijd. Begeleiden met model WKS binnen GGzE centrum kinder- en jeugdpsychiatrie*. Eindhoven: GGZ Eindhoven en De Kempen.
- Fockens, J., Boumans, C.H.R., & Postulart, D. (2018). Onderzoek naar signaleringsplannen in de langdurige klinische ggz; gecompliceerder dan gedacht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60 (1), 46-50. Geraadpleegd op 13 september 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/60-2018-1-artikel-fockens.pdf>
- Gemeente Eindhoven. (2018). *Zorg en ondersteuning*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van <https://www.eindhoven.nl/inkomen-zorg-en-onderwijs/zorg/zorg-en-ondersteuning>
- GGzE. (2014). *Planetree magazine: Special vanwege behalen internationaal Planetree-label*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van https://www.ggze.nl/sites/default/files/media/201704/documents/ggze_magazine_planetreee_141104.pdf
- GGzE. (z.d.-a). *Organogram*. Geraadpleegd op 14 oktober 2018, van <https://www.ggze.nl/over-ggze/organisatie/organogram>
- GGzE. (z.d.-b). *Planetree: Van meetbaar naar merkbaar*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van https://www.ggze.nl/sites/default/files/media/2017-04/documents/planetreeboekje_141107.pdf
- GGzE. (z.d.-c). *Ons zorgaanbod: Behandeling*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://www.ggze.nl/ons-zorgaanbod/behandeling>
- Hooijmans, S. (2012). *De participatiesamenleving een utopie?: Een onderzoek naar de grenzen van zelfzorg door de civil society* (Masterthesis). Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, Utrecht.

- Kleine Schaars, W. (2014). *WKS model*. Geraadpleegd op 9 oktober 2018, van <http://www.kleineschaars.com/nl/page1.php>
- Krawitz, R., & Watson, C. (2003). *Borderline persoonlijkheidsstoornis - Een praktische gids voor behandeling* [Borderline Personality Disorder – A practical guide to treatment] (M. Conradi, Vert.). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen*. Geraadpleegd op 19 september 2018, van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/Zorgstandaard-Persoonlijkheidsstoornissen.pdf>
- Monitor Langdurige Zorg. (z.d.). *Hervorming langdurige zorg*. Geraadpleegd op 19 september 2018, van <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/hervorming-langdurige-zorg>
- Movisie. (2015). *De voordelen van de participatiesamenleving*. Geraadpleegd op 18 september 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/voordelen-participatiesamenleving>
- Movisie. (2017). *Participatiesamenleving anno 2017: volop kansen. Hoe staat het ervoor met de participatiesamenleving?*. Geraadpleegd op 26 september 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/participatiesamenleving-anno-2017-volop-kansen>
- Pec, O., Bob, P., & Radoch, J. (2014). Splitting in Schizophrenia and Borderline Personality Disorder. *PLoS ONE*, 9 (3), 1-4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091228>
- Planetree Nederland. (2018). *Planetree visie op zorg*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van <https://www.planetree.nl/visie/#1481922785441-16e482c4-8a9c>
- Spijker, J. (2012). De toekomst van de ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (9), 773-775. Geraadpleegd op 25 september 2018, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-09_p773-775.pdf
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thesaurus Zorg en Welzijn. (2018). *eigen regie*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/tr3147.htm>
- Trimbos-instituut. (z.d.). *Ambulantisering: feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 10 september 2018, van <https://www.trimbos.nl/themas/ambulantisering/ambulantisering-feiten-en-cijfers>

- Trimbos-instituut. (2012). *Tendrapportage GGZ 2012 deel 1: organisatie, structuur en financiering: Ambulantisering*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://assets.trimbos.nl/docs/acd05b16-ca20-42ed-a8c5-4a4b655ea013.pdf>
- Van der Veen, M., & Goijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal-agogisch werk: coachen bij gedragsverandering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van, H.L., Ingenhoven, T., & Draijer, N. (2015). Nut en noodzaak van de DSM-classificatie 'niet anderszins omschreven'. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57, 265-267. Geraadpleegd op 9 oktober 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-4-artikel-van.pdf>
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (Reds.). (2008). *Handboek Psychopathologie: Deel 1 Basisbegrippen* (4e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- WIJEindhoven. (2018). *WIJEindhoven, de organisatie*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://wijeindhoven.nl/nl/over-ons/organisatie>
- Zorgwijzer. (2014). *AWBZ: Alle wijzigingen op een rij*. Geraadpleegd op 14 september 2018, van <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

Bijlage 1: Toestemmingsformulier respondent

Beste respondent,

Bedankt dat u mee wilt werken aan dit onderzoek wat zich richt op het thema 'ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie'. Middels dit formulier wil de onderzoeker benadrukken dat de data die verzameld wordt via dit interview opgenomen zal worden en vervolgens zal worden getranscribeerd. Dit houdt in dat het interview letterlijk uitgetypt zal worden. Deze data zal alleen voor onderzoeksdoeleinden worden gebruikt en is niet beschikbaar voor derden. Wanneer het onderzoek met een voldoende is afgerond, zal alle data worden vernietigd.

Gedurende het onderzoek zal u anoniem blijven, uw antwoorden zullen in het onderzoek worden aangeduid zonder uw naam hierbij te benoemen.

Mocht u uw deelneming tijdens of na het onderzoek nog willen beëindigen, dan is dit mogelijk. Het interview zal dan worden gestopt en de reeds verzamelde data zal dan direct worden vernietigd.

Door uw handtekening onder dit onderzoek te zetten verklaard u dat:

- U vrijwillig mee doet aan dit onderzoek
- U op de hoogte bent van dat het onderzoek geanonimiseerd wordt
- U toestemming geeft voor het opnemen en transcriberen van het interview
- U toestemming geeft dat de verzamelde data gebruikt mogen worden in het onderzoek

Naam respondent:

Naam onderzoeker:

Datum:/...../.....

Datum:/...../.....

Handtekening respondent:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 2: Topiclijst professionals

Inleiding

Bedankt dat u mee wilt werken aan dit onderzoek over hoe professionals van afdeling X cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. De doelstelling van dit onderzoek is om handvaten te kunnen bieden voor professionals van afdeling X om cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis optimaal te kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Uw deelname aan dit interview is van groot belang voor dit onderzoek, want zonder uw input kunnen er geen passende aanbevelingen gedaan worden. Er volgen zo eerst een aantal standaard vragen en vervolgens gaan we in op de vraagstelling van dit onderzoek.

Thema's Vragen	
Standaardvragen	Wat is uw leeftijd?
	Wat is uw functie binnen de afdeling?
	Wat is uw werkervaring binnen instelling Y?
Huidige situatie	Wat verstaat u onder eigen regie bij cliënten? (afstemmen wat er in dit onderzoek mee bedoelt wordt)
	Wat wordt er op dit moment gedaan om de cliënten te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie?
	Hoe draagt u hieraan bij?
	Hoe ervaart u deze mate van ondersteuning? Bent u tevreden of ontevreden? - Doorvragen waarom?
Bevorderende en belemmerende factoren	Welke factoren op afdeling X dragen bij aan het optimaal kunnen ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie?
	Welke rol speelt WKS in het vergroten van de eigen regie van cliënten?
	Vindt u dat WKS optimaal ingezet wordt om

	cliënten te ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie? - Zo ja, waarom? - Zo niet, wat mist u hier in? Welke belemmerende factoren zijn er op afdeling X die de ondersteuning bij het vergroten van de eigen regie vermoeilijken? Wat zijn voor u randvoorwaarden om optimale ondersteuning bij het vergroten van eigen regie te realiseren? Voldoet de huidige situatie aan deze randvoorwaarden? -Zo niet, wat mist u?
<i>Hospitalisatie</i>	Is er sprake van hospitalisatie binnen afdeling X? - Zo ja, hoe ervaart u dit dan? (Oorzaken theoretisch kader uitleggen) Welke factoren dragen volgens u bij aan het hospitalisatieproces van de cliënten op afdeling X? Is er volgens u een verband tussen hospitalisatie en eigen regie? - Zo ja, hoe ziet u dit verband? - Zo niet, kunt u uitleggen waarom u hier geen verband tussen ziet? Wat zou er volgens u nodig zijn om hospitalisatie binnen afdeling X te verminderen?
<i>Cliënten</i>	Hoe ervaart u het werken met cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis?

	Hoe ervaart u de mate van eigen regie van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis? Vindt u dat er sprake is van hospitalisatie van de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis? - Zo ja, waarom? - Zo niet, wat wordt er dan gedaan door de cliënten dat er geen sprake is van hospitalisatie? Ervaart u verschillen tussen de eigen regie die cliënten met een persoonlijkheidsstoornis nemen ten opzichte van cliënten met een andere diagnose? - Zo ja, welke verschillen vallen u op? Er wordt in teambesprekingen wel eens gezegd dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis acting-out 'inzetten' om op afdeling X te kunnen blijven, wat vindt u hiervan?
<i>Motivatie en empowerment</i>	Hoe ervaart u de motivatie van de cliënten die gediagnostiseerd zijn met een persoonlijkheidsstoornis bij het nemen van eigen regie? Bent u bekend met motiverende gespreksvoering? - Zo ja, volgende vraag - Zo niet, uitleggen wat het inhoud Hoe ervaart u het gebruik van motiverende gespreksvoering in uw werk? Zou motiverende gespreksvoering volgens u kunnen bijdragen aan het vergroten van de motivatie van de cliënten? - Zo ja, waarom en hoe ziet u dit voor u? Bent u bekend met het begrip empowerment?

Aanbod en behoeftes

Hoe denkt u dat empowerment bij kan dragen aan het vergroten van de eigen regie?

Vindt u dat de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis voldoende in hun kracht worden gezet?

- Zo ja, hoe wordt dit gedaan?
- Zo niet, wat mist u hierin?

We hebben net het ondersteuningsaanbod van de afdeling besproken. Wat heeft u op dit moment nodig om ondersteuning bij eigen regie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis te optimaliseren?

Als u kijkt naar het ondersteuningsaanbod van afdeling X wat we net besproken hebben, denkt u dat dit aanbod overeenkomt met de begeleidingsbehoeften van de cliënten?

- Zo ja, op welke manier komt dit overeen?
- Zo niet, wat denkt u dat er mist?

Bijlage 3: Topiclijst cliënten

Inleiding

Bedankt dat u mee wil werken aan dit onderzoek over het ondersteunen bij het vergroten van de eigen regie. Dit interview heeft als doel te onderzoeken wat uw begeleidingsbehoeften zijn om eigen regie te kunnen nemen. Dit houdt in dat we samen opzoek gaan wat u van de professional en de professional van u nodig heeft om samen de eigen regie te vergroten. Dit interview is van groot belang voor dit onderzoek, zonder uw input kunnen er namelijk geen passende aanbevelingen gedaan worden. Er zullen eerst wat standaard vragen gesteld worden, daarna zal er ingegaan worden op de vraagstelling van dit onderzoek.

Thema's Vragen	
<i>Standaardvragen</i>	Wat is uw leeftijd? Hoe lang verblijft u op afdeling X? Hoe lang heeft u op andere afdeling binnen instelling Y verbleven? Bent u nog binnen andere instellingen verbleven?
<i>Eigen regie</i>	Wat verstaat u onder eigen regie? Wat zou je willen weten over eigen regie? Wat vindt u van eigen regie? Welke gevoelens heeft u erbij? Hoe belangrijk is eigen regie voor u? Wat doet u om eigen regie te nemen en te behouden?
<i>Begeleiding</i>	Welke begeleiding krijgt u bij het vergroten van uw eigen regie? Wat vindt u van deze begeleiding? Komt deze begeleiding overeen met uw

behoefte en wensen ten opzichte van het
vergroten van de eigen regie?

- Zo ja, waarom?

- Zo niet, waarom niet?

Heeft u verbeterpunten?

- Zo ja, welke?

Zijn er externe factoren die u hebben
ondersteund bij het vergroten van de eigen
regie?

- Zo ja, hoe heeft u deze externe factoren
ervaren?

Herstel en toekomst

Wat verstaat u onder herstel?

Denkt u dat het nemen van eigen regie kan
bijdragen aan uw herstelproces?

Hoe ziet u de toekomst voor u?

Wat heeft u nodig aan begeleiding om uw
toekomstwensen te verwezenlijken?

Bijlage 4: Codeboom professionals

<i>Selectieve codes</i>	<i>Axiale codes</i>	<i>Open codes</i>
<i>Huidige situatie</i>	Eigen regie op afdeling X	- Mogelijkheden - Aandacht - Stimuleren - Doorstroom - Opnameduur - WKS - Cliënten betrekken - Zorgplan - Mee beslissen - Omgeving - Ruis - Verwarring - Voorbeeldfunctie - Overnemen - Spiegelen - Drukke - Veranderen van doelgroep - Inwerken - Visie document
	Tevredenheid	- Communicatie - Aanspreken - Triadisch werken - Drukke - Feedback - Geen eenduidig beleid - Weinig tijd
	Persoonlijkheidsstoornis	- Uitdagend - Wisselende regie - Rigiditeit - Probleemeigenaar - Inzettend - Ingezet gedrag - Stagnatie - Aangeleerd gedrag - Splitten - Podium - Bejegening

		- Regie - Klinische setting - Aandacht - Vervolgstappen - Zelfstandig - Niet verzadigd
	Hospitalisatie	- Verzorgen - Passief - Overnemen - Loslaten - Bevragen - Gewend - Dag invulling - Structuur - Uitdagen - Verantwoordelijkheid - Blinde vlek - Pamperen - Continuïteit - Routine - Sleur - Realiteit - Terrein Instelling Y - Gemakszucht
	Motivatatie en empowerment	- Doelen - Motiverende gespreksvoering - Ruimte - Multidisciplinair - Bemoeienissen - Therapieën - Wisselend - Spiegelen
Bevorderende en belemmerende factoren	Bevorderende factoren	- WKS - Zaakwaarnemer - Procesbegeleider - Activiteiten - Open afdeling - Bezetting - Confrontatie - Gebouw

Wensen en aanbevelingen		- Helende omgeving - Beeldvorming
	Belemmerende factoren	- Tijdsdruk - Neventaken - Overnemen - Één lijn - Besluitvorming - Scholing WKS - Ervaring - Multidisciplinair - Ziektebeeld - Weinig personeel - Veel cliënten - Eenlingen - Draagvlak cliënt
	Deskundigheidsbevordering	- Scholing - Begeleiding - Ventileren - Expertise - Gespecialiseerd - Training - Ontwrichting - Opfriscursus - Relationship Management - Communicatie - Kennis overdragen naar cliënt
	Team	- Groot - Trajectbegeleider - Geschiktheid - Consequent zijn - Bewustwording - Transparantie
	Mogelijkheden	- Casuïstiek - FACT - Uitplaatsing - Keuze maken voor populatie - Specialiseren - Behandeling - Opnamedoel nastreven - Empowerment (gebruik

	<i>maken van krachten)</i> - <i>Duidelijke kaders</i> - <i>Notuleren</i> - <i>Opnameduur aanhouden</i> <i>(max. 3 jaar)</i> - <i>Kleine groepen</i> - <i>Groepsindeling</i>
--	---

Bijlage 5: Codeboom cliënten

<i>Selectieve codes</i>	<i>Axiale codes</i>	<i>Open codes</i>
<i>Eigen regie</i>	<i>Betekenis</i>	- Zelf bepalen - Mogelijkheden - Wisselend - Vooruitgang - Bevestiging - Vrijheid
	<i>Persoonlijk</i>	- Focusgroep - Agenda - Sport - Instellingsregels - Terrein indeling - Buiten het terrein - Taken uitvoeren (wassen, eten halen) - Boosheid
<i>Begeleiding</i>	<i>Hulp</i>	- Gesprekken behandelen - WKS - Afhankelijk - Wisselend per collega - Regie terugleggen - Bevragen
	<i>Feedback</i>	- Weinig beroep - Overnemen - Betutteling - Tijd - Regelgeving - Personeelsgebrek
<i>Behoeftes</i>	<i>Hulp</i>	- Beslissingen nemen - Zelf bepalen - Individueel - Meer personeel - Ondersteunen - Vertrouwen - Bezoek - Doorstromen - Behandeling - Klein groepje begeleiders

-
- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- <i>Duidelijkheid</i>- <i>Blijven</i> |
|--|---|