“Ik heb het gevoel dat ik stik, als ik afdwaal naar mijn eigen ik” (aangehaald citaat door cliënt)

Een eerste meting naar het herstelproces door middel van de I.ROC

Onderzoek naar het herstelproces van cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening van de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe

Studenten:	Grietje Alkema	349889
	Aline Kleinleugenmors	350472
Opleiding:	Academie voor Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen, HBO-V GGZ duaal	
Studiejaar:	2017/2018	
Periode:	Leerjaar 4, afstudeerfase U3	
Osiriscode:	HVLB16AFOU3	
Onderzoeksafdeling:	Klinische Rehabilitatie, GGZ Drenthe, Assen	
Opdrachtgever:	Hettie Aardema (VS GGZ en onderzoeker GGZ Drenthe)	
Docentbegeleider:	Siemen van der Meulen	
Datum:	12 januari 2018	

SAMENVATTING

Onderzoek naar het herstelproces van cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) van de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe.

Achtergrond: Tot nu toe is nog altijd weinig vooruitgang geboekt op het gebied van de zorg voor de EPA-doelgroep. Om de opgelopen achterstanden in te lopen is goede herstelondersteunende zorg nodig (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). De EPA-doelgroep ondervindt beperkingen en problemen op meerdere levensgebieden en er is weinig zicht op het herstelproces (van Mierlo, et al., 2016).
In het kader van de afstudeerfase van de opleiding HBO-Verpleegkunde duaal aan de Hanzehogeschool Groningen, is in het afgelopen jaar, door twee studenten, een onderzoek uitgevoerd naar het herstelproces van EPA-cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe door middel van de I.ROC.
Vraagstelling: “Wat geven de cliënten aan over hun persoonlijke herstelproces op de twaalf domeinen van de I.ROC?”
Doel van het onderzoek: “Aanbevelingen doen aan het verpleegkundig team van de Klinische Rehabilitatie, naar aanleiding van de uitkomsten van de eerste meting naar het herstelproces van cliënten op de Klinische Rehabilitatie, door middel van het afnemen van de I.ROC.”
Onderzoeksdesign en -methodiek: Het onderzoek heeft een mixed-method design. Er zijn kwantitatieve gegevens verzameld door middel van het afnemen van de I.ROC, een gestructureerde vragenlijst over het herstelproces van de EPA-cliënten van de Klinische Rehabilitatie. Na analyse van de uitkomsten zijn deze besproken in een focusgroep ter verduidelijking van de uitkomsten en om meer informatie te verkrijgen. De data-analyse van de focusgroepbespreking is uitgevoerd door middel van de Grounded Theory.
Resultaten: De resultaten van de I.ROC zijn getoond door middel van een Likert-schaal (score 1-6) en zijn weergegeven in grafieken. De uitkomsten verschilden weinig van elkaar, deelnemers zijn grotendeels redelijk tevreden over hun eigen herstelproces. De laagste score werd gegeven op het domein ‘empowerment’. Vanuit de focusgroep kwam vooral naar voren dat de kennis wat betreft herstelondersteunende zorg en bijhorende begrippen minimaal was. Daarnaast bleek er meer behoefte te zijn aan persoonlijk contact met de hulpverleners.
Discussie: Het afnemen van de I.ROC werd gedaan tegelijk met het afnemen van meerdere vragenlijsten ten behoeve van een groter onderzoek. Hierbij was er geen tijd om in te gaan op het verduidelijken van begrippen of kennis en werd de cliënt niet in staat gesteld om zijn keuze uit te leggen. Dit is als een gemis ervaren, omdat hierbij waarschijnlijk informatie verloren is gegaan. Er heeft één focusgroepbespreking plaatsgevonden. Wanneer dit er twee of meer waren geweest was er wellicht meer of andere informatie naar voren gekomen.
Conclusie: Verder onderzoek naar het herstelproces van de cliënten binnen de Klinische Rehabilitatie is nodig om vergelijkingen te maken wat betreft voortgang. Daarnaast is de kennis van herstelondersteunende zorg erg minimaal bij de cliënten en deze kennis zal vergroot moeten worden door herstelondersteunende zorg verder voort te zetten door het multidisciplinaire team.
Aanbevelingen: Vervolgonderzoek door middel van de I.ROC om zicht te krijgen op het herstelproces van de cliënten en het verder implementeren van herstelondersteunende zorg. De presentietheorie is hierbij een passende benadering, omdat door deze manier van werken aangesloten wordt bij de wensen en de behoeften van de cliënt, onder andere de behoefte aan meer persoonlijk contact met de hulpverleners.

VOORWOORD

Met dit onderzoek ronden wij de duale opleiding tot hbo-verpleegkunde aan de Hanzehogeschool af.

Het onderzoek en dit verslag was niet tot stand gekomen zonder de hulp en begeleiding van een aantal mensen. Hierbij spreken wij onze dank uit aan iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan ons onderzoek.

In de eerste plaats denken we hierbij aan de cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie. Ondanks de belasting die het met zich mee bracht, waren zij steeds bereid om mee te werken, wat ons veel waardevolle informatie heeft opgeleverd. Hiervoor willen wij hen hartelijk bedanken.
Daarnaast gaat onze dank uit naar onze opdrachtgever Hettie Aardema voor de begeleiding tijdens het onderzoek. Zij was altijd bereid een afspraak te maken en tips te geven. Tijdens dit onderzoek heeft zij ons voorzien van alle benodigde informatie.
Verder willen wij graag Siemen van der Meulen, docentbegeleider van de Hanzehogeschool, bedanken voor zijn feedback en begeleiding tijdens de hele onderzoeksperiode.
Ook willen wij het multidisciplinaire team van de afdeling Klinische Rehabilitatie niet vergeten te bedanken voor hun medewerking bij het afnemen van de vragenlijsten en de belangstelling ten tijde van het onderzoek.

Tenslotte willen we iedereen bedanken die ons, op welke manier ook, heeft gesteund en gemotiveerd tijdens de hele opleiding. Hierbij gaat onze speciale dank uit naar onze familie en vrienden voor hun niet aflatende begrip en geduld. Onder andere hun vertrouwen in ons kunnen heeft ons gebracht waar we nu staan.

Grietje Alkema en Aline Kleinleugenmors

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting 1

Voorwoord 2

Inleiding 4

Hoofdstuk 1 Doelstelling, vraagstelling en begripsdefiniëring
- 1.1 Deelonderzoek 7
- 1.2 Doelstelling 7
- 1.3 Vraagstelling 7
- 1.4 Begripsdefiniëring 7

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethodiek
- 2.1 Grondvorm van het onderzoek en onderzoeksdesign 9
- 2.2 Steekproeftrekking van de onderzoekspopulatie 9
- 2.3 Dataverzamelingsmethode 9
- 2.4 Data-analysemethode 10
- 2.5 Ethische kwesties 11

Hoofdstuk 3 Resultaten
- 3.1 Uitkomsten I.ROC 12
- 3.2 Uitkomsten focusgroep 15
- 3.3 Vergelijking I.ROC en focusgroep 20

Hoofdstuk 4 Discussie 22

Hoofdstuk 5 Conclusie
- 5.1 Onderzoeksvraag 24
- 5.2 Conclusies 24

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen
- 6.1 Aanbevelingen multidisciplinair team Klinische Rehabilitatie 26
- 6.2 Aanbevelingen organisatie 26
- 6.3 Aanbevelingen groot onderzoek 26

Literatuurlijst 27

Bijlagen
- I. I.ROC vragenlijst 29
- II. Antiplagiaatverklaring 37

INLEIDING

In het kader van de afstudeerfase van de opleiding HBO-Verpleegkunde duaal aan de Hanzehogeschool Groningen, is in het afgelopen jaar, door twee studenten, een onderzoek uitgevoerd naar het herstelproces van cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe.

Steeds meer instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg hebben de herstelvisie als uitgangspunt. Met herstel wordt in dit verband iets anders bedoeld dan alleen genezing van ziekte (Kenniscentrum Phrenos, n.d.). “Herstellen is een persoonlijk en uniek proces waarbij iemand, ondanks de psychische klachten en beperkingen, de draad weer probeert op te pakken en zijn leven weer zin probeert te geven, waarbij nieuwe doelen worden ontwikkeld” (Anthony, 1993).
Bij deze ontwikkelingen in de zorg past een nieuwe definitie van gezondheid. Op initiatief van Machteld Huber is tijdens een conferentie met 38 internationale deskundigen een voorstel voor een nieuwe definitie opgesteld als alternatief voor de definitie van de World Health Organization (WHO) uit 1948. Deze nieuwe definitie van gezondheid sluit naadloos aan bij de herstelvisie en wordt omschreven als “het vermogen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren over het leven in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen” (Huber, van Vliet, & Boers, 2016).
Het begrip herstelondersteunende zorg is ontwikkeld in Amerika. Grondleggers van de herstelondersteunende zorg in Nederland zijn met name de cliëntbeweging HEE (Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) met als voortrekker Wilma Boevink (Boevink, 2017) en Stichting Rehabilitatie ’92 (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012).
GGZ Nederland heeft in 2009 de herstelvisie vastgelegd in het visiedocument ‘Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, voor mensen met een ernstige psychische aandoening’, waarbij men heeft beschreven dat herstelgerichte zorg het leidende principe wordt (GGZ Nederland, 2009). Ook GGZ Drenthe onderschrijft de herstelvisie (GGZ Drenthe, 2017).

In Nederland leven naar schatting 281.000 mensen met een ernstig psychische aandoening (EPA), waarvan 160.000 volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in zorg zijn bij de GGZ (Delespaul & de consensusgroep EPA e.a., 2013). Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben op meerdere gebieden problemen en beperkingen, bijvoorbeeld op het gebied van lichamelijke gezondheid, sociale relaties, werk en inkomen. Ze hebben dezelfde wensen als ieder ander, maar hebben minder kansen gehad hun wensen te realiseren doordat ze ziek werden.
Gezien de vergaande veranderingen in de zorg; de transitie van de zorg naar de gemeenten en de ambulantisering binnen de GGZ, die op hetzelfde tijdstip plaatsvonden, is door een groep experts op het gebied van EPA het rapport ‘Over de brug; Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen’ opgesteld (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Volgens dit rapport heeft de EPA-doelgroep achterstanden opgelopen op de algemene bevolking. Op 14 oktober 2014 heeft minister Schippers van VWS het plan aan de Tweede Kamer aangeboden. In dit rapport staan voorwaarden beschreven hoe goede zorg voor de EPA-doelgroep beschikbaar en bereikbaar kan blijven. Dit kan alleen als alle betrokken partijen (ggz-instellingen, gemeenten, zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties) samenwerken, ‘een brug slaan’ en ‘over de brug’ willen komen (Couwenbergh & van Weeghel, 2014).

Al jaren zijn er signalen dat de zorg aan mensen op langdurige zorg afdelingen tekortschiet (Borst-Eilers, 2001). Om die reden heeft het Trimbos Instituut in 2001, in opdracht van het Ministerie van VWS en GGZ Nederland, bij 23 langdurige zorg afdelingen een onderzoek uitgevoerd, wat resulteerde in het rapport ‘Een keten van lege zondagen’. Mensen die al jaren op een verblijfsafdeling of in een beschermende woonvorm verblijven, leiden vaak een eentonig en weinig hoopvol bestaan. Uit het onderzoek bleek dat het leven van deze cliënten vaak bestaat uit lange dagen van verveling, roken, koffiedrinken en op bed liggen (van Wijngaarden, Bransen, & Wennink, 2001). Mede als reactie op dit spraakmakende rapport

startte het landelijk programma ‘Zorg voor beter’ in 2007 met een verbetertraject Herstelgerichte zorg (van Rooijen & Kok, 2008). In 2008 werd in opdracht van de Cliëntenraad GGZ inGeest Amsterdam een soortgelijk onderzoek uitgevoerd dat in 2009 het rapport ‘Dag vol ledigheid’ opleverde met vergelijkbare uitkomsten. Aanbevelingen van dit rapport waren onder andere om rehabilitatie en herstel verder te implementeren (Janssen & van de Graaf, 2009).
De implementatie van herstelondersteunende zorg is een langdurig en ingewikkeld proces, waarbij het belangrijk is om tijdens dit proces regelmatig metingen te doen (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012).

Groot onderzoek
Sinds maart 2016 wordt in de SGGZ (Gespecialiseerde GGZ) onderzoek uitgevoerd binnen vier instellingen: GGZ Drenthe, Lentis, GGZ Friesland en GGZ Breburg. Het doel van dit onderzoek is de validering van de Nederlandse vertaling van het meetinstrument I.ROC (Individual Recovery Outcomes Counter). Doelstellingen zijn: het verkrijgen van een herstelmeetinstrument voor EPA-cliënten, het vergroten van het leefplezier en daarmee de kwaliteit van leven van cliënten door aan te sluiten op individuele behoeften en het verwezenlijken van de verandering van aanbodgerichte zorg naar vraaggerichte en persoonsgerichte zorg (Aardema, Sportel, Boonstra, Castelein, & Pijnenborg, n.d.).
Voor dit onderzoek wordt de I.ROC afgenomen bij verschillende afdelingen met EPA-cliënten binnen de vier GGZ-instellingen. De I.ROC is in Schotland door professionals en cliënten samen ontwikkeld voor het meten en monitoren van herstel (Monger, Hardie, Ion, Cumming, & Henderson, 2013). De I.ROC sluit nauw aan bij de herstelvisie en is in Schotland inmiddels gevalideerd. De I.ROC is een meetinstrument dat bestaat uit een vragenlijst waarmee de mate van herstel van een cliënt, afdeling of instelling gemeten kan worden.

Hettie Aardema (VS GGZ en onderzoeker bij GGZ Drenthe) is namens GGZ Drenthe betrokken bij dit valideringsonderzoek. Bij GGZ Drenthe is in de afgelopen periode op verschillende afdelingen met EPA-cliënten de I.ROC afgenomen, waaronder de afdeling Klinische Rehabilitatie.
Het onderzoek op de afdeling Klinische Rehabilitatie is gedaan door Grietje Alkema en Aline Kleinleugenmors in het kader van hun afstudeeronderzoek van de HBO-Verpleegkunde GGZ duaal aan de Hanzehogeschool Groningen. Zij zijn hierna als onderzoekers aangeduid. Hettie Aardema is de opdrachtgever van het onderzoek en zal hierna als zodanig aangeduid worden.
Om te onderzoeken of cliënten de I.ROC een geschikt en werkbaar meetinstrument vinden, zijn op de afdeling Klinische Rehabilitatie naast de I.ROC ook twee andere herstelvragenlijsten afgenomen die het herstel meten. Deze andere twee vragenlijsten waren de Recovery Assessment Scale (RAS) en de Nationale Herstelschaal (NHS). Deze drie vragenlijsten (I.ROC, RAS en NHS) zijn afgenomen bij de EPA-cliënten. Na het afnemen van elke vragenlijst is naar de mening van de cliënt gevraagd over de opzet, inhoud, de vragen en of de lijst de cliënt aansprak of niet. Na het verzamelen van deze meningen is er gekeken naar welke vragenlijst het meest positief beoordeeld werd. De conclusie die hieruit naar voren kwam is meegenomen in het onderzoek van de SGGZ naar de validering van de I.ROC.

De afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe (Assen) is een langdurige zorg afdeling voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid bij wie het herstelproces dusdanig is gestagneerd dat een langer verblijf in de instelling nodig is (Klinische Rehabilitatie, 2016). Veel mensen zijn door de ernst van hun psychiatrische symptomen de regie over hun leven en welzijn (deels) kwijtgeraakt. De cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie vallen onder de EPA doelgroep (Klinische Rehabilitatie, 2016). De Klinische Rehabilitatie heeft een herstelgerichte visie. Op dit moment is men bezig een nieuwe zorgstandaard, genoemd ART, te implementeren op de afdeling. ART (Active Recovery Triad) is een professionele zorgstandaard, speciaal ontwikkeld voor de langdurige zorg. ART onderscheidt zich door de

radicale keuze voor de triade: de driehoek cliënt-familie-hulpverlener.
Herstelondersteunende zorg ligt aan de basis van het ART-model (van Mierlo, et al., 2016).

Deelonderzoek

De onderzoekers hebben voor het valideringsonderzoek van de SGGZ de I.ROC, de RAS en de NHS afgenomen bij de cliënten van de Klinische Rehabilitatie. Deze gegevens zijn nadien gedigitaliseerd aangeleverd aan de opdrachtgever.
De onderzoekers hebben aan dit valideringsonderzoek een eigen onderzoek gekoppeld. Zij hebben onderzoek gedaan naar de uitkomsten van de I.ROC welke is afgenomen bij de cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie. Er is door de onderzoekers gekozen voor de I.ROC, omdat deze vragenlijst een betrouwbaar instrument is om individueel herstel in kaart te brengen. De I.ROC is overzichtelijk opgesteld aan de hand van de vier onderdelen van HOPE (hope, opportunity, people en empowerment). De scores van de cliënt zijn ingevuld in een zogenaamd spinnenweb. Het herstel op de vier onderdelen van HOPE wordt door dit spinnenweb duidelijk en overzichtelijk in beeld gebracht. De uitkomsten geven inzicht in hoe de cliënt zelf over zijn eigen herstel denkt. Bij de cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe was nog niet eerder een herstelmeting gedaan. Door het uitvoeren van dit onderzoek hebben de twee onderzoekers van de Hanzehogeschool Groningen een eerste herstelmeting uitgevoerd bij de cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe door middel van de I.ROC.

Verpleegkundige relevantie

GGZ Drenthe heeft herstelondersteunende zorg als visie voor de zorgverlening. Ook binnen de Klinische Rehabilitatie staat deze visie centraal. Herstelondersteunende zorg kan geboden worden door het persoonlijk herstelproces van de cliënt als uitgangspunt te nemen. Er wordt niet gekeken naar wat de cliënt niet meer kan door zijn aandoening, maar naar zijn krachten en mogelijkheden. Om duidelijkheid te krijgen over het herstelproces van de cliënten van de Klinische Rehabilitatie is een eerste herstelmeting gedaan. Door de uitkomsten van deze eerste meting en de nabespreking door middel van een focusgroep kunnen de onderzoekers inzicht krijgen bij welke domeinen van de I.ROC cliënten eventueel ondersteund willen worden en waar de zorg op aangepast kan worden. Met dit onderzoek hopen de onderzoekers aanbevelingen te doen aan verpleegkundigen waardoor herstelondersteunende zorg duidelijker vorm kan worden gegeven.

HOOFDSTUK 1: DOELSTELLING, VRAAGSTELLING EN BEGRIPSDEFINIËRING

In dit hoofdstuk worden de doelstelling en de onderzoeksvraag beschreven die aan de basis liggen van dit onderzoek. Daarnaast zijn de begrippen die gebruikt zijn in het onderzoek gedefinieerd.

1.1 Deelonderzoek

Voor het onderzoek dat uitgevoerd is door de studenten van de Hanzehogeschool Groningen wordt in de volgende hoofdstukken verder ingegaan op de informatie uit de inleiding over het "deelonderzoek".

1.2 Doelstelling

"Aanbevelingen doen aan het verpleegkundig team van de Klinische Rehabilitatie, naar aanleiding van de uitkomsten van de eerste meting naar het herstelproces van cliënten op de afdeling Klinische Rehabilitatie, door middel van het afnemen van de I.ROC."

1.3 Vraagstelling

"Wat geven de cliënten aan over hun persoonlijke herstelproces op de twaalf domeinen van de I.ROC?"
De onderzoekers verwachtten met deze vraagstelling inzicht te krijgen in het persoonlijk herstelproces van de cliënten van de Klinische Rehabilitatie en hierdoor de herstelondersteunende zorg op de individuele cliënt eventueel aan te passen.

1.4 Begripsdefiniëring

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)
Een veel gebruikte definitie van 'ernstig psychiatrische aandoeningen' is de definitie volgens Delespaul en de consensusgroep EPA (2013): "Er wordt gesproken van 'ernstige psychische aandoeningen' als er sprake is van een psychiatrische stoornis (zoals een psychotische stoornis, bipolaire stoornis enz.):

- Die het noodzakelijk maakt om zorg/behandeling te krijgen (niet in symptomatische remissie)
- Waarbij zorg van professionele hulpverleners in een zorgnetwerk is geïndiceerd om het behandelplan te realiseren
- Die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het maatschappelijke en/of sociale functioneren (niet in functionele remissie)
- Waarbij de beperking een oorzaak en een gevolg is van een psychiatrische stoornis
- Die niet voorbij zal gaan (structureel aanwezig, tenminste enkele jaren)

Op grond van deze bovenstaande definitie zijn er in Nederland naar schatting 281.000 mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Van deze mensen is 75% (216.00 mensen) in zorg van de ggz. Hieronder vallen ook de verslavingszorg en de forensische zorg. Van dit aantal zijn 160.000 mensen tussen de 18 en 65 jaar. Mensen met EPA hebben op meerdere gebieden problemen en beperkingen, bijvoorbeeld op het gebied van lichamelijke gezondheid, sociale relaties, werk en inkomen" (Delespaul & de consensusgroep EPA e.a., 2013).

Herstelproces
In een herstelproces wordt een (nieuwe) persoonlijke balans gevonden na verstoringen door psychische aandoeningen. De persoon groeit over de consequenties van deze psychische aandoening heen en hervindt mogelijkheden voor een bevredigend leven met of zonder deze psychische aandoening en kwetsbaarheid. Er wordt ontdekt dat alleen zijzelf betekenis kunnen geven aan hun ervaringen. Het herstelproces is persoonlijk, voor iedereen uniek en verloopt vaak anders dan verwacht. Het herstelproces bestaat uit verschillende facetten, zoals het opnieuw vinden van hoop en een positief zelfbeeld. Hierbij hoort ook het

terugvinden van de eigen regie over het leven in de sociale omgeving en de maatschappij (Phrenos Kenniscentrum, 2016).

Herstelondersteunende zorg
"Herstelondersteunende zorg is alle zorg die erop gericht is om het persoonlijk herstelproces van iemand te bevorderen. De hulpverlener:

- Heeft een attitude van hoop en optimisme
- Is aandachtig aanwezig (presentie benadering)
- Maakt op een terughoudende en bescheiden wijze gebruik van zijn professionele referentiekader
- Maakt ruimte voor het eigen verhaal van de cliënt, ondersteunt deze en sluit hierbij aan
- Herkent en stimuleert de eigen kracht van de cliënt (empowerment)
- Benut de ontwikkeling van de ervaring en kennis van de cliënt door het te erkennen en te stimuleren
- Erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen
- Vergroot de eigen regie/autonomie van de cliënt en de hulpverlener is gericht op het verlichten van het lijden"

(Dröes & Plooy, 2010)

I.ROC
De I.ROC is in Schotland door professionals en cliënten samen ontwikkeld voor het meten en monitoren van herstel (Monger, Hardie, Ion, Cumming, & Henderson, 2013). De I.ROC is een gevalideerd meetinstrument dat bestaat uit een vragenlijst waarmee de mate van herstel van een cliënt, afdeling of instelling gemeten kan worden. Daarnaast helpt de uitkomst te bepalen waar een cliënt specifiek hulp bij nodig heeft, zodat de zorg afgestemd kan worden op het individu. De I.ROC bestaat uit vier onderdelen: home, opportunity, people en empowerment (hope), die zijn opgedeeld in twaalf indicatoren voor welzijn. De I.ROC sluit hiermee nauw aan bij de herstelvisie. De eerste uitkomsten van het onderzoek zijn positief. De betrouwbaarheid van de I.ROC over de eerste 231 deelnemers is Crohnbach's $\alpha = .878$. Dit impliceert een hoge betrouwbaarheid van de I.ROC (Aardema, Sportel, Boonstra, Castelein, & Pijnenborg, 2017).

RAS (Recovery Assessment Scale)
De Recovery Assessment Scale is een vragenlijst met eenenveertig thema's, welke onderverdeeld zijn in vijf factoren, namelijk; persoonlijk vertrouwen en hoop, bereidheid om hulp te vragen, doel- en succesgerichtheid, afhankelijkheid van anderen en niet gedomineerd worden door symptomen (Salzer & Brusilovskiy, 2014).

NHS (Nationale Herstelschaal)
De nationale herstelschaal heeft als doel om herstel te meten bij mensen met ernstige psychiatrische beperkingen. Er komen vier clusters bij naar voren: empowerment, zelfbeeld, verantwoordelijkheid nemen en zingeving en actieve acceptatie/positieve identiteit (Brouwers, van Gestel-Timmermans, & van Nieuwenhuizen, 2013).

HOOFDSTUK 2: ONDERZOEKSMETHODIEK

In dit hoofdstuk zal de methodiek van het onderzoek beschreven worden. Deze methodiek is onderverdeeld in verschillende paragrafen; het onderzoeksdesign, de steekproeftrekking, de methode van dataverzameling, de methode van data-analyse en een ethische verantwoording.

2.1 Grondvorm van het onderzoek en onderzoeksdesign

Er is besloten om als grondvorm van het onderzoek een mixed-method design toe te passen, ook wel een gemengde methode genoemd. Deze gemengde methode is van toepassing omdat er vragenlijsten zijn afgenomen (kwantitatief) welke nadien besproken zijn in een focusgroep (kwalitatief). Het combineren van deze twee methoden wordt mixed-method genoemd (Saunders, Lewis, Thornhill, Booij, & Verckens, 2013). Het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek bestond uit het afnemen van de I.ROC waarbij vragen gesteld werden over het persoonlijke herstelproces van de cliënten. De I.ROC is een gestructureerde vragenlijst, waardoor deze kwantitatieve gegevens oplevert. Na het afnemen van de I.ROC en de analyse van de uitkomsten, is een focusgroep samengesteld waarbij de uitkomsten van de I.ROC zijn besproken. Op deze manier zijn er ook kwalitatieve gegevens verkregen en zijn deze vergeleken met de kwantitatieve gegevens. De reden om te kiezen voor een mixed method, was om een verdiepingsslag te maken en de achtergrond van de antwoorden te onderzoeken en beter te begrijpen. Tijdens de focusgroep konden de onderzoekers nagaan welke persoonlijke interpretatie de deelnemers gaven aan de gestelde vragen (van de I.ROC) en (dus) niet alleen te kijken naar de ‘kale’ cijfers (Verhoeven, 2016).

2.2 Steekproeftrekking van de onderzoekspopulatie

De steekproef is getrokken binnen de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe in Assen.
De inclusiecriteria van het onderzoek waren:
- mensen die zijn opgenomen op de Klinische Rehabilitatie
- mensen met een ernstige psychiatrische aandoening
- leeftijd tussen de 18 en 65 jaar

Er waren geen exclusiecriteria.
De Klinische Rehabilitatie bestaat in totaal uit 50 cliënten.
Om een goede afspiegeling te krijgen van de onderzoekspopulatie zijn 25 cliënten op een aselecte manier getrokken als steekproef. Dit is gedaan door middel van een random getallen generator (Ethologie.nl, 2016). Dit betekent dat deze cliënten volstrekt willekeurig getrokken zijn uit de in totaal 50 cliënten (Verhoeven, 2016). Er is gekozen voor een aselecte steekproef om alle cliënten een berekenbare kans te geven om tot de steekproef te behoren. De steekproef is daarmee representatief voor de cliënten van de afdeling Klinische Rehabilitatie. Op deze manier is bias voorkomen. Het steekproefkader wat hierbij gebruikt is, is het cliëntenbestand in het elektronische patiëntendossier van de afdeling Klinische Rehabilitatie.
Door deze aselecte manier van selecteren en de steekproefgrootte zijn de resultaten generaliseerbaar naar alle cliënten van de Klinische Rehabilitatie en is er dus sprake van externe validiteit.
Voor de focusgroep is gekozen voor vijf cliënten per gesprek. Er is gekozen voor een klein aantal, omdat het bespreken van het onderwerp emotioneel beladen kan zijn. De focusgroep is random samengesteld door alle deelnemers persoonlijk te benaderen en uit te nodigen om deel te nemen aan de focusgroepbespreking.

2.3 Dataverzamelingsmethode

Er is gekozen om de vragenlijsten af te laten nemen door meerdere personen om niet alleen de onderzoekers hiermee te belasten. De leden van het multidisciplinaire team van de Klinische Rehabilitatie zijn hiervoor door de onderzoekers persoonlijk benaderd met de vraag wie mee wilde werken met het afnemen van de vragenlijsten. Twee verpleegkundigen en

één ervaringsdeskundige boden zich aan. Naast de twee onderzoekers kwam het aantal afnemers hiermee op vijf. De deelnemers werden vervolgens willekeurig verdeeld over de vijf afnemers. Dit werd gedaan door de namen van alle deelnemers die uit steekproef naar voren kwamen op losse papiertjes te schrijven. Elke keer werden vijf namen getrokken en geschreven onder een desbetreffende afnemer van de vragenlijst. Op deze aselectieve manier kreeg elke afnemer vijf deelnemers toebedeeld. Om ervoor te zorgen dat iedereen de vragenlijsten op dezelfde manier zou afnemen, kregen de afnemers vooraf instructie van de opdrachtgever. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat de informatie van de vragenlijsten zo op dezelfde manier verzameld wordt en alle deelnemers op dezelfde manier benaderd worden.
De vragenlijsten zijn face-to-face afgenomen bij alle deelnemers. De afnemers zijn persoonlijk bij de deelnemers langs geweest om de vragenlijsten voor te leggen en de antwoorden te noteren. De deelnemers uit de steekproef zijn vooraf allemaal persoonlijk ingelicht over de komst van de afnemers en uitgenodigd om mee te doen. Tijdens dit gesprek werd tevens gevraagd het toestemmingsformulier in te vullen (Verhoeven, 2016). De verwachting was dat de afname per vragenlijst ongeveer tien minuten zou duren.

De focusgroep werd geleid door de twee onderzoekers waarbij de één het gesprek leidde en de ander aantekeningen bijhield terwijl het gesprek werd opgenomen (Saunders, Lewis, Thornhill, Booij, & Verckens, 2013). De reden waarom de focusgroep werd geleid door de onderzoekers zelf was het zorgen voor veiligheid bij de deelnemers en het kunnen focussen op de specifieke informatie die vanuit de I.ROC naar voren is gekomen (Krueger, 2006). De uitkomsten van de I.ROC waren het onderwerp van deze focusgroepbespreking. Tijdens de focusgroepbespreking zijn per domein de uitkomsten van de I.ROC aan de deelnemers gepresenteerd. Elke vraag is nogmaals herhaald en besproken met de deelnemers waarbij aandacht was voor hun eigen mening en werd er gevraagd op welke manier de hulpverleners hen hierbij konden ondersteunen. De onderzoekers hebben zoveel mogelijk geprobeerd om open vragen te stellen waarbij geen waarde of vooroordeel naar voren kwam. Wanneer het gesprek dreigde af te dwalen van het onderwerp, zorgde de gespreksleider ervoor dat het gesprek weer werd teruggeleid naar het oorspronkelijke onderwerp (Krueger, 2006) (Saunders, Lewis, Thornhill, Booij, & Verckens, 2013).

De onderzoekers hebben bij het organiseren van de focusgroep aandacht besteed aan een geschikte plaats voor het gesprek, namelijk een neutrale omgeving waar de deelnemers zich welkom en op hun gemak zouden voelen en niet gestoord zouden worden (Saunders, Lewis, Thornhill, Booij, & Verckens, 2013). De focusgroep vond plaats op een locatie waar regelmatig gezamenlijke activiteiten plaatsvinden. De ruimte is vooraf gereserveerd en op het moment dat de focusgroep plaatsvond werd op de deur aangegeven dat de ruimte bezet was met het verzoek niet te storen. De deelnemers zijn geïnformeerd over het feit dat het gesprek zou worden opgenomen. De focusgroepbespreking is opgenomen via de dictafoonfunctie op de mobiele telefoons van de onderzoekers. Er is gebruik gemaakt van twee telefoons aan beide zijden van de groep, om zeker te zijn van een juiste en duidelijke opname.

2.4 Data-analysemethode

De I.ROC is opgesteld aan de hand van een ordinaal meetniveau (Verhoeven, 2016) en is een 6-puntschaal (Likertschaal). Er is gekozen om bij de analyse van de uitkomsten van de I.ROC geen gebruik te maken van SPSS. De uitkomsten hoeven niet getoetst te worden en het werk van SPSS tegenover de hoeveelheid uitkomsten zal verder niets toevoegen aan het onderzoek. In plaats van SPSS hebben de onderzoekers de gegevens in Excel ingevoerd. Na een globale kwantitatieve data-analyse bleken de berekeningen van het gemiddelde, de standaarddeviatie en de mediaan geen relevante gegevens op te leveren. Om toch een duidelijk beeld te creëren zijn de uitkomsten per onderwerp en vraag in een tabel gezet. Op deze manier konden de uitkomsten met elkaar vergeleken worden en kon gekeken worden

welke onderwerpen eruit sprongen of de aandacht trokken om te bespreken in de focusgroep.

Voor de analyse van de focusgroep is gebruik gemaakt van de ‘gefundeerde theoriebenadering’ (Grounded Theory), ontwikkeld door Glaser en Straus (1967). De gefundeerde theoriebenadering is vooral gericht op inductie: met de verzamelde en geanalyseerde gegevens wordt gezocht naar een bepaalde structuur in de data. Er wordt niet getoetst of van tevoren opgestelde theoretische uitgangspunten waar zijn (Verhoeven, 2016). De analyse van het focusgroepbespreking heeft als volgt plaatsgevonden:

Stap 1: De focusgroepbespreking is opgenomen, afgeluisterd en is daarna volledig uitgetypt in een Word document. Dit hebben beide onderzoekers apart van elkaar gedaan om een zo volledig mogelijk gesprek te krijgen en de betrouwbaarheid te verhogen (Verhoeven, 2016). Tijdens alle stappen (het verzamelen en analyseren) van het onderzoek is een logboek bijgehouden (Baarda, 2009).

Stap 2: De data zijn door beide onderzoekers apart van elkaar geordend. Bij deze eerste ordening hebben de onderzoekers de uitgetypte teksten nauwkeurig doorgelezen en de fragmenten die bij elkaar horen gearceerd. Hierbij zijn de vier thema’s van de I.ROC als uitgangspunt genomen. Uitspraken hierover zijn als code gebruikt en onder het desbetreffende thema geplaatst. De uitspraken die niet relevant waren met betrekking tot het onderzoek zijn geschrapt.

Stap 3: Open coderen. De uitkomsten van stap 1 en 2 van beide onderzoekers zijn naast elkaar gelegd en vergeleken. Daarnaast zijn de coderingen die geschreven waren onder de 4 thema’s van de I.ROC verdeeld over de drie specifieke vragen die per thema waren gesteld. Volgens de onderzoekers was dit de meest logische manier van coderen.

Stap 4: Axiaal coderen. De gegevens die verdeeld zijn onder de twaalf vragen zijn nogmaals gecodeerd en bij langs gelopen, wat inhield dat er nog een keer goed is gekeken naar verbanden tussen de thema’s, vragen en antwoorden. In een aantal gevallen bleken sommige antwoorden bijvoorbeeld toch beter te passen bij een andere vraag.

Stap 5: Selectief coderen. Alle informatie is nogmaals bekeken. De vraagstelling van het onderzoek is erbij gehaald en er is gekeken welke centrale begrippen een laatste ordening konden aanbrengen in de gegevens. Op deze manier kon er gekeken worden of er antwoorden geformuleerd konden worden op de vraagstelling. Met de uitkomsten zijn mindmaps gemaakt om de uitspraken en opmerkingen in één oogopslag te kunnen zien.

2.5 Ethische kwesties

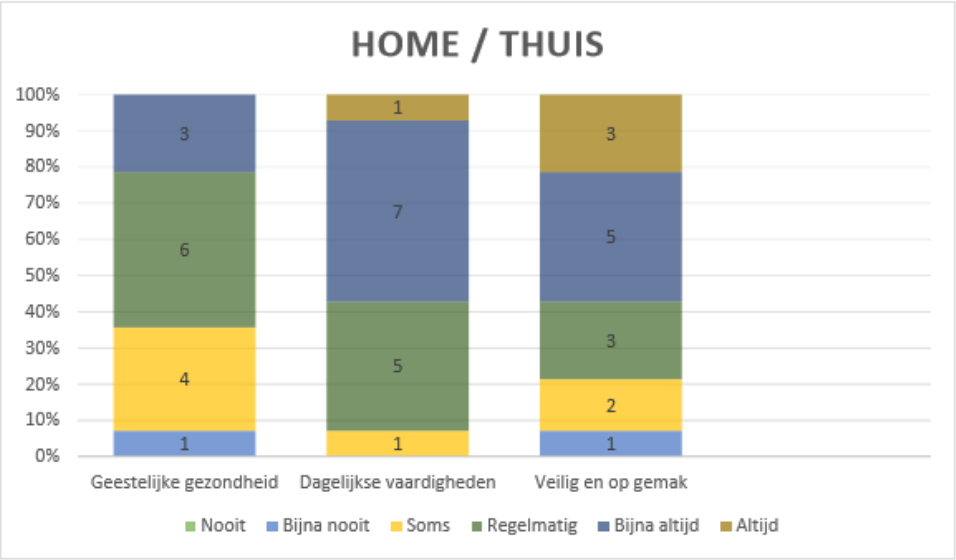
Tijdens het onderzoek is zorgvuldig omgegaan met de gegevens en de privacy van deelnemers in acht genomen, zoals beschreven in de beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (CGMV, et al., 2015) en de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).
Voor de start van het onderzoek, zijn de deelnemers goed geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd een informed consentformulier in te vullen. Tijdens het onderzoek zijn de gegevens van de deelnemers geanonimiseerd (Bram Querido, 2017).

HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten beschreven worden. Deze resultaten komen vanuit het praktijkgerichte onderzoek en zijn onderverdeeld in de resultaten uit de vragenlijst (I.ROC) en de resultaten vanuit de focusgroepen. De uitkomsten van de vragenlijsten zijn de kwantitatieve gegevens en worden weergegeven in grafieken, zodat er snel gezien kan worden wat de scores zijn op de vragen. De uitkomsten van de focusgroep zijn de kwalitatieve gegevens en worden weergegeven door middel van mindmaps.

3.1 Uitkomsten I.ROC

Van de vijfentwintig geselecteerde cliënten gaven uiteindelijk veertien cliënten aan mee te willen doen aan het onderzoek (n=14). Eén cliënt is niet gevraagd omdat hij nooit aanwezig was op de momenten dat de onderzoekers de cliënten vroegen om mee te doen. Twee cliënten, die van tevoren toestemming hadden gegeven, trokken zich later terug: de ene omdat hij met ontslag ging en op dat moment zo min mogelijk met het GGz te maken wilde hebben en de ander omdat hij zich de afspraak niet meer kon herinneren, waarschijnlijk ten gevolge van een crisis die hij net had doorgemaakt. De overige acht cliënten gaven gelijk bij uitnodiging aan niet mee te willen werken aan het onderzoek. De veertien cliënten zijn door de afnemers opgezocht en hebben samen een afspraak gemaakt om de vragenlijsten in te vullen. De uitkomsten van de vragenlijsten van alle deelnemers zijn samengevoegd in grafieken.

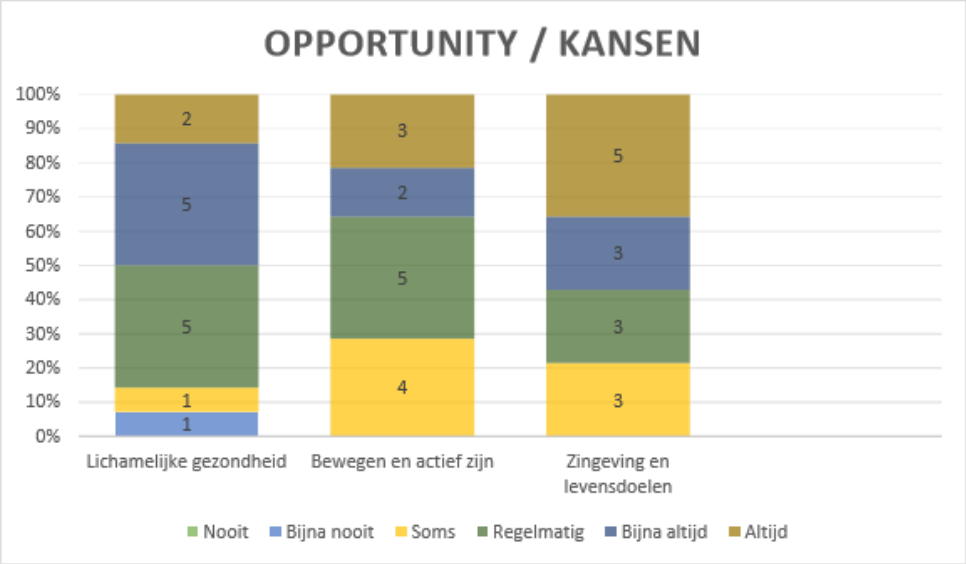


Geestelijke gezondheid: "In de afgelopen drie maanden, voelde ik mij geestelijk en emotioneel goed, gezond en gelukkig".
Dagelijkse vaardigheden: "In de afgelopen drie maanden, had ik de vaardigheden om voor mezelf te zorgen".
Veilig en op gemak: "In de afgelopen drie maanden, voelde ik me veilig en op mijn gemak in en rond mijn eigen woning".

Figuur 1: De uitkomsten van de I.ROC op het eerste thema 'HOME'. De cijfers in de kleuren van de grafiek geven aan hoeveel deelnemers dit als antwoord gaven (n=14)

Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, voelde ik mij geestelijk en emotioneel goed, gezond en gelukkig' vulden negen deelnemers in 'regelmatig' of 'bijna altijd'. Vier deelnemers vulden 'soms' in en één deelnemer 'bijna nooit'.

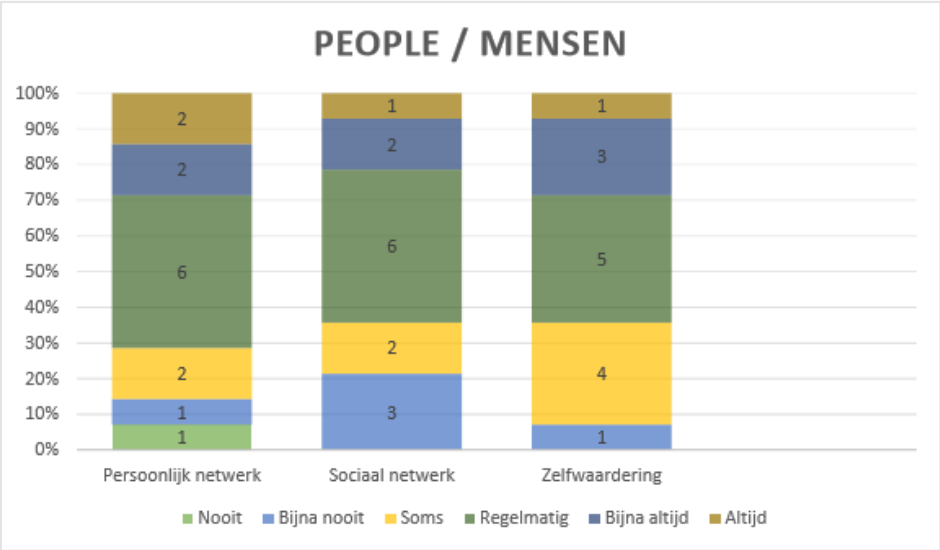
Op de vraag: ‘In de afgelopen drie maanden, had ik de vaardigheden om voor mezelf te zorgen’ vulden twaalf deelnemers ‘regelmatig’ en ‘bijna altijd’ in, één deelnemer ‘soms’ en één deelnemer ‘altijd’.
Op de vraag: ‘In de afgelopen drie maanden, voelde ik me veilig en op mijn gemak in en rond mijn eigen woning’ liepen de scores wat meer uiteen. Acht deelnemers vulden ‘regelmatig’ en ‘bijna altijd’ in, één ‘altijd’. Twee deelnemers gaven aan zich ‘soms’ en één ‘bijna nooit’ veilig en op hun gemak te voelen.
Uit de antwoorden op de drie domeinen van home/thuis blijkt dat men over het algemeen vrij hoge scores geeft aan het herstelproces op deze domeinen. Vijf van de veertien deelnemers gaven echter een lage score aan op het domein ‘geestelijke gezondheid’. Op één deelnemer na, gaf iedereen een vrij hoge tot hoge score aan op het domein ‘dagelijkse vaardigheden’ en drie deelnemers scoren laag op ‘je veilig en op je gemak voelen’.



Lichamelijke gezondheid: “In de afgelopen drie maanden, voelde ik me lichamelijk gezond”.
Bewegen en actief zijn: “In de afgelopen drie maanden, was ik op vaste momenten of met enige regelmaat lichamelijk actief en deed aan lichaamsbeweging”.
Zingeving en levensdoelen: “In de afgelopen drie maanden, ben ik naar mijn mening zinvol bezig geweest”.

Figuur 2: De uitkomsten van de I.ROC op het tweede thema ‘OPPORTUNITY’. De cijfers in de kleuren van de grafiek geven aan hoeveel deelnemers dit als antwoord gaven (n=14)

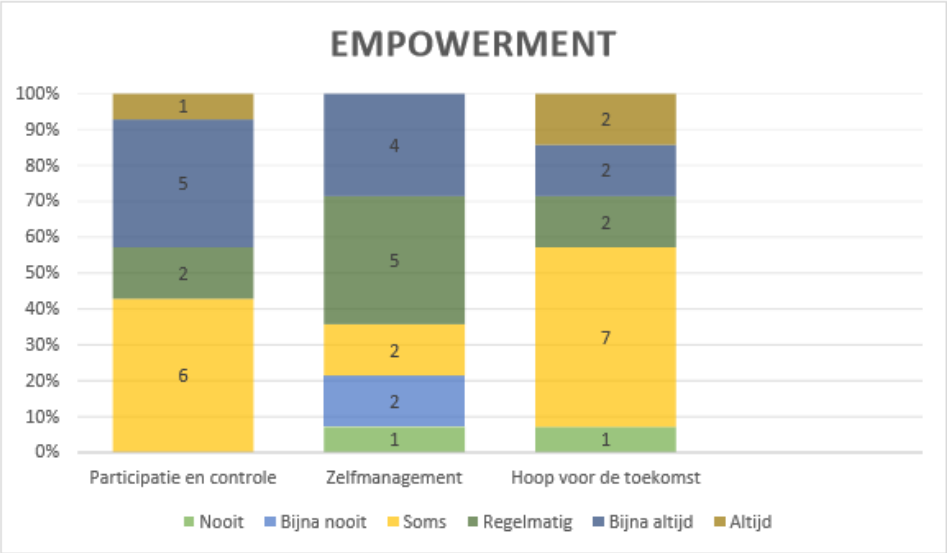
Op de vraag: ‘In de afgelopen drie maanden, voelde ik me lichamelijk gezond’ vulden twaalf deelnemers ‘regelmatig’, ‘bijna altijd’ of ‘altijd’ in. Twee deelnemers vulden ‘bijna nooit’ of ‘soms’ in.
Op de vraag: ‘In de afgelopen drie maanden, was ik op vaste momenten of met enige regelmaat lichamelijk actief en deed aan lichaamsbeweging’ vulden tien deelnemers ‘regelmatig’, ‘bijna altijd’ of ‘altijd’ in. Vier mensen vulden ‘soms’ in.
Op de vraag: ‘In de afgelopen drie maanden, ben ik naar mijn mening zinvol bezig geweest’, vulden elf deelnemers ‘regelmatig’, ‘bijna altijd’ of altijd in. Drie deelnemers vulden ‘soms’ in.
Uit de antwoorden blijkt dat de meeste deelnemers een hoge score geven aan hun herstelproces op de drie domeinen van opportunity/kansen. Twee deelnemers scoren echter laag op ‘lichamelijke gezondheid’, vier deelnemers scoren laag op ‘bewegen en actief zijn’ en drie deelnemers scoren laag op ‘zingeving en levensdoelen’.



Persoonlijk netwerk: "In de afgelopen drie maanden, heb ik gevoeld dat ik mensen/vrienden/dierbaren heb die me kunnen steunen wanneer ik dit nodig heb".
Sociaal netwerk: "In de afgelopen drie maanden, nam ik deel aan gezamenlijke of groepsactiviteiten".
Zelfwaardering: "In de afgelopen drie maanden, heb ik ervaren dat ik mezelf waardeerde en respecteerde".

Figuur 3: De uitkomsten van de I.ROC op het derde thema 'PEOPLE'. De cijfers in de kleuren van de grafiek geven aan hoeveel deelnemers dit als antwoord gaven (n=14)

Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, heb ik gevoeld dat ik mensen/vrienden/dierbaren heb die me kunnen steunen wanneer ik dit nodig heb', vulden tien deelnemers 'regelmatig', 'bijna altijd' of 'altijd' in. Vier deelnemers vulden 'nooit', 'bijna nooit' of 'soms' in.
Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, nam ik deel aan gezamenlijke of groepsactiviteiten', vulden negen deelnemers 'regelmatig', 'bijna altijd' of 'altijd' in. Vijf deelnemers vulden 'bijna nooit' of 'soms' in.
Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, heb ik ervaren dat ik mezelf waardeerde en respecteerde', vulden negen deelnemers 'regelmatig', 'bijna altijd' of 'altijd' in. Vijf deelnemers vulden 'bijna nooit' of 'soms' in.
Uit de antwoorden blijkt dat de meeste deelnemers een vrij hoge score geven aan hun herstelproces op de drie domeinen van people/mensen. Ongeveer een derde van de deelnemers geeft echter een lage score aan op deze domeinen: vier deelnemers scoren laag op 'persoonlijk netwerk', vijf deelnemers scoren laag op 'sociaal netwerk' en vijf deelnemers scoren laag op 'zelfwaardering'.



Participatie en controle: "In de afgelopen drie maanden, voelde ik me betrokken bij de beslissingen die mijn leven beïnvloeden".
Zelfmanagement: "In de afgelopen drie maanden, had ik het gevoel dat ik de regie had over mijn leven en dat ik mijn eigen leven kon leiden".
Hoop voor de toekomst: "In de afgelopen drie maanden, voelde ik me hoopvol over de toekomst".

Figuur 4: De uitkomsten van de I.ROC op het vierde thema 'EMPOWERMENT'. De cijfers in de kleuren van de grafiek geven aan hoeveel deelnemers dit als antwoord gaven (n=14)

Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, voelde ik me betrokken bij de beslissingen die mijn leven beïnvloeden', vulden acht deelnemers 'regelmatig', 'bijna altijd' of 'altijd' in. Zes deelnemers vulden 'soms' in.
Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, had ik het gevoel dat ik de regie had over mijn leven en dat ik mijn eigen leven kon leiden', vulden negen deelnemers 'regelmatig' of 'bijna altijd' in. Vijf deelnemers vulden 'nooit', 'bijna nooit' of 'soms' in.
Op de vraag: 'In de afgelopen drie maanden, voelde ik me hoopvol over de toekomst', vulden zes deelnemers 'regelmatig', 'bijna altijd' of 'altijd' in. Acht deelnemers vulden 'nooit' of 'soms' in.
Uit de antwoorden blijkt dat meer dan de helft van de deelnemers een vrij hoge score geeft aan hun herstelproces op de drie domeinen van empowerment. Op de domeinen 'participatie en controle' en 'hoop voor de toekomst, wordt echter laag gescoord. Zes deelnemers scoren laag op 'participatie en controle', vijf deelnemers scoren laag op 'zelfmanagement' en acht deelnemers scoren laag op 'hoop voor de toekomst'.

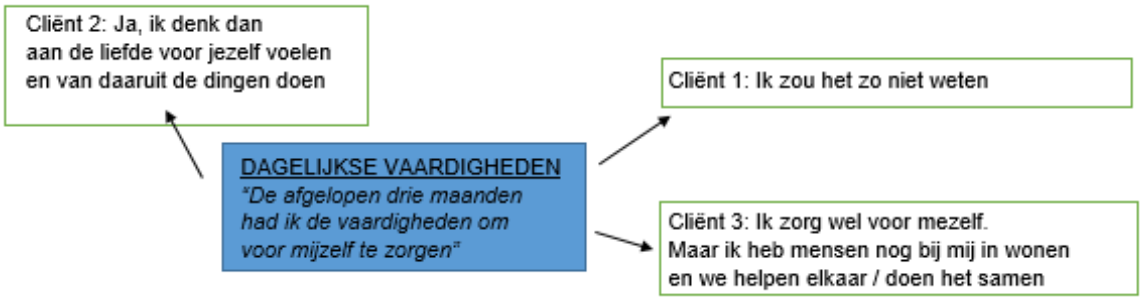
3.2 Uitkomsten focusgroep

Op de dag van de focusgroepbespreking waren alle vijf deelnemers op tijd aanwezig.
Eén deelnemer gaf bij binnenkomst aan dat hij liever niet in de groep aan tafel wilde zitten en heeft daarom buiten de kring plaatsgenomen aan een andere tafel. Na tien minuten besloot hij te vertrekken.
Door middel van de stappen welke behoren bij de Grounded Theory (Strauss en Corbin, 2008) zijn de gegevens van de focusgroep geanalyseerd. Om juiste en goede conclusies te kunnen trekken zijn de gegevens geanalyseerd en gecodeerd en uiteindelijk in mindmaps geplaatst. Door mindmapping breng je structuur aan door sleutelwoorden op papier te zetten, te groeperen, te evalueren, te coderen en te structureren (Verhoeven, 2016). De deelnemers zijn genummerd van 1 t/m 4 om uitspraken te kunnen herleiden en om deze in perspectief te kunnen plaatsen. De hoofdthema's in de mindmaps zijn de vragen die gesteld zijn tijdens het afnemen van de vragenlijst en waarbij tijdens de focusgroep verheldering over is gevraagd. De uitspraken zijn geplaatst bij de vraag waar deze onder vallen.

3.2.1. Mindmaps thema ‘Home’

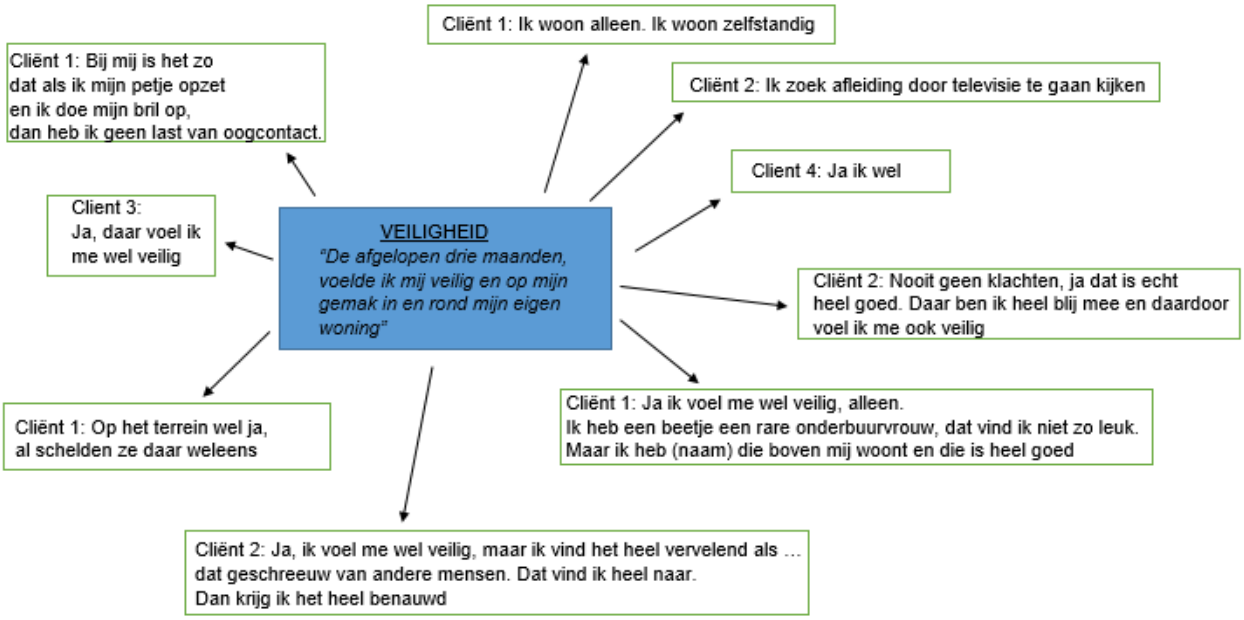
Figuur 5: Uitspraken over geestelijke gezondheid

Vanuit de focusgroep kwam er vrijwel geen respons op de vraag over de geestelijke gezondheid. Eén deelnemer benoemde alleen zich ook zo te voelen zoals omschreven in de vraag.



Figuur 6: Uitspraken over dagelijkse vaardigheden

Vanuit de focusgroep vonden de deelnemers het in eerste instantie moeilijk om antwoord te geven op deze vraag. Het voor jezelf kunnen zorgen of dit samen met anderen te kunnen doen waren de belangrijkste items.



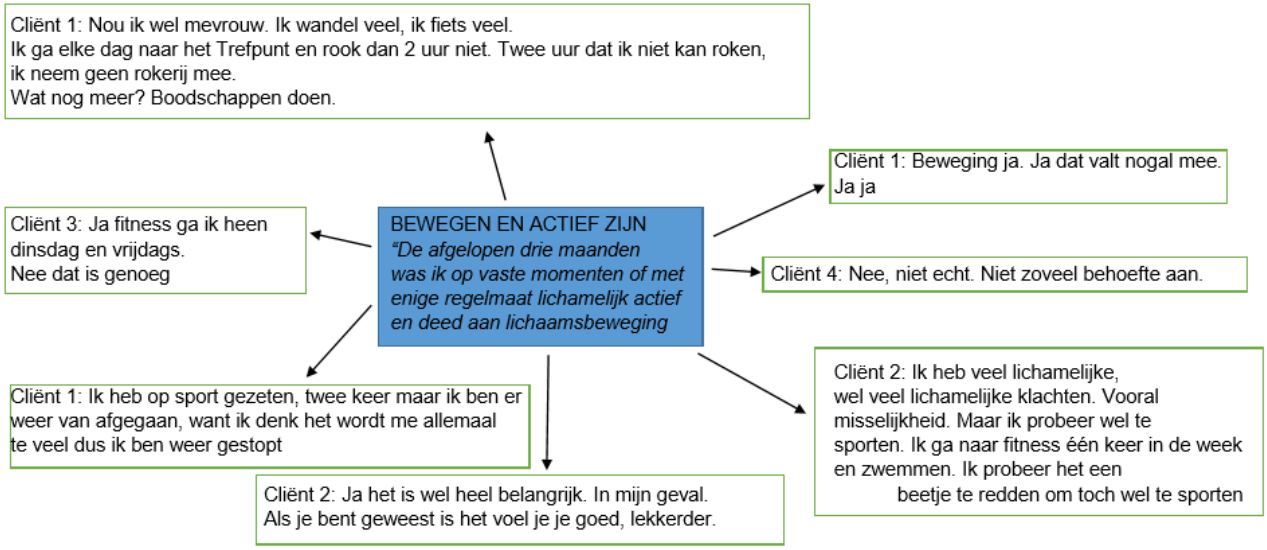
Figuur 7: Uitspraken over veiligheid

De deelnemers voelen zich over het algemeen veilig in hun woonomgeving. Het gevoel van onveiligheid komt voort vanuit externe bronnen, zoals medecliënten. Het bevorderen van eigen veiligheid wordt grotendeels gedaan door afleiding te zoeken door het kijken van televisie of door zich af te sluiten van de omgeving door middel van het opdoen van een pet en bril.

3.2.2 Mindmaps thema 'Opportunity'

Figuur 8: Uitspraken over lichamelijke gezondheid

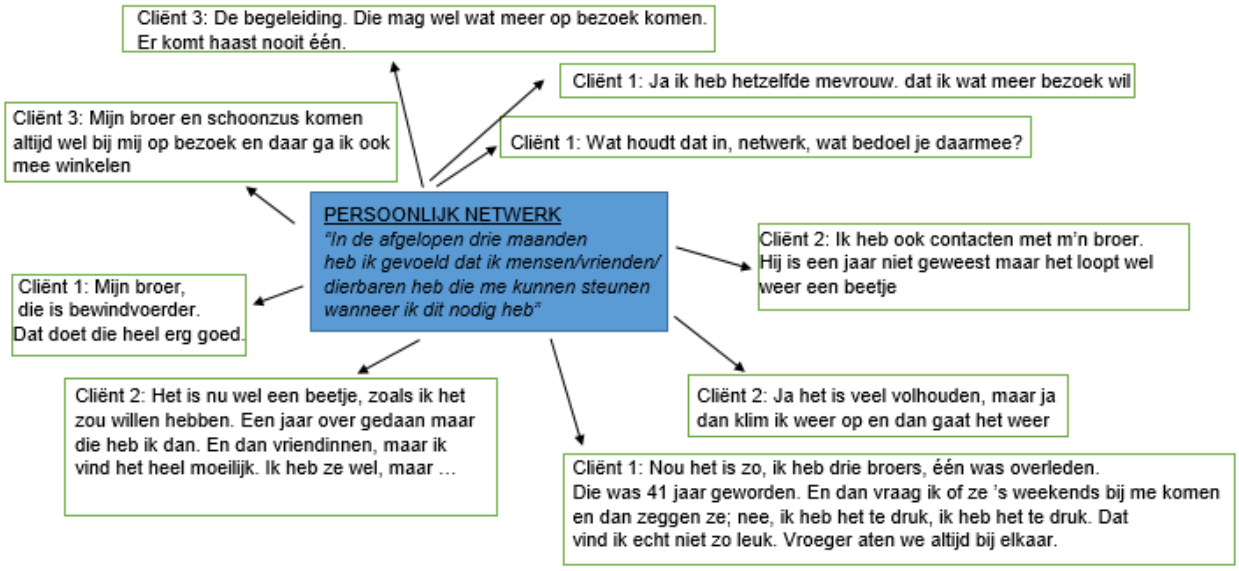
De uitspraken over de lichamelijke gezondheid hadden grotendeels betrekking op de volgende vraag over bewegen en actief zijn. Over de lichamelijke gezondheid gingen de deelnemers nauwelijks in.



Figuur 9: Uitspraken over bewegen en actief zijn

Over het bewegen en actief zijn waren de deelnemers allemaal erg tevreden. Allemaal doen zij aan bewegen en actief zijn. Deelname aan het aanbod wat betreft sport en het zelf ondernemen van activiteiten wat betreft bewegen wordt voldoende gedaan. Eén deelnemer gaf aan weinig behoefte te hebben aan (extra) beweging of activiteiten.

3.2.3 Mindmaps thema ‘People’

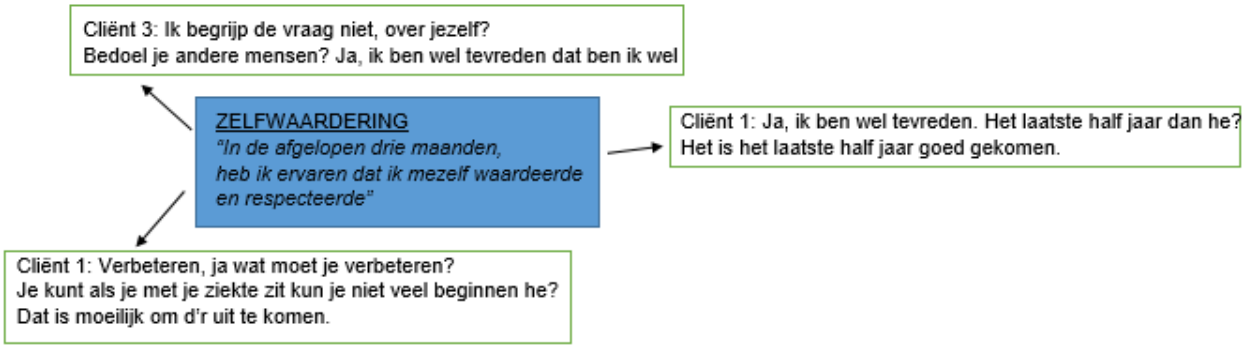


Figuur 10: Uitspraken over het persoonlijke netwerk

In eerste instantie moest er uitgelegd worden wat er precies bedoeld wordt met het woord ‘netwerk’. Nadat dit verduidelijkt was, waren de uitspraken wisselend. De meeste deelnemers hebben wel naasten waar zij steun van ontvangen. Er is echter wel een gemis aan tijd en contact met de hulpverleners. Men zou graag meer contacten willen, maar heeft hier wel ondersteuning bij nodig.

Figuur 11: Uitspraken over het sociale netwerk

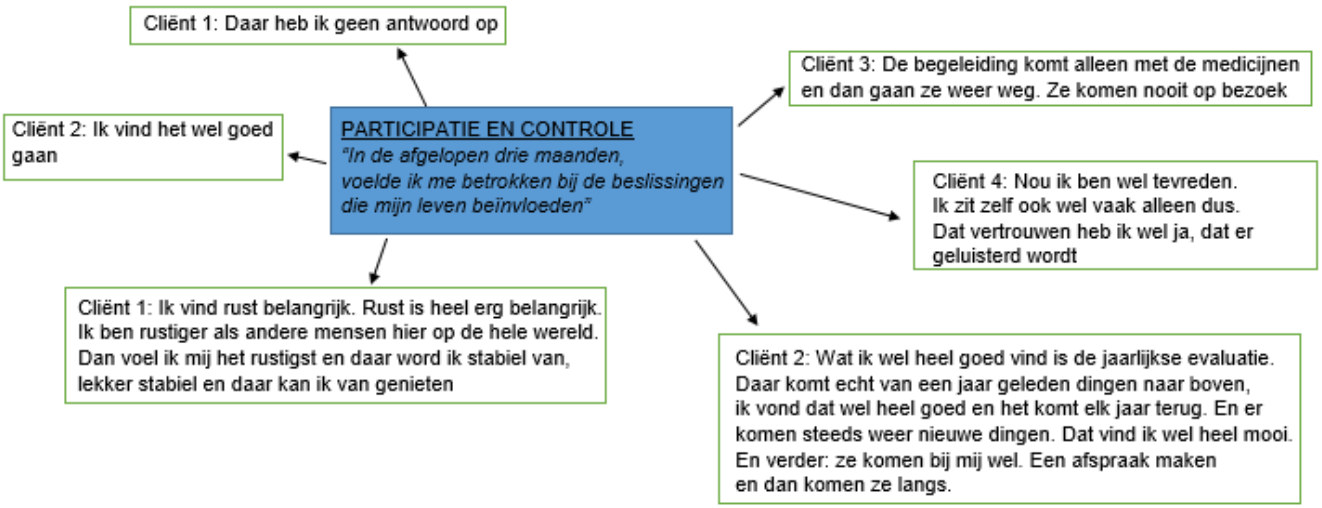
Er komt tijdens het gesprek naar voren dat gezamenlijke activiteiten verschillend worden begrepen. Eén deelnemer ziet het Trefpunt (ontmoetingsplek op het terrein) als een gezamenlijke activiteit, een andere deelnemer het naar de kerk gaan. Bij navraag of men ook meer behoefte heeft aan gezamenlijke- of groepsactiviteiten wordt er aangegeven dat hier geen behoefte aan is. Echter komt wel naar voren dat ook hier een gemis wordt ervaren in het contact met hulpverleners.



Figuur 12: Uitspraken over de zelfwaardering

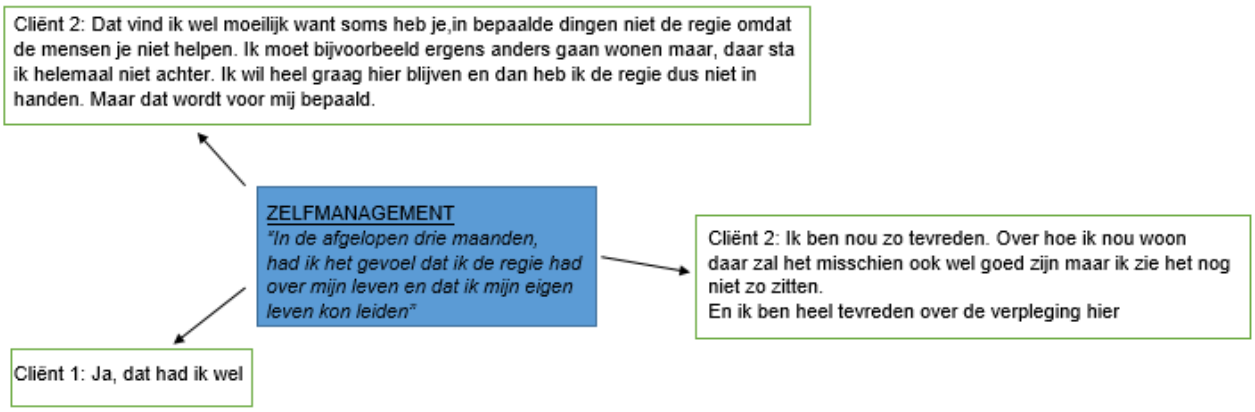
Het begrip 'zelfwaardering' moest voor sommige deelnemers eerst worden uitgelegd. Er wordt wisselend over gedacht, ook tijdens het gesprek wisselen de uitspraken hierover.

3.2.4 Mindmaps thema 'Empowerment'



Figuur 13: Uitspraken over participatie en controle

Aan het begin van het herhalen van deze vragen vroeg men zich af wat empowerment betekende. Eén deelnemer gaf aan dat power 'kracht' betekende. Na uitleg over het vermogen om zelf beslissingen te nemen en de regie te hebben over het eigen leven, vonden de deelnemer het moeilijk om dit aan te geven. Er worden positieve punten benoemd (Phamous – jaarlijkse evaluatie), maar ook minder positieve punten zoals het achterwege blijven van het contact met de hulpverleners.



Figuur 14: Uitspraken over zelfmanagement

Hierover zijn de meeste deelnemers wel tevreden. Eén deelnemer moet hoogstwaarschijnlijk verhuizen naar een andere setting, maar staat hier zelf niet open voor. Deze deelnemer merkt op dat de zelfmanagement en de regie niet in eigen handen ligt.

Fig. 11 Uitspraken over de hoop voor de toekomst

Hoop voor de toekomst lijkt een confronterend onderwerp te zijn. Wanneer andere punten verbeteren zal de hoop voor de toekomst ook verbeteren, zoals het krijgen van meer bezoek en meer eigen regie in de behandeling.

3.3 Vergelijking van de uitkomsten van de I.ROC en de focusgroep

Voor de focusgroep zijn de gegevens vanuit de I.ROC gebruikt als gespreksonderwerp. In de focusgroep zijn de vragen nogmaals gesteld, maar met daarbij de vraag wat er verbeterd en/of veranderd kan worden om de score te verhogen. Het bleek dat de deelnemers de vragen van de I.ROC niet altijd goed begrepen. Verschil tussen de uitkomsten van de I.ROC en opmerkingen tijdens de focusgroep zijn wel aanwezig. Door opheldering te vragen over de uitkomsten van de I.ROC zijn er meer gegevens verzameld om conclusies te kunnen trekken. Het is daarbij van belang om invloeden van buitenaf mee te nemen in deze conclusies. Dit zal in het volgende hoofdstuk verder beschreven worden.

Tijdens de focusgroep kwam naar voren dat de deelnemers vrij weinig afweten van herstel en hun persoonlijke herstelproces. Begrippen als ‘netwerk’ en ‘empowerment’ werden niet direct begrepen, terwijl deze begrippen van essentieel belang zijn bij herstelondersteunend werken (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012). Bijvoorbeeld empowerment gaat niet alleen over het maken van eigen keuzes, maar ook om de erkenning van wensen en ambities en dit een plek te geven in het eigen leven. Hulpverleners kunnen ruimte geven om dit mogelijk te maken en mensen hierin aan te moedigen om eigen ambities te onderzoeken. Het is belangrijk dat hulpverleners hierin faciliteren, voorwaarden scheppen en daardoor hoop en vertrouwen schenken (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012). Oog hebben voor herstelondersteunende zorg en deze manier van werken samen met de cliënten oppakken is een belangrijk onderdeel in het persoonlijk herstelproces van de cliënten.

De deelnemers gaven aan wel degelijk het nut in te zien van het onderzoek. Zij vonden het een goed idee om regelmatig een herstellijst te laten afnemen, om zo steeds te kunnen zien waar zij staan ten opzichte van de verschillende domeinen van hun herstel. Bij het afnemen van de verschillende vragenlijsten kwam ook de vraag naar voren welke vragenlijst de deelnemers het beste vonden De meeste deelnemers gaven hierbij aan dat zij de I.ROC het meest in het oog vonden springen en dat de I.ROC het duidelijkst overkwam.

HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek en het onderzoeksdesign kritisch besproken en de beperkingen van het onderzoek beschreven.

Vanuit het rapport 'Over de brug; Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychotische aandoeningen' komt naar voren dat de zorg aan EPA-cliënten achterstand heeft opgelopen. Herstelondersteunende zorg en rehabilitatie kunnen bijdragen aan goede zorg aan EPA-cliënten (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Uit de resultaten van dit onderzoek op de Klinische Rehabilitatie komt naar voren dat de deelnemers weinig kennis hebben over begrippen horende bij herstelondersteunende zorg. De deelnemers hadden verduidelijking nodig bij de vragen en begrippen die naar voren kwamen tijdens het hele onderzoek. Deze begrippen zijn echter wel van essentieel belang bij herstelondersteunend werken (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012). Uit onderzoek blijkt dat de implementatie van herstelondersteunende zorg veel tijd kost en vaak moeizaam verloopt (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012). De uitkomsten van dit onderzoek lijken dit te bevestigen, omdat de kennis hierover bij de deelnemers minimaal is, ondanks de herstelondersteunende visie van de Klinische Rehabilitatie. Wanneer hulpverleners herstelondersteunend werken, is de verwachting dat cliënten meer op de hoogte zijn van de bijhorende begrippen.

Zoals beschreven in de inleiding, maakte dit onderzoek deel uit van een groter onderzoek: de validering van de I.ROC. Het tegelijk afnemen van de verschillende vragenlijsten heeft mogelijk invloed gehad op de uitkomsten van de I.ROC en betrouwbaarheid van het deelonderzoek. Het afnemen van meerdere vragenlijsten in plaats van alleen de I.ROC vergde meer van het concentratie- en uithoudingsvermogen van de deelnemers. Voor het deelonderzoek was het een gemis dat niet doorgevraagd kon worden op de domeinen van de I.ROC. Wanneer er geen tijdslimiet was gesteld en er dus meer ruimte was geweest om de vragen uit te leggen of toe te lichten, zou dit waarschijnlijk extra waardevolle gegevens hebben opgeleverd. Vanwege het grote onderzoek is de I.ROC niet optimaal ingezet, zoals achteraf gezien gewenst zou zijn. Dit heeft mogelijk gevolgen gehad voor de betrouwbaarheid van de uitkomsten.

De onderzoekers hebben gekozen voor een mixed-methods onderzoek. De reden hiervoor was om een verdiepingsslag te maken en de achtergrond van de antwoorden te onderzoeken en beter te begrijpen (Verhoeven, 2016). Dit leverde voor het onderzoek waardevolle gegevens op. Aangezien het afnemen van de I.ROC onderdeel was van het grotere onderzoek, konden de onderzoekers op dat moment niet verder ingaan op verkregen informatie. Tijdens de focusgroepbespreking kwam naar voren dat de kennis over herstelondersteunende zorg minimaal was bij de deelnemers. Op deze manier hebben de onderzoekers concretere gegevens verkregen om uiteindelijke antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

Tijdens het gehele onderzoek zijn de deelnemers door de onderzoekers op een aselecte manier gekozen en verdeeld. Op deze manier is bias voorkomen, omdat er op geen enkele manier sprake is geweest van voorkeur voor bepaalde cliënten. Hierdoor zijn de uitkomsten niet beïnvloed en is de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot.

Door ziekte van één afnemer, personeelstekorten in de periode van afname van de vragenlijsten en tijdsdruk hebben de onderzoekers een aantal deelnemers overgenomen van de andere afnemers. Hierdoor hebben de onderzoekers gemiddeld bij meer deelnemers de vragenlijsten afgenomen dan de andere afnemers. Omdat elke afnemer vooraf dezelfde instructie heeft gehad met betrekking tot de manier van afnemen en benadering, heeft dit in de ogen van de onderzoekers geen consequenties gehad voor de uitkomsten en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Van tevoren werd aangenomen dat elke afnemer met het afnemen van de vragenlijsten per deelnemer in totaal ±35 minuten bezig zou zijn. In de praktijk bleek echter dat deze tijd voor de meeste deelnemers te kort was. Redenen hiervoor waren dat de vragen vaak niet goed begrepen werden, er toelichting nodig was en de antwoordmogelijkheden van de Likertschaal niet begrepen werden of verwarrend werden gevonden. De deelnemers vonden het bijvoorbeeld moeilijk om te kiezen uit: regelmatig en/of bijna altijd. Verder hadden de meeste deelnemers de behoefte om niet alleen te kiezen uit de zes antwoordmogelijkheden, maar wilden zij hier meer over vertellen of hun keuze toelichten. Dit heeft waarschijnlijk negatieve gevolgen gehad op de validiteit van het onderzoek, omdat er bij sommige vragen geen duidelijke keus gemaakt kon worden op de Likertschaal.
Over het geheel genomen leek ongeveer de helft van het aantal deelnemers het onderzoek als belastend en confronterend te ervaren.
Eén deelnemer liep tijdens het gesprek regelmatig even weg of zelfs naar buiten. Twee deelnemers hebben de vragenlijsten niet kunnen afmaken. Met hun instemming, is er een poging gedaan het gesprek op een ander tijdstip te hervatten, maar beiden gaven tijdens de tweede afspraak aan het niet meer te trekken en ermee te willen stoppen. Eén van de afgehaakte deelnemers lichtte dit toe met, zoals hij vertelde, een citaat van Francois Haverschmidt: ‘Ik heb het gevoel dat ik stik als ik afdwaal naar mijn eigen ik’.
Ook andere factoren die voorkomen bij de EPA-doelgroep hebben waarschijnlijk invloed gehad op de uitkomsten, zoals: niet klachtenvrij zijn en beperkingen hebben in het sociale en maatschappelijke functioneren (Delespaul & de consensusgroep EPA e.a., 2013). Aangezien de hele cliëntengroep van de afdeling Klinische Rehabilitatie bestaat uit cliënten met EPA-problematiek zijn deze gegevens hierdoor wel generaliseerbaar naar alle cliënten.

Alle deelnemers van het onderzoek waarbij de I.ROC in zijn geheel is afgenomen zijn gevraagd om mee te doen aan de focusgroep. Vijf deelnemers waren bereid om deel te nemen. Hierdoor kon er maar één keer een focusgroepbespreking plaatsvinden. Tijdens de focusgroepbespreking viel één deelnemer uit (doordat deze deelnemer tijdens het gesprek weg liep) waardoor uiteindelijk slechts vier deelnemers hun meningen over de uitkomsten van de I.ROC hebben gegeven. De focusgroep werd geleid door de onderzoekers, waarbij één van de onderzoekers het gesprek heeft geleidt. De andere onderzoeker (die bekend was bij de deelnemers) nam hierin de rol van observator en hield het logboek bij. Volgens de onderzoekers heeft deze opzet geleid tot het gevoel van vertrouwen en openheid om te spreken. Er is gekozen om de onderzoeker die de deelnemers vrijwel niet kende het gesprek te laten leiden, zodat geen sprake kon zijn van vooroordelen of het verschillend aanspreken van de deelnemers. Op deze manier is de betrouwbaarheid van de uitkomsten van de focusgroep vergroot.
Een focusgroep van vier deelnemers is een klein aantal ten opzichte van de oorspronkelijke steekproefgroep van vijfentwintig deelnemers. Wanneer een tweede focusgroepbespreking had kunnen plaatsvinden, waren er mogelijk meer en/of andere uitkomsten naar voren gekomen. Met één focusgroep zijn de uitkomsten alsnog wel betrouwbaar, echter is de generaliseerbaarheid kleiner, omdat in dit geval slechts vier deelnemers de hele cliëntenpopulatie vertegenwoordigen.

Voor het analyseren van de uitkomsten van de I.ROC hebben de onderzoekers de keuze gemaakt om geen gebruik te maken van SPSS. De uitkomsten hoeven niet getoetst te worden en het werk van SPSS tegenover de hoeveelheid uitkomsten zal volgens de onderzoekers verder niets toevoegen aan het onderzoek. In plaats van SPSS hebben de onderzoekers de gegevens in Excel ingevoerd. Na een globale kwantitatieve data-analyse bleken de berekeningen van het gemiddelde, de standaarddeviatie en de mediaan geen relevante gegevens op te leveren. Om toch een duidelijk beeld te creëren zijn de uitkomsten per onderwerp en vraag in een grafiek gezet. Op deze manier konden de uitkomsten met elkaar vergeleken worden en kon gekeken worden welke onderwerpen eruit sprongen of de aandacht trokken om te bespreken in de focusgroep.

HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE

In dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven waarmee de centrale vraagstelling van het onderzoek zal worden beantwoord naar aanleiding van de resultaten en de kritische blik op het onderzoek vanuit de discussie.

5.1 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag: “Wat geven de cliënten aan over hun persoonlijke herstelproces op de twaalf domeinen van de I.ROC?”

5.2 Conclusies

Op basis van de resultaten kan naar aanleiding van de eerste nulmeting, door middel van de I.ROC, het volgende geconcludeerd worden met betrekking tot het persoonlijk herstelproces van de deelnemers aan het onderzoek:

Als groep scoren de deelnemers gemiddeld vrij goed op bijna alle domeinen van de I.ROC. Op alle vragen wordt het meest: ‘regelmatig’ of ‘bijna altijd’ ingevuld. De thema’s ‘people/mensen’ en ‘empowerment’ laten de laagste scores zien.

Individueel is er op elk domein wel een deelnemer die laag scoort. Domeinen die het meest in het oog springen en waarop vijf of meer deelnemers laag scoren zijn de volgende: ‘geestelijke gezondheid’, ‘sociaal netwerk’, ‘zelfwaardering’, ‘participatie en controle’, ‘zelfmanagement’ en ‘hoop voor de toekomst’.

Wat tijdens de bespreking in de focusgroep met name naar voren kwam, was dat een aantal deelnemers behoefte heeft aan meer bezoek en persoonlijke aandacht van de hulpverlening; dat de hulpverleners niet alleen langskomen om de medicatie te delen, maar ook om af en toe een gesprek te voeren of om te vragen hoe het gaat. Uit de manier waarop de deelnemers van de focusgroep dit benoemden, zou meer bezoek en persoonlijke aandacht van de hulpverlening hen kunnen helpen de scores van het herstelproces op de betreffende domeinen te verbeteren, vooral op de gebieden van het persoonlijke en sociale netwerk. Sommige deelnemers lijken hulpverleners te zien als onderdeel van het sociale netwerk en hebben daar dan ook deze verwachtingen bij. Met name wanneer zij beschikken over geen of een klein sociaal netwerk.
Tijdens het afnemen van de vragenlijsten benoemde een deelnemer dat wanneer hij de verpleging om hulp vroeg, er altijd sprake was van ‘vertraging’: de verpleging/begeleiding had geen tijd, zat in de overdracht of vergadering of had pauze etc. Ook hieruit blijkt dat gebrek aan persoonlijke aandacht en tijd een punt van aandacht is.

Door het niet begrijpen van verschillende begrippen uit de I.ROC tijdens het afnemen van de vragenlijsten en tijdens de focusgroepbespreking, kan geconcludeerd worden dat het afnemen van meerdere vragenlijsten in een kort tijdsbestek ten koste is gegaan van het goed kunnen beantwoorden van de vragen.

Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voren dat de deelnemers de I.ROC qua uitstraling en werkbaarheid de beste vragenlijst vonden, omdat het een korte vragenlijst is met heldere kleuren en afbeeldingen.
De persoonlijke aandacht tijdens het afnemen van de vragenlijst deed de deelnemers zichtbaar goed. De deelnemers gaven aan dat er anders alleen gevraagd werd “hoe gaat het met je?”. Men wilden vaak meer vertellen dan mogelijk was tijdens dit onderzoek, waardoor er geconcludeerd kan worden dat het afnemen van de vragenlijst zorgt voor meer en diepgaander contact tussen de hulpverlener en de cliënt.

Eén deelnemer vertelde een aantal weken na de focusgroep spontaan aan één van de onderzoekers dat het gesprek haar veel had gebracht. Ze doelde met name op het gevoel van eigenwaarde dat het haar had gegeven. Ze bedoelde dat ze zich, in tegenstelling tot wat ze had gedacht, gewoon in het gesprek had durven mengen en haar mening had durven geven.

Met het onderzoek is een eerste stap gezet om het herstelproces van de cliënten van de Klinische Rehabilitatie persoonlijk met hen te bespreken. Uit reacties van verschillende deelnemers blijkt dat zij het bespreken van hun herstel en daarnaast de persoonlijke aandacht als waardevol ervaren. Dit nodigt uit tot het voortzetten van de herstelondersteunende zorg door het multidisciplinaire team. Meer onderzoek zal nodig zijn om de uitkomsten van dit onderzoek te bevestigen.

HOOFDSTUK 6: AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zullen de aanbevelingen worden geformuleerd. Deze aanbevelingen zullen gelden voor de zorgverlening binnen de afdeling Klinische Rehabilitatie van GGZ Drenthe. Deze aanbevelingen zijn gericht op het ontwikkelen en verbeteren van het persoonlijk herstelproces van de EPA-cliënten welke zijn opgenomen binnen de Klinische Rehabilitatie.

6.1 Aanbevelingen multidisciplinair team Klinische Rehabilitatie

- Het is van belang dat de herstelondersteunende zorg verder geïmplementeerd wordt in de dagelijkse zorgverlening en nog meer duidelijkheid verkrijgt bij de cliënten van de Klinische Rehabilitatie, waardoor deze cliënten weten wat herstelondersteunende zorg voor hen kan betekenen.
Dit kan gedaan worden door de kennis van het multidisciplinaire team te vergroten door het aanbieden van workshops of voorlichtingen van de HOECsteen (Herstel Ondersteunend Educatie Centrum van GGZ Drenthe). Daarnaast is het belangrijk om individueel met de cliënten in gesprek te gaan en ze vertrouwd te maken met de begrippen die horen bij herstel. Deze kennis bij de cliënten is een pré voor het afnemen van herstellijsten.

- Ter ondersteuning van het herstelproces van de cliënten is het wenselijk wanneer de hulpverleners vanuit het multidisciplinaire team meer persoonlijk contact zoeken met de cliënten. Een goed contact kan gezien worden als de basis van een goede behandeling. De presentietheorie is hierbij een passende benadering, omdat door deze manier van werken aangesloten wordt bij de wensen en de behoeften van de cliënt.

- Het advies is om de I.ROC, wanneer deze is gevalideerd, te implementeren als onderdeel van de behandeling. De handleiding van de I.ROC adviseert om de vragenlijst om de drie maanden bij de cliënt af te nemen, bijvoorbeeld door de persoonlijk begeleider van de cliënt. Op deze manier wordt het herstelproces van de cliënt inzichtelijk gemaakt en kunnen de uitkomsten gebruikt worden als basis van de behandeling (Sportel, Aardema, Roze, Beckers, & Tiemens, 2016).

6.2 Aanbevelingen organisatie

Meer onderzoek is nodig om de huidige uitkomsten op waarde te kunnen schatten en om te onderzoeken of bij een volgende meting dezelfde onderwerpen naar voren komen. Na meer onderzoek zal de waarde van het afnemen van een herstellijst vastgesteld kunnen worden. De I.ROC lijkt daarvoor een goed instrument, aangezien door middel van deze herstellijst concreet alle domeinen van herstel met de cliënten besproken worden (Aardema, Sportel, Boonstra, Castelein, & Pijnenborg, 2017). Op deze manier wordt het herstel van cliënten in kaart gebracht en kan de behandeling op de wensen van de cliënt worden aangepast.

6.3 Aanbevelingen groot onderzoek

De onderzoekers hebben tijdens het onderzoek opgemerkt dat het afnemen van verschillende vragenlijsten op hetzelfde moment erg veel gevraagd is van EPA-cliënten. Het werd door meerdere deelnemers als belastend ervaren.
Doordat er een tijdslimiet was gesteld aan het afnemen van de vragenlijsten ontbrak de kans door te vragen op de antwoorden die de deelnemers gaven, zoals op de vraag naar welke vragenlijst de voorkeur uitging. Hierdoor is waardevolle informatie voor het grote onderzoek gemist.
De onderzoekers willen dan ook de aanbeveling doen om voor het valideren van een vragenlijst, na het afnemen van de vragenlijsten een focusgroep samen te stellen waarin specifiek deze uitkomsten besproken kunnen worden.

LITERATUURLIJST

Aardema, H., Sportel, E., Boonstra, N., Castelein, S., & Pijnenborg, M. (2017). Het meten van herstel. Maakt de I.ROC de verwachtingen waar? Opgehaald van Het meten van herstel_HA_NVvP.pptx 01-04-2017.pdf

Aardema, H., Sportel, E., Boonstra, N., Castelein, S., & Pijnenborg, M. (sd). *Validering en implementatie van de I.ROC bij mensen met een ernstige psychische aandoening - Plan van aanpak*. Opgeroepen op Juni 15, 2017, van www.sympopna.nl: http://www.sympopna.nl/6b.pdf

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation Journal*(16(4)), 11-23.

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* Groningen: Noordhoff Uitgevers BV .

Boevink, W. (2017). In W. Boevink, *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Borst-Eilers, E. (2001, November 30). *Geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van VWS over onderzoek van het Trimbosinstituut naar achterblijvende zorg voor chronische patiënten in algemeen psychiatrische ziekenhuizen*. Opgeroepen op Mei 22, 2017, van https://zoek.officielebekendmakingen.nl: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/25424/kst-25424-37?resultIndex=299&sorttype=1&sortorder=4

Bram Querido. (2017). *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Opgehaald van Hulpgids. De gids voor de geestelijke gezondheidszorg: http://hulpgids.nl/recht/wettelijke-regelingen/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-(wgbo).html

Brouwers, E., van Gestel-Timmermans, H., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 14-17.

CGMV, v. v., CNV Zorg en Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, Nu '91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn, '., & V&VN. (2015, Januari). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional*. Opgeroepen op Mei 23, 2017, van www.nursing.nl: https://www.nursing.nl/PageFiles/13935/001_1420709885774.pdf

Couwenbergh, C., & van Weeghel, J. (2014, September). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Opgeroepen op Mei 7, 2017, van www.kenniscentrumphrenos.nl: http://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2014/10/Over-de-brug-PvA-EPA-september-2014.pdf

Delespaul, p., & de consensusgroep EPA e.a. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*(55), 427-438.

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

Ethologie.nl. (2016). *Random getallen generator*. Opgehaald van ethologie.nl: http://www.ethologie.nl/methoden/random.htm

GGZ Drenthe. (2017, Maart 1). *Strategische koers 2017-2020 Wij zien mensen*. Opgeroepen op Mei 20, 2017, van www.ggzdrenthe.nl: Strategischekoers 2017-2020 DEFINITIEF.pdf

GGZ Nederland. (2009, Maart). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurige zorg) aan mensen met ernstig psychische aandoeningen.* Opgeroepen op April 10, 2017, van ggznederland.nl: http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf

Hendriksen-Favier, A., Nijnens, C., & van Rooijen, S. (2012). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz. Utrecht: Trimbos Instituut.

Huber, M., van Vliet, M., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip gezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Janssen, M., & van de Graaf, W. (2009). *Dag vol ledigheid. Kwaliteit van dagbesteding in de verblijfssector van GGZ inGeest.* Amsterdam: AdSearch.

Kenniscentrum Phrenos. (sd). *Herstel & herstelondersteuning*. Opgeroepen op April 10, 2017, van www.kenniscentrumphrenos.nl: http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/

Klinische Rehabilitatie. (2016). Missie en visie Klinische Rehabilitatie, op weg naar langdurig herstel.

Krueger, R. (2006). Is it a focus group? Tips on how to tell. *Journal of Wound, Ostomy &Continence Nursing*, 363-366.

Monger, B., Hardie, S., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). The Individdual Recovery Outcomes Counter: preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist*(37), 221-227.

Phrenos Kenniscentrum. (2016). *Herstel & herstelondersteuning*. Opgehaald van Phrenos Kenniscentrum: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/

Salzer, M., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *American Psychiatric Association*.

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J. (2013). *Methoden en technieken van onderzoek.* Amsterdam: Pearson Benelux.

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J. (2013). Methoden en technieken van onderzoek. Amsterdam: Pearson Benelux.

Sportel, E., Aardema, H., Roze, K., Beckers, T., & Tiemens, B. (2016). *I.ROC Handleiding voor professionals.* Penumbra.

van Mierlo, T., van der Meer, L., Voskes, Y., Berkvens, B., Stavenuiter, B., & van Weeghel, J. (2016). De kunst van ART, werkboek Active Recovery Triad. In T. Mierlo, L. van der Meer, Y. Voskes, B. Berkvens, B. Stavenuiter, & J. van Weeghel, *De kunst van ART, werkboek Active Recovery Triad.* Utrecht: De Tijdstroom.

van Rooijen, S., & Kok, I. (2008, December 4). Zorg voor Beter in de Geestelijke Gezondheidszorg. Een tussenstand. *Kwaliteit in Zorg*. Opgehaald van Bestandsgrootte: Kb - Kwaliteit in Zorg

van Wijngaarden, B., Bransen, M., & Wennink, H. (2001). *Een keten van lege zondagen.* Utrecht: GGZ Nederland.

Verhoeven, N. (2016). Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en methodieken. In N. Verhoeven. Amsterdam: Boom uitgevers.

BIJLAGE I: I.ROC VRAGENLIJST

Herstel

Herstel betekent verschillende dingen voor verschillende mensen. Het betekent niet per se dat je bent 'genezen' of leeft zonder klachten, worstelingen of steun. Herstel betekent wel dat je zelf je eigen leven bepaalt, echte keuzes maakt en hoop hebt voor de toekomst. Het betekent niet alleen herkrijgen wat is verloren; het kan ook gaan om een nieuwe start.

I·ROC

I·ROC is een betrouwbaar instrument om de uitkomsten van herstel te meten. Je kunt het instrument zelf invullen of met hulp. Het is ontworpen om een gesprek over 12 aspecten van welzijn die samenhangen met herstel te structureren.

hope®

© Penumbra 2016

hope

home: *thuis*
een veilige plek om te leven

opportunity: *kansen*
het nastreven van zinvolle invulling van vrije tijd, opleiding en werk

people: *mensen*
zoals vrienden, vertrouwelingen en zij die steun bieden

empowerment
volledig betrokken bij besluiten over eigen leven

home: *thuis*
geestelijke gezondheid

- Overtuigingen
- Optimisme
- Gevoelens
- Gedachten
- Emoties
- Begrip
- Aandacht
- Stemming
- Welbevinden

home: *thuis*
geestelijke gezondheid

In de afgelopen drie maanden…
voelde ik me geestelijk en emotioneel goed, gezond en gelukkig.

1 NOOIT · 2 BIJNA NOOIT · 3 SOMS · 4 REGELMATIG · 5 BIJNA ALTIJD · 6 ALTIJD

hope

home: *thuis*
dagelijkse vaardigheden

- Koken
- Schoonmaken
- Omgaan met geld
- Omgaan met problemen
- Rekenen, lezen en schrijven
- Rekeningen betalen
- Een goede buur zijn
- Voor mezelf zorgen
- Boodschappen doen

home: *thuis*
dagelijkse vaardigheden

In de afgelopen drie maanden…
had ik de vaardigheden om voor mezelf te zorgen.

1 NOOIT · 2 BIJNA NOOIT · 3 SOMS · 4 REGELMATIG · 5 BIJNA ALTIJD · 6 ALTIJD

hope

home: *thuis*
je veilig en op je gemak voelen

- Ontspannen
- Rustig
- Veilig
- Nieuwe energie krijgen
- Buurt
- Comfortabel
- Schoon
- Betaalbaar

home: *thuis*
je veilig en op je gemak voelen

In de afgelopen drie maanden…
voelde ik me veilig en op mijn gemak in en rond mijn eigen woning.

1 NOOIT · 2 BIJNA NOOIT · 3 SOMS · 4 REGELMATIG · 5 BIJNA ALTIJD · 6 ALTIJD

hope

opportunity: *kansen*
lichamelijke gezondheid
Eten
Slapen
Conditie
Drugs
Alcohol
Roken
Pijn
Gezondheidschecks
Gewicht
Problemen bespreken
I·ROC

opportunity: *kansen*
lichamelijke gezondheid
In de afgelopen drie maanden…
voelde ik me lichamelijk
gezond.
1 NOOIT
2 BIJNA NOOIT
3 SOMS
4 REGELMATIG
5 BIJNA ALTIJD
6 ALTIJD
hope

opportunity: *kansen*
bewegen en actief zijn
Wandelen
Fietsen
Dansen
Zwemmen
Traplopen
Fitness
Tuinieren
Yoga
Sporten
Aerobics
I·ROC

opportunity: *kansen*
bewegen en actief zijn
In de afgelopen drie maanden…
was ik op vaste momenten
of met enige regelmaat
lichamelijk actief en deed aan
lichaamsbeweging.
1 NOOIT
2 BIJNA NOOIT
3 SOMS
4 REGELMATIG
5 BIJNA ALTIJD
6 ALTIJD
hope

opportunity: *kansen*
zingeving en levensdoelen
Betaald werk
Vrijwilligerswerk
Opleiding
Een bijdrage leveren
Begeleid werk
Scholing
Doelen
Structuur
I·ROC

opportunity: *kansen*
zingeving en levensdoelen
In de afgelopen drie maanden…
ben ik naar mijn mening zinvol
bezig geweest.
1 NOOIT
2 BIJNA NOOIT
3 SOMS
4 REGELMATIG
5 BIJNA ALTIJD
6 ALTIJD
hope

people: *mensen*
persoonlijk netwerk
Steun
Vrienden
Familie
Collega's
Plezier hebben
Dierbaren
Helpen
Luisteren
Problemen oplossen
I·ROC

people: *mensen*
persoonlijk netwerk
In de afgelopen drie maanden…
heb ik gevoeld dat ik mensen/
vrienden/dierbaren heb die me
kunnen steunen wanneer ik dit
nodig heb.
1 2 3 4 5 6
NOOIT BIJNA NOOIT SOMS REGELMATIG BIJNA ALTIJD ALTIJD
hope

people: *mensen*
sociaal netwerk
Gemeenschap
Groepen
Clubs
Activiteiten
Hobby's
Gedeelde interesses
Mensen ontmoeten
Plezier
Identiteit
I·ROC

people: *mensen*
sociaal netwerk
In de afgelopen drie maanden…
nam ik deel aan gezamenlijke
of groepsactiviteiten.
1 2 3 4 5 6
NOOIT BIJNA NOOIT SOMS REGELMATIG BIJNA ALTIJD ALTIJD
hope

people: *mensen*
zelfwaardering
Mezelf respecteren
Zelfvertrouwen
Voor mezelf zorgen
Mezelf voorop stellen
Ik vind mezelf leuk!
Spiritualiteit
Naar mezelf luisteren
Eigen identiteit
VIP
I·ROC
1

people: *mensen*
zelfwaardering
In de afgelopen drie maanden…
heb ik ervaren dat ik mezelf
waardeerde en respecteerde.
1 2 3 4 5 6
NOOIT BIJNA NOOIT SOMS REGELMATIG BIJNA ALTIJD ALTIJD
hope

empowerment
participatie en controle

- Beslissingen nemen
- Inspraak hebben
- Betrokken zijn
- Gehoord en begrepen worden
- Geïnformeerd zijn
- Meningen
- Keuzes
- Betogen
- Vragen stellen

empowerment
participatie en controle

In de afgelopen drie maanden…
voelde ik me betrokken bij de beslissingen die mijn leven beïnvloeden.

1 NOOIT | 2 BIJNA NOOIT | 3 SOMS | 4 REGELMATIG | 5 BIJNA ALTIJD | 6 ALTIJD

hope

empowerment
zelfmanagement

- Regie nemen
- Voor mezelf zorgen
- Beslissingen nemen
- Omgaan met mijn medicatie
- Ik ben de expert over mijn welzijn
- Verantwoordelijkheid nemen
- Crisisplan

EXPERT

empowerment
zelfmanagement

In de afgelopen drie maanden…
had ik het gevoel dat ik de regie had over mijn leven en dat ik mijn eigen leven kon leiden.

1 NOOIT | 2 BIJNA NOOIT | 3 SOMS | 4 REGELMATIG | 5 BIJNA ALTIJD | 6 ALTIJD

hope

empowerment
hoop voor de toekomst

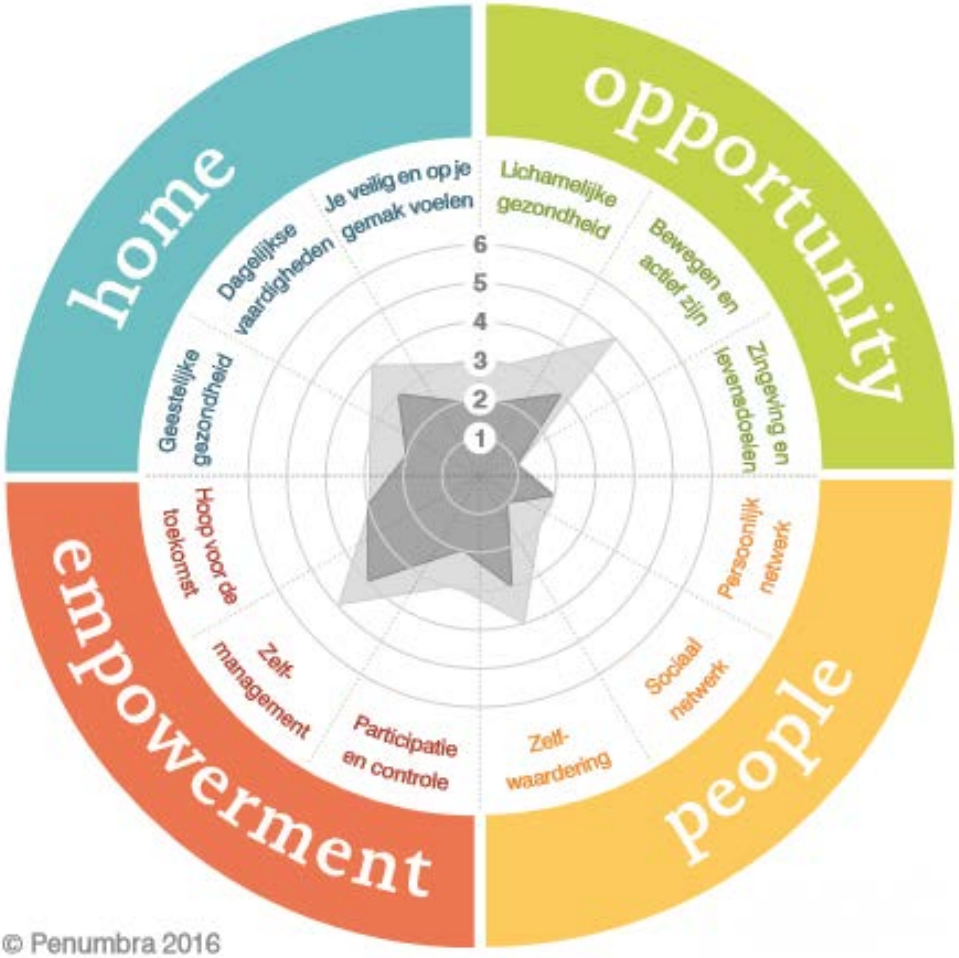
- Herstel
- Doelen
- Ambitie
- Optimisme
- Hoop en steun van anderen
- Hoop en steun voor anderen zijn
- Uitkijken naar
- Durven dromen
- Geloof
- Plannen maken

empowerment
hoop voor de toekomst

In de afgelopen drie maanden…
voelde ik me hoopvol over de toekomst.

1 NOOIT | 2 BIJNA NOOIT | 3 SOMS | 4 REGELMATIG | 5 BIJNA ALTIJD | 6 ALTIJD

hope



© Penumbra 2016

BIJLAGE II: ANTIPLAGIAATVERKLARING

Hanzehogeschool Groningen

Antiplagiaatverklaring (tegelijk met de opdracht inleveren)

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Assen
Datum: 12-01-2018

Naam student 1: Aline Kleinleugenmors

Handtekening student 1:

Naam student 2: Grietje Alkema

Handtekening student 2:

Naam student 3:

Handtekening student 3:

Naam student 4:

Handtekening student 4: