

Inhoudsopgave.

Inhoudsopgave.....	1
Inleiding.....	2
1. Afstudeerinstelling.....	3
1.1 Wat is FPC Veldzicht voor instelling.....	3
1.2 Missie en Visie FPC Veldzicht.....	3
Missie.....	3
Visie en uitgangspunten FPC Veldzicht.....	3
Waardensysteem.....	4
Gedragssysteem.....	4
Beloningssysteem.....	4
Feedbacksysteem.....	4
Bevoegdheden en verantwoordelijkheden.....	4
1.3 Afstudeerafdeling.....	5
Longstay.....	5
West 7 en 8.....	5
Missie en visie West 7/8.....	5
2. Achtergronden.....	6
2.1 Wat is TBS?.....	6
2.2 Voorgeschiedenis project.....	6
2.3 Situatie en probleemstelling.....	6
3. Doelgroep.....	7
3.1 Longstay patiënten.....	7
3.2 Psychologie patiënten.....	7
3.3 Kenmerken doelgroep.....	8
3.4 Tijdsduur verblijf.....	8
3.5 Deelname aantallen.....	8
4. Kwaliteit van leven.....	9
4.1 De theorie van Abraham Maslow.....	9
4.2 Kwaliteit van leven.....	9
4.3 Koppeling theorie met praktijk.....	9
5. Behoeften patiënten.....	10
5.1 Interviewvragen.....	10
5.2 Statistieken.....	10
5.3 Overeenkomsten.....	11
6. Behoeften sociotherapie.....	12
6.1 Interviewvragen.....	12
6.2 Statistieken.....	12
6.3 Overeenkomsten.....	12
7. Mogelijkheden.....	14
8. Koppeling.....	15
9. Voorstel.....	16
Literatuurlijst.....	18
Bronvermelding.....	19
Begrippenlijst.....	20
Bijlage.....	21
Bijlage 1.....	21
Observaties:.....	21
Conclusie:.....	23
Bijlage 2.....	24
Antwoorden bij de vragen van de patiënten.....	24
Bijlage 3.....	27
Antwoorden bij de vragen van de sociotherapie.....	27

Inleiding.

Staat u wel eens stil bij kwaliteit van leven? Laat staan bij kwaliteit van leven van Longstay patiënten in een TBS-kliniek!

Als u daarin geïnteresseerd bent dan ligt er voor u een mooie kans om er nu eens meer over te lezen. Voor u ligt het eindverslag van het onderzoek naar kwaliteit van leven op longstay afdeling West 7 en 8.

Wij, Nienke en Baukje Buwalda, vierde jaars studenten van de Christelijke Hogeschool Windesheim hebben een onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven op de longstay (West 7 en 8) van FPC Veldzicht te Balkbrug.

In dit verslag krijgt u een uitwerking te zien van hoe we het onderzoek uitgevoerd hebben.

In grote lijnen geven wij u een beeld van de behoeften van de patiënten en die van de sociotherapie. Van daaruit hebben wij gekeken waar de overeenkomsten liggen en waar we de sociotherapie een advies over uit kunnen brengen.

Vraagstelling waarvan uit wij ons onderzoek hebben gedaan is:

Wat houdt kwaliteit van leven in voor de patiënt en hoe kan de sociotherapie de patiënt daarin ondersteunen om kwaliteit van leven te bevorderen.

Onze onderzoeksvraag luidde als volgt:

Wat verstaan de patiënten onder kwaliteit van leven op de longstay afdeling West 7 en 8 en wat kan de patiënt zelf ondernemen om de kwaliteit van leven te bevorderen en hoe kan de sociotherapeuten hierin een bijdrage leveren?

Einddoel:

We gaan onderzoeken wat de patiënt verstaat onder kwaliteit van leven, wat kan de patiënt zelf ondernemen en hoe kan de sociotherapeuten hierin een bijdrage leveren.

Wij vinden het erg belangrijk dat er onderzoek verricht wordt naar kwaliteit van leven van longstay patiënten, omdat ondanks de longstay status er ook gewoon mensen wonen die recht hebben op een zo prettig mogelijk leven.

Wij hopen met dit onderzoek het leven van de longstay patiënt in het middelpunt te kunnen zetten en hiermee te bereiken dat er kritisch gekeken gaat worden naar een prettiger bestaan.

Voor het onderzoek zijn we uitgegaan van de humanistische theorie. Dit is de theorie van o.a.

Abraham Maslow. Hij gaat uit van het goede van de mens. Hij stelt dat de mens leeft vanuit een behoefte bevrediging. Deze heeft hij verwerkt in een piramide. Onderaan vindt u de belangrijkste behoeften (eten, drinken, seks enz) en bovenaan de zelfontplooiing (zie hoofdstuk 4.1).

Wij zien kwaliteit van leven ook als een invulling van je behoeften

Wij wensen u een leerzaam en interessant verslag toe.

1. Afstudeerinstelling.

Wij hebben ons onderzoek gedaan in de TBS. De instelling is FPC Veldzicht. In dit eerste hoofdstuk leest u wat voor instelling FPC Veldzicht is en welke missie en visie zij hanteren.

1.1 Wat is FPC Veldzicht voor instelling.¹

Hieronder volgt een uitleg over Veldzicht:

FPC Veldzicht werd in 1894 gebouwd als Rijks Opvoedings Gesticht voor jongens. Vanaf 1928 werd de Psychopathenwet in gebruik genomen en de maatregel die daarbij ingevoegd werd was TBR (terbeschikkingstelling van de regering). De TBR was bedoeld voor “den toerekeningsvatbare psychopaath”. Men spreekt daarom ook wel van de “Psychopatenwetten”. Veldzicht was een rijksasiel voor psychopaten.

Tijdens de periode van de TBR was er nauwelijks sprake van behandeling en stond opsluiting op de voorgrond. Na de oorlog veranderde deze opvatting en kwamen psychiatrische en psychologische behandelingen tot ontwikkeling die geleidelijk werden toegepast in TBR-inrichtingen. Vanaf 1951 kreeg de maatschappij te maken met de Beginselenwet en voor het eerst werden rechten en plichten van gevangenen wettelijk geregeld. Men vond dat gedetineerden overdag meer in gemeenschap met elkaar moesten werken. Als reactie op de kritiek die de TBR in de loop der jaren kreeg werd in 1988 het begrip TBR vervangen door het begrip TBS (terbeschikkingstelling). De Psychopathenwetten werden vervangen door de tijdelijke regeling van de rechtspositie van TBS gestelden. In 1997 werd de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden vastgesteld.

1.2 Missie en Visie FPC Veldzicht.

Missie.

FPC Veldzicht is een forensisch psychiatrisch centrum dat, in opdracht van het Ministerie van Justitie, op een kwalitatief hoogwaardige wijze, door middel van behandeling, verpleging en beveiliging, probeert te voorkomen dat er op korte en lange termijn recidive² plaatsvindt door de patiënten die aan FPC Veldzicht zijn toevertrouwd.

Visie en uitgangspunten FPC Veldzicht.

Veldzicht wil de mens in al zijn hoedanigheden centraal stellen; zowel alle patiënten als alle medewerkers van FPC Veldzicht willen zij zien als volwaardige mondige burgers van deze samenleving, met rechten en plichten en met waarden en normen.

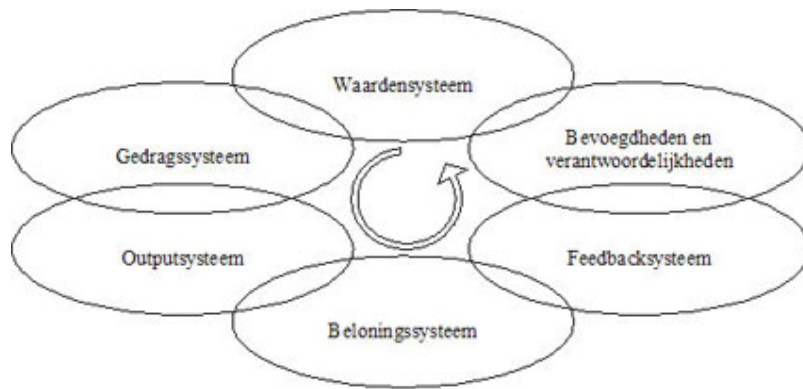
Veldzicht ziet dit als een voorwaarde om tot een goede behandeling te komen en een voorwaarde om tot gezond medewerkerschap te komen (in de uitwerking wordt de patiënt voortsnog als voorbeeld gebruikt). Ze willen meer een balans krijgen tussen de harde en de zachte aspecten van de organisatie.

Deze visie wordt onder meer zichtbaar door de volgende aspecten:

- elkaar respectvol bejegenen
- met empathie tegemoet treden
- zelfverantwoordelijkheid van de patiënt voor de behandeling
- zelfverantwoordelijkheid voor de medewerker voor de loopbaan
- zo normaal als mogelijk
- zo gelijkwaardig als mogelijk
- naast elkaar en voor elkaar
- voorbeeldfunctie

¹ www.fpcveldzicht.nl

² **Recidive** betekent letterlijk herhaling. De term recidive wordt hoofdzakelijk gebruikt waar het gaat om strafbare feiten ofwel: gaan mensen die ooit veroordeeld zijn opnieuw in de fout?



De mens wordt in al zijn hoedanigheden centraal gesteld. Alle patiënten en medewerkers moeten gezien worden als volwaardige mondige burgers van deze samenleving, met rechten en plichten en met normen en waarden en moeten als zodanig ook worden aangesproken. Veldzicht gaat uit van eigen verantwoordelijkheid en een mate van zelfsturing binnen de bepaalde visie en binnen bepaalde kaders. Met het gehanteerde model proberen ze tot een gelijk geheel te komen in waarden, normen en feedback rond de beoogde verandering.

Waardensysteem.

Op Veldzicht zullen ze elkaar respectvol moeten bejegenen en met empathie tegemoet moeten treden. Veldzicht geeft de patiënt zelf verantwoordelijkheid voor de behandeling. De medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor hun loopbaan. Veldzicht laat alles zo normaal en gelijkwaardig verlopen. Iedereen is er naast en voor elkaar en ze vervullen een voorbeeldfunctie.

Gedragssysteem.

Medewerkers moet transparant zijn en ze moeten beargumenteerd en gedocumenteerd te allen tijde hun doen en handelen kunnen uitleggen. Ze zijn flexibel, hebben empathisch vermogen en ze zijn in staat tot zelfreflectie. Integriteit staat centraal.

Beloningssysteem.

Medewerkers worden beoordeeld en beloond op basis van de inzet naar de inhoud van de zorg voor de patiënten. Voor alle medewerkers zullen scherp geformuleerde, gedifferentieerde leerdoelen en competenties op alle van belang zijnde aspecten worden aangegeven.

Feedbacksysteem.

Medewerkers staan met betrekking tot hun functioneren open voor alle vormen van feedback en spreken elkaar aan op ongewenst gedrag. Het geven van feedback is mogelijk op alle niveaus en tussen alle medewerkers. Ze zijn zich ervan bewust dat opbouwende kritiek hen kan helpen hun eigen functioneren nog verder te verbeteren.

Bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Deze zullen op grond van de beschreven visie in een ander perspectief komen te staan. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn afhankelijk van de waarden, het gedrag en het product dat ze met elkaar moeten leveren.

Gezien het voorgaande hebben zij te maken met twee basisprocessen binnen FPC Veldzicht:

Bij de uitvoering van zorg en behandeling staat het individuele patiëntproces centraal op de terreinen van leven, wonen, werken, leren en vrijetijdsbesteding.

Bij de uitvoering gaan ze uit van een efficiënte en effectieve zorg en behandeling met gekwalificeerde en gemotiveerde medewerkers. Dit laatste betekent dat de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in dit licht gezien moeten worden als een normaal bedrijfsproces.

1.3 Afstudeerafdeling.

Longstay.

De behandeling in een TBS-kliniek is er als basis op gericht om het zogenaamde delictgevaar tot een “aanvaardbaar minimum” terug te dringen. Niet alle patiënten zijn namelijk behandelbaar. Deze behandelresistentie leidt tot blijvende delictgevaarlijkheid. De maatschappij moet worden beschermd tegen mensen van wie wordt verwacht dat zij, ondanks vele behandel pogingen, opnieuw ernstige delicten zullen begaan. Daardoor is er besloten om voor deze patiënten een speciale voorziening te creëren. Het resultaat is de bouw van een zogenaamde longstay-afdeling. In april 1999 werd in FPC Veldzicht de eerste longstay afdeling geopend met plaats voor 22 patiënten. In 2005/2006 kwamen hier nog eens 22 plaatsen aan bij. Daarnaast kwamen er HAT-huisjes voor 6 patiënten. HAT-huisjes zijn kleine woningen voor twee longstay patiënten die voldoende zelfredzaam zijn, meer onafhankelijkheid aan kunnen maar die wel de beveiliging van een TBS-kliniek behoeven.

Plaatsing op een longstay afdeling gaat via een plaatsingsbeschikking van het Ministerie van Justitie, die zich daarbij laat adviseren door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP). Deze commissie bestaat uit onafhankelijke forensische psychiatrische deskundigen, aangewezen door het Ministerie van Justitie.

Bij overgang naar een longstay afdeling is het doel van de behandeling veranderd. Er wordt niet langer gewerkt met het delictgevaar als centrale thema, maar geprobeerd wordt om een patiënt zo stabiel mogelijk te laten functioneren. Er wordt niet langer gekeken naar wat een patiënt niet kan, maar wel naar welke vaardigheden hij of zij heeft. Hierbij is veel aandacht voor wonen, werken en vrije tijd.

Bewoners worden gestimuleerd om deel te nemen aan de werkmogelijkheden die FPC Veldzicht biedt. Op vrijwel alle voorkomende werkplekken zijn bewoners van de longstay te vinden. Voor de categorie bewoners die niet durven of kunnen werken op een reguliere arbeidssetting, tracht de afdeling een zinvolle dagbesteding te vinden.

Als bewoners ongeveer twintig uur per week werken, blijft er nog heel veel tijd over die op een zinvolle wijze kan worden ingevuld.

West 7 en 8.

West 7 en 8 zijn afdelingen binnen FPC Veldzicht. Van de vier longstay afdelingen die Veldzicht rijk is zijn West 7 en 8 er twee van. De longstay bestaat uit twee units. De ene unit heet West 3/4 en de andere unit heet dus West 7/8. Op iedere unit zijn dus twee afdelingen. West 7 is een afdeling en West 8 is een afdeling en samen vormen ze de unit West 7/8.

Missie en visie West 7/8.

Missie:

Ons behandelteam verleent langdurige zorg, behandeling en beveiliging op maat. De behandeling is gericht op het stabiliseren van de patiënt en op aanvaarding van het verblijf op de longstay afdeling. Patiëntgerichte behandeling in een supportief milieu zijn naast humane zorg en autonomie kernbegrippen om de kwaliteit van leven te waarborgen. Dit ter bescherming van de maatschappij, het voorkomen van recidive en het bevorderen van restcapaciteit.

Visie 2008:

In aansluiting op het jaarplan van Veldzicht om in 2012 toonaangevend te zijn en Anders in gesprek te willen zijn, zal de longstay dit volgen. De komende 5 jaar zal de longstay zich nog meer gaan richten op het streven naar een toonaangevende afdeling. Patiënten, medewerkers en maatschappij erkennen en waarderen de mogelijkheden van de afdeling binnen de gestelde kaders van Justitie. Dit doen we vanuit de visie dat succesbepalende factoren voor 2008 is:

- Begroting is sluitend.
- Voldoen aan brandveiligheidseisen.
- Kwaliteit van zorg: Voldoen aan HKZ criteria en HBO -onderzoek.
- Professionalisering van medewerkers.

2. Achtergronden

In dit tweede hoofdstuk gaan we in op de achtergronden van het onderzoek. Zo leggen wij uit wat nu precies TBS is en wat er aan het onderzoek vooraf is gegaan. Hoe is de onderzoeksvraag ontstaan? Vanuit welke probleemstelling is de vraag ontstaan? Dit zult u allemaal lezen in dit hoofdstuk.

2.1 Wat is TBS?

Terbeschikkingstelling³, afgekort TBS (voor 1988: terbeschikkingstelling van de regering, afgekort tbr), is in het Nederlandse strafrecht een maatregel die de rechter kan opleggen aan een verdachte van een misdrijf, waar minimaal vier jaar gevangenisstraf op staat of van enkele specifiek genoemde delicten (bijvoorbeeld bedreiging en stalking). Voorwaarde is dat de rechter ervan overtuigd is dat de verdachte ten tijde van het delict lijdende was aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ook dient er een causaal⁴ verband te zijn tussen het delict en de stoornis. Als laatste officiële eis moet er een onafhankelijk onderzoek zijn gedaan, dat niet ouder is dan één jaar.

2.2 Voorgeschiedenis project.

Op een afdeling wonen maximaal 12 bewoners. Op de afdelingen wonen mensen met een psychiatrische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Het verschil in vermogen is zichtbaar tussen deze beide “groepen”. Daarin zijn weinig patiënten op de longstay West 7/8 waarbij het lijkt dat ze weinig bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven zou in kunnen houden dat de patiënten zo humaan mogelijk kunnen leven en dat de kwaliteit hoog is (voor richtlijnen; zie piramide van Maslow HK 4.1). Onder kwaliteit van leven wordt in het algemeen (dus niet alleen op Veldzicht) verstaan “vrijheid”, verantwoordelijkheid en zelfontplooiing. Nu nog leeft een bepaalde groep patiënten voor zichzelf en de afdeling is niet hun prioriteit, dat houdt in dat de sociotherapeut degene is die de afdeling leefbaar probeert te houden.

Hierin willen we onderzoeken hoe de kwaliteit van leven verbeterd kan worden en hoe de sociotherapie hierin kan participeren/ ondersteunen.

2.3 Situatie en probleemstelling.

Op een afdeling wonen maximaal 12 bewoners. Op de afdelingen wonen mensen met een psychiatrische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Het verschil in vermogen is zichtbaar tussen deze beide “groepen”. Er zijn weinig patiënten op West 7/8 waarbij het lijkt dat ze weinig bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven zou in kunnen houden dat de patiënten zo humaan mogelijk kunnen leven en dat de kwaliteit hoog is. Onder kwaliteit van leven wordt in het algemeen (dus niet alleen op Veldzicht) verstaan “vrijheid”, verantwoordelijkheid en zelfontplooiing. Het probleem is dat er nu een bepaalde groep patiënten voor zichzelf leeft en de afdeling is niet hun prioriteit is, dat houdt in dat de sociotherapeut degene is die de afdeling leefbaar probeert te houden. Hierin willen we onderzoeken hoe de kwaliteit van leven verbeterd kan worden en hoe de sociotherapie hierin kan participeren/ ondersteunen.

Het gevolg voor de kwaliteit van leven kan zijn dat mensen zich gaan vervelen, boosheid ontwikkelen of depressief raken. Aangezien de kliniek vanuit de visie patiënt proces centraal werkt, lijkt dit probleem dan ook niet aan te sluiten op deze nieuwe kijk op de patiënt.

³ [http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_\(strafrecht\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_(strafrecht))

⁴ Causaal = oorzakelijk

3. Doelgroep

In voorgaande hoofdstukken heeft u kunnen lezen in wat voor instelling wij ons onderzoek hebben gehouden en wat er aan vooraf is gegaan om tot dit onderzoek te komen. In dit hoofdstuk gaan we in op de doelgroep. Met wat voor mensen hebben wij te maken gehad tijdens ons onderzoek? U leest het allemaal in hoofdstuk 3.

3.1 Longstay patiënten.

De doelgroep die betrokken is bij ons onderzoek bestaat uit longstay patiënten. Longstay patiënten zijn TBS-gestelden die geen behandeling ondergaan en nog steeds een risico voor de maatschappij vormen. De behandeling van deze patiënten is beëindigd. Dat betekent dat deze groep TBS'ers een minimaal uitzicht heeft op een terugkeer in de maatschappij.

De wetgever stelt dat een TBS behandeling in principe binnen zes jaar afgerond moet zijn. Als binnen deze zes jaar het recidivegevaar (het gevaar opnieuw een delict te begaan) onvoldoende is verminderd, wordt de kliniek gekort op de verpleegprijs en zal de nadruk verschuiven van behandeling naar verblijf. Wanneer behandeling in twee verschillende klinieken onvoldoende resultaat oplevert (in die zin dat het recidivegevaar niet of onvoldoende is verminderd en er geen zicht is op verbetering) kan een terbeschikkinggestelde aangemerkt worden als 'longstay patiënt'.

Het Ministerie van Justitie neemt hiertoe het besluit na zich door het LAP (Landelijke Adviescommissie Plaatsing, bestaande uit psychologen en psychiaters) te hebben laten informeren. Hoewel ook tijdens de longstay de TBS maatregel minimaal één keer per twee jaar wordt geëvalueerd, kan dit leiden tot een levenslang verblijf binnen justitiële instellingen of forensische psychiatrie.⁵

3.2 Psychologie patiënten.

De diagnoses van de patiënten lopen sterk uitéén op West 7 en 8.

Voor het gemak maken we onderscheid in psychiatrische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Psychiatrische stoornissen⁶:

- Angststoornis (PTSS, fobieën, obsessief-compulsieve stoornis, paniekstoornis)
- Schizofrenie (wanen, hallucinaties, onlogische denkpatronen, afwijkende belevingen)
- psychotisch (wanen & hallucinaties)

Persoonlijkheidsstoornissen:

Het DSM-IV vermeldt tien vormen van persoonlijkheidsstoornis, die in drie groepen (zg. clusters) zijn onderverdeeld:

Cluster A (vreemd of excentriek gedrag)

Paranoïde persoonlijkheidsstoornis

Schizoïde persoonlijkheidsstoornis

Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B (overdreven, emotioneel of onconventioneel gedrag)

Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis

Borderline-persoonlijkheidsstoornis

Theatrale persoonlijkheidsstoornis

Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C (gespannen of angstig gedrag)

Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (niet te verwarren met de obsessief-compulsieve stoornis)

⁵ [http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_\(strafrecht\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_(strafrecht))

⁶ http://nl.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders

3.3 Kenmerken doelgroep.

Veelal is de doelgroep longstay patiënten ongemotiveerd. Dit komt, omdat ze een uitzichtloos bestaan leiden.

Een kleine groep longstayers werkt binnen de kliniek. Dit doen zij om een zinvolle dagbesteding te creëren en zich niet hoeven te vervelen. De restgroep, die niet werkt, werkt niet omdat zij dit juist als onprettige dagbesteding beschouwen of gewoon geen zin hebben. Dit kan ook komen door hun stoornis of verminderde intelligentie.

Een ander kenmerk van deze doelgroep is, dat ze niet meer behandeld worden. Iedere patiënt heeft wel een begeleidingsplan en een signaleringsplan. In dit eerste plan staan doelen waaraan een patiënt kan werken en in het tweede plan staat beschreven welke fases een patiënt kent en geeft per fase aan in welke geestelijke toestand de patiënt verkeerd. Aan de hand van dit plan kan gesignaleerd worden welke begeleidingswijze er toegepast moet worden (denk aan evt. rust op de kamer nemen, een time-out, kamerplaatsing, separeer of in minder ernstige gevallen hoe de sociotherapie kan reageren op de patiënt).

3.4 Tijdsduur verblijf.

In principe is longstay een verkapte levenslang. Maar iedere twee jaar moet de patiënt naar de rechtbank voor een verlengingszitting. Hier bekijkt de rechter hoe de patiënt er voorstaat en beslist dan of de TBS verlengt gaat worden (in de meeste gevallen 2 jaar, maar in enkele gevallen een jaar). Mocht er één jaar verlenging gegeven worden, dan wordt de patiënt na een jaar opnieuw getoetst. Een enkele keer komt het voor dat een longstay patiënt dermate vooruitgang boekt, dat er opnieuw gekeken wordt naar de mogelijkheden van behandeling. Er bestaat dan een grote kans op terugkeer in de behandeling en zelfs een kans op terugkeer in de maatschappij.

3.5 Deelname aantallen.

Op West 7 en 8 verblijven er momenteel (totaal van beide afdelingen) 24 patiënten. Op iedere afdeling wonen er dus 12 patiënten.

Voor het onderzoek hebben wij opgave lijsten opgehangen op beide afdelingen. Ter informatie hebben alle patiënten een brief in de bus gekregen met uitleg over ons onderzoek. Tijdens bezoeken hebben wij aan patiënten uitgelegd waar ons onderzoek over gaat en waar het interview over zou gaan en waarom ze zich nu moesten opgeven.

Voor het interview hebben er uiteindelijk 6 patiënten zich opgegeven. Al deze mensen hebben wij ook geïnterviewd. Daarnaast hebben wij nog 2 patiënten kunnen interviewen in een informeel gesprekje. Het totaal komt daarmee op 8 patiënten.

4. Kwaliteit van leven

Hoofdstuk 4 gaat in op kwaliteit van leven. Wij hebben onderzoek gedaan naar hoe het er nu voorstaat met kwaliteit van leven op de afdelingen. Dit hebben we gedaan door middel van observaties naar het wel en wee op de afdeling.

4.1 De theorie van Abraham Maslow⁷.

Maslow is één van de grondleggers van de humanistische psychologie. Maslow maakt onderscheid tussen verschillende lagen van menselijke behoeften die hiërarchisch geordend zijn. Hij maakt onderscheid in: lichamelijke behoeften, behoeften aan veiligheid, behoeften aan liefde en ergens bij willen horen, behoeften aan waardering en zelfontplooiing. De mens heeft een biologische behoefte om meer en meer te worden dan wat ze al zijn, om alles te worden waartoe zij in staat zijn.

Maslow gaat ervan uit dat de mens van nature goed is. De piramide van Maslow bestaat uit vijf treden. De onderste trede is de belangrijkste behoefte van de mens: de lichamelijke behoefte, denkende aan eten, drinken, seks, ontlasting.

Tweede trede is de behoefte aan veiligheid en zekerheid. Dit houdt in dat mensen zich veilig willen voelen in hun omgeving.

De derde trede is de behoefte aan sociaal contact. De betekenis dat mensen omgang willen met anderen, vriendschap, liefde en positief- sociale relaties.

Trede vier is de behoefte aan waardering en erkenning. Dit betekent dat men in groepen belangen hecht aan status in sociaal verband.

De laatste en vijfde trede is de behoefte aan zelfontplooiing. Dit is de behoefte om persoonlijkheid en geestelijke groei te ontwikkelen.



4.2 Kwaliteit van leven⁸

Het blijkt dat de term kwaliteit van leven gebruikt wordt in verbinding met beide varianten van het begrip welzijn. De term kwaliteit van leven verwijst naar de mate waarin iemand tevreden is over zijn leven. De tweede variant is de mate waarin iemand beschikt over de middelen die voor hem van belang zijn voor de vergroting van de mogelijkheden om zijn levensplan te realiseren.

4.3 Koppeling theorie met praktijk.

Wij hebben gekozen voor de theorie van Maslow, omdat wij na lang brainstormen tot de conclusie zijn gekomen dat voor ons deze behoeften van belang zijn om een prettig leven te leiden. Daarom gaan wij bij ons onderzoek uit van de behoeftenpiramide van Maslow. In ons onderzoek proberen we helder te krijgen bij welke behoeften er het één en ander veranderd kan worden, waardoor de patiënten een nog prettiger leven kunnen leiden.

⁷ Musschenga, A.W. *Kwaliteit van Leven, criteria voor medisch handelen?* Ambo, Baarn, 1987.

⁸ Musschenga, A.W. *Kwaliteit van Leven, criteria voor medisch handelen?* Ambo Baarn 1987.

5. Behoeften patiënten

Om te onderzoeken hoe nu kwaliteit van leven er voor de patiënten uit ziet, hebben wij een vragenlijst samengesteld. Hierop staan vragen met betrekking tot kwaliteit van leven. Hoe zien zij dat nu? Wat houdt kwaliteit van leven voor hen in? Dat soort vragen komen naar voren in dit hoofdstuk.

5.1 Interviewvragen.

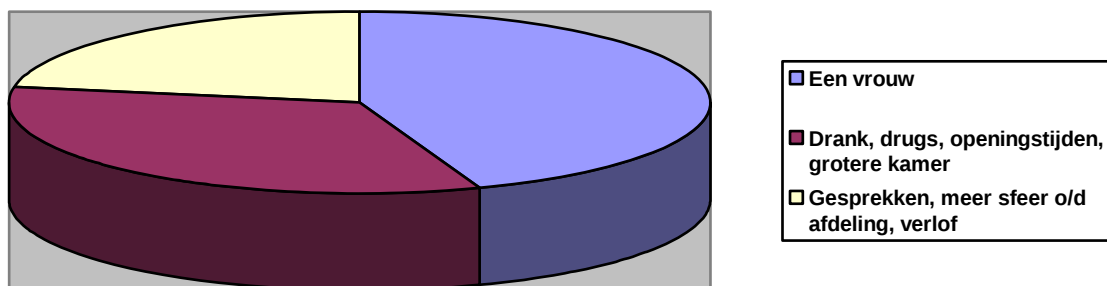
1. Wat houdt kwaliteit van leven voor jou in?
2. Hoe zie je kwaliteit van leven?
3. Wat versta je onder kwaliteit van leven?
4. Wat wil je?
5. Wat kan je zelf daarin ondernemen en wat kan de sociotherapie daarin doen?
6. Wat waardeer je?
7. Hoe zie je de rol van de sociotherapie als het gaat om jouw kwaliteit van leven?

5.2 Statistieken.

In dit hoofdstuk laten wij u de cijfers zien die het onderzoek opgeleverd heeft. Er zijn in totaal 11 patiënten geïnterviewd. De legenda geeft aan waar de overeenkomsten liggen in de antwoorden van de patiënten. Het gaat hierom wat de patiënten graag zouden willen om hun kwaliteit van leven te kunnen verbeteren. De grafiek hieronder is dus op basis van 11 patiënten.

Enkele cijfers:

- 4 patiënten willen het liefst een vrouw.
- 3 patiënten zouden graag drank en drugs willen gebruiken.
- 3 patiënten zouden ruimere openingstijden waarderen.
- 3 patiënten zouden een grotere kamer willen.
- 2 patiënten zouden meer diepgaande gesprekken met de sociotherapie willen.
- 2 patiënten zouden meer sfeer op de afdeling willen
- 2 patiënten zouden graag op verlof gaan.



Blauw: 4 van de 11 patiënten

Paars: 3 van de 11 patiënten

Geel: 3 van de 11 patiënten

5.3 Overeenkomsten.

Er zijn veel geïnterviewden die graag ruimere openingstijden zien. Ze willen graag in het weekend langer op de afdeling blijven en eerder van de kamer kunnen komen. Dit, omdat de meeste werkende patiënten dan de meeste vrijheid hebben waar ze dan graag gebruik van willen maken. Maar een andere reden is, dat veel patiënten de maatschappij naar binnen willen hebben en dan zou meer vrijheid in de zin van ruimere openingstijden gezien kunnen worden als de vrijheid die mensen “buiten” in het weekend hebben.

Een andere overeenkomst is dat meerdere patiënten graag diepgaandere gesprekken zouden hebben met de sociotherapeuten. Ze zijn van mening dat de sociotherapeuten veel op het kantoor zitten en als ze op de afdeling zijn, dan ook voor het hoognodige en nemen dan weinig tijd om leuk met de patiënten in contact te gaan.

Een belangrijke overeenkomst is ook dat men de afdeling te saai vindt. Ze zien graag wat meer huiselijke sfeer. Het oogt nu niet als een woonafdeling. Mensen moeten hier voor de rest van hun leven wonen, maar ervaren dit niet als hun thuis.

Er wordt ook geklaagd over de grootte van de kamer. Voor een longstay afdeling zijn de kamers wel erg klein. Patiënten hebben weinig privacy en kunnen hun kamer niet huiselijk maken, omdat er gewoon geen ruimte voor is.

Een aspect dat erg vaak naar voren komt, en dan vooral bij de mannelijke patiënten, is dat ze de intimiteit met vrouwen missen. Zij zouden graag meer contact met vrouwen van buiten willen, maar nu gaat dit allemaal erg langzaam.

Praktische wensen vanuit de patiëntengroep zijn o.a. beter internet, meer onderwijs, nuttige dagbesteding (binnen Veldzicht, dus niet zozeer op de afdeling) als bv. makkelijker muziek kunnen maken in een groep.

6. Behoeften sociotherapie

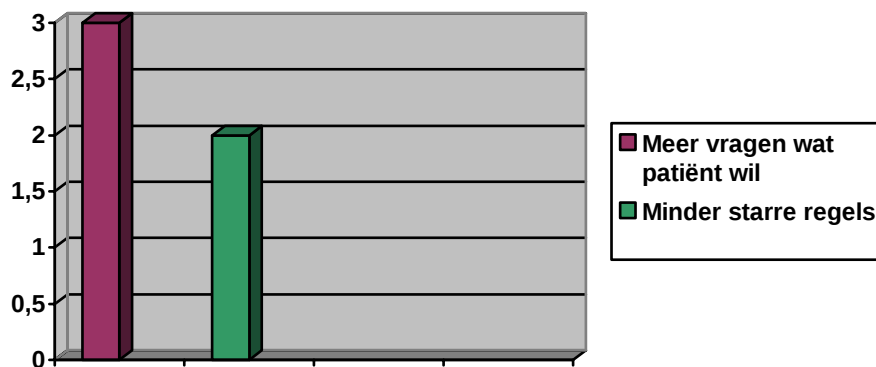
Om te onderzoeken hoe de sociotherapie kwaliteit van leven ziet, hebben wij een vragenlijst samengesteld. Hierop staan vragen m.b.t. kwaliteit van leven: Hoe zien zij dat nu? En wat houdt kwaliteit van leven nu voor hen in? Dat soort vragen komen voor in dit hoofdstuk. Verder leest u de overeenkomsten die naar voren komen vanuit de interviews.

6.1 Interviewvragen.

1. Wat versta je onder kwaliteit van leven? Hoe zie je kwaliteit van leven?
2. Wat is goed op de afdeling m.b.t. kwaliteit van leven?
3. Wat zou anders kunnen m.b.t. kwaliteit van leven?
4. Hoe kan kwaliteit van leven verbeterd worden?
5. Hoe kan je de patiënt hierin ondersteunen?
6. Is het haalbaar?
7. Wat leveren deze veranderingen op?

6.2 Statistieken.

In dit deelhoofdstuk beschrijven wij de exacte cijfers die bij dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Tijdens het onderzoek zijn 12 sociotherapeuten geïnterviewd. Hieronder in de grafiek kunt u zien waar de meeste overeenkomsten liggen en hoeveel sociotherapeuten ditzelfde antwoord hebben gegeven. Het gaat hier om de antwoorden op de vraag hoe de kwaliteit van leven verbeterd kan worden.



Bovenstaande grafiek geeft het aantal sociotherapeuten dat hetzelfde antwoord hebben gegeven, weer.

6.3 Overeenkomsten.

Na het onderzoeken hoe de sociotherapie tegen dit onderwerp aankijkt is ons opgevallen dat er weinig overeenkomsten te vinden zijn. De meeste antwoorden worden gegeven door maar 1 persoon. Van de 12 geïnterviewden zijn er 3 die de patiënt meer zou willen vragen wat hij/ zij wil om de kwaliteit van leven te verbeteren. 2 van de 12 ondervraagden zou graag minder starre regels zien om de kwaliteit van leven te verbeteren.

Daarnaast zijn er dus heel veel losse antwoorden gegeven. Voor de exacte antwoorden verwijzen wij u naar bijlage 3.

Vraag 4. Hoe kan kwaliteit van leven verbeterd worden?

- Brainstormen over mogelijkheden
- Dialogen patiënten en personeel
- Door onderzoek
- Het personeel moet de juiste inschatting maken of de behandeling bij de persoon past
- Inventariseren eigen wensen/ behoeften
- Meer verantwoordelijkheden geven
- Meer vragen wat patiënt wil
- Minder starre regels en meer ruimte, die beter passen in de longstay visie
- Ondernemen van acties
- Open staan voor verbetering

7. Mogelijkheden

In de vorige twee hoofdstukken heeft u kunnen lezen hoe zowel de patiënten als de sociotherapie tegen kwaliteit van leven aankijken. In dit hoofdstuk gaan we aandacht besteden aan de mogelijkheden om tot verbetering van kwaliteit van leven te komen.

In voorgaande 2 hoofdstukken heeft u kunnen lezen welke antwoorden er zoal gegeven zijn om de kwaliteit van leven te verbeteren. De patiënten en sociotherapeuten denken daar toch wel verschillend over. Subjectief gezien zou er weinig mogelijk zijn als we naar de antwoorden van de sociotherapie kijken. Er waren enkele overeenkomsten in de antwoorden te bespeuren.

Als we naar de antwoorden van de patiënten kijken, zou er nog best het één en ander kunnen veranderen.

Praktisch gezien is er ook veel (nog) niet mogelijk omdat Veldzicht aan regels is gebonden.

Zo worden drank en drugs niet zomaar gelegaliseerd, is het contact leggen met een persoon buiten de inrichting een lang proces en kunnen patiënten niet zomaar naar buiten voor verlof.

Wat wel mogelijk is, is deze wensen eens terug te koppelen naar de directie.

8. Koppeling

In dit hoofdstuk leggen wij u uit hoe de resultaten van de behoeften van de patiënten gekoppeld kunnen worden aan de behoeften van de sociotherapie.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat er enkele overeenkomsten te vinden zijn in de behoeften van de patiënten en sociotherapie.

De patiënten hebben duidelijke behoeften en uit het onderzoek zijn resultaat gekomen zoals bv, dat 4 van de 11 ondervraagden graag een vrouw willen.

De sociotherapeuten zitten op een andere frequentie. De sociotherapeuten zitten meer op het gebied van beleid en zien eerder beren op de weg.

Maar er is toch een koppeling te maken in de antwoorden van beide partijen. Hieronder laten wij u zien welke antwoorden er gegeven zijn die met elkaar overeenkomen.

Antwoorden patiënten	Antwoorden sociotherapeuten
• Beperkte mate van drank en drugs gebruik • De maatschappij naar binnen halen • Diepgaande gesprekken gericht op de toekomst (met sociotherapie) • Eigen leven kunnen leiden • Emoties kunnen uiten • Gezelligheid • Grotere kamer • In het weekend de insluittijden verruimen • Inzicht in zichzelf en de ander • Meer activiteiten binnen Veldzicht • Meer diepgaande gesprekken • Meer (huiselijke) sfeer op de afdeling • Meer zelfstandigheid • Verlof	• Borreltje in het weekend, individueel bekeken. Veel meer ingaan op diverse behoefte bevrediging: bv seks, drugs • Meer aandacht voor de mens achter de patiënt • Meer eigen verantwoording • Meer faciliteiten voor de invulling van een zinvolle dagbesteding • Meer naar de wensen van patiënt kijken • Meer overleg en samenwerking met patiënten/ meer vragen wat patiënt wil • Meer vrijheid • Ruimer gebouw, kamers • Zelfontplooiing • Brainstormen over mogelijkheden • Dialogen patiënten en personeel • Minder starre regels en meer ruimte, die beter passen in de longstay visie

9. Voorstel

Om het onderzoek goed af te ronden, willen we in dit hoofdstuk aandacht besteden aan een voorstel. Wij brengen het voorstel aan de sociotherapie uit, zodat zij een plan hebben die ze kunnen gebruiken om kwaliteit van leven op de afdeling te kunnen verbeteren.

Als we kijken naar de overeenkomende antwoorden die gegeven zijn, kunnen we concluderen dat er het één en ander anders zou kunnen op de afdeling. Om de kwaliteit van leven te kunnen verbeteren zouden zowel patiënten als sociotherapeuten een bijdrage kunnen leveren.

Voorstel 1:

Vanuit beide partijen wordt aangegeven dat de ruimtes, waaronder de kamers van de patiënten, aan de krappe kant zijn. Een longstay patiënt zal in principe de rest van zijn leven doorbrengen op deze afdeling. Voorstel is grotere leefruimte of meer privacy.

Voorstel 2:

Luister als sociotherapeuten meer naar wat de patiënt te zeggen heeft en wat hij of zij graag wil. Vanuit beide partijen is gebleken dat er tekortkomingen zijn vanuit het team naar de patiënten toe. Het komt de kwaliteit van leven ten goede wanneer de sociotherapeuten meer op de afdeling zouden zijn en meer aandacht aan de patiënt zouden besteden.

Voorstel 3:

Een derde voorstel van ons is om met de patiënten te gaan brainstormen over hoe het anders zou kunnen op de afdeling. Wat ze graag willen. Op deze manier kom je ook meer in contact met de patiënt en kom je meer op één lijn.

Voorstel 4:

Meer betrokkenheid naar de patiënten toe. Deze kunt u samen zien met voorstel 2. Patiënten zien graag meer sociotherapie op de afdeling en zouden graag meer inhoudelijke gesprekken willen met de medewerkers. Dus sociotherapeuten moeten meer de afdeling op en anders in gesprek kunnen gaan met de patiënt.

Voorstel 5:

Organiseer gespreksmomenten met een aantal (of alle, wie er maar wil) patiënten en bespreek thema's die eerder ter tafel zijn gekomen. Op die manier kan je de patiënt meer inhoud bieden.

Voorstel 6:

Breng meer sfeer op de afdeling. De afdeling is, na onderzoek gebleken, niet huiselijk. Opnieuw zou samen met de patiënten gekeken kunnen worden welke veranderingen er plaats zouden kunnen vinden om meer sfeer op de afdeling te krijgen.

Voorstel 7:

Organiseer een dag (of meerdere dagen) om samen met een aantal patiënten ten eerste te brainstormen voor mogelijkheden om de afdeling huiselijker te maken en deze vervolgens daadwerkelijk huiselijker te maken.

Voorstel 8:

Ga weer eens met z'n allen als ST om de tafel en ga brainstormen over de mogelijkheden hoe behoeften naar vrouwen en alcohol bevredigd kunnen worden. Bekijk dit niet te zwart wit en zoek naar alternatieven. Ga creatief om met de mogelijkheden en de regels die er zijn.

Voorstel 9:

Ga in het weekend eerder open en later dicht. Zo haal je de maatschappij meer naar binnen doordat de patiënt in het weekend zijn vrijheid beter kan benutten.

Wie zou wat kunnen doen om de kwaliteit van leven te kunnen bevorderen?Patiënten

- Zelf meer op de afdeling aanwezig zijn
- Zelf aangeven wat je behoeften zijn
- Streven voor betere kwaliteit van leven
- Opkomen voor jezelf
- Bij de sociotherapie aangeven dat je graag in gesprek wil

Sociotherapie

- Meer op de afdeling aanwezig zijn
- Met respect de patiënten tegemoet treden
- Beter naar de behoeften van de patiënten luisteren
- Soepeler omgaan met regels

Organisatie

- Grotere kamers
- Huiselijke sfeer creëren door bv banken
- Meer kleur op de wanden
- Beter internet
- De mogelijkheid tot contact leggen via internet
- Ruimere openingstijden in het weekend

Samenvatting:

- Meer sociotherapeuten op de afdeling
- Grotere kamers
- Meer sfeer op de afdeling
- Meer betrokkenheid naar de patiënten toe
- Ruimere openingstijden
- Brainstormen naar meer mogelijkheden en alternatieven

Literatuurlijst

Musschenga, A.W., *Kwaliteit van Leven, criteria voor medisch handelen?* Uitgeverij Ambo Baarn. 1987. ISBN: 9026308558

Molen, H. van de, Perreijn, S. en van den Hout M., *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Uitgeverij Wolters-Noordhoff Groningen. 1997. ISBN: 9001596339

Baarda, D.B. en Goede, M.P.M. de, *Basisboek methoden en technieken*. Uitgeverij Stenfert Kroese Groningen. 2001. ISBN: 9020730304

Derks, Willem. *Zo waarlijk helpe mij Freud almachtig, de invloed van de psychanalyse op het strafrecht*. Uitgeverij Balans. 1986 Amsterdam. ISBN: 9050180027

Koetsier-Korvinus, C.H. en T.C. *Recht op een gaaf leven, pleidooi voor de rechten van (ex-)psychiatrische cliënten*. Uitgeverij Kok Kampen, 1994. ISBN: 9024284171/ CIP

Bronvermelding

www.fpcveldzicht.nl

[http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_\(strafrecht\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_(strafrecht))

http://nl.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders

[http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_\(strafrecht\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Terbeschikkingstelling_(strafrecht))

Begrippenlijst

Recidive betekent letterlijk herhaling. De term recidive wordt hoofdzakelijk gebruikt waar het gaat om strafbare feiten ofwel: gaan mensen die ooit veroordeeld zijn opnieuw in de fout?

Causaal = oorzakelijk.

Longstay is een afdeling voor uitbehandelde TBS patiënten.

Bijlage

Bijlage 1

Observaties:

Doel: overzicht krijgen van de dagelijkse activiteiten.

29-11-2007

Afdeling west 7

Tijdens de vroege dienst

- Patiënt J: "Een fles wijn met oud en nieuw mag niet eens, noem je dat vrijheid?"
- Om tien uur wordt er gezamenlijk koffie/ thee gedronken met de sociotherapie.
- Patiënte E puzzelt samen met de sociotherapie in de krant aan tafel.
- Patiënten kijken gezamenlijk tv bij patiënt M op kamer.
- Patiënten komen bij de sociotherapie zitten om te praten.
- Patiënt J: "Vies eten op de afdeling."
- Patiënt J klaagt over zijn straf (zit al 23 jaar, heeft lang genoeg gezeten).
- Patiënten krijgen een FRIS-cursus (soort relatiecursus voor patiënten).
- Patiënt helpt met de afwas, sociotherapie bedankt hem hiervoor.
- Patiënt rommelt wat op zijn kamer en maakt zijn bed op.
- Sociotherapie ondersteunt bij de ADL (kamerreiniging).
- Observator krijgt een brief van een patiënt.
- Een patiënt ruimt een klokhuis op van de tafel.
- Patiënten komen in de koffiehoek zitten bij de observatoren.
- Tijdens de ADL geeft de sociotherapie aanwijzingen.
- Sociotherapie corrigeert een patiënt: "M, dat zag ik." "Sorry!"
- Patiënt helpt medepatiënt met opruimen.
- Patiënten begroeten elkaar opgewekt.

04-12-2007

Afdeling west 8

Tijdens de vroege dienst

- Patiënten roken samen buiten.
- Patiënten komen op de groep zitten.
- Patiënt betreft observator bij de legpuzzel.
- Patiënt leest krant op de groep.
- Patiënt reinigt zijn kamer, sociotherapie ondersteunt hem daarbij.
- Patiënte komt terug op de afdeling van het sporten.
- Patiënten gaan samen naar een kamer.
- Patiënten praten met elkaar over sporten en afvallen en motiveren elkaar.
- Patiënt klaagt over zijn gewicht en wil niet eten, wiebelt met zijn voet.
- Patiënt dekt de tafel (dit is zijn huisdiensttaak).
- Patiënt ijsbeert over de afdeling.
- Patiënt smeert brood om dit op zijn kamer op te eten.

06-12-2007

Afdeling west 7

Tijdens de late dienst

- Patiënten houden een patiëntenbespreking.
- De helft van de patiënten zijn aanwezig.
- Tijdens het overleg vraagt een patiënt of de muziek wat zachter kan.
- Tijdens de rondvraag zijn er een aantal vragen, hier wordt op ingegaan en over nagedacht. Er worden oplossingen aangedragen.
- Patiënt meldt dat de sfeer op de groep redelijk is.
- Na de bespreking loopt het grootste gedeelte van de patiënten weg.
- 2 patiënten blijven op de groep.
- Een aantal gaan naar buiten.
- Anderen gaan naar hun kamer.
- Een patiënt heeft de afdeling voor de kerst versierd: "Je moet er wat van maken."
- Een patiënt praat met observator over New York City en oude tv series.
- Er wordt gekookt en schoon gemaakt.

- Een patiënt biedt een medepatiënt een euro aan om zijn taak over te nemen, die patiënt neemt het aan en doet de taak.

11-12-2007

Afdeling west 8

Tijdens de late dienst

- Groepsbespreking van patiënten.
- Er zijn 7 patiënten aanwezig.
- Patiënt H is voorzitter.
- Enkele patiënten doen een inbreng
- Enkelen zeggen niks.
- "Er is niks te doen." aldus een patiënte.
- Een patiënt wordt boos op de sociotherapie omdat hij met zijn stoel op twee poten zit.
- Na de bespreking blijven er 5 patiënten op de groep zitten.
- Enkele anderen gaan naar buiten om te wandelen.
- Later zit er nog 1 patiënt op de groep, geen sociotherapie.
- Patiënt neemt observator mee naar zijn kamer om trots zijn nieuwe tv te laten zien en bij te praten.
- Patiënt vraagt hoe en wat betreffende het onderzoek.
- Patiënt vraagt om koekjes.
- Patiënt kijkt tv.
- Patiënten vervelen zich.

Conclusie:

1. Het niveau van kwaliteit van leven ligt hoger op west 7 dan op west 8, omdat er meer activiteiten plaats vinden en patiënten meer op de afdeling te vinden zijn. Op west 7 is meer gezelligheid voelbaar (intepretatie).
2. Sociotherapie is te weinig op de afdeling, met name in de avonduren.

Bijlage 2

Antwoorden bij de vragen van de patiënten.

In dit deelhoofdstuk laten wij u zien welke antwoorden er zoal gegeven zijn per vraag. Dus verwerken wij alle antwoorden van alle deelnemers per vraag.

Vraag 1. Wat houdt kwaliteit van leven voor jou in?

- Autonomoos zijn zowel buiten als binnen (de muren van Veldzicht)
- Bewegingsvrijheid
- Bezig zijn, zoals werken
- Dagbesteding
- Dat dingen sneller geregeld worden
- Een bed
- Een vriendin (relatie)
- Eigen dingen kunnen doen
- Eten
- Geen angst
- Medicijnen
- Nabootsing van de maatschappij
- Naar het DAC (Dag Activiteiten Centrum) kunnen gaan
- Niet de hele dag op de afdeling hangen
- Normaal leven (genoeg geld en een vrouw)
- Om het voetbalveld kunnen lopen
- Op je kamer bezig kunnen zijn
- Over eigen geld kunnen beschikken
- Slapen
- Vrijheden (bv buiten Veldzicht)
- zelfontwikkeling

Vraag 2. Hoe zie je kwaliteit van leven?

- Aangepaste regels (voor longstayers)
- Communicatie
- Dagbesteding
- Dingen moeten sneller geregeld worden
- Drank
- Geen tekortkomingen
- Lichtere mate van regelgeving ten opzichte van een behandelsetting
- Meer op verlof kunnen
- Meer vrijheid
- Seksueel contact
- Vrijheid
- Vrijheid, ook buiten Veldzicht
- Vrouwen

Vraag 3. Wat versta je onder kwaliteit van leven?

- Bewegingsvrijheid
- Bezig kunnen zijn
- Bed om in te slapen
- Dagbesteding
- Dat dingen sneller geregeld worden
- Drank

- Drinken (niet alcoholisch)
- Een vrouw hebben waarmee hij alles kan delen
- Emotionele binding
- Eten
- Geld
- Medicijnen
- Meer de vrijheid contacten te kunnen leggen, zowel binnen als buiten Veldzicht
- Naar buiten kunnen (dus buiten de muren van Veldzicht)
- Nuttige dagbesteding
- Onderwijs/ opleiding
- Over eigen geld kunnen beschikken
- Ruimere leefomgeving
- Slapen
- Vrijheid
- Vrijheden, ook buiten Veldzicht
- Vrouwen
- Wandelen om het voetbalveld
- Zelf kunnen beslissen over zaken

Vraag 4. Wat wil je?

- Begeleid verlof
- Beperkte mate van drank en drugs gebruik
- Beter internet
- De maatschappij naar binnen halen
- Diephoudende gesprekken gericht op de toekomst (met sociotherapie)
- Drank
- Een vrouw aan de zij
- Eigen leven kunnen leiden
- Emoties kunnen uiten
- Genoeg geld om van te leven
- Gezelligheid
- Gezonder eten
- Grotere kamer (meerdere malen genoemd)
- In het weekend de insluittijden verruimen
- In het weekend meer vrijheid qua tijden
- Intimiteit met vrouwen/ contact
- Inzicht in zichzelf en de ander
- Kamerdeuren ('s nachts) niet op slot zodat je, je eigen gang kunt gaan
- Liefde
- Longstay afschaffen
- Meer activiteiten binnen Veldzicht
- Meer diepgaande gesprekken
- Meer een lijn in het eten zien (i.v.m. diabetici en moeilijke eters)
- Meer hulp in de zin van terugkeer in de maatschappij
- Meer periodieke diagnostische onderzoeken
- Meer (huiselijke) sfeer op de afdeling (meerdere malen genoemd)
- Meer zelfstandigheid
- Minder beperkingen
- Mobiele telefoon (in het kader van veiligheid)
- Onderwijs
- Seksueel contact
- Verlof
- Vrijheid
- Vrouwen
- Vrouw zoeken via internet
- Werken buiten het terrein van Veldzicht

- Zelf koken

Vraag 5. Wat kan je zelf daarin ondernemen en wat kan de sociotherapie daarin doen?

Zelf:

- Een contactadvertentie plaatsen in de krant
- Met sociale momenten op de groep gaan zitten
- Zelf gaan koken
- Zelf meer in overleg met management gaan

Sociotherapie:

- Bewoners (patiënten) met respect behandelen
- Groepen anders in elkaar zetten (nieuwe samenstelling)
- Individueel aanspreken op (negatief) gedrag
- In het algemeen soepeler worden in sociale momenten
- Meer betrokkenheid naar patiënten toe
- Meer meewerken met bv tijden in het weekend verruimen
- Meer met patiënten gaan praten
- Meer respect tonen, meer energie in patiënten steken
- Meer schoonmaken
- Minder gefrustreerd zijn
- Minder op de huid van de patiënt zitten
- Minder snel een time-out geven
- Niet met meerdere sociotherapeuten tegen 1 patiënt beginnen
- Normaal gedrag vertonen, zichzelf zijn
- Over problemen praten na een time-out
- Patiënten als mens behandelen
- Sociotherapie zou de patiënten serieuzer moeten nemen
- Sociotherapie zou meer op de afdeling kunnen gaan zitten

Vraag 6. Wat waardeer je?

- Activiteiten
- Bed
- Compliment over de persoonlijkheid
- Goede communicatie
- Eigen keycard
- Eten
- Kamer
- Meer en verschillende werkmogelijkheden
- Normaal om kunnen gaan met mensen in deze situatie
- Sociotherapie zijn aardig en komen af en toe op je kamer een praatje maken
- Therapieën
- Vrijheid
- Vrijheid op het achterterrein
- Vrijheid roken
- Zelfstandig koken
- Zo af en toe een compliment

Vraag 7. Hoe zie jij de rol van de sociotherapie als het gaat om jouw kwaliteit van leven?

- Belangen op een positieve manier behartigen
- De sociotherapeuten bemoeien zich te veel met patiënten
- De sociotherapeuten zetten zich niet in voor kwaliteit van leven
- Er is geen duidelijke rol
- Er zijn geen goede gesprekken
- Je bent afhankelijk van de sociotherapeuten

- Jongere sociotherapeuten knabbelen te veel aan autonomie
- Sociotherapie hoeft geen rol te spelen in kwaliteit van leven
- te veel en te snel nee!
- Ze doen de deur open en dicht, maar als het gaat om kwaliteit van leven heeft de sociotherapie geen rol

Bijlage 3

Antwoorden bij de vragen van de sociotherapie.

Vraag 1. Wat versta je onder kwaliteit van leven? Hoe zie je kwaliteit van leven?

- Een waardig bestaan
- Geborgenheid
- Gezond zijn
- Goede sociale contacten
- Groeien
- Humaan leven
- Je goed voelen, tevreden
- Leuke baan
- Leuke dingen doen
- Maatschappij naleven
- Plezier in doen en laten
- Primaire levensbehoeften
- Relatie
- Respect
- Tegemoetkoming aan de dagelijkse behoeften
- Tevreden met je leven zijn
- Veiligheid
- Verantwoordelijk zijn voor eigen handelen
- Vrienden
- Waardering en erkenning
- Weinig zorgen
- Zelfontplooiing
- Zelfstandigheid
- Zelfvertrouwen

Vraag 2. Wat is goed op de afdeling m.b.t. kwaliteit van leven?

- Aanbod van daginvulling
- Aanbod van diverse levensbehoeften
- Aanbod van structuur
- Aangepaste activiteiten roosters voor patiënten
- Af en toe afstappen van de regels
- Afgestemde behandelplannen
- Arbeid
- Eten en drinken
- Hulp bij de ADL
- Maatschappij zoveel mogelijk naleven
- Medemens
- Mogelijkheid naar buiten te kunnen
- Mogelijkheden tot werk
- Niet denken vanuit vaste patronen
- Oog voor behoefte patiënt
- Ontspanning

- Redelijke veiligheid
- Saamhorigheid
- Sociale contacten
- Sfeer op de afdeling
- Toppers (aanbod activiteiten)
- Veiligheid
- Verantwoordelijkheid van schoonhouden van de afdeling
- Verlofmogelijkheden voor sommigen
- Verzorging
- Vrijheid per individu
- Zelf kook mogelijkheden
- Zoveel mogelijk zelfredzaamheid stimuleren

Vraag 3. Wat zou anders kunnen m.b.t. kwaliteit van leven?

- Borreltje in het weekend, individueel bekeken
- Meer aandacht voor de mens achter de patiënt
- Meer eigen verantwoording
- Meer faciliteiten voor de invulling van een zinvolle dagbesteding
- Meer naar de wensen van patiënt kijken
- Meer overleg en samenwerking met patiënten
- Meer vrijheid
- Niet op alle slakken zout leggen
- Patiënt meer betrekken bij.....
- Ruimer gebouw, kamers
- Veel meer ingaan op diverse behoefte bevrediging: bv seks, drugs
- Zaken ter discussie stellen (huisregels etc)
- Zelfontplooiing

Vraag 4. Hoe kan kwaliteit van leven verbeterd worden?

- Brainstormen over mogelijkheden
- Dialogen patiënten en personeel
- Door onderzoek
- Het personeel moet de juiste inschatting maken of de behandeling bij de persoon past
- Inventariseren eigen wensen/ behoeften
- Meer verantwoordelijkheden geven
- Meer vragen wat patiënt wil
- Minder starre regels en meer ruimte, die beter passen in de longstay visie
- Ondernemen van acties
- Open staan voor verbetering

Vraag 5. Hoe kan je de patiënt hierin ondersteunen?

- Activeren en motiveren
- Bevragen
- Bieden van rust, regelmaat, reinheid en veiligheid
- Door evenwichtige en behulpzame levenshouding
- Door met ze te praten hierover
- Eerlijk zijn
- Inzet en afspraken nakomen
- Niet altijd preventief zijn
- Ontdekken van mogelijkheden en onmogelijkheden
- Patiënten fouten laten maken
- Stimuleren
- Vaste patronen laten varen
- Verantwoordelijkheid vergroten
- Vragen wat ze zelf willen
- Vragen wat hij of zij verwacht van sociotherapie

Vraag 6. Is het haalbaar?

- Binnen bepaalde kaders
- Ja, in kleine stapjes
- Ja, op langere termijn wel
- Met veel tijd en goede wil kun je tot op zekere hoogte een eind komen
- Nee, justitie is te hiërarchisch en aan straffen verbonden
- Niet alles, omdat je binnen justitie nu eenmaal aan regels verbonden bent, wat helemaal niet erg is omdat de patiënt ook niet voor niks zit
- Tot op zekere hoogte
- Tuurlijk
- Voor alsnog niet wat leefsituatie betreft, wel zou er meer op het positieve gelet mogen worden en minder de nadruk op het negatieve

Vraag 7. Wat leveren deze veranderingen op?

- Een menswaardiger leven binnen de muren van de tbs
- Groter gevoel van eigenwaarde
- En voor de sociotherapie meer kwaliteit in het werk en nieuwe energie om acties te ondernemen
- Meer berusten in het vastzitten
- Meer kwaliteit van leven
- Meer tevreden patiënten
- Minder incidenten
- Patiënt ervaren meer autonomie
- Prettiger leven
- Rust
- Stabilisatie
- Zinvollere daginvulling