

Herstel in de langdurige GGZ

Een kwalitatief praktijkgericht onderzoek naar de bijdrage van Active Recovery Triad (ART) op een klinische verblijfsafdeling in de ouderenpsychiatrie.

Student:	Lisanne van Korven
Studentnummer:	2213989
PCN nummer:	285666
SB-groep:	4V05G
Progresscode:	67V4G-AFOZ
Toets:	Afstudeeronderzoek GGZ
Begeleiders:	L. van Eijk & M. Stortelder
Opleiding:	Bachelor of Social Work
Profiel:	GGZ
Onderwijsinstelling:	Fontys Hogeschool Sociale Studies
Datum:	18 augustus 2017
Plaats:	Eindhoven

Voorwoord

Hierbij presenteer ik u mijn afstudeeronderzoek 'Herstel in de langdurige GGZ'. Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij instelling Y op afdeling X. Dit onderzoek is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de Bachelor of Social Work aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven. Van februari 2017 tot en met augustus 2017 ben ik aan de slag gegaan met dit onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Tijdens mijn jaarstage op afdeling X is mijn interesse voor herstelondersteuning ontstaan. Ik ben altijd benieuwd geweest naar het persoonlijke profiel van de cliënt om vanuit dit profiel de dialoog aan te gaan. Door deze dialoog is het mogelijk om de cliënt aan het roer te zetten. Te lang is er voor de cliënt besloten, wat bij heeft gedragen aan het verlies van identiteit en zelfstandigheid. Tijd om daar verandering in te brengen!

Ik wil graag meerdere personen bedanken voor het tot stand komen van mijn scriptie. Ik wil Leanne en Maria van Fontys Hogeschool bedanken voor hun bijdrage in de lessen tijdens het afstuderen en Jeroen en Lisette van instelling Y voor hun bijdrage uit de praktijk. Tevens wil ik alle respondenten bedanken die deel hebben genomen aan het onderzoek en het mogelijk hebben gemaakt om tot deze resultaten te komen. Tot slot wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun tijdens deze periode.

Ik wens u een interessante leeservaring toe.

Breda, 18 augustus 2017

L.J.A. van Korven

Samenvatting

Door veranderende praktijkervaringen, beleidsmaatregelen en academische bevindingen ontstaan er binnen de langdurige verblijfszorg in de GGZ mogelijkheden om de cliënten meer kansen te bieden tot herstel. Afdeling X van instelling Y vraagt zich af hoe zij herstel kunnen bevorderen bij de huidige cliëntenpopulatie en is daarom geïnteresseerd in de toepassingen van Active Recovery Triad (ART). Onderzocht wordt welke bijdrage ART kan leveren aan de werkwijze van de professionals op afdeling X ten behoeve van het herstelproces van de cliënt. De huidige aanpak voor herstel op afdeling X wordt geanalyseerd. Vervolgens wordt de professionals gevraagd wat zij zelf nodig achten om herstel te bevorderen. Tot slot wordt de professionals gevraagd naar hun kennis en beleving van de aspecten van ART.

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Door middel van semigestructureerde interviews wordt de beleving van 10 anonieme respondenten, professionals van afdeling X, centraal gezet en tevens krijgen zij voldoende vrijheid om hun ervaringen en beweegredenen te delen omtrent de mogelijke inzet van ART op afdeling X. Zij zijn willekeurig geselecteerd op functie, leeftijd, opleidingsachtergrond en de periode waarin zij werkzaam zijn binnen de GGZ en specifiek op afdeling X.

In de eerste deelvraag 'Hoe wordt op dit moment invulling gegeven aan herstel op afdeling X?' komt naar voren dat de professionals over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om de zelfstandigheid van de cliënt te bevorderen, echter gebeurt dit door gebrek aan overeenstemming in het team niet altijd. Ook zien zij kansen in de maatschappelijke participatie van de cliënt. De tweede deelvraag 'Wat is volgens de professionals nodig om herstel te bevorderen op afdeling X?' concludeert dat er behoefte is aan afstemming in het team. Volgens de respondenten worden dagelijkse activiteiten overbodig overgenomen door de professionals. Door afspraken te maken omtrent de zelfstandigheid per cliënt, ontstaat er een richtlijn wat kan bijdragen aan de vermindering van negatieve effecten van hospitalisatie. De professionals geven tevens aan dat zij behoefte hebben aan de kennis en inzichten van agogen en ervaringsdeskundigen. Ook hebben de professionals behoefte aan het actiever betrekken van de naasten in de behandeling van de cliënt. In de derde deelvraag 'Welke aspecten van ART kunnen volgens de professionals bijdragen aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X?' komt naar voren dat de professionals geïnteresseerd zijn in een verbetering van samenwerken in de triade, een verbetering van de maatschappelijke participatie van de cliënt en de zorgstandaard die ART zou kunnen bieden.

Als antwoord op de hoofdvraag 'Welke bijdrage kan Active Recovery Triad (ART) leveren aan de werkwijze van de professionals op afdeling X ten behoeve van het herstelproces van de cliënt?' geldt: 'zorg- en begeleidingsstandaard', 'actievere inzet triade', 'herzien behandelplannen', 'bieden van herstelbevorderende daginvulling' en 'uitbreiden disciplines'.

Kijkend naar de bevindingen zullen de professionals als bijdrage aan het herstelproces van de cliënt op korte termijn het behandelplan moeten herzien en afspraken moeten maken omtrent de zelfstandigheid van de cliënt. Op lange termijn zullen de professionals actiever de naasten dienen te betrekken, een zorgstandaard introduceren en disciplines dienen toe te voegen aan het vaste team.

Summary

Changing national policies, academic findings and experience provide options for long term residential care by GGZ to develop their care approach, creating more opportunities for clients to recover.

Department X of organisation Y is wondering how they can keep up with the changing market and utilize these opportunities. The department wonders how they can do so for their current client database, specifically by investigating the application of Active Recovery Triad (ART). This research will investigate which opportunities ART can offer them to help the professionals of department X improve the client recovery process. The current approach to recovery will first be analysed. The professionals will then be asked where they see opportunities to further improve recovery. Lastly the aspects of ART will be explored for their possible contribution to the client recovery process.

This is a qualitative research. Through semi-structured interviews the personal experience and perspective of the respondents are centralized, while giving them full freedom to share their motivations for recovery at department X. 10 professionals of department X are selected as respondents for this research and participate anonymously. They are randomly selected with respect to their job title, age, education and working experience with their department and with GGZ.

The answer to the first research question 'What is the current approach to recovery at department X' entails that professionals indicate that they have sufficient knowledge and experience to increase the independence of a client, but that they fail to do so due to a lack of agreement on the recovery approach within the team. They also indicate the opportunities of increased social participation. The second research question 'What the professionals believe to positively affect recovery at department X?' concludes a desire for a more coordinated team approach to recovery. They experience that care is unnecessarily given to a client, because there is no standard procedure per individual client. They indicate that central agreement and thereby standard procedures can contribute positively to the independence of a client and therefore reduce the negative effects of hospitalisation. The professionals also indicate a desire for additional disciplines, knowledge and insights from agogic professionals and experienced peer workers. The answer to the third research question 'Which aspects of ART positively affect the client recovery process at department X?' includes a preference for increased working in a triad, increased social participation, and the standardized approach to recovery that ART could offer.

The answer to the main research question 'Which opportunities can ART offer the professionals of department X to improve the client recovery process?' entails; introducing a standardized approach to recovery; increased working in a triad; revising the treatment plans; offering day to day activities that contribute to the client recovery process and expanding the disciplines within the department.

Following these conclusions, this research recommends to revise the treatment plan and to make agreements with respect to client independence in the short term. In the long term, professionals are advised to more frequently include close familiars in the recovery process, to introduce a standardized approach to recovery, and to expand the disciplines within the department.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	8
1.1 Probleemanalyse	8
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Probleemverificatie	11
1.4 Onderzoeksdoelstelling	12
1.5 Hoofdvraag en deelvragen	12
1.6 Begripsafbakening	13
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	14
2.1 Kenmerken en achtergrond van de cliëntengroep	14
2.2 ART	15
2.2.1 Active (Actief)	15
2.2.2 Recovery (Herstel)	18
2.2.3 Triad (Triade)	19
Hoofdstuk 3: Methodologie	20
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	20
3.2 Dataverzamelingsmethode	21
3.3 Meetinstrument	22
3.4 Data-analyse	23
Hoofdstuk 4: Resultaten	24
4.1 Deelvraag 1	24
4.2 Deelvraag 2	27
4.3 Deelvraag 3	29
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	31
5.1 Conclusie	31
5.1.1 Deelvraag 1	31
5.1.2 Deelvraag 2	32
5.1.3 Deelvraag 3	33
5.2 Aanbevelingen	35
5.2.1 Op korte termijn	35
5.2.2 Op lange termijn	35

Hoofdstuk 6: Discussie	36
6.1 Discussie	36
6.2 Praktische bruikbaarheid	37
6.3 Sterkte- en zwakte analyse	37
6.4 Betrouwbaarheid en validiteit	38
Bibliografie	40
Bijlage 1: Topiclijst interviews	44
Bijlage 2: Codeboom	46

Inleiding

Tijdens mijn jaarstage op afdeling X welke vooraf ging aan dit onderzoek heb ik ervaren dat het niet vanzelfsprekend is voor de cliënt om het pad van herstel te bewandelen. Door me hier meer in te verdiepen kwam ik tot het inzicht dat de negatieve effecten van hospitalisatie een grote invloed hebben op het herstel van de langdurig opgenomen cliënt. Volgens het huidige GGZ-beleid horen herstel en participatie centraal te worden gesteld, zodat het stelsel beter aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met psychische aandoeningen (Hoof, Erp, Boumans & Muusse, 2014). Echter uit mijn ervaring in de praktijk is gebleken dat de professionals van afdeling X het lastig vinden om herstel centraal te stellen bij de huidige cliëntenpopulatie. Al lerende viel mijn oog op het werkboek Active Recovery Triad (ART), waar een aantal collega's enthousiast over spraken (Mierlo, Meer, Voskes, Berkvens, Stavenuiter & Weeghel, 2016). De ART-methodiek stelt dat volwaardig leven en herstel voor mensen in de langdurige GGZ geen loze begrippen hoeven te zijn. ART wil losbreken van het beeld van de uitbehandelde cliënt die een uitzichtloos leven leidt in een psychiatrische instelling (Mierlo et al., 2016). De professionals van afdeling X vragen zich af welke bijdrage ART kan leveren aan hun huidige werkwijze. Dit onderzoek heeft als doel inzicht te geven in de bijdrage van Active Recovery Triad (ART) aan de werkwijze van de professionals ten behoeve van het herstelproces van de cliënt op afdeling X.

Om hier antwoord op te geven, is het onderzoek als volgt vormgegeven:

Hoofdstuk 1 start met de beschrijving van het praktijkprobleem en de relevantie hiervan op maatschappelijk gebied. In dit hoofdstuk worden de deelvragen en hoofdvraag geformuleerd en worden de kernbegrippen uit dit onderzoek verhelderd door middel van de begripsafbakening. Hoofdstuk 2 bevat de theoretische achtergronden omtrent de cliëntengroep en de methodiek ART. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de onderzoekspopulatie, de steekproef en de manier van dataverzameling. Tevens wordt het meetinstrument beschreven en uitleg gegeven over de wijze waarop de data-analyse heeft plaatsgevonden. Hoofdstuk 4 bestaat uit een opsomming van de resultaten, versterkt met citaten van de respondenten. In dit hoofdstuk worden tevens de resultaten gekoppeld aan het theoretisch kader. In hoofdstuk 5 worden de deelvragen beantwoord aan de hand van de resultaten. Na de beantwoording van de deelvragen vindt de beantwoording van de hoofdvraag plaats. In dit hoofdstuk worden ook aanbevelingen gedaan op korte- en lange termijn. Hoofdstuk 6 bestaat uit een kritische reflectie van het onderzoek in de vorm van een discussie. Ook worden de betekenis en praktische bruikbaarheid van het onderzoek besproken. Tot slot wordt inzicht gegeven in de sterke en zwakke punten van het onderzoek, welke de betrouwbaarheid en validiteit beïnvloeden. Na hoofdstuk 6 volgt een literatuurlijst en bijlagen, welke de topiclijst en codeboom bevatten.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

Dit hoofdstuk heeft als doel de context van het onderwerp en het spelende probleem omtrent het onderwerp in beeld te brengen. Er wordt ingegaan op het nationale GGZ-beleid, de methodiek ART en de huidige situatie van afdeling X. Vervolgens wordt uit de gegeven informatie een probleemstelling geformuleerd. Tevens wordt het doel van dit onderzoek beschreven en is er een vraagstelling geformuleerd. Tot slot worden in dit hoofdstuk de kernbegrippen uit de vraagstelling afgebakend.

1.1 Probleemanalyse

In totaal maken tussen de 216.000 en 280.000 mensen in Nederland gebruik van de voorzieningen van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (Delespaul & Consensus Groep EPA, 2013; Hoof, Hulsbosch, Knispel, Kroon, Michon, Oele & Rooijen, 2015). Delespaul en Consensusgroep EPA geven een schatting van circa 160.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) die langdurig gebruik maken van de GGZ. De zorg voor deze groep mensen is aan het veranderen. Ontwikkelingen in de praktijk en een aantal grote beleidsmaatregelen spelen daarbij een belangrijke rol.

Herstel en participatie in het huidige GGZ-beleid

Herstel en participatie staan hoog op de beleidsdocumenten over de belangrijkste transitie waar het GGZ-stelsel in de komende jaren voor staat: de overheveling van de langdurige GGZ naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de vervanging van intramurale door ambulante zorg en de invoering van de basis-GGZ. Deze transitie hebben elk als doel eraan bij te dragen dat mensen met psychische aandoeningen meer in de gelegenheid gesteld worden zich in hun eigen omgeving te redden, goed voor zichzelf te kunnen zorgen en een eigen sociaal en maatschappelijk leven te leiden. De inzet op meer herstelondersteunende en participatiebevorderende zorg zal tot een stelsel leiden dat beter aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met psychische aandoeningen. Ook zal het duurzamer (kosteneffectiever) zijn voor de samenleving als geheel (Hoof, Erp, Boumans & Muusse., 2014).

Het begrip 'herstel' en daaraan verwante concepten en doelstellingen van eigen kracht, eigen regie, empowerment et cetera zijn op zichzelf niet nieuw. Al langere tijd wordt door cliënten, professionals en anderen in en rond de GGZ gepleit voor een meer herstelondersteunende en participatiebevorderende zorg. Nieuw is vooral de centrale plaats die het sinds enkele jaren heeft ingenomen in het landelijke, regionale en lokale GGZ-beleid. De gedachte achter deze veranderingen is om mensen met psychische aandoeningen minder afhankelijk te maken en vooral veel nadrukkelijker te ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel (Hoof et al., 2014).

Volgens Haan (2013) vraagt deze beleidsmaatregelen een grote omslag in de manier van denken en doen binnen de instellingen. Ondanks alle goede praktijken werkt er nog geen enkele instelling helemaal herstelondersteunend. De meeste GGZ-instellingen zijn wel geïnteresseerd in herstelondersteunende zorg, maar omdat het een nieuwe visie en werkwijze betreft is men nog zoekende naar hoe deze vorm te geven (Brouwers, Van Gestel-Timmermans & Van Nieuwenhuizen, 2013). De methodiek Active Recovery Triad wil een eerste aanzet geven tot een zorg- en begeleidingsstandaard die hulpverleners ondersteunt in het bieden van de best mogelijk herstelondersteunende zorg (Mierlo et al., 2016).

Active Recovery Triad in de langdurige klinische GGZ

Recente academische ontwikkelingen in de methodiek Active Recovery Triad (ART) bieden nieuwe perspectieven voor de langdurige klinische GGZ, om mee te groeien met het veranderend beleid. ART staat voor assertieve zorg die gericht is op herstel in en vanuit de triade, waarbij nauw samengewerkt wordt tussen familie, hulpverlener en cliënt. ART streeft naar eindigheid van opname en tijdsgebonden zorg, door het vermijden en terugdringen van langdurige opname in de kliniek, het mogelijk maken van de eigen ontwikkeling van cliënten en zingeving. Het doel is om de best passende zorg voor cliënten te leveren, zodat zij weer verder kunnen in het dagelijks leven (Meulman, 2014).

Daar waar de langdurige GGZ vaak een wereld op zich is, naar binnen gericht en gesloten, richt ART zich naar buiten. ART zoekt aansluiting bij de mogelijkheden in de maatschappij, haalt mensen van buiten naar binnen en werkt samen met ketenpartners en woonvormen vanuit Flexible Assertive Community Treatment (FACT) en High & Intensive Care (HIC). Centraal binnen ART staat de triade. De directe omgeving en naasten hebben een belangrijke rol in de behandeling van de cliënt. Er is vaak behoefte om contacten te herstellen, aandacht te hebben voor het herstelproces van de naasten, met elkaar in de triade te werken aan het herstelproces en van elkaar te leren (ART, 2015).

Meulman (2014) schrijft dat cliënten die gebruik kunnen maken van ART-zorg volwassenen zijn met ernstige psychische problematiek waarbij het herstelproces gestagneerd is en er ruimte is voor het verbeteren van de kwaliteit van leven. Deze omstandigheden maken dat er verblijfszorg nodig is en alle andere zorg al is geprobeerd. De verblijfsplaats is niet bepalend, maar de kwaliteit van de verschillende levensgebieden wel.

Het profiel van de cliënten op afdeling X heeft raakvlakken met het door Meulman (2014) geschetste profiel (Instelling Y, persoonlijke communicatie, 1 september 2015). De cliënten op afdeling X zijn volwassenen die langdurig in de psychiatrie verblijven en diverse settingen in de psychiatrie hebben meegemaakt. Zij zijn opgenomen door de gevolgen van ernstige psychische problematiek, waarbij zij een verminderde kwaliteit van leven ervaren. Omdat meerdere raakvlakken van toepassing zijn, kiest dit onderzoek ervoor om de potentiële bijdrage van ART te verkennen voor cliënten van afdeling X.

De huidige situatie van afdeling X

Binnen diverse afdelingen van instelling Y wordt ART al ingezet om herstel te bevorderen binnen de langdurige klinische zorg. Alle zorg en ondersteuning is erop gericht dat iemand zo optimaal mogelijk kan herstellen. Op afdeling X staat deze methodiek echter nog niet centraal.

De cliënt, opgenomen bij afdeling X, leert omgaan met zijn beperkingen en optimaal gebruik te maken van zijn mogelijkheden. De opname duurt zo kort mogelijk en zo lang als nodig. Zodra de cliënt eraan toe is, wordt er gezocht naar een woonvorm die past bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt (GGzE, 2017).

Het doel van afdeling X is om zoveel mogelijk de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen. Het blijkt lastig om dit doel te bewerkstelligen, omdat in de praktijk doorgaans de focus ligt op het behoud van rust op de afdeling, waardoor de individuele cliënt onvoldoende wordt uitgedaagd om te werken aan zijn herstel. Zoals eerder vermeld duurt de opname op afdeling X zo lang als nodig. Door beperkte uitdaging stagneert vervolgens de ontwikkeling van de cliënt, wat leidt tot langdurige opname. Dit betekent dat er weinig doorstroom plaatsvindt, waardoor de cliëntenpopulatie bijna niet verandert.

De professionals van afdeling X hebben een duidelijke behoefte aan vernieuwing en zijn enthousiast om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Zij tonen grote interesse in herstelondersteunende zorg en hoe zij deze zorg kunnen bewerkstelligen op de afdeling. Zeker omdat de afdeling bestaat uit cliënten met ernstige psychische aandoeningen zijn de professionals nieuwsgierig naar ART. Zij zien mogelijkheden, maar er heerst nog veel onduidelijkheid. De professionals vragen zich af welke bijdrage ART kan leveren aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X.

Langdurig verblijf op een afdeling draagt volgens ART niet bij aan het creëren van kansen op herstel. De ambitie van ART is het sterk reduceren en op termijn ook opheffen van deze vorm van verblijf. ART biedt nieuwe kansen aan teams die zich vaak beperkt voelen door de cultuur van het instituut en het gevoel hebben dat het anders kan (Mierlo et al., 2016).

Herstel bij cliënten met ernstig psychische aandoeningen

Zoals eerder beschreven is ART gericht op cliënten met ernstige psychische aandoeningen die in het dagelijks functioneren dusdanig grote problemen ondervinden dat zij intensieve en langdurige begeleiding en behandeling nodig hebben. Deze cliënten die gebruik kunnen maken van ART-zorg hebben reeds een lange weg afgelegd in de geestelijke gezondheidszorg. Het concept 'herstel' is voor veel van deze mensen niet of nauwelijks bekend of wordt als niet haalbaar beschouwd door meerdere partijen (Mierlo et al., 2016).

Volgens Boot en Klinkert (2001) zijn er duidelijke effecten van hospitalisatie te observeren in het gedrag van de cliënt. Naast de positieve uitwerking dat een verblijf in een instelling kan hebben, werkt dit gedrag niet versterkend voor het individu. De effecten van hospitalisatie kunnen het herstelproces van de cliënt belemmeren. De cliënt heeft op meerdere gebieden zijn interesse en initiatief verloren, is onzelfstandig geworden, is apathisch en heeft een negatief zelfbeeld.

Het ondersteunen van het herstelproces begint bij de cliënt zelf. Werken met ART zal dus voor alle partijen een uitdaging zijn. ART omvat namelijk tegengestelde elementen die voor spanning kunnen zorgen. Cliënten hebben vooral behoefte aan rust in combinatie met aandacht voor kwaliteit van leven. Aan de andere kant is er behoefte aan zorg die hoop biedt, een perspectief om voor te leven, herstel in welke vorm of mate dan ook. In elk individueel geval zal werken aan ART een zoektocht zijn naar het evenwicht tussen rust en vooruitgang, tussen comfort bieden en prikkelen (Mierlo et al., 2016).

1.2 Probleemstelling

Afdeling X biedt geen optimale kansen voor de cliënt om herstel te bevorderen. De professionals van afdeling X vragen zich af welke bijdrage ART kan leveren aan de huidige werkwijze ten behoeve van het herstelproces van de cliënt.

1.3 Probleemverificatie

De maatschappelijke ontwikkelingen in de GGZ zijn de professionals van afdeling X niet ontgaan. De professionals zien een verandering in het huidige beleid, waarbij de cliënten minder afhankelijk worden en werken aan hun persoonlijk en maatschappelijk herstel (Hoof, Erp, Boumans & Muusse, 2014).

De professionals van afdeling X zien een cliëntengroep waarbij de kwaliteit van leven kan worden verbeterd. Volgens de professionals vindt er namelijk onvoldoende uitdaging plaats waardoor de ontwikkeling en daarmee het herstelproces van de cliënt stagneert (Instelling Y, persoonlijke communicatie, 1 september 2015).

Instelling Y heeft recentelijk ART geïntroduceerd bij meerdere afdelingen in de langdurige klinische zorg. De professionals van afdeling X zijn geïnteresseerd in de implementatie van ART, waarbij zij streven naar een hogere kwaliteit van leven bij de cliënten. Echter is voor de professionals nog onduidelijk welke bijdrage ART kan leveren aan de huidige werkwijze van de professionals om het herstelproces van de cliënt te bevorderen.

Bovenstaand probleem is geverifieerd tijdens een jaarstage en door in gesprek te gaan met de Aandachtsfunctionaris Opleidingen (AFO) van afdeling X en de coördinator van het afstuderen. In dit gesprek werd tevens besproken dat de behandelaar van afdeling X momenteel aan de slag gaat met de visie van de afdeling en in samenspraak met zijn team zijn focus heeft liggen op de mogelijke implementatie van ART.

Uit persoonlijk contact zegt de AFO het volgende:

Afdeling X is momenteel bezig met het herschrijven van de afdelingsvisie. Recentelijk zijn er meerdere afdelingen op het terrein van instelling Y gestart met de inzet van ART om herstel te bevorderen binnen de langdurige klinische zorg. Deze methodiek heeft sinds haar start onze aandacht. Wat kan ART betekenen voor het team en onze cliëntengroep? Kunnen we deze methodiek in zijn geheel overnemen of slechts enkele elementen/uitgangspunten? Wanneer dit helder is kan er eventueel een voorstel komen om ART als onderdeel van de klinische behandeling te laten uitmaken (Klasens, persoonlijke communicatie, 20 februari 2017).

1.4 Onderzoeksdoelstelling

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te geven in de bijdrage van Active Recovery Triad (ART) aan de werkwijze van de professionals ten behoeve van het herstelproces van de cliënt op afdeling X. Met deze kennis worden aanbevelingen geschreven voor de professionals van afdeling X, welke de besluitvorming rondom de mogelijke inzet van ART zullen vergemakkelijken.

1.5 Hoofdvraag en deelvragen

Welke bijdrage kan Active Recovery Triad (ART) leveren aan de werkwijze van de professionals op afdeling X ten behoeve van het herstelproces van de cliënt?

1. Hoe wordt op dit moment invulling gegeven aan herstel op afdeling X?
2. Wat is volgens de professionals nodig om herstel te bevorderen op afdeling X?
3. Welke aspecten van ART kunnen volgens de professionals een bijdrage leveren aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X?

1.6 Begripsafbakening

Afdeling X

De klinisch beschermde verblijfsomgeving van instelling Y.

ART

Active Recovery Triad (ART) staat voor 'Actieve Herstel Triade'. ART is een nieuw zorgmodel dat gaat helpen om meer herstel mogelijk te maken bij mensen met een psychiatrische aandoening die langdurige verblijfszorg nodig hebben. ART geeft richting aan cliënten, professionals en naasten die bij de langdurige zorg betrokken zijn (Killaspy, Kalidindi, Roberts & Holloway, 2015). ART geeft volle inzet op het herstellen en bestendigen van het contact met de naasten, waardoor er vanuit alle drie de gezichtspunten naar de zorg kan worden gekeken (Mierlo et al., 2016).

Cliënten

Personen die zijn opgenomen op afdeling X. Deze personen zijn over het algemeen oudere volwassenen met een leeftijd hoger dan 55 jaar. Bij deze personen is sprake van ernstige psychische aandoeningen (EPA). Dit maakt het noodzakelijk dat zij worden ondersteund en begeleid door de professionals in hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Er is sprake van langdurige psychiatrische problematiek die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (Delespaul & De Concensus Groep EPA, 2013). Bij langdurige psychiatrische problematiek kan gedacht worden aan stoornissen als borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie en schizofrenie.

Professionals

Medewerkers op afdeling X die dagelijks contact hebben met cliënten en/of cliëntsystemen. Deze medewerkers hebben functies als (verpleegkundig) begeleider of psycholoog.

Herstel

Volgens Anthony (1993) is herstel een persoonlijk en continu veranderingsproces in iemands waarden, opvattingen, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Men zal een nieuwe betekenis en een nieuw doel in het leven vinden en zal een bevredigend, hoopvol en zinvol leven leiden, ondanks de beperkingen die de psychische klachten met zich mee kunnen brengen. Volgens Gagne (2004) vindt herstel plaats in 4 fases: 1. overweldigd worden door de aandoening; 2. worstelen met de aandoening; 3. leven met de aandoening; 4. leven voorbij de aandoening. De cliënt dient op de eerste plaats zelf deze fasen te bewandelen, op eigen kracht en op zijn eigen manier. De werkwijze van de professional kan een bijdrage leveren door gewenste kwaliteiten in te zetten zoals present zijn, aansluiten en het stimuleren van het benutten van de eigen kracht (Hendriksen-Favier et al., 2012).

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Dit hoofdstuk heeft als doel de theoretische achtergrond in kaart te brengen omtrent de cliëntengroep en de betekenis van ART. Uit deze literatuur wordt duidelijk welke invloed ART kan hebben op het herstelproces van de cliëntengroep in de langdurige GGZ.

2.1 Kenmerken en achtergrond van de cliëntengroep

Nederland telt circa 160.000 volwassenen met ernstig psychische aandoeningen (EPA). Deze mensen hebben in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken gehad met een psychische aandoening, gepaard met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (Delespaul & De Consensus Groep EPA, 2013).

Voorbeelden van aanhoudende en ernstige psychische aandoeningen zijn:

- schizofrenie en stoornissen binnen het psychosespectrum;
- bipolaire stoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- verslavingsstoornissen;
- dubbel diagnose (verslaving in combinatie met een andere psychische stoornis).

Ook mensen die niet binnen een van bovenstaande categorieën vallen, maar wel beperkingen ondervinden in het dagelijks leven van de (symptomen van) een aanhoudende psychische aandoening, behoren tot de epa-doelgroep.

Eerdere onderzoeken laten zien dat de kwaliteit van leven van epa-cliënten vaak fors achterblijft bij die van de algemene maatschappij. De meeste epa-cliënten wonen in de samenleving, met een lage participatiegraad en hoge eenzaamheid (Erp, Hoof, Knispel, Overweg, Place & Vugt, 2012).

Het grootste deel van de 160.000 cliënten woont op zichzelf, met ambulante zorg. Een kleine groep woont in een GGZ-instelling of beschermde woonvorm (Delespaul, Hoof, Knispel, Kroon, & Weeghel, 2016).

Een langdurig verblijf binnen beschermde of klinische woonomgevingen heeft veelal geleid tot verdere hospitalisatie, stigmatisering of verlies van identiteits- en omgevingsbesef. De duur van de ervaringen binnen de psychiatrie heeft invloed op de hoeveelheid stigma en discriminatie die cliënt in de samenleving ervaart. Door deze bevindingen is uitgaan van de eigen kracht, meedoen aan de samenleving en persoonlijk herstel voor deze mensen niet vanzelfsprekend (Hoof, Erp, Boumans & Muusse, 2014).

Langdurig opgenomen cliënten worden vaak gezien als lijdzame patiënten, in plaats van als unieke personen die beschikken over eigen ervaringen, behoeften en voorkeuren. Vaak wordt er vóór in plaats van mét cliënten besloten en te vaak ontbreekt er een open dialoog. Hierdoor heeft de hulpverlening bijgedragen aan identiteitsverlies en isolement, in plaats van aan identiteitsvorming en verbondenheid met anderen. Hoop en perspectief werden afgeremd (de cliënt dient te accepteren hoe het is) in plaats van aangewakkerd (kijken naar wat mogelijk is); en werd de grip op het eigen leven ontnomen in plaats van teruggegeven, aldus Hoof et al., (2015).

Volgens het recent ontwikkelde zorgmodel ART komt hier verandering in. ART biedt hoop op verbetering aan cliënten, naasten en professionals in de langdurige verblijfszorg (Mierlo et al., 2016).

2.2 ART

Het ART-model legt de uiteindelijke focus op herstel, waarvoor een actieve triade nodig is.

2.2.1 Active (Actief)

Om een gestagneerd herstelproces op gang te brengen, is een actieve houding essentieel. Deze actieve houding wordt onderverdeeld in de volgende drie aspecten: 'ART is tijdelijk', 'Je eigen woning kiezen' en 'Een actieve houding van iedereen in de triade'.

ART is tijdelijk

In principe wordt er maximaal drie jaar ART-zorg geboden aan de cliënt (Mierlo et al., 2016). Zo wordt de zorg in beweging gehouden en geeft het aanzet tot een actieve houding van zowel cliënt, professional en betrokken naasten. Om de actieve houding van deze betrokkenen te blijven bevorderen, worden de concrete en haalbare doelen van de cliënt minstens tweemaal per jaar geëvalueerd in de triade (Mierlo et al., 2016).

Indien mogelijk, wordt de ART-zorg afgebouwd en overgenomen door bijvoorbeeld FACT of andere vormen van zorg. Wanneer echter blijkt dat het herstelproces na drie jaar nog onvoldoende is gevorderd en de cliënt meer tijd nodig heeft, kan deze periode met drie jaar worden verlengd (Mierlo et al., 2016).

Volgens den Boer (2015) is het voor een kleine groep zeer langdurig opgenomen cliënten erg lastig om te werken aan het herstelproces. De langdurig opgenomen cliënt verblijft vaak al tientallen jaren binnen de veilige muren van de psychiatrie. Niet eerder is er actief gewerkt aan het vergroten van de zelfstandigheid, autonomie en het sociale netwerk, met als doel terugkeer naar een leven in de maatschappij. De cliënten die te maken hebben met de gevolgen van hospitalisatie zijn het niet gewend om individueel te denken, zelf keuzes te maken en voor zichzelf op te komen. Er zal rekening gehouden moeten worden met hardnekkige gedragspatronen en dus langdurige processen. Wanneer

men al langere tijd geen eigen regie over het eigen leven heeft gevoerd, zal het een poos duren voor zij zover zijn om weer eigen keuzes te maken.

Je eigen woning kiezen

ART vindt het belangrijk dat de cliënt in een passende woning verblijft waar hij zelf graag wil wonen, ervan uitgaand dat men behoefte heeft aan een eigen gekozen woonplek of woonvorm met voldoende eigen leefruimte. In principe adviseert ART een eenpersoonsappartement voor elke cliënt, het liefst wel of niet geclusterd in de maatschappij. Maar ook op gezamenlijke woon- en zorginstellingen zou ieder recht moeten hebben op een appartement met eigen voorzieningen. Belangrijk is om rekening te houden met de voorkeur van de cliënt, betreft zijn wensen voor deze faciliteiten (Mierlo et al., 2016).

In principe heeft iedere cliënt de mogelijkheid om de keuze te maken waar hij gaat wonen, maar als hij niet kan kiezen binnen de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) zal de cliënt in een beschermde woonomgeving moeten verblijven. De ambitie van ART is om deze doelgroep te reduceren naar nul (Mierlo et al., 2016).

Wat mogelijk leidt tot een positieve bijdrage aan deze ambitie is het nieuwe wetsvoorstel 'Wet Verplichte ggz' (Wvggz). Deze nieuwe wet zal over enige tijd de Wet BOPZ vervangen. Het doel van de Wvggz is het verminderen van het aantal dwangopnames in psychiatrische ziekenhuizen, door onder andere het meer inzetten van ambulante dwang. Hierdoor ontstaan er meer mogelijkheden tot verplichte begeleiding en behandeling op maat, bijvoorbeeld in de eigen woning of in een polikliniek (Tweede Kamer, 2017).

Actieve houding

Op zoek gaan naar de basisbehoeften en het daadwerkelijk revitaliseren van het herstelproces, vraagt een actieve houding van zowel de cliënt, de naasten en de professional.

De cliënt is actief doordat hij verantwoorde risico's leert nemen als onderdeel van zijn herstelproces (Mierlo et al., 2016). Volgens Boevink, Plooy & Rooijen (2006) is timing daarbij erg belangrijk. Wanneer de cliënt in goeden doen is, moet hij soms risicovolle stappen ondernemen. Met de metafoor 'mountain climbing' focust de cliënt zich eerst op een levensgebied (bijvoorbeeld wonen), om daarna een volgende stap te nemen op een ander levensgebied (zoals werken of sociale relaties) (Strauss, Hafez, Lieberman & Harding, 1985).

Volgens ART dient de professional veranderingen te maken in zijn persoonlijk referentiekader van bemiddelende deskundige naar betrokken ondersteuner of coach. Hierdoor gebruikt hij het professionele referentiekader op terughoudende en bescheiden wijze. In de relatie met de triade moet de hulpverlener 'present zijn' (Mierlo et al., 2016). Hiermee benadrukt Baart (2004) het belang van persoonlijke aanwezigheid. Cruciale elementen binnen herstelondersteunende zorg zijn persoonlijke betrokkenheid, presentie en nabijheid. Meer nog dan het samenwerken aan concrete doelen.

Uit de praktijk blijkt dat veel professionals zorg leveren uit betrokkenheid en goede bedoelingen. Zij zijn zich er mogelijk niet van bewust dat sommige van hun attitudes en gedragingen belemmerend kunnen zijn voor herstelgericht werken. De omslag in denken van 'zorgen naar' naar 'ondersteunen van' blijkt lastig voor professionals als ze het jarenlang anders hebben gedaan. De moeilijkste stap naar herstelondersteuning is volgens Brouwers, Van Gestel-Timmermans & Van Nieuwenhuizen (2013) dan ook een attitudeverandering van de professional.

Er zullen altijd professionals zijn die nog niet toe zijn aan verandering en het lastig vinden om kritisch naar hun eigen handelen te kijken. Attitudeverandering kost tijd. Er zal veel energie moeten worden gestoken in het informeren en scholing van professionals. Er zullen collega's zijn die blijven hangen in de oude manier van werken (Hendriksen-Favier, Nijnsens & Van Rooijen, 2012). Attitudeverandering kan niet van bovenaf opgelegd worden. Het start met het open staan voor een nieuwe visie en van binnenuit gemotiveerd zijn om daadwerkelijk de omslag te maken in het denken en werken. Het vraagt de professionals om de cliënt als gelijke te zien, en om zich bewust te worden van de soms stigmatiserende ideeën die men eerder misschien niet opmerkte. Er dient aandacht te zijn voor het eigen verhaal, de eigen kracht van de cliënt en het vergroten van de eigen regie en autonomie. Door minder in beperkingen te denken is er meer oog voor wat cliënten wel kunnen en waar talenten liggen (Brouwers, Van Gestel-Timmermans & Van Nieuwenhuizen, 2013).

Met ART wordt volle inzet gegeven op het herstellen en bestendigen van het contact met de naasten. De vanzelfsprekendheid om op familie of andere naasten terug te mogen vallen, wordt ingezet als kracht (Mierlo et al., 2016). Veel cliënten in de ART-doelgroep hebben een zeer beperkt netwerk. In veel gevallen vormen familieleden of een vriend van vroeger nog de enige wankelende verbinding naar de samenleving (Couwenberg, Delespaul, Gaag, Giessen, Gool, Hoof, Mierlo, Nitsche, Keet, Kloppenburg, Kupka, Laane, Mateijssen, Olij, Ruijter, Scheepers, Starmans, Stavenuiter, Veneman & Weeghel, 2014).

De professional kan samen met de cliënt inventariseren welke naasten er zijn en welke rol deze kunnen en willen spelen. Bij het maken van afspraken met de naasten houdt de instelling rekening met de draagkracht en eventuele eigen problematiek van de naasten. Er bestaat een mogelijkheid dat de cliënt de naasten niet wil betrekken of informeren tijdens de behandeling. Ook dit dient de instelling te respecteren met het recht op privacy en zelfbeschikking van de cliënt (Blaauwbroek, 2004).

2.2.2 Recovery (Herstel)

Het herstelproces kan worden ingedeeld in vier dimensies, die elkaar voortdurend beïnvloeden.

Herstel van gezondheid

ART gebruikt de volgende definitie bij de visie op herstel van gezondheid:

Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond zijn betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk (Huber et al., 2011, pp. 1-3).

De samenhang tussen fysieke gezondheid, psychisch welbevinden en sociale tevredenheid vormt het uitgangspunt van de ART-behandeling (Mierlo et al., 2016).

Herstel van identiteit

Het is voor iedereen van belang om te herontdekken wie je bent en wat je wilt. Zowel cliënten als hulpverleners hebben het levensverhaal uit het oog verloren. Dit vormt een belangrijke barrière voor het herstelproces (Lysaker, Lancaster & Lysaker, 2003). Aandacht voor het levensverhaal van de cliënt is van groot belang. Naast kunnen hierin een belangrijke rol spelen en aanvulling geven. Door het levensverhaal van de cliënt kunnen dagelijkse ervaringen geplaatst en begrepen worden binnen de grotere context van het leven (Howard, 1991). Op deze manier wordt recht gedaan aan de gehele persoon, in plaats van alleen de ziekte (Mierlo et al., 2016).

Herstel van het dagelijks leven

Uit onderzoek blijkt dat de zorgafhankelijkheid van de cliënt sterk gerelateerd is aan het dagelijks functioneren (McGurk, Mueser, Walling, Harvey & Meltzer, 2004). De ART-doelgroep heeft veelal ernstige problemen in het dagelijks functioneren en een stagnering in het herstelproces van dit dagelijks functioneren. In de loop der jaren zijn de aandoening en de gevolgen daarvan zodanig bepalend geworden dat het alledaagse leven uit beeld is geraakt. De gewone dagelijks bezigheden zijn gestopt of overgenomen door anderen (Kidd, McKenzie & Virdee, 2014). Volgens ART is het essentieel dat er naar herstel van dagelijks leven wordt toegewerkt (Mierlo et al., 2016).

De omslag van de professional zijn referentiekader is van groot belang in het herstel van het dagelijks leven. De professional dient te zorgen met de handen op de rug en de cliënt te stimuleren langzaam zelfstandiger te worden, waarbij rekening gehouden wordt met de cognitieve mogelijkheden van de cliënt. Activiteiten die binnen ART actief worden opgepakt zijn bijvoorbeeld je appartement opruimen, boodschappen doen, vrienden opzoeken en op zoek gaan naar hobby's (Mierlo et al., 2016).

Herstel van maatschappelijke rollen

ART concentreert zich op het begeleiden van mensen naar een passende en betekenisvolle daginvulling en op sociale inclusie. Op basis van de persoonlijke wensen van de cliënt en zijn mogelijkheden zal gezocht worden naar de meest passende activiteiten en/of werk, die het herstel van de cliënt zullen bevorderen.

Voor hen die participatie in de maatschappij nog niet aankunnen, zal telkens goed gekeken moeten worden in welke mate de dagactiviteiten binnen de instelling, activiteiten bij de inloop van buurthuizen of werk bij sociale werkvoorzieningen betekenisvol en herstelondersteunend zijn voor de cliënt (Mierlo et al., 2016).

2.2.3 Triad (Triade)

Een triade is de driehoek van cliënt, hulpverlener en familie en/of naastbetrokkenen (Schooten, Beersen & Berg, 2011). In het herstelproces houdt triadisch werken in dat deze drie actoren samenwerken en actief betrokken zijn. Een sterke triade heeft een herstelbevorderende werking. Hierdoor is samen optrekken binnen ART essentieel om een triade te vormen.

Een onderdeel van de ART-zorg is het 'vinden en binden' van de naasten en het bevorderen van de dialoog (dialoog tussen drie partijen), waarin de juiste attitude en juiste zorg voor cliënten kan worden gevonden (Mierlo et al., 2016). Indien de cliënt zoals eerder beschreven de keuze maakt om naasten niet te betrekken in de behandeling, kan dit consequenties hebben voor de zorg die de instelling kan bieden. De gevolgen van de keuze zijn een verantwoordelijkheid van de cliënt (Blaauwbroek, 2004). De instelling en professionals dienen dit te respecteren wanneer zij kiezen om triadisch werken centraal te stellen op de afdeling.

De aanwezigheid van ervaringsdeskundigen in het team draagt bij aan het uitdagen van het nieuwe referentiekader van denken in kansen en gezondheid, in plaats van het oude referentiekader van medisch psychiatrisch denken; denken in ziekten, symptomen en beperkingen (Mierlo et al., 2016). Naast dat een ervaringsdeskundige de rol van de (verpleegkundig) begeleider op zich kan nemen, kan de familie-ervaringsdeskundige in het ART-team de rol van de naasten vertegenwoordigen wanneer hier gebrek aan is.

Hoofdstuk 3: Methodologie

In dit hoofdstuk wordt weergegeven op welke manier het kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk 3.1 wordt een beschrijving gegeven van de selectie van de respondenten. In hoofdstuk 3.2 wordt beschreven op welke manier de data is verzameld. Het meetinstrument wordt toegelicht in hoofdstuk 3.3. In hoofdstuk 3.4 wordt beschreven op welke wijze de data wordt verwerkt tot bruikbare informatie.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie is de gehele groep waar in het onderzoek uitspraken over worden gedaan. Dit kunnen mensen zijn, maar ook groepen, organisaties, bedrijven of situaties (Baarda et al., 2013). De onderzoekspopulatie in dit onderzoek betreft professionals van instelling Y die werkzaam zijn op afdeling X. Deze professionals hebben functies als (verpleegkundig) begeleider of behandelaar. In dit onderzoek worden zij 'de professionals' en 'de respondenten' genoemd. De populatie bestaat uit mannelijke en vrouwelijke professionals van verschillende leeftijden, die verschillende opleidingen hebben gedaan op verschillende niveaus. De periode waarin zij werkzaam zijn op de klinische verblijfsafdeling verschilt van enkele maanden tot tientallen jaren.

Afdeling X is onderdeel van de klinische verblijfsafdeling die bestaat uit vijf verschillende afdelingen waar de cliënten verblijven. Onderstaand tabel geeft een visuele ondersteuning van de indeling van de klinische verblijfsafdeling.

Tabel 1:

Indeling klinische verblijfsafdeling (Instelling Y, persoonlijke communicatie, 1 september 2015).

Afdeling 1	Subteam 1
Afdeling 2	Subteam 1
Afdeling 3	Subteam 2
Afdeling 4	Subteam 2
Afdeling X	Subteam X

De steekproef voor dit onderzoek zal bestaan uit 10 vaste medewerkers van de klinische verblijfsafdeling. Deze professionals zijn persoonlijk door de onderzoeker gevraagd om respondent te worden voor het onderzoek.

Subteam X bestaat uit 6 verpleegkundigen die vast onderdeel zijn van het team. Naast deze verpleegkundigen behoren ook de helpende, activiteitenbegeleider en behandelaar tot het vaste team.

Tevens is er gekozen om 1 agogische functie van subteam 2 bij de steekproef toe te voegen, een professional die veel wordt ingezet op afdeling X. De professionals hebben diverse leeftijden en opleidingsachtergronden wat kan zorgen voor diverse kennis en inzichten met betrekking tot het werken in de GGZ en specifiek op afdeling X. Op deze manier worden zoveel mogelijk kennis en inzichten verworven in het onderzoek. Doordat de onderzoekseenheden doelgericht geselecteerd zijn door de onderzoeker, is er sprake van een doelgerichte steekproef. Zou er gebruik zijn gemaakt van enkel de verpleegkundige functies uit subteam X, dan zou er mogelijk een meer eenzijdig beeld ontstaan, wat niet representatief is voor de gehele afdeling. Dit zou de validiteit van de resultaten kunnen verminderen (Boeije, 2012).

De focus wordt op deze populatie gelegd omdat deze professionals dagelijks direct contact hebben met de cliënten en cliëntsystemen. Afdeling X bestaat uit 16 eenpersoonsappartementen waarin de cliënten klinisch verblijven. Omdat afdeling X beschikt over eenpersoonsappartementen met eigen voorzieningen zoals een keuken, badkamer, slaapkamer en woonruimte, is deze vorm van verblijf het geschikt voor de inzet van ART (Mierlo et al., 2016). De professionals van afdeling X vinden het belangrijk dat er wordt gewerkt aan de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt, waar het eigen appartement ruimte voor biedt. Het eigen appartement kan volgens de professionals een grote bijdrage leveren aan het herstelproces van de cliënt.

De anonimiteit van de respondenten zal worden gewaarborgd door de namen niet te registreren. De respondenten krijgen de volgende namen: 'respondent 1', 'respondent 2' et cetera. Voor het onderzoek is het geslacht en de leeftijd van de respondent niet van belang. Wel zal de termijn benoemd worden waarin de professional werkzaam is binnen de GGZ en specifiek op afdeling X. Ook de opleidingsachtergrond zal worden benoemd; deze kan verschillen tussen een verpleegkundige achtergrond (te noemen VPK) of een sociaal agogische achtergrond (te noemen SA). Beide kenmerken van de respondent kunnen van invloed zijn op de resultaten van het onderzoek.

3.2 Dataverzamelmethode

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Boeije (2012) formuleert een definitie van kwalitatief onderzoek: "Een kwalitatief onderzoek is een studie waarin de vraagstelling zich richt op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren."

De keuze voor een kwalitatief onderzoek is gemaakt omdat binnen dit onderzoek de beleving van de respondenten centraal staat. Om de beleving van de respondenten effectief in kaart te brengen wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews.

Deze vorm van interviews geeft veel inzicht in de ervaringen en beweegredenen van de respondenten (Boeije, 2012). Tijdens de semigestructureerde interviews krijgen de respondenten voldoende vrijheid om de huidige situatie in beeld te brengen en hun gedachten te delen over verbeteringen van de situatie. Deze manier van interviewen draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat alle belangrijke onderwerpen worden aangesneden en er tevens ruimte is om in te gaan op de gedachten, gevoelens en meningen van de respondenten. Met betrouwbaarheid wordt bedoeld 'de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval'. Door in ieder interview dezelfde onderwerpen aan bod te laten komen is het zeker dat de validiteit van het onderzoek wordt gewaarborgd. Met validiteit wordt bedoeld 'meten wat je wilt meten' (Baarda et al., 2013). Door de deelvragen in de topiclijst terug te laten komen is het zeker dat er gemeten wordt wat er beoogt wordt. Elk onderwerp komt op deze manier aan bod, waardoor er conclusies uit de antwoorden van de professionals kunnen worden getrokken.

In totaal zullen er 10 respondenten (respondent 1 t/m respondent 10) zijn, dus ook 10 semigestructureerde interviews. De respondenten worden via persoonlijk contact uitgenodigd voor deelname aan de interviews. Na een bondige uitleg over het onderzoek en het doel hiervan, wordt er instemming gevraagd met betrekking tot de deelname. Na afronding van het onderzoek worden de resultaten teruggekoppeld, wat de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek vergroot. Op deze manier wordt getoetst op de betrouwbaarheid van de waarneming (Boeije, 2012).

3.3 Meetinstrument

Als meetinstrument voor de dataverzameling van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een topiclijst. Doordat er bij alle respondenten gebruik wordt gemaakt van dezelfde topiclijst kunnen de antwoorden worden vergeleken en zal de validiteit en betrouwbaarheid toenemen (Boeije, 2012).

Alvorens ieder interview krijgt de respondent een aantal demografische vragen, welke schriftelijk zijn afgenomen via een formulier, namelijk wat de specifieke functie is van de respondent en de termijn waarin de respondent werkzaam is binnen de ggz en op afdeling X. Vervolgens start de audio-opname en volgen de vragen aan de hand van de topiclijst.

De topiclijst is vormgegeven door middel van de deelvragen, zodat er uit de resultaten een antwoord ontstaat dat in overeenstemming is met de onderzoeksdoelstelling. De topics voor de interviews zijn verder uitgewerkt met de bevindingen uit de literatuurstudie. Dit zorgt ervoor dat de validiteit wordt gewaarborgd, omdat er gekeken wordt naar de onderzoeksvraag en het doel van het onderzoek. De antwoorden van de professionals tijdens de semigestructureerde interviews komen voort uit dezelfde vragen, waardoor tevens de betrouwbaarheid wordt gewaarborgd. Elk topic wordt gesplitst in een aantal vragen die als leidraad vormen voor de interviews. Dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid wordt gewaarborgd, omdat er op deze manier geen belangrijke aspecten zullen worden overgeslagen. De topics vragen de respondenten hun ervaringen te delen. Naast de leidraad is er voldoende ruimte

om op bepaalde zaken dieper in te gaan. Om het gesprek sturing te geven kan er worden teruggevallen op de topiclijst.

Er is gekozen om de topiclijst te openen met het begrip 'herstel', omdat ieder individu hier zijn eigen invulling aan geeft. Door dit begrip te operationaliseren, wordt miscommunicatie over dit begrip voorkomen. Daarnaast is het thema 'ART' opgenomen in de topiclijst, om de beleving van de respondenten omtrent deze methodiek in kaart te brengen. Dit zal de keuze van de mogelijke implementatie verklaren.

3.4 Data-analyse

Na de afname van de interviews met de respondenten zijn de interviews getranscribeerd. Door het gebruik van de topiclijst, zijn in de interviews dezelfde onderwerpen aan bod gekomen. Het transcript zorgt ervoor dat de data overzichtelijk is en de fragmenten kunnen worden onderverdeeld. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om de informatie per deelvraag in te delen, om zo een overzicht te krijgen van de relevante data. De eerste stap van de data selectie, is de open codering. De open codering is handmatig gedaan door gebruik te maken van tabellen, waarin enkel de relevante informatie wordt geplaatst en de niet-relevante informatie in een ander document wordt bewaard. Aan de rechterzijde van de relevante fragmenten zullen de codes te vinden zijn. Er is gebruik gemaakt van 'in-vivo coderen', wat betekent dat de codes aansluiten op de gebruikte begrippen van de respondent (Boeije, 2012). Een voorbeeld van een open code is 'Wensen en behoeften binnen het team'.

Na de open codering volgt de axiale codering (Boeije, 2012). De fragmenten zijn opnieuw bekeken en de codes werden naast elkaar gelegd. Meerdere respondenten hebben bijvoorbeeld wensen en behoeften binnen het team benoemd, echter benoemden zij niet altijd dezelfde onderwerpen. Hieruit zijn de subcodes ontstaan. Deze codes zijn met elkaar vergeleken en geordend.

Na het open en axiaal coderen, is selectief coderen de laatste stap van de data-analyse. Na de relevante informatie te structureren, wordt het accent gelegd op bestaande verbanden tussen de verschillende categorieën. Dit leidt tot een samenhang tussen de verschillende begrippen en geeft een beschrijving van de resultaten. Het resultaat van deze aanpak is de codeboom in bijlage 2. De begrippen in de codeboom komen hiërarchisch tot elkaar in relatie te staan (Boeije, 2012).

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn voortgekomen uit de interviews met de professionals van afdeling X. De resultaten zijn onderverdeeld per deelvraag en zullen vergeleken worden met het theoretisch kader uit hoofdstuk 2.

De feitelijke steekproef bestond uit 10 medewerkers, werkzaam op afdeling X. In totaal 7 professionals werkzaam als begeleider (6 VPK, 1 SA), 1 helpende (VPK), 1 behandelaar (Verpleegkundig specialist i.o.) en 1 activiteitenbegeleider (SA). De tijd werkzaam binnen de GGZ verschilt van enkele maanden tot 33 jaar; de tijd werkzaam op afdeling X verschilt van enkele maanden tot 9 jaar.

4.1 Deelvraag 1

Hoe wordt op dit moment invulling gegeven aan herstel op afdeling X?

De respondenten geven aan dat herstel van de cliënt op de afdeling niet gelijk is aan herstel in algemene zin; de terugkeer naar de maatschappij. Volgens de respondenten bestaat herstel op de afdeling uit 'het terugbrengen naar een prettig niveau'. De visie van ART komt gedeeltelijk overeen met de visie van de respondenten. Mierlo et al. (2016) schrijven namelijk dat het mogelijk is om de ernstige en blijvende gevolgen die een aandoening nu meestal heeft in het leven van de betrokkenen tot een minimum te beperken. Echter wordt vanuit ART de aanvulling gegeven dat de cliënten weer aan de samenleving kunnen deelnemen. De respondenten geven aan dat deze vorm van herstel waarschijnlijk niet of beperkt mogelijk is voor de huidige cliëntengroep op afdeling X.

Opmerkelijk is dat de helft van de respondenten letterlijk benoemt dat de cliënt op de afdeling gehospitaliseerd is. Dit blijkt uit verminderde participatie en een afhankelijke en terughoudende rol van de cliënt. Deze afhankelijke en terughoudende rol zorgt er volgens de professionals voor dat het niet altijd even makkelijk is om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen. Hoof et al. (2015) beschrijven dat wanneer er vóór de cliënt wordt besloten, de hulpverlening een bijdrage levert aan identiteitsverlies en isolement. De cliënt raakt de grip kwijt op het eigen leven.

Over het verblijf op afdeling X zijn veel overeenkomsten te vinden in de theorie. Het werkboek ART beschrijft de woonvorm waar aan afdeling X voldoet, als volgt; Voor een grote groep cliënten is het geclusterd wonen met eenpersoonsappartementen passend, omdat het minder als alleen wonen voelt. Wanneer er een woonkeuken beschikbaar is, zoals op afdeling X, heeft men een eigen plek om gezamenlijk te koken en te eten, of elkaar te ontmoeten wanneer daar behoefte aan is (Mierlo et al., 2016).

Verblijf op afdeling X heeft verschillende raakvlakken met de theorie van ART. Het appartement van de cliënt biedt volgens de respondenten de ruimte die ART voorschrijft om zich terug te kunnen

trekken. Ook geven zij aan dat het mogelijk is om anderen op te zoeken of bezoek te ontvangen, wat volgens ART kan bijdragen aan herstel (Mierlo et al., 2016).

De respondenten geven echter ook aan dat sommige cliënten op afdeling X geen aansluiting met elkaar vinden, wat ervoor zorgt dat het sociaal contact in de groep moeizaam verloopt. Een respondent vertelt wat de samenstelling van de groep betekent voor het sociaal contact in de groep: 'Mensen hebben hun eigen leven, eigen wereldje, eigen problemen. Kunnen wel of niet omgaan met een ander. En dan zie je toch dat verschillende mensen elkaar bijten als het ware. Dan wordt er geen gebruik gemaakt van de gezamenlijkheid' (Respondent 2, 2017). De respondenten geven aan dat de cliënt zich vaak terug trekt in zijn eigen appartement. Dat de cliënt niet kan integreren in de groep, zou volgens een respondent ervoor kunnen zorgen dat herstel in de samenleving des te moeilijker zal worden.

Ook geven de respondenten aan dat zowel de professionals als de cliënten geen inbreng hebben in de plaatsing van de cliëntengroep. Keuze van individuele of gedeelde woning en plaatsing op de afdeling wordt extern bepaald door de instelling. Deze gang van zaken is in strijd met ART, omdat de theorie aangeeft dat het zo veel mogelijk moet worden vermeden dat men een woonruimte deelt met anderen als men daar niet voor kiest, en dat zelfgekozen samenlevingsvormen mogelijk moet zijn. Eventueel zelfs met partner, kinderen et cetera (Mierlo et al., 2016). Deze beperking in keuzevrijheid zou het effect van dit aspect van ART negatief kunnen beïnvloeden.

De respondenten geven aan dat de cliënt veel keuzevrijheid heeft voor het inrichten van het appartement. Dit betekent dat het voldoet aan de voorwaarden die ART stelt aan de omgeving van de cliënt. De omgeving dient een eigen plek te bieden en is persoonlijk ingericht. Dit zal ervoor zorgen dat de cliënt zich veilig en thuis kan voelen (Mierlo et al., 2016). Ook willen Mierlo et al. dat de huisvesting voorzien is van eigen sanitair en een eigen keuken, waar men het eigen dagritme weer kan opbouwen en waar nodig via de woonbegeleiding, zo veel mogelijk het eigen leven leeft. De respondenten geven aan dat het appartement over deze basisfaciliteiten beschikt, echter maakt de cliënt hier geen gebruik van. De cliënt heeft hier geen behoefte aan, of wil er wel gebruik van maken maar kan dit niet wegens fysieke en/of psychische beperkingen.

De respondenten geven aan dat eigen regie centraal staat op de afdeling. Er wordt gestreefd de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen door de cliënt aan te spreken op zijn eigen functioneren. Dit blijkt niet vanzelfsprekend te zijn. De hulpverlener neemt in dit geval werk uit handen van de cliënt om zo tijd te winnen, waardoor de totale druk op de afdeling als minder wordt ervaren. Echter haalt de hulpverlener op deze manier meer en niet minder werk op zijn/haar hals. Wanneer dit vergeleken wordt met de eerdere resultaten, is te zien dat de terughoudende en afhankelijke rol van de cliënt voortkomt uit hospitalisatie, maar ook de professional een grote rol heeft in het zelfstandiger en actiever maken van de cliënt. Volgens ART dient de professional een omslag te maken in zijn referentiekader. De professional krijgt een coachende rol in plaats van een zorgende rol.

De omslag van het referentiekader is van groot belang in het herstel van het dagelijks leven van de cliënt. De cliënt wordt hierdoor gestimuleerd langzaam zelfstandiger te worden (Mierlo et al., 2016).

Wanneer er naar de dimensies van herstel wordt gekeken zijn er veel overeenkomsten te vinden met de werkwijze van de professionals en de visie van ART op herstel.

Bij herstel van gezondheid wordt door de professionals gewerkt aan de lichamelijke, psychische en sociale factoren van herstel, zoals door ART wordt onderschreven (Mierlo et al., 2016).

Bij herstel van identiteit is volgens de professionals het levensverhaal van groot belang. Volgens Howard (1991) is het levensverhaal van de cliënt van belang om ervaringen in de grote context van het leven te plaatsen en deze te begrijpen.

Ook bij herstel van dagelijks leven zijn overeenkomsten te vinden tussen de werkwijze van de professionals en de visie van ART. Mierlo et al. zeggen, net als de respondenten, dat er specifiek aandacht is voor het herstellen van een gezond dagritme. In de literatuur van ART staat dat de professional de cliënt moet stimuleren om langzamerhand zelfstandiger te worden, waarbij men rekening dient te houden met de cognitieve capaciteiten van de cliënt (Mierlo et al., 2016). De respondenten beamen dit door niet teveel te willen van de cliënt. Een van de respondenten legt als volgt het belang uit: 'Waar we natuurlijk op moeten letten is dat wij, de professionals, niet teveel willen. We willen natuurlijk wel een hele hoop, maar misschien vindt de cliënt het wel prima hoe het op dit moment is' (Respondent 6, 2017). Passend bij dit citaat geeft een andere respondent een vergelijking met 'gezonde' ouderen: 'Ja, en we hebben hier natuurlijk een oudere doelgroep... Hoeveel gezonde ouderen zitten ook niet gewoon voor de tv de hele dag?' (Respondent 4, 2017). Uit deze citaten is te lezen dat de professionals rekening houden met de cognitieve capaciteiten van de ouder wordende cliënt. Mierlo et al. (2016) geven als aanvulling concrete en laagdrempelige activiteiten die een bijdrage kunnen leveren aan het dagelijks leven van de cliënt. Hierbij kan gedacht worden aan het appartement opruimen, boodschappen doen, vrienden opzoeken, op zoek gaan naar hobby's enzovoort.

Als laatste dimensie van herstel wordt het herstel van maatschappelijke rollen genoemd. Een noemenswaardig deel van de respondenten zegt dat de cliënt weinig tot niet participeert binnen de vele mogelijkheden die het terrein ze biedt. Slechts een enkele cliënt doet vrijwilligerswerk op het terrein. Mierlo et al. benoemen dat ART kan worden ingezet om mensen naar een passende en betekenisvolle daginvulling te begeleiden. Op basis van de persoonlijke wensen van de cliënt en zijn mogelijkheden zal er goed gezocht moeten worden naar de meest passende en herstelbevorderende activiteiten. Volgens meerdere respondenten zal de inzet van vrijwilligers en maatjes een grote bijdrage kunnen leveren aan het herstellen van de maatschappelijke rollen van de cliënt.

4.2 Deelvraag 2

Wat is volgens de professionals nodig om herstel te bevorderen op afdeling X?

Deze deelvraag vraagt de respondenten na te denken over welke wensen en behoeften zij hebben. Door middel van de gegeven antwoorden op deze deelvraag is een onderverdeling gemaakt in 'Wensen en behoeften binnen het team', 'Wensen en behoeften binnen de triade' en 'Overige wensen en behoeften'.

Wensen en behoeften binnen het team

Een groot deel van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan afstemming met de andere professionals. Volgens hen zitten de professionals niet op een lijn. Een respondent vertelt dat het niet werkt, wanneer de ene wel zorg overneemt en de ander niet. Volgens deze respondent is er een noemenswaardig verschil tussen de agogen en verpleegkundigen op de afdeling:

Zij zijn wat meer gericht op het overnemen en het zorgen, en op het lichamelijke. Terwijl de agogen hier denk ik iets meer gericht zijn op 'Dit is die cliënt, dit is zijn probleem' en 'Hoe laat ik dat nou z'n gang gaan, zodat iemand toch weer zo'n fijn mogelijk leven heeft?'. Uiteindelijk moet iedereen hier meer in leren, maar naar mijn mening is stap 1 beginnen bij de verpleegkundigen (Respondent 4, 2017).

ART is een professionele zorgstandaard. Het kan voor afdeling X een gezamenlijke norm bieden die gebaseerd is op een eenduidige visie, het geeft richting aan het professionele handelen, bepaalt de ondergrens van minimale kwaliteit en biedt handvatten voor een kwaliteitscyclus. In deze kwaliteitscyclus vindt een continue evaluatie plaats met aanknopingspunten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Kortom, ART geeft sturing aan de organisatie en aan teamontwikkeling en is overdraagbaar en toetsbaar. Omdat het model breed gedragen wordt, ontstaat er meer kracht om het in de praktijk te brengen (Mierlo et al., 2016).

De respondenten geven zelf een concrete oplossing om een betere afstemming plaats te laten vinden. Zij geven aan dat het prettig zou zijn wanneer er afspraken worden gemaakt omtrent de zelfstandigheid van de cliënt. Zo ontstaat er eenheid in het team en zal er minder overbodig worden overgenomen van de cliënt.

Een aantal respondenten geven aan dat zij disciplines missen in het vaste team, met name agogen en ervaringsdeskundigen. Zij zeggen dat zij met enkel verpleegkundigen in het vaste team kennis en inzichten missen. Volgens ART is het team bij voorkeur klein en overzichtelijk. Het team is groot genoeg om alle diensten te draaien en klein genoeg om continuïteit en persoonlijk contact te kunnen bieden. Het ART-team zal bestaan uit een verpleegkundig specialist, verpleegkundigen,

sociaalpedagogisch hulpverleners, woonbegeleiders, een ervaringsdeskundige, een familie-ervaringsdeskundige en een trajectbegeleider (Mierlo et al., 2016).

Wensen en behoeften binnen de triade

De respondenten gaan voor een hogere inzet van de naasten. Dit betekent volgens hen het actiever en frequenter betrekken van de naasten in de behandeling van de cliënt. Dit komt overeen met wat ART verstaat onder de actieve houding van de naasten. Vanuit ART wordt gekeken hoe de familie zo geïmplementeerd kan worden, zodat dit bijdraagt aan het herstel van de hele triade. Dit zal betekenen dat cliënten en naasten vanaf het eerste uur betrokken worden om voortdurend samen te blijven zoeken naar de juiste oplossingen in de triade, het vinden van de juiste houding naar elkaar en het vinden van nieuwe herstelbevorderende oplossingen (Mierlo et al., 2016).

Overige wensen en behoeften

Enkele respondenten geven aan dat zij te weinig tijd hebben om de zorg te leveren die zij voor ogen hebben. Dit is voortgekomen uit diverse antwoorden van meerdere topics, waarin de respondenten aangeven dat zij als professional eigenlijk teveel overnemen van de cliënt. ART geeft geen beschrijving over de samenhang van het overnemen van de cliënt en het gebrek aan tijd. Waarschijnlijk kan de attitudeverandering van de professional leiden tot een andere manier van werken, namelijk de zorgende rol vervangen door een meer coachende rol. Door deze attitudeverandering zullen de professionals op afdeling X minder overbodig overnemen van de cliënt, waardoor de beschikbare tijd van de professionals op een andere wijze kan worden ingedeeld.

De professionals van afdeling X zijn momenteel in samenspraak over de visie van de afdeling. Een respondent geeft zijn visie over het huidige doel van de afdeling:

Het doel van deze afdeling is dat mensen mogen wonen. Je houdt de levensstandaard zo hoog mogelijk. Maar toch zou ik het nog liever willen zien om toch een stukje dieper op de problemen van mensen in te gaan. Ik merk dat daar nu niets mee gedaan wordt. Ik snap dat mensen jarenlang therapie hebben gevolgd en nu uitbehandeld zijn... maar ik ben het er niet helemaal mee eens. Tenminste ik zou nog graag zien dat daar nog wel een stuk aandacht voor is (Respondent 2, 2017).

ART erkent de visie van deze respondent. ART legt de focus op de achterliggende behoeften in plaats van het gedrag van de cliënt. Het perspectief van louter symptoomstabilisatie maakt plaats voor het ondersteunen van herstel (Mierlo et al., 2016).

De behandeling van de cliënten krijgt vorm door de behandelplanbesprekingen, die tweemaal per jaar plaatsvinden op de afdeling. Volgens een respondent worden doelen op de afdeling relatief weinig geformuleerd en geëvalueerd. De behandelplannen zoals deze op het moment vorm hebben op de afdeling, zouden meer aandacht moeten krijgen. De behandelplannen worden volgens deze

respondent vooral besproken omdat het besproken moet worden, terwijl het voor de cliënt een uitgelezen kans is om aan te geven welke kant hij op wil en waar hij aan wil gaan werken. Door deze doelen frequenter te evalueren zou er meer nadruk op de behandeling komen te liggen, volgens deze respondent. ART noemt de basis van elke behandeling het behandelplan. Het geïntegreerde behandelplan van ART wordt multidisciplinair en in de triade opgemaakt. ART zet de herstelwensen en het persoonlijk profiel van de cliënt als uitgangspunt voor het behandelplan. In dit plan wordt helder hoe de herstelwensen van de cliënt in de triade behaald worden. De herstelwensen worden in de triade, met behulp van de professionals en de naasten omgezet in concrete doelen die door de cliënt zelf worden geformuleerd (Mierlo et al., 2016). Het geïntegreerde behandelplan wordt minstens tweemaal per jaar in de triade geëvalueerd, dit zou betekenen dat afdeling X de keuze kan maken om frequenter dan tweemaal in het jaar te evalueren. Mierlo et al. beschrijven het behandelplan als een actief en levend document, dat houvast geeft in de behandeling en leidend is in het herstelproces van de cliënt.

4.3 Deelvraag 3

Welke aspecten van ART kunnen volgens de professionals een bijdrage leveren aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X?

De meerderheid van de respondenten kan geen concreet antwoord geven op deze deelvraag. Zij kunnen wel de algemene voor- en nadelen opsommen van het inzetten van ART en waar zij benieuwd naar zijn, echter hebben zij nog geen idee welke aspecten van ART binnen de doelgroep daadwerkelijk ingezet kunnen worden. Zij geven aan onvoldoende kennis te hebben over de inhoud van ART om hier een concreet antwoord op te geven.

De overige respondenten geven aan dat ART een bijdrage zou kunnen leveren aan de samenwerking in de triade. Zij vermoeden dat frequenter contact en actievere inzet van de naasten hier een bijdrage aan kan leveren. Mierlo et al. (2016) bevestigen dit. De samenwerking in de triade zou versterkt worden door het betrekken van cliënten en naasten, zodat men kan profiteren van het krachtenveld van de triade. Naast het betrekken van de naasten heeft ART ook aandacht voor naasten met de rol van familie-ervaringsdeskundigen. Mierlo et al. schrijven dat de dialoog met familie-ervaringsdeskundigen kan leiden tot het vinden van de juiste attitude en de juiste zorg voor cliënten. Ook de triade in de organisatie wordt beschreven, wat betekent dat de naasten en cliënten een belangrijke rol kunnen vervullen in het ontwikkelen van beleid of het aanstellen van cliënt- en familie-ervaringsdeskundigen.

Wanneer de antwoorden van de respondenten worden vergeleken met de aspecten van ART, blijkt dat de respondenten bekend zijn met 'Herstel van maatschappelijke rollen'. De respondenten benoemen dat er veel te behalen valt op het gebied van maatschappelijke participatie voor de cliënt. Zoals eerder genoemd zou de inzet van vrijwilligers en maatjes op de afdeling bijdragen aan de

maatschappelijke participatie van de cliënt. ART beschrijft bij 'Herstel van maatschappelijke rollen' niets over de inzet van vrijwilligers. Het uitgangspunt van ART is om zo veel mogelijk leertrajecten plaats te laten vinden in de maatschappelijke context buiten de GGZ, in plaats van enkel de maatschappij in de leefomgeving van de cliënt te introduceren. Wel geeft ART aan dat deelname aan het sociale leven belangrijk is in een herstelproces (Mierlo et al., 2016).

De zorgstandaard die ART biedt wordt volgens een respondent als positief gezien. Door de inzet van deze zorgstandaard zou het team meer op een lijn komen te zitten waardoor de samenwerking in het team bevorderd zal worden. ART streeft ernaar richting te geven aan het professionele handelen door het introduceren van een zorg- en begeleidingsstandaard. Deze standaard is er echter nog niet (Mierlo et al., 2016).

De overige antwoorden van de respondenten komen niet overeen met de aspecten van ART. Aspecten 'ART is tijdelijk' en 'Je eigen woning kiezen' (Mierlo et al., 2016) komen ook in de interviews naar voren. Echter geven de respondenten aan dat de tijdelijkheid van de zorg die ART voor zich ziet geen optie zal zijn. Volgens hen is de doorstroom niet aanwezig op de afdeling en moet dat niet verlangd worden van de cliënt. Ook kunnen de cliënten volgens de respondenten geen keuzes maken waar zij komen te wonen, de cliënt wordt namelijk door externen op de afdeling geplaatst.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de resultaten in hoofdstuk 4 een conclusie geschreven. Deze conclusie komt voort uit de beantwoording van de deelvragen en hoofdvraag. Volgend op deze conclusie worden aanbevelingen gedaan aan afdeling X.

5.1 Conclusie

5.1.1 Deelvraag 1

Hoe wordt op dit moment invulling gegeven aan herstel op afdeling X?

In de interviews met de professionals komt duidelijk naar voren dat de cliënt op afdeling X gehospitaliseerd is, waaronder men verstaat dat de cliënt onzelfstandig is. Wanneer de professionals gevraagd wordt hoe zij de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt bevorderen, worden er voldoende vaardigheden benoemd zoals 'Aanspreken op eigen functioneren', 'Positief bekrachtigen' en 'Uitgaan van de mogelijkheden'. Echter blijken deze vaardigheden nog niet voldoende om een bijdrage te leveren aan de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt. Daarnaast benoemen de professionals dat er onnodig veel wordt overgenomen van de cliënt. Dit staat haaks op wat de professionals onder herstel verstaan, namelijk het centraal stellen van de eigen regie van de cliënt op de afdeling. Hiermee wordt bedoeld dat de professionals er naar streven om de cliënt zoveel mogelijk zijn eigen zaakjes te laten regelen. Door het overbodig overnemen van bepaalde zaken van de cliënt, dragen de professionals dus bij aan de negatieve effecten van hospitalisatie. De afhankelijke en terughoudende rol van de cliënt zal hierdoor in stand worden gehouden, wat leidt tot een stagnatie van het herstelproces.

Het appartement biedt vele mogelijkheden aan de cliënt om te werken aan zijn herstel. De appartementen voldoen volgens de aspecten van ART; het appartement biedt voldoende ruimte om je terug te trekken, maar geeft ook nabijheid om anderen op te zoeken. Echter zeggen de professionals dat de cliënten geen aansluiting vinden met elkaar door de samenstelling van de groep. Iedere cliënt heeft zijn eigen problematiek en zijn eigen wereld. Dit zorgt er voor dat het sociaal contact in de groep moeizaam verloopt en weinig nabijheid van de ander ervaart. Het appartement is voorzien van basisfaciliteiten als eigen sanitair en een eigen keuken. Echter maakt de cliënt hier nauwelijks tot geen gebruik van. De cliënt heeft hier geen behoefte aan, of wil er wel gebruik van maken maar kan dit niet wegens fysieke en/of psychische beperkingen.

De professionals geven een volledige beschrijving over de bijdrage aan het herstel van de cliënt. Deze beschrijving komt overeen met de invulling die ART geeft aan de rol van de professional met betrekking tot de dimensies van herstel.

Meermaals wordt genoemd door de professionals dat de cliënt weinig tot niet participeert binnen de vele mogelijkheden die het terrein aan hen biedt, zoals dagbesteding en vrijwilligerswerk. De professionals geven aan dat er op het gebied van maatschappelijke participatie nog veel te behalen valt.

5.1.2 Deelvraag 2

Wat is volgens de professionals nodig om herstel te bevorderen op afdeling X?

Afstemming in het team is volgens de professionals belangrijk om de cliënt te bevorderen in zijn herstelproces. De professionals geven aan dat zij qua werkwijze vaak niet op een lijn zitten, wat bijvoorbeeld resulteert in dat de een wel zaken overneemt van de cliënt en de ander niet. Volgens een agogische professional is er een groot verschil tussen de verpleegkundigen en de agogen op de afdeling. Zo zouden de verpleegkundigen volgens twee respondenten meer gericht zijn op het zorgen voor de cliënt, in plaats van het bevorderen van de zelfstandigheid. Volgens ART is dit het gevolg van het ontbreken van heldere kwaliteitsindicatoren en richtlijnen in het werkveld van de GGZ, waardoor er niet optimaal herstelondersteuning kan worden geboden.

De professionals geven aan dat ze het prettig zouden vinden wanneer er afspraken worden gemaakt. Door afspraken te maken wordt het duidelijker welke cliënt wat zelfstandig kan en bij welke cliënt bepaalde zaken dienen te worden overgenomen, bijvoorbeeld door crises of beperkt lichamelijk functioneren. Op deze manier zal er minder overbodig worden overgenomen van de cliënt en zal de cliënt zijn eigen regie vergroot worden.

De professionals geven aan behoefte te hebben aan bepaalde disciplines in het team, zoals agogen en ervaringsdeskundigen. Zij geven aan op dit moment kennis en inzichten te missen in het team. Mierlo et al. (2016) geven een beschrijving hoe een ART-team eruit hoort te zien. In dit team krijgen ervaringsdeskundigen en agogen een belangrijke rol.

Binnen de triade behoeven de professionals frequenter contact met de naasten van de cliënt. Door hen actiever te betrekken in de behandeling van de cliënt, kunnen zij van groot belang zijn in het herstelproces van de cliënt. De familie kan dienen als stimulator en als informatiebron. Volgens ART draagt dit positief bij aan het herstel van de hele triade, wanneer de familie geïmplementeerd kan worden (Mierlo et al., 2016).

De visie van de professional en ART komen overeen in het feit dat er verder dient te worden gekeken dan enkel symptoomstabilisatie en de kwaliteit van het alledaags leven. Beiden streven er naar dieper op de problematiek van de cliënt in te gaan.

Ook geven de professionals aan dat de huidige vorm van behandelplanbesprekingen geen bijdrage levert aan het herstelproces van de cliënt. Een meer gestructureerde evaluatie zal bijdragen aan het bereiken van de doelen van de cliënt. ART zet het behandelplan als basis van elke behandeling. Door herstelwensen en het persoonlijk profiel ten minste twee keer per jaar in de triade te evalueren, blijft het behandelplan een levend document en is het leidend in het herstelproces van de cliënt (Mierlo et al., 2016).

5.1.3 Deelvraag 3

Welke aspecten van ART kunnen volgens de professionals een bijdrage leveren aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X?

De professionals zijn nieuwsgierig naar ART, maar kunnen niet benoemen welke aspecten specifiek inzetbaar zijn op afdeling X. De professionals hebben onvoldoende kennis over de inhoud van ART waardoor zij bovenstaande deelvraag niet kunnen beantwoorden.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat zij wel ruime kennis hebben over herstelondersteunende zorg, waar de methodiek ART uit is ontstaan. Wanneer de professionals ervoor kiezen om ART als onderdeel van de behandeling te maken, kunnen de antwoorden vergeleken worden met de aspecten van ART. In dat geval zullen de volgende aspecten van ART een bijdrage leveren aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X:

Samenwerking in de triade

De professionals geven aan dat ART een bijdrage zou kunnen leveren aan de samenwerking in de triade. Volgens ART wordt de samenwerking in de triade versterkt door het betrekken van cliënten en familie, zodat men kan profiteren van het krachtenveld van de triade (Mierlo et al., 2016).

Maatschappelijke participatie

De professionals benoemen dat er veel te halen valt op het gebied van maatschappelijke participatie voor de cliënt. Er wordt verwacht dat het introduceren van de maatschappij in het leven van de cliënt hier aan kan bijdragen, bijvoorbeeld door samen te werken met vrijwilligers en maatjes op de afdeling. ART bevestigt dit specifieke voorbeeld niet, al zou het wel kunnen bijdragen aan sociale inclusie.

Zorgstandaard

Een professional verwacht door de inzet van een zorgstandaard dat het team meer op een lijn komt te zitten waardoor de samenwerking in het team bevorderd zal worden. ART streeft naar een zorg- en begeleidingsstandaard die verbindend, richtinggevend en inspirerend werkt voor professionals in de langdurige klinische zorg. Volgens Meulman (2014) werkt iedereen met de beste professionele bedoelingen, maar doet iedereen het op een eigen manier en is dit dus niet altijd samenhangend. ART wil hier verbetering in brengen; het doel is om binnen een jaar de nieuwe standaard gereed te hebben.

5.1.4 Hoofdvraag

Welke bijdrage kan Active Recovery Triad (ART) leveren aan de werkwijze van de professionals op afdeling X ten behoeve van het herstelproces van de cliënt?

Een bijdrage die ART kan leveren is het bieden van een zorg- en begeleidingsstandaard die richting geeft aan het professionele handelen, wat zal leiden tot een betere afstemming tussen de onderlinge professionals. Een betere afstemming zal ervoor moeten zorgen dat er duidelijkheid ontstaat in de werkwijze die de professionals inzetten tegenover de individuele cliënt. Door een betere afstemming kan er voorkomen worden dat de zelfstandigheid beperkt wordt door overbodige overname van dagelijkse levensverrichtingen. Hierdoor zullen de negatieve effecten van hospitalisatie bij de cliënt worden gereduceerd.

Met inzet van ART krijgt de triade een grote rol in de behandeling van de cliënt wanneer de triade actiever wordt ingezet en actief deelneemt aan de behandelplanbesprekingen. Door doelen in het kader van ontwikkeling te formuleren en meer gestructureerd te evalueren zal het behandelplan leidend worden in het herstelproces van de cliënt. ART kan het herstelproces van een cliënt op afdeling X bevorderen door professionals aan te sporen effectiever samen te werken in de triade.

De afdeling dient de mate van maatschappelijke participatie van cliënten te verbeteren door passende, betekenisvolle en herstelbevorderende daginvulling te bieden. ART wil zo veel mogelijk leertrajecten plaats laten vinden in de maatschappelijke context buiten de GGZ-instelling (Mierlo et al., 2016). Dit onderzoek wijst uit dat er ook voldoende opties zijn op het terrein van de instelling. Als voorbeeld zou de cliënt in plaats van buiten de instelling boodschappen doen en dagbesteding volgen ook binnen de instelling deze activiteiten kunnen ondernemen. Door de persoonlijke wensen van de cliënt en zijn mogelijkheden centraal te stellen, zal er gezocht moeten worden naar de meest passende activiteiten en/of werk, die het herstel van de cliënt zullen bevorderen.

De professionals zien kansen in het uitbreiden van disciplines in het vaste team, zoals ervaringsdeskundigen en agogen. Wanneer de keuze wordt gemaakt om een ART-team te vormen, dan zal het team dienen te bestaan uit verpleegkundigen, agogen, een ervaringsdeskundige en een familie-ervaringsdeskundige. Naast deze disciplines zijn ook woonbegeleiders en een trajectbegeleider vast onderdeel van het ART-team.

5.2 Aanbevelingen

Door de beperkte keuzevrijheid van afdeling X in de cliëntenpopulatie en dus beperkte mogelijkheden tot volledige maatschappelijke participatie raadt dit onderzoek aan om ART niet volledig te implementeren in de afdelingsvisie. Alleen wanneer afdeling X volledig eigen zeggenschap krijgt over de plaatsing van cliënten op de afdeling, zal de methodiek kunnen worden geïmplementeerd. Ook is het noodzaak dat de professionals open staan voor een verandering van werkwijze waar investering van tijd, discipline en scholing voor vereist is. Tot die tijd raadt dit onderzoek aan om de volgende korte- en lange termijn aanbevelingen door te voeren, omdat uit dit onderzoek is gebleken dat deze aanbevelingen allemaal een positief effect zullen hebben op het herstelproces van de cliënt.

5.2.1 Op korte termijn

Het behandelplan herzien

Het behandelplan hoort centraal te staan op afdeling X. Zoals het behandelplan nu vorm heeft, zou het niet bijdragen aan het herstelproces van de cliënt. Centraal in het behandelplan staan het persoonlijke profiel van de cliënt en de herstelwensen die de cliënt zelf heeft geformuleerd. Door inzicht hierin zal de triade (betreft cliënt, professionals en naasten) weten aan welke doelen er worden gewerkt en welke rol zij zelf hebben in de verwezenlijking van deze doelen. Door het behandelplan te herzien kan het herstel van de cliënt worden bevorderd.

Afspraken omtrent zelfstandigheid van de cliënt

Door betere afspraken te maken over de zelfstandigheid van de cliënt zullen de professionals meer op een lijn komen te zitten betreft de begeleiding en ondersteuning. Hierdoor zal de eigen regie en zelfstandigheid van de cliënt toenemen, wat bijdraagt aan het bevorderen van herstel.

5.2.2 Op lange termijn

Actiever betrekken naasten

Door naasten actiever te betrekken in de behandeling van de cliënt en een centrale rol te geven in het team en de organisatie, zullen er meer inzichten en informatie voor herstel van de cliënt ontstaan.

Zorgstandaard

Om het handelen van de professionals richting te geven zal er een zorgstandaard dienen te worden ontwikkeld. Deze zorg- en begeleidingsstandaard ondersteunt hulpverleners in het bieden van de best mogelijke, herstelondersteunende zorg. ART heeft als doel gesteld om binnen een jaar de nieuwe standaard gereed te hebben (Meulman, 2014).

Toevoeging van disciplines

Door het aanstellen van nieuwe disciplines in het team, zo genoemd ervaringsdeskundigen en agogen, zullen er nieuwe inzichten ontstaan in de begeleiding aan de cliënt omtrent herstel.

Hoofdstuk 6: Discussie

Dit hoofdstuk start met een kritische reflectie van het onderzoek in de vorm van een discussie. In hoofdstuk 6.2 worden de betekenis en praktische bruikbaarheid van het onderzoek voor afdeling X besproken. Hoofdstuk 6.3 geeft een weergave van de sterke en zwakke punten van het onderzoek. Tot slot beschrijft hoofdstuk 6.4 in hoeverre het onderzoek betrouwbaar en valide is.

6.1 Discussie

In de probleemanalyse komt naar voren dat de professionals van afdeling X de ambitie hebben om te onderzoeken welke bijdrage ART kan leveren aan hun werkwijze ten behoeve van het herstelproces van de cliënt. Dit onderzoek geeft een volledig overzicht van de aspecten van ART en koppelt de aspecten tevens aan de feitelijke situatie en werkwijze van de professionals op afdeling X. Er wordt kritisch gekeken naar de inzetbaarheid van elk los aspect, waar na geconcludeerd wordt welke aspecten wel en niet toepasbaar zijn. Naast het toetsen van de toepasbaarheid, heeft het onderzoek ook aangetoond of de losse aspecten een bijdrage leveren aan herstel van de cliënten op afdeling X. Het onderzoek heeft dus aangetoond welke aspecten aansluiten op de situatie van afdeling X, en met welke aspecten een bijdrage aan herstel behaald kan worden. Het onderzoek sluit daarom aan bij de behoefte van de professionals en bij de probleemstelling.

In de probleemanalyse werd daarnaast geschetst dat door nationale beleidsmaatregelen de GGZ wordt aangestuurd op een meer herstelondersteunende zorgverlening (Hoof et al., 2014). Ook werd aangegeven dat GGZ-instellingen nog erg zoekend zijn naar deze invulling (Brouwers, et al. 2013). ART werd benoemd als potentiële oplossing, voordat dit onderzoek startte (Mierlo et al., 2016). Uit dit onderzoek is gebleken dat ART kan bijdragen aan herstelondersteunende zorg door actief te werken aan persoonlijk herstel en maatschappelijke participatie van de cliënt. Het onderzoek biedt daarmee potentiële handvatten aan de GGZ-instellingen die worden onderworpen aan de nationale beleidsmaatregelen (Hoof et al., 2014).

Het onderzoek biedt ook een antwoord op het vraagstuk dat is ontstaan met betrekking tot de geschetste specifieke cliëntenpopulatie. Tussen afdeling X en ART zijn raakvlakken omdat de cliënten van de afdeling en van ART beschreven worden als epa-clienten (Meulman, 2014). In de probleemindicatie werd echter al geschetst dat werken met ART een uitdaging zal zijn (Mierlo et al., 2016). Uit dit onderzoek blijkt dan ook dat niet de gehele cliëntenpopulatie geschikt is voor de volledige inzet van ART. Struikelblokken ontstaan door de keuzebeperking die instelling Y oplegt aan de plaatsing van cliënten op afdeling X, waardoor sommige cliënten minder geschikt zijn om de fasen van herstel te doorlopen (Gagne, 2004). Ook blijkt uit het onderzoek dat cliënten zonder intrinsieke herstelwens niet geschikt zijn voor de ontwikkelingen waar ART naar streeft. Het ART-profiel zal dus niet altijd aansluiting vinden bij het profiel van de opgenomen cliënt op de afdeling. Dit onderzoek maakt daarmee duidelijk dat ART slechts voor een deel van de cliëntenpopulatie toepasbaar is.

Dit onderzoek biedt geen absoluut antwoord op de vraag of ART de geschikte werkwijze is voor afdeling X om herstel te bevorderen. In de huidige situatie zijn er namelijk struikelblokken voor het toepassen van ART vanuit de zelfstandigheid en maatschappelijke participatie van de cliënt. Het is aan de professionals van afdeling X om af te wegen welke aspecten van ART toepasbaar zijn en of het voor hen mogelijk is om deze aspecten door te voeren in hun werkwijze.

6.2 Praktische bruikbaarheid

Dit onderzoek is van grote bruikbaarheid omdat er interesse heerst onder de professionals naar de mogelijkheden van ART op afdeling X. Zij zijn benieuwd wat ART kan betekenen voor het herstelproces van de cliënt. De professionals geven aan dat wanneer helder is wat ART kan betekenen voor de afdeling, dat zij ART mogelijk in de afdelingsvisie willen implementeren. De onderzoeksresultaten zullen discussie opleveren over de huidige situatie en richting geven aan het beleid van afdeling X wanneer zij ervoor kiezen om ART wel of niet te implementeren binnen de afdelingsvisie. Tevens zijn de aspecten los van een gehele implementatie bruikbaar, omdat zij praktische handvatten bieden aan een verbetering van de werkwijze van de professionals.

De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op de bevindingen en ervaringen van de professionals die dagelijks contact hebben met de cliënt en/of cliëntsystemen op afdeling X. De professionals benoemen zelf wat verbeterd kan worden op de afdeling, wat zij nodig hebben en wat bij zou kunnen dragen aan het herstel van de cliënt op afdeling X. Daarnaast kunnen de resultaten van dit onderzoek bijdragen aan het huidige doel van afdeling X om zoveel mogelijk de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen.

6.3 Sterkte- en zwakte analyse

Een sterkte van dit onderzoek is de academische relevantie door de onbekendheid van de methodiek ART. Er is nog niet veel onderzoek gedaan, er zijn slechts een informerende website, een paper en een werkboek van deze nieuwe methodiek (Meulman, 2014; ART, 2015; Mierlo et al., 2016). Er is niet eerder een toepassingsonderzoek voor een specifieke onderzoekspopulatie gedaan, zoals in het geval van dit onderzoek. Zowel voor ART als voor de algemene theorie, als voor onderzoek naar herstel door de inzet van ART bij deze specifieke populatie is onderzoek nog erg nieuw.

De methodologie is sterk door de informatiekoppeling naar de respondenten. Dit kan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek vergroten volgens Boeije (2012). Tijdens het onderzoek zijn de uitgewerkte interviews voorgelegd aan de participanten met de vraag of de informatie correct is. Door de bevestiging van de participanten wordt voldaan aan de betrouwbaarheid van de waarneming.

Een zwakte van dit onderzoek is verwant aan de sterkte van dit onderzoek; de academische relevantie. Door de schaarste aan literatuur over het onderwerp ART is het lastig om op academisch hoog niveau onderzoek te doen. De eerste onderzoeken naar ART (Mierlo et al., 2016) zijn voornamelijk beschrijvend en bouwen voort op hypothesen. Academisch gezien zijn er nog weinig opvolgstudies uitgevoerd om de hypothesen van Mierlo et al. te testen in de praktijk, waardoor de informatie nog niet geverifieerd is. Door de beperkte literatuur is het noodzaak om verweven theorieën als algemene herstelondersteunende zorg te onderzoeken om de literatuurstudie te versterken.

Tevens is de onderzoeker van mening dat er een zwakte ligt in het individueel uitvoeren van dit onderzoek. Hierdoor was er weinig ruimte om te sparren samen met een andere onderzoeker. Helpend zou zijn wanneer de andere onderzoeker zich verdiept in de visie van ART, waardoor de onderzoeker nieuwe kennis en inzichten verwerft. Doordat het onderzoek door een enkel persoon is uitgevoerd, hangt het perspectief van de individuele onderzoeker af.

6.4 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt negatief beïnvloed door het gebruik van semigestructureerde interviews. Volgens Boeije (2012) bestaat namelijk de mogelijkheid dat de onderzoeker de ene keer wel door zal vragen en de andere keer niet, wat tot verschillende resultaten kan leiden. Hierdoor komt de betrouwbaarheid mogelijk in het geding. De onderzoeker heeft hier voor gewaakt door bij de respondenten voldoende tijd te reserveren voor afname van de interviews. Voor elk interview werd 60 minuten gereserveerd, terwijl bij directe beantwoording van de topiclijst circa 30 minuten nodig zouden zijn. Dit tijdsbestek bood ruimte om bij elk onderwerp van de topiclijst uitvoerig door te vragen.

Onderzoekstheorie geeft aan dat de interne validiteit van een onderzoek toeneemt als een zo groot mogelijk deel van de onderzoekspopulatie wordt ondervraagd (Boeije, 2012). In het geval van dit onderzoek bevat de potentiële en tevens werkelijke onderzoekspopulatie 10 professionals van afdeling X te instelling Y. Het gehele team van afdeling X is onderdeel van het onderzoek, wat inhoudt dat de maximale onderzoekspopulatie is behaald. Dit sluit bedreiging van de interne validiteit vanuit selectie van de onderzoekspopulatie uit (Boeije, 2012).

De externe validiteit van dit onderzoek is volgens Boeije (2012) laag omdat de conclusies niet gelden voor andere, niet onderzochte populaties. Omdat de onderzoeker de keuze heeft gemaakt het onderzoek te specificeren op afdeling X, is het niet representatief voor andere afdelingen in de GGZ. Dit onderzoek sluit geheel aan op de situatie van afdeling X, echter is er geen kennis verkregen die betrekking heeft op meer gevallen dan het onderzochte geval. In dit geval is dus onduidelijk of de theoretische inzichten, begrippen of theorie die in het onderzoek zijn ontwikkeld, kunnen worden toegepast in soortgelijke populaties die niet zijn onderzocht. De externe validiteit is dus laag omdat er gebruik is gemaakt van een specifieke onderzoekspopulatie (Boeije, 2012).

De algemene validiteit van het onderzoek is hoog wanneer er flexibele dataverzameling is gebruikt wat ervoor zorgt dat de onderzoeker kan waarnemen wat op dat moment relevant kan zijn. Dit draagt bij aan de validiteit van de verzamelde gegevens (Boeije, 2012). Als er systematisch richting wordt bepaald door het doorvragen, dan gaat de validiteit van het onderzoek omlaag (Boeije, 2012). Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews heeft de onderzoeker voldoende ruimte gehouden om door te vragen op belangrijke zaken en deze flexibiliteit te verwezenlijken, wat dus positief bijdraagt aan de validiteit.

Een tweezijdige conclusie die getrokken kan worden over de algemene validiteit van dit onderzoek heeft te maken met de betrokkenheid van de onderzoeker. Enerzijds heeft de betrokkenheid bijgedragen aan de validiteit. De onderzoeker is namelijk gedurende een jaar lid geweest van het team op afdeling X, waarbij een betrokken houding werd ingezet om te achterhalen wat de onderzochte personen beweegt. De onderzoeker had in het voortraject de mogelijkheid om de manier van werken van alle onderzochte personen te ervaren en hier kennis van te nemen. Door dit voortraject beschikte de onderzoeker daarom over meer kennis en inzicht over de professionals en afdeling X. Deze betrokkenheid heeft echter ook nadelen. Volgens Boeije (2012) kunnen in dit onderzoek de professionals de neiging hebben om hun gedrag te veranderen, als ze weten dat ze worden geobserveerd door de onderzoeker; zo genoemd reactiviteit. Volgens Boeije beïnvloedt dit de validiteit negatief. Echter wanneer de onderzoeker langere tijd aanwezig is, vindt er aanpassing plaats van beide zijden en vallen de participanten waarschijnlijk terug in hun oude gedragspatronen (Boeije, 2012). Zo ervoer de onderzoeker dat de interviews een ontspannen sfeer met zich meebrachten, waar bij de respondenten eerlijk waren over hoe zij doorgaans te werk gaan. Al met al zal het effect van de betrokkenheid van de onderzoeker op de validiteit dus positief zijn.

Bibliografie

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* , 11-23.
- ART. (2015). Het model. Geraadpleegd op 20 februari 2017 van <http://www.art-psy.nl/het-model/>
- Baart, A. (2004). *Theorie van de presentie*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de & Peters, V. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Blaauwbroek, H. (2004). *Betrokken omgeving: modelregeling relatie GGZ-instelling – naastbetrokkenen*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ. Geraadpleegd op de website van Landelijk Platform GGZ: <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/modelregeling2003.pdf>
- Boeije, H. (2012). Kwaliteit van onderzoek. In H. Boeije (red.), *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (145-147). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boer, K. den. (2015). Nooit geleerd keuzes te maken: Waarom herstel bij zeer langdurig opgenomen ouderen om een andere benadering vraagt. *Praxis GGZ Verpleegkundig specialist*, 2015. 1-6. Geraadpleegd op https://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf_documenten/Publicaties/Praxis%202015/praxis2015_01-Boer.pdf
- Boevink, W., Plooy, A., & Rooijen, S. van. (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychiatrische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Boot, J.M. & Klinkert, J.J. (2001). *Inleiding in de medische sociologie*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, 95-102.
- Brouwers, E.P., Gestel-Timmermans, H., van & Nieuwenhuizen, C. van. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 5, (4), 14-17.
- Couwenberg, C., Delespaul, P., Gaag, M. van der, Giessen, I. van der, Gool, R. van, Hoof, F. van. . . . Weeghel, J. van. (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en*

ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
Geraadpleegd op <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2014/10/Over-de-brug-PvA-EPA-september-2014.pdf>

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*, 427-438.

Delespaul, P.H., Hoof, F. van, Knispel, A., Kroon, H. & Weeghel, J. van. (2016). *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op de website van Stichting Trimbos-Instituut: <https://assets.trimbos.nl/docs/0c3c6764-44e9-4686-af56-231f3454d63d.pdf>

Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 19 (2), 6-17.

Erp, N. van, Hoof, F. van, Knispel, A., Overweg, K., Place, C. & Vugt, M. van. (2012). *Trendrapportage GGZ 2012: Ambulantisering*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op de website van Stichting Trimbos-Instituut: <https://assets.trimbos.nl/docs/acd05b16-ca20-42ed-a8c5-4a4b655ea013.pdf>

Gagne, C. (2004, juni). *Rehabilitatie: een weg tot herstel*. Bijdrage aan de studiedag 'rehabilitatie en herstel' van het Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool, Groningen.

GGzE. (2017). Zorg voor ouderen. Geraadpleegd op 21 februari 2017 van <http://www.ggze.nl/ons-zorgaanbod/zorg-voor-ouderen>

Haan, E. de. (2013). *'De herstel special': De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Utrecht: GGZ Nederland.

Hendriksen-Favier, A., Nijns, K. & Rooijen, S. van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op de website van Stichting Trimbos-Instituut: <https://assets.trimbos.nl/docs/3bc38e33-b8ca-4bbc-ab90-413ccf3dbd60.pdf>

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., & Muusse, C. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op de website van Stichting Trimbos-Instituut: <https://assets.trimbos.nl/docs/83ffad0a-cf73-4447-aecc-d5dd3033ceff.pdf>

- Hoof, F. van, Hulsbosch, L., Knispel, A., Kroon, H., Michon, H., Oele, W. . . . Rooijen, S. van. (2015). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op de website van Stichting Trimbos-Instituut: <https://assets.trimbos.nl/docs/7beec7d1-e34e-4b55-b5c7-12b3eb12bab2.pdf>
- Howard, G.S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46 (3), 187-197.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R. & Kromhout, D. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 1-3.
- Kidd, S.A., McKenzie, K.J. & Virdee, G. (2014). Mental health reform at a systems level: widening the lens on recovery-oriented care. *Canadian journal of psychiatry*, 59 (5), 243-249.
- Killaspy, H. Kalidindi, S., Roberts, G. & Holloway, F. (2015). Psychiatric rehabilitation: future directions in policy and practice. In F. Holloway, S. Kalidindi, H. Killaspy & G. Roberts (red.), *Enable recovery: The principles of practice of rehabilitation psychiatry* (451-457). London: Royal College of Psychiatrists Publications.
- Kooiker, S. & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en gezondheid: Themarapport Volksgezondheid toekomst verkenning 2014*. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Lysaker, P.H., Lancaster, R.S. & Lysaker, J.T. (2003). Narrative transformations as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and psychotherapy*, 76 (3), 285-299.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Walling, D., Harvey, P.D. & Meltzer, H.Y. (2004). Cognitive functioning predicts outpatient service utilization in schizophrenia. *Mental Health Service Research*, 6 (3), 185-188.
- Meulman, R. (2014). Deze vergeten groep verdient beter. *Samenloop* (3), 7.
- Mierlo, T. van, Meer, L. van der, Voskes, Y., Berkvens, B., Stavenuiter, B. & Weeghel, J. van. (2016). *De kunst van ART: Werkboek Active Recovery Triad*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schooten, G. van, Beersen, N., & Berg, M. (2011). *Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Strauss, J.S., Hafez, H., Lieberman, B. & Harding, C.M. (1985). The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142 (3), 289-296.

Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94 (4), 651-656.

Tweede Kamer. (2017). *Zorg centraal in nieuwe Wet verplichte ggz*. Geraadpleegd op de website van de Tweede Kamer: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/zorg-centraal-nieuwe-wet-verplichte-ggz

Bijlage 1: Topiclijst interviews

Inleiding

- Het begrip 'herstel'

Wat verstaat u onder herstel?

- Het begrip 'Active Recovery Triad'

Hoe kijkt u tot dusver aan tegen ART?

Rol professional

- Herstelondersteuning

Als u kijkt naar uw functie op de afdeling, wat is dan uw rol met betrekking tot herstelondersteuning?

- Kennis

Welke kennis zet u hiervoor in?

- Vaardigheden

Welke vaardigheden zet u hiervoor in?

Wat is er volgens u als professional nodig aan kennis en vaardigheden om de cliënt zo optimaal mogelijk te ondersteunen in het proces van herstel?

- Zelfstandigheid en zelfredzaamheid

Hoe draagt u als professional bij aan het bevorderen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt?

Eigen regie cliënt

- Verblijf

Welke keuzevrijheid heeft de cliënt met betrekking tot de woning?

Welke positieve kanten geeft de woning als u kijkt naar de bijdrage aan herstel?

Welke nadelige kanten geeft de woning als u kijkt naar de bijdrage aan herstel?

Welke positieve kanten geeft de gezamenlijke huiskamer als u kijkt naar de bijdrage aan herstel?

Welke nadelige kanten geeft de gezamenlijke huiskamer als u kijkt naar de bijdrage aan herstel?

Dimensies van herstel

- Herstel van gezondheid

Hoe levert u als professional een bijdrage aan herstel van de gezondheid van de cliënt?

- Herstel van identiteit

Hoe levert u als professional een bijdrage aan herstel van de identiteit van de cliënt?

- Herstel van het dagelijks leven

Hoe levert u als professional een bijdrage aan herstel van het dagelijks leven van de cliënt?

- Herstel van maatschappelijke rollen

Hoe levert u als professional een bijdrage aan herstel van maatschappelijke rollen van de cliënt?

Triadisch werken

- Communicatie

Hoe wordt er op dit moment gecommuniceerd tussen de professionals en de naasten?

- Samenwerking

Hoe wordt er op dit moment samengewerkt tussen de professionals en de naasten?

- Besluitvorming

Hoe worden er op dit moment met cliënt, professionals en naasten beslissingen genomen?

Inzet ART

- Specifieke inzet

Welke aspecten van ART zijn volgens u in te zetten op afdeling X?

- Voordelen

Welke voordelen zou ART kunnen geven aan de professionals op afdeling X?

Welke voordelen zou ART kunnen geven aan de cliënten op afdeling X?

- Nadelen

Welke nadelen zou ART kunnen geven aan de professionals op afdeling X?

Welke nadelen zou ART kunnen geven aan de cliënten op afdeling X?

Bijlage 2: Codeboom

Deelvraag 1: Hoe wordt op dit moment invulling gegeven aan herstel op afdeling X?

Thema	Subthema	Code
Huidige rol professional	Bevorderen zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt	Neemt te veel over van de cliënt 4x
		Aanspreken op eigen functioneren 3x
		Afspraken maken 2x
		Positief bekrachtigen 2x
		Uitgaan van de mogelijkheden 2x
		Cliënt zo veel mogelijk zelf laten doen 1x
		Zorgt voor de cliënt 1x
		Cliënt centraal zetten 1x
		Laten doen wat ze leuk vinden 1x
		Inzet naasten 1x
		Lat niet te hoog leggen 1x
	Rol binnen herstelondersteuning	Stimuleren 6x
		Ondersteunen 4x
		Inzicht in de cliënt 4x
		Afspraken maken 4x
		Observeren 4x
		Triadisch werken 3x
Herstel op de afdeling		Terugbrengen naar prettig niveau 4x
		Stapsgewijs naar functioneren 3x
		Eigen regie 2x
		Lift de hospitalisatie stappen 1x
		Zo veel mogelijk participeren 1x
		Herstellen tot waar mogelijk 1x
Huidige rol cliënt		Hospitalisatie 5x
		Weinig tot geen contact met naasten 2x
		Kiest voor veiligheid 2x
		Terughoudend 1x
		Kan gewenste situatie benoemen 1x
		Heeft gebrek aan inzicht 1x
		Pakt de mogelijkheden niet op 1x
		Heeft de behoefte niet 1x
		Kan het niet 1x
		Is afhankelijk 1x
		Verminderde participatie 1x

Thema	Subthema	Code
Eigen woning	Mogelijkheden	Herstelbevorderend 4x
		Basistaciliteiten 4x
		Inrichting 4x
		Modern 2x
		Ruim 2x
		Eigen werkplek 2x
		Sociaal 2x
		Privacy 1x
	Belemmeringen	Plaatsing 4x
		Gebruik 4x
		Sociaal 4x
		Samenstelling groep 3x
		Autonomie 1x
		Integratie 1x

Thema	Subthema	Code
		Realistisch zijn 1x
		Intuïtie 1x
		Samen met cliënt onderzoeken wat hij wil 1x
		Communicatie met het team 1x
		Kennis van de organisatie 1x
		Door vragen 1x
		Evalueren in het team 1x
		Andere disciplines 1x
		Geduld 1x
		Kennis omtrent herstel 1x
		Ervaringsdeskundigheid 1x
		Sturing geven 1x
		Herkenning geven 1x
		Coachen 1x
		Bijsturen 1x
		Familie als stimulator 1x

Thema**Subthema****Code**

Goed contact met familie en naasten	2x
Spiegel voor houden	2x
Sociale vaardigheden bevorderen	2x
Motiverende gespreksvoering	2x
Doorzettingsvermogen	2x
Inlevingsvermogen	2x
Uitgaan van de mogelijkheden	2x
Grenzen stellen	2x
Sociale kaart	2x
Begeleiden	2x
Empathie	2x
Humor	2x
Ontwikkelingspsychologie	1x
Plezier beleven	1x
Zelfwaarde vergroten	1x
Signaleren	1x
Netwerken	1x

Thema**Subthema****Code**

Hoe de professionals
bijdragen aan de
dimensies van herstel

Herstel van gezondheid

Medicatie	5x
Observeren	4x
Signaleren	3x
Ondersteunen	2x
Sociaal contact bevorderen	2x
Prikkelen	2x
Inzicht in de cliënt	1x
Gesprekken	1x
Zelfstandigheid bevorderen	1x
Rapporteren	1x
Vraag helder krijgen	1x
Laten bewegen	1x
Zelfvertrouwen vergroten	1x

Deelvraag 2: Wat is volgens de professionals nodig om herstel te bevorderen op afdeling X?

Thema	Subthema	Code
Wensen en behoeften professionals	Wensen en behoeften binnen het team	Atstemming 7x
		Agogen 2x
		Behoeftte aan kennisoverdracht 2x
		Ervaringsdeskundigen 1x
		Communicatie 1x
	Wensen en behoeften binnen de triade	Inzet triade 3x
		Doelen vanuit perspectief cliënt 1x
		In dialoog gaan met de cliënt 1x
	Overige wensen en behoeften	Tijd 2x
		Diepgang 1x
		Evaluatie doelen 1x
		Match persoonlijke begeleider met cliënt 1x

Deelvraag 3: Welke aspecten van ART kunnen volgens de professionals een bijdrage leveren aan het herstelproces van de cliënt op afdeling X?

Thema	Subthema	Code
Inzet ART	Concrete inzet	Bevorderen samenwerking triade 4x
		Bevorderen maatschappelijke participatie 1x
		Bevorderen samenwerking team 1x
	Voordelen professionals	Methodischer werken 2x
		Werken volgens GGZ visie 1x
		Mogelijkheden 1x
		Management 1x
		Plan opstellen met cliënt 1x
	Nadelen professionals	Omschakelen 1x
		Meer belastend 1x
		Leerafdeling 1x
		Weinig nadelen 1x
Thema	Subthema	Code
	Voordelen cliënt	Doorbreken langdurig verblijf 1x
		Richting geven 1x
		Doelen 1x
		Rol invulling 1x
	Nadelen cliënt	Niet iedereen geschikt 2x
		Overschatting 2x
		Onderschatting 1x
		Beleving herstel 1x
		Teleurstellingen 1x