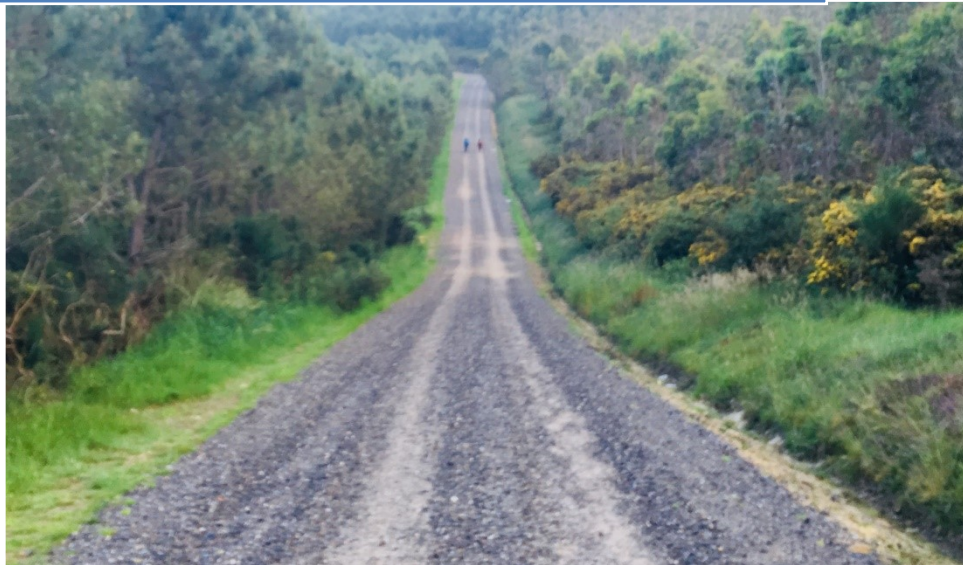


Over kansen voor sociaal agogisch hulpverleners in de langdurige GGz om het herstel van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening te versterken

Verbeteren van herstel bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening op weg naar maatschappelijke participatie



Auteur: Jarno van Rootselaar

Studentnummer: 2334666

PCN nummer: 300239

SB-groep: 5VD03

Vak: Afstudeeronderzoek GGz

Progresscode: 67D4G-AFOZ

Opleiding: Bachelor of Social Work

Profiel: GGz-agoog met ervaringsdeskundigheid

Instituut: Fontys Hogeschool Sociale Studies

Begeleiders: Marianne Sommers & Stefan Assink

Datum: 18 januari 2019

Plaats: Eindhoven

Samenvatting

In dit onderzoek is gezocht naar wat sociaal agogisch hulpverleners (sociaal agogen) kunnen doen om het herstel van mensen (cliënten) met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) positief te beïnvloeden, waardoor de kans m.b.t. maatschappelijke participatie vergroot kan worden. De verandering in de maatschappij vraagt tegenwoordig namelijk om meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen. Echter, blijken mensen met een EPA moeite te hebben met het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Ze zijn vaak gehospitaliseerd geraakt waardoor thema's als zelfstandigheid en zelfredzaamheid moeite kosten. Daarom is in dit onderzoek bekeken hoe de huidige manier van begeleiden binnen De Brug (alias) overeenkomt met de vraag vanuit de maatschappij, de behoefte van de cliënt, en welke methodieken de sociaal agogen daarvoor wel of niet gebruiken. Daarbij werd onderzocht welke herstelbelemmerende- en herstelbevorderende factoren een rol van betekenis kunnen spelen tijdens het herstelproces van de cliënt. Het onderzoek bestond uit tien semi-gestructureerde interviews waarbij zeven sociaal agogen zijn geïnterviewd en drie cliënten. Meerdere resultaten werden geïdentificeerd, waaronder de houding van de sociaal agoog, een gebrek aan herstelactiviteiten en een gebrek aan veiligheid op de afdeling. Vervolgens zijn aanbevelingen gedaan om de houding van de sociaal agoog te verbeteren, de veiligheid op de afdeling te vergroten en meer herstelactiviteiten te laten plaatsvinden voor cliënten.

Voorwoord

Beste Lezer,

Voor u ligt mijn onderzoeksrapport over hoe sociaal agogen binnen De Brug mensen met een EPA kunnen begeleiden naar herstel. Dit onderzoeksrapport is het laatste onderdeel van mijn Hbo-opleiding aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven. Het is de afsluiting van een intensief opleidingstraject wat mij persoonlijk mijn grenzen heeft laten verleggen zoals ik niet voor mogelijk had gehouden. Na een lange weg (met pieken en dalen) ben ik op het punt aangekomen om mijn Hbo-diploma in ontvangst te nemen. Het is voorheen niet vanzelfsprekend geweest dat ik na het behalen van mijn Mbo 2 opleiding, mijn Mbo 3 opleiding zou afronden. Laat staan dat het vanzelfsprekend is geweest dat ik na het behalen van mijn Mbo 3 opleiding, mijn Mbo 4 opleiding in ontvangst zou nemen. Ondanks de vele twijfels over mijn kansen m.b.t. mijn vervolgopleidingen is het toch allemaal gelukt. Vandaar dat ik mij vandaag des te beter herinner dat ik ruim vijf jaar geleden de collegezaal van het Hbo binnenliep. Ik was zo trots als het maar zijn kon en ik voelde mijn emoties daarover. Ik zou zelfs de gok gaan wagen om een Hbo-opleiding te gaan volgen. Ook nu (bij het schrijven van dit voorwoord) realiseer ik me, dat ik geraakt word door dit besef.

Het onderzoek is door mij persoonlijk uitgevoerd. Echter kan ik niet ontkennen dat ik op lastige momenten steun en toeverlaat heb gezocht bij mensen om mij heen. Dit wordt extra bevestigd door het feit dat mijn eerste poging om te slagen werd afgekeurd. Mijn eerste onderzoek was te uiteenlopend en daarmee niet concreet genoeg. Dit bleek een klassieke beginnersfout. De feedback op mijn eerste onderzoek was om het onderzoek helemaal opnieuw te schrijven en vandaaruit opnieuw vorm en inhoud te geven, maar deze keer concreter. Na een break van een half jaar (dit bleek een goede keus) ben ik wederom begonnen met schrijven. Weer een half jaar later is het vernieuwde onderzoek dan voor de tweede keer klaar.

Ik bedank daarom op voorhand iedereen die mij de afgelopen tijd (jaren) op welke manier dan ook heeft geholpen en gesteund. In het bijzonder zijn dit een aantal klas- en studiegenoten waarmee ik alle jaren heb samengewerkt. Eén daarvan is Johanna die nu een goede vriendin is geworden en die mij is blijven supporten, ondanks dat ze zelf de opleiding vroegtijdig heeft moeten beëindigen. Ook bedank ik Paul die mij in de laatste fase van mijn onderzoek heeft geholpen zijn kennis met mij te delen. En ik bedank Jos waar ik terecht kon om mijn onderzoek te laten controleren op taalfouten en zinsopbouw. Daarnaast bedank ik mijn zus Simone die ik door het volgen van deze opleiding beter heb leren kennen. Ik heb zoveel meer waardering voor haar gekregen omdat ik nu begrijp wat het betekent om een dergelijke opleiding te volgen. Haar academische achtergrond heeft mij op momenten geholpen de gevraagde context van mijn afstudeeropdracht beter te begrijpen. Ik bedank ook Lukas voor zijn feedback, geruststelling en middagen en avonden in de bibliotheek van de universiteit van Tilburg (ze waren onmisbaar en uiterst effectief). Tot slot bedank ik ook Hilde voor de tijd en ruimte die ze voor me vrij maakte (en de eenvoud die ze aanbracht) om de voor mij ogenschijnlijke lastige vraagstukken kant en klaar behapbaar te maken. Allemaal bedankt daarvoor!

Jarno van Rootselaar

Tilburg, 18 januari 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets.....	5
1.1 Probleemanalyse	5
1.2 Probleemstelling (+ verificatie)	8
1.3 Onderzoeksdoelstelling.....	9
1.4 Hoofdvraag en deelvragen	9
1.5 Begripsafbakening	9
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	12
Hoofdstuk 3: Methodologie	18
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef	18
3.2 Dataverzamelmethode.....	19
3.3 Meetinstrument	20
3.4 Data-analyse	21
Hoofdstuk 4: Resultaten	23
Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen	33
Hoofdstuk 6: Discussie	39
6.1 Betekenis en bruikbaarheid.....	39
Literatuurlijst.....	41
Bijlage 1 – Topiclijst sociaal agogisch hulpverleners	48
Bijlage 2 – Codeboom sociaal agogisch hulpverleners	55
Bijlage 3 – Topiclijst cliënten	67
Bijlage 4 – Codeboom cliënten	70
Bijlage 5 – Toestemmingsverklaringsformulier	74
Bijlage 6 – Persoonlijke communicatie.....	75

Inleiding

Dit onderzoek speelt zich af binnen De Brug. Een woonomgeving met een aantal beschermde woongroepen voor mensen met een EPA (cliënten). De woonsetting is open van aard en op basis van 24-uurs zorg. De hedendaagse ontwikkelingen in de maatschappij vraagt van De Brug om een andere aanpak m.b.t. de zorg en begeleiding van deze cliënten. De inrichtingspsychiatrie (waar De Brug onder valt) verschuift namelijk al enige tijd naar zorg in de maatschappij (Kenniscentrum Phrenos, 2014). Daarbij is de tendens dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met een EPA gedeeld wordt door meerdere partijen i.p.v. door de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) alleen. Werken aan herstel is daarbij de nieuwe aanpak. Daarom wordt er de afgelopen jaren binnen De Brug gewerkt op basis van herstelondersteunende zorg (HOZ) en het ART-model. Dit zijn twee methoden waarbij het herstel van cliënten centraal staat en kan worden aangewakkerd (Hendriksen-Favier, et al., 2012). Veel van de cliënten die op het terrein van De Brug wonen zijn echter in de loop der jaren door de psychiatrische omgeving gehospitaliseerd geraakt. Hetzelfde geldt vaak ook voor de hulpverleners. Rede om onderzoek te doen komt daarom voort uit de situatie binnen De Brug, waarbij er sociaal agogen twijfelen aan de participatiekansen van mensen met een EPA. Ten tweede denkt men dat de tijd die deze cliënten krijgen (om aan hun herstel te werken) veel te kort is. Ten derde voorziet men een probleem bij het betrekken van familie en naasten. Het is de vraag of beide methodieken binnen De Brug optimaal benut worden om de kansen op herstel voor deze cliënten zo groot mogelijk te maken. Door deze vragen te beantwoorden wil dit onderzoek een bijdrage leveren aan de verbetering van de zorg van deze doelgroep. Dit, door de sociaal agogen concrete handvatten te bieden om de participatiekansen van mensen met een EPA te vergroten.

Het onderzoek is als volgt opgebouwd: hoofdstuk 1 omvat de probleemanalyse die het probleem weergeeft op macro-, meso- en microniveau. Dit betreft de verandering van de verzorgingsstaat naar de participatiemaatschappij, de verantwoordelijkheid die gemeentes en zorginstellingen hebben gekregen m.b.t. de zorg, en de situatie van de cliënt in de huidige context. Ook zijn de hoofd- en deelvragen geformuleerd, en worden de kernbegrippen uit het onderzoek verhelderd d.m.v. de begripsafbakening. Hoofdstuk 2 omvat o.a. een theoretische achtergrond omtrent de verschillende werkwijzen binnen De Brug en andere invalshoeken die het onderzoek ondersteunen. Hoofdstuk 3 omvat de beschrijving van de methodologie. Hierin komt de onderzoekspopulatie aan bod, de steekproef en de manier waarop de data is verzameld. Daarbij wordt het gebruikte meetinstrument beschreven en wordt er uitgelegd op welke wijze de data-analyse heeft plaatsgevonden. Hoofdstuk 4 omvat de uitgewerkte resultaten van de deelvragen aangevuld met citaten van de verschillende respondenten (groep A en groep B) die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Hoofdstuk 5 omvat de uiteindelijke conclusie en aanbevelingen. Hoofdstuk 6 omvat een discussie omtrent betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek. Daarbij worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek besproken. Als laatste is er een literatuurlijst toegevoegd aangevuld met verschillende bijlagen die later in dit onderzoek aan bod zullen komen.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

Hoofdstuk 1 betreft in paragraaf 1.1 de probleemanalyse met een korte inleiding op het onderwerp en een uitwerking van de context van het onderzoek op macro-, meso- en microniveau. Er wordt ingegaan op de veranderingen in de maatschappij, de GGz en de situatie waar mensen met een EPA zich in bevinden. In paragraaf 1.2 volgt de probleemstelling met verificatie vanuit de praktijk. Daarna staat in paragraaf 1.3 de onderzoeksdoelstelling omschreven en in paragraaf 1.4 staan de hoofd- en deelvragen van het onderzoek geformuleerd. Tot slot worden in paragraaf 1.5 de kernbegrippen uitgewerkt die in de probleemanalyse naar voren zijn gekomen.

1.1 Probleemanalyse

In Nederland leven ongeveer 216.000 mensen met een EPA (Delespaul & De Consensusgroep EPA, 2013). Deze mensen hebben in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken gehad met een psychiatrische aandoening die gepaard ging met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. De aandoeningen waar deze mensen aan lijden hebben vaak een chronisch beloop met onvolledig herstel (Van Mierlo et al., 2016). Ongeveer 75% van deze mensen is in zorg bij de GGz of andere zorgverleners. Denk daarbij aan GGz (48,4%), verslavingszorg (7,8%), forensische GGz (0,75%), justitiële inrichtingen (0,6%), bemoeizorg, maatschappelijke opvang of eerstelijnszorg (17,5%), en een resterend deel van de doelgroep ontvangt geen zorg (25%) (Kenniscentrum Phrenos, 2014). Het grootste deel van deze groep is tegenwoordig reeds geambulantiseerd.

Desondanks heeft de GGz nog steeds de doelstelling om het aantal langdurige opnames binnen de GGz verder te verminderen. De afbouw van langdurige opnames is decennia geleden al door Goffman (1986) omschreven als de-institutionalisering. Dit proces vindt tegenwoordig nog steeds plaats binnen de GGz (Van Hoof et al., 2015). De reden om te de-institutionaliseren is o.a. om hospitalisatie tegen te gaan. Hospitalisatie ontstaat wanneer mensen zich te lang in een klinische woon- en leefomgeving bevinden en van deze omgeving afhankelijk worden. Vandaag de dag zijn er nog steeds GGz-instellingen waar mensen gehospitaliseerd zijn geraakt of het risico lopen gehospitaliseerd te raken. Hieronder valt ook De Brug waar deze mensen vaak een groot deel van hun leven hebben gewoond en geleefd.

De doelgroep binnen De Brug kampt met een EPA en is vaak ernstig beperkt geraakt in het sociaal en maatschappelijk functioneren. De psychische klachten van deze doelgroep zijn over het algemeen structureel, langdurig en tenminste enkele jaren aanwezig (Kenniscentrum Phrenos, 2014).

Macroniveau

Nederland is de laatste jaren geleidelijk aan het veranderen van een verzorgingsstaat in een participatiemaatschappij (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2014). In een participatiemaatschappij gaat het vooral om zelfredzaamheid en meedoen van burgers in de maatschappij (Putters, 2014). Dit geldt ook voor mensen met een EPA. In een verzorgingsstaat gaat het erom bestaansonzekerheid en ongelijkheid tegen te gaan. Hierdoor krijgt iedereen een gelijke kans om te participeren in de maatschappij (Thoenes, 1971). Een negatief gevolg van de verzorgingsstaat was echter dat de burger onnodig afhankelijk werd gemaakt van de staat (Di Tella & MacCulloch, 2002). De verzorgingsstaat heeft daardoor geleid tot een zorgsysteem op basis van

grootschalige, bureaucratische en professionele 24-uurs zorg. De grenzen van het economische-, politieke- en sociale systeem in Nederland leken bereikt te zijn. De behoefte aan een maatschappij op basis van duurzaamheid, kwaliteit van leven, welbevinden en solidariteit groeide. De regelgeving en beleidsdoelen omtrent de zorg moesten veranderen. Deze worden tegenwoordig steeds meer richting participatie en eerstelijnszorg gestuurd (Kenniscentrum Phrenos, 2014). De verzorgingsstaat is hierdoor langzaam aan het veranderen in een participatiemaatschappij.

Het gevolg van de participatiemaatschappij is dat de overheid zich de laatste jaren steeds verder terugtrekt. Daardoor wordt de burger feitelijk gedwongen om meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven en welzijn te nemen (en voor die van anderen). Ondanks talloze succesverhalen van participatie initiatieven van burgers is echter ook gebleken dat er mensen en groepen zijn die kwetsbaar blijven. Zij kunnen de verantwoordelijkheid om succesvol te participeren niet dragen. Deze mensen blijken onvoldoende redzaam, competent of gemotiveerd om te participeren (Putters, 2014). Dit geldt ook voor mensen met een EPA. Het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor deze cliënten gaat niet altijd goed. Dit leidt vaak tot een financieel-, psychisch- en sociaal isolement (Putters, 2014).

Mesoniveau

De ontwikkeling van de participatiemaatschappij heeft o.a. tot gevolg dat de invloed van de overheid steeds minder wordt. Hierdoor worden de gemeentes gedwongen om hun beleid aan te passen en daardoor worden burgers (weer) meer verantwoordelijk gemaakt voor hun eigen leven en welzijn. De gemeentes faciliteren tegenwoordig alleen nog maar in de participatie en integratie van burgers (Hauwert, Metze & Sedney, 2013). Vanuit dit proces zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de maatschappelijke beweging Welzijn Nieuwe Stijl (WNS) voortgekomen. Hierdoor moeten de gemeentes, instellingen en de familie en naasten van kwetsbare mensen de handen steeds meer inéénslaan om de zorgvraag (van o.a. mensen met een EPA) te beantwoorden. De zorgvraag wordt daarom steeds meer gericht op het behalen van resultaten op basis van een efficiëntere aanpak (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010).

Na de overheid en de gemeentes zijn de zorg- en welzijnsorganisaties aan zet. Zij worden verantwoordelijk gemaakt om de eigen kracht (van o.a. mensen met een EPA) te bevorderen en hun afhankelijkheid van de hulpverlening te doorbreken (GGZ Nederland, 2009; Kwekkeboom et al., 2006; Stam, 2012; Huber & Bouwes, 2010). De zorg- en welzijnsorganisaties realiseren zich steeds meer dat de invloed van de GGZ moet worden beperkt. Ondanks diverse initiatieven om de participatie van deze cliënten te bevorderen, blijken de zorg- en welzijnsorganisaties het beoogde resultaat niet altijd te behalen (Hauwert et al., 2013). De participatie en integratie van mensen met een EPA blijkt geen gemakkelijke opgave te zijn. Door de toegenomen druk vanuit de overheid op zelfstandigheid en participatie vraagt het maatschappelijk integreren van deze cliënten om innovatieve en gevarieerde vormen van ondersteuning (Plooy, Van Rooijen & Van Weeghel, 2008; Stam, 2012).

De burger heeft tegenwoordig feitelijk een verantwoordelijkheid gekregen om te zorgen dat anderen ook kunnen participeren in de maatschappij. Hierdoor wordt een groter beroep gedaan op het sociale netwerk (van o.a. mensen met een EPA). Tegenwoordig wordt er van het netwerk verwacht dat ze (meer) zorg van de professionele hulpverlening overnemen (Claassens, 2014). Het netwerk van deze cliënten blijkt meestal echter niet zo groot te zijn. Hierdoor zijn ze niet altijd beschikbaar voor deelname aan het zorgproces (Van Mierlo et

al., 2016). Terwijl er wel een netwerk nodig is om te participeren en waarmee men samen de woon- en leefsituatie kan verbeteren (Claassens, 2014).

Microniveau

Het probleem voor mensen met een EPA komt o.a. naar voren door het feit dat niet iedere cliënt zit te wachten op veranderingen in zijn woon- en leefsituatie. Niet alle cliënten vinden namelijk dat zij zich in een uitzichtloze situatie bevinden binnen de langdurige GGz. Veel mensen met een EPA geven aan geen druk meer te willen op behandelresultaten of uitstroom naar zelfstandigheid (Van Mierlo et al., 2016). Hun behoefte bevindt zich vooral in het hebben van een rustig bestaan in combinatie met aandacht voor kwaliteit van leven.

Binnen de doelgroep vormen mensen met psychotische stoornissen de grootste groep. Maar ook angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen of verslavingen behoren tot de groep van mensen met een EPA (Kenniscentrum Phrenos, 2014). De doelgroep kampt op meerdere gebieden met een ontwikkelingsachterstand. Daarnaast is het contact met familie en naasten vaak verstoord en beperkt tot een minimum. Ook hebben mensen met een EPA vaak geen diploma's waardoor ze laagopgeleid zijn en weinig werkervaring hebben opgedaan (Van Mierlo et al., 2016). Deze cliënten ervaren daarom problemen op meerdere levensgebieden. Daarnaast kunnen ze resistent zijn geworden tegen medicatie (Meltzer, 1997), worstelen ze vaak met alcohol- of drugsproblematiek en cognitieve beperkingen (Dawes & Jeste, 2011; Velligan, Mahurin, Eckert, Miller & Bow-Thomas, 1997), ondervinden ze problemen in de lichamelijke gezondheid (McEvoy et al., 2005), zelfzorg (Wiersma et al., 2000) en psychosociaal disfunctioneren (Harvey et al., 2012; Wiersma et al., 2000). Het betreft een groep mensen die als chronisch ziek wordt bestempeld en waarover gezegd wordt dat ze inactief en apathisch zijn geworden (Barton, 1959). Volgens Barton (1959) komt dit omdat deze mensen gehospitaliseerd zijn geraakt en afhankelijk zijn geworden van de GGz. De complexiteit van de EPA zorgt ervoor dat ze weinig tot geen kansen hebben kunnen creëren om deel te nemen aan de maatschappij (Van Mierlo et al., 2016).

Daarnaast speelt volgens Claassens (2014) de familie en naasten van mensen met een EPA een steeds belangrijkere rol. Het netwerk van veel van deze cliënten is echter vaak zeer beperkt. Volgens Van Mierlo et al. (2016) heeft 66% van de doelgroep te maken met eenzaamheid. Meestal vormt een enkele vriend of familielid nog de enige verbinding met de maatschappij (Van Mierlo et al., 2016). Daarbij heeft het jarenlange GGz-traject ervoor gezorgd dat de familie en naasten niet nog meer (of weer opnieuw) belast willen worden met de zorg van hun naaste. Ze zijn in het verleden al veelvuldig bij de zorg betrokken geweest. Ze willen liever ook niet te horen krijgen dat alle voorgaande zorg tevergeefs is geweest, of dat er het één en ander tekortschiet in hun gezinsleven (Hartgers, 2013). Daarbij hebben de familie en naasten zich soms niet gehoord of gezien gevoeld door de hulpverlening. Hierdoor komt het regelmatig voor dat ze fysiek en/of emotioneel niet meer beschikbaar zijn. Wederzijdse ervaringen hebben de onderlinge relaties pijnlijk en belastend gemaakt (Kenniscentrum Phrenos, 2014). Dit duidt op een mogelijk lastige opgave om met elkaar aan tafel te komen en een constructieve oplossing te creëren. Dit kan leiden tot misverstanden, miscommunicatie en verwachtingen die haaks op elkaar kunnen komen te staan (Claassens, 2014). Het gevolg daarvan is dat de samenwerking zou kunnen eindigen in hoogoplopende emoties en vervelende situaties met een verstoring van de samenwerking tot gevolg. Desondanks wordt er van de familie en naasten verwacht dat ze steeds meer zorg van de professionele hulpverlening overnemen.

1.2 Probleemstelling (+ verificatie)

Uit de probleemanalyse blijkt dat de overgang van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij om meer eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid voor het eigen leven van burgers vraagt (Putters, 2014). Dit terwijl blijkt dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor mensen met een EPA geen gemakkelijke opgave is (Van Mierlo et al., 2016). Deze doelgroep is meestal gehospitaliseerd geraakt en afhankelijk geworden van de GGz. Door een gebrek aan intrinsieke motivatie komen ze vaak niet tot verandering. Bovendien ontbreekt het regelmatig aan familie en naasten die het zorgtraject mee kunnen ondersteunen.

Als deze situatie niet veranderd kunnen deze cliënten in een gehospitaliseerde situatie blijven zitten, waardoor de kans op herstel en maatschappelijke participatie kleiner wordt. Het maatschappelijk integreren van mensen met een EPA vraagt daarom om innovatieve en gevarieerde vormen van ondersteuning (Plooy et al., 2008; Stam, 2012). Dit maakt dat de sociaal agogisch hulpverlener binnen De Brug zich voor de taak gesteld ziet om mensen met een EPA te begeleiden in hun herstel op weg naar maatschappelijke participatie.

Verificatie

De sociaal agogen binnen De Brug zijn over het algemeen op de hoogte van de landelijke ontwikkelingen binnen de GGz. Deze ontwikkelingen staan o.a. in het teken van het in de gelegenheid stellen van mensen met een EPA om zichzelf te leren helpen, de regie te voeren over hun eigen leven, het aanboren en benutten van eigen krachten en mogelijkheden, het optimaal functioneren binnen de eigen omgeving, een eigen sociaal netwerk op te bouwen en conform de eigen wensen en aspiraties te participeren in de maatschappij (Van Hoof, Van Erp, Boumans & Muusse, 2014).

Vooronderzoek binnen De Brug heeft uitgewezen dat sommige sociaal agogen twijfelen over de herstelmogelijkheden van deze doelgroep binnen De Brug. Een drietal problemen is daaruit naar voren gekomen.

Ten eerste is het volgens sommige sociaal agogen überhaupt nog maar de vraag of mensen met een EPA binnen De Brug in staat zijn om maatschappelijk te participeren. Zij zouden namelijk psychisch te beschadigd zijn geraakt en te afhankelijk zijn geworden van de GGz. Er zou een gebrek aan herstel- en participatiekansen zijn voor deze doelgroep. Dit komt overeen met het beeld wat in de probleemanalyse naar voren komt. Daaruit bleek dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid deze mensen met een EPA niet altijd goed afgaat en dat dit kan leiden tot een financieel-, psychisch- en sociaal isolement (Putters, 2014).

Ten tweede is er volgens sommige sociaal agogen te weinig tijd en ruimte beschikbaar om cliënten op een verantwoorde wijze aan hun maatschappelijke participatie te laten werken. Een gebrek aan tijd en ruimte zou de kans van slagen hierop verkleinen. Het voornemen vanuit de overheid om mensen met een EPA d.m.v. efficiëntere methodes en methodieken richting zelfstandigheid te sturen is echter nog niet volledig bewezen. Volgens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010) zal namelijk nog moeten blijken of de efficiëntere aanpak (waarover in de probleemanalyse wordt gesproken) de hulpvraag van deze mensen kan beantwoorden.

Ten derde is er volgens de sociaal agogen een tekort aan familie en naasten. De eenzaamheid die Van Mierlo et al. (2016) in de probleemanalyse beschrijven wordt herkend door de sociaal agogen. Dit terwijl de familie en naasten van mensen met een EPA een steeds belangrijkere rol moeten gaan spelen tijdens het herstelproces (Claassens, 2014).

Het onderzoeksvoorstel is uiteindelijk door mijn coördinerend werkbegeleider goedgekeurd. Ik citeer: "Het onderwerp is actueel en sluit zeer goed aan bij de lopende ontwikkelingen binnen De Brug (De Brug, persoonlijke communicatie, 29 oktober 2017). In bijlage 6 is een geanonimiseerde versie van deze persoonlijke communicatie toegevoegd.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Dit onderzoek heeft als doel om kennis en inzicht te verwerven in wat sociaal agogen werkzaam binnen De Brug kunnen doen om mensen met een EPA te begeleiden naar maatschappelijke participatie. Met de opgeleverde kennis en inzichten vanuit dit onderzoek kunnen vervolgens aanbevelingen worden gedaan die de sociaal agogen kunnen gebruiken om enerzijds het zorgaanbod te verruimen en anderzijds de zorg rondom deze cliënten te verbeteren. Hierdoor krijgen de sociaal agogen meer mogelijkheden om de juiste zorg te bieden aan deze cliënten en heeft de doelgroep mogelijk een grotere kans van slagen om te participeren richting de maatschappij.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag:

- Wat hebben sociaal agogisch hulpverleners werkzaam binnen De Brug nodig om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) te begeleiden in hun herstel?

Deelvragen:

1. Hoe worden mensen met een EPA momenteel door sociaal agogisch hulpverleners begeleid richting herstel?
2. Welke herstelbelemmerende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stagneren?
3. Welke herstelbevorderende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stimuleren?
4. Wat hebben mensen met een EPA nodig van de sociaal agogisch hulpverleners om hun herstel te bevorderen?

1.5 Begripsafbakening

De Brug

De Brug is een open klinische beschermde woon- en verblijfsomgeving voor mensen met een EPA. In verband met de anonimiteit van de verschillende deelnemende partijen in dit onderzoek is De Brug een alias.

De-institutionalisering

De-institutionalisering is de afbouw van langdurige opnames in de GGz (Goffman, 1986). Dit proces vindt tegenwoordig nog steeds plaats binnen de GGz (Van Hoof et al., 2015). De reden om te de-institutionaliseren is o.a. om hospitalisatie tegen te gaan.

Ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

De term EPA wordt o.a. gebruikt door beleidsmakers en onderzoekers binnen de GGZ om een specifieke groep met cliënten aan te duiden (Kenniscentrum Phrenos, 2014). Deze groep is meestal langdurig in zorg en ze ervaren problemen op meerdere levensgebieden. Mensen met een EPA hebben niet alleen last van hun ziekte, maar krijgen mede daardoor ook problemen op andere vlakken. Dit kunnen problemen zijn met de psychische- en lichamelijke gezondheid, werk en inkomen of sociale relaties. De problemen op het maatschappelijk vlak en met sociale relaties kunnen de psychiatrische problemen verder verergeren. Deze cliënten verkeren daardoor vaak op diverse gebieden in een achterstandspositie. Hulp van professionals vanuit verschillende sectoren is nodig om ondersteuning te bieden.

Familie en naasten

Met familie en naasten wordt het informele steunsysteem van mensen met een EPA bedoeld. Zij worden vaak betrokken bij het zorgproces van hun naaste. De familie en naasten spelen een steeds belangrijkere rol tijdens het zorgproces van de cliënt (Claassens, 2014).

Herstel

Herstel wordt door Anthony (1993) gedefinieerd als een persoonlijk en continu veranderingsproces in iemands waarden, opvattingen, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Door dit proces zal men een nieuwe betekenis en een nieuw doel in het leven vinden. Hierdoor kan men een bevredigend, hoopvol en zinvol leven leiden, ondanks de beperkingen die de psychische klachten met zich mee kunnen brengen.

Herstelondersteunende zorg (HOZ)

HOZ is zorg die gericht is op het bevorderen van het herstelproces van de cliënt (Dröes & Plooy, 2010). HOZ is erop gericht dat de cliënt zichzelf leert te helpen. Er kan alleen sprake zijn van HOZ wanneer er aandacht is voor het herstelproces van de cliënt (Hendriksen-Favier, Nijnsen & Van Rooijen, 2012). Daarbij is belangrijk dat de herstelprocessen herkend worden door de cliënt, de familie en naasten en de hulpverlening. In welke fase het herstelproces van de cliënt zich bevindt maakt niet uit. De directe en indirecte omgeving van de cliënt, alle diensten binnen en buiten de organisatie, diagnostiek, behandeling, trajectbegeleiding etc, zouden ten dienste moeten staan van het herstelproces van de cliënt.

Hospitalisatie

Hospitalisatie is volgens Barton (1959) een soort van institutionele neurose. Hospitalisatie wordt gekarakteriseerd door apathie, een gebrek aan initiatief, verlies van interesses voor dingen en gebeurtenissen, onderworpenheid en soms een gemis aan uitdrukking kunnen geven aan gevoelens (Barton, 1959). Hospitalisatie ontstaat wanneer mensen zich te lang in een klinische woon- en leefomgeving bevinden en van deze omgeving afhankelijk worden.

Maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie is het meedoen van burgers in de maatschappij en is voor iedereen belangrijk (Verhagen, 2008). Het gaat daarbij o.a. om het deelnemen en bijdragen aan de maatschappij, maar ook om het hebben van sociale contacten, activiteiten omtrent werk en het opdoen van vaardigheden. Sommige mensen kunnen dit op eigen kracht creëren, anderen hebben daarbij ondersteuning nodig (Verhagen, 2008).

Mensen met een EPA

Mensen met een EPA zijn mensen die verblijven binnen De Brug. Het betreft een heterogene groep volwassenen met een leeftijd tussen de 30 en 65 jaar. Ondersteuning en begeleiding door sociaal agogen bij hun algemene dagelijkse levensverrichtingen is noodzakelijk. Er is sprake van langdurige psychiatrische problematiek die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (Delespaul & De Concensusgroep EPA, 2013).

Sociaal agogisch hulpverleners

Sociaal agogisch hulpverleners (sociaal agogen) zijn medewerkers binnen De Brug die op dagelijkse basis contact hebben met mensen met een EPA.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Hoofdstuk 2 omvat het theoretisch kader. Hierin wordt kennis gemaakt met de hoofdthema's uit het onderzoek. Dit zijn o.a. het ART-model, herstelondersteunende zorg (HOZ) en de herstelbevorderende en herstelbelemmerende factoren. Uit de literatuur komt naar voren welke middelen en factoren invloed kunnen hebben op het herstel van mensen met een EPA.

2.1 Het ART-model

Binnen De Brug wordt o.a. gewerkt met het ART-model wat staat voor Active Recovery Triad (ART). Dit model omvat drie hoofdcomponenten, namelijk: Active, Recovery en Triad. Het ART-model biedt mensen met een EPA mogelijk nieuw perspectief wanneer hun leven is vastgelopen (Van Mierlo et al., 2016).

2.1.1 Active

De eerste component (Active) refereert o.a. aan een actieve houding van de drie actoren binnen de triade (cliënt, familie en naasten en de hulpverlening). Om de basisbehoeften, drijfveren en wensen van mensen met een EPA te vinden en het herstelproces opnieuw in te richten, is een actieve houding van zowel cliënt, familie en naasten en de hulpverlening van belang (Van Mierlo et al., 2016).

2.1.1.1 De actieve cliënt

Volgens Deegan (1988) moeten mensen met kwetsbaarheden actief en moedig zijn. Wanneer ze dit niet zijn dan is er een grote kans dat hun herstelproces zal mislukken. Dit betekent dat mensen met een EPA (ondanks de lastige en vaak complexe situatie) zichzelf zou moeten uitdagen. Dit kan de kans vergroten dat ze weer hoop gaan ervaren en dat ze hun eigen kracht weer gaan zien. Hierbij is het van belang dat deze cliënten zich gesteund voelen. Dit steunen kan de hulpverlening doen, maar bijvoorbeeld ook de familie en naasten.

Een ander onderdeel van het herstelproces van mensen met een EPA is het leren nemen van verantwoorde en onverantwoorde risico's (Van Mierlo et al., 2016). Om tot herstel te komen (groei) is het nemen van risico's onvermijdelijk. Timing speelt daarbij een belangrijke rol (Boevink, 2008). Wanneer het met iemand goed gaat kan die persoon bijvoorbeeld meer risico's nemen dan wanneer iemand in crisis is. Volgens Corbin en Strauss (1985) moet men waken te veel veranderingen tegelijkertijd aan te gaan. Cliënten kunnen beter stap voor stap, en per levensgebied aan hun herstel werken.

2.1.1.2 De actieve familie en naasten

Om de kans op herstel bij mensen met een EPA te vergroten is het van belang dat de familie en naasten een actieve houding aannemen. Samenwerking speelt daarbij een belangrijke rol (Kenniscentrum Phrenos, 2014). Om dit te laten slagen zouden familie en naasten zich niet overbezorgd moeten opstellen. Men zou voornamelijk aanwezig moeten zijn als naaste, als vertrouweling, als inspiratiebron, als actieve supporter en participant (Van Mierlo et al., 2016). Dit geldt voornamelijk voor de familie en naasten die nog beschikbaar zijn, want twee derde van de mensen met een EPA heeft last van eenzaamheid (Kenniscentrum Phrenos, 2014).

2.1.1.3 De actieve hulpverlener

Uit onderzoek blijkt ten eerste dat de on vervulde basisbehoeftes van mensen met een EPA vaak ten grondslag liggen aan de problematiek (Delespaul & De Consensusgroep EPA, 2013). Het is daarom van essentieel belang dat de hulpverleners actief op zoek gaan naar de basisbehoeften van de cliënten. Volgens Van Mierlo et al. (2016) kunnen de on vervulde basisbehoeftes van mensen met een EPA de oorzaak zijn van de complexiteit van de EPA. Het achterhalen van deze basisbehoeftes is echter niet eenvoudig (Van Mierlo et al., 2016). Bepaalde negatieve gedragsuitingen (zoals agressie) kunnen volgens Van Mierlo et al. (2016) voortkomen uit een gebrek aan ruimte en overzicht m.b.t. de situatie waar de cliënt zich in bevindt of aan een gebrek aan nabijheid en geborgenheid. De on vervulde basisbehoeftes van de cliënt bevinden zich vaak in het gebied van gezondheid, relaties, participatie en persoonlijk herstel. In de onderstaande paragraaf Recovery (herstel) worden deze vier gebieden uiteengezet als herstel van gezondheid, herstel van identiteit, herstel van het dagelijks leven en herstel van maatschappelijke rollen (Van Mierlo et al., 2016).

Ten tweede zouden de hulpverleners een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie met de cliënten moeten aangaan. Daarnaast zouden zij zich (vooral in tijden van crisis) in tijd en ruimte moeten voegen naar de cliënt (Van Mierlo et al., 2016). Een gelijkwaardige houding kan daarbij een belangrijke rol spelen (Van Regenmortel, 2009). Met gelijkwaardigheid wordt hier het mens-zijn bedoeld, zonder een verschil in macht tussen de hulpverlener en de hulpvrager te ontkennen. De hulpverlener neemt daarbij de rol van facilitator aan die nieuwe wegen opent, meerdere keuzemogelijkheden laat zien en bruggen bouwt (Van Regenmortel, 2009). Verbinding maken met de omgeving is daarbij erg belangrijk, gezien de verbintenisproblematiek van kwetsbare mensen. Dit doet de hulpverlener vanuit een coachende rol in plaats van uit die van een probleemoplosser (Van Mierlo et al., 2016). Daarnaast is het volgens Baart (2007) belangrijker om present te zijn in het contact dan om aan persoonlijke doelen te werken. Persoonlijke betrokkenheid, nabijheid, trouw en er-zijn voor de ander, wegen volgens Baart (2007) zwaarder.

Ten derde zou de hulpverlener zich moeten richten op de gedragskenmerken van het ART-model (Van Mierlo et al., 2016) en HOZ (Dröes & Plooy, 2010). De gedragskenmerken van HOZ worden in de paragraaf van HOZ weergegeven. De specifieke gedragskenmerken van het ART-model zijn hieronder geformuleerd. Deze gedragskenmerken zijn: een focus op daadwerkelijk contact, oprechte aandacht en interesse in de mens achter het psychiatrisch toestandsbeeld, een onophoudelijk geloof in de mogelijkheden van de cliënt, aansluiten bij het intellectuele en emotionele niveau van de cliënt en als laatste, het verdragen van de onzekerheid van de cliënt door de hulpverlener.

2.1.1.4 ART is tijdelijk

Naast de actieve houding van alle betrokken partijen binnen de triade bestaat de component (Active) uit het idee dat een ART-traject tijdelijk is. Dit om beweging te brengen (en te houden) in het zorgproces van de cliënt. De tijdelijkheid heeft als doel om de cliënt en het systeem weer hoop te bieden. Het suggereert dat er binnen afzienbare tijd weer een plek gecreëerd kan worden in de maatschappij. De tijd die de cliënt krijgt om zich voor te bereiden op een eigen woning is in eerste instantie drie jaar (Van Mierlo et al., 2016). Deze termijn kan nog eens drie jaar verlengd worden, wanneer blijkt dat het herstelproces onvoldoende op gang is gekomen. De cliënt maakt daarbij alléén de stap naar de maatschappij als er een volwaardige kans van slagen gecreëerd is en er passende zorg gegeven kan blijven worden (Van Mierlo et al., 2016).

2.1.1.5 De cliënt kiest zijn of haar eigen woning

Tot slot bestaat de component (Active) uit het perspectief dat de cliënt zijn eigen woning kiest in aanloop naar de overstap van GGz-instelling naar maatschappij. Vanuit het ART-model is het belangrijk dat de cliënt woont op een plek die passend is en waar zij zelf graag wil wonen (Van Mierlo et al., 2016). De cliënt mag hierin zijn persoonlijke voorkeur aangeven. Het is daarbij van belang dat er een weloverwogen keus wordt gemaakt op basis van de individuele situatie en wensen van de cliënten. Dit kan een éénpersoonsappartement zijn in de wijk of een woonsituatie met een aantal andere cliënten in één huis. Maar ook voorafgaande aan de overstap naar de maatschappij heeft iedereen die nog woonachtig is op het GGz-terrein recht op een appartement met eigen voorzieningen (Van Mierlo et al., 2016). Het samenwonen op verouderde afdelingen of appartementen met weinig privacy is niet meer van deze tijd (Van Mierlo et al., 2016). Alleen wanneer het risico op crisis en terugval te groot is zal de cliënt in een beschermde woonvorm moeten verblijven.

2.1.2 Recovery

De tweede component (Recovery) refereert aan het herstel van de cliënt op vier verschillende gebieden. Deze vier gebieden zijn: herstel van gezondheid, herstel van identiteit, herstel van het dagelijks leven en herstel van maatschappelijke rollen (Van Mierlo et al., 2016). Het begrip herstel verwijst naar het persoonlijke proces van iemand die probeert, ondanks de gevolgen van de aandoening, het leven weer op te pakken (Anthony, 1993). Voor veel cliënten binnen De Brug is de term herstel nog onbekend of wordt het als onhaalbaar beschouwd.

Boertien en Van Bakel (2012) stellen dat herstel ertoe kan leiden dat de cliënt weer moed verzamelt om zijn zelfbeeld te veranderen, nieuwe wensen te formuleren en daardoor het geloof in eigen kunnen kan terugwinnen. Dit kan ervoor zorgen dat er bij de cliënt weer (langzaam) innerlijke vrije ruimte ontstaat. Voor hulpverleners geldt dat ze gelegenheid moeten bieden om die vrije ruimte te laten ontstaan (Van Mierlo et al., 2016). Het liefst vrij van diagnoses (in de bejegening). Daarbij is het van groot belang dat de hulpverlener het begrip herstel goed introduceert en uitlegt wat herstel voor de cliënt kan betekenen. Herstel kan ook betekenen dat de cliënten weer zelfstandig in de maatschappij kunnen participeren.

2.1.2.1 Herstel van gezondheid

Herstel van gezondheid heeft betrekking op het herstel van de psychische- en fysieke factoren (Van Mierlo et al., 2016). Het ART-model is erop gericht dat cliënten net zo goed recht hebben op somatische zorg als op psychische zorg. Een ART-traject heeft als doel om de fysieke gezondheid, het psychisch welbevinden en de sociale tevredenheid van de cliënt op elkaar af te stemmen.

2.1.2.2 Herstel van identiteit

Persoonlijk herstel draait om het terugwinnen van autonomie en zelfbepaling (Van Mierlo et al., 2016). Aandacht voor het levensverhaal van de cliënt is daarbij van groot belang. Volgens Howard (1991) is het levensverhaal nodig om de eigen dagelijkse ervaringen te plaatsen en te begrijpen binnen de grotere context van het leven. Hulpverleners (en cliënten) zijn het levensverhaal vaak uit het oog verloren en dit vormt een barrière voor herstel (Lysaker, Lancaster & Lysaker, 2003). De hulpverlener kan een beroep doen op de familie en naasten om het levensverhaal weer terug te vinden.

2.1.2.3 Herstel van het dagelijks leven

Om het herstel van het dagelijks leven van de cliënt positief te beïnvloeden, is het van essentieel belang dat de hulpverlener zijn (oude) rol als probleemoplosser verandert in die van een coach (Van Mierlo et al., 2016). Dit omdat de mate van (zorg) afhankelijkheid nauw in verband staat met het dagelijks functioneren van de cliënt (McGurk, Mueser, Walling, Harvey & Meltzer, 2004). Het is de bedoeling vanuit het ART-model dat de hulpverlener de cliënt stimuleert zelfstandiger te worden en zich daarbij aanpast aan de cognitieve mogelijkheden van de cliënt.

2.1.2.4 Herstel van maatschappelijke rollen

Voor cliënten waarvoor participatie in de maatschappij (nog) te vroeg is zal goed gekeken moeten worden in welke mate mogelijke activiteiten wel betekenisvol en herstelondersteunend kunnen zijn (Van Mierlo et al., 2016). Het is de bedoeling vanuit het ART-model dat de hulpverlener samen met de cliënt zoekt naar een passende en betekenisvolle dag invulling. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van trajectbegeleiders, participatiecoaches en partijen die maatschappelijke deelname (laagdrempelig) stimuleren. Ook kunnen dagactiviteiten binnen De Brug, activiteiten bij buurthuizen, sociale werkvoorzieningen en/of arbeidstrainingen de kans op participatie te vergroten. Het blijkt namelijk dat cliënten zich vaak in positieve zin kunnen ontwikkelen als het op participatie aankomt (Edelenbos & Monnikhof, 1998; Edelenbos & Monnikhof, 2001).

2.1.3 Triad

De derde component (Triad) refereert aan de triade. Dit is een samenwerkingsverband tussen cliënt, familie en naasten en de hulpverlening (Van Mierlo et al., 2016). Door de maatschappelijke veranderingen van de afgelopen jaren zijn de onderlinge verhoudingen binnen de triade aan het verschuiven. Dit vraagt van de familie en naasten dat ze meer zorg van de hulpverlening overneemt (Claassens, 2014). Dit proces zorgt regelmatig voor onderlinge (rol)spanningen. Volgens Claassens (2014) blijkt namelijk regelmatig dat de cliënt heel anders denkt over de te kiezen strategie m.b.t. zijn of haar behandeling dan de overige actoren binnen de triade. Om de zorg voor de cliënt te optimaliseren is afstemming en samenwerking nodig. De zorg zou optimaal zijn wanneer de cliënt de regie over zijn eigen herstelproces heeft.

2.2 Herstelondersteunende zorg (HOZ)

Naast het ART-model wordt er binnen De Brug gewerkt op basis van HOZ. Dit is zorg die gericht is op het bevorderen van het herstelproces van de cliënt (Dröes & Plooy, 2010). Het is bij HOZ de bedoeling dat de cliënt zichzelf leert te helpen. Daarbij kan er alleen sprake zijn van HOZ als er aandacht is voor het herstelproces van de cliënt (Hendriksen-Favier, Nijnsens & Van Rooijen, 2012). Het is daarom belangrijk dat de herstelprocessen herkend worden door de cliënt, de familie en naasten en de hulpverlener. Het maakt niet uit of het herstelproces van de cliënt zich nog maar in een beginfase bevindt. De directe en indirecte omgeving van de cliënt, alle diensten binnen en buiten de organisatie, diagnostiek, behandeling, trajectbegeleiding etc, zouden ten dienste moeten staan van het persoonlijke herstelproces van de cliënt. Een aantal kernbegrippen van deze visie zijn onder andere goed hulpverlenerschap, persoonlijke aandacht, cliëntgerichtheid, sociale participatie en inzet van ervaringsdeskundigheid.

Wat betreft goed hulpverlenerschap ligt het accent veelal op de attitude van de hulpverlener en het contact tussen cliënt en hulpverlener. HOZ vraagt een bewuste houding van cliënt en medewerker (Hendriksen-Favier et al., 2012). Dit betekent dat de hulpverlener: een attitude van hoop en optimisme hanteert, present is in het contact (aandachtig aanwezig is), zijn of haar professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze gebruikt, ruimte maakt voor-, ondersteunt- en aansluit bij het maken van het eigen verhaal van de cliënt, de eigen kracht van de cliënt benut (empowerment) door deze te herkennen en te stimuleren (zowel individueel als collectief), de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt erkent, benut en stimuleert, de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen erkent, benut en stimuleert en tot slot gericht is op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie en autonomie.

Daarnaast hangt de mate waarin herstelondersteunend gewerkt wordt af van de kwaliteit en de beschikbaarheid van de zorg die door hulpverleners gegeven wordt. Door goed aan te sluiten bij de cliënt kunnen herstelprocessen niet alleen worden ondersteund, maar ook worden aangewakkerd (Hendriksen-Favier, et al., 2012). De mate waarin herstel ondersteunend gewerkt wordt, hangt ook af van de mate van invloed die de cliënt heeft (krijgt) op zijn eigen woon- en leefomgeving. Daarnaast hangt HOZ af van de mate van persoonlijke aandacht en cliëntgerichtheid vanuit de hulpverleners. Dit kunnen hulpverleners doen door dicht bij cliënten te zijn, vertrouwen te geven en vooral door ruimte te creëren (Hendriksen-Favier et al., 2012). Hierbij kunnen een luisterend oor en een helpende hand nodig zijn, maar ook het erkennen van crisissituaties waarin steun kan worden gegeven. Ook de mate waarin de cliënt sociaal kan participeren, speelt een belangrijke rol bij HOZ. Als laatste punt speelt bij HOZ de inzet van ervaringsdeskundigen een belangrijke rol (Hendriksen-Favier et al., 2012). De herstelbeweging stelt dat mensen met psychische handicaps bij hun herstel het best ondersteund worden door ervaringsdeskundigen. Dit zijn mensen die geleerd hebben om hun ervaringskennis in te zetten ten behoeve van anderen (Hendriksen-Favier et al., 2012). Ervaringsdeskundigen zijn het levende voorbeeld van ervaring, kracht en hoop.

2.3 Inzet ervaringsdeskundigen

De inzet en expertise van ervaringsdeskundigen is een belangrijke factor voor het verlenen van HOZ (Hendriksen-Favier et al., 2012; Van Mierlo et al., 2016). Zij kunnen hulpverleners laten inzien dat cliënten kunnen herstellen van hun psychische kwetsbaarheid of tenminste aan hun herstel kunnen werken (in combinatie met de juiste ondersteuning). Het is daarbij noodzakelijk dat de ervaringsdeskundigen in de directe omgeving van de hulpverlening worden ingezet (Van Mierlo et al., 2016) of dat ze worden ingezet als schakel tussen cliënt en hulpverlening (Koppelaar, Ploeg & Holwey, 2009; Plooy, 2007). Dit kan zijn als hoopverlener, vertrouwenspersoon of bondgenoot van cliënten. Dit vergroot de kans dat cliënten zich sneller gehoord en begrepen voelen. Daardoor kunnen de on vervulde behoeften van de cliënt eerder worden vervuld. Ook kunnen ervaringsdeskundigen een bijdrage leveren aan de zorg door aan te geven wat herstelbevorderend of wat herstelbelemmerend werkt (Van Mierlo et al., 2016). Ervaringsdeskundigen kijken namelijk vaak anders naar de gangbare (zorg)processen, denkbelden en opvattingen van de reguliere hulpverlening. Zij kunnen ook bijdragen aan het verminderen van stigma en kunnen ervoor zorgen dat de focus gericht blijft op herstel en empowerment (Plooy, 2007; Plooy, 2009a; Plooy, 2009b). Daarnaast kunnen cliënten copingstrategieën van de ervaringsdeskundigen overnemen en aanleren (Mowbray, Mosley & Howell, 1997; Bovenberg, Wilrycx, Bähler & Francken, 2011). En waar mogelijk kunnen ervaringsdeskundigen de herstelprocessen van cliënten

ondersteunen. Het is daarbij van belang om alert te zijn op de herstelsignalen van de cliënt. Dit kunnen grote of kleine signalen zijn. Tot slot kunnen hulpverleners cliënten in samenspraak met ervaringsdeskundigen activeren om deel te nemen aan herstelactiviteiten. Dit kan o.a. deelname zijn aan een Herstelwerkgroep of andere herstelgerichte trainingen of cursussen zoals Herstellen doe je zelf of het opmaken van een Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Plooy, 2007; Plooy, 2009a; Plooy, 2009b).

Naast ervaringsdeskundigen zijn er ook familie ervaringsdeskundigen die de familie en naasten van mensen met een EPA kunnen ondersteunen (Van Mierlo et al., 2016). Familie ervaringsdeskundigen kunnen een bijdrage leveren aan het herstel van de vaak verwaarloosde en verbroken relaties binnen de triade. Volgens De Boer en De Klerk (2013) wordt er gedurende een GGz-traject van de cliënt een groot beroep gedaan op de familie en naasten. Dit leidt er vaak toe dat ze emotioneel overbelast raken. De familie en naasten weten vaak niet hoe ze moeten omgaan met de situatie waardoor ze zelf gezondheidsproblemen kunnen ontwikkelen (Wijngaarden, 2003; Mot, 2013). Een familie ervaringsdeskundige kan de familie en naasten daarin ondersteunen.

2.4 Herstelbevorderende factoren

Binnen De Brug is een visie nodig op herstel waardoor voor alle partijen binnen de triade duidelijk is wat herstel kan bevorderen en wat herstel kan belemmeren (Van Mierlo et al., 2016). Volgens Hendriksen-Favier et al. (2012) is over het algemeen wel duidelijk welke factoren herstelbevorderend werken. Maar omdat herstel een individueel proces is, zijn er verschillen in hoe men het eigen herstelproces beleeft. Gedurende ieder herstelproces zullen bepaalde factoren meer of minder invloed hebben en al dan niet op de voorgrond staan. Het creëren van ruimte voor het herstelproces van de cliënt is daarbij één van de belangrijke herstelbevorderende factoren. De hulpverlener moet de ruimte die de cliënt nodig heeft geven en respecteren (Van Mierlo et al., 2016). Daarnaast spelen volgens Boevink en Dröes (2005) de volgende herstelbevorderende factoren een belangrijke rol: acute stabilisatie bij crisis en (toegang tot) goede behandeling en therapie, de vervulling van de meest basale (levens)behoeften, de aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competente persoon die begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt, hoop, acceptatie, bruikbare copingvaardigheden, vaardigheden om met een dreigende terugval om te gaan, zelfzorgvaardigheden, sociale vaardigheden, belangenbehartiging, de moed om risico's te nemen, begeleiding bij werk en opleiding, bevredigend werk en bevredigende relaties, diversiteit in gewaardeerde rollen, financiële zekerheid, intimiteit en spiritualiteit.

2.5 Herstelbelemmerende factoren

Herstelbelemmerende factoren zijn factoren die het herstelproces negatief kunnen beïnvloeden en de stap naar maatschappelijke participatie kunnen vertragen. Net als bij de herstelbevorderende factoren geldt ook voor de herstelbelemmerende factoren dat gedurende ieder herstelproces bepaalde factoren meer of minder invloed zullen hebben, en al dan niet op de voorgrond staan. Boevink en Dröes (2005) noemen de volgende herstelbelemmerende factoren: het ontbreken van de meest basale levensvoorzieningen, inadequate en ineffectieve professionele hulp, middelenmisbruik, traumatische ervaringen, onwaardige behandeling door anderen, gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen, het ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen, gebrek aan informatie over bruikbare copingstrategieën ten aanzien van de psychische klachten, stigma en schaamte.

Hoofdstuk 3: Methodologie

Hoofdstuk 3 beschrijft in paragraaf 3.1 de keuze voor de onderzoekspopulatie en de daarbij behorende kenmerken, de keuze voor de steekproef, de gekozen selectiecriteria en op welke manier de anonimiteit in dit onderzoek gewaarborgd is. In paragraaf 3.2 wordt aan de hand van literatuur de keuze voor de gekozen dataverzamelmethode beschreven en verantwoord. Daarbij wordt de keuze voor de procedure ethisch verantwoord. In paragraaf 3.3 wordt beschreven welke instrumenten er zijn gebruikt, of ze geschikt zijn en hoe de validiteit en betrouwbaarheid in dit onderzoek gewaarborgd is. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 de manier van data-analyse beschreven en wordt er een koppeling gemaakt naar de literatuur en het onderzoek.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit zeven sociaal agogen werkzaam binnen De Brug (groep A), en drie mensen met een EPA die woonachtig zijn binnen De Brug (groep B).

Groep A bestaat uit sociaalpedagogisch hulpverleners, agogisch medewerkers en verpleegkundigen. Zij staan op dagelijkse basis in contact met de cliënten en kunnen het herstelproces beïnvloeden. Om een helder beeld te krijgen van de gekozen onderzoekspopulatie is het volgens Baarda et al. (2013) van belang om de context te duiden waarbinnen de onderzoekspopulatie werkzaam is. Groep A is werkzaam binnen een multidisciplinair team, bestaande uit: een afdelingsmanager, een orthopedagoog, een psycholoog, sociaalpsychiatrisch verpleegkundig behandelaren, een senior verpleegkundige, verpleegkundigen, sociaal pedagogisch hulpverleners, agogisch medewerkers, ervaringsdeskundigen en participatiecoaches. Men draagt de zorg voor een goede samenwerking tussen alle partijen binnen de triade, en men is verantwoordelijk voor het vorm en inhoud geven aan het zorgproces. De relevante kenmerken van groep A zijn: het zijn sociaal agogen, hun leeftijd bevindt zich tussen 25 en 60 jaar, het betreft zowel mannen als vrouwen, men heeft een Westerse culturele achtergrond, de keuze is niet gericht op een seksuele geaardheid of religieuze voorkeur, men heeft verschillende opleidingen gedaan op verschillende niveaus en men heeft tenminste één jaar ervaring met de werkwijze binnen De Brug. Daardoor hebben zij een goed beeld kunnen vormen van de werkwijze binnen De Brug.

Groep B bestaat uit cliënten die woonachtig zijn binnen De Brug. Daarbij vallen ze onder de sector langdurige GGz op basis van een open beschermde woonvorm. Ze zijn geselecteerd o.b.v. hun cognitieve niveau en huidige fase van herstel die hoger ligt dan de gemiddelde cliënt binnen De Brug. In de afgelopen tijd hebben zij te maken gehad met het kiezen van een eigen woonruimte. Hierdoor kan er beoordeeld worden in hoeverre zij hierin een eigen keus hebben gehad. Daarnaast beschikken zij over goede communicatieve vaardigheden, waardoor zij de vraagstelling goed kunnen inschatten en beantwoorden. Dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede. Tot slot is voor deze cliënten gekozen, omdat zij zich in een stabiele fase van hun herstel bevinden. De wens was om geen onnodige druk te veroorzaken door interviews af te nemen bij cliënten die niet in een stabiele fase van hun herstel zitten. Dit zou hun herstelproces negatief kunnen beïnvloeden, hetgeen kan leiden tot spanning en mogelijk decompensatie. Relevante kenmerken van groep B zijn: hun leeftijd bevindt zich tussen 35 en 60 jaar, het betreft zowel mannen als vrouwen, men heeft voornamelijk een Westerse culturele achtergrond, de keuze is niet gericht op een seksuele geaardheid of religieuze voorkeur en men is tenminste één

jaar woonachtig binnen De Brug. Door deze kenmerken hebben zij zich een goed beeld kunnen vormen van de situatie binnen De Brug.

De steekproef van dit onderzoek richt zich op één team binnen De Brug. In totaal zijn er zeven sociaal agogen geïnterviewd (groep A). Zij vormen gezamenlijk de steekproef m.b.t. de sociaal agogen. Daarnaast zijn er drie cliënten geïnterviewd (groep B). Zij vormen gezamenlijk de steekproef m.b.t. de cliënten. Volgens Fischer en Julsing (2014) volstaat een steekproef wanneer de te onderzoeken onderzoekspopulatie groter is dan honderd personen. Een volwaardig populatieonderzoek (waarbij de gehele onderzoekspopulatie onderzocht zou worden) zou te veel tijd en geld kosten. De steekproef omvat daarmee slechts een weergave van de totale onderzoekspopulatie. De keuze om groep A te interviewen is, omdat zij op dagelijkse basis werken met de cliënten. De keuze om groep B te interviewen is, omdat zij relevante informatie kunnen geven over hoe zij de zorg in de huidige situatie ervaren. Bij de vormgeving van de steekproef is rekening gehouden met een aantal selectiecriteria m.b.t. de onderzoekspopulatie (groep A en groep B).

De selectiecriteria m.b.t. groep A bestaan uit: de keus om geen stagiaires en vrijwilligers op te nemen in de onderzoekspopulatie, maar alleen werknemers die tenminste één jaar werkzaam zijn binnen De Brug. Dit omdat zij daardoor een reëel beeld hebben kunnen vormen van de werkwijze binnen De Brug en daar een mening over hebben kunnen vormen. Hierdoor is de kans groter dat er een realistisch beeld is ontstaan m.b.t. de uitkomst van het onderzoek. Tenslotte zijn er voornamelijk sociaal agogen in de steekproef opgenomen die op dagelijkse basis met cliënten werken. Dit omdat zij het herstel van cliënten op dagelijkse basis kunnen beïnvloeden.

De selectiecriteria m.b.t. groep B bestaan uit: cliënten die adequaat antwoord konden geven op de vraagstelling in het interview. Daarom is gekozen voor cliënten die over goede communicatieve vaardigheden beschikken en die ondanks hun EPA in een stabiele fase zitten m.b.t. hun herstel. Daarnaast zijn cliënten geselecteerd die tenminste één jaar woonachtig zijn binnen De Brug en hierdoor een realistisch beeld kunnen schetsen van de woon- en leefsituatie. Tot slot zijn cliënten geselecteerd die kunnen vertellen hoe hun proces naar een eigen woonruimte is verlopen, omdat dit een belangrijk onderwerp is van het ART-model.

De anonimiteit in dit onderzoek is gewaarborgd door de onderzoekspopulatie van de sociaal agogisch hulpverleners te benoemen als sociaal agoog of sociaal agogen (groep A). De anonimiteit m.b.t. de onderzoekspopulatie van mensen met een EPA is gewaarborgd door de onderzoekspopulatie te benoemen als cliënt of cliënten (groep B). Daarnaast is de organisatie waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden geanonimiseerd d.m.v. een alias (De Brug). Volgens Baarda et al. (2013) is een veilige omgeving op basis van anonimiteit en vertrouwelijkheid namelijk een essentiële factor voor deelname aan onderzoek.

3.2 Dataverzamelingsmethode

De dataverzamelingsmethode van dit onderzoek is kwalitatief van aard. Deze methode is gebruikt omdat de steekproef een kleine groep betreft (10 personen). Volgens Donk en Lanen (2012) levert een kwalitatieve onderzoeksmethode diepgaande informatie op en staat de beleving van de onderzoekspopulatie bij een kwalitatieve onderzoeksmethode centraal. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat er afgestemd wordt op de achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de te onderzoeken onderzoekspopulatie zoals in dit onderzoek gewenst is.

De interviews zijn binnen een termijn van twee weken afgenomen binnen De Brug. Daarbij is rekening gehouden met de anonimiteit en de ethische waardes m.b.t. de sociaal agogen en cliënten. Daarom zijn de interviews afgenomen in een afgesloten ruimte, waarbij alleen de onderzoeker en de betreffende sociaal agoog of cliënt aanwezig was. Daarbij is gebruik gemaakt van een audiorecorder en is afgesproken dat de opnames direct na het rapporteren van de data verwijderd zou worden. Dit is d.m.v. een toestemmingsverklaringsformulier gecommuniceerd met de betreffende sociaal agoog of cliënt. Daarin zijn groep A en groep B op de hoogte gebracht van de waarborging van o.a. hun anonimiteit m.b.t. het onderzoek. Alle sociaal agogen en cliënten hebben zich kunnen inlezen in het doel en relevantie van het onderzoek (Baarda et al., 2013). Tot slot is toegelicht dat ze hun deelname aan het onderzoek te allen tijde konden beëindigen. In bijlage 5 is een (blanco) toestemmingsverklaringsformulier bijgevoegd.

Volgens Baarda et al. (2013) is betrouwbaarheid de mate waarin de resultaten los staan van toeval. De betrouwbaarheid van de dataverzamelmethode in dit onderzoek is gewaarborgd door voor elk interview dezelfde vraagstelling te hanteren en dezelfde aanpak aan te houden. De interviews zijn afgenomen binnen eenzelfde context (één op één), met gebruik van audioapparatuur en hetzelfde meetinstrument. Deze aanpak is vooraf een aantal keer geanalyseerd. Daarbij is een proefinterview gehouden om te testen of de gewenste data uit de interviews naar voren zouden komen en/of de vraagstelling al dan niet aangepast moest worden. Validiteit wordt door Baarda et al. (2013) omschreven als het meten van dat wat je wilt weten. De validiteit in dit onderzoek is gewaarborgd doordat de verzamelde data gekaderd waren middels het gebruik van een topiclijst. Deze topiclijst komt voort uit het theoretisch kader. De interviewvragen zijn toegespitst op de onderzoeksvraag en bijhorende deelvragen, zodat de antwoorden zoveel mogelijk aansluiten op de onderzoeksvragen. Dit verhoogt de validiteit. Tot slot zijn de deelvragen in de topiclijst verwerkt waardoor zeker was dat de onderzoeksthema's in de interviews naar voren zouden komen. De topiclijsten zijn opgenomen in bijlage 1 en 3.

3.3 Meetinstrument

Voor dit onderzoek is gekozen voor het gebruik van een semi-gestructureerd interview. Een semi-gestructureerd interview geeft o.a. inzicht in de ervaringen en beweegredenen van de respondenten (Boeije, 2012). Daarbij biedt een semi-gestructureerd interview de mogelijkheid om enigszins af te wijken van de oorspronkelijke vraagstelling als een gesprekssituatie daarom vraagt (Goulding, 2002). Hierdoor kan er informatie beschikbaar komen die anders verborgen was gebleven.

De vragen in het interview voor groep A gaan o.a. over de mate van kennis m.b.t. de verschillende methodieken waarmee binnen De Brug door de sociaal agogen gewerkt wordt, en hoe bewust men deze inzet. Daarnaast is o.a. gevraagd hoe groep A de cliënt laat werken aan de vier verschillende herstelgebieden en welke herstelbelemmerende dan wel herstelbevorderende factoren er binnen De Brug erkend worden. Deze onderwerpen zijn d.m.v. een topiclijst uitgewerkt en zorgvuldig per deelvraag in meerdere subvragen uiteengezet.

De vragen in het interview voor groep B gaan o.a. over de beleving die cliënten ervaren t.o.v. de attitude en houding van de sociaal agogen en wat herstelbelemmerend dan wel herstelbevorderend werkt. Deze onderwerpen zijn wederom d.m.v. een topiclijst uitgewerkt en zorgvuldig per deelvraag in meerdere subvragen uiteengezet. De cliënten die groep B vertegenwoordigden zijn expliciet geselecteerd, omdat zij over voldoende

stabiliteit beschikken om verantwoord deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Het voorkomen van eventuele persoonlijke schade m.b.t. de (psychische) gezondheid staat hierbij op de voorgrond.

Als hulpmiddel voor het structureren van de data van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een topiclijst. In de topiclijst staan de deelvragen centraal. De topiclijst is afgestemd op de deelvragen waardoor de resultaten in overeenstemming zijn met het onderzoek. Doordat er zowel bij groep A als bij groep B gebruik is gemaakt van een (groepsgebonden) topiclijst kunnen de antwoorden worden vergeleken en zal de validiteit en betrouwbaarheid toenemen (Lucassen & Hartman, 2006). Daarnaast is ook gebruik gemaakt van audioapparatuur om de interviews op te nemen. Hiermee kunnen de interviews worden teruggeluisterd. Dit vergroot de betrouwbaarheid (Bogdan & Biklen, 1997).

Het interview begon voor zowel groep A als groep B met een aantal demografische vragen. Deze zijn schriftelijk afgenomen d.m.v. een formulier. Inhoudelijk is aan groep A gevraagd naar de naam, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, functie en de termijn waarin de sociaal agoog werkzaam is binnen De Brug. Bij groep B is ook gevraagd naar de naam, leeftijd, geslacht en de periode waarin de cliënt woonachtig is binnen de Brug. Na het invullen van de demografische gegevens begon het interview.

Voor groep A geldt dat er een uitgebreider interview is afgenomen dan bij groep B. Dit omdat groep A antwoord geeft op drie deelvragen en groep B maar op één. Kijkend naar groep A is deelvraag één tot en met drie van toepassing. Kijkend naar groep B is alleen deelvraag vier van toepassing. De opbouw van het interview is hetzelfde als het onderzoek (chronologisch).

Een concreet voorbeeld van een vraag die gesteld is aan groep A is: “Wat doe je om het gebied ‘Herstel van gezondheid’ bij de cliënt te bevorderen?”. Deze vraag heeft betrekking op deelvraag één. Een ander voorbeeld is: “In hoeverre ben je op de hoogte van wat herstelbelemmerend werkt?”. Deze vraag heeft betrekking op deelvraag twee. Een laatste voorbeeld is: “Welke (andere) herstelbevorderende factoren zie je zelf in de praktijk?”. Deze vraag heeft betrekking op deelvraag drie.

Een concreet voorbeeld van een vraag aan groep B is: “Hoe ervaar je het contact met de begeleiding?”. Deze vraag heeft betrekking op deelvraag vier.

3.4 Data-analyse

Volgens Baarda et al. (2013) zijn er drie verschillende benaderingen om een kwalitatieve analyse te maken. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van één van deze benaderingen. Dit betreft het zogeheten onbevangen interpreteren en analyseren, ook wel grounded theory genoemd (Glaser & Strauss, 1967). In Nederland is deze manier bekend als de gefundeerde theoriebenadering. Het doel en uitgangspunt van deze benadering is, om o.b.v. een open onderzoekshouding tot nieuwe ontwikkelingen te komen m.b.t. een onderzoeksthema (Baarda et al., 2013).

Gedurende de voorbereiding op het onderzoek is uitvoerig gesproken met meerdere personen die werkzaam zijn binnen De Brug (of die anderszins betrokken zijn geweest) over een mogelijk onderzoeksthema. Daarnaast zijn er hoofd- en deelvragen geformuleerd die het onderzoek hebben afgebakend en is er relevante literatuur verzameld om het onderzoek mee te onderbouwen. Volgens Baarda et al. (2013) zijn dit drie belangrijke stappen die gezet moeten worden alvorens te kunnen starten met de data-analyse. Een eventuele vierde stap zou het gebruik van een computerprogramma geweest kunnen zijn (die een eventuele analyse

vergemakkelijk). Daar is voor dit onderzoek geen gebruik van gemaakt, omdat een dergelijk programma niet beschikbaar was.

De voorkennis die uit de gesprekken naar voren is gekomen, heeft uiteindelijk geleid tot een reëel en actueel onderzoeksthema. Bij de totstandkoming van de topiclijst en de interviews is ook gebruikgemaakt van de voorkennis (Baarda et al., 2013). De hoofd- en deelvragen zijn middels relevante literatuur onderbouwd en de uitwerking daarvan is weergegeven in het theoretisch kader van dit onderzoek. De transcripties zijn volledig schriftelijk uitgewerkt en woorden als euh, eh of ah zijn ook verwerkt. Volgens Baarda et al. (2013) waarborgt dit de informatie m.b.t. de vlotheid en stelligheid t.o.v. de uitspraken. De interviews zijn als transcripties uitgewerkt en als codeboom in bijlage 2 en 4 toegevoegd.

Daarnaast zijn de resultaten uit de interviews gecodeerd. Door te coderen wordt volgens Baarda et al. (2013) het materiaal getypeerd. Daarbij is gebruikgemaakt van een manier van coderen die ook wel open coderen wordt genoemd. Daarbij gaat het erom die elementen in kaart te brengen die van belang kunnen zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen (Baarda et al., 2013). Typeringen als ‘minder zakelijk zijn’, ‘flexibeler zijn’ of ‘meer aanwezig zijn’ kwamen regelmatig voor tijdens de analyse van de data. De codes zijn beoordeeld op relevantie en beperkt tot een selectief aantal. Volgens Baarda et al. (2013) is het van belang de codes geduldig te overdenken om te snelle conclusies te voorkomen. Om de kwaliteit van de codes te versterken is er samen met een vertrouwenspersoon gekeken naar de relevantie van de codes.

Tot slot is tijdens de interviews gebruik gemaakt van audioapparatuur. Hierdoor konden de interviews naderhand worden teruggeluisterd. Dit maakte de verwerking van de data gemakkelijker, omdat de interviews woord voor woord konden worden teruggeluisterd. Dit vergoot de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Hoofdstuk 4 beschrijft in paragraaf 4.1 t/m 4.4 de resultaten die zijn voortgekomen uit de interviews met de sociaal agogen en cliënten die hebben deelgenomen aan de steekproef van het onderzoek. De resultaten zijn onderverdeeld per deelvraag en zullen vergeleken worden met het theoretisch kader van het onderzoek en waar mogelijk met resultaten van de respondenten uit groep B. De feitelijke steekproef bestond uit 10 respondenten verdeeld over twee verschillende groepen (groep A en groep B). In totaal zeven sociaal agogen (A) en drie cliënten (B). Zowel de respondenten uit groep A en groep B zijn tenminste één jaar betrokken bij De Brug. Zowel de respondenten uit groep A en groep B zijn daardoor in grote lijnen bekend met de situatie (werkwijze) binnen De Brug.

4.1 Deelvraag 1: Hoe worden mensen met een EPA momenteel door sociaalagogisch hulpverleners begeleid richting herstel?

In de huidige situatie wordt er binnen De Brug gebruik gemaakt van het ART-model en HOZ als methodieken om mensen met een EPA naar herstel te begeleiden. Alle sociaal agogen (respondenten uit groep A) geven aan op de hoogte te zijn van het gebruik van deze twee methodieken binnen De Brug. Wat naar voren komt is dat het merendeel van de sociaal agogen aangeeft deze methodieken een eigen invulling of eigen interpretatie te geven. Meerdere sociaal agogen geven aan zich niet verdiept te hebben in beide methodieken. Men zegt vooral uit ervaring te handelen en deels op de hoogte te zijn van deze methodieken. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik ben niet zo heel goed op de hoogte denk ik. Ik heb het ART-werkboek niet gelezen. Ik vind het vooral heel veel gepraat en ik zie er niet zo heel veel van terug in de praktijk, niet in algemene zin en niet bij mezelf. Ik ben vooral bezig met zorgen dat alles goed gaat op de werkvloer dan dat ik aan bepaalde ART-doelen werk.”

De manier waarop de sociaal agogen cliënten begeleiden verschilt per persoon. De één zoekt eerst aansluiting bij de cliënt en kijkt vandaaruit welke aanknopingspunten het herstel van de cliënt kunnen bevorderen. De ander zegt het herstel van de cliënt te willen bevorderen d.m.v. de samenwerking in triade. Uit de resultaten komt vooral naar voren dat de sociaal agogen proberen te luisteren naar de persoonlijke wensen van de cliënt. Dit beeld komt overeen met de literatuur waarin wordt aangegeven dat het van essentieel belang is dat de hulpverleners actief op zoek moeten gaan naar de basisbehoeften van de cliënt (Van Mierlo et al., 2016). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Door samen met de cliënt (en zijn omgeving) in gesprek te gaan en de zorg goed te organiseren lukt het de cliënt nu om allerlei dingen zelfstandig te doen.”

Bij nader inzien concluderen een aantal sociaal agogen zich onvoldoende bewust te zijn van de beschikbare theoretisch vakkennis omtrent de twee methodieken. Dit zou o.a. komen doordat de organisatie te weinig handvatten biedt om de methodieken eigen te maken. Er zou een gebrek aan scholing zijn, en een gebrek

aan intervisie en overlegmomenten. Een ander argument zou een gebrek aan eigen verantwoordelijkheid zijn m.b.t. het inlezen en op peil houden van de beschikbare theoretische vakkennis door de sociaal agogen. Dit beeld komt niet overeen met wat de literatuur aangeeft. Daarin komt naar voren dat een bewuste houding van de hulpverlener een voorwaarde is voor het bieden van HOZ (Hendriksen-Favier et al., 2012).

In het verlengde hiervan is de sociaal agogen gevraagd in welke mate ze de specifieke gedragskenmerken hanteren die beide methodieken voorschrijven. Volgens de literatuur namelijk wordt de kans op goed hulpverlenerschap groter wanneer de attitude van de hulpverlener zich bewust richt op de specifieke gedragskenmerken van HOZ (Hendriksen-Favier et al., 2012). De resultaten m.b.t. de toepassing van de specifieke gedragskenmerken door de sociaal agogen komen overeen met de mate van kennis t.o.v. beide methodieken zoals in voorgaande alinea's is omschreven. Het merendeel van de sociaal agogen gaf aan niet direct op de hoogte te zijn van welke specifieke gedragskenmerken er als handvatten zijn geformuleerd. Naar voren kwam dat men of nog nooit van de gedragskenmerken gehoord had of zich er niet in verdiept had. Ook hier geldt dat een bewuste houding van de hulpverlener een voorwaarde is voor het bieden van HOZ (Hendriksen-Favier et al., 2012). Wederom zegt men vooral uit nature te handelen en een eigen interpretatie te hebben gevormd o.b.v. ervaring uit het verleden. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik kan wel zeggen wat ik zelf vind wat nodig is.”

Los hiervan geven de sociaal agogen unaniem aan dat meer bewustzijn over beide methodieken en specifieke gedragskenmerken tot betere zorg zou kunnen leiden. Een aantal sociaal agogen geeft aan dat er meer uit te halen is. Hiermee bedoelt men dat er meer bewustzijn zou kunnen ontstaan wanneer er afgestemd wordt op de theoretische vakkennis. Dit zou tot meer herstel kunnen leiden bij cliënten. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ja, ik denk dat de toepassing van de specifieke gedragskenmerken van toegevoegde waarde kan zijn. Als een cliënt deze niet bij een hulpverlener voelt dan zal hij zich niet openstellen. Stappen zetten in het herstel kan heel lastig zijn. Als een cliënt niet voelt dat je naast hem staat zal hij het vertrouwen niet hebben om stappen te zetten. Als een cliënt dit wel voelt zal hij dat juist wel doen.”

Naast de kennis m.b.t. de twee methodieken en de specifieke gedragskenmerken is onderzocht op welke wijze de sociaal agogen gebruik maken van de vier herstelgebieden die het ART-model voorschrijft. Uit de resultaten komt naar voren dat niet alle sociaal agogen bewust op de hoogte zijn van de vier herstelgebieden. Ook hier geldt dat de sociaal agogen aangeven vanuit een eigen interpretatie te werken. Het kwam ook voor dat een sociaal agoog dacht dat het werken aan de vier herstelgebieden alleen voorbehouden was aan behandelaren. Meerdere sociaal agogen geven aan dat ze bij nader inzien kansen laten liggen m.b.t. het herstel van cliënten. Argumenten waren dat men te druk is met andere zaken. Het stabiel houden van de huidige situatie (in het algemeen) wordt voornamelijk als prioriteit gezien. Dit beeld komt overeen met wat groep B aangeeft. Daarin komt naar voren dat een gebrek aan personeel een oorzaak kan zijn. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik zou er meer tijd in kunnen steken, maar omdat ik druk ben met andere dingen schiet het er vaak bij in.”

Ondanks dat de sociaal agogen kansen laten liggen m.b.t. de vier herstelgebieden gaat er ook het e.e.a. goed (en er zijn verbeterpunten). In de onderstaande vier alinea's worden de belangrijkste resultaten m.b.t. de vier herstelgebieden genoemd.

Op de vraag wat de sociaal agogen doen om het gebied 'herstel van gezondheid' bij de cliënt te bevorderen, kwam naar voren dat men de cliënt vooral bevraagt en laat nadenken over keuzes m.b.t. de fysieke gezondheid. De literatuur zegt hierover dat de sociaal agoog de fysieke gezondheid, het psychisch welbevinden en de sociale tevredenheid van de cliënt op elkaar moet zien af te stemmen. De sociaal agogen lijken de nadruk nu voornamelijk te leggen op het fysieke herstelgebied. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik probeer ze na te laten denken of het bestellen van friet of pizza een goede keus is, terwijl er een gezondere keus aanwezig is vanuit de maaltijdleverancier.”

Op de vraag wat de sociaal agogen doen om het gebied 'herstel van identiteit' bij de cliënt te bevorderen, kwam naar voren dat het merendeel van de sociaal agogen niet goed wist uit te leggen hoe invulling te geven aan dit herstelgebied. De antwoorden die gegeven werden, waren over het algemeen n.v.t. op dit herstelgebied. Een enkele sociaal agoog kon wel aangeven hoe invulling te geven aan het herstel van identiteit bij de cliënt. Dit sloot goed aan bij wat de literatuur hierover aangeeft. Volgens Howard (1991) is het levensverhaal van de cliënt namelijk nodig om de eigen dagelijkse ervaringen te plaatsen en te begrijpen binnen de grotere context van het leven. Een respondent uit groep A omschrijft:

“In gesprek kijken waar de interesses liggen. Kijken wat de persoon vroeger gedaan heeft en hoe we dat weer op kunnen pakken.”

Op de vraag wat de sociaal agogen doen om het gebied 'herstel van het dagelijks leven' bij de cliënt te bevorderen, kwam naar voren dat men de zelfstandigheid van de cliënt probeert te stimuleren en daarin zoveel mogelijk in probeert te begeleiden. Het opstellen van een dagprogramma zou daarin een rol kunnen spelen, aldus een sociaal agoog. Als voorbeeld werd aangegeven, samen schoonmaken, uitleggen hoe je tanden moet poetsen, boodschappen halen, koken en met geld leren omgaan. Men stimuleert de zelfstandigheid van de cliënt door het eerst een keer uit te leggen, en het de cliënt daarna zelf te laten proberen. Dit komt overeen met het beeld in de literatuur. Daarin komt naar voren dat het de bedoeling is dat de hulpverlener de cliënt stimuleert zelfstandiger te worden (Van Mierlo et al., 2016). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Eerst kijken of de cliënt het zelf kan doen of hulp vraagt aan een huisgenoot. Door ze actief te helpen kunnen ze vaak meer uit hun dag halen.”

Op de vraag wat de sociaal agogen doen om het gebied 'herstel van maatschappelijke rollen' bij de cliënt te bevorderen kwam naar voren dat er steeds meer wordt samengewerkt met participatiecoaches. Dit beeld komt overeen met het beeld uit groep B, maar daarin komt wel naar voren dat cliënten meer behoefte hebben aan activiteiten. Ondanks dat wordt er een intern project georganiseerd om mensen met een EPA te stimuleren in hun herstel. Denk aan een kookproject waarbij cliënten binnen een sociaal kader met elkaar kunnen leren omgaan.

Bijvoorbeeld in de rij leren wachten en hun spullen leren opruimen na het eten. Dit beeld komt overeen met de literatuur. Daarin komt naar voren dat de hulpverlener samen met de cliënt opzoek moet gaan naar een passende en betekenisvolle dag invulling (Van Mierlo et al., 2016). Daarbij kan gebruik gemaakt worden van trajectbegeleiders, participatiecoaches en partijen die maatschappelijke deelname (laagdrempelig) stimuleren. Ook kunnen dagactiviteiten binnen De Brug, activiteiten bij buurthuizen, sociale werkvoorzieningen en/of arbeidstrainingen de cliënt helpen de kans op participatie te vergroten. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Zoveel mogelijk eropuit sturen en met de participatiecoaches aan de slag.”

Dan de samenwerking binnen de triade. Uit de resultaten komt naar voren dat de samenwerking in de triade door de sociaal agogen als matig tot slecht wordt ervaren. De sociaal agogen geven aan dat er vooral samenwerking plaatsvindt tussen hulpverlener en cliënt en dat de familie en naasten onvoldoende betrokken worden. Het beeld in de literatuur blijkt overeen te komen met het beeld in de werkelijkheid. Daarin stelt Claassens (2014) dat de familie en naasten van cliënten een steeds belangrijkere rol spelen tijdens het zorgproces van de cliënt, maar dat het netwerk van veel cliënten zeer beperkt is. Daarnaast komt naar voren dat de communicatie binnen de triade ook beter kan. Volgens de sociaal agogen zouden de familie en naasten meer op de hoogte gesteld moeten worden van wat er zich afspeelt. Daarbij zou het vooral de hulpverlening zijn die in contact staat met de familie en naasten i.p.v. de cliënt. Het contact zou vaak verwaterd zijn geraakt, waardoor het bereiken van eenduidigheid lastig is en er weinig gezamenlijke besluitvorming ontstaat binnen de triade. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Er worden te weinig besluiten genomen vanuit de triade. Ik denk dat we onvoldoende energie stoppen in het betrekken van naasten.”

Tot slot is er nog de inzet van ervaringsdeskundigen bij het zorgproces. Volgens de literatuur is dit een belangrijke factor voor het verlenen van HOZ (Hendriksen-Favier et al., 2012; Van Mierlo et al., 2016). Uit de resultaten komt naar voren dat de inzet van ervaringsdeskundigen door sociaal agogen wisselend is. Het merendeel van de sociaal agogen maakt geen of heel weinig gebruik van de inzet van ervaringsdeskundigen. Argumenten zijn dat ze er weinig mee in contact worden gebracht of dat het nog niet ingeburgerd is. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik heb niet het gevoel bij mezelf dat het ingeburgerd is. Het zou het voor mij makkelijker maken als ervaringsdeskundigen naar mij toekomen i.p.v. dat ik naar hun moet. Ik weet nog niet zo goed wat ik van een ervaringsdeskundige kan verwachten. Dat zou ik kunnen vragen maar dat heb ik nog niet gedaan.”

Uit de resultaten komt naar voren dat er de afgelopen twee jaar tenminste één ervaringsdeskundige op het terrein van De Brug aanwezig is geweest en ook twee ervaringsdeskundigen in opleiding. De mogelijkheid om een ervaringsdeskundige te betrekken bij het zorgproces is daarmee wel degelijk voor handen geweest. Wel heeft een sociaal agoog geprobeerd een ervaringsdeskundige bij een casus te betrekken. Dit zou niet gelukt zijn i.v.m. een gebrek aan financiële middelen. Anderzijds zijn er sociaal agogen die wel ervaringsdeskundigen bij

het zorgproces betrekken (waaronder ook een familie-ervaringsdeskundige). Daarin komt naar voren dat het een toegevoegde waarde heeft gehad en er een ander perspectief aan heeft gegeven. Het zou bijdragen aan het veranderen van de (klinische) denkwijze, waardoor er nieuwe inzichten kunnen ontstaan. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Dit doe ik omdat ik denk dat reguliere hulpverleners vooral geleerd hebben om vanuit een klinisch beeld te kijken en ik gemerkt heb dat ervaringsdeskundigen vanuit een ander perspectief kunnen insteken en ze mij kunnen helpen met mijn denkwijze.”

4.2 Deelvraag 2: Welke herstelbelemmerende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stagneren?

Uit de resultaten komen een viertal herstelbelemmerende factoren naar voren. Ten eerste blijkt dat het merendeel van de sociaal agogen in mindere mate bewust is van de theoretische vakkennis waarmee gewerkt wordt. In voorgaande alinea's is hier al over gesproken. Het ontbreekt vaak aan parate kennis over het ART-model en HOZ. Daarbij blijken niet alle sociaal agogen bewust te zijn van de specifieke gedragskenmerken die goed hulpverlenerschap tot stand kan brengen. Over het algemeen komt naar voren dat men uit nature handelt en deels op de hoogte is. Ook blijken de sociaal agogen theoretische vakkennis te missen m.b.t. welke factoren herstelbelemmerend kunnen werken. Alle factoren die in de literatuur van HOZ vermeldt staan zijn de sociaal agogen voorgehouden. Daarop werd voornamelijk geantwoord dat middelenmisbruik een herstelbelemmerende factor is. Een enkele sociaal agoog was goed op de hoogte van de belemmerende factoren. Het merendeel gaf aan niet van alle factoren op de hoogte te zijn. Bij nader inzien gaf men unaniem toe dat meer kennis van deze factoren van toegevoegde waarde kan zijn. Ook hier geldt dat dit beeld niet overeenkomt met de bewuste houding die het bieden van HOZ vraagt van de hulpverlener (Hendriksen-Favier et al., 2012). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Als ik met een cliënt werk dan ben ik me niet altijd bewust van deze aspecten. Misschien wel achteraf, dat ik het anders had moeten doen.”

De tweede herstelbelemmerende factor blijkt een gebrek aan goede woningen. Vanuit het ART-model staat daarin centraal dat de cliënt zijn eigen woning kiest en dat de cliënt woont op een plek die passend is (Van Mierlo et al., 2016). Het kiezen van een eigen woning door de cliënt is daarom een belangrijk onderdeel van het herstelproces. Uit de resultaten komt naar voren dat de sociaal agogen kritisch reageren op de beschikbare woonruimtes voor cliënten. De huizenmarkt zou schaars zijn waardoor de cliënt o.a. is aangewezen op huizen in achterstandswijken. Daarbij zou de cliënt vaak over onvoldoende financiële middelen beschikken, waardoor het kiezen van een gewenste woning onmogelijk is. Hierdoor zouden cliënten vaak noodgedwongen bij elkaar in één huis zitten en sluit men daardoor regelmatig een compromis. Het huis zou vervolgens niet meer praktisch zijn omdat men er dan met vier volwassenen in samenwoont. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik vind dat het idee om een eigen woning te kiezen geen recht doet aan de mogelijkheden in de realiteit. Het alternatief is een gedeelde woning, mits ze dit willen. Zo niet, zullen ze een compromis moeten sluiten”

Daarnaast zou er vaak geen klik zijn tussen de cliënten die in één huis worden samengevoegd en zou het aan afstemming ontbreken. Hierdoor komt het voor dat de cliënten dagelijks overlast van elkaar ervaren. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Er zijn momenteel een aantal woningen gesloten waardoor er cliënten noodgedwongen bij elkaar zijn komen te zitten die niet bij elkaar aansluiten. Cliënten hebben soms dagelijks overlast van elkaar wat hun herstel belemmert. Soms moeten ze kiezen uit twee kwaden, twee opties die beide niet goed zijn.”

Een ander punt wat uit de resultaten naar voren komt m.b.t. woonruimtes blijkt een nieuwbouwproject. Echter geven de sociaal agogen aan dat de plannen voor de nieuwbouw op het terrein van De Brug al meerdere keren is uitgesteld. Als alternatief zouden er voorstellen zijn gedaan om tijdelijke woonunits te plaatsen waar cliënten in betere leefomstandigheden zouden kunnen verblijven, maar dit is volgens de sociaal agogen uit financieel oogpunt afgewezen. De literatuur zegt hierover dat ook voorafgaande aan de overstap naar de maatschappij de cliënt recht heeft op een appartement met eigen voorzieningen (Van Mierlo et al., 2016). Het samenwonen op verouderde afdelingen of appartementen met weinig privacy zou niet meer van deze tijd zijn. Het feit dat de nieuwbouwplannen al meerdere keren zijn uitgesteld zou volgens de sociaal agogen tot onvrede hebben geleid bij zowel cliënten als personeel. De valse beloftes van de afgelopen jaren vanuit de organisatie zouden veel cliënten hebben teleurgesteld. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Dit terwijl er al vijf jaar een plan ligt om nieuwe woningen te bouwen op het terrein maar dat is nu weer uitgesteld. Dat wordt ook met de cliënten gecommuniceerd dus dat is telkens weer een tegenvaller als het dan weer niet doorgaat.”

De derde herstelbelemmerende factor blijkt een gebrek aan familie en naasten te zijn. Dit beeld komt overeen met het beeld uit de probleemanalyse, waarin naar voren komt dat de familie en naasten niet nog meer of weer opnieuw belast willen worden met de zorg van de cliënt (Van Mierlo et al., 2016). Het contact zou volgens de sociaal agogen vaak verwaterd zijn geraakt. Daarnaast blijkt dat voornamelijk familie en naasten betrokken zijn die uit eigen initiatief ondersteuning willen bieden. Echter, dit komt niet vaak voor. Om de zorg voor de cliënt te optimaliseren is volgens Claassens (2014) afstemming en samenwerking nodig. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik vind dat familie en naasten onvoldoende betrokken worden. Alleen wanneer familie uit eigen beweging betrokken raakt wordt er iets mee gedaan.”

De vierde herstelbelemmerende factor blijkt een gebrek aan tijd en ruimte. Dit heeft betrekking op de duur van het ART-traject (drie jaar) en het dagelijkse cliëntencontact. Uit de resultaten komt unaniem naar voren dat de sociaal agogen de termijn van drie jaar (die cliënten krijgen om aan hun herstel te werken) veel te kort vinden. Deze aanpak wordt weliswaar begrepen vanuit het oogpunt van de organisatie of verzekeraars maar in mindere mate vanuit het oogpunt van de cliënt. De sociaal agogen geven aan dat je niet van tevoren kan weten wat een cliënt nodig heeft in tijd of middelen. De termijn van drie jaar is volgens alle sociaal agogen geen haalbare kaart, absoluut niet realistisch en te hoog gegrepen. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Volgens mij veroorzaakt het alleen maar frustratie, druk en onrust bij de cliënt en personeel omdat het binnen drie jaar moet.”

De termijn van drie jaar zou slechts haalbaar zijn voor een zeer beperkte groep en het resultaat is volgens de sociaal agogen voornamelijk afhankelijk van de cliënt zelf. Het grootste deel van de doelgroep (85%) zou meer tijd nodig hebben om aan hun herstel te werken. De literatuur zegt hierover dat de cliënt alléén de stap naar de maatschappij zou moeten maken als er een volwaardige kans van slagen is gecreëerd. Dit betekent dat er passende zorg gegeven kan blijven worden (Van Mierlo et al., 2016). Uit de resultaten komt naar voren dat het hoofddoel momenteel een eigen woning buiten het terrein is, en dat het werken aan herstel minder prioriteit heeft. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Dus het doel om zelfstandig te wonen was dan behaald maar de rest nog lang niet. De termijn van drie jaar is daarmee veel te kort.”

De vierde herstelbelemmerende factor heeft ook betrekking op het dagelijkse cliëntencontact. De literatuur zegt hierover dat hulpverleners cliënten de gelegenheid moeten bieden een vrije ruimte te laten ontstaan (Van Mierlo et al., 2016). De sociaal agogen daarentegen, geven aan dat het bijvoorbeeld lastig is om met de cliënt van het terrein af te gaan. Dit terwijl HOZ afhangt van de mate van persoonlijke aandacht en cliëntgerichtheid vanuit de hulpverleners. Volgens Hendriksen-Favier et al. (2012) kunnen hulpverleners dit doen door dicht bij cliënten te zijn, vertrouwen te geven en vooral door ruimte te creëren. Er blijkt een voortdurende tijdsdruk te zijn die voor veel druk en frustratie zorgt bij cliënten en personeel. Een gebrek aan personeel zou hiervan de oorzaak kunnen zijn. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik zou meer tijd in de cliënt kunnen steken, maar omdat ik druk ben met andere dingen schiet het er vaak bij in.”

4.3 Deelvraag 3: Welke herstelbevorderende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stimuleren?

Uit de resultaten komen een vijftal herstelbevorderende factoren naar voren. Ten eerste blijkt een enkele sociaal agoog goed op de hoogte te zijn van de theoretische vakkennis m.b.t. het ART-model en HOZ. Zij geven aan het boek te hebben gelezen en echt geïnteresseerd te zijn in de stof. De sociaal agogen die minder op de hoogte waren, geven bij nader inzien toe dat meer bewustzijn over de beschikbare vakkennis waarschijnlijk tot betere zorg zou kunnen leiden. Dit komt overeen met de literatuur waaruit blijkt dat het bieden van HOZ een bewuste houding van de hulpverlener vraagt (Hendriksen-Favier et al., 2012). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ja, omdat je dan alle aspecten na kan gaan en weet waar je aan werkt. Ik denk dat het helpt om er meer van te weten.”

De sociaal agogen geven een aantal voordelen aan bij het bewuster toepassen van de theoretische vakkennis. Het zou meer structuur kunnen opleveren waardoor je dichter bij de cliënt zou kunnen komen. Hierdoor zou de sociaal agoog de cliënt misschien beter gaan begrijpen (en vice versa). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Ik denk bij nader inzien wel dat het de zorg zou verbeteren wanneer ik bewust zou inzetten op het verminderen van de herstelbelemmerende factoren. Ik denk wel dat het een mooie manier is om aan herstel te werken.”

De tweede herstelbevorderende factor blijkt een kookproject wat door de sociaal agogen is georganiseerd. Dit initiatief zou cliënten kunnen helpen hun sociale vaardigheden te verbeteren. Het zou ze kunnen leren met elkaar om te leren gaan, in de rij te leren wachten en hun spullen leren op te ruimen na het eten. Dit beeld komt overeen met de literatuur. Daarin komt naar voren dat de hulpverlener samen met de cliënt onderzoek moet gaan naar een passende en betekenisvolle dag invulling (Van Mierlo et al., 2016). Ook kunnen dagactiviteiten binnen De Brug, activiteiten bij buurthuizen, sociale werkvoorzieningen en/of arbeidstrainingen de cliënt helpen de kans op participatie te vergroten (Van Mierlo et al., 2016). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Daarom ben ik een project begonnen om samen de maaltijd te nuttigen.”

De derde herstelbevorderende factor blijkt de samenwerking met de participatiecoaches. Een participatiecoach is een hulpverlener die cliënten motiveert, stimuleert en ondersteunt met dagelijkse activiteiten. De samenwerking tussen sociaal agogen en participatiecoaches blijkt steeds vaker te gebeuren. Ook dit beeld komt overeen met de literatuur waarin naar voren komt dat er gebruik gemaakt kan worden van trajectbegeleiders, participatiecoaches en partijen die maatschappelijke deelname (laagdrempelig) stimuleren (Van Mierlo et al., 2016). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Cliënten er zoveel mogelijk op uitsturen en met de participatiecoaches aan de slag.”

De vierde herstelbevorderende factor blijkt een initiatief vanuit De Brug om herstelgerichte cursussen voor cliënten te organiseren. Voorbeelden hiervan zijn een cursus stoppen met roken, een assertiviteitstraining en een cursus gericht op herstel. Dit beeld komt overeen met de literatuur waarin naar voren komt dat hulpverleners cliënten (in samenspraak met ervaringsdeskundigen) kunnen activeren om deel te nemen aan herstelactiviteiten. Dit kan deelname zijn aan een Herstelwerkgroep of andere herstelgerichte trainingen en/of cursussen zoals “Herstellen doe je zelf” of het maken van een “Wellness Recovery Action Plan” (WRAP) (Plooy, 2007; Plooy, 2009a; Plooy, 2009b). Een respondent uit groep A omschrijft:

“Er wordt wel het e.e.a. gegeven binnen mijn team maar ik doe daar zelf niet zo veel mee. Ik verwijs mijn cliënten daarnaar.”

De vijfde herstelbevorderende factor blijkt betrekking te hebben op de inzet van ervaringsdeskundigen. Uit de resultaten komt naar voren dat deze inzet als nuttig wordt ervaren. Een aantal sociaal agogen geven aan dit een toegevoegde waarde te vinden. Het zou namelijk een ander perspectief bieden en helpen de (klinische) denkwijze te veranderen. Daarnaast wordt deze samenwerking als prettig ervaren. Een respondent uit groep A omschrijft:

“Dit doe ik omdat ik het een toegevoegde waarde vind. Je kan zo samen op meer ideeën komen.”

4.4 Deelvraag 4: Wat hebben mensen met een EPA nodig van de sociaal agogisch hulpverleners om hun herstel te bevorderen?

Uit de resultaten komt naar voren dat mensen met een EPA (respondenten uit groep B) een viertal behoeftes uitspreken. Ten eerste noemen de cliënten de houding van de sociaal agogen. Deze wordt soms als zakelijk ervaren. Cliënten ervaren vaak een gemis aan persoonlijke aandacht. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Soms is het net alsof we er als een club koeien bij staan, en dat het dan alleen maar om vlees gaat. Die koeien staan niet alleen maar voor vlees.”

Anderzijds geven cliënten aan dat de sociaal agogen niet alleen aanwezig moeten zijn wanneer er medicatie wordt verstrekt. Cliënten willen ook gewoon het gevoel krijgen dat er echt om ze gegeven wordt. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Het personeel komt alleen maar op het moment dat er pillen uitgedeeld moeten worden, en als je ze nodig hebt dan zijn ze er vaak niet.”

Daarnaast geven cliënten aan dat de sociaal agogen hen niet moeten betuttelen en kleineren, maar een gelijkwaardige houding zouden kunnen aannemen. Dat wat goed gaat zou meer gestimuleerd kunnen worden en de sociaal agogen zouden meer respect kunnen tonen, wanneer een cliënt aangeeft dat het goed gaat i.p.v. dat in twijfel te trekken. Volgens de cliënten vindt er structureel te weinig positieve bekrachtiging plaats. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Ze kijken te veel naar het verleden. Als mensen beter zijn of zich gewoon goed voelen dan moet je dat ook respecteren. Ze zeggen dan “dat heb je niet goed gedaan of moet ik je helpen”. Ik red me prima zelf, dat getuttel allemaal. Dan voel ik me gekleineerd alsof ik een kind ben of één of andere achterlijke.”

Een andere behoefte van cliënten is dat de sociaal agogen beter zouden kunnen anticiperen op de behoeftes van cliënten tijdens speciale gelegenheden. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Met Sinterklaas had ik bijvoorbeeld allemaal lekkere dingen gekocht, en dan gaat iedereen naar bed. Toen heb ik zelf maar zitten sinterklazen. Dan denk ik, dan kun je als personeel toch wel even leuk meedoen.”

Tot slot geven cliënten aan dat de sociaal agogen meer over zichzelf zouden mogen vertellen. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Kijk, ik ken mezelf, en zij kennen mij, maar ik ken hen niet. Ze houden het zakelijk.”

De tweede behoefte is dat er meer veiligheid gecreëerd wordt op de afdeling. Cliënten geven aan dat de sociaal agogen beter zouden kunnen anticiperen op een hulpvraag en dat ze meer dienen in te grijpen tijdens situaties op de afdeling. De afdeling zou vaak onrustig zijn, waardoor cliënten daar hinder van ondervinden. Cliënten geven aan dat sociaal agogen adequater zouden kunnen reageren in dergelijke situaties. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Dat mijn medebewoners me met rust laten. Ik zou wel wat meer rust in de tent willen, niet dat geschreeuw allemaal, en dat geruzie onderling. Ik zou willen dat de begeleiding eens ingrijpt.”

De derde behoefte is een betere bereikbaarheid van de sociaal agogen. Cliënten geven aan dat de sociaal agogen er soms niet zijn wanneer men ze nodig heeft. De sociaal agogen zouden te veel in het kantoor en achter de computer zitten. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Ze moeten af en toe beter bereikbaar zijn, ze zijn heel slecht bereikbaar. En als ze bereikbaar zijn dan hebben ze heel dikwijls geen tijd.”

Ook in de nacht vragen de cliënten soms om meer ondersteuning en die is er dan vaak niet. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Ze zouden meer kunnen aanpakken dat ik niet elke nacht wakker gemaakt wordt door mijn buurman. Dan zeg ik het en dan doen ze niks.”

De vierde behoefte is gericht op meer herstelactiviteiten. Cliënten geven aan dat er meer aandacht kan zijn m.b.t. het versterken van de sociale vaardigheden van cliënten. Er zou ook meer aanspraak kunnen zijn vanuit de sociaal agogen en cliënten zouden meer (en onder begeleiding) van het terrein af moeten worden gestimuleerd. Een respondent uit groep B omschrijft:

“Ja, ik heb behoefte aan herstelactiviteiten, anders ga ik me eenzaam voelen en depressief. Eigenlijk zijn er niet genoeg herstelgerichte activiteiten op het terrein, vroeger wel.”

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

Hoofdstuk 5 betreft de conclusie en aanbevelingen van het onderzoek. De gevonden resultaten worden in verband gebracht met de onderzoeksvragen en wordt een duidelijke conclusie gegeven en aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk. In paragraaf 5.1 zijn de conclusies geformuleerd over de deelvragen. In paragraaf 5.2 zijn er aanbevelingen gedaan die de huidige situatie binnen De Brug kunnen helpen te verbeteren.

5.1 Beantwoording hoofd- en deelvragen

5.1.1 Deelvraag 1: Hoe worden mensen met een EPA momenteel door sociaal agogisch hulpverleners begeleid richting herstel?

Cliënten binnen De Brug worden door sociaal agogen begeleid o.b.v. het ART-model en HOZ. Wat ten eerste blijkt is dat de sociaal agogen niet optimaal gebruik maken van deze twee methodieken. De meeste sociaal agogen die onderdeel uitmaken van de steekproef, blijken voornamelijk te handelen o.b.v. ervaring en geven een eigen invulling of eigen interpretatie aan de methodieken. Ze blijken in mindere mate concreet op de hoogte te zijn van de theoretische vakkennis omtrent het ART-model en HOZ. Het ontbreekt daarbij aan kennis m.b.t. de specifieke gedragskenmerken en de vier herstelgebieden die het ART-model en HOZ voorschrijven. Hierdoor wordt het volledige potentieel van de methodieken niet benut, waardoor de cliënt minder kans krijgt om op alle vlakken aan zijn herstel te werken. Een enkele sociaal agoog is (in grote lijnen) wel op de hoogte. Het lijkt de sociaal agoog wat dit betreft te ontbreken aan een actieve en bewuste houding (wat wel kenmerken zijn van het ART-model en HOZ). Dit terwijl de sociaal agogen bij nader inzien toegeven dat meer bewustzijn m.b.t. de theoretische vakkennis mogelijk tot betere zorg kan leiden.

Ten tweede blijkt de manier van werken met cliënten per persoon te verschillen. Dit zou enerzijds te maken kunnen hebben met het gemis aan methodisch werken binnen de organisatie en/of een gebrek aan handvatten vanuit de organisatie om met de methodieken te leren omgaan. Sociaal agogen geven namelijk aan dat er een tekort is aan scholing, intervisie en overlegmomenten. Anderzijds ontbreekt het de sociaal agoog mogelijk aan initiatief en eigen verantwoordelijkheid om de methodieken eigen te maken. Dit terwijl er juist een beroep gedaan wordt op de hulpverlener (vanuit HOZ) om een bewuste houding aan te nemen t.o.v. de werkzaamheden (Hendriksen-Favier et al., 2012).

Ten derde blijkt de samenwerking met ervaringsdeskundigen ook niet optimaal benut te worden. Veel sociaal agogen geven aan er weinig gebruik van te maken. Dit is enigszins opmerkelijk, omdat er wel degelijk ervaringsdeskundigen aanwezig zijn binnen De Brug. Volgens Hendriksen-Favier et al. (2012) kunnen ervaringsdeskundigen hulpverleners laten inzien dat cliënten kunnen herstellen van hun psychische kwetsbaarheid of tenminste aan hun herstel kunnen werken (in combinatie met de juiste ondersteuning). Het is wellicht verklaarbaar omdat sociaal agogen aangeven o.b.v. ervaring en eigen interpretatie te handelen. Deze aanpak komt nog voort uit de periode voordat er ervaringsdeskundigen onderdeel van teams uitmaakten.

Ten vierde blijkt de samenwerking met familie en naasten binnen De Brug overeen te komen met het beeld in de literatuur. Hun deelname aan het zorgproces is vaak minimaal waardoor het lastig is om goed functionerende triades te vormen. In veel gevallen lijkt het vormen van triades daarom te hoog gegrepen. Wellicht creëert het ART-model hierin in veel gevallen een onrealistische verwachting.

Tot slot komt uit de resultaten naar voren dat sociaal agogen over het algemeen goed luisteren naar cliënten. Dit beeld komt naar voren vanuit de sociaal agogen en wordt bevestigd door de cliënten. Cliënten voelen zich over het algemeen gehoord. Daarbij komt naar voren dat sociaal agogen cliënten zoveel mogelijk zelf laten nadenken en eigen keuzes laten maken. Men probeert hierdoor de zelfstandigheid van de cliënt te stimuleren. Dit wordt versterkt door het beeld dat er steeds meer wordt samengewerkt met de participatiecoaches.

5.1.2 Deelvraag 2: Welke herstelbelemmerende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stagneren?

Uit het onderzoek blijkt ten eerste dat de termijn van drie jaar volgens de sociaal agogen unaniem te kort is. Het ART-model stelt klaarblijkelijk een onrealistische doelstelling. Mogelijk is de termijn van drie jaar wel haalbaar wanneer de methodieken optimaal worden benut. Uit de resultaten komt naar voren dat er binnen de termijn van drie jaar wel een woonruimte gevonden kan worden. Het werken aan herstel echter blijkt na het vinden van een woonruimte te stagneren en verliest daardoor aan prioriteit. Dit terwijl het van belang is dat er passende zorg gegeven blijft worden nadat de cliënt uitstroomt naar de maatschappij (Van Mierlo et al., 2016).

Ten tweede blijkt dat een gebrek aan goede woningen een herstelbelemmerende factor is. Deze belofte (vanuit het ART-model) lijkt niet realistisch en haalbaar te zijn. Het kiezen van een eigen woning door de cliënt die passend is, blijkt vaak niet mogelijk. De woningen zijn volgens de sociaal agogen vaak niet praktisch, omdat cliënten er soms met vier personen tegelijk in moeten wonen. Daardoor sluiten cliënten vaak compromissen m.b.t. een woning i.p.v. dat ze echt zelf hun woning kunnen kiezen. Cliënten ervaren vaak veel overlast van elkaar wat herstelbelemmerend werkt. Dit alles zou komen door een gebrek aan financiële middelen bij de cliënt en een gebrek aan goede woningen. Gezegd moet worden dat de respondenten van groep B wel tevreden waren met hun woning, maar dat ze bij anderen zien dat het vaak niet zo is. De sociaal agogen blijken unaniem kritisch over de woonmogelijkheden voor cliënten. Zowel cliënten als sociaal agogen zien een oplossing, maar een potentieel nieuwbouwproject wordt al meerdere jaren uitgesteld. Dit is mogelijk een valse belofte vanuit de organisatie (zolang er niet met de bouw begonnen wordt).

Ten derde blijkt een gebrek aan familie en naasten een herstelbelemmerende factor. Er zijn wel familie en naasten die betrokken zijn, maar dit is een heel kleine groep. Volgens sociaal agogen zou er meer geïnvesteerd kunnen worden in het benaderen van familie en naasten die nog niet betrokken zijn. Dit zou te weinig gebeuren.

5.1.3 Deelvraag 3: Welke herstelbevorderende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stimuleren?

Uit het onderzoek blijkt ten eerste dat meer bewustzijn m.b.t. de theoretische vakkennis omtrent het ART-model en HOZ herstelbevorderend lijkt te kunnen werken. De theoretische vakkennis wordt nu slechts ten dele benut. Uit het onderzoek van Van Staveren (2018) komt naar voren dat hulpverleners die op de hoogte zijn van de relevante theoretische vakkennis en patiëntgericht werken, effectiever werken en daardoor cliënten voorzien van betere hulpverlening. Dit wordt bij nader inzien door de sociaal agogen bevestigd. De sociaal

agogen die (in grote lijnen) inhoudelijk op hoogte waren van de theoretische vakkennis, konden adequater antwoord geven op de vraagstelling van het interview.

Ten tweede blijkt het initiatief om samen met cliënten het diner te nuttigen een herstelbevorderende factor te zijn. Daarmee wordt het herstel van de cliënten gestimuleerd, omdat men nu met elkaar in contact komt en daardoor aan sociale vaardigheden kan werken.

Ten derde blijkt de samenwerking met participatiecoaches een herstelbevorderende factor, omdat dit steeds vaker plaats vindt. Daarnaast werkt de samenwerking met ervaringsdeskundigen ook herstelbevorderend. Er zijn steeds vaker ervaringsdeskundigen aanwezig en daar wordt in een enkel geval gebruik van gemaakt. Deze twee samenwerkingsverbanden zouden echter nog veel meer benut kunnen worden.

Ten vierde blijkt er een enkele herstelgerichte activiteit georganiseerd te worden zoals een herstelgerichte cursus en/of training, maar het blijkt vooralsnog te weinig te zijn. Cliënten noemen een cursus Stoppen met roken en een enkele cursus over herstel als enige voorbeelden.

5.1.4 Deelvraag 4: Wat hebben mensen met een EPA nodig van de sociaal agogisch hulpverleners om hun herstel te bevorderen?

Uit het onderzoek blijkt ten eerste dat cliënten meer behoefte hebben aan persoonlijke aandacht van de sociaal agogen i.p.v. een zakelijk contact. Dit betekent o.a. dat cliënten de sociaal agogen ook willen zien buiten de medicatieafgifte alleen. De sociaal agogen blijken buiten de medicatieafgifte om, er vaak niet te zijn. Ook tijdens speciale gelegenheden (bijvoorbeeld feestdagen en verjaardagen) wordt niet altijd de aandacht gegeven aan cliënten die daar behoefte aan hebben.

Ten tweede blijken cliënten behoefte te hebben aan een gelijkwaardiger contact i.p.v. betutteling. Het vizier van de sociaal agogen zou daarbij gericht moeten zijn op de toekomst i.p.v. op het verleden, aldus cliënten. Dit blijkt namelijk niet altijd het geval te zijn. Volgens cliënten ontbreekt het soms aan een vorm van respect (vanuit de sociaal agogen), wanneer cliënten aangeven dat het goed met ze gaat. Dit wordt dan niet altijd geloofd, waardoor cliënten zich niet serieus genomen voelen.

Ten derde geven cliënten aan zich vaker veilig te willen voelen binnen De Brug. Cliënten vinden dat sociaal agogen niet altijd adequaat reageren in situaties waar er onderling geschreeuw en geruzie is tussen cliënten. Dit zou ook gebeuren wanneer de sociaal agogen niet in de buurt zijn. Minder aanwezigheid van de sociaal agogen lijkt onveiligheid in de hand te werken. Een gebrek aan personeel zou hier een oorzaak van kunnen zijn. Anderzijds zou het werken vanuit één kantoorruimte een oorzaak kunnen zijn. Cliënten zien sociaal agogen met regelmaat in het kantoor zitten, terwijl er ook een computer op de afdeling is waar zij zouden kunnen werken. Daarbij blijkt de bereikbaarheid vaak slecht te zijn, waardoor cliënten geen beroep kunnen doen op de sociaal agogen wanneer men ze wel nodig heeft (bijvoorbeeld wanneer het onrustig op de groep is).

Ten vierde geven cliënten aan meer behoefte te hebben aan meer herstelactiviteiten. Cliënten blijken nauwelijks op de hoogte te zijn van herstelgerichte cursussen en trainingen, zoals Herstellen doe je zelf of het opmaken van een Wellness Recovery Action Plan (WRAP). Het lijkt er op neer te komen dat het begrip herstel onvoldoende wordt geïntroduceerd bij cliënten. Ook blijkt er geen herstelwerkgroep te zijn binnen De Brug terwijl cliënten aangeven dat dit wel positief zou kunnen werken.

Tot slot geven cliënten aan behoefte te hebben om vaker (onder begeleiding van sociaal agogen) het terrein van De Brug te mogen verlaten. Dit zou hun herstel ten goede kunnen komen, doordat ze zich meer onder

de mensen kunnen bevinden, sociale vaardigheden kunnen oefenen en daardoor kunnen wennen aan de stap naar de maatschappij.

5.1.5 Hoofdvraag: Wat hebben sociaal agogisch hulpverleners werkzaam binnen De Brug nodig om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) te begeleiden in hun herstel?

Uit het onderzoek blijkt ten eerste dat sociaal agogen het ART-model en HOZ beter kunnen benutten. Sociaal agogen hebben daarvoor o.a. een bewuste houding nodig, waarover in de literatuur van HOZ gesproken wordt (Hendriksen-Favier et al., 2012). Deze houding zou meer afgestemd kunnen worden op de theoretische vakkennis van het ART-model en HOZ. Wat hierbij kan helpen is scholing, intervisie en overlegmomenten om de methodieken eigen te maken.

Ten tweede blijkt de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen het team niet altijd benut te worden. Om de zorg voor de cliënt te optimaliseren is afstemming en samenwerking nodig (Claassens, 2014). Er kan meer ingezet worden op de onderlinge samenwerking tussen sociaal agogen, ervaringsdeskundigen en participatiecoaches. Dit kan bereikt worden wanneer sociaal agogen de samenwerking met ervaringsdeskundigen en participatiecoaches integreren in hun dagelijkse werkzaamheden. Eén van de kernbegrippen van HOZ is immers de inzet van ervaringsdeskundigheid (Hendriksen-Favier, Nijnsen & Van Rooijen, 2012).

Ten derde blijken er beloftes gedaan te worden vanuit het ART-model en de organisatie die tot op heden niet kunnen worden vervuld. De verwachtingen m.b.t. het kiezen van een eigen woning die passend is en voldoet aan de eisen van deze tijd, lijken geen recht te doen aan de mogelijkheden in de realiteit. Dit terwijl de doelgroep die woonachtig is binnen De Brug wel recht heeft op een appartement met eigen voorzieningen (Van Mierlo et al., 2016). Dit zou juist het herstel van cliënten zou kunnen bevorderen. Anderzijds blijkt er vaak geen weloverwogen keus gemaakt te kunnen worden m.b.t. het laten samenwonen van cliënten in één huis. Dit lijkt veroorzaakt te worden door een gebrek aan goede woningen. Dit komt niet overeen met de literatuur waarin wordt aangegeven dat er juist wel een weloverwogen keus gemaakt moet worden o.b.v. de individuele situatie en wensen van de cliënt (Van Mierlo et al., 2016). Het potentiële nieuwbouwproject biedt hier een mogelijk perspectief voor. Daarnaast zou er beter gekeken kunnen worden naar de individuele situatie per cliënt bij de keuze van de woning en medebewoners.

Ten vierde lijkt er meer geïnvesteerd te kunnen worden in het benaderen (actief) van familie en naasten. Dit zou herstelbevorderend kunnen werken wanneer dit beter benut wordt. Dit kan de sociaal agoog ontlasten in zijn zorgtaken en de cliënt een groter sociaal netwerk opleveren.

Ten vijfde blijken er onvoldoende herstelactiviteiten georganiseerd te worden binnen De Brug. De bestaande herstelactiviteiten zoals de cursus Herstellen doe je zelf en de WRAP zouden binnen De Brug gegeven kunnen worden. Hiervoor zijn ervaringsdeskundigen nodig die de cursussen kunnen faciliteren.

Tot slot blijken er aspecten van de huidige werkwijzen van de sociaal agogen herstelbevorderend te werken. Dit betreft goed luisteren naar cliënten, cliënten zelf na laten denken, cliënten hun eigen keuzes laten maken en de zelfstandigheid van cliënten stimuleren. Deze vaardigheden zouden de sociaal agogen in kunnen blijven zetten om herstelbevorderend te blijven werken.

5.2 Aanbevelingen

Theoretische vakkennis

De sociaal agogen zouden hun kennis m.b.t. het ART-model en HOZ kunnen updaten door literatuur te lezen en te bestuderen. De opgedane kennis zou vervolgens bestendig kunnen worden door het volgen van herstelgerichte opleidingen, cursussen en trainingen (scholing) en het opzetten van intervisie- en overlegmomenten. Ook kunnen sociaal agogen (net als cliënten) herstelactiviteiten volgen. Denk o.a. aan de Post-hbo-leergang voor begeleiders, behandelaren en supervisors in onderwijs en zorg (www.gitp.nl) of deelname (individueel of als team) aan de cursus Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (www.kenniscentrumphrenos.nl).

Houding sociaal agogen

De sociaal agogen zouden hun houding verder kunnen afstemmen op de specifieke gedragskenmerken die vanuit het ART-model en HOZ worden geformuleerd. Het bieden van HOZ vraagt namelijk om een bewuste houding van de hulpverlener (Hendriksen-Favier et al., 2012). Het loslaten van de bestaande routine en het aannemen van een open mind kan hierbij helpend zijn. Ervaringsdeskundigen kunnen hierin ondersteuning bieden.

Laagdrempelige herstelgerichte activiteiten

De sociaal agogen zouden de vier herstelgebieden per cliënt concreet kunnen maken. Vandaaruit zouden er nieuwe doelen geformuleerd kunnen worden die meer gericht zijn op de vier herstelgebieden zoals geformuleerd in de literatuur. Boertien en Van Bakel (2012) stellen namelijk dat herstel ertoe kan leiden dat de cliënt weer moed verzamelt om o.a. zijn zelfbeeld te veranderen, nieuwe wensen te formuleren en daardoor het geloof in eigen kunnen terug te winnen. Daarbij is het van groot belang dat de hulpverlener het begrip herstel goed introduceert en uitlegt wat herstel voor de cliënt kan betekenen.

Tijd, ruimte en veiligheid op de afdeling

De sociaal agogen zouden meer fysiek op de groep aanwezig kunnen zijn bij de cliënten i.p.v. uit het kantoor te werken. Dit is ook een behoefte van de cliënten zelf, blijkt uit de resultaten. Hierdoor kan het veiligheidsgevoel van cliënten worden vergroot en kan de beschikbare tijd beter benut worden om te investeren in het herstel van cliënten.

Inzet ervaringsdeskundigen en participatiecoaches

De sociaal agogen die tot nu toe niet of nauwelijks in contact zijn gekomen met een ervaringsdeskundige zouden er contact mee kunnen leggen en nader kennis mee kunnen maken. Men kan elkaar beter leren kennen en vragen wat men voor elkaar kan betekenen bij het begeleiden en ondersteunen van cliënten richting herstel. Sociaal agogen zouden hierin een beroep kunnen doen op de actieve houding waarover in de literatuur wordt gesproken. Daarin komt o.a. naar voren dat de sociaal agoog nieuwe wegen probeert te openen en verbinding maakt met de omgeving (Van Regenmortel, 2009).

Daarnaast kunnen de sociaal agogen kijken welke cliënten op korte termijn meer geactiveerd kunnen worden en hoe de participatiecoaches daarbij kunnen helpen. Dit kan eventueel in samenspraak met de cliënt en familie en naasten. Ook ervaringsdeskundigen kunnen hier een belangrijke rol bij spelen. Zij kijken vaak anders naar de gangbare (zorg)processen, denkbeelden en opvattingen van de reguliere hulpverlening en kunnen daardoor andere ideeën en alternatieven aanreiken. Daarbij kunnen zij zorgen dat de focus gericht blijft op herstel en empowerment (Plooy, 2007; Plooy, 2009a; Plooy, 2009b).

Familie en naasten

De sociaal agogen zouden (extra) waardering kunnen tonen aan familie en naasten die reeds betrokken zijn. Er zou bijvoorbeeld een moment gecreëerd kunnen worden waarin ze in het zonnetje gezet worden. Daarbij zouden de sociaal agogen ook jegens de familie en naasten vanuit de specifieke gedragskenmerken kunnen handelen. Daarnaast zou de familie en naasten die reeds betrokken zijn wellicht kunnen helpen bij het betrekken van familie en naasten die nog niet betrokken zijn. Zij kunnen wellicht een ander signaal afgeven dan de sociaal agogen. Daarbij zouden sociaal agogen een familie-ervaringsdeskundige kunnen betrekken bij het benaderen van potentiële familie en naasten die nog niet betrokken zijn. Familie-ervaringsdeskundigen kunnen namelijk een bijdrage leveren aan het herstel van de vaak verwaarloosde en verbroken relaties binnen de triade (De Boer & De Klerk, 2013).

Woningen

De sociaal agogen zouden beter kunnen kijken naar de voorwaarden vanuit het ART-model m.b.t. de keuze omtrent woningen voor cliënten. Er zou beter gekeken kunnen worden naar welke cliënten men bij elkaar in één woning laat samenwonen. Dit zou in samenspraak moeten met de cliënt en eventueel met andere partijen, zoals ervaringsdeskundigen, participatiecoaches, familie en naasten. Vanuit het ART-model is het namelijk belangrijk dat de cliënt woont op een plek die passend is en waar zij zelf graag wil wonen (Van Mierlo et al., 2016). De cliënt mag hierin zijn persoonlijke voorkeur aangeven. Het is daarbij van belang dat er een weloverwogen keus wordt gemaakt op basis van de individuele situatie en wensen van de cliënt.

Daarnaast zou er een dringend beroep gedaan kunnen worden vanuit de sociaal agogen richting de organisatie dat het vermeende nieuwbouwproject meer prioriteit zou moeten krijgen. Want voorafgaande aan de overstap naar de maatschappij heeft iedereen die woonachtig is binnen De Brug recht op een appartement met eigen voorzieningen. Het samenwonen op verouderde afdelingen of appartementen met weinig privacy is niet meer van deze tijd (Van Mierlo et al., 2016).

Hoofdstuk 6: Discussie

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Volgens Plooy, Van Rooijen en Van Weeghel (2008) vraagt het maatschappelijk integreren van mensen met een EPA om innovatieve en gevarieerde vormen van ondersteuning. Echter, blijkt uit de resultaten van het onderzoek dat dergelijke innovatieve en gevarieerde vormen van ondersteuning (ART-model en HOZ) niet volledig benut lijkt te (kunnen) worden. Ten eerste omdat de sociaal agogen de kennis omtrent de twee methodieken niet optimaal benutten. Ten tweede omdat er onvoldoende familie en naasten betrokken blijken te raken bij het zorgproces (terwijl dit een kernwaarde is van het ART-model). Het is de vraag waarom sociaal agogen op dit moment niet of nauwelijks investeren in de samenwerking tussen de familie en naasten die nog niet betrokken zijn. Wellicht dat dit in het verleden al is geprobeerd en dat dit tot op heden nog niet gelukt is. Het onderzoek bevestigt hiermee het beeld in literatuur m.b.t. een gebrek aan familie en naasten. Ten derde omdat een gebrek aan goede woningen de verwachtingen van het ART-model vooralsnog niet waar lijken te kunnen maken. Daarbij wonen cliënten vaak bij elkaar in één huis terwijl er geen onderlinge klik is. Tot slot blijkt de tijdsduur van het ART-traject (drie jaar) te kort. Vervolgonderzoek zou kunnen bijdragen de zojuist genoemde punten beter in kaart te brengen.

Daarnaast geeft de literatuur aan dat veel mensen met een EPA geen druk meer willen op behandelresultaten of uitstroom naar zelfstandigheid (Van Mierlo et al., 2016). Niet iedere cliënt blijkt te zitten wachten op veranderingen in zijn woon- en leefsituatie en of vind dat zij zich in een uitzichtloze situatie bevinden binnen De Brug. De vraag is in hoeverre deze wens van cliënten serieus genomen kan worden, gezien de druk vanuit de overheid op thema's als zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

De zojuist beschreven inzichten betekenen ten eerste dat de sociaal agogen niet volledig op de hoogte zijn van alle theoretische vakkennis en deze onvoldoende methodisch toepassen in de praktijk. Ten tweede betekent het dat de verwachting m.b.t. de samenwerking met familie en naasten bijgesteld zou moeten worden, aangezien dit simpelweg vaak niet mogelijk lijkt. Ten derde betekent het dat het potentiële nieuwbouwproject voorrang zou moeten krijgen, waardoor cliënten de woningen krijgen die het ART-model beloofd. Tot slot betekent het dat de tijdsduur van drie jaar geen realistische inschatting is. De sociaal agogen geven unaniem aan dat cliënten langer de tijd nodig hebben. Hiermee lijkt te kunnen worden gesteld dat de verwachtingen van het ART-model te hoog gegrepen zijn voor de situatie binnen De Brug en de EPA-doelgroep.

6.2 Sterkte- en zwakte analyse

Kijkend naar het huidige onderzoek zijn er een aantal zwaktes te benoemen. Ten eerste is er sprake van een kleine steekproef (tien respondenten). Een volwaardig populatieonderzoek (waarbij de gehele onderzoekspopulatie onderzocht zou worden) zou te veel tijd en geld kosten. Dit gaat ten koste van de externe validiteit (Swanborn, 1987). Dit betekent dat de uitkomsten van het onderzoek beperkt gegeneraliseerd kunnen worden met de onderzochte steekproef (sociaal agogen en cliënten). Ten tweede heeft het gekozen meetinstrument (semi-gestructureerd interview) over het algemeen een lagere interne validiteit en betrouwbaarheid (Swanborn, 1987). Dit omdat een semi-gestructureerd interview de onderzoeker ruimte biedt om door te vragen en daarmee de respondent de ruimte geeft om uiteenlopende antwoorden te geven. Dit betekent dat elk interview niet precies hetzelfde verloopt, waardoor de resultaten onderling kunnen verschillen.

Om de zwaktes te minimaliseren is er in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van audioapparatuur, topiclijst en proefinterview. Het proefinterview heeft ertoe geleid dat de vraagstelling kon worden aangescherpt. Dit heeft de validiteit verhoogd.

Een andere zwakte is het thema m.b.t. het kiezen van een eigen woning door cliënten. De uitkomst van het onderzoek lijkt niet overeen te komen met het beeld van totale onderzoekspopulatie binnen De Brug omtrent dit thema. De cliënten (groep B) die aan dit onderzoek hebben deelgenomen namelijk, waren allen unaniem tevreden met hun woning. Dit terwijl uit de resultaten naar voren komt dat de respondenten uit groep A (sociaal agogen) unaniem hun ontevredenheid uitspraken omtrent de beschikbare woningen voor cliënten. Een grotere steekproef zou de resultaten over dit thema meer valide kunnen maken.

Naast zwakke punten zijn er ook sterke punten aan het onderzoek. Zo is er in Nederland nog relatief weinig onderzoek gedaan naar het ART-model. Dit onderzoek draagt daarom bij aan de bestaande wetenschappelijke onderzoeken omtrent het ART-model, HOZ en de EPA-doelgroep. Kijkend naar het methodologische aspect van het onderzoek zijn er een aantal voordelen te noemen. Ten eerste biedt kwalitatief onderzoek ruimte voor de achterliggende overtuigingen, motieven en meningen van mensen, waardoor er meer diepgang kan ontstaan (Denzin & Lincoln, 1994). Ten tweede biedt een semi-gestructureerd interview de mogelijkheid om kennis te verkrijgen die bij kwantitatief onderzoek niet achterhaald kan worden. Hierdoor kunnen nieuwe inzichten worden verkregen die mogelijk kunnen inspireren tot vervolgonderzoek. Ten derde is voor dit onderzoek ook gekozen voor semi-gestructureerde interviews om vooral de cliënten de mogelijkheid te geven om gezien en gehoord te worden. Dit omdat de EPA-doelgroep door hun kwetsbaarheid vaak het risico loopt om achterop te raken. Deelname aan een interview (i.p.v. het invullen van een vragenlijst) kan daarmee de positie van de cliënten versterken.

Tot slot is gekozen voor bepaalde selectiecriteria m.b.t. de onderzoekspopulatie die de uitkomst van het onderzoek positief konden beïnvloeden. Daarin is zoveel mogelijk gezocht naar gelijkwaardigheid m.b.t. de kenmerken van de respondenten. Belangrijke kenmerken waren o.a. ervaring t.o.v. De Brug (voor zowel sociaal agogen al cliënten), sterke communicatieve vaardigheden van cliënten, en cliënten die betrokken zijn geweest bij het kiezen van een eigen woning. Dit omdat hiermee hun bevindingen konden worden getoetst m.b.t. het kiezen van een eigen woning (één van de kernwaardes van het ART-model).

Literatuurlijst

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., De Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Baart, A. J. (2007). Een theorie van de presentie.
- Barton, R. (1959). *Institutional neurosis*. John Wright & Sons: Bristol.
- Bell, M. D., Lysaker, P. H., & Milstein, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 51-67.
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen/ Hennie Boeije* (2e druk. ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Boer, A. de, & de Klerk, M. (2013). Informele zorg in Nederland.
- Boertien, D., & van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de Geestelijke gezondheidszorg*.
- Boevink, W. (2008). Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid Praktijkvoorbeeld.
- Boevink, W., & Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen?. *Psychopraxis, jaargang 2005*, 7(1), 11-16.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (1997). *Qualitative research for education*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N. L., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Bovenberg, F., Wilrycx, G.K.M.L., Bähler, M., & Francken, G. (2011). Inzetten van ervaringsdeskundigheid: Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen in topfuncties. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1 45-54.

- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S. et al. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 143-159.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., ... & Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231.
- Claassens, H. (2014). Herstel vanuit meervoudig perspectief. In L. Linders & D. Feringa (Reds.), *De kunst van het Laten* (pp. 19-31). Utrecht: Libertas.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 87.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative sociology*, 8(3), 224-247.
- Dawes, S.E., Jeste, D.V. & Palmer, B.W. (2011). Cognitive Profiles in Persons with Chronic Schizophrenia. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 33(8), 929-936.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.
- Delespaul, P. H., & De Consensusgroep, E. P. A. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr*, 55(6), 427-438.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage publications, inc.
- Di Tella, R., & MacCulloch, R. (2002). Informal family insurance and the design of the welfare state. *The economic Journal* 112: 481-503.
- Donk, C. V., & Lanen, V. B. (2012). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Edelenbos, J., & Monnikhof, R. (2001). *Lokale interactieve beleidsvorming*, Utrecht: Lemma.
- Edelenbos, J., & Monnikhof, R. (1998). *Spanning in interactie. Een analyse van interactief beleid in lokale democratie*. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek.

- Engbersen, G., Vrooman, J. C., & Snel, E. (1999). *Armoede en verzorgingsstaat: Vierde Jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam: University Press.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurige)zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Gitp. (2019). *Leergang ervaringsdeskundigheid*. Geraadpleegd op 7-1-2019 via <https://gitp.nl/deelnemer/gitp-pao/cursussen-professionele-vaardigheden/adviseren-beinvloeden/leergang-ervaringsdeskundigheid-veerkracht-lev>
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (1986). *Totale instituties* (2e druk). Rotterdam: Universitaire Pers.
- Goulding, C. (2002). *Grounded theory. A Practical Guide for Management, Business and Market Researchers*. London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Hajer, M. (2011). *De energieke samenleving. Op zoek naar een sturingsfilosofie voor een schone economie*, Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Hartgers, R. (2013). Een kwestie van schaal. *Lucide*, 2(3), 14-19.
- Harvey, P.D., McClure, M.M., Patterson, T.L., McGrath, J.A., Pulver, A.E., Bowie, C.R., et al. (2012). Impairment in functional capacity as an endophenotype candidate in severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*: 38(6), 1318-1326.
- Hauwert, S., Metze, R., & Sedney, P. (2013). Zelfregie van mensen in kwetsbare posities. In R. Kwekkeboom, & P. van Heijst, Tinteling. *De driehoek onderzoek-onderwijs-praktijk in evenwicht*. Digitale uitgave van het landelijk Lectorenplatform Zorg en Welzijn.
- Hendriksen-Favier, A., Nijmens, K., Van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J. & Muusse C. (2014). Trendrapportage GGZ. Themarapport. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Hulsbosch, L., van Rooijen, S., Place, C., & Michon, H. (2015). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos.
- Howard, G.S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46(3), 187-97.
- Huber, M., Bouwes, T., Dompig, M., Marzkoui, N. el en Lochtenberg, M. (2010). Gewoon Doen. Je Eigen Stek: wonen in zelfbeheer. Hoofdstuk in: Steyaert, J. & Kwekkeboom, R. (2010). *Op zoek naar duurzame zorg*. Utrecht: Movisie.
- Kenniscentrum Phrenos. (2019). *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)*. Geraadpleegd op 7-1-2019 via <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/wrap/>
- Kern, R. S., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Mintz, J., & Green, M. F. (2002). Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 129, 1921-1926.
- Koppenaar, S., Ploeg, T., & Holwey, A. (2009). *Samen ervaringsdeskundig* (afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Gedownload op 11 september 2018, van <http://hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.samenmaken.nl:smpid:21763>.
- Kroon, H., & Pijl, Y. J. (2008). Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: Trends in de periode 1995-2004, op basis van psychiatrische casusregisters. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kwekkeboom, M.H. (red.), Boer, A.H. de, Campen, C. van & Dorrestein, A. (2006). *Een eigen huis.. Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lucassen, P. L. B. J., & olde Hartman, T. (Eds.). (2006). *Kwalitatief onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Lysaker, P.H., Lancaster, R.S., & Lysaker, L.T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and psychotherapy* 76(3) 285-299.

- Lysaker, P., Bell, M., Milistein, R., Bryson, G., Shestopal, A., & Goulet, J. (1993). Work capacity in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 278-280.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- McEvoy, J.P., Meyer, J.M., Goff, D.C., Nasrallah, H.A., Davis, S.M., Sullivan, L., et al. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research*, 80(1), 19-32.
- 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.
- Meltzer, H.Y. (1997). Treatment-resistant schizophrenia—the role of clozapine. *Current Medical Research and Opinion*, 14(1), 1-20.
- Michon, H. W., Weeghel, J. van, Kroon, H., & Schene, A. H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 408-416.
- Mierlo, T. van, Van Der Meer, L., Voskes, Y., Berkvens, B., Stavenuiter, B., & Van Weeghel, J. (2017). De kunst van ART. Werkboek active recovery triad. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(5), 314-315.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Geraadpleegd op 14 november, van https://www.canonsociaalwerk.eu/2009_welzijnnieuwestijl/2010%20VWS%20brochure%20Welzijn%20Nieuwe%20Stijl.pdf.
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477-483.
- Mot, E. (2013). Het zorgstelsel in internationaal perspectief. In C van Ewijk, A. van der Horst & P. Besseling (Red.), *Toekomst voor de zorg. Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit* (pp. 20-37). Den Haag: Centraal Planbureau.

- Mowbray, C.T., Mosley, C.J., & Howell, L. (Ed.). (1997). *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. Colombia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Phrenos, K. (2014). Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen.
- Plooy, A., Van Rooijen, S., & Van Weeghel, J. (2008). Psychiatrische rehabilitatie.
- Plooy, A. (2007). Ervaringsdeskundigen in de hulpverlening-bruggenbouwers of bondgenoten. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 2 14-21.
- Plooy, A. (2009a). Ervaringsdeskundige is in de eerste plaats bondgenoot. *Psy*, 5, 36-7.
- Plooy, A. (2009b). Ervaringsdeskundheid-Ervaringsdeskundigheid in de GGz. *Deviant-Tijdschrift tussen Psychiatrie en Maatschappij*, 15(62), 12.
- Polak, P., & Warner, R. (1996). The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psychiatric Services*, 47, 270-274.
- Putters, K. (2014). *Rijk geschakeerd: op weg naar de participatiesamenleving*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Regenmortel, T. van. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42.
- Reker, T., & Eikermann, B. (1998). Krankheits- und Rehabilitationsverläufe schizophrener Patienten in ambulanter Arbeitstherapie: eine prospektive Studie über 3 Jahre. *Nervenarzt*, 69, 210-218.
- Rogers, E. S., Sciarappa, K., & MacDonald-Wilson, K. (1995). A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 18, 105-115.
- Rosenkrantz, C. I. (2015). *Psychosociale voorspellers voor de mate van participatie bij mensen met EPA*. Universiteit Utrecht.
- Stam, M. (2012). *Geef de burger moed. Outreachend werken in tijden van transformatie van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Kenniscentrum Maatschappij en Recht, Lectoraat Outreachend werken en Innoveren.

- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2005). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson/Prentice Hall.
- Swanborn, P. G. (1987). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Boom Koninklijke Uitgevers.
- Thoenes P. (1971). *De elite in de verzorgingsstaat. Sociologische proeve van een terugkeer naar domineesland*. Leiden: HE Stenfert Kroese, 2^e druk.
- Tsang, H.W.H., Leung, A.Y., Chung, R.C.K., Bell, M., & Cheung, W. (2010). Review on vocational predictors: A systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44,(6),495-504.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2014). *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving*. Geraadpleegd op 18 november, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/kamer_in_het_kort/verzorgingsstaat.
- Velligan, D.I., Mahurin, R.K., Eckert, S.L., Miller, A.L., & Bow-Thomas, C.C. (1997). Cognitive adaptation training: the use of compensatory strategies for inpatients and outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24(1), 229-229.
- Verhagen, S. M. (2008). Participatie en maatschappelijke ontwikkeling.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
- Westermann, G. M. A., & Maurer, J. M. G. (2010). Bewezen Effectieve Therapie: En Toch Werkt Het Niet!. *Kind & Adolescent Praktijk*, 9(3), 100-106.
- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganey, K., Harrison, G., Der Heiden, W.A., et al. (2000). Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychological medicine*, 30(05), 1155-1167.
- Wijngaarden, B. van. (2003). *Consequences for caregivers of patients with severe mental illness* (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Bijlage 1 – Topiclijst sociaal agogisch hulpverleners

Personalia

- Wat is je naam?
- Wat is je leeftijd?
- Ben je man of vrouw?
- Wat is je opleidingsniveau?
- Welke functie heb je?
- Hoelang werk je al in de psychiatrie?

Inleiding

- Het begrip herstel

1) Wat betekent volgens jou het begrip herstel?

Deelvraag 1: Hoe worden mensen met een EPA momenteel door sociaal agogisch hulpverleners begeleid richting herstel?

- Het Active Recovery Triad model (ART)

2) In hoeverre ben je op de hoogte van de werkwijze van het ART-model?

3) Kun je uitleggen wat het ART-model inhoudt?

3a) Ja? Kun je één concreet voorbeeld geven?

3b) Nee? Wat maakt dat je niet (volledig) op de hoogte bent van de werkwijze van het ART-model?

- Active
 - De actieve hulpverlener
 - Zoeken naar de basisbehoeften van de cliënt
 - Onvoorwaardelijk en gelijkwaardigheid
 - Faciliteren d.m.v. coaching i.p.v. probleemoplosser
 - Verbindingen maken in de triade
 - Specifieke gedragskenmerken vanuit ART-model

4) Ken je de specifieke gedragskenmerken die het ART-model voorschrijft?

4a) Kun je er een aantal noemen?

- Een focus op daadwerkelijk contact
- Oprechte aandacht en interesse in de mens achter het psychiatrisch toestandsbeeld
- Een onophoudelijk geloof in de mogelijkheden van de cliënt
- Aansluiten bij het intellectuele en emotionele niveau van de cliënt
- Het verdragen van de onzekerheid van de cliënt door de hulpverlener

5) In hoeverre pas je deze specifieke gedragskenmerken in de praktijk toe?

5a) Wat maakt dat je niet (volledig) op de hoogte bent van deze specifieke gedragskenmerken?

5b) Wat maakt dat je wel (volledig) op de hoogte bent van deze specifieke gedragskenmerken?

5c) Denk je dat deze specifieke gedragskenmerken van toegevoegde waarde tijdens het ondersteunen van cliënten?

- Tijdelijk
 - Termijn van drie jaar
 - Stap naar maatschappij alleen bij volwaardige kans op participatie

6) Wat vind je van de termijn van drie jaar die de cliënt krijgt om aan zijn herstel te werken?

- Eigen woning
 - Client kiest zelf
 - Weloverwogen keus

7) Waar loop je tegen aan met betrekking tot het kiezen van een eigen woning voor de cliënt?

- Recovery
 - Herstel van gezondheid
 - Fysieke gezondheid
 - Psychisch welbevinden
 - Sociale tevredenheid
 - Afstemmen van deze drie gebieden

8) Wat doe je om het gebied 'Herstel van gezondheid' bij de cliënt te bevorderen?

- Herstel van identiteit
 - Levensverhaal van de cliënt centraal
 - Eventueel navragen bij familie en naasten

9) Wat doe je om het gebied 'Herstel van identiteit' bij de cliënt te bevorderen?

- Herstel van dagelijks leven
 - Zelfstandigheid stimuleren
 - Rekening houden met niveau van de cliënt

10) Wat doe je om het gebied 'Herstel van het dagelijks leven' bij de cliënt te bevorderen?

- Herstel van maatschappelijke rollen
 - Deelname aan betekenisvolle en herstelondersteunende activiteiten
 - Trajectbegeleiders en participatiecoaches inzetten
 - Buurthuizen, sociale werkvoorzieningen en arbeidstrainingen

11) Wat doe je om het gebied 'Herstel van maatschappelijke rollen' bij de cliënt te bevorderen?

- Triad
 - Familie en naasten moeten zorg overnemen
 - Zorgen voor afstemming en samenwerking

12) Hoe verloopt de communicatie tussen de professionals en de familie en naasten?

13) Hoe verloopt de samenwerking tussen de professionals en de familie en naasten?

14) Op welke wijze neemt de triade momenteel beslissingen in het belang van de eigen regie van de cliënt?

15) Wat is er nodig om het informele steunsysteem erbij te betrekken?

16) Welke risico's ontstaan er bij een gebrek aan een informeel steunsysteem?

- Herstelondersteunende zorg (HOZ)

17) In hoeverre ben je op de hoogte van de werkwijze van HOZ?

18) Kun je uitleggen wat HOZ inhoudt?

18a) Ja? Kun je één concreet voorbeeld geven?

18b) Nee? Wat maakt dat je niet (volledig) op de hoogte bent van de werkwijze van HOZ?

19) Ken je de specifieke gedragskenmerken die HOZ voorschrijft?

19a) Kun je er een aantal noemen?

- Het hanteren van een attitude van hoop en optimisme
- Present zijn in het contact (aandachtig aanwezig zijn)
- Het professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze gebruiken
- Ruimte maken voor-, ondersteunen- en aansluiten bij het maken van het eigen verhaal van de cliënt
- Benutten van de eigen kracht van de cliënt (empowerment) door deze te herkennen en te stimuleren (zowel individueel als collectief)
- Benutten en stimuleren van de ontwikkeling en ervaringskennis van de cliënt
- Benutten en stimuleren van de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen
- Gericht zijn op het verlichten van lijden
- Het vergroten van eigen regie en autonomie.

20) In hoeverre pas je deze specifieke gedragskenmerken in de praktijk toe?

20a) Wat maakt dat je niet (volledig) op de hoogte bent van deze specifieke gedragskenmerken?

20b) Wat maakt dat je wel (volledig) op de hoogte bent van deze specifieke gedragskenmerken?

20c) Denk je dat deze specifieke gedragskenmerken van toegevoegde waarde tijdens het ondersteunen van cliënten?

- Herkennen van herstelproces van de cliënt
 - Door de cliënt zelf
 - Door familie en naasten
 - Door hulpverlening

21) Op welke wijze draag je bij aan het bevorderen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt?

- Kernbegrippen HOZ
 - Goed hulpverlenerschap
 - Persoonlijke aandacht
 - Clientgerichtheid
 - Sociale participatie
 - Inzet (familie)ervaringsdeskundigen

22) Betrek je wel eens een ervaringsdeskundige bij het zorgproces?

- Drie dimensies van herstel

- Client begeleiden richting zelfhulpgroepen en herstelwerkgroepen

23) Welke herstelgerichte activiteiten zet je momenteel in om het herstel van de cliënt te bevorderen?

Deelvraag 2: Welke herstelbelemmerende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stagneren?

24) In hoeverre ben je op de hoogte van wat herstelbelemmerend werkt?

24a) Kun je één concreet voorbeeld noemen?

- Herstelbelemmerende factoren

- Het ontbreken van de meest basale levensvoorzieningen
- Inadequate en ineffectieve professionele hulp
- Middelenmisbruik
- Traumatische ervaringen
- Onwaardige behandeling door anderen
- Gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen

- Het ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen
- Gebrek aan informatie over bruikbare copingstrategieën ten aanzien van de psychische klachten
- Stigma
- Schaamte

25) Ken je de specifieke herstelbelemmerende factoren zoals voorgeschreven in de literatuur van HOZ?

25a) Kun je er een aantal noemen?

26) In hoeverre hou je in de praktijk rekening met deze herstelbelemmerende factoren?

26a) Wat maakt dat je niet (volledig) op de hoogte bent van deze herstelbelemmerende factoren?

26b) Wat maakt dat je wel (volledig) op de hoogte bent van deze herstelbelemmerende factoren?

26c) Denk je dat het voorkomen van deze herstelbelemmerende factoren van toegevoegde waarde kunnen zijn tijdens het ondersteunen van cliënten?

27) Welke (andere) herstelbelemmerende factoren zie je zelf in de praktijk?

Deelvraag 3: Welke herstelbevorderende factoren kunnen het herstel van mensen met een EPA stimuleren?

28) In hoeverre ben je op de hoogte van wat herstelbevorderend werkt?

28a) Kun je één concreet voorbeeld noemen?

- Herstelbevorderende factoren

- Creëren van ruimte
- Respecteren van de ruimte
- Acute stabilisatie bij crisis en (toegang tot) goede behandeling en therapie
- De vervulling van de meest basale (levens)behoeften
- De aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competent persoon die begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt
- Hoop
- Acceptatie
- Bruikbare copingvaardigheden
- Vaardigheden om met een dreigende terugval om te gaan
- Zelfzorgvaardigheden
- Sociale vaardigheden

- Belangenbehartiging
- De moed om risico's te nemen
- Begeleiding bij werk en opleiding
- Bevredigend werk en bevredigende relaties
- Diversiteit in gewaardeerde rollen
- Financiële zekerheid
- Intimiteit
- Spiritualiteit

29) Ken je de specifieke herstelbevorderende factoren zoals voorgeschreven in de literatuur van HOZ?

29a) Ja, kun je er een aantal noemen?

30) In hoeverre hou je in de praktijk rekening met deze herstelbevorderende factoren?

30a) Wat maakt dat je niet (volledig) op de hoogte bent van deze herstelbevorderende factoren?

30b) Wat maakt dat je wel (volledig) op de hoogte bent van deze herstelbevorderende factoren?

30c) Denk je dat het versterken van deze herstelbevorderende factoren van toegevoegde waarde kunnen zijn tijdens het ondersteunen van cliënten?

31) Welke (andere) herstelbevorderende factoren zie je zelf in de praktijk?

- Voorspellers op participatie

- Werkervaring
 - Betaald werk, vrijwilligerswerk, een opleiding of een zinvolle dagbesteding
 - Afstand tussen wens en werkelijkheid is groot bij EPA-doelgroep

32) Wat doe je om de cliënt te begeleiden naar betaald werk, vrijwilligerswerk, een opleiding of een zinvolle dagbesteding?

- Het belang van sociaal functioneren
 - Sociaal zijn heeft positieve invloed
 - Meer positiviteit betekent meer kans op participatie

33) Wat doe je om de sociale vaardigheden van de cliënt te verbeteren?

33a) Hoe is het sociaal functioneren volgens jou ontwikkelt bij de cliënt?

- Het belang van zelf-effectiviteit
 - Motivatie en aanpassen vergroot kans om doel te bereiken
 - Doorzettingsvermogen en werkprestatie belangrijk
 - Werken aan zelfvertrouwen

- 34) Wat doe je om de cliënt te motiveren?
- 35) Hoe is het over het algemeen gesteld met de zelf-effectiviteit bij de cliënt?
- Het belang van positiviteit
 - Positiviteit draagt bij aan betere copingstrategieën
 - Positiviteit vergroot persoonlijke veerkracht
- 36) Wat doe je om het zorgproces positief te beïnvloeden?
- 37) Hoe is het volgens jou gesteld met de positiviteit bij de doelgroep?
- Het belang van een gevoel van herstel
- 38) Hoe is het volgens jou gesteld met het 'Gevoel van herstel' bij de cliënt?
- 39) Op welke wijze introduceer je het begrip herstel bij de cliënt?

Afsluiting

- 40) Hoe heb je het interview ervaren?

Bijlage 2 – Codeboom sociaal agogisch hulpverleners

<i>Hoofdthema</i>	<i>Sub thema</i>	<i>Code</i>
ART-model	Kennis m.b.t. model	Matig op de hoogte 2x Redelijk op de hoogte 1x Goed op de hoogte 2x Heeft ART-werkboek gelezen 2x Heeft ART-werkboek niet gelezen 3x Organisatie biedt weinig handvatten • Gebrek aan scholing • Gebrek aan ART-bijeenkomsten • Gebrek aan intervisie Gebrek aan eigen verantwoording • Niet verdiept in ART • Negatief t.o.v. ART 1x Handelt vanuit eigen interpretatie 2x
	Kennis m.b.t. gedragskenmerken	Kan ze niet benoemen 3x • Nog nooit van gehoord 2x • Niet in verdiept • Geen interesse in 1x
	Toepassing gedragskenmerken	Gaat van nature 4x Handelt vanuit eigen interpretatie Onbewust bekwaam • Is meer uit te halen • Meer bewustzijn beter 2x
	Duur ART-traject	Veel te kort • Geen haalbare kaart • Vijf á zes jaar is beter • Absoluut niet realistisch • Te hoog gegrepen • 85% heeft meer tijd nodig Haalbaar voor zeer beperkte groep Druk gevend voor cliënten en personeel Resultaat afhankelijk van cliënt Doel is hoofdzakelijk eigen woning • Herstel minder prioriteit 2x

	Eigen woning cliënt	Woningmarkt is schaars 3x • Financiële draagkracht laag • Woningen niet praktisch • Achterstandswijken 2x Meerdere cliënten in één huis • Geen afstemming 2x • Geen onderlinge klik 2x • Noodgedwongen bij elkaar • Sluit compromis • Dagelijks overlast van elkaar • Werkt herstel belemmerend Cliënt heeft niks te kiezen 4x Geen rooming-in mogelijk Nieuwbouw weer uitgesteld 3x • Valse beloftes • Meerdere keren uitgesteld • Client weer teleurgesteld • Geen tijdelijke woonunits • Werkt herstel belemmerend
	Herstel gezondheid	Kent gebied niet bewust 4x • Handelt vanuit eigen interpretatie 2x • Niet mijn takenpakket 1x Kent gebied bewust • Heeft literatuur gelezen • Werkt eraan Laat kansen liggen • Te druk met andere dingen Stabiel houden huidige situatie prioriteit • Minder gericht op herstel • Alleen fysieke gezondheid prioriteit Oplossingen: • Eigen regie bij de cliënt • Cliënt zelf na laten denken • Gezondere keuzes laten maken • Client bevragen

		• Gesprek over gezondheid gaande houden • In samenspraak met cliënt • Doorverwijzen • Op agenda zetten • Bespreken met collega's
	Herstel identiteit	Kent gebied niet bewust 4x • Niet bewust mee bezig 2x • Zit verwerkt in dagelijkse manier van werken • Kent het gebied niet 2x Kan het gebied meer benutten • Kan altijd beter Gebrek aan tijd en ruimte Oplossingen: • Vertrouwen in zichzelf laten herwinnen • Kennis laten maken met omgeving en maatschappij • Aanspreken bij naam i.p.v. psychiatrisch patiënt • Letten op lichamelijke verzorging en kleding • Stigma reduceren • Meer tijd voor vrij maken • Kijken wat cliënt vroeger deed
	Herstel dagelijks leven	Kent gebied niet bewust 4x Kan het gebied meer benutten Oplossingen: • Wijzen op dagprogramma • Actief helpen • Hulpvragen aan medecliënt • Zoeken naar interesses • Creëren van hobby's. • Vragen naar iemands geschiedenis • Voorbeeldfunctie geven • Samendoen 3x

		• Dingen uitleggen 4x • Zelfstandigheid stimuleren • Na uitleg zelf laten doen 2x • Veel geduld is nodig • Nieuwe appartementen
	Herstel maatschappelijke rollen	Kent gebied niet bewust 4x • Zou efficiënter kunnen werken aan herstelgebied • Eigen interpretatie Gebonden aan GGz-terrein • Weinig tijd en ruimte Oplossingen: • Vragen waar iemand goed in is 3x • Kijken of er passende mogelijkheden • Participatiecoaches beter samen laten werken 3x • Ervaringsdeskundige boven bezetting plaatsen • Projecten opstarten
	Samenwerking triade	Communicatie matig 3x • Contact verwatert • Hulpverlening heeft vooral contact met familie • Familie meer op de hoogte stellen Samenwerking triade slecht 4x • Vooral samenwerking tussen hulpverlener en cliënt • Onvoldoende betrekken van familie en naasten • Weinig behoefte om te helpen • Familie is vaak heel beschermend Professionals beslissen 2x • Weinig besluitvorming triade • Eenduidigheid veel moeite

		Oplossingen: • Tijd en moeite nemen om contact te maken 2x • Ruimte geven • Mee laten denken 2x • Hun stem en mening waarde geven • Goede afspraken maken en afspraken opnemen in behandelplan • Familie ondersteunen • Goed naar ze luisteren • Afwijkende wensen en verwachtingen doorvoeren • Open en transparant zijn • Erkenning geven • Meer overleggen • Minder opleggen bij familie en naasten • Verwachtingen uitwisselen • Met respect met elkaar omgaan • Instrueren • Informeren • Als vrijwilliger laten meewerken • Verleiden • Creatief zijn • Duidelijkheid creëren in elkaars positie • Gesprekken voeren buiten instelling
Herstelondersteunende zorg	Kennis m.b.t. model	Gebrekkige kennis m.b.t. HOZ 3x • Voelt zich een slechte werknemer • Deels op de hoogte • Verwarring HOZ en ART • Onbewust bekwaam

		• Gaat van nature 2x • Voel me niet professioneel genoeg m.b.t. trauma • Vooral gericht op herstel buiten de GGz • Niet verdiept in HOZ • Gebrek aan eigen verantwoording Effect • Eerder kunnen anticiperen • Werk wordt gestructureerder Organisatie biedt weinig handvatten • Gebrek aan scholing • Gebrek aan bijeenkomsten • Gebrek aan intervisie Oplossingen: • Meer verdiepen • Bespreken met collega's • Vaker bij stil staan • Eigen verantwoordelijkheid nemen • Assessment teruglezen
	Kennis m.b.t. gedragskenmerken	Niet direct herkenbaar 5x • Schaamte • Onzekere indruk
	Betrekken ervaringsdeskundige	Wel 2x • Doe ik meer dan mijn collega's • Is mijn naaste collega Nee 3x • Enkele ervaringsdeskundige gezien • Denk er wel een over na • Nog niet van gekomen • Weinig mee in contact gebracht • Niet voor handen geweest • Is nog niet ingeburgerd • Heeft geen verwachting van

		Probleem: • Stagnatie bij management • Gebrek aan geld, ruimte en uren Voordelen: • Toegevoegde waarde • Prettige samenwerking • Ander perspectief • Helpen bij mijn (klinische) denkwijze • Kan ervan leren • Samen tot meer ideeën komen
	Inzet herstelgerichte activiteiten	Maakt er geen gebruik van • Niet van op de hoogte • Doet er niet veel mee 2x • Alleen gericht op praktische zaken i.p.v. herstel Niet aanwezig op terrein 5x • Mag meer georganiseerd worden • Heeft voor sommige wel waarde Uitzondering: • Cursus stoppen met roken • Assertiviteitstraining • Cursus Herstellen doe je zelf Problemen: • Te hoog gegrepen voor cliënt • Niet altijd tijd en ruimte voor
Herstelbelemmerende factoren	Kennis m.b.t. begrip	Gedeeltelijk bekwaam 4x Op de hoogte 1x • Heeft literatuur gelezen
	Herstelbelemmerende factoren volgens literatuur	Niet op de hoogte 4x • Eigen interpretatie • Ziet alleen middelenmisbruik • Geen literatuur gelezen Op de hoogte 1x • Heeft literatuur gelezen

	Toepassing	Niet bewust mee bezig 4x • Zou er bewust van moeten zijn Voordelen: • Levert meer structuur op • Dichter bij de cliënt komen • Zou zorg verbeteren bij bewuste inzet • Mooie manier om aan herstel te werken • Zou meer kunnen leren over herstel
	Praktijk	Gebrek aan methodisch werken vanuit de organisatie Niet altijd bewust van factoren tijdens werkzaamheden Andere herstelbelemmerende factoren • Gebrek aan huisvesting • Gebrek aan werk • Gebrek aan tijd en ruimte om met cliënt van terrein af te kunnen • Gebrek aan familie en naasten
Herstelbevorderende factoren	Kennis m.b.t. begrip	Gedeeltelijk bekwaam 4x Op de hoogte 1x • Heeft literatuur gelezen
	Herstelbevorderende factoren volgens literatuur	Niet op de hoogte 4x • Eigen interpretatie • Onvolledig • Geen literatuur gelezen Op de hoogte 1x • Heeft literatuur gelezen
	Toepassing	Niet bewust mee bezig 4x • Niet bewust van factoren • Denken het vaak beter te weten dan cliënt • Behandelaar overruled agoog • Zou bewuster moeten zijn

		Voordelen: • Kijken wat succes oplevert • Inzetten op succes • Elkaar beter begrijpen • Levert meer structuur op • Dichter bij de cliënt komen • Zou zorg verbeteren bij bewuste inzet • Mooie manier om aan herstel te werken • Zou meer kunnen leren over herstel
	Praktijk	Gebrek aan methodisch werken vanuit de organisatie Niet altijd bewust van factoren tijdens werkzaamheden 3x • Houd onvoldoende rekening met factoren Andere herstelbevorderende factoren • Succeservaringen
Voorspellers op participatie	Sociale vaardigheden cliënt	Huidige situatie • Client heeft vooral ongezonde/slechte vrienden • Client heeft geen gezonde/goede vrienden • Client ziet hulpverlening als vriend • Veel cliënten doen hele dag niks • Sociaal functioneren matig ontwikkelt • Groei gaat moeizaam • Weinig contact buiten GGz Oplossingen: • Laten participeren • Zelf afspraken laten maken • Ondersteunen waar nodig 2x • Nadruk persoonlijk contact

		• Laten ervaren wat (niet) werkt 2x • In gesprek gaan met cliënt 4x • Interactie met derden • Buiten GGZ-terrein • Cliënten bij elkaar die klik hebben
	Motiveren cliënt	Huidige situatie • Er zijn struikelblokken • Kans op terugval • Client zegt hulp nodig te hebben • Client zet alleen door mits mogelijk • Client haakt af wanneer het even niet lukt • Onduidelijkheid over zelfvertrouwen • Moeite om op tijd uit bed te komen • Weinig cliënten zijn echt gemotiveerd • Veel cliënten kunnen niet goed voor zichzelf zorgen • Weinig tijd en ruimte om samen dingen te doen • Veel cliënten zijn niet gemotiveerd • Doorzettingsvermogen vaak laag • Werkprestatie vaak laag • Zelfvertrouwen vaak laag • Onvoldoende zelf-effectiviteit Oplossingen: • Uitdagen 2x • Inzetten op persoonlijke wensen 2x

		• Confronteren wanneer cliënt niet aan zijn doel werkt • Positief zijn • Naast iemand staan • In gesprek gaan • Cliënt van terrein af sturen • Laten participeren • Laten deelnemen • Klein beginnen
	Positiviteit bij cliënt	Huidige situatie • Veel cliënten geloven niet dat dingen anders kunnen • Client weet niet hoe dit te verbeteren • Doelgroep niet echt positief • Willen niks anders meer • Vinden situatie best zoals die is • Doelgroep leeft met de dag • Doelgroep heeft vaak geen positieve verwachting meer Oplossingen: • Succeservaringen benadrukken 2x • Continuïteit van zorg bieden • Vertrouwen en veiligheid creëren • Echt contact maken • Tijd maken • Kansen benoemen • Complimenten geven 2x • Trots uitspreken
	Gevoel van herstel bij de cliënt	Huidige situatie • Doelgroep is veel te weinig bewust • Doelgroep is nog niet geactiveerd m.b.t. herstel

	Introduceren van begrip herstel	Huidige situatie • Herstel begrip is niet geïntroduceerd 3x • Alleen tijdens een BPO • Doelgroep is onvoldoende op de hoogte van herstelbegrip Oplossingen: • Benoemen dat herstel mogelijk is 1x • Participatiecoaches inschakelen • Consequente aanpak team • Dagelijks mee bezig zijn
Eigen ideeën hulpverlener	Helpende factoren vanuit de eigen praktijk	Meer input vanuit organisatie Zelf nagaan wat herstel betekent Verantwoordelijkheid nemen m.b.t. thema herstel In gesprek gaan met collega's 2x Bewuster omgaan met herstelthema's Meer vrijheid vanuit organisatie Minder inmenging behandelaars Minder betuttelen Meer risico's durven nemen Minder aandacht aan wat niet werkt Meer aandacht aan wat wel werkt Meer ondersteuning bieden aan cliënten die geambulantiseerd zijn Nieuwbouw appartementen Meer wifi Meer vak theorie op tafel Meer klinische lessen

Bijlage 3 – Topiclijst cliënten

Personalia

- Wat is je naam?
- Wat is je leeftijd?
- Ben je man of vrouw?
- Hoelang woon je op het terrein?

Inleiding

- Beleving cliënt

- 1) Hoe gaat het met je in algemene zin?

Deelvraag 4: Wat hebben mensen met een EPA nodig van de sociaal agogisch hulpverleners om hun herstel te bevorderen?

- Beleving woonomgeving

- 2) Hoe ervaar je het leven hier op het terrein?

2a) Wat gaat er goed?

2b) Wat kan er beter?

- Bejegening en attitude van de begeleiding

- 3) Hoe ervaar je het contact met de begeleiding?

3a) Wat gaat er goed?

3b) Wat kan er beter?

- 4) Luistert de begeleiding naar je?

4a) Wat gaat er goed?

4b) Wat kan er beter?

5) Voel je je serieus genomen door de begeleiding?

5a) Wat gaat er goed?

5b) Wat kan er beter?

- Beleving van tijd en ruimte

6) Maakt de begeleiding tijd en ruimte voor je?

6a) Wat gaat er goed?

6b) Wat kan er beter?

- Betrokkenheid in de triade

7) Wordt je betrokken bij het nemen van beslissingen die jou aangaan?

7a) Wat gaat er goed?

7b) Wat kan er beter?

- Kiezen van de eigen woning

8) Ben je tevreden met je woonsituatie?

8a) Wat gaat er goed?

8b) Wat kan er beter?

9) Heb je invloed gehad op het kiezen van je eigen woning?

9a) Wat gaat er goed?

9b) Wat kan er beter?

- Herstelbelemmerende factoren

10) Wat is volgens jou herstelbelemmerend?

10a) Wat heb je nodig van de begeleiding in zo'n situatie?

- Herstelbevorderende factoren

11) Wat is volgens jou herstelbevorderend?

11a) Wat doet de begeleiding in zo'n situatie?

- Beschikbaarheid herstelgerichte activiteiten

12) Heb je behoefte aan herstelgerichte activiteiten?

12a) Wat gaat er goed?

12b) Wat kan er beter?

Afsluiting

13) Hoe heb je het interview ervaren?

Bijlage 4 – Codeboom cliënten

<i>Hoofdthema</i>	<i>Sub thema</i>	<i>Code</i>
Beleving	Gevoel in algemene zin	Normaal gesproken gaat het goed Goed 2x Uitstekend
Woonomgeving	Gevoel t.o.v. GGz-terrein	Gespannen sfeer i.v.m. junks/dealers Vreselijk Af en toe moeizaam <i>Wat gaat goed:</i> Heel weinig Alles <i>Wat kan beter:</i> De begeleiding Meer personeel Meer aanwezigheid na medicatie uitgifte 3x Meer interesse tonen Telefoon vaker opnemen Naar toekomst kijken i.p.v. verleden Respecteren als het goed gaat Minder betuttelen Niet kleineren Eenzaamheid doorbreken Meer aanspraak creëren bij cliënt buiten GGz-terrein Sociale vaardigheden versterken
Bejegening en attitude begeleiding	Gevoel m.b.t. contact	Heel goed De meeste zijn wel aardig Positief <i>Wat gaat goed:</i> Alles, ze maken een praatje, ze kijken wat ze kunnen doen Ze helpen met zoeken naar activiteiten

		<i>Wat kan beter:</i> Soms heb ik hulp nodig en dan is die hulp er niet Beter bereikbaar zijn Minder computerwerk Minder in kantoor zijn Meer stimuleren dat het goed gaat Meer aanwezigheid tijdens nacht Meer gelijkwaardigheid 2x Meer liefde tonen Minder zakelijk Meer zelfonthulling
	Gevoel gehoord te worden	Ja 3x <i>Wat gaat goed:</i> Inzet m.b.t. andere woning <i>Wat kan beter:</i> Beter anticiperen op hulpvraag
	Gevoel serieus genomen te worden	Ja 2x Niet altijd <i>Wat gaat goed:</i> Hulp opmaken bed Waardering geven <i>Wat kan beter:</i> Flexibeler zijn Gevoel geven echt om me te geven Minder zakelijk zijn
Tijd en ruimte	Gevoel van tijd en ruimte	Altijd voor mij (meer dan bij de rest) Komen alleen als het echt moet Nee (daar hebben ze geen tijd voor) Vaak afwezig in de avond <i>Wat gaat goed:</i> Aanwezigheid in de ochtend

		<i>Wat kan beter:</i> Beter anticiperen op behoeftes van cliënten m.b.t. speciale gelegenheden
Triade	Betrokkenheid	Ja 3x <i>Wat gaat goed:</i> Luisteren heel goed Randzaken goed geregeld Tegenwoordig goed <i>Wat kan beter:</i> Eerder info delen Transparant zijn m.b.t. info
Eigen woning	Tevredenheid woningsituatie	Ja 3x <i>Wat kan beter:</i> Rust op de afdeling Ingrijpen begeleiding Meer aanspraak
	Eigen keus m.b.t. woning	Zelf gekozen Tevreden over Toegewezen gekregen
Herstelbelemmerende factoren	Onrust op GGz-terrein	Last van verslaafden op terrein Lastig om hoofd boven water te houden m.b.t. alle mensen die echt goed van het padje af zijn. <i>Wat kan begeleiding doen:</i> Beter reageren als ik daarover bel Een keer ingrijpen Kordater zijn Helpen mijn droom te verwezenlijken Meer er samen op uit gaan Meer zoeken naar wat ik echt wil
Herstelbevorderende factoren	Afleiding	Muziek maken Meer afleiding zoeken Er op uit zijn 2x Naar het dorp

		<i>Wat kan begeleiding doen:</i> Meer aandacht geven Bewust maken van eigen verantwoordelijkheid
	Gezondere sociale contacten	Minder omgaan met mensen terrein Onder juiste mensen zijn Met normale mensen kletsen Andere gesprekken <i>Wat kan begeleiding doen:</i> Er voor me zijn Mensen wat ze zeggen Een praatje op niveau maken Richten op wat goed gaat (positieve)
Herstelgerichte activiteiten	Behoeft	Ja 2x Nee, maar wel voor anderen
	Gebrek herstelactiviteiten	<i>Wat kan beter:</i> Meer herstelgerichte activiteiten 2x Herstelwerkgroep opzetten 2x <i>Wat gaat goed:</i> Fameus is bekend Anti-rook cursus Enkele cursus Herstellen doe je zelf

Bijlage 5 – Toestemmingsverklaringsformulier

Toestemmingsverklaringsformulier

Thema onderzoek: verbeteren van herstel bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) op weg naar maatschappelijke participatie

Verantwoordelijke onderzoeker: Jarno van Rootselaar

Aard van het onderzoek: praktijkgericht kwalitatief onderzoek

Methodiek: semi-gestructureerd interview

Doel: verzamelen van data voor formuleren van aanbevelingen

Vertrouwelijkheid: anoniem (respondenten groep A en groep B)

Duur van interview: max. 1 uur

In te vullen door de respondent:

Ik verklaar (op een voor mij duidelijke wijze) te zijn ingelicht over de aard, methodiek, doel, en belasting van het onderzoek waaraan ik deelneem. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen vertrouwelijk en anoniem aan derden bekend gemaakt zullen worden. De digitale opnames van de interviews worden na het onderzoek direct vernietigd.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan het onderzoek. Ik behoud daarbij het recht om op elk moment (zonder opgaaf van redenen) mijn deelname aan het onderzoek te mogen beëindigen.

Naam respondent:

Datum: Handtekening respondent:

In te vullen door uitvoerende onderzoeker:

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. De respondent zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 6 – Persoonlijke communicatie

Hallo Jarno van Rootselaar,

Ik heb jouw onderzoeksonderwerp doorgenomen en voor akkoord bevonden om hiermee aan de slag te gaan.
Het onderwerp is actueel en sluit zeer goed aan bij de lopende ontwikkelingen binnen De Brug.

Veel succes met je opdracht!

Met vriendelijke groet,

Coördinerend werkbegeleider xxxxxxxxxxxxx